الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق- كلية الطب البشري

قسم طب الأطفال

دراسة انتشار الاكتئاب عند الأطفال المصابين بالداء السكري النمط ١

بحث علمي أعد لنيل درجة الدراسات العليا (الماجستير) في طب الأطفال

أعد في قسم الأطفال

A study of prevalence of depression disorders in children With Diabetes type 1

برئاسة الأستاذ الدكتور

سمير سرور

اشراف الأستاذ الدكتور

سمير بقلة

اعداد الدكتورة: ميسم عزت يلداني

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
كلية الطب البشري

Syrian Arab Republic
Damascus University
Faculty Of Medicine

أنا الدكتورة ميسم عزت يلداني أقدم لنيل شهادة الماجستير في طب الأطفال وأصرح على مسؤوليتي الكاملة أن العمل المقدم فيما يلي من انتاجي بالكامل ،وكل المعلومات المستقاة من مصادر أخرى فيه مسندة الى أصحابها بكل دقة، وأن الاقتباسات الحرفية من الأعمال الأخرى، ان وجدت ،لا تتجاوز الحجم الأدنى الضروري للاقتباس ،ومبينة بوضوح بحصرها بين علامات تنصيص"_" ومسندة صراحة الى مصادرها.

د. ميسم يلداني

مقدمه :

هناك وحدة بين الجسم والنفس في الإنسان، و هما يتأثران ببعضهما تأثرا بالغا ، فالأمراض الجسمية قد يكون لها ردود فعل نفسية عديدة. وإذا كان المرض مزمنا ومؤديا إلى عجز دائم فإن التوافق معه قد يكون صعبا، فالاكتتاب مثلا أمر شائع عندما يفقد المرء عضوا من أعضاء الجسم، وأي مرض يؤدى بالفرد إلى فقدان عضو من أعضائه، أو وظيفة من وظائفه لابد وأن يؤدي بالفرد إلى تشويه الصورة الموجودة لديه عن جسمه، وتتعدى هذه الخبرة فكرة المرء عن جسمه إلى فكرته عن نفسه ككائن اجتماعي عليه أن يتنازل عن كثير من أوجه نشاطه.(٣٢)

والأمر لا يختلف كثيرا بالنسبة لمرض السكر Diabètes فالمرض معروف منذ القدم وقد ظهر مصطلح البول المعسل Honeyed urine في الأدبيات الهندية القديمة.نلاحظ أن أول اهتمام سريري واضح بمرض السكر ظهر في كتابات أريا تيوس Aretaeus عام 170 ق.م الذي وصف هذا المرض الغامض بأنه إذابة للجسد والأطراف وتحولها إلى بول ،حياة قصيرة مؤلمة ومثيرة للألم، وعطش شديد، موت محقق، وحتى اليوم مازلنا غير قادرين على تحدى مقولته بأن مرض السكر مرض غامض، وفي الشرق الإسلامي تعرض له الرازي وابن سينا ووصفاه خير وصف، وأوضحا أن أكثر مضاعفاته هو حدوث الغرغرينا.(٣١)

إن الأطفال المصابين بالداء السكري معرضون لخطر الاصابة بالاضطرابات النفسية و خاصة الاكتئاب بنسبة قد تصل الى 33% حسب دراسة (Blanz , Rench, Riemann, Firtz , Sigmurd 1993)و بحسب احدى الدراسات التي استمرت على مدى 9 سنوات من متابعة الأطفال المصابين بداء السكري نمط I وجد أن 42,4 % من الأطفال تطور لديهم نوبة اضطراب نفسي و لو لمرة واحدة على الاقل خلال تلك السنوات .(١٧)

ما هو الداءالسكري:

الداء السكري هو اضطراب في عملية التمثيل الغذائي Metabolic disorder يتسم بارتفاع نسبة تركيز الغلوكوز في الدم والناتج عن خلل في افراز الانسولين أو خلل في عمله أو كليهما مما ينجم عنه اضطراب في استقلاب السكريات والبروتينات والدسم مما يؤدي الى فرط سكر الدم وظهوره في البول. وهو الاضطراب الاستقلابي الصماوي الاكثر شيوعا في مرحلتي الطفولة والمراهقة مع عقابيل هامة على التطور الجسمي والعاطفي (14).وللداء السكري أربع اشكال رئيسية:

١. النمط I من الداء السكري وهو يمتاز بعوز الانسولين الشديد والاعتماد على الانسولين خارجي المنشأ.
٢. النمط II من الداء السكري وهو المعروف بالسكري غير المعتمد على الانسولين NIDDM وهو يتميز بمقاومة الانسولين مع عيب مرافق (غالبا مترق)من عوز الانسولين وهو المعروف بانتشاره عند الاشخاص فوق 40 عاما ولكنه يحدث في اي عمر.
٣. الداء السكري الثانوي.
٤. السكري الحملي.(١٤)

والسكري مرض قديم قدم الدهر، فقد عرفه الفراعنة منذ أكثر من الفي سنة، وأسماه الاغريق بالاسم المستخدم حالياً بالإنجليزية Diabetes Mellitus وهي مكونة من كلمتين Diabetes وتعني السيفون Syphone ، وهي أن المريض يتبول كثيراً، والجزء الآخر Mellitus وتعني العسلHoney ، حيث يكون البول حلو المذاق لمحتواه من السكر.

كما شارك العلماء العرب في ذلك حيث كتب الطبيب أبن سيناء وغيره عن السكري، ولكنهم جميعا لم يتوصلوا لعلاج المرض أو الكشف عن أسراره.

مستوى السكر:

يجرى تحليل مستوى السكر في الدم بعد الصيام عن الأكل والشرب لمدة ثمان ساعات على الأقل، حيث يكون هو المؤشر لوجود الداء السكري، أو متابعة الحالة لمعرفة مقدار التحكم في مستوي السكر.

غير المصابين بالسكري
١. المستوى الطبيعي لسكر الدم الصائم هو أقل من ٩٠ مغ/ دسل .
٢. بعد الأكل نادراً ما يزيد عن ١٤٥ مغ/دسل.(١٤,٣,٢٧)

قراءة تحليل السكر:

١. سكر الدم الصيامي ١١٠ مغ/ دسل (٦,١ ملي مول / لتر) يعتبر في كثير من الحالات طبيعياً.
٢. المستوى ١١٠-١٢٥ مغ/ دسل (٦,١- ٦,٩ ملي مول / لتر) يعتبر علامة انذار، وخصوصاً في النوع الثاني للسكري، وهو ما يحتاج لعلاج بالتغذية والنشاط البدني.
٣. المستوى أكثر من ١٢٦ مغ/ دسل (٧ ملي مول / لتر) في يومين مختلفين، يعتبر علامة تشخيصية لحدوث المرض.
٤. وجود مستوى طبيعي لمستوى السكر في الدم (الصيامي) مع وجود الأعراض المرضية للسكري ، أو وجود عوامل الخطر مثل وجود قصة مرض السكري في العائلة، لا يمكنها استبعاد التشخيص، ويجب إجراء تحليل اختبار تحمل السكر. (١٤,٣,٢٧)

قياس مستوى السكر في الدم

حدوث زيادة أو نقص مستوى السكر في الدم من الأمور الشائعة الحدوث لدى مرضى السكري، ومعرفة مستوى السكر في الدم ضروري بشكل خاص للمرضى الذين يستخدمون الأنسولين كعلاج لحالتهم، وتزيد أهمية القياس بشكل متكرر يومياً في حال عدم ثبات المستوى وظهور الأعراض المرضية.

ما هو الهدف من قياس مستوى السكر في الدم ؟

يختلف الهدف من قياس مستوى السكر في الدم حسب احتياج المريض وما ينصح به الطبيب المعالج (صغار السن ، كبار السن، الحوامل، الذين لديهم أمراض أخرى) ، وتتركز الأهداف لدى المصابين بالنمط الأول للسكري على:

١. أن يكون مستوى السكر في الدم قبل الوجبة الغذائية بين ٨٠-١٢٠ مغ/دسل.
٢. أن يكون مستوى السكر في الدم قبل النوم بين ١٠٠-١٤٠ مغ/دسل.(١٤،٣،٢٧)

أنـــــــــــــــواع السكري:

السكري مرض يصيب الإنسان في كل الأعمار ولأسباب متنوعة، ومهما تنوعت واختلفت الأسباب والأنواع فإنها تشترك في العامل الرئيسي وهو النقص الحاصل في كمية الأنسولين وفعاليته في البناء الحيوي للجسم ، كما أنها تشترك في الصورة العامة للأعراض المرضية وما يتبعها من مشاكل على المدى القصير والطويل.(٣،١٤،٢٧)

النمط الأول للسكري:

وهو ما يسمى بسكري الأطفال، أو كما يعرف باسم السكري المعتمد على الأنسولينInsulin Dependent Diabetes Mellitus، وفي هذا النوع فإن خلايا البنكرياس المعروفة باسم Beta cells المسئولة عن إنتاج الأنسولين قد تم تدميرها تدريجياً وأصبحت غير قادرة على إنتاج الأنسولين، لذلك فإن النقص الحاصل في كمية الأنسولين يكون دائما، ويحتاج العلاج بالأنسولين كعلاج وحيد ودائم.

النمط الثاني للسكري:

في هذا النمط من الداء السكري تقوم خلايا البنكرياس المعروفة باسم Beta cellsبإنتاج وإفراز كمية مختلفة ومتفاوتة من الأنسولين، وقد تكون كميتها في المستوى الطبيعي، ولكن المشكلة تكمن في أن المقاومة التي تبديها مستقبلات خلايا الكبد والعضلات وبقية خلايا الجسم لعمل الأنسولين.

سكري الحمل: Gestational Diabetes

سكري الحمل حالة مرضية تصيب نسبة عالية من الحوامل تصل إلى نصف في المائة، وغالباً ما يحدث في النصف الثاني لمدة الحمل، وذلك نتيجة للتغييرات الكبيرة في هرمونات الجسم، وتكمن خطورة الحالة في تأثيراتها على الجنين.

أسباب السكري الثانوي:

١. التهابات البنكرياس.
٢. جراحات البنكرياس وإزالتها.
٣. بعض الأمراض الوراثية..
٤. بعض أمراض الغدد.
٥. بعض الكيماويات والسموم.
٦. بعض أدوية ارتفاع ضغط الدم.
٧. بعض أدوية التشنج.
٨. بعض الأدوية مثل الستيروئيدات تعطي علامات مؤقتة لأعراض السكري.(١٤،٣،٢٧)

سكري الأطفال
النمط الأول للسكري
السكري المعتمد على الأنسولين
Insulin Dependant Diabetes Mellitus

في هذا النوع فإن خلايا البنكرياس المعروفة باسم Beta cells المسئولة عن إنتاج الأنسولين قد تم تدميرها تدريجياً وأصبحت غير قادرة على إنتاج الأنسولين، لذلك فإن النقص الحاصل في كمية الأنسولين يكون دائما، ويحتاج العلاج بالأنسولين كعلاج وحيد ودائم، ولذلك يعرف باسم السكري المعتمد على الأنسولين، وبدون الأنسولين فإن التحكم في سكر الدم وتحريكه إلى داخل خلايا الجسم يتوقف، مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم، وهو ما يسمى بفرط السكر في الدم، وحيث أن خلايا الجسم لا تستطيع استخدام السكر الموجود خارجها تبقى النسبة عالية في الدم، وعند وصوله لحد معين يفقد من خلال البول.(١٤)

الانتشار:

يقدر عدد حالات النمط الأول للسكري ب١,٤ مليون حالة في أمريكا، مع اكتشاف ثلاثين ألف حالة جديدة كل عام ، و١٥مليون حالة في جميع أنحاء العالم، مع اكتشاف ٤٠٠,٠٠٠ألف حالة جديدة في جميع أنحاء العالم نصفها في آسيا بسبب التعداد العالي للأطفال في تلك القارة. ويمثل النمط الأول للسكري ٧-١٠% من حالات السكري بأنواعه في العالم، ولكنها أعلى في شمال أوروبا عن جنوبها، وفي أوروبا وأمريكا أكثر منها في آسيا وأفريقيا.

يمكن أن يحدث النمط الأول للسكري في أي مرحلة عمرية، ولكنه يصيب في الغالب الأطفال والمراهقين في أي مرحلة من مراحل عمرهم، ويصيب الأولاد والبنات بنفس النسبة تقريبا ولكن هناك رجحان خفيف للإناث في بعض المجتمعات العرقية كاليابان. (١٤)

هناك ذروتان لحدوث المرض الأولى: بين ٥-٧سنوات والثانية عند البلوغ.

تفسر ذروة الحدوث الاولى بازدياد التعرض للعوامل الانتانية عند دخول المدرسة وذروة الحدوث الثانية تفسر بازدياد افراز الهرمونات القندية وازدياد افراز هرمون النمو والذي يعاكس عمل الانسولين. (١٤)

كما تتزايد نسبة اكتشاف الداء السكري النمط ١لدى الأطفال في أشهر الشتاء.(١٤)

ما هي عوامل الخطر للإصابة بالنمط الأول للسكري ؟

١. المرض المتكرر في مرحلة الطفولة المبكرة.
٢. عدم الرضاعة الطبيعية.
٣. زيادة عمر الأم.
٤. إصابة الأم بالنمط الأول للسكري.
٥. إصابة الأم بالارتجاج Preeclampsia.
٦. وجود أحد الأمراض المناعة الذاتية Autoimmune disease. (٢٧)

ما هي الاسباب؟

هناك أسباب متعددة يمكن أن تؤدي إلى حدوث النمط الأول للسكري، ولكن لا يمكن الجزم بالسبب المؤدي لصعوبة إجراء التحاليل لمعرفته، كما أنه لا يمكن التنبؤ بحدوث المرض وإن كانت عوامل الخطر مع إجراء بعض التحاليل المخبرية قد تعطي احتمالات وتوقعات لحدوثه، ومع كل ذلك لا يمكن منع المرض من الحدوث ، أو إزالته والشفاء منه بعد حدوثه، ومن أهم الأسباب المؤدية للنمط الأول للسكري:

١. خلل الجهاز المناعي .
٢. العوامل الوراثية.
٣. الانتانات الفيروسية.
٤. العوامل التغذوية .(٣,١٤,٢٧)

خلل الجهاز المناعي:

يعتبر النمط الأول للسكري أحد الأمراض المناعية، حيث يقوم الجهاز المناعي في الجسم بمهاجمة خلايا معينة، وهذا شيء غير طبيعي، فعادة يتعرف الجهاز المناعي على خلايا الجسم ولا يقوم بمهاجمتها، وعادة يتعرف على الأشياء الغريبة ومن ثم يقوم بمهاجمتها لحماية الشخص منها، ولكن لأسباب غير معروفة يحدث هذا التحول، ويلعب العامل الوراثي دوراً مهماً، كما قد يكون لحدوث بعض العوامل الطبيعية مثل الانتانات الفيروسية دوراً في حدوث هذا التحول.

يتكون الجهاز المناعي من العديد من الخلايا، من أهمها كريات الدم البيضاء ، بعضها متخصص مثلT-lymphocyte ، والتي تقوم بإنتاج مادة كيماوية مناعية تسمى Cytokines، وتركيبة هذه المادة تكون محددة لمهاجمة تركيبة أو جسم محدد فقط، ولكن لسبب غير معروف لا تستطيع التعرف على خلايا البنكرياس المعروفة باسم Beta cells ، ومن ثم تقوم بمهاجمتها وتدميرها

بشكل تدريجي ومتسارع، تلك العملية من البداية إلى حين ظهور الأعراض المرضية قد تستغرق أشهراً أو سنوات بدون وعي أو إحساس من الشخص لما يجري بداخله من تغيرات، وحتى تظهر الأعراض فإن ٨٠-٩٠ % من خلايا البنكرياس يكون قد تم تدميره نهائياً.ومن أبكر تلك الأضداد ظهوراً أضداد الأنسولين (IAA) ومن ثم يليها أضداد دي كاربوكسيلاز حمض الغلوتاميك (GAD٦٥) وأضداد **tyrosine phosphatase insulinoma-associated** (IA-2).(١٤,٣,٢٧)

العوامل الوراثية:

لقد وجد الباحثون أكثر من ١٨ عامل وراثي (مورث) قد تؤدي للنمط الأول للسكري، ولكن الدراسات أثبتت أن نسبة الحدوث لا تزيد عن ١٠٪ إذا كان الأقرباء من الدرجة الأولى لديهم الداء السكري، أما التوائم متماثلو اللواقح تتراوح نسبة الاصابة لديهم بين٣٠-٦٥% ،وأما التوائم متخالفو اللواقح فتتراوح نسبة الاصابة

بين٦-١٠% كما لوحظ أن الأطفال يمكن أن يرثوا المرض من الأب أكثر من الأم حيث تبلغ نسبة الاصابة للطفل ٢%عندما تكون الأم مصابة و٧٪عندما يكون الأب هو المصاب ، لذلك فإن العوامل الوراثية لا يمكن أن تفسر الصورة الكاملة لحدوث الحالة، فالزيادة الكبيرة في عدد الحالات المكتشفة سنوياً لا يمكن إيعازها للعامل الوراثي، فالعامل الوراثي لم يتغير، حيث يوجد هناك حوالي ٨٥%من الاطفال المشخصين حديثا لا توجد لديهم قصة عائلية للإصابة بالداء السكري .

ويعتبر الجين(IDDM1)والذي يمثل المستضد النسيجيHLA DR3/4-DQ2/8 هو الأشيع ترافقاً مع الداء السكري.(٣,١٤,٢٧)

الانتانات الفيروسية:

يعتقد الكثير من العلماء أن حدوث الانتانات الفيروسية يمكن أن تكون أحد الأسباب المهمة لحدوث النمط الأول للسكري، وخصوصاً لدى الأشخاص الذين لديهم قابلية وراثية، حيث تعمل تلك الفيروسات كعوامل مثيرة أو مساعدة، فعند حدوث الانتان يقوم الجهاز المناعي بالتعرف عليها كجسم غريب، فيقوم بتكوين الأجسام المضادة المناسبة للقضاء عليها.

ولكن لسبب غير معروف فإن تركيبة هذا الفيروس من البروتينات تشبه تركيبة خلايا البنكرياس المعروفة باسم Beta cells، ولكن الجهاز المناعي لا يتعرف على الفرق بينهما، فيقوم بمهاجمة الفيروس كما يقوم في الوقت نفسه بمهاجمة خلايا

البنكرياس (للشبه في التركيبة البروتينية)، مما يؤدي إلى تدميرها، وحتى عند انتهاء الانتان الفيروسي فإن الجهاز المناعي يستمر في إنتاج المضادات، ومن ثم يستمر تدمير خلايا البنكرياس حتى يتم القضاء عليها تماماً.
ومن تلك الفيروسات: فيروس الحصبة الالمانية الخلقية ،الفيروسات المعوية ، فيروس النكاف.
اما بالنسبة لدور اللقاحات الروتينية فقد اثبتت الدراسات ان اللقاحات الروتينية لا تزيد من نسبة احتمال الاصابة بالداء السكري النمط ١بل على العكس لقد أنقص التمنيع ضد فيروس النكاف وضد السعال الديكي من خطر الاصابة بهذا الداء.(٣,١٤,٢٧)

العوامل التغذوية:

الحساسية من الحليب البقري:

أظهرت بعض الدراسات والبحوث أن هناك فرق في نسبة حدوث النمط الأول للسكري بين الأطفال الذين تم إرضاعهم رضاعة الطبيعية وبين الأطفال ذوي الرضاعة الصناعية (الحليب البقري) في المرحلة الأولى للرضاعة، فكانت النسبة أعلى في الرضاعة الصناعية، ولا يعرف السبب في ذلك، ويعتقد أن الرضاعة الطبيعية بما يحتويه حليب الأم من أجسام مضادة يعطي وقاية ومناعة للطفل من حدوث المرض، كما يعتقد أن التعرض الباكر لبروتين حليب البقر والغلوتين يزيد من احتمال تطور اضداد المناعة الذاتية التي تساهم في المرض.(١٤)

فيتامين د:تشير الدراسات الى احتمال وجود ترافق بين عوز فيتامين د وحدوث الداء السكري النمط ١مثل دراسة TEDDY (the Environmental Determinants Of Diabetes in the Young).(١٤)

الأعراض المرضية:٣,١٤,٢٧

الأعراض المرضية للنمط الأول للسكري تظهر على المريض بشكل سريع ومفاجئ، فعملية تدمير خلايا البنكرياس تستغرق أشهراً أو سنوات بدون أي إحساس من المريض بما يجري داخل جسمه، فالخلايا المتبقية تعمل بكامل طاقتها لتعويض الخلايا المعطوبة، ولكن عندما يصل التدمير إلى نسبة ٨٠-٩٠% من الخلايا، لا تستطيع البنكرياس القيام بإنتاج كمية كافية من الأنسولين ، وبذلك تظهر علامات تحذيرية ومن ثم الأعراض المرضية، والتي تتركز في ما يلي:

١. زيادة عدد مرات التبول :ارتفاع مستوى السكر في الدم أعلى من مقدرة الكلى على السيطرة عليه وامتصاصه مرة أخرى لمجرى الدم، وعليه فإنه يفقد مع البول حاملاً معه الكثير من السوائل (الماء) ، لذلك تزيد عدد مرات التبول، ويكون البول حلو الطعم لما يحتويه من السكر.
٢. حدوث التبول الليلي اللاإرادي لدى الأطفال بعد فترة من تحكمهم فيه، حيث تزيد كمية البول بحيث لا يستطيع الطفل السيطرة عليها.
٣. زيادة العطش: مع ارتفاع السكر وزيادة كمية البول فإن الجسم يفقد الكثير من السوائل، ويقل المخزون، وفي محاولة من الجسم لحفظ توازن السوائل داخله فإنه يقوم بإرسال إشارات تنبيهيه إلى مركز العطش في المخ لحث الإنسان على تناول السوائل ، وتظهر على المريض أعراض الجفاف وصعوبة في التنفس.
٤. الجوع المفرط والرغبة المتكررة في الأكل.
٥. فقد الوزن السريع والمفاجئ :الجسم يحتاج للطاقة بشكل مستمر في حياتنا اليومية، ومع النقص في كمية وعمل الأنسولين فإن السكر يرتفع في الدم ولكن لا يستفاد منه في إنتاج الطاقة، فيقوم الجسم بإنتاج الطاقة من مخزنه من الدهون، وهو ما يؤدي إلى نقص الوزن.
٦. الضعف والإجهاد العام :فقد السوائل من خلال البول يأخذ معه الكثير من المواد والمعادن مثل الصوديوم والبوتاسيوم والمغنيزيوم وغيرها، هذه المعادن مهمة للجسم ، ونقصها يؤدي للكثير من الأعراض مثل تقلص العضلات والضعف مع الإجهاد العام والإرهاق.
٧. تشوش الرؤية وضعف القدرة البصرية: عدسة العين تتأثر بارتفاع مستوى السكر في الدم كما الجفاف الذي يتبعها، فيتغير شكلها وهو ما يؤدي إلى تشوش الرؤية ، كما تزيد المشاكل مع تقدم الحالة.
٨. زيادة حدة الطبع والتهيج : مع ارتفاع مستوى السكر في الدم والجفاف والتغيرات الكيماوية الأخرى فإنها تؤثر على عمل الجهاز العصبي وتوازنه، فنرى زيادة حدة الطبع وسرعة التهيج والتأثر، قلة التركيز والخمول، وقد تصل إلى مرحلة الغيبوبة.
٩. الخمول والبلادة.
١٠. سوء النتائج المدرسية.

١١. في بعض الحالات الحادة يكون هناك غثيان وإقياء.
١٢. في بعض الحالات الشديدة قد يكون هناك غيبوبة وفقد الوعي، وقد تكون هي العلامة الأولى للمرض.
١٣. زيادة الاستعداد للانتانات خاصة الفطرية(السلاق الفموي ،التهاب المهبل)والانتانات الجلدية.(٣,٢٧,١٤)

مع الارتفاع المستمر في مستوى السكر في الدم لمدة طويلة وحتى مع أخذ علاج الأنسولين ، فإن هذا الارتفاع يؤدي إلى مشاكل على المدى الطويل.

الاعراض الحادة الاسعافية في الداء السكري النمط١:

١. تغيم الوعي.
٢. تنفس حماضي.
٣. FRUITY SMELL.
٤. الالم البطني.(٣,١٤,٢٧)

التشـــــــــــخيص

من المهم اكتشاف حالات النمط الأول للسكري قبل حدوثها في محاولة لمنعها من الحدوث ما أمكن، ولكنها عملية ليست بالسهلة، فالعلماء ما زالوا يبحثون عن طريقة سهلة وغير مكلفة للكشف على الأشخاص الذين لديهم عوامل الخطر، ولكن لم يتم ذلك والأبحاث مازالت مستمرة، والطريقة المتبعة حالياً هي الكشف عن وجود الأضداد الذاتية مثلGlutamic acid decarboxylase

Tyrosine phosphatase anti body ، وهذه الأضداد تقوم بمهاجمة البروتينات في خلايا البنكرياس ومن ثم تدميرها، ولكن اكتشاف تلك المواد لا يعطينا التشخيص الدقيق ولكن احتمالية عالية لحدوث المرض، وبذلك يمكن متابعة الحالات بشكل دقيق .

تشخيص حالات النوع الأول للسكري:

وجود الأعراض المرضية قد يكون كافياً للوصول للتشخيص، وأثباته بتحليل سكر الدم، ولكن خلال متابعة حالة السكري فقد يحتاج المريض لأجراء بعض الفحوصات مثل:

١- سكر الدم الصيامي.
٢-اختبار تحمل السكر.
٣-تحليل الخضاب الغلوكوزي.
٤-التحاليل المسحية لاكتشاف الأعراض والأمراض المرافقة للسكري.
٥-معايرة الأضداد الذاتية.(١٤،٣،٢٧)

اختبار تحمل السكر :

يعتقد الكثير من المتخصصين أن تحليل اختبار تحمل السكر مهم كتحليل أولي لتشخيص حالات السكري قبل ظهور الأعراض المرضية كما في بداياتها، وخصوصاً الأشخاص الذين يكون مستوى السكر الصيامي في الدم طبيعياً ولديهم قابلية وعوامل الخطر لحدوث السكري، وهذا التحليل أكثر تأكيداً من تحليل السكر الصيامي، ويجري هذا التحليل كما يلي:

- يجرى تحليل سكر الدم الصيامي(بعد ثماني ساعات من الصيام).
- يعطى الشخص كمية من مشروب يحتوي على السكر، الكمية تعتمد على العمر والوزن.
- بعد ذلك يجرى تحليل سكر الدم على فترات محددة (ساعة ، ساعتين، ثلاث ساعات.)
- عادة يرتفع مستوى السكر في الدم في الساعة الأولى، وينخفض مرة أخرى بعد ساعتين.
- في الأشخاص المصابين بالسكري أو لديهم قابلية لحدوثه، فإن الارتفاع في مستوى السكر في الدم في الساعة الأولى يكون عالياً، ويستمر مستواه عالياً في الساعة الثانية ٢٠٠ مغ/دسل (١١،١ مل مول/ لتر) أو أكثر.
- يلاحظ إجراء هذا التحليل بكثرة على الحوامل الذين لديهم قابلية لحدوث سكر الحمل.(٣،١٤،٢٧)

تحليل الخضاب الغلوكوزي:

هناك بروتينات معينة في خضاب الدم (الهيموغلوبين) وداخل كريات الدم الحمراء تتغير مع الارتفاع المستمر في مستوى سكر الدم، وهذا التحليل يعرف باسم Hemoglobin A1C الخضاب الغلوكوزي:

- هذا التحليل يجرى في أي وقت ولا يحتاج إلى الصيام.
- هذا التحليل لا يتأثر بأكل المريض ، أو مستوى سكر الدم الصيامي في ذلك اليوم.
- يعطي صورة عن التحكم في مستوى السكر في الدم لمدة طويلة تصل إلى ثلاثة أشهر أو أكثر.
- لا يستخدم هذا التحليل لمعرفة التشخيص، لذلك لا يتم إجراءه، ولكن لمعرفة مقدار التحكم في مستوى السكر.
- قياس النسبة يعطي احتمالية عالية عن المشاكل المتوقعة في المستقبل لدى مرضى السكري.
- تغيير النسبة أكثر من ١% عن المستوى الطبيعي يعطي التشخيص بوجود السكري في ٩٨ %من الحالات، ولكن التحليل الطبيعي لا ينفي أو يستبعد التشخيص بوجود المرض.

إذا كان تشخيص السكري مؤكداً، ونسبة هذا التحليل طبيعية، فإن احتمالية الاختلاطات المتوقعة في المستقبل ضعيفة. (٣,١٤,٢٧)

معايرة الاضداد الذاتية:

١)An islet cell antibody (ICA).

2)anti-insulinantibody (IAA).

3)anti-GluAD antibody (GluAD).

(١٤,٢٧).4)anti-IA-2

التحاليل والاجراءات المسحية لاكتشاف الأعراض والأمراض المرافقة للسكري:

هي بعض التحاليل والكشوفات التي تجرى بشكل دوري منتظم لمعرفة احتمالية وجود مشاكل ومضاعفات السكري، في محاولة للسيطرة على تلك المضاعفات في مراحلها الأولى، وعلاجها ما أمكن ذلك ، ومن أهمها:

- إجراء قياس ضغط الدم.
- قياس BMI للطفل.
- قياس مستوى الكوليسترول والشحميات في الدم.
- إجراء تخطيط القلب الكهربي.
- تحليل البول لمعرفة وجود بيلة ميكرو البومين.
- قياس مستوى هرمون الغدة الدرقية.
- فحص قعر العين.
- معايرة أضداد الترانس غلوتاميناز وأضداد الغليادين للكشف عن الداء الزلاقي.(٢٧)

المضاعفات
Complications

- اذا كان للسكري العديد من الأعراض، فأغلبها قليل الخطورة، ولكن المشكلة الرئيسة هي المشاكل والمضاعفات التي تحصل على المدى البعيد، فالسكري مرض ينخر في أجزاء الجسم وأجهزته المتنوعة ببطء شديد، وبدون أن ينتبه المريض لما يجري له من أحداث وتغيرات، يتغلغل فيها كسريان الماء في الرمال، وعلى مدى الأيام والسنين تسرق منه صحته وعافيته، لذلك يسميه البعض بسارق الصحة.

الأطفال المصابون بالسكري نادراً ما تحدث لهم مضاعفات خطيرة مزمنة، ولكن يحدث لهم المضاعفات الحادة، ولكن حالة السكري حالة مزمنة لا يرجى الشفاء منها، ويحمل الطفل المرض لمرحلة الشباب والشيخوخة، لذى فقد تحصل هذه المضاعفات بعد عمر طويل.

المضاعفات الحادة:

- **نوبات انخفاض مستوى السكر في الدم:**

تحدث نوبات انخفاض السكر في الدم عندما يصل مستوى أقل من الحد الطبيعي، ويكثر حدوث هذه النوبات لدى الأشخاص الذين يستخدمون العلاج المركز بالأنسولين، كما يحصل لدى جميع مرضى النمط الأول للسكري بنسب مختلفة.(١٤)

- **نوبات حماض السكر الكيتوني Diabetic Ketoacidosis :**

تحدث نتيجة لارتفاع مستوى السكر في الدم، نتيجة عدم المواظبة في أخذ العلاج بالأنسولين، وتعتبر من أهم المضاعفات الحادة للنوع الأول من السكري والتي قد تؤدي للوفاة لا قدر الله، وتبلغ نسبة حدوثها ٣٠-٨٠ حالة لكل ١٠,٠٠٠ مريض بالسكري، وتزيد النسبة في المراهقين أكثر من الأعمار الأخرى نتيجة عدم مواظبتهم على العلاج، ويصيب الأولاد والبنات بنفس النسبة تقريباً.(١٤)

- **ضعف النظر:**

غالباً ما تحدث هذه الحالة عند تشخيص الحالة وبدأ العلاج، فيلاحظ على الطفل عدم وضوح الرؤية، وهي حالة مؤقتة ناتجة عن الانخفاض المفاجيء في مستوى السكر وتأثر عدسة العين بذلك، ولا تحتاج لعلاج لأنها ستزول تلقائياً خلال أسابيع قليلة.(١٤)

المضاعفات المزمنة:

- المضاعفات القلبية.
- ارتفاع ضغط الدم.
- اعتلال الأعصاب.
- اعتلال الشبكية والبصر.
- اعتلال الكلى والفشل الكلوي.
- زيادة الإصابة بالانتانات.
- المشاكل النفسية.
- الإعاقة.

عند حدوث المضاعفات فإنه لا يمكن السيطرة عليها بسهولة، وتؤثر على حياة المريض اليومية، وقد تسبب له الإعاقة، لذلك تبرز أهمية الوقاية، والوقاية تكون بالقدرة على التحكم في مستوى السكر في الدم ثابت وقريب للمستوى الطبيعي من خلال أساليب العلاج المناسبة، فقد أثبتت الدراسات أن المحافظة على مستوى منخفض وثابت لسكر الدم يساعد على عدم حدوث المضاعفات أو تأجيل حدوثها لمدة أطول.(١٤)

كيف يؤدى السكري للمضاعفات ؟

تتركز المضاعفات في تأثير السكري على الأوعية الدموية والأعصاب المحيطية، ولا يعرف بشكل مؤكد كيفية حدوث تلك التأثيرات، ولكن الأوعية الدموية والأعصاب تصل وتؤثر في جميع أنسجة الجسم، ومن ثم فإن عطبها يؤثر في كل مكان، فعطب وتلف الأوعية الدموية الكبيرة يؤدى إلى مضاعفات في القلب (وخصوصاً الأشخاص الذين لديهم قابلية لحدوثها) ، كما تؤدي لارتفاع ضغط الدم، وعطب الأوعية الدموية الصغيرة يؤثر على الكلى والعين، أما اعتلال الأعصاب المحيطية فيؤثر بشكل واضح على الأطراف وخصوصاً القدمين.(١٤)

كيف يمكن منع المضاعفات وعلاجها لدى المصابين بالنمط الأول للسكري:

مرضى السكري الذين يتحكمون في مستوى السكر في الدم قريب للمستوى الطبيعي، ويقومون بزيارة الطبيب بشكل دوري منتظم، كما يقومون بالتصرف وتغيير جرعة الأنسولين حسب حاجتهم ونشاطهم ، تحدث لهم المضاعفات بنسبة أقل من غيرهم، ومع ذلك فيجب أن يعيش مرضى السكري حياة طبيعية ما أمكن ذلك، ومن مشاكل التحكم الصارم في مستوى السكر في الدم عن طريق الأنسولين هو زيادة الوزن وقد يكون مصحوباً بارتفاع ضغط الدم.(٣)

الوقاية وعلاج الإصابة بالانتانات:

جميع المرضى المصابين بالسكري لديهم قابلية أعلى من غيرهم للإصابة بالانتانات الفيروسية والبكتيرية، وتكمن الخطورة في عدم التنبه لدى المريض بوجود تلك الانتانات ، لذلك ينصح بإعطاء لقاحات إضافية للوقاية ومنها:

- لقاح المكورات الرئوية Pneumococcal vaccine ويعطى مرة واحدة في العمر لفعاليته الدائمة ، وعادة ما يعطى بعد عمر السنتين.
- لقاح الأنفلونزا : الأنفلونزا مرض فيروسي معدي ، ينتقل عن طريق الرذاذ المتطاير من الفم والأنف، ويحصل كموجات من الوباء كل شتاء ، ولكن تركيبته تتغير بين عام وآخر ، وقد يكون التغير كبيراً فيحدث أعراضاً مرضية شديدة، لذلك تقوم المراكز الطبية بالتعرف على المرض مع بداية الشتاء ثم القيام بتصنيع اللقاح المناسب، لذلك يحتاج المريض لجرعة سنوية مع بداية الشتاء.
- علاج حالات الانتانات : يجب على مرضى السكري الاهتمام بأنفسهم، بالابتعاد عن مصادر الأمراض، وعند حصول أي انتانات مراجعة الطبيب والاهتمام بالعلاج وعدم إهمال الحالة.(٣,١٤,٢٧)

الخطوط العريضة لعلاج السكري:

العلاج هو الأسلوب والطريقة للتعامل مع الحالة المرضية، وهي حالة مزمنة لا يتوقع الشفاء منها، ولكن لتقليل آثارها الضارة، وهناك اختلاف بسيط في أسلوب علاج حالات السكري حسب نوعه :

النمط الأول للسكري - سكري الاطفال:

- الأنسولين.
- الحمية الغذائية.
- النشاط البدني.

الأنسولين مهم جداً للبناء الحيوي اليومي لخلايا الجسم ، ومن ثم بقاء الإنسان على قيد الحياة، وحيث أن خلايا البنكرياس لم تعد قادرة على إفراز أي كمية منه، يصبح هو العلاج الرئيسي، أما الحمية الغذائية وبرنامج النشاط البدني فالمقصود منها موازنة كمية الأنسولين المعطاة وإمداد الجسم بما يحتاجه من مواد غذائية.(٣,١٤,٢٧)

ما هو شهر العسل لمرضى النوع الأول للسكرى Honeymoon Phenomenon؟

في بعض الأحيان يظهر على مرضى النوع الأول للسكري تحسناً بعد فترة من التشخيص، وتقل الجرعة اليومية من الأنسولين، بل قد يستغنى عنها المريض نهائيا، تفرح عائلة الطفل لذلك معتقدين أنه الشفاء (والشفاء من عند الله) ولكنها فترة مؤقتة معروفة وكثيرة الحدوث، تسمى شهر العسل، وبعد انتهاءها يرجع المريض تدريجياً لحاجته من الأنسولين مرة أخرى، ونادراً ما تتكرر فترة العسل مرة أخرى بعد ذلك.

ما هى ظاهرة الفجر Dawn Phenomenon ؟

هي ظاهرة ارتفاع مستوى السكر في الدم في الفجر (الصباح الباكر)، وهي ظاهرة طبيعية (فيزيولوجية) في الإنسان الطبيعي ومريض السكري، والسبب في ذلك هو إفراز الجسم لمجوعة من الهرمونات في الدم تعاكس في عملها عمل الأنسولين في الفجر، وبذلك ترفع من مستوى السكر في الدم ، وهي:

١. الغلوكاغون Glucagon من خلايا الفا Alpha cells في البنكرياس.
٢. الكورتيزون Corticosteroids من الغدة الكظرية.

هذه الظاهرة لها أهميتها عند علاج مرضى السكري، ففي حالة مرضى النمط الأول للسكري يقوم الطبيب بحساب كمية من الأنسولين متوسط المدى (أو الطويل المدى (مع الجرعة المسائية لكي يغطي مفعولها هذا الفترة ومن ثم منع ارتفاع نسبة السكر مع الفجر، وفي حالة مرضى النمط الثاني للسكري يعطى المريض أقراص العلاج في المساء لنفس السبب.(٣,١٤,٢٧)

ما هى ظاهرة سيموجى Symogy Phenomenon ؟

هي ظاهرة غير طبيعية تحدث أحياناً لمرضى السكري، وسميت باسم مكتشفها العالم الياباني سيموجي، فالهرمونات المعاكسة لعمل الأنسولين لها فوائد دفاعية، فعند زيادة جرعة الأنسولين بالخطأ أو نقص كمية الغذاء فإن مستوى السكر في الدم ينخفض ، وعند الوصول لمستوى ٥٠ ملغ/دسل (٣,١ مليمول/لتر) فإن أعراض هبوط السكر تبدأ بالظهور على المريض، ولكي يدافع الجسم عن نفسه فإنه يقوم بإفراز هذه الهرمونات (المعاكسة لتأثير الأنسولين) ومن ثم رفع مستوى السكر.

إذا تكرر انخفاض وارتفاع مستوى السكر في الدم عدة مرات في اليوم الواحد لعدم انتظام المريض بالبرنامج العلاجي، فإن هذه الهرمونات لا تعمل ولا تقوم بالدفاع عن الجسم.(٣,١٤,٢٧)

النمط الثاني للسكري - سكرى البالغين:

- البرنامج الغذائي
- النشاط البدني
- خافضات السكر الفموية.
- الأنسولين.(٣,١٤,٢٧)

ثالثاً: العوامل النفسية المرتبطة بمرض السكر:

يعتبر مرض السكر من الأمراض المزمنة والتي لها دلائل خاصة على هؤلاء الذين يعانون منه وعائلاتهم خاصة إذا كان المصاب من صغار السن طفلاً أو مراهقاً فالمرض يمثل حالة طويلة الأمد كما أنه يحمل دلالات مهددة للحياة نفسها ، والمرض يعنى وعى الطفل أو المراهق وإدراكه للخطر ويكمن مصدر الخطر الذى لا ينتهى في خوف المصاب من حدوث نقص الغلوكوز في الدم. فقد أوضح كوكس وآخرون (1987) أن انخفاض جلوكوز الدم من الممكن أن يؤدى إلى أعراض كريهة بالنسبة له سواء من الناحية المعرفية أو السلوكية حيث يتظاهر انخفاض غلوكوز الدم بأعراض فسيولوجية مثل الشعور بالجوع ، والاحساس بالتعب ، وصعوبة المشي ، وتعذر القيام بالحركات الدقيقة و بالتالي يكون المريض في خوف دائم من حدوث هذا الانخفاض وأن هذا الانخفاض قد يؤدى إما إلى انكار هذه الأعراض أو الجهاد بنشاط ضد انخفاض غلوكوز الدم. وقام الباحثون بتطوير مقياس تحدد به المخاوف المرتبطة بغلوكوز الدم المنخفض وتضمنت الأداة بعدين. بعد يقيس السلوكيات المتعلقة بهذه المخاوف مثل: أتناول وجبات خفيفة قبل النوم ، اتجنب التمارين عندما اعتقد أن السكر منخفض. أما البعد الآخر من المقياس فهو الانزعاج من انخفاض غلوكوز الدم مثل أخاف أن ينخفض جلوكوز الدم عندما أكون وحدى ؛ أخاف من الا يساعدني أحد عندما أكون وحدى ؛ أخاف من أن أربك نفسى وأصدقائي في المواقف الاجتماعية ؛ أخاف من انخفاض غلوكوز الدم وأنا نائم. (٧)

وباستخدام المقياس السابق قام إرفان وآخرون(١٩٩٢)بدراسة العلاقة بين الخوف من انخفاض غلوكوز الدم وبعض الاعراض النفسية والفيزيولوجية لدى عينة من مرضى النمط الأول Type I حيث وجد الباحثون أن الانفعالات الناتجة تتراوح من عدم السعادة إلى التهديد بالموت المبكر ووجد أن هناك علاقة دالة بين الخوف من انخفاض غلوكوز الدم والضغوط النفسية وخبرة نقص الجلوكوز ولكنهم لم يجدوا ارتباط بين الخوف من نقص الجلوكوز ونسبة الـ الخضاب الغلوكوزي..(٦)

وفى دراسة بعنوان المشكلات النفسية عند الأطفال مرضى السكر أوضح ضيائي حسين ١٩٨٧ أن دور العامل النفسي يتمثل في الاسراع بالاصابة بالمرض لدى الأطفال الذين لديهم استعداد وراثي للاصابة ، أيضاً يحدد شدة المرض عند أول ظهوره حيث نجد أن السبات السكري أحياناً ما يكون هو أول ظهور للمرض ويحدد العامل النفسي أيضاً قدرة المصاب على الاستجابة للعلاج عند بدء تشخيص المرض والعلاج. فوجود عوامل نفسية يقلل من الاستجابة

للعلاج ويطيل فترة بقاء المريض في المستشفى حتى يمكن التحكم في المرض والحد من خطورته ومضاعفاته. (٢٨)

ويكون رد الفعل النفسي عند اكتشاف المرض سيئاً لما تواتر واستقر في الأذهان من سنين طويلة عن مضاعفات المرض الضارة ويكفى لمرض السكر أن يحدث مضاعفاته في أحد الأفراد في محيط الأسرة أو المجتمع الصغير لتبقى ذكراه السيئة عالقة بالأذهان. وردود الفعل النفسية تختلف من مريض لآخر اختلافاً كبيراً ، وتتمثل في إما أن يكون الرفض والأنكار هو رد الفعل الشائع فبعض المرضى قد يتعمد عدم اتباع النظام الغذائي أو الاهمال في علاج المرضى أو تناول العقاقير كأنما يتحدى نفسه ، وهناك أيضاً التمرد على العلاج وهو جانب من جوانب الرفض خاصة إذا كان المحيطون بالمريض من أفراد الأسرة ينتحلون صفة الوصاية الكاملة على أكل وشرب المريض فما من أحد يمكن أن يقبل التحكم الكامل طوال الوقت ولمدة طويلة في تفاصيل معيشته وتذكيره باستمرار بمرضه أو قد ينشأ خوف شديد من المرض وآثاره كرد فعل عند بعض المرضى وخاصة ذوى الشخصية الوسواسية وإذا زاد الخوف عن حدة فإنه يسبب للمريض اكتئاباً ويحول حياته إلى حياة منكمشة على نفسها. وأخيراً هناك الشعور بالذنب الذى يحدث عند وجود المرض في أسرة واحدة حيث ينتاب المريض شعور بأن المرض عقاب له بسبب معاصي ارتكبت في الماضي الأمر الذى يؤدى بالمريض إلى حالة من الاحباط.(٣٠)

وليس هناك شك في أن الاصابة عند صغار السن تصاحبها ضغوط عديدة فمن أكثر المظاهر أهمية في الضغوط اليومية (حقن الأنسولين) هذه الضرورة أكثر من أي مظهر آخر في رعاية مريض السكر وغالباً ما يكون التأثير الانفعالي للحقن بالأنسولين ذات طابع سلبى ضار حيث ينظر إليه بعض الصغار على أنه نوع من العقاب لهم هذا بالإضافة إلى رد الفعل الفيزيولوجي للحقن بالأنسولين والخوف من التأثير الناتج عن الحقن قد يسبب إزعاجاً للوالدين ويظهر رد فعل الأنسولين في شحوب الوجه واصفراره وتصبب العرق والإغماء أحياناً.(٢٨)

وقد يتعمد الطفل المريض اعطاء نفسه جرعة كبيرة من الأنسولين حتى تؤدى إلى غيبوبة نقص السكر واضطرار أهله لنقله إلى المستشفى وبذلك يهرب من محيط العائلة أو يتعمد عدم أخذ حقن انسولين في مواعيدها ، والاسراف في تناول أطعمة تؤدى إلى غيبوبة سكر ، وضرورة نقله للمستشفى كل هذا يحدث نتيجة الاحباط المحيط به وشعوره أنه منبوذ من المجتمع أو عالة على والديه.(٢٨)

ومن القيود المفروضة على المريض والتي تمثل مواقف ضاغطة هي القيود الخاصة بنظام التغذية والتي ينتج عنها نمو مشاعر الخوف والقلق لدى الوالدين تجاه الأطعمة وبصفة خاصة الخوف من المواد الكربوهيدراتية ويتناول مريض السكر نفس الأطعمة كل يوم تقريباً وهذا النقص في تنوع المواد الغذائية غالباً ما يثير لديهم الميل إلى المقاومة والتمرد وينتج عن ذلك فرض القيود من جانب الوالدين على أبنائهم ومن ثم يصبح الغذاء مجالاً من مجالات الصراع بين الابن والوالدين.

ومن المظاهر الأخرى للقيود المفروضة على ضبط الحياة اليومية لمريض السكر هو ضرورة فحص البول ، ونظراً لخبرة المريض الطويلة بالفحوص والتحاليل يبدأ في الشعور بالقلق تجاه نتائجها كما تزداد السلوكيات الشاذة ، وخصوصاً عند الأطفال مثل التبول الليلى نتيجة شعورهم بالعطش نهاراً ، وتناولهم كميات كبيرة من الطعام .ويترتب على هذه المظاهر السابقة عدم الاستجابة لإرشادات الطبيب سواء من ناحية التغذية أو حقن الأنسولين ، وعدم الاعتماد على النفس في مراقبة المرض سواء من ناحية تحليل البول اليومي أو الدم.(٢٨)

ويوضح بات كليرك (1981) Patcleark أن هذا المرض يمد المراهق المصاب به بسلاح للهروب من المواجهات سواء بأخذ أنسولين زائد أو عدم تناول الوجبات أو عدم الحقن فى المواعيد وذلك كله يسبب نتائج درامية ، وسريعة والتي تركز الاهتمام على المريض ، وتجذب إليه الشفقة والتعاطف ، وهذا التأثير في الآخرين ينعكس في ظهور التوتر بين الوالدين والضغط المستمر الذى يؤثر في تحكم مريض السكر. (١١)

وقد أوضح برند (1993) Brend أن الاضطرابات النفسية التي ظهرت لدى مرضى السكر المعتمد على الانسولين تمثلت في:

الأنطواء الذاتى: Introversive

والذى أتضح من خلال الخوف من المدرسة School Phobia ، والهروب من المدرسة ، والخوف من أماكن العمل ، ومشكلات مع الزملاء ، والصداع النفسي الفيزيولوجي Psycho Physiological headaches، والآلام المبرحة في البطن ، والأوجاع الجسدية ، وتوهم المرض ، والقلق العام ، والرهابات Phobias ، والسلوك المتسم بالهلع ، والوساوس ، وحالة الاكتئاب ، والميول الانتحارية ، وسوء استخدام الأدوية .(١٨)

سلوكيات مضادة للمجتمع: Antisocial

تمثلت في الهروب من أماكن العمل ، وسلوك تدمير الذات ، والأفراط في التدخين ، والهروب من المنزل ، والسلوك العدواني ، والاهمال .

وعانى أفراد العينة أيضاً من فرط الحركة والتي عبرت عن نفسها في السلوك الاندفاعي ، وضعف التركيز والبعد الأخير من السلوكيات هي اضطرابات الطعام مثل رفض الطعام أو القهم في الطعام .

وأوضح أيضاً أن معدل الاصابة لهذه الاضطرابات زاد بنسبة ٣٣,٣% عن مجموعة الأصحاء ولكن نسبتها لم تظهر فروق دالة بين الذكور ، الاناث. ولكن وجدت الفتيات المصابات يعانين أكثر من الأولاد في اضطرابات الطعام ، وأخيراً كانت هناك نتيجة غير متوقعة ، وهى أن معدل انتشار الاضطرابات النفسية بين المراهقين المرضى لم يأتي مصحوباً بزيادة الشعور بالأسى في أحداث الحياة.(١٨)

وكشفت ماجدة خميس (١٩٩٢) في دراسة عمليه مصرية وجود علاقة بين مستوى القلق والاصابة ببعض الأمراض العضوية ومنها السكر حيث توجد فروق دالة احصائياً بين مرضى

السكر والأسوياء على مقاييس القلق ، قلق الموت ، القلق (داخلي / خارجي المنشأ) ووجود فروق بين المجموعتين على مقاييس الصحة العامة.

الاكتئاب:

يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة بين مرضى الأمراض الجسمية المزمنة بصفة عامة ومرضى السكري بصفة خاصة وانتشار الاكتئاب بين مرضى الامراض المزمنة يحظى باهتمام سريري واسع لأن الاكتئاب كاضطراب نفسى يصعب التشخيص الطبي السريري لمرضى الأمراض الطبية المزمنة ، كما أن علاج النمطين من الاضطرابات (النفسي والجسمي) باستخدام الأدوية من الممكن أن يتداخل.(١)

و الاكتئاب: حسب تعريف المعهد الأميركي للصحة العقلية هو":خلل في سائر الجسم يشمل الجسم والأفكار والمزاج ويؤثر على نظرة الإنسان لنفسه ولما حوله من أشخاص وما يحدث من أحداث بحيث يفقد المريض اتزانه الجسدي والنفسي والعاطفي."(١,٢)

ويعرفه كولز"١٩٩٢": بأنه خبرة وجدانية أعراضها الحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام واللامبالاة ،والشعور بالفشل وعدم الرضا والرغبة في ايذاء الذات ،والتردد وعدم البت في الأمور ،والارهاق وفقدان الشهية ،والشعور بالذنب، واحتقار الذات وبطء الاستجابة ،وعدم القدرة على بذل أي مجهود.(٢٩)

ويعرفه "BECK": بأنه حالة تتضمن تغيراً محدداً في المزاج ،وذلك مثل الشعور بالحزن والوحدة، واللامبالاة بالاضافة الى مفهوم سالب عن الذات مصحوب بتوبيخ للذات ،وتحقيرها ولومها، والرغبة في عقاب الذات والرغبة في الهروب، والاختفاء والموت.(٤,٥)

وحسب منظمة WHO العالمية يعتبر الاكتئاب من الاسباب الشائعة التي تسبب الامراض والاعاقة للأطفال الذين تتراوح أعماهم بين١٠-19سنة.
والاكتئاب كمرض نفسي يعد حالة عابرة تحدث نتيجة لبعض الأحداث المؤلمة وتتسم به وتحدث كمحاولة من تجنب الفرد قلقه الحاد ويصاحبها انخفاض في قيمة الذات وهو عصاب يغطيه القلق بمزاج من التعاسة والأفكار غير السارة بالإضافة إلى العجز عن مجاراة الحياة اليومية وضعف الطاقة ، وصعوبة التركيز ، وسرعة الانهاك عادة. (١٧)

قد يحدث الاكتئاب في أي عمر ،حيث اثبتت الدراسات ان الاصابة تحدث لدى٦%من الاطفال بعمر ٩-١٧سنة في الولايات المتحدة الامريكية .(١٤)

وهناك ١٠%من البالغين الامريكيين قد اختبروا نوعاً من انواع الاكتئاب في كل سنة .وعلى الرغم من العلاجات المتوفرة والمتاحة والتي تحسن ٨٠% من اعراض الاكتئاب يبقى حوالي ٥٠%من الاشخاص المصابين بداء الاكتئاب بدون أي مساعدة.(١٤)

ينتج الاكتئاب عن اضطراب الوظائف العضوية في الدماغ ولا تزال الابحاث جارية لمعرفة اسباب حدوث الاكتئاب ،وقد ساد مؤخرا الحديث عن وجود علاقة بين الاستعداد الوراثي والقصة الشخصية وزيادة معدل حدوث الاكتئاب لدى الفرد.(١٤)

تفسير الاكتئاب فى المدارس المختلفة:

النظرية النفسية:

أدت آراء وأفكار كارل أبراهام (١٩٢٧) إلى نظرية التحليل النفسي للاكتئاب ؛ فقد أفترض أبراهام أن الكراهية شعور سائد قبل الاصابة بالاكتئاب ، ولكن هذا الكره يكون غير متقبل لدى الشخص ، وعلى ذلك فإنه يقمع ويسقط ويأتي ذلك الاعتقاد بأنه مكروه ولأن لديه عيوب خلقيه وهنا يصبح مكتئباً وقد استنتج ابراهام الدليل على الكراهية المفعمة من خلال أحلام المريض الجرائمية ومحاولته الانتقام من الآخرين .(٢٨)

النظرية العصبية:

قدم "كرينز Krienz "، 1965نظرية يوضح فيها الدور الذى يلعبه الوطاء Hypothalamusفي اصابة الفرد بالاكتئاب في ضوء ما أطلق عليه الدائرة الانفعالية التي تبدأ باستقبال الفرد لأحداث بيئية معينة والتي تنتقل بدورها إلى القشرة المخية ثم يقوم مثير من القشرة المخية Cerebal Cortex باستثارة الوطاء وهذا بدورة يؤدى إلى استثارة النظام الجسمي الحشوي Somato - Visceral system ويقوم التلقيم الراجع Biofeed - back في هذا النظام باستثارة التشكلات الشبكية Reticulor - formation وبعد ذلك يتم تكملته وتشغيله في المهاد Thalamusوالجهاز الطرفي Limbicsystem وتنتهى بعد ذلك إلى الدوافع في القشرة المخية. وهذه النظرية تؤكد أن باثولجية الهيبوثالامس هي المسؤولة عن احتمال إصابة الفرد بالاكتئاب.(٢٨)

النظرية المعرفية:

قدم "بك Beck 1970 "نظرية لتفسير الاكتئاب يفترض أنه يحدث كنتيجة لتشوه معرفي يظهر في نظره الفرد السلبية تجاه العالم المحيط به ، نظرته السلبية تجاه ذاته ، نظرته السلبية تجاه المستقبل.

وعندما فحص (بك) مذكرات مرضاه المكتئبين وجد أنهم يميلون إلى تحريف ، وتشويه كل ما يحدث لهم تجاه توبيخ الذات ، والكوارث ، وما شابه ذلك ، وهكذا فإن القصور في الأداء ، والحركة يفسره المريض على أنه مثال لليأس التام من الحياة ووجهه نظر (بك) هي أن المكتئبين يفكرون بطريقة لا منطقية على وجه العموم وبالتالي فإنهم يتوصلون إلى نتائج غير

منطقية عند تقييم أنفسهم ويسمى (بك) هذه الأنماط في التفكير باسم البناء المعرفي (Schemata).

ويصف (بك) العديد من التشوهات المعرفية التي يرتكبها مرضى الاكتئاب عند تفسيرهم للحقائق في الآتي:

١- الاستدلال القسري (التعسفي)
كالتوصل إلى نتيجة في غياب الأدلة والبراهين الكافية أو أي دليل على الأطلاق فعل سبيل المثال يستنتج المكتئب (أنه تافه لا قيمة له) لأن السماء كانت تمطر في ذلك اليوم الذى استضاف فيه ضيوفه في حفل.

٢- التجريد الانتقائي:
كالتوصل إلى نتيجة استناداً إلى عنصر واحد من عناصر الموقف فنجد أن الفرد المكتئب يوبخ ذاته لعجز الانتاج عن أداء وظيفته على الرغم من أنه عامل واحد فقط من مجموعة العمال التي أنتجت هذا الانتاج.

٣- المغالاة في التعميم:
كالتوصل إلى نتيجة كلية على اساس حدث واحد وقد يكون هذا الحدث تافهاً فالطالب المكتئب يعتبر أدائه الرديء في الفصل الواحد في يوم ما على أنه دليل نهائي على غبائه وتفاهته وعدم نفعه.

٤- التهويل والتحقير:
فالفرد المكتئب يعتبر نفسه مسئول عن تحطيم سيارته تماماً (تهويل ومبالغة) عندما يرى أن هناك خدشاً طفيفاً في مؤخرة سيارته أو يعتقد أنه تافه لا قيمة له برغم الانجازات المتتالية التي حققها والتي تستحق الثناء.(٤,٥)

وقد وجد (بك) أن تفسيرات المكتئبين لا تتناغم مع الحقيقة الموضوعية ويرى انهم ضحايا حكمهم غير المنطقي على ذواتهم.

مما تقدم يمكن أن نستنتج أن معظم هذه النظريات قد اجتمعت فيما بينها على أن الاكتئاب يحدث كرد فعل لتفاعل الأحداث البيئية ينتج عنه تلك الحالة الانفعالية السوداوية وما يصاحبها من تشوهات معرفية ، وتغيرات سلوكية مصاحبة لتلك الحالة الانفعالية.(٤,٥)

الداء السكري والاكتئاب:

بعد استعراض التفسيرات المختلفة للاكتئاب نجد أن علاقته بالحالات الطبية المزمنة قد أوضحتها دراسات عديدة وبينت الأوجه النفسية الديناميكية له بطريقة أو بأخرى ففي مقال لـ (فيليب روث)أوضح أن مريض الاكتئاب المرتبط بتشخيص عضوي تتداخل عنده الأعراض الفسيولوجية والنفسية ودرس فرويد وجود صراعات خاصة ومعتقدات للمريض حول نفسه بسبب مرضه وأفكاره السلبية عن صورة الجسم واحساسه العام بالضياع ، وأوضح بيبرنج أن الاستهانة بتقدير الذات لدى مرضى الجسم سبب رئيسي لخلق الاكتئاب وأوضح كات Kaht أن الاكتئاب لا يظهر فقط كنتيجة لعلاقته بصراعات أو اهتمامات خاصة ولكنه يظهر كنتيجة لمكونات غير سعيدة لأى صراع نفسى داخلي.(٢٥)

أما عن العلاقة النوعية بين مرض السكري والاكتئاب فقد حاول الباحثون والسريريون في تقاريرهم المبكرة أن يحددوا ما إذا كان مرض السكري يؤدى إلى ارتفاع متزايد في الاكتئاب؟ وقد خرجت هذه الدراسات بالعديد من المضامين الهامة بخصوص هذه العلاقة نذكر منها ما يلى:

-أن الاكتئاب قد يكون طويل المدى ، ومهدد للحياة وهو مرض يفقد الفرد القدرة على أي شيء ، وإن الاضطرابات الكئيبة يصاحبها نوع من العجز الاجتماعي وتأثيرها يكون أكثر عمقاً على جودة الحياة ووجود الاكتئاب مصاحباً لمرض السكر يجعل مضاعفات المرض أكثر ويجعل الحياة أكثر قسوة.

-أن الاكتئاب المصاحب للسكري يمكن علاجه بأساليب العلاج النفسي Psycho therapyلأن استخدام مضادات الاكتئاب تعوق مفعول الانسولين.
أن الاكتئاب عندما يوجد مصاحباً لمرض السكري فإنه يجعل التحكم في الغلوكوز ضعيفاً ، ومن الممكن أن يكون التحكم في الغلوكوز عاملاً هاماً في تطور الاكتئاب فوجود الاكتئاب يؤدى إلى حالة من الإذعان (المطاوعة) التي تصيب المريض ، وتزيد من ضعف التحكم ، ومن الممكن افتراض أن هذه علاقة ثنائية الاتجاه أي أن الاكتئاب يؤثر على التحكم في السكر ، التحكم يؤثر على الاكتئاب.(٨)

ويوضح جاكبسون (١٩٩٣) أيضاً أن الانتشار المتزايد للاكتئاب عند مرضى السكري لا يكون بسبب الإصابة بالمرض ولكن للتأثير العام والضغط المتزايد والتوتر بسبب وجود مرض طبى مزمن وعندما نعقد مقارنات بين عينات مريضة بالسكري والأفراد ذوى الأمراض العضوية المزمنة الأخرى مثل أمراض القلب والرئة فإن معدل انتشار الاكتئاب بين مرضى السكر يكون متقارباً مع معدل وجوده عند هؤلاء المرضى.(٨)

وبمقارنة ثلاث مجموعات من المرضى أحداهما تعانى من مرض السكري مع وجود مضاعفات للمرض ، ومجموعة أخرى مصابة ولا تعانى من أية مضاعفات ، ومجموعة ثالثة ضابطة ، وباستخدام مقاييس للاكتئاب مثل مقياس Zung، مقياس بك (BDI) فقد

توصل ليدوم ، بروسى إلى أن مرضى السكري والذين تظهر عليهم مضاعفات سجلوا درجات أعلى على مقاييس الاكتئاب وعكس تحليل النتائج أن الأعراض المعرفية للاكتئاب كانت واضحة ووجد ٥٤% من ذوى الاكتئاب البسيط و 46%من ذوى الاكتئاب الحاد ووجد الباحثون ارتباطاً بين الاضطرابات الجنسية وأعراض الاكتئاب عند السيدات المصابات بالمرض ولا توجد عند الرجال. (٢٤)

وأفترض كينيث وآخرون أن طبيعة الاكتئاب لدى مرضى ضغط الدم ، والذبحة الصدرية ، والسكري المعتمد على الانسولين ستكون أكثر قسوة لدى المرضى الذين لهم تاريخ طويل مع هذه الأمراض. ، ومن خلال تطبيق معايير المعهد القومي للصحة العقلية ظهر أن المرضى ذوى التاريخ الطويل مع الذبحة الصدرية يصابون بنوبات اكتئاب اكثر حدة خلال عام من المتابعة. وأعراض اكتئاب كلية خلال السنة الثانية ، وأن طبيعة الاكتئاب لم تختلف بطريقة ملحوظة عند المرضى المكتئبين والذين لهم تاريخ مع ارتفاع ضغط الدم أو مرض السكري المعتمد على الأنسولين. (٢٥)

وأقر روى ، روي من خلال مقارنة مجموعة من مرضى السكر المعتمد على الأنسولين مع مجموعة أصحاء من خلال درجاتهم على مقياس (بك BDI)ومن خلال خبرتهم عن أحداث الحياة المثيرة للألم أن درجة مرضى السكري مرتفعة على مقياس الاكتئاب عن درجة الأصحاء ، وأن خبرتهم عن أحداث الحياة المثيرة للألم أكثر خلال الشهور السنة السابقة للدراسة ، وهذه النتيجة تحقق الفرض القائل بأن الاضطرابات النفسية والمشكلات الاجتماعية تظهر اكثر بين مرضى السكري المعتمد على الأنسولين.(١٣)

أما كريستين وآخرون فقد أوضحت أن وجود المرض العضوي يرتبط دائماً بزيادة درجة الأقدام على الانتحار مثل مرض الصرع ، وتصلب الشرايين ، ومرض السكري المعتمد على الانسولين ، ومن خلال دراستهم لـ 1682مريض بالسكر وجد منهم بعد فترة المتابعة ١٦٨ رجل توفوا منهم ١٢ حالة انتحار. ثلاثة مرضى استخدموا الانسولين كوسيلة للانتحار ، وأربعة مرضى استخدموا الوسائل العنيفة ، وخمسة مرضى استخدموا السموم وقبل انتحارهم فإن كثير منهم عبروا عن رغبتهم في الانتحار وظهرت عليهم علامات الاكتئاب .(١٠) ولا يقتصر الأمر على انتشار الاكتئاب فقط بين مرضى السكر ولكن طبيعة المرض كاضطراب مزمن يجعل المرضى عرضه لهذه الاضطرابات حيث يعانى المريض وبصورة يومية من أعراض كثيرة ، ومتنوعة من حقن أنفسهم بالانسولين ، واتباع نظام غذائي ، وتحمل مسئولية العلاج الأمر الذى يؤثر عليهم على المدى الطويل. إذا فتنوع الضغوط النفسية تجعل المرضى عرضة لاضطرابات نفسية مختلفة.

معدل انتشار داء الاكتئاب :

إن معدل انتشار داء الاكتئاب الكبير يقدر بحوالي ٢% من الأطفال و ٤-٨ % من البالغين، مع نسبة اصابة متساوية بين الذكور والإناث ١:١ خلال الطفولة ، ورجحان اصابة الإناث ١:٢ خلال المراهقة .

يتزايد خطر الاصابة بالاكتئاب بمقدار ضعفين إلى أربع أضعاف خلال البلوغ ، وتبلغ نسبة الاصابة بالاكتئاب بسن ال ١٨ حوالي ٢٠% .(١٤)

أنواع الاكتئاب :

- الاكتئاب الكبير (Major depression).
- الاكتئاب المزمن (Chronic depression).
- الاكتئاب ثنائي القطب (Bipolar depression).
- الاكتئاب الفصلي (Seasonal depression).
- الاكتئاب بعد الولادة .(١٤)

أنواع أخرى من الاكتئاب :

١. الاكتئاب المزدوج (Double Depression): تكون هذه الحالة عند مريض مصاب بالاكتئاب المزمن ويتعرض لنوبة اكتئاب كبير حادة .
٢. الاكتئاب الثانوي : الاكتئاب الذي يتبع تشخيص مرض عضوي معين ، مثل قصور الدرق ، داء باركنسون ، الايدز .
٣. الاكتئاب المعتمد على الأدوية : الاكتئاب المشخص من حوالي سنة والغير مستجيب على مضادات الاكتئاب والمعالجة النفسية .
٤. الاكتئاب المقنع : الاكتئاب الذي يختبئ وراء عرض جسمي دون وجود مرض عضوي واضح .(١,٢,٢٧)

ماهي الاضطرابات المرافقة لداء الاكتئاب ؟؟

قد يترافق الاكتئاب مع الاضطرابات النفسية التالية :

- القلق .
- نوبات الخوف والذعر .
- اضطرابات الأكل .

هل يمكن للاكتئاب أن يتزامن مع أعراض جسمية ؟؟

تشارك النواقل العصبية السيروتونين و النور ابينفرين في الدماغ في التحكم بالألم والمزاج . لذلك فمن الشائع أن يعاني الأشخاص المصابون بالاكتئاب من أعراض جسدية مثل : الألم المفصلي ، ألم الظهر ، الاضطرابات المعوية ، اضطرابات النوم ، اضطرابات الشهية ، بطء الكلام والحركات .

لذلك بعض المرضى يتنقلون بين الأطباء للبحث عن حل للمشاكل التي يعانون منها وفي الحقيقة هم مصابون بالاكتئاب.(٢٧)

أعراض الاكتئاب :

١. الهيوجية أو الغضب .
٢. الشعور المستمر بالحزن وفقدان الأمل .
٣. الانعزال الاجتماعي .
٤. اضطرابات الشهية سواءً زيادة أو نقصان .
٥. اضطرابات النوم (قلة النوم أو النوم المفرط).
٦. البكاء .
٧. التعب و قلة النشاط .
٨. الأعراض الجسمانية (ألم المعدة ، الصداع) التي لا تستجيب للعلاج .
٩. فقدان القدرة على أداء الوظائف اليومية أو الذهاب للمدرسة .
١٠. قلة الانتباه والتركيز .
١١. التفكير بالانتحار أو إيذاء النفس .(١٤,٢٧)

- طبعاً لا يعاني كل الأطفال المكتئبون من جميع هذه الأعراض ، ولكن في الحقيقة يعانون من أعراض مختلفة من وقت للآخر .
- كما أن هناك لدى قلة من الأطفال تحت عمر ١٢ سنة ميول انتحارية ، تعتبر الإناث أكثر ميولاً للانتحار ولكن الأولاد هم الذين ينجحون فعلاً في قتل أنفسهم بنسبة أكبر .
- يعتبر الأطفال الذين يعانون من اهمال عائلي أو قصة إدمان كحول أو اضطهاد جسدي أو جنسي أكثر ميولاً للانتحار .(٢٧،٣)

ماهي المؤشرات التي تشير إلى ميول انتحارية والتي يجب على الآباء الانتباه لها لدى أطفالهم :

١. أعراض اكتئاب متعددة (اضطرابات الأكل والنوم والنشاط).
٢. الانعزال الاجتماعي .
٣. التحدث عن الانتحار ، فقدان الأمل .
٤. الاقدام على أعمال خطرة .
٥. الحوادث المتكررة .
٦. الإدمان على مادة معينة .
٧. التكلم عن الموت .٨. البكاء المستمر أو قلة التعبير عن المشاعر .(٢٧)

ماهي المحرضات الأساسية للاكتئاب ؟؟

هنالك عدة من العوامل التي تتهم بزيادة وقوع الاكتئاب ، منها :

- الاضطهاد سواءً الجسدي أو الجنسي أو العاطفي ، كلها قد تتسبب بحدوث اكتئاب لاحقاً عند الطفل .
- بعض الأدوية : مثل خافضات الضغط " حاصرات B أو reserpine " .
- الانفصال : قد ينتج الاكتئاب عن حدوث انفصال عن أحد أفراد العائلة أو الاصدقاء .
- الموت أو فقدان الأحباء : الخوف من الموت أو الحزن على وفاة أحد المقربين .
- الجينات : وجود القصة العائلية للاكتئاب يزيد من خطر الاصابة بالاكتئاب ولكن بآلية غير معروفة .

- الأحداث الكبيرة سواءً الجيدة منها كبدء عمل جيد " التخرج ، الزواج " أو الحزينة سواءً الانتقال أو خسارة عمل أو التقاعد قد تؤدي هذه العوامل أيضاً إلى الاكتئاب .
- مشاكل شخصية أخرى : مثل الانعزال الاجتماعي بسبب أمراض عقلية أخرى .
- الاصابة بأمراض خطيرة معينة : قد يترافق الاكتئاب مع الاصابة بالأمراض الخطرة أو كانعكاس للمرض .
- الادمان : حوالي ٣٠ % من الأشخاص المدمنين يعانون من الاكتئاب (٢٧,١,٣).

تشخيص الاكتئاب :

حسب مرجع الأمراض العقلية :

Diagnostic and statical Manual of mental

Disorders Fourth Edition (DSM-IV)

تعرف نوبة الاكتئاب الكبير بأنها :

نوبة من اضطراب المزاج أو الاكتئاب مستمر على الأقل خلال الأسبوعين الماضيين ، وتمتد معظم اليوم .

تتصف بقلة النشاط والاهتمام وقلة المتعة في أداء كافة النشاطات ، وتترافق مع أعراض جسدية تتضمن :

الشهية ، النوم ، الطاقة ، قلة التركيز ، الانتحار ، الندم والشعور بالذنب .

لتحقيق التشخيص يتطلب وجود خمسة أعراض أو أكثر من أعراض الاكتئاب تقيم من قبل أخصائي بالأمراض النفسية بعد نفي باقي الأمراض العضوية .(١٤)

DSM-IV-Diagnostic criteria for Major Depression Episode:

أولاً : خمسة أو أكثر من الأعراض التالية خلال الأسبوعين الماضيين أما إذا تواجد عرض واحد على الأقل فهو إما : مزاج مكتئب أو قلة السعادة والمتعة .

١. يشعر الطفل بالاكتئاب معظم اليوم ، غالباً كل الأيام . ويتم تقييم ذلك إما عن طريق الاستمارات وسؤال الطفل أو طريق مراقبة الآخرين له " بكاؤه" .
٢. قلة السعادة والمتعة بأداء كافة النشاطات اليومية بشكل واضح وملحوظ معظم اليوم ، غالباً كل الأيام .
٣. نقص وزن ملحوظ بغياب وجود حمية معينة أو كسب وزن ملحوظ " مما يعني التغير ب ٥% من وزن الجسم خلال شهر " .
٤. اضطرابات النوم سواءً زيادة أو نقصان .
٥. الشعور بعدم الارتياح وعدم التوجه طول اليوم .
٦. الشعور بالذنب والندم معظم اليوم .
٧. قلة الانتباه والتركيز والقدرة على التفكير غالباً كل الأيام .
٨. تردد فكرة الموت لدى المريض والتحدث عنه بدون أو مع خطة واضحة للانتحار .

ثانياً : الأعراض لا تتطابق مع أعراض نوبة مختلطة (Mixed episode) .

ثالثاً : تسبب هذه الأعراض الانعزال الاجتماعي وقلة التفاعل مع المجتمع وقلة الكفاءة بأداء الفعاليات .

رابعاً : لا تنجم هذه الأعراض عن تعاطي معين (إدمان المخدرات ، الأدوية)، أو عن مرض عضوي معين (قصور بالدرق) .(١٤)

أيضاً هناك بعض العلامات التي يمكن أن يلاحظها الطبيب على الطفل والتي قد تشير إلى الاصابة بالاكتئاب منها :

- تجنب النظر مباشرةً للطبيب
- حركات الجسم البطيئة.
- ضعف الذاكرة ، قلة التركيز .
- عدم الثبات في المكان والدوران وفرك الشعر .
- بطء الحديث ، مع إطالة التوقف أثناء الكلام والشرود .(٢٧،١٤)

التحاليل التى تساعد فى تشخيص الاكتئاب :(٢٧)

١) تعداد عام وصيغة.
٢) شوارد الدم.
٣) البولة الدموية.
٤) الكرياتينين وتصفية الكرياتينين.
٥) اوسمولية البول.
٦) وأيضاً مسح دوائي بحث عن إدمان مادة معينة أو تعاط ي لدواء ما .
٧) وظائف الكبد والدرق لنفي قصور الدرق.
٨) EEG.
٩) ECG.

أدوات مسح الاكتئاب بالعيادات الطبية :(٢٧)

١. مقياس بيك للاكتئاب (Beck Depression Inventory BPI) : عبارة عن ٢١ سؤال متعدد الخيارات يقيس شدة الاكتئاب من خلال الأعراض والمشاعر .
٢. Zung-self Rating Depression scale .
٣. Hamilton Rating scale for Depression (HDRS) .
٤. مقياس بيرلسون.

التشخيص التفريقي للاكتئاب:

يدخل في التشخيص التفريقي للاكتئاب عدة من اضطرابات المزاج الاخرى والاضطرابات النفسية. كما يمكن لأعراض الاكتئاب ان تنتج عن بعض الاضطرابات العضوية او الادوية .(١٤,١,٢٧)

ومن تلك الاضطرابات النفسية(The Psychiatric Disorders):

- اضطرابات التطور.
- الادمان.
- القلق.
- اضطرابات الوجدان.

اما بالنسبة للاضطرابات العضوية التي قد تختلط مع الاكتئاب فتتضمن:

- الاضطرابات العصبية.
- الاضطرابات الغدية الصماوية.
- الامراض الانتانية.
- الاورام.
- فقر الدم.
- فرط حمض البول بالدم .

- فشل النمو.
- اضطرابات التعب المزمن.
- اضطرابات الالم.

اما بالنسبة للأدوية فتتضمن:

- المسكنات الأفيونية .
- المعالجة الكيماوية للأمراض السرطانية.
- ادوية القلب والاوعية الدموية .
- الستيروئيدات.
- مانعات الحمل الفموية.

ولذلك يتم تشخيص الاكتئاب لدى الطفل المصاب بعد نفي كافة الاحتمالات السابقة.

العقابيل:

سجلت الدراسات بان حوالي ٦٠%من الافراد المصابين بالاكتئاب يفكرون بالانتحار و٣٠%بالفعل قد حاول الانتحار.
ويزداد خطر سلوك الميل للانتحار عندما تكون هناك محاولات سابقة او بوجود قصة عائلية للانتحار ،او الترافق مع مرض نفسي اخر.
ويزداد خطر تعرض الاطفال والمراهقين المصابين بالاكتئاب للاساءة من قبل ذويهم.
كما يتراجع ادائهم في الامور الحياتية والتواصل الاجتماعي مع الاهل والاصدقاء وتتناقص قدرة تحملهم للضغوط اليومية وللامراض الجسدية.(١٤)

الوقاية:

اثبتت الدراسات مدى فعالية المعالجة النفسية -السلوكية (Cognitive Behavioral strategies) بمنع تحول الاضطرابات المشابهة للاكتئاب (sub syndromal) الى اضطرابات الاكتئاب الوصفي (syndromal).
تتضمن تلك الاستراتيجيات:

١) تحديد اضطراب المزاج السلبي.
٢) تحديد العوامل البيئية والنفسية المحرضة .
٣) الابتعاد عن حالات الشدة والاكتئاب والقلق.
٤) التخطيط للفعاليات التي تبعث على السعادة والفرح.

٥) تطوير مهارات التعلم والتعامل مع العقبات والمشكلات.
٦) علاج الاضطرابات المرافقة كاضطرابات النوم والاسترخاء والشهية.
٧) الحصول على الدعم الاجتماعي من قبل العائلة والمحيط بالطفل.(١٤)

المعالجة:

يجب ان تبدء المعالجة اولا بالتثقيف النفسي باشراك العائلة والمدرسة.
ويشير التثقيف النفسي (psycho education)الى تثقيف افراد العائلة والطفل عن الاسباب والاعراض ومدة العلاج وخيارات العلاج المتاحة للاكتئاب مع الاخطار التي تترافق مع كل خيار من تلك الخيارات او التي قد تنتج عن ترك العلاج .
قد يفيد في بعض الحالات تثقيف الاهل حول مواقع الانترنت التي تختص بهذه المواضيع، وبسبب الاهمية البالغة للعوامل البيئية المحيطة بالطفل في زيادة معدل الاصابة بالاكتئاب يجب تشجيع الاهل على تغيير الظروف السيئة المحيطة بالطفل وتقوية العلاقة بالطفل.(١٤,٢٧,١,٣)
كما يجب اشراك المدرسة بالعلاج النفسي للطفل وتحسين الظروف المحيطة به في المدرسة وتشجيعه على التعلم واداء المهارات المختلفة بالمشاركة مع العائلة، ولكن في الحالات التي لا تستجيب للعلاج النفسي او تبدي استجابة ضعيفة يجب اشراك العلاج الدوائي.
يعتمد اختيار الخط الاول بالعلاج على العوامل التالية:((١٤))

١.الشدة.
٢.الازمان.
٣.عدد النوبات السابقة.
٤.عمر المريض.
٥.نوع الاكتئاب.
٦.الالتزام بالعلاج.
٧.الاستجابة للعلاج بالنوب السابقة.
٨.العوامل البيئية المحيطة بالطفل.
٩.مطاوعة المريض الطفل للعلاج.

قد تستجيب حالات الاكتئاب غير الوصفية(sub syndromal)او حالات الاكتئاب الوصفية الخفيفة (mild syndromal) الى العلاج النفسي الداعم فقط او بالدواء الغفل(placebo)لمدة ٤-٦ اسابيع .
ولكن تحتاج حالات الاكتئاب المتوسطة والشديدة (moderate to sever)الى علاج نوعي بالعلاج النفسي مع الادوية مضادات الاكتئاب ان لزم الامر.
قد تستجيب حالات الاكتئاب المتوسطة الى العلاج السلوكي المعرفي بدون الادوية وذلك لمدة ٨-١٢ اسبوع والحصول على نتيجة افضل من العلاج الداعم فقط كما في الاكتئاب الخفيف.(١٤)
اما حالات الاكتئاب الشديد فانها تحتاج للعلاج بمضادات الاكتئاب الدوائية بالاضافة الى العلاج النفسي.(١٤)

العلاج النفسى:

قد يكون للعلاج النفسي لدى الأطفال فعالية في الحد من أعراض المريض فقد أثبتت الابحاث ان حجم تأثير العلاج النفسي يتراوح بين ٠,٧١-٠,٨٤والذي يعد أكبر من تأثير بعض الادوية ي علاج بعض الامراض الجسمانية .وعلى الرغم من الفوائد ، فان أقلية فقط من الاطفال المصابين يتمتعون بمستوى فعالية مشابه لأقرانهم من الأطفال .

لأنه في بيئات المجتمع المحلي يكاد يكون تأثير حجم العلاج النفسي صفراً .

ويعود هذا الضعف في الاستجابة إلى العوامل المعقدة التي توجد في المجتمع الخارجي وعلى درجة التعاون بين الأفراد لمعالجة المريض على عكس البيئة التي توفرها الأبحاث والدراسات العلمية للطفل حيث يتم استبعاد تلك العوامل كافة .(١٤)

وهناك مجموعة متنوعة من العلاجات النفسية مع وجود أدلة متفاوتة على مدى فعاليتها.

ومن تلك المعالجات مرتبة حسب الفعالية الأكبر :

١. العلاج المعرفي السلوكي : الذي يعتبر علاج الخط الأول لاضطرابات القلق والاكتئاب المعتدل .
٢. العلاج الأسري .
٣. العلاج الديناميكي النفسي .
٤. العلاج النفسي الداعم .(١٤)

العلاج المعرفى السلوكى :

(34)(CBT) Congitive Behavioral Therapy

يشمل العلاج المعرفي السلوكي في صورته الواسعة كل الطرائق التي من شأنها أن تخفف الضيق (Distress) النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والاشارات الذاتية (self – singles) المغلوطة ، ولا يعني التركيز على التفكير وإهمال الاستجابات الانفعالية التي تعد المصدر المباشر للضيق بصفة عامة ، إنما يعني ببساطة أننا نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته أو من طريقة تفكيره .

وبتصحيح الاعتقادات الخاطئة يمكن إخماد الاستجابات الانفعالية الزائدة وغير المناسبة أو تغييرها .

مبادئ العلاج المعرفى السلوكى (34)

١) المشاركة العلاجية : يعد التعاون بين المعالج والمتعالج مكوناً أساسياً في العلاج المعرفي السلوكي ، وأن التخبط في تحديد الأهداف العلاجية يحبط المعالج من جهة ويجهد المتعالج من جهة أخرى . لذلك من المهم الفهم المشترك للغلاقة العلاجية بينهما .

٢) بناء الثقة : يرى بيك أن أفضل أسلوب لبناء الثقة هو أن ينقل المعالج إلى المتعالج رسالة مثل (إن لديك أفكار معينة تضايقك ، هذه الأفكار قد تكون صحيحة ، وقد تكون

غير ذلك فدعنا نفحصها). إن هذا الموقف المحايد يشجع المتعالج على أن يعبر عن أفكاره المشوهة ليبدأ بعد ذلك وباحتراس أسلوب المحاولة والخطأ .

٣) اختزال المشكلة :ينطوي تخفيف المشكلة على ثلاث خطوات :

أ- التعرف إلى المشكلات ذات الأسباب المتشابهة وتجميعها معاً ليستطيع المعالج اختيار التقنيات المناسبة لكل مجموعة من المشكلات .

ب- التركيز على العناصر المحورية التي تشكل مفتاح الاضطراب ، فعندما يتركز العلاج لدى المكتئبين مثلاً على عناصر مثل نقص الاعتبار أو التوقعات السلبية يمكن يؤدي إلى تحسن في المزاج وفي السلوك الظاهر وفي الشهية ونمط النوم لدى المتعالج .

ت- تحديد الحلقة الأولى في سلسلة الأعراض وتأكيدها لأنها قد تكون مشكلة صغيرة في حد ذاتها تمخضت عنها نتائج مثل الاصابة بعجز يعيق عن العمل أو فقدان للأهلية .

٤) نعلم كيف تتعلم : ليس من الضروري أن يساعد المعالج المتعالج على أن يحل كل مشكلة تزعجه ، ولا من الضروري أن يتوقع المعالج كل المشكلات التي يمكن أن تحدث بعد انتهاء العلاج ويحاول أن يحلها مقدماً لأن بالمشاركة العلاجية يساعد المتعالج على استنباط طرائق جديدة ليتعلم من خبراته وسائل جديدة لحل مشكلاته بمعنى أن المتعالج يتعلم كيف يتعلم .

أهداف العلاج السلوكي (34)

لخص كل من (بيك وفريمان وبيلاك وباترسون) أهداف العلاج المعرفي السلوكي بالنقاط التالية:

١. تعليم المتعالج كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه .
٢. مساعدة المتعالج على أن يكون واعياً بما يفكر فيه .
٣. مساعدة المتعالج على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك .
٤. تعديل الأفكار التلقائية والمخططات والمعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب.
٥. تعليم المتعالجين كيفية تقييم أفكارهم وتخيلاتهم وخاصةً تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة .
٦. تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشويهات معرفية .
٧. تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات .
٨. تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات ، ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير باستخدام الحوار الداخلي .
٩. تدريب المتعالجين على استراتيجيات و سلوكيات ومعرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية أو عند مواجهة ضغوط طارئة .

إن أساليب العلاجات المعرفية السلوكية المعاصرة تنقسم إلى ثلاثة أقسام رئيسية :

- إعادة تكون البنية المعرفية .
- العلاج بالتدرب على مهارات المواجهة .
- العلاج عن طريق حل المشكلات .

ما مدى فاعليته؟

- هو العلاج النفسي الأكثر فاعلية لحالات الاكتئاب الشديدة و المتوسطة لكن بجانب العلاج الدوائي.
- يعد تأثيره نفس تأثير مضادات الاكتئاب في عدة أنماط من الاكتئاب.(٣٤)

مشاكل العلاج المعرفي السلوكي:

- إذا كان المريض يشعر بالاكتئاب و لديه مشكلة بالتركيز فسيجد صعوبة بالبداية ليفهم العلاج المعرفي السلوكي أو بالحقيقة أى شكل آخر من العلاج النفسي.
- هذا قد يجعله يشعر بالإحباط و فقد السيطرة.

و لكن يجب أن يعرف أن المعالج الجيد سيسرع الجلسات بدرجة تساعده على التعامل مع العمل الذي يحاول فعله.

في بعض الأحيان قد يكون من الصعب على المريض التكلم حول شعوره بالاكتئاب.(٣٤)

كم ستطول مدة العلاج؟

قد تأخذ الجلسات من ٦ أسابيع إلى ٦ أشهر وهذا يعتمد على درجة الاكتئاب ومدى استجابة المريض للعلاج.(٣٤)

العلاج الدوائى:

مثبطات عود التقاط السيروتونين SSRIs:(٢٧،١٤)

تعتبر SSRIs الخط الاول لعلاج الاكتئاب لدى اطفال الداء السكري وتعتبر بنفس فعالية TCAs ولكن باثار جانبية اقل .

وقد جرت العديد من الدراسات على العلاج ب SSRIs عند السكريين للتحري عن كفاءة هذه الادوية في علاج الاكتئاب لديهم وقد اثبتت هذه الدراسات ان:

لل: FLUOXETINE ,SERTALINE, PAROXETINE

فعالية مثبتة وناجحة بعلاج الاكتئاب لدى الاطفال السكريين وتحسين نوعية الحياة.

وقد اثبتت الدراسات ان العلاج بFLUOXETINE تخفف اعراض الاكتئاب بأسبوعين اقل من العلاج ب PAROXETINE.

وقد اثبتت بعض الدراسات تحسن قيم الخضاب الغلوكوزي عند العلاج ب SSRIs.

الاثار الجانبية:

١) الغثيان .
٢) النرفزة.
٣) الاسهال.
٤) الصداع.
٥) الكوابيس الليلية.
٦) الدوار او شعور الخفة بالراس.
٧) الرنح.
٨) التغيرات بالرغبة الجنسية.
٩) الفواق.
١٠) زيادة الميل للانتحار.
١١) متلازمة السيروتونين (عبارة عن ثلاثي يتكون من تغيرات الحالة العقلية ،تغيرات في الجملة الذاتية، الاضطرابات العصبية العضلية)
١٢) الرعاش العضلي.
١٣) تسرع القلب.

مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقةTCA(١٤,٢٧)

تعتبر من اقدم الادوية المضادة للاكتئاب والتي كانت تستخدم بشكل واسع قبل ان يحل محلها الادوية الاكثر امانا مثل SSRIs.

ان ترافق هذه المضادات مع الخطورة العالية قد حد من استخدامها خصوصا زيادة حدوث الاثار القلبية والتعب عند فرط الجرعة، ولكن على الرغم من الاثار الجانبية فانها تستخدم في تنظيم اضطرابات النوم وتعتبر خياراً جيداً في علاج الاعتلال العصبي السكري ويعتبر AMITRIPTYLINEوDESIPRAMINE خياراً افضل من SSRIs في علاج الاعتلال العصبي لدى مرضى الداء السكري.

ولكنها لا تعتبر الخط الاول لعلاج الاكتئاب لدى مرضى الداء السكري وتوصف فقط عند عدم الاستجابة لمحاولتين على الاقل بالعلاج بمضادات الاكتئاب الحديثة.
من اشيعها ELAVIL,NORPRAMINE,AMITRIPTYLINE.

الاثار الجانبية الشائعة:

١) تشوش الرؤية.
٢) جفاف الفم.
٣) الدوار.
٤) كسب الوزن.
٥) الغثيان.
٦) الامساك.
٧) الرنح.
٨) الارق.
٩) العصبية.
١٠)تغيرات الرغبة الجنسية.
١١)الرعاش العضلي.
١٢)تسرع القلب.

لا تزال الأدوية ثلاثية الحلقة تحتل مكانا في علاج الاكتئاب الحاد الذي لا يستجيب إلى مضادات الاكتئاب السيروتونينية, يستخدم نموذجيا الـ "Amitriptyline"لتأثيره المهدئ على المريض الشديد التهيج و "Imipramine" لتأثيره المنبه على هذا المريض إذا تضاءلت حركته ونشاطه. يجب تحذير المرضى وآبائهم من الظهور المبكر واستفحال التأثيرات الجانبية المضادة للكولين كجفاف الفم والإمساك وتشوش الرؤيا.

ليس لهذه التأثيرات مشكلات كبيرة إذا تم تناول الدواء بشكل بطيء، ويجب أن يكون هناك تخطيط سليم لكهربائية قلب المريض (ECG) لأن اضطراب التوصيل هو مضاد للاستطباب.

الجرعة: "Amitriptyline" :الأطفال ١-١,٥ ملغ/كغ/٢٤ سا مقسمة على ثلاث جرعات. المراهقون ٣٠-١٠٠ ملغ قبل النوم أو مقسمة على جرعتين (حد أقصى ٢٠٠ ملغ/٢٤ سا)، البالغ ٣٠-١٠٠ ملغ/٢٤ سا (حد أقصى ٣٠٠ ملغ / ٢٤ سا).(١٤,٢٧)

مضادات الاكتئاب الحديثة(١٤,٢٧)

لقد انتشر مؤخرا استعمال مضادات الاكتئاب الحديثة والتي تشمل مثبطات عود التقاط السيروتونين والنور ابينفرين (SNRIs)،ومثبطات عود التقاط الدوبامين والنور ايينفرين (NDRIs).

وتعتبر هذه المضادات كبدائل امنة عن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة ،وقد تستخدم هذه الادوية كخط اول للعلاج او كبديل للعلاج عند فشل SSRIs .

ولكن الدراسات حول تطبيق هذه الادوية عند مرضى السكري المصابين بالاكتئاب محدودة.

كما اثبتت بعض الدراسات انSNRIs يعتبر خيار جيد لعلاج الاكتئاب عند مرضى السكري المصابين بالاعتلال العصبي، مثل DULOXEETINE وقد تم اعتماده من قبل FDA

وهو جيد التحمل مع اثار جانبية قليلة، ولكن قد يسبب زيادة طفيفة بقيم الخضاب الغلوكوزي .

وبشكلٍ عام يجب الاستمرار العلاج بالدواء المناسب والجرعة المناسبة لمدة ٤ اسابيع على الاقل وخلال تلك الاسابيع يعاد تقييم الاستجابة السريرية والتحمل والسلوك العدواني وتقييم خطورة الانتحار بشكل متكرر.

وعندما يكون تحمل الادوية جيدا لدى المصابين يمكن زيادة الجرعة بعد الأسبو ع الرابع

عندما لا نحصل على النتيجة المرجوة (تحسن الاعراض بنسبة٥٠%).

ثم يقيم المريض بشكل اقل تواترا بعد الاسبوع الرابع حتى حدوث الهدأة (Remission)

وبعدها يعاد تقييم الطفل بشكل شهري تقريبا .

وبسبب زيادة معدل النكس لذلك يجب ان يستمر العلاج الناجح بالأدوية لمدة ٦-١٢ شهر تقريبا

وبالنهاية يجب ان تسحب كل مضادات الاكتئاب (ماعداFLUXETINE) بشكل تدريجي لتجنب اعراض السحب المفاجيء (التعب، الهيوجية ، اعراض جسمية خطيرة).

يتطلب علاج المرضى المصابين بالنكس المتكرر (مرتين أو أكثر)أو الاكتئاب المزمن أو الاكتئاب الكبير الشديد مدة تزيد عن ١٢ شهر.

يزيد احتمال استشفاء المرضى الذين لا يبدون استجابة واضحة على العلاج بمضادات الاكتئاب بعد ٨ أسابيع من العلاج أو الذين لم يتحقق لديهم الهدأة (REMISSION)بالأسبوع ١٢ من العلاج .

ان التحويل الى نوع اخر من مضادات الاكتئاب قد يفيد المرضى الذين لم يبدوا استجابة واضحة للSSRIs.

المراقبة

يمكن أن يعامل معظم الأطفال المصابين بالاكتئاب المتوسط الى الشديد كمرضى خارجيين ،وذلك من خلال جدول زيارات بشكل اسبوعي خلال المرحلة الحادة من العلاج.

اما العوامل التي تزيد من احتمال الاستشفاء:

-الاكتئاب الفصلي.

-الاكتئاب ثنائي القطب.

-الميل للانتحار(١٤).

القسم العملي

اهداف البحث :

- دراسة انتشار اضطراب الاكتئاب عند مرضى الداء السكري نمط I من الأطفال الذين تتراوح اعمارهم بين٨-١٤ سنة.
- دراسة تأثير وجود الاكتئاب على مستوى ضبط الداء السكري عند الطفل .

طريقة الدراسة :

اجراء مقابلات شخصية مع الأطفال و ملء الاستمارة الخاصة بالبحث التي تتضمن السؤال عن اعراض الاكتئاب وفق معايير الاكتئاب لدى منظمة DSM_IV عند الطفل و عن نوعية حياة الطفل و مستوى استيعاب العائلة لمرض الطفل و علاجه و الالتزام بالعلاج .

الاستبيان:

تم اعتماد The Patient Health Questionnaire-9كنموذج للاستبيان لمسح الاكتئاب لدى العينة المختارة للدراسة,وهو يتألف من ٩ أسئلة تحرى معايير الاكتئاب لدى مرجع DSM_IV وهو يختصر الكثير من الزمن الذي تستغرقه العديد من مقاييس الاكتئاب مثل مقياس بيك.

وهو يمتلك حساسية تصل ل٨٨%ونوعية تصل ل٨٨% في تشخيص نوبة الاكتئاب الكبير في حال تم تسجيل عشرة نقط أو أكثر.

نقاطPHQ9:

٤-١ لا يوجد اكتئاب.

٩-٥ اكتئاب خفيف.

١٤-١٠ اكتئاب متوسط.

١٩-١٥ اكتئاب شديد.

٢٧-٢٠ اكتئاب شديد جدا

نموذج الاستبيان:

هل شكوت من الاعراض التالية خلال الأسبوعين الماضيين:

	ابدا	في بعض الايام	في معظم الايام	في كل الايام
١.أشعر بقلة الاهتمام والمتعة بأداء فعاليات اليوم.	٠	١	٢	٣
٢.أشعر بالاحباط أو الاكتئاب أو فقدان الأمل.	٠	١	٢	٣
٣.لاأشعر بالنعاس أو أجد صعوبة بالنوم.	٠	١	٢	٣
٤.أشعر بالتعب أو قلة النشاط.	٠	١	٢	٣
٥.أشكو من قلة الشهية أو الاكل المفرط.	٠	١	٢	٣
٦.أشعر بالسوء تجاه نفسي أو أشعر بأني فاشل او انني خذلت نفسي وعائلتي.	٠	١	٢	٣
٧.أشعر بقلة التركيز على الاشياء مثل القراءة أو مشاهدة التلفاز.	٠	١	٢	٣
٨.بطء الحركة والكلام لدرجة تلفت انتباه الاخرين أو بالعكس الكلام بسرعة وفرط النشاط.	٠	١	٢	٣
٩.تراودني أفكار عن الموت أو الانتحار أو ايذاء نفسي	٠	١	٢	٣

المجموع_

سيتم تحليل النتائج و تنظيمها وفق جداول و اشكال احصائية لمعرفة وجود و نسبة انتشار الاكتئاب عند مرضى السكري و مقارنتها مع العينة الشاهدة و ذلك بعد نقل البيانات من الاستمارات الخاصة و اسقاطها ضمن الجداول المعدة لهذا الامر .

المواد المستخدمة للدراسة :

نموذج الاستبيان المرفق.

نتائج الدراسة :

معرفة انتشار الاكتئاب عند الأطفال المصابين بالسكري نمط I وفق دراسة احصائية مقارنة بالمجموعة الشاهدة و البحث عن وجود نسبة اعلى من انتشار الاكتئاب عند المجموعة المستهدفة و بالتالي اعتبار السكر نمط I هو المسؤول عن ذلك .

الدراسات العالمية للمقارنة:

١-دراسة KOVACS1997((١٩)):

العينة: تم دراسة حوالي ٩٢ طفل تتراوح أعمارهم بين ٨-١٣ سنة:٣٣طفل تتطور لديهم نوع من اضطرابات الاكتئاب،و٥ أطفال تتطور لديهم اضطراب نفسي من نوع آخر، أجريت الدراسة في USA.

النتيجة: ترافق هام بين الداء السكري والاكتئاب ،كم أثبتت الدراسة أن الاكتئاب الاضطراب الأشيع بين الاضطرابات النفسية التي قد تصيب الطفل المصاب بالداء السكري.

كما اثبتت أن نسبة الاصابة بالاكتئاب تتزايد خلال السنة الاولى من تشخيص الداء السكري.

3.دراسة باكستانية(26)

تم دراسة الحالات من شهر مارس الى شهر ديسمبر ٢٠١١ ، ونشرت في ديسمبر ٢٠١٣.

العينة:٨٦ طفل تتراوح أعمارهم بين ٧-١٥سنة مصابين بالداء السكري.

النتيجة: تم تشخيص الاكتئاب لدى ٢٩طفل (٣٣,٧%)،وتم دراسة العوامل المرافقة للاكتئاب لديهم:

-الحالة الاجتماعية المتدنية وجدت لدى ٢١طفل من أصل ٢٩طفل (٧٢,٤%).

-فترة الاصابة بالداء السكري أكثر من سنة لدى ١٦طفل من أصل ٢٩ طفل (٥٥,١%).

- انتشار الاكتئاب لدى المراهقين وجد لدى ٢٠ طفل من أصل ٢٩ طفل (٦٩%).

نتائج الدراسة لدينا في مشفى الأطفال:

العينة تتألف من ٥٠ طفل تتراوح أعمارهم بين ٨-١٠ سنوات (٢٢ طفل) .

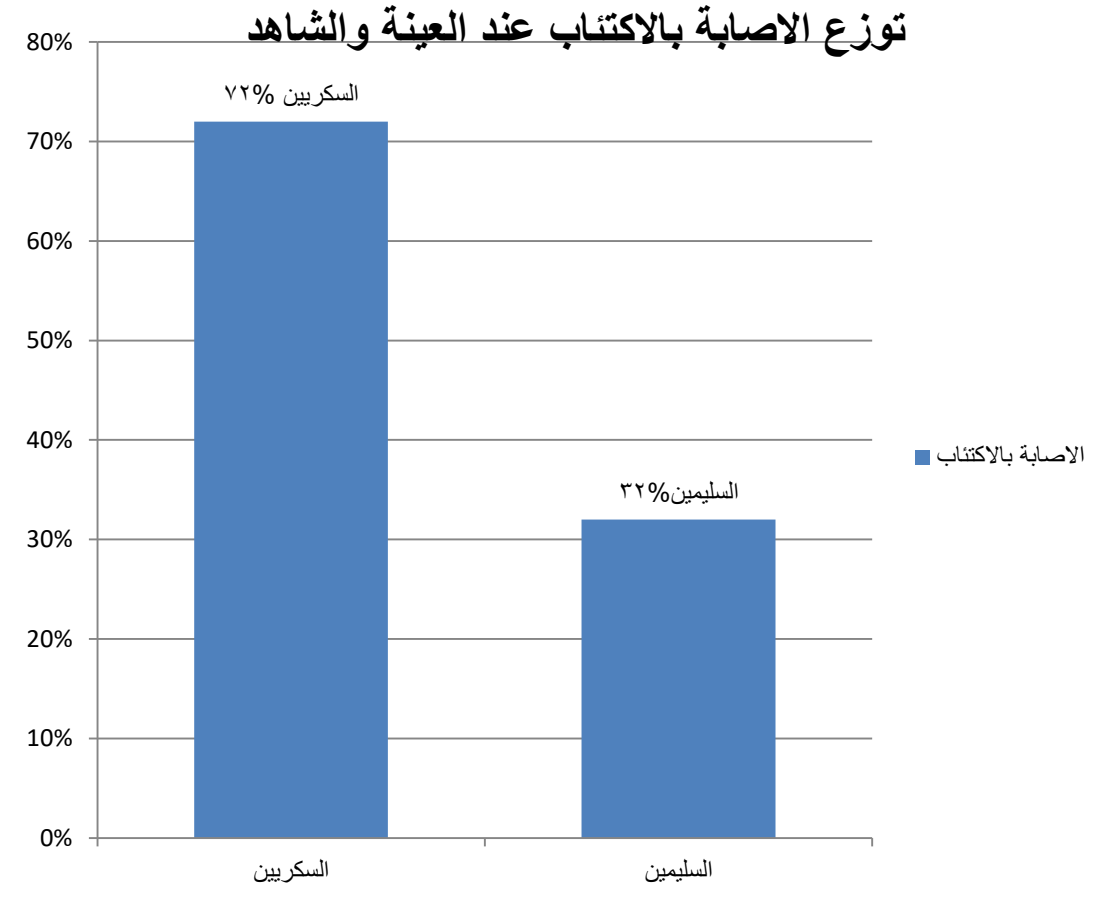
١١-١٤ سنة (٢٨ طفل).

عدد الذكور ١٦ طفل ، الاناث ٣٤ طفل.

نسبة الاصابة بالاكتئاب عند الاطفال المصابين بالداء السكري نمط أول مقارنةً مع عينة الشاهد (الاطفال السليمين):

الجدول الأول : نسبة الاصابة بالاكتئاب عند الأطفال السكريين نمط ١مقارنة بالعينة الشاهد:

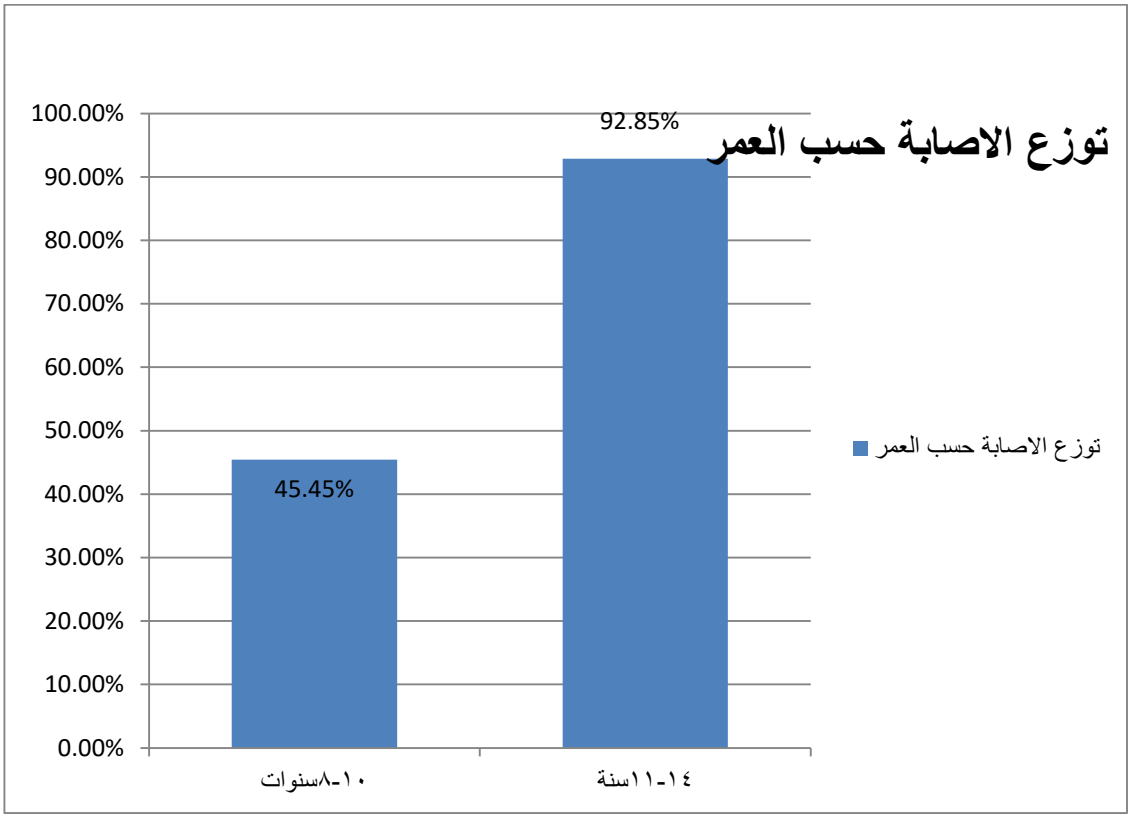
الأطفال	السكريين (٥٠ طفل)	السليمين (٥٠ طفل)
العدد	٣٦ مصاب	١٦ مصاب
النسبة	٧٢ %	٣٢ %



توزع الاصابة بالاكتئاب حسب العمر :

الجدول الثاني :توع الاصابة بالاكتئاب حسب العمر:

العمر	٨-١٠ سنوات(٢٢طفل)	١١-١٤ سنة(٢٨طفل)	Pearson Correlation	.٣٧٤
العدد من أصل ٣٦ طفل	١٠ أطفال	٢٦ طفل	Sig (2-tailed)	.007
النسبة	%٤٥,٤٥	%٩٢,٨٥	N	٣٦

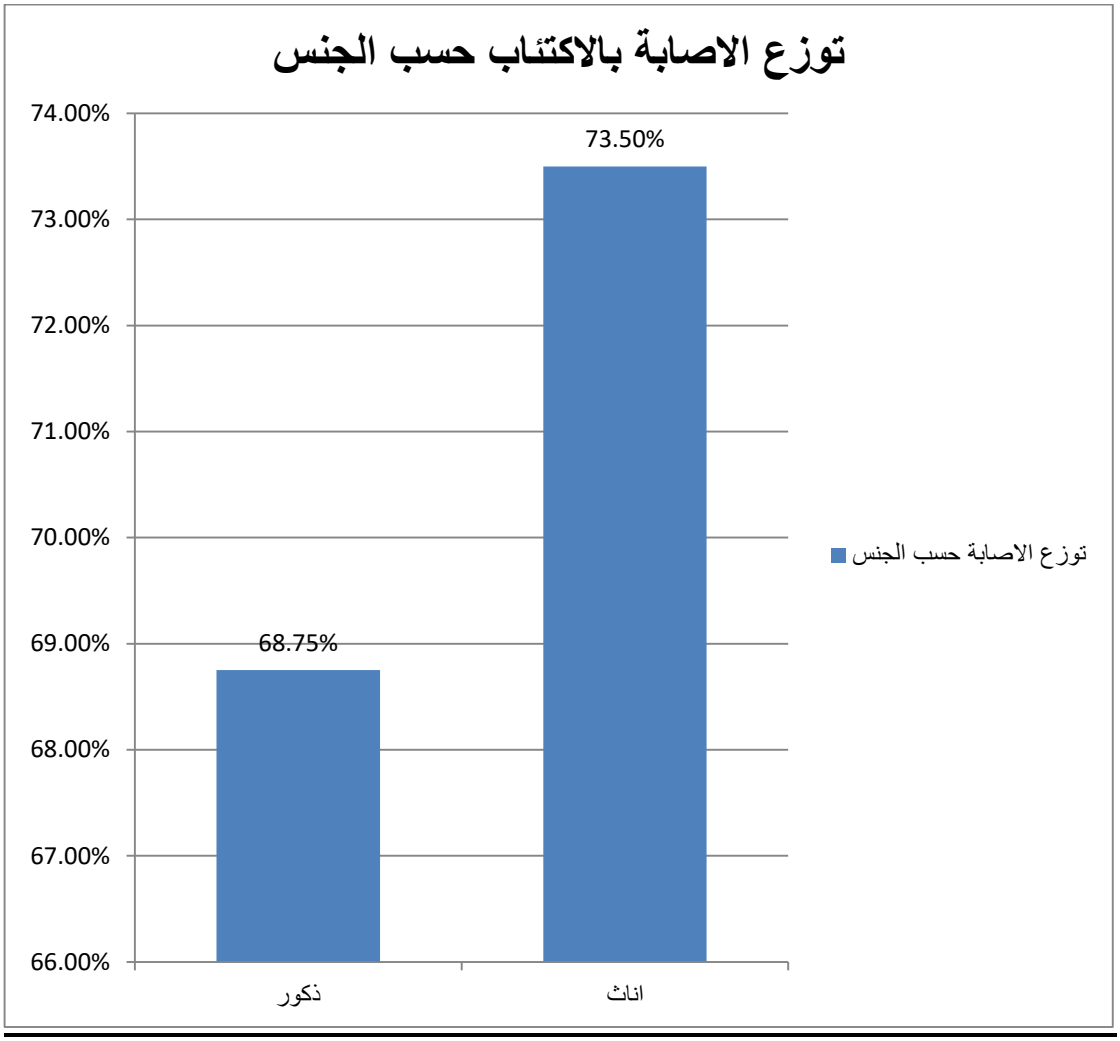


المناقشة :نلاحظ من الجدول السابق أن معامل الارتباط بين شدة الاكتئاب وبين متغير العمر بلغ ٣٧٤. بدلالة إحصائية٠٠٧. وهي أصغر من ٠١. ومنه نستنتج أن العلاقة بين شدة الاكتئاب وبين متغير العمر طردية وذات دلالة إحصائيّة عالية.

توزع الاصابة بالاكتئاب حسب الجنس :

الجدول الثالث :توزع الاصابة بالاكتئاب حسب الجنس:

الجنس	ذكور	اناث	Pearson Correlation	٠٦٩.
العدد من أصل ٣٦ طفل	١١ طفل من أصل ١٦ طفل	٢٥ طفلة من أصل ٣٤ طفلة	Sig. (2-tailed)	٦٣٣.
النسبة	%٦٨,٧٥	%٧٣,٥	N	٣٦

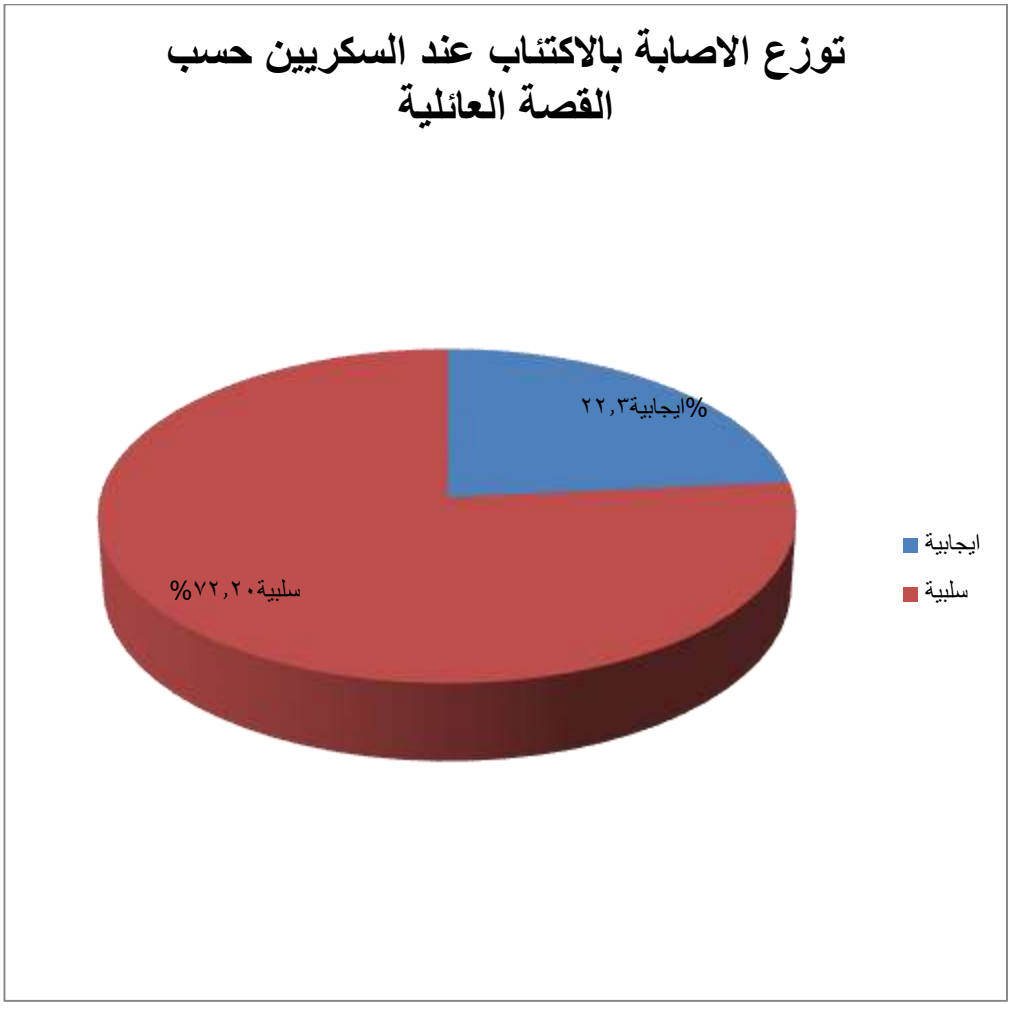


المناقشة : بعد دراسة الجدول السابق نلاحظ أن معامل الارتباط بين شدة الاكتئاب وبين متغير الجنس قد بلغ ٠٦٩.، بدلالة إحصائية ٦٣٣. وهي أكبر من٠١.، ومنه نستنتج أن العلاقة بين شدة الاكتئاب وبين متغير الجنس طردية إلا أنها ليست ذات دلالة إحصائيّة.

توزع الاصابة بالاكتئاب حسب القصة العائلية للاكتئاب عند الاطفال السكريين :

الجدول الرابع :توزع الاصابة بالاكتئاب حسب القصة العائلية عند الأطفال السكريين:

القصة الايجابية للاكتئاب	ايجابية	سلبية	Pearson Correlation	-.024
العدد من أصل ٣٦ طفل	٨ أطفال	٢٨ طفل	Sig. (2-tailed)	.870
النسبة	%٢٢,٣	%٧٧,٧	N	٣٦

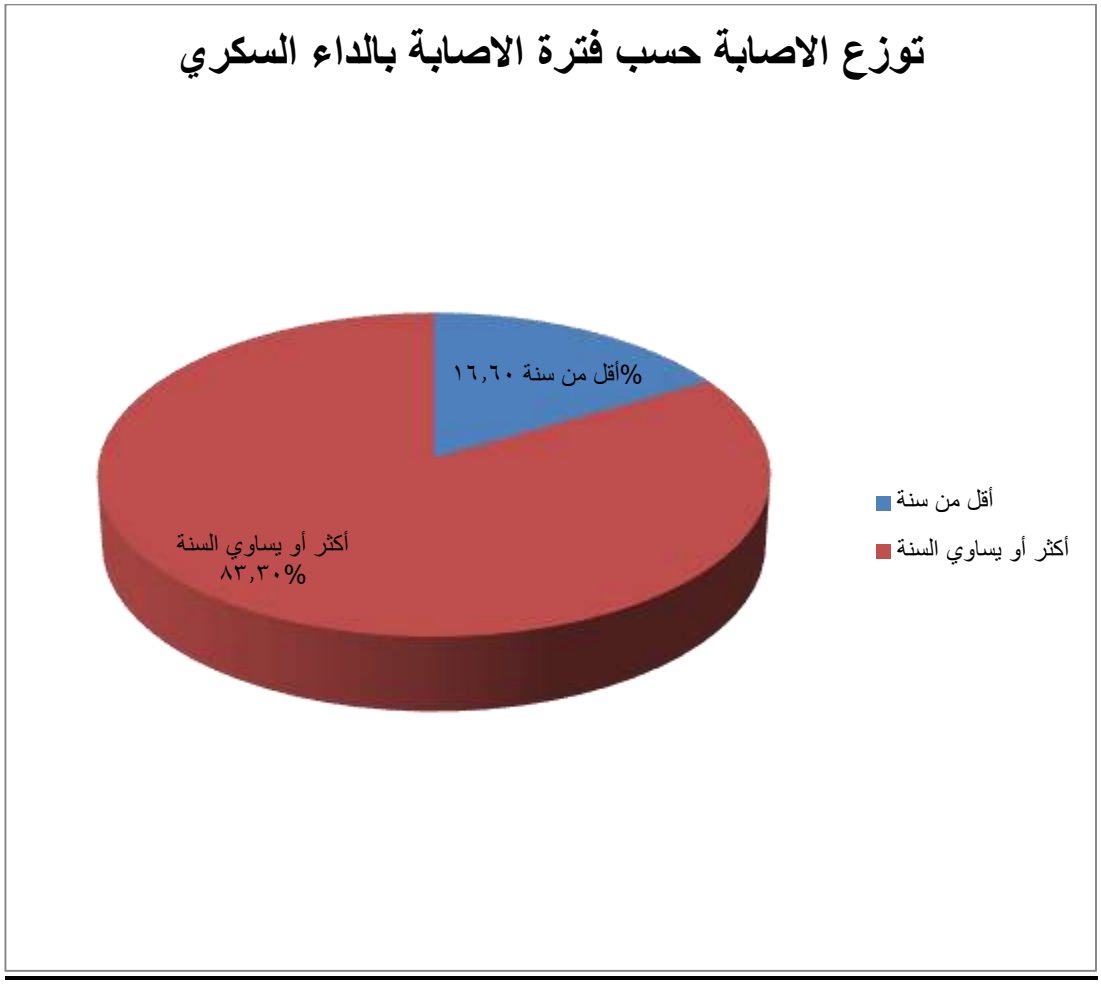


المناقشة: بلغ معامل الارتباط بين شدة الاكتئاب وبين متغير قصة عائلية ٠٢٤.- ، بدلالة إحصائية٨٧٠. وهي أكبر من٠١.، ومنه نستنتج أن العلاقة بين شدة الاكتئاب وبين متغير قصة عائلية عكسية إلا أنها ليست ذات دلالة إحصائيّة.

توزع الاصابة حسب فترة الاصابة بالداء السكرى :

الجدول الخامس :توزع الاصابة بالاكتئاب حسب فترة الاصابة بالداء السكري:

المدة	أقل من سنة	أكثر أو يساوي السنة	Pearson Correlation	.287
العدد من أصل ٣٦ طفل	٦ أطفال	٣٠ طفل	Sig. (2-tailed)	.043
النسبة	%١٦,٦	%٨٣,٣	N	36

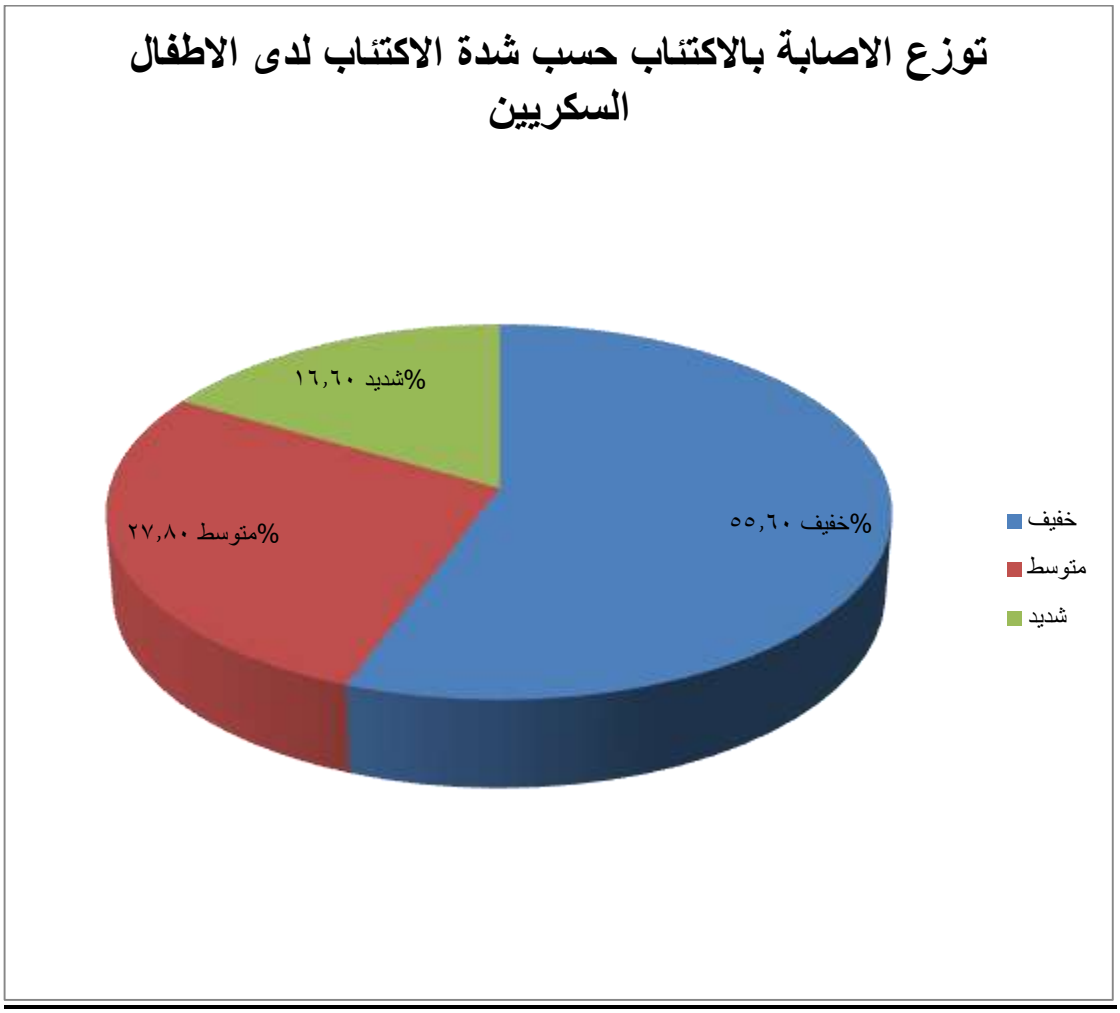


المناقشة: بلغ معامل الارتباط بين شدة الاكتئاب وبين متغير فترة الإصابة ٢٨٧.، بدلالة إحصائية ٠٤٣. وهي أصغر من ٠٥.، ومنه نستنتج أن العلاقة بين شدة الاكتئاب وبين متغير فترة الإصابة طردية وذات دلالة إحصائيّة.

توزع الاصابة حسب شدة الاكتئاب لدى الاطفال السكريين :

الجدول السادس :توزع الاصابة حسب شدة الاكتئاب لدى الأطفال السكريين:

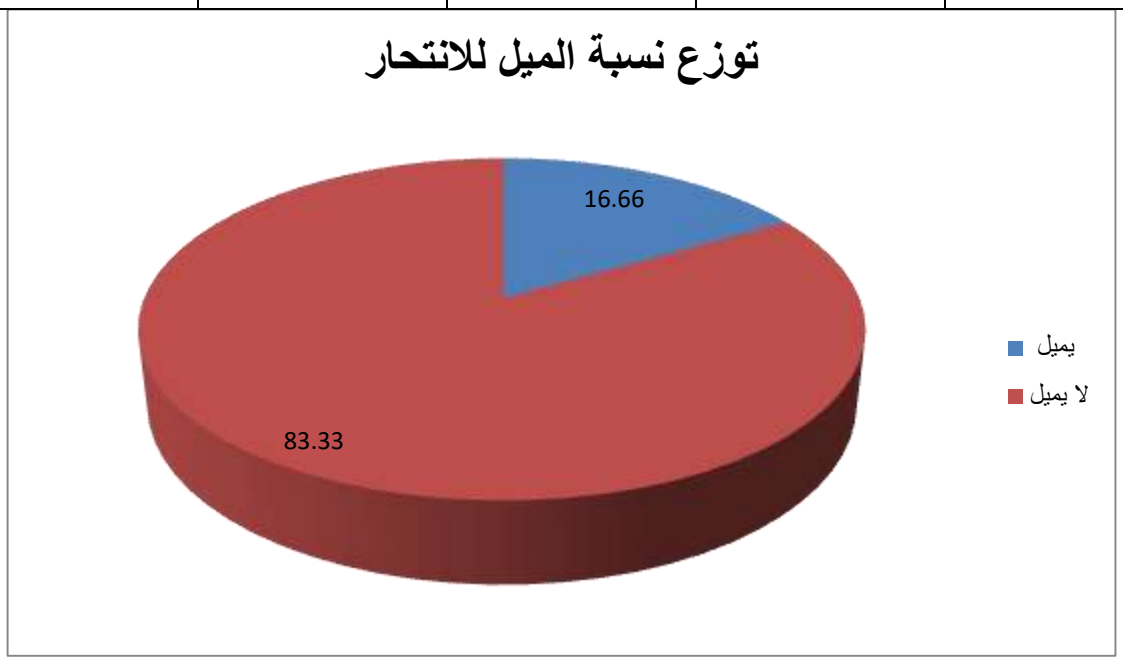
الشدة	خفيف	متوسط	شديد
العدد من أصل ٣٦ طفل	٢٠	١٠	٦
النسبة	%٥٥,٦	%٢٧,٨	%١٦,٦



توزع نسبة الميل للانتحار حسب الجنس :

الجدول السابع :

الميل للانتحار	ايجابي	سلبي	Pearson Correlation	.703
العدد	٦ من ٣٦ طفل مصاب	٣٠ من اصل ٣٦ طفل مصاب	Sig. (2-tailed)	.000
النسبة	%١٦,٦٦	%٨٣,٣٣		

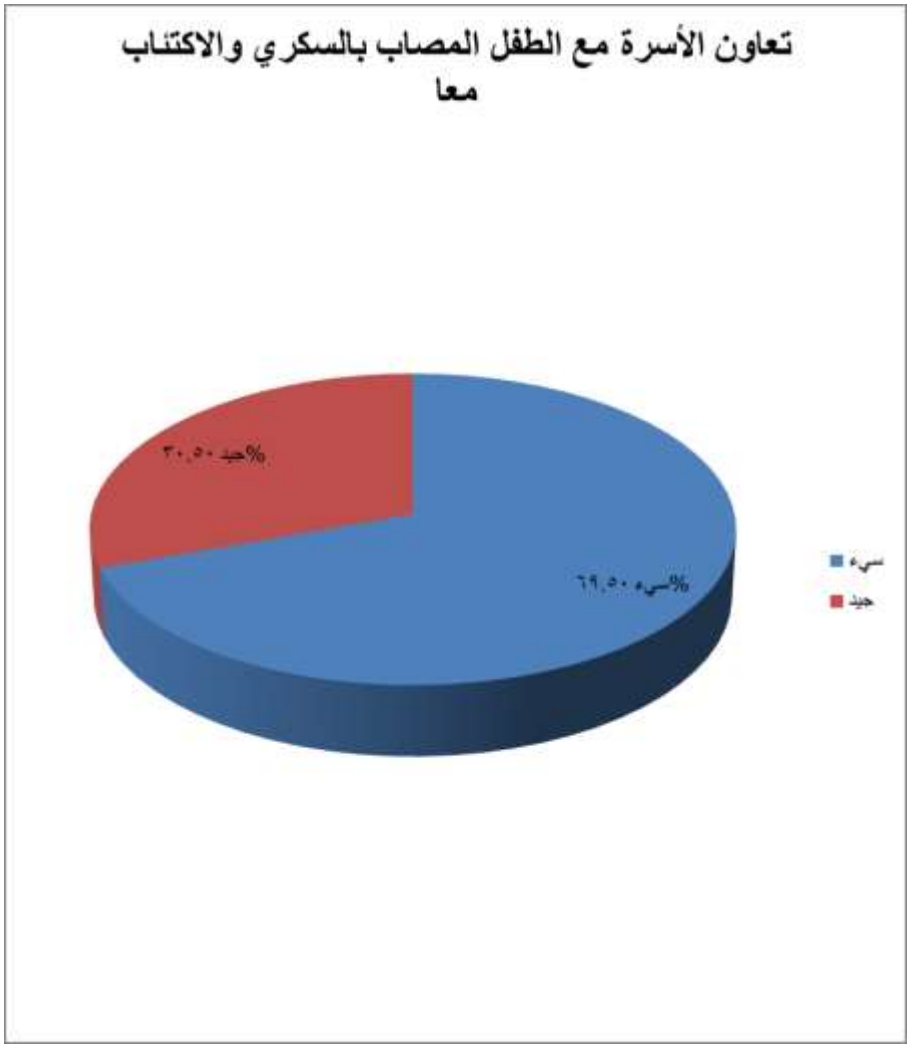


المناقشة: بلغ معامل الارتباط بين شدة الاكتئاب وبين متغير ميل الانتحار 703.، بدلالة إحصائية 000. وهي أصغر من 01.، ومنه نستنتج العلاقة بين شدة الاكتئاب وبين متغير ميل الانتحار طردية وذات دلالة إحصائيّة عالية جداً.

تعاون الاسرة مع الطفل المصاب بالسكري والاكتئاب معاً :

الجدول الثامن :تعاون الأسرة مع الطفل المصاب بالسكري والاكتئاب معا:

التعاون	سيء	جيد	Pearson Correlation	-.605
العدد من أصل ٣٦ طفل	٢٥	١١	Sig. (2-tailed)	.000
النسبة	%٦٩,٥	%٣٠,٥	N	٣٦



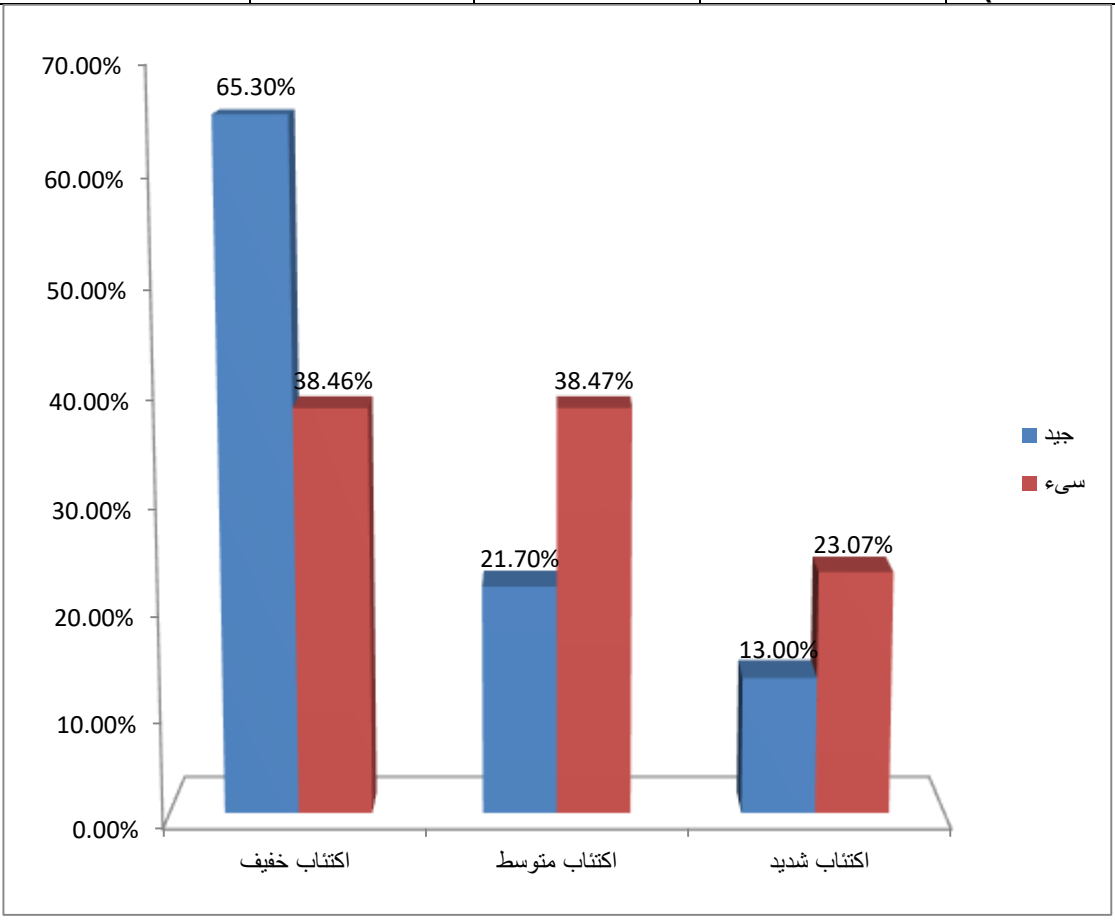
المناقشة: بلغ معامل الارتباط بين شدة الاكتئاب وبين متغير تعاون الأسرة ٦٠٥.-، بدلالة إحصائية ٠٠٠.وهي أصغر من٠١.، ومنه نستنتج أن العلاقة بين شدة الاكتئاب وبين متغير تعاون الأسرة عكسية وذات دلالة إحصائيّة عالية جداً.

مستوى ضبط السكرى لدى الأطفال السكريين المصابين بالاكتئاب :

تم تصنيف مستوى الضبط بناء على قيم الخضاب الغلوكوزي وعدد مرات الاستشفاء ووجود الاختلاطات المرافقة:

الجدول التاسع:مستوى ضبط الداء السكري لدى الأطفال السكريين المصابين بالاكتئاب:

الضبط	اكتئاب خفيف	اكتئاب متوسط	اكتئاب شديد	Pearson Correlation	-.350
جيد (العدد ٢١ طفل)	١٥ (٧١,٤٢%)	٤ (١٩,٠٤%)	٢ (٩,٥٣٢%)	Sig. (2-tailed)	.013
سيء(العدد ١٥ طفل)	(٣٣,٣٣%)	٦ (٤٠%)	٤ (٢٦,٦٦%)	N	36

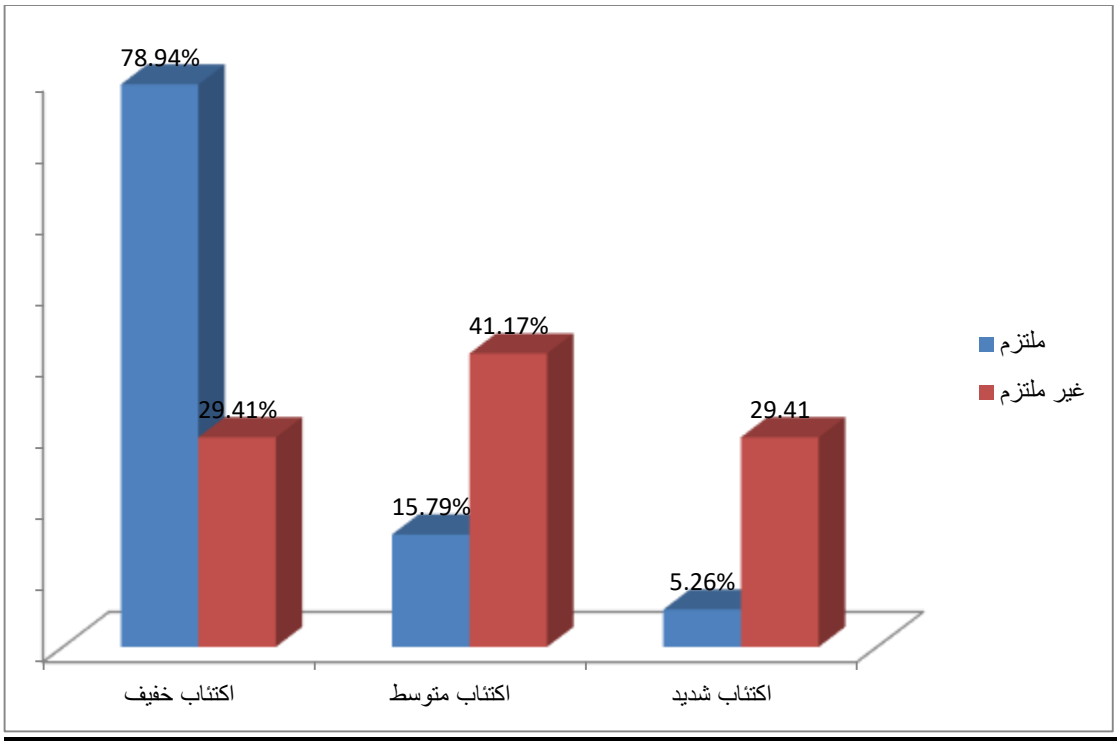


المناقشة: بلغ معامل الارتباط بين شدة الاكتئاب وبين متغير مستوى ضبط الداء السكري ٣٥٠.-، بدلالة إحصائية٠١٣. وهي أصغر من ٠٥.، ومنه نستنتج أن العلاقة بين شدة الاكتئاب وبين متغير مستوى ضبط الداء السكري عكسية وذات دلالة إحصائيّة عالية.

الالتزام بالحمية لدى الأطفال السكريين المصابين بالاكتئاب :

الجدول العاشر :

المريض	اكتئاب خفيف	اكتئاب متوسط	اكتئاب شديد	Pearson Correlation	-.304
ملتزم (من أصل ١٩ طفل)	١٥(٧٨,٩٤%)	٣(١٥,٧٩%)	١(٥,٢٦%)	Sig. (2-tailed)	.032
غير ملتزم(من أصل ١٧ طفل)	٥(٢٩,٤١%)	٧(٤١,١٧%)	٥(٢٩,٤١%)	N	36

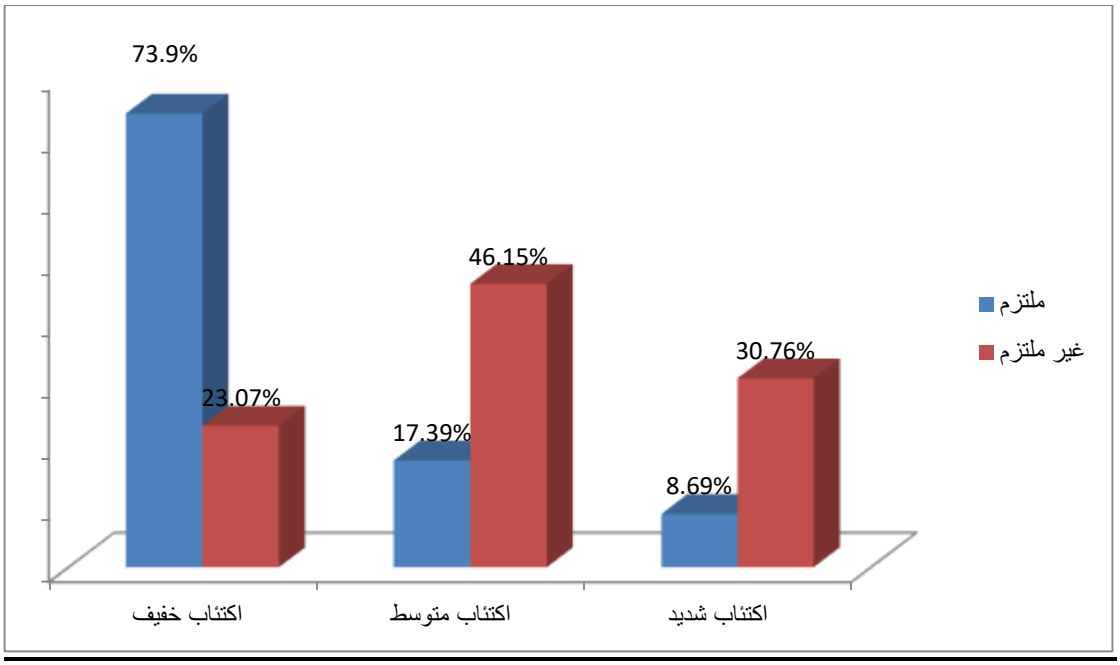


المناقشة: بلغ معامل الارتباط بين شدة الاكتئاب وبين متغير الالتزام بالحمية ٣٠٤.-، بدلالة إحصائية ٠٣٢. وهي أصغر من ٠٥.، ومنه نستنتج أن العلاقة بين شدة الاكتئاب وبين متغير الالتزام بالحمية عكسية وذات دلالة إحصائيّة عالية.

الالتزام بالأنسولين لدى الأطفال السكريين المصابين بالاكتئاب :

الجدول الحادي عشر :الالتزام بالأنسولين لدى الأطفال السكريين المصابين بالاكتئاب:

المريض	اكتئاب خفيف	اكتئاب متوسط	اكتئاب شديد	Pearson Correlation	-.264
ملتزم (من أصل ٢٣ طفل)	١٧(٧٣,٩%)	٤(١٧,٣٩%)	٢(٨,٦٩%)	Sig. (2-tailed)	.064
غير ملتزم(من أصل ١٣ طفل)	٣(٢٣,٠٧%)	٦(٤٦,١٥%)	٤(٣٠,٧٦%)	N	٣٦

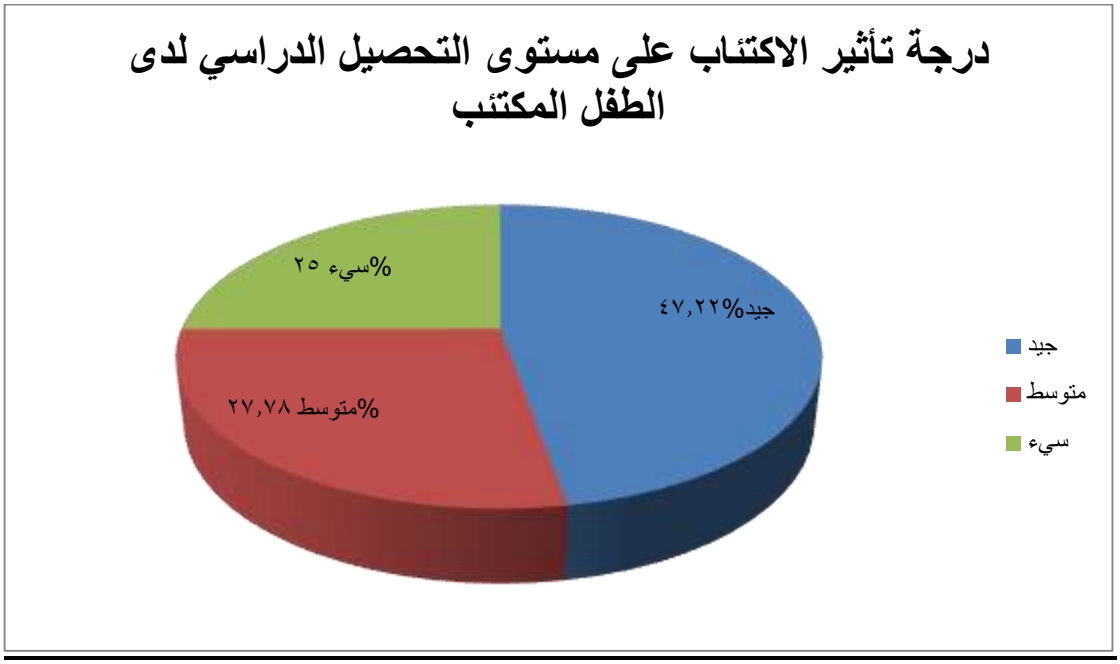


المناقشة: بلغ معامل الارتباط بين شدة الاكتئاب وبين متغير الالتزام بالأنسولين264.-، بدلالة إحصائية064. وهي أصغر من ٠٥.، ومنه نستنتج أن العلاقة بين شدة الاكتئاب وبين متغير الالتزام بالحمية عكسية وذات دلالة إحصائيّة عالية.

درجة تأثير الاكتئاب على مستوى التحصيل الدراسي لدى الطفل المكتئب :

الجدول الثانى عشر :

التحصيل	جيد	متوسط	سيئ	Pearson Correlation	-.276
العدد من أصل ٣٦ طفل	١٧	١٠	٩	Sig. (2-tailed)	.053
النسبة	%٤٧,٢٢	%٢٧,٧٨	%٢٥	N	36



المناقشة: بلغ معامل الارتباط بين شدة الاكتئاب وبين متغير التحصيل الدراسي ٢٧٦.-، بدلالة إحصائية٠٥٣. وهي أكبر من ٠١.، ومنه نستنتج أن العلاقة بين شدة الاكتئاب وبين متغير التحصيل الدراسي عكسية إلا أنها ليست ذات دلالة إحصائيّة.

التوصيات:

١. توصي الدراسة بضرورة الاهتمام بالأطفال ذوي الامراض المزمنة وخاصة مرضى السكري وألا يقتصر الأمر على ذوي الاعاقات الظاهرة خاصة .
٢. ضرورة اجراء بروتوكولات مسح سنوي للاكتئاب عند الأطفال المصابين بالداء السكري كجزء من الرعاية الطبية لهم.
٣. يجب تثقيف الاهل وتوعيتهم حول أعراض السكري والاكتئاب وشرح الأسباب وخيارات العلاج الممكنة والمتاحة لتحسين نوعية الحياة لدى طفلهم.
٤. يجب اشراك الأهل بشكل فعال في العلاج النفسي للطفل وتقوية دورهم في تحسين بيئة الطفل المحيطة به.
٥. من الضروري مساعدة الطفل المصاب بالسكري على فهم مرضه وتقبله له واخباره بانه مرض قابل للعلاج وليس له تأثيرات جانبية في حال تم الالتزام بالعلاج والحمية..
٦. يجب تقييم الطفل المصاب بالاكتئاب والسكري نفسيا حسب مقياس الاكتئاب بشكل متكرر وذلك من أجل التأكد من الاستجابة لخطة العلاج.
٧. يجب اجراء تقييم لضبط الداء السكري بشكل متكرر لدى الطفل المصاب بالسكري والاكتئاب معا وذلك لتقييم تأثير الاكتئاب على ضبط السكري.

المراجع الأجنبية:

1)American Academy of Child and Adolescent Psychiatry : Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007.

2)American Psychiatric Association : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth editi on, text revision*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.

3). American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes –Diabetes Care2007.

4)Beck, A.T Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, international Universities Press, New York(1976):.

5) Beck, A.Tdepression, University Of Pennsylvania Press-Fourteenth printing, Philadelphia (1994):.

6)Audery A. Irvan; Linda, G.Fredrick; (Fear of hypoglycemia relationship to physical and psycho ological symptom in pations with insulin dependent diabetes Mellitus " Health psychology, Vol 11, N° 2,135-13(1992).

7) Cox, J Danial; "Fear of hypoglycemia" Diabetes eare, vol 10(1987).

8) Jacbsan, AM depression and diabetes, diabetes care, Vole 16 N°8. Kenneth, B Wels; Willams, Rogers; ("cours of depression in potions with hypertension, Myocardial infection or insulin dependent diabetes(1993).

9)"American Journal diabetes of psychiatry, vol 16, N°12.

10)Kirsten, O. Kyvik; Anders, Green; "suicide in Men with IDDM" Diabetes, care, vol 17, N°3(1994).

11)Pateleark, S; Diabetes: A problem solving approach. London Heinemann Nursing(1981).

12)Robinson; Carolyn, Melba, C.Carter; "problems of mothers management children and diabetes "Diabetes Care, vol 6, N° 2(1983).

13)Roy, M; Roy, A; "Excess of depression symptoms and life events among diabetics "comparative psychiatry vol 35, N°02(1994).

١٤)Nelson textbook of pediatrics. 19th edition. 2011

15)Depression and Diabetes Edited by Wayne Katon, Mario Maj and Norman Sartorius 2010.

16)Anderson, B. J., Vangsness, L., Connell, A., Butler, D.,Goebel-Fabbri, A., & Laffel, L. M. B. (2002). Familyconflict, adherence, and glycaemic control in youth with short duration Type 1 diabetes. Diabetic Medicine,

17)Blanz, B. J., Rensch-Riemann, B. S., Fritz-Sigmund, D. I., & Schmidt, M. H. IDDM is a risk factor for adolescent psychiatric disorders. Diabetes Care(1993)..

**18) Brend, j. Blanz; Beatrices; A; "IDDM as a risk Factor for adolescent
psychiatric disorder "Diabetes care, vol 16, N°12(1993).**

19)Kovacs, M., Goldston, D., Obrosky, D. S., & Bonar, L. K. Psychiatric disorders in youth with IDDM: Rates and risk factors. Diabetes Care(1997a).,

20) Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE , Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2001.

21) Lustman PJ, Clouse RE. Section III: practical considerations in the management of depression in diabetes. *Diabetes Spectr*. 2004.

22) Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Clouse RE. The course of major depression in diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*.

dsa*Clin Psychiatry*. 1990

24) Leedom, L; Meedam, W.P; Prorcci, W "symptom of depression inpations with type II diabetes Mellitus "psychosomatics, vol, N°3**(1991)**.

25)Kenneth, B Wels; Willams, Rogers; (1993) "cours of depression in potionswith hypertension, Myocardial infection or insulin dependent "American Journal diabetes of psychiatry, vol 16, N°12..diabetes

- 26-www.pubmed.com
27-www.emedicin.com

المراجع العربية:

٢٨)ضيائي الحسين:"المشكلات النفسية عند الأطفال المصابين بالسكري" مجلة علم النفس، العدد الثالث(١٩٨٧).

٢٩)كولز ام:"المدخل الى علم النفس المرضي السريري "،ترجمة عبد الحكيم الدمياطي وآخرون ، الاسكندرية ،دار المعرفة (١٩٩٢).

٣٠)محمد صلاح الدين ابراهيم:"المشكلات النفسية عند الأطفال المصابين بالسكري"(١٩٩٣).

مجلة علم النفس ، العدد الثالث.

٣١)دائرة المعارف الطبية،القاهرة ،كتاب الجمهورية(١٩٩٥).

٣٢)سعد جلال "في الصحة العقلية" القاهرة ،دار المعارف(١٩٨٠).

٣٣)عبد الستار ابراهيم :الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب العلاج(١٩٩٨).

٣٤) أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي إعداد الطالبة نجيبة بكيري في الجزائر عام ٢٠١١-٢٠١٢ والتي بعنوان "أثر برنامج العلاج المعرفي السلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكريين المراهقين".

الفهرس

القسم النظري

مقدمه	١
ما هو الداء لسكري	٢
مستوى السكر	٣
قراءة تحليل السكر	٣
انواع الداء السكري	٤
الداء السكري نمط١	٦
الداء السكري نمط ٢	١٨
العوامل النفسية المرتبطة بالداء السكري	١٨
الاكتئاب	٢١
الداء السكري والاكتئاب	٢٤
انواع الاكتئاب	٢٦
اعراض الاكتئاب	٢٧
التشخيص	٢٧
الوقايه	٣٢
علاج الاكتئاب	٣٤
المراجع الاجنبيه	٤١
المراجع العربية	٤٤

القسم العملي

اهداف البحث ٤٦

طريقة البحث ٤٦

نموذج الاستبيان ٤٧

الدراسات العالمية المقارنة ٤٨

الجدول الاول : توزع الاصابة بالاكتئاب عند العينة والشاهد ٥٠

الجدول الثاني : توزع الاصابة بالاكتئاب حسب العمر ٥١

الجدول الثالث : توزع الإصابة بالاكتئاب حسب الجنس ٥٢

الجدول الرابع : توزع الاصابة بالاكتئاب حسب القصة العائلية عند الاطفال ٥٣

الجدول الخامس :توزع الاصابة بالاكتئاب حسب فترة الاصابة بالداء السكري ٥٤

الجدول السادس : توزع الاصابة حسب شدة الاكتئاب ٥٥

الجدول السابع : توزع الإصابة حسب الميل للانتحار ٥٦

الجدول الثامن : تعاون الاسرة مع الطفل المصاب بالاكتئاب والداء السكري معا٥٧

الجدول التاسع : مستوى ضبط الداء السكري لدى الاطفال المصابين بالاكتئاب ٥٨

الجدول العاشر :الالتزام بالحمية لدى الاطفال المصابين بالاكتئاب ٦٠

الجدول الحادي عشر :الالتزام بالأنسولين عند الاطفال المصابين بالاكتئاب ٦١

الجدول الثاني عشر : تأثير الاكتئاب على مستوى التحصيل الدراسي ٦٢

التوصيات ٦٣