الجمهوريَّة العربيَّة السوريَّة
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة دمشق
كلية الطب البشري
قسم الأمراض الباطنة

دراسة انتشار الوصمة من الداء السكري من النمط الثاني وعلاقتها بالقلق والاكتئاب .

prevalence of stigma from type 2 diabetes and the relation between it and depression and anxiety.

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا في الأمراض الباطنة العامة

إعداد طالبة الدراسات العليا :
د. امل فرزات عسكر

إشراف:
أ. د. يوسف لطيفة

جامعة دمشق

2024م

القرار الصادر عن لجنة الحكم

تصريح خطي بعدم التداول

أنا الموقعُ أدناه أصرح بعلمي الكامل وقبولي :

1. أنَّ كلَ ما ينتجُ عن البحثِ هو ملكيَّةٌ فكريَّةٌ وماليَّةٌ بالتشاركِ مع جامعةِ دمشق, وأنَّني ألتزم بأخذِ موافقةِ الجامعةِ في حالِ رغبتي بنشرِ البحثِ أو الأطروحةِ أو جزءٍ منها نصاً أو مضموناً خارجَ إطارِ الجامعةِ (من دورِ نشرٍ أو مكتباتٍ أو مواقع الكترونيَّةٍ وغيرها من وسائلِ النَّشرِ) .

2. أنَّه لا يوجد جزءٌ من هذهِ الأطروحةِ تمَّ اقتباسه من عملٍ آخرَ, أو أنجِزَ للحصولِ على شهادة أخرى في جامعةَ دمشق, أو أيَّةِ جامعةٍ أو معهدٍ تعليمي داخلَ أو خارجَ الجمهوريَّةِ العربيَّةِ السوريَّةِ .

الاسم والتوقيّع

كلمة شكر

لا يسعني في نهاية هذه المرحلة الدراسية إلا أن أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى أساتذتي ومعلميّ وإلى كل من ساندني وكان عوناً لي في مسيرتي العلمية على مدى سنوات دراستي.

وأخص بالذكر: **الأستاذ الدكتور يوسف لطيفة** ، الذي تكرم مشكوراً بالإشراف على هذا البحث وقدم النصح والإرشاد لإتمامه بالشكل الأمثل، لك منا أسمى آيات الشكر والعرفان.

كما وأتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى جميع من ساندني وبادر بالدعم والتشجيع من الأهل والأصدقاء والزملاء خلال مسيرة الماجستير.

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

قائمة المصطلحات

ملخص البحث

الفصل الأول: القسم التمهيدي.....16

1.1. المقدمة.....17

2.1.مشكلة البحث.....17

3.1. تساؤلات البحث.....17

4.1. هدف البحث.....18

5.1. أهمية البحث 18

6.1. فرضيات البحث.....18

7.1. محددات البحث وحدوده 18

8.1. منهج البحث وأدواته 18

9.1. الدراسات المرجعية 18

الفصل الثاني: الدراسة النظرية 20

1.2. **القسم الأول (الداء السكري) 21**

1.1.2. مقدمة 21

2.1.2. الوبائيات 21

3.1.2. الداء السكري 21

4.1.2. الاختبارات التشخيصية للداء السكري 22

5.1.2. ما قبل السكري 22

6.1.2. تشخيص ما قبل السكري 23

7.1.2. تصنيف الداء السكري 23

8.1.2. الداء السكري من النمط الثاني 24

9.1.2. أعراض الداء السكري 24

10.1.2. مسح وتقصي الداء السكري من النمط الثاني وما قبل السكري عند الأشخاص اللا عرضيين 25

11.1.2. الوقاية من الداء السكري من النمط الثاني 27

12.1.2. **اختلاطات الداء السكري من النمط الثاني** 29

1.12.1.2. أمراض القلب والأوعية الدموية 29

2.12.1.2. أمراض الكلية 30

3.12.1.2. اعتلال الشبكية السكري 31

4.12.1.2. اعتلال الأعصاب السكري 32

13.1.2. **العلاج** 33

1.13.1.2. تعديل نمط الحياة 33

2.13.1.2. العلاج الدوائي 34

3.13.1.2. الجراحة 44

2.2. **القسم الثاني (الوصمة والاضطرابات النفسية عند مرضى السكري)** 45

1.2.2. مقدمة 45

2.2.2. **الوصمة** 45

1.2.2.2. مقدمة 45

2.2.2.2. الوبائيات 46

3.2.2.2. أدوات تقييم الوصمة المرتبطة بمرض السكري من النمط الثاني 46

4.2.2.2. النتائج السريرية للوصمة عند البالغين المصابين بالداء السكري

من النمط الثاني.....47

5.2.2.2. تأثير الوصمة على سلوكيات العناية الذاتية عند البالغين المصابين بالداء السكري

من النمط الثاني 47

6.2.2.2. العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المرتبطة بالوصمة عند مرضى الداء
السكري من النمط الثاني 48

7.2.2.2. الوصمة والنتائج النفسية الاجتماعية عند مرضى الداء السكري

من النمط الثاني 48

3.2.2. **القلق والاكتئاب** 49

1.3.2.2. مقدمة 49

2.3.2.2. القلق والاكتئاب عند مرضى الداء السكري من النمط الثاني 50

1.2.3.2.2. الوبائيات.....50

2.2.3.2.2. التشخيص 50

3.2.3.2.2. النتائج السريرية للقلق والاكتئاب عند البالغين المصابين بالداء السكري 51

4.2.3.2.2. السير والانذار 51

5.2.3.2.2. العلاج 52

الفصل الثالث : الدراسة العملية 53

1.3. المواد والطرائق 54

1.1.3. تصميم البحث 54

2.1.3. مكان الدراسة وزمانها 54

3.1.3. عينة الدراسة 54

4.1.3. معايير الاشتمال 54

5.1.3. معايير الاستبعاد 54

6.1.3. جمع البيانات 54

7.1.3. استمارة الدراسة 55

8.1.3. طريقة الدراسة 59

9.1.3. التحليل الإحصائي 59

10.1.3. الاعتبارات الأخلاقية 59

الموافقة المستنيرة 60

2.3. نتائج البحث والتحليل الإحصائي 61

1.2.3. الإحصاء الوصفي 61

2.2.3. الإحصاء الاستدلالي 74

3.3. المناقشة 83

4.3. المقارنة مع الدراسات العالمية 85

الفصل الرابع : الخاتمة 93

الخلاصة 94

التوصيات والمقترحات 94

المراجع 95

Abstract 100

فهرس الجداول

الجدول (1) : مقياس الوصمة عند مرضى السكري من النمط الثاني DSAS-2.....57

الجدول (2) : مقياس HADS للقلق والاكتئاب.....58

الجدول (3) : التكرار والنسبة المئوية لمتغير الجنس 61

الجدول (4) : الإحصاء الوصفي لمتغير العمر.....62

الجدول (5) : التكرار والنسب المئوية للفئات العمرية لمجموعة المشاركين في البحث.....62

الجدول (6): التكرار والنسب المئوية للحالة الاجتماعية لدى مجموعة المشاركين في البحث..63

الجدول (7) : التكرار والنسب المئوية للفئات لمتغير التحصيل الدراسي.....64

الجدول (8) : التكرار والنسب المئوية للوضع الاقتصادي لمجموعة المشاركين في البحث....65

الجدول (9) : الإحصاء الوصفي لمتغير مدة الإصابة 66

الجدول (10) : التكرار والنسبة المئوية لمتغير مدة الإصابة.....66

الجدول (11) : التكرار والنسب المئوية لطريقة المعالجة المستخدمة.....67

الجدول (12) : التكرار والنسب المئوية لمقياس الوصمة DSAS-2.....68

الجدول (13) : الإحصاء الوصفي للدرجة الكلية لمقياس الوصمة.....69

الجدول (14) : التكرار والنسب المئوية لاحتمالية المعاناة من الوصمة.....69

الجدول 1) : التكرار والنسب المئوية لمحاور مقياس الوصمة 70

الجدول (16) : التكرار والنسب المئوية لمقياس القلق 71

الجدول (17) : التكرار والنسب المئوية لمقياس الاكتئاب.....72

الجدول (18) : التكرار والنسب المئوية للدرجة الكلية لمقياس القلق و الاكتئاب وفقاً لفئات:
طبيعي وغير طبيعي حدي وغير طبيعي 73

الجدول (19) : علاقة الوصمة مع العمر.....74

الجدول (20) : علاقة الوصمة مع الجنس.....75

الجدول (21) : علاقة الوصمة مع الحالة الاجتماعية.....76

الجدول (22) : علاقة الوصمة مع التحصيل الدراسي.....77

الجدول (23) : علاقة الوصمة مع المستوى الاقتصادي.....78

الجدول (24) : علاقة الوصمة مع مدة الاصابة 79

الجدول (25) : علاقة الوصمة مع طريقة المعالجة 80

الجدول (26) : علاقة الوصمة مع القلق.....81

الجدول (27) : علاقة الوصمة مع الاكتئاب 82

الجدول (28) : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث توصيف العينة.....86

الجدول (29) : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث شيوع الاجابات على عناصر مقياس الوصمة DSAS-2.....88

الجدول (30) : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث نسبة انتشار الوصمة.....90

الجدول (31) : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث علاقة الوصمة مع العمر...90

الجدول (32) : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث علاقة الوصمة مع الجنس..90

الجدول (33) : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث علاقة الوصمة مع الحالة الاجتماعية.....91

الجدول (34) : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث علاقة الوصمة مع مستوى التعليم 91

الجدول (35) : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث علاقة الوصمة مع الوضع الاقتصادي 91

الجدول (36) : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث علاقة الوصمة مع مدة الاصابة بالسكري.....91

الجدول (37) : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث علاقة الوصمة مع طريقة المعالجة 92

الجدول (38) : مقارنة مع الدراسة الباكستانية من حيث انتشار القلق والاكتئاب.....92

فهرس الأشكال

الشكل (1) : النسبة المئوية لمتغير الجنس لمجموعة المشاركين في البحث.....61

الشكل (2) : النسبة المئوية للفئات العمرية لمجموعة المشاركين في البحث.....62

الشكل (3) : النسب المئوية لفئات متغير الحالة الاجتماعية.....63

الشكل (4) : النسبة المئوية لمستوى التحصيل الدراسي لدى المشاركين في البحث.....64

الشكل (5) : النسبة المئوية للوضع الاقتصادي للمشاركين في البحث.....65

الشكل (6) : النسبة المئوية لمدة الإصابة لدى المشاركين في البحث.....66

الشكل (7) : النسبة المئوية لطرائق المعالجة المستخدمة من مجموعة المشاركين في البحث 67

الشكل(8) : النسبة المئوية لانتشار الوصمة 69

الشكل (9) : النسب المئوية لمحاور مقياس الوصمة الفرعية.....70

الشكل (10) : النسب المئوية لمقياسي القلق والاكتئاب لدى المشاركين في البحث.....73

الشكل (11) : علاقة الوصمة مع العمر..... 74

الشكل (12) : علاقة الوصمة مع الجنس.....75

الشكل (13) : علاقة الوصمة مع الحالة الاجتماعية 76

الشكل (14) : علاقة الوصمة مع التحصيل الدراسي..... 77

الشكل (15) : علاقة الوصمة مع الوضع الاقتصادي 78

الشكل (16) : علاقة الوصمة مع مدة الاصابة 79

الشكل (17) : علاقة مع طريقة المعالجة.....80

الشكل (18) : علاقة الوصمة مع القلق 81

الشكل (19) : علاقة الوصمة مع الاكتئاب 82

قائمة المصطلحات والاختصارات

الاختصار	الكلمة/الجملة باللغة الانكليزية	الترجمة باللغة العربية
IDF	International Diabetes Federation	الاتحاد الدولي للسكري
HbA1c	Hemoglobin A1c	الخضاب السكري
FPG	Fasting Plasma Glucose	سكرالدم الصيامي
OGTT	Oral Glucose Tolerance Test	اختبارتحمل الغلوكوز
BMI	Body Mass Index	مؤشر كتلة الجسم
SGLT2	Sodium/glucose Co-transporter 2	ناقل مشترك صوديوم/سكر
GLP1	Glucagon-Like peptide-1	الببتيد المشابه للغلوكاغون
ASCVD	Atherosclerotic cardiovascular disease	داء تصلب الشرايين
LDL	Low-density Lipoprotein	البروتين الدهني منخفض الكثافة
DPP4	Dipeptidyl Peptidase IV	ثنائي ببتيديل ببتيداز-4
GIP	Gastric Inhibitory polypeptide	الببتيد المثيط المعدي
CHF	Congestive heart failure	قصور القلب الاحتقاني
ARBs	Angiotensin-receptor blockers	حاصرات مستقبلات الأنجيوتنسين
DSAS	Diabetes Stigma Assessment Scale	مقياس تقييم وصمة الداء السكري

الملخّص

الخلفية :

الداء السكري هو مرض مزمن يستمر مدى الحياة وسبب هام للمراضة والوفيات حول العالم, وإن العديد من الأشخاص يشعرون بالوصمة بسبب إصابتهم بهذا الداء, وقد أظهرت أبحاث سابقة أن هناك أدلة متزايدة على تأثير الوصمة, بالإضافة الى العوامل النفسية والاجتماعية على إدارة المرض لدى البالغين الذين يعانون من الداء السكري.

هدف البحث:

يهدف هذا البحث إلى دراسة انتشار الوصمة عند مرضى الداء السكري من النمط الثاني وعلاقتها مع متغيرات الدراسة (العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، التحصيل الدراسي، المستوى الاقتصادي، مدة الإصابة بالداء السكري, طريقة المعالجة), بالإضافة إلى تقدير نسبة انتشار القلق والاكتئاب عند مرضى الداء السكري نمط ثاني ودراسة علاقتها مع الوصمة.

المواد والطرائق :

أجريت هذه الدراسة المقطعية المستعرضة في مشفيي المواساة و المشفى الوطني (الأسد سابقاً) الجامعيين , وشملت 260 مريضاً مشخص لديهم داء سكري من النمط الثاني وتم توزيع الاستبيان الخاص بالدراسة عليهم وأجري التحليل الإحصائي باستخدام برنامج spss النسخة السادسة والعشرين .

النتائج :

- بلغ عدد مرضى الدراسة 260 مريضاً, مثلت الاناث منهم نسبة 67.3% .
- بلغ متوسط الدرجة الكلية للوصمة من الداء السكري من النمط الثاني 46.45% وكانت نسبة احتمال وجود وصمة عند 13.5% من مرضى الداء السكري من النمط الثاني.
- تبين وجود شيوع لأعراض القلق والاكتئاب عند مرضى الداء السكري من النمط الثاني, حيث بلغت نسبة أعراض القلق المرضية 40.4% ونسبة أعراض الاكتئاب المرضية 38.5% .

- أظهر وجود المستوى التعليمي المتدني (ابتدائي, اعدادي), والمستوى الاقتصادي الجيد, ووجود أعراض القلق والاكتئاب المرضية مستويات أعلى للوصمة وبفوارق هامة احصائياً

الخلاصة: نسبة هامة من مرضى الداء السكري من النمط الثاني لديهم وصمة مرتبطة بمرضهم ويعانون من أعراض القلق والاكتئاب, وكانت احتمالية الوصمة أعلى عند تدني مستوى التحصيل الدراسي (ابتدائي, اعدادي),وفي المستوى الاقتصادي الجيد, وعند ارتفاع مستوى أعراض القلق والاكتئاب.

الكلمات المفتاحية : داء سكري نمط ثاني , وصمة , قلق , اكتئاب.

الفصل الأول

القسم التمهيدي

الفصل الأول القسم التمهيدي

1 . القسم التمهيدي

1.1. المقدمة:

الداء السكري مرض مزمن شائع ويمثل تحدياً صحياً عالمياً, حيث يعاني الأشخاص المصابون بالسكري من وصمة مرتبطة بالسكري من مصادر عديدة (على سبيل المثال، أخصائيو الرعاية الصحية، والمنظمات الصحية، وعامة الناس، والأسرة، والأصدقاء، والزملاء)؛ وفي العديد من البيئات (على سبيل المثال، الرعاية الصحية، والثقافة الشعبية، ووسائل الإعلام، ووسائل التواصل الاجتماعي، والمدارس، وأماكن العمل، وغيرها من البيئات المجتمعية)[1].

حاليًا، أعلن الاتحاد الدولي للسكري أن الوصمة المرتبطة بالسكري تتطلب اهتمامًا شديدًا، مع ضرورة "الدفاع عن عالم خالٍ من التمييز والوصمة للأشخاص المصابين بالسكري[2]".

2.1. المشكلة العلمية لمشروع البحث:

أفادت الدراسات أن المرضى المصابون بالداء السكري من النمط الثاني يعانون من وصمة مرتبطة بمرضهم, وأن الوصمة المرتبطة بالسكري والاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) مرتبطة سلبًا بالنتائج السريرية والنفسية والسلوكية لدى مرضى السكري من النمط الثاني[3].

3.1. تساؤلات البحث:

ما هي نسبة انتشار الوصمة من الداء السكري من النمط الثاني، وارتباطها بالقلق والاكتئاب، عند المرضى المراجعين لعيادة الغدد في مستشفيي المواساة و المشفى الوطني (الأسد سابقاً) الجامعيين؟

4.1. هدف مشروع البحث:

دراسة انتشار الوصمة عند مرضى الداء السكري من النمط الثاني وعلاقتها بالقلق والاكتئاب .

5.1. أهمية البحث :

لم تجرَ أبحاث مماثلة لهذا البحث في بلدنا, بالإضافة الى ضرورة دراسة انتشار الوصمة والقلق والاكتئاب عند مرضى السكري كونها تؤثر سلباً على مرضهم .

6.1. فرضيات البحث :

1.توجد وصمة محيطة بمرضى الداء السكري من النمط الثاني.

2.هناك علاقة بين الوصمة والقلق والاكتئاب عند مرضى الداء السكري من النمط الثاني.

7.1. محددات البحث وحدوده :

أن الدراسة مقطعية مستعرضة وستتم في مشفيي المواساة والمشفى الوطني (الأسد سابقاً) الجامعيين في دمشق فقط .

8.1. منهج البحث وأدواته :

تجرى على مرضى الداء السكري من النمط الثاني في مشفيي المواساة والأسد الجامعيين دراسة مقطعية مستعرضة cross sectional study, ويتم إدخال المرضى وفق معايير الاشتمال بعد أخذ موافقتهم وإعطائهم فكرة كاملة عن الدراسة ,كما تعرض عليهم استمارة البحث والموافقة المستنيرة ثم تجمع البيانات ويجرى التحليل .

9.1. الدراسات المرجعية :

هناك العديد من الدراسات العالمية التي هدفت الى دراسة انتشار الوصمة والقلق والاكتئاب عند مرضى السكري من النمط الثاني نذكر منها :

الدراسة الأولى: وهي دراسة عراقية[4] قام بها Taqi M. J. Taher وزملاؤه في مدينة النجف في العراق, ونشرت في مجلة Journal of the Egyptian Public Health Association عام 2023 بعنوان:

Stigma perception and determinants among patients with type 2 diabetes mellitus in Iraq

وهي دراسة مقطعية تحليلية, شملت 429 مريضاً مشخص لهم داء سكري من النمط الثاني.

الدراسة الثانية: وهي دراسة كولومبية[5] قام بها Victor Pedrero وزملاؤه في كولومبيا, ونشرت في مجلة International Journal of Environmental Research and Public Health عام 2021 بعنوان:

A Cross-Sectional Analysis of the Stigma Surrounding Type 2 Diabetes in Colombia

وهي دراسة مقطعية مستعرضة, شملت 501 مريضاً مشخص لهم داء سكري من النمط الثاني.

الدراسة الثالثة: وهي دراسة باكستانية[6] قام بها Ali Khan Khuwaja وزملاؤه في مدينة كراتشي في الباكستان, ونشرت في مجلة

DIABETOLOGY &METABOLIC SYNDROM عام 2010 بعنوان:

Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A multi-centre study of prevalence and associated factors

وهي دراسة مقطعية مستعرضة, شملت 889 مريضاً مشخص لهم داء سكري من النمط الثاني.

الفصل الثاني

الدراسة النظرية

الدراسة النظرية

1.2.القسم الأول (الداء السكري)

1.1.2.مقدمة:

الداء السكري هو مرض مزمن شائع يتطلب رعاية صحية مستمرة واستراتيجيات فعالة لإنقاص عوامل الخطورة المتعددة وضبط سكر الدم, وعدم علاجه على المدى الطويل يؤدي الى مضاعفات صحية مهددة للحياة مثل أمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض الكلى وأمراض العينين وأمراض الأعصاب[7].

2.1.2. الوبائيات:

أكثر من نصف مليار شخص مصاب بالداء السكري حول العالم[7] , ووفقاً لتقرير الاتحاد الدولي للسكري (IDF) فمن المتوقع أن يرتفع عدد الأشخاص المصابين بالداء السكري بنسبة 39% تقريباً بحلول عام 2030 م وبنسبة 96% بحلول عام 2045م في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا, وفي سورية على وجه الخصوص من المتوقع أن يصل معدل انتشار مرض السكري الى 16.4% بحلول عام 2045م[7] .

3.1.2. الداء السكري: هو مجموعة من الاضطرابات الاستقلابية للكربوهيدرات حيث ينقص استخدام الغلوكوز كمصدر للطاقة ويتم انتاجه بشكل زائد مع انحلال الغليكوجين بشكل غير مناسب مما يؤدي الى ارتفاع أرقام السكر في الدم[8].

4.1.2. الاختبارات التشخيصية للداء السكري :

يتم تشخيص الداء السكري بناء على المعايير التالية[9] :

1- إما مستوى خضاب سكري Hb A1C (⩽6.5%)

2- أو مستوى سكر دم صيامي FPG (> 126ملغ/دل) (صيامي يعني صيام 8 ساعات على الأقل عن أي مدخول حروري)

3- أو مستوى سكر دم بعد ساعتين من اختبار تحمل الغلوكوز OGTT (>200ملغ/دل) (أي بعد ساعتين من تناول 75 غ غلوكوز محلولة في الماء عن طريق الفم)

4- أو مستوى سكر دم عشوائي (>200ملغ/دل) (حيث يتم أخذ قيمة السكر في أي وقت من اليوم بغض النظر عن توقيت الوجبة السابقة) المترافقة مع الأعراض الوصفية للداء السكري ,عنما يكون المريض غير عرضي يعاد الاختبار مرة ثانية لتأكيد التشخيص حيث يعاد نفس الاختبار مباشرة وباستخدام عينة دم جديدة

5.1.2. ما قبل السكري

هو المصلح المستخدم للأفراد الذين لا تحقق مستويات الخضاب السكري أو السكر في الدم لديهم معايير مرض السكري ولديهم استقلاب غير طبيعي للكربوهيدرات مما يؤدي الى ارتفاع مستويات السكر وسطياً بين الطبيعي والسكري[9].

يجب عدم اعتبار حالة ما قبل السكري حالة سريرية مستقلة وانما هي عامل خطورة للإصابة بالداء السكري من النمط الثاني والداء القلبي الوعائي[9].

6.1.2. تشخيص ما قبل السكري

يمكن استخدام الاختبارات السابقة المستخدمة لتشخيص الداء السكري لكشف الأشخاص المصابين بمرحلة ما قبل الداء السكري[9] :

1- إما مستوى خضاب سكري Hb A1C ضمن المجال 5.7-6.4 %

2- أو مستوى سكر دم صيامي FPG ضمن المجال100-125 ملغ/دل

3- أو مستوى سكر دم بعد ساعتين من اختبار تحمل الغلوكوز ضمن المجال 140-199ملغ/دل.

7.1.2. تصنيف الداء السكري

يتم تصنيف الداء السكري تقليدياً إلى عدة فئات سريرية ,على الرغم من إعادة النظر فيها على أساس الخصائص الوراثية والاستقلابية وغيرها من الخصائص المرضية[9] :

1- الداء السكري من النمط الأول (بسبب التدمير المناعي لخلايا بيتا البنكرياسية مما يؤدي الى العوز المطلق للأنسولين ويتضمن السكري المناعي الذاتي الكامن لدى البالغين).

2- الداء السكري من النمط الثاني (بسبب الفقدان التدريجي للإفراز الكافي للأنسولين من خلايا بيتا ,غالباً على خلفية مقاومة الأنسولين أو المتلازمة الاستقلابية).

3- السكري الحملي (الذي يتم تشخيصه في الثلث الثاني أو الثالث من الحمل ولم يكن واضحاً قبل الحمل).

4- أنواع معينة من مرضى السكري لأسباب أخرى, مثل العيوب الوراثية لخلايا بيتا, العيوب الوراثية في عمل الأنسولين, أمراض البنكرياس (التليف الكيسي والتهاب البنكرياس), مرض السكري الناجم عن الأدوية أو المواد الكيميائية (استخدام الستيروئيدات القشرية, علاج مرضى الإيدز, أو بعد زراعة الأعضاء).

8.1.2. الداء السكري من النمط الثاني :

هذا النوع يشكل ما يقارب 90-95% من مرضى السكري[9], كان يسمى سابقاً السكري غير المعتمد على الأنسولين فهو يشمل الأفراد الذين يعانون من نقص نسبي (ليس مطلقاً) في الأنسولين ومقاومة محيطية للأنسولين .

أغلب المرضى المصابون بهذا النمط يعانون من السمنة, والسمنة بحد ذاتها تسبب درجة ما من مقاومة الأنسولين وقد يعاني المرضى الذين لا يعانون من السمنة وفقاً لمعايير الوزن التقليدية من زيادة في نسبة الدهون في الجسم موزعة بشكل أساسي في منطقة البطن[9] .

ويزداد خطر الإصابة بهذا النوع من مرض السكري مع التقدم في السن والسمنة وقلة النشاط البدني, ويحدث بشكل أكثر تكرارًا لدى النساء اللاتي سبق لهن الإصابة بمرض السكري الحملي والأفراد الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم أو خلل شحميات الدم[9].

وغالبًا ما يرتبط باستعداد وراثي قوي أكثر من الشكل المناعي الذاتي لمرض السكري من النوع الأول, ومع ذلك فإن العوامل الوراثية لهذا النوع من مرض السكري معقدة وغير محددة بالكامل[9].

9.1.2. أعراض الداء السكري :

الأعراض التالية لمرض السكري هي أعراض نموذجية, ومع ذلك يعاني بعض الأشخاص المصابين بمرض السكري من النمط الثاني من أعراض خفيفة للغاية بحيث لا يتم ملاحظته.

الأعراض الشائعة لمرض السكري:

- ✓ التبول بشكل متكرر
- ✓ الشعور بالعطش الشديد
- ✓ الشعور بالجوع الشديد – على الرغم من تناول الطعام
- ✓ التعب الشديد
- ✓ تشوش الرؤية
- ✓ بطء التئام الجروح / الكدمات
- ✓ وخز أو ألم أو خدر في اليدين/القدمين[10].

10.1.2. مسح وتقصي الداء السكري من النمط الثاني وما قبل السكري عند الأشخاص اللا عرضيين

يوصى بتحري الداء السكري من النمط الثاني وما قبل السكري عند الأشخاص غير العرضيين ولديهم عوامل خطورة للإصابة, حيث كثيراً ما يظل النمط الثاني من الداء السكري دون تشخيص لسنوات عديدة لأن ارتفاع سكر الدم يتطور تدريجياً وفي المراحل المبكرة غالباً لا يكون حاداً بما يكفي لكي يلاحظ المريض أياً من الأعراض الكلاسيكية لمرض السكري[9].

❖ **عند البالغين**

يوصى بتحري السكري وما قبل السكري عند الفئات عالية الخطورة وفقاً لما يلي[9]:

- يجب إجراء الاختبارات عند الأشخاص الذين يعانون من الوزن الزائد أو السمنة(BMI) 25≥ كغ/م2 او 23 كغ/م2 عند الأمريكيين الآسيويين)الذين لديهم واحد أو أكثر من عوامل الخطورة التالية :
  - قريب من الدرجة الأولى مصاب بالداء السكري.
  - العرق عالي الخطورة (مثل أميركي من أصل افريقي, لاتيني, أميركي أصلي, أميركي اسيوي, سكان جزر المحيط الهادئ).
  - سوابق مرض قلبي وعائي.
  - ارتفاع ضغط الدم (130/80≥ ملم زئبقي أو علاج لارتفاع ضغط الدم)
  - مستوى الشحوم الثلاثية > 250 ملغ/دل .
  - المرضى الذين يعانون من مبيض متعدد الكيسات.
  - قلة النشاط البدني.
  - الحالات السريرية الأخرى المرتبطة بمقاومة الأنسولين (مثل البدانة المفرطة ,الشواك الأسود).
- مرضى ما قبل السكري يجب اختبارهم سنوياً
- الأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بالسكري الحملي يجب إجراء الاختبارات على الأقل كل 3سنوات مدى الحياة.
- بالنسبة لجميع الأفراد يجب أن يبدأ الاختبار بسن 35.
- إذا كانت نتائج الاختبارات طبيعية فيجب تكرارها على الأقل كل 3 سنوات, مع الأخذ بعين الاعتبار إجراء اختبارات أكثر تكراراً اعتماداً على النتائج الأولية وعوامل الخطورة .

الأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة المكتسب, والتعرض لأدوية عالية الخطورة, وسوابق إصابة بالتهاب البنكرياس.

❖ **عند الأطفال والمراهقين**

يجب تحري الداء السكري من النمط الثاني وما قبل السكري وإجراء الفحوصات عند الأطفال والمراهقين الذين يعانون من زيادة الوزن أو البدانة ولديهم واحد أو أكثر من عوامل الخطورة بناءً على قوة ارتباطهم بالداء السكري[9]:

- سوابق إصابة الأم بالسكري أو السكري الحملي أثناء الحمل بالطفل.
- قصة عائلية للإصابة بالداء السكري من النمط الثاني عند أحد أقارب الدرجة الأولى أو الثانية.
- العرق عالي الخطورة (مثل أميركي من أصل افريقي, لاتيني, أميركي أصلي, أميركي اسيوي, سكان جزر المحيط الهادئ).
- علامات مقاومة الأنسولين أو الحالات المرتبطة بمقاومة الأنسولين (الشواك الأسود, ارتفاع ضغط الدم, اضطراب شحوم الدم, متلازمة المبيض متعدد الكيسات أو نقص وزن الولادة).

11.1.2. الوقاية من الداء السكري من النمط الثاني

❖ تتضمن أهداف الوقاية من الداء السكري تأخير ظهور مرض السكري، والحفاظ على وظيفة خلايا بيتا، ومنع أو تأخير الاختلاطات[11].

❖ يتم تحديد المرشحين المناسبين للتداخلات الوقائية من خلال قياس الخضاب السكري Hb A1c أو سكر الدم الصيامي FPG لدى البالغين المعرضين لخطر الإصابة

بمرض السكري ويتضمن ذلك البالغين >45 سنة مع مشعر كتلة الجسم (BMI) >25 والذين لديهم عامل خطر إضافي واحد أو أكثر للإصابة بمرض السكري[11]:

- القصة العائلية للداء السكري لدى أحد الأقارب من الدرجة الأولى
- نمط الحياة الخامل
- السكري الحملي
- ارتفاع ضغط الدم
- اضطراب شحوم الدم

❖ يوصى بتعديل نمط الحياة لجميع المرضى الذين يعانون من Hb A1C بنسبة تتراوح من 5.7 إلى 6.4% والذي يهدف الى[11]:

- فقدان الوزن بشكل معتدل (من 5 إلى 10 في المائة من وزن الجسم)
- ممارسة التمارين الرياضية متوسطة الشدة (30 دقيقة يوميًا)
- الإقلاع عن التدخين

❖ بالنسبة لبعض المرضى (الذين تقل أعمارهم عن 60 سنة و/أو مشعر كتلة الجسم $\geqslant$35 كغ/م2 , والنساء اللاتي لديهن تاريخ من الإصابة بالسكري الحملي) ولديهم Hb A1c بنسبة تتراوح من 5.7 إلى 6.4% والذين تفشل تعديلات نمط الحياة لديهم في تحسين مؤشرات نسبة السكر في الدم فيقترح استخدام الميتفورمين للوقاية من الداء السكري (مع مراقبة سنوية للخضاب السكري Hb A1C أثناء استخدام الميتفورمين)[11]

❖ يجب تقصي وعلاج عوامل الخطورة القلبية الوعائية عند مرضى ما قبل السكري مثل : اضطراب الضغط الشرياني ,اضطراب الشحوم , التدخين للوقاية من الداء القلبي الوعائي[11].

12.1.2. اختلاطات الداء السكري من النمط الثاني :

تشمل أهم الاختلاطات

1.12.1.2. أمراض القلب والأوعية الدموية

- يعرف الداء القلبي الوعائي العصيدي (المتلازمة الإكليلية الحادة) بأنه وجود سوابق مرضية لما يلي :
  - ✓ احتشاء عضلة قلبية
  - ✓ خناق صدر مستقر أو غير مستقر
  - ✓ إعادة توعية إكليلية أو شرايين أخرى
  - ✓ سكتة دماغية
  - ✓ هجمة إقفارية عابرة
  - ✓ أمراض الشرايين المحيطية ذات المنشأ العصيدي
- وهو السبب الرئيسي للمراضة والوفيات عند مرضى الداء السكري والسبب المباشر وغير المباشر للتكلفة المادية لمريض الداء السكري[12].
- الحالات الأكثر ترافقاً للداء السكري هي ارتفاع التوتر الشرياني وفرط شحوم الدم وتعتبر عوامل خطورة قلبية إضافة للداء السكري بحد ذاته[12].
- كما يتعرض الأشخاص المصابون بمرض السكري لخطر متزايد للإصابة بقصور القلب، كما هو موضح في العديد من الدراسات الطولية والرصدية[13] .
- يجب تقييم عوامل الخطورة القلبية الوعائية الرئيسية التالية سنوياً عند كل مريض مصاب بالداء السكري من النمط الثاني[12] :

- ✓ ارتفاع التوتر الشرياني
- ✓ فرط شحوم الدم
- ✓ التدخين
- ✓ قصة عائلية لأمراض إكليلية بأعمار مبكرة
- ✓ بيلة الألبومين

2.12.1.2. أمراض الكلية

- القصور الكلوي المزمن قد يكون موجودًا عند تشخيص مرض السكري من النمط الثاني والذي يحدث في 20–40٪ من المصابين بمرض السكري, ومن الممكن أن يتطور الى القصور الكلوي النهائي الذي يتطلب اجراء جلسات تحال أو زرع كلية, وإن وجود القصور الكلوي المزمن يزيد بشكل ملحوظ من خطورة الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية[14].
- اعتلال الكلية السكري هو تشخيص سريري يتم إجراؤه بناءً على وجود بيلة ألبومين و/أو انخفاض معدل الرشح الكبي المقدر في غياب علامات أو أعراض الأسباب الأخرى لأذية الكلى[14].
- يوصى بتقييم بيلة الألبومين ومعدل الرشح الكبي سنوياً عند مرضى السكري من النمط الثاني بغض النظر عن العلاج[14].
- وفي الأشخاص المصابين بالقصور الكلوي المزمن يوصى بتقييم بيلة الألبومين ومعدل الرشح الكبي من 1ل4 مرات سنوياً حسب درجة القصور الكلوي[14].
- أيضا مرضى السكري معرضون للإصابة بالأذية الكلوية الحادة وتشمل عوامل الخطورة الأخرى للإصابة بالأذية الكلوية الحادة وجود القصور الكلوي المزمن سابقاً، واستخدام

الأدوية التي تسبب أذية الكلى (مثل الأدوية المضادة للالتهابات غير الستيرويدية)، وبعض الأصبغة الوريدية (مثل عوامل التباين الإشعاعي اليودي) واستخدام الأدوية التي تغير تدفق الدم الكلوي داخل الكلى[14].

3.12.1.2. اعتلال الشبكية السكري

- أحد المضاعفات العصبية الوعائية للداء السكري ويرتبط انتشاره ارتباطاً وثيقاً بكل من مدة الإصابة بمرض السكري ومستوى التحكم في نسبة السكر في الدم[15].
- هو السبب الأكثر شيوعًا للحالات الجديدة من العمى بين البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و74 عامًا في البلدان المتقدمة[15].
- يحدث الجلوكوما وإعتام عدسة العين واضطرابات العين الأخرى في وقت مبكر وبشكل متكرر لدى الأشخاص المصابين بداء السكري[15].
- بالإضافة إلى مدة الإصابة بمرض السكري، فإن العوامل التي تزيد من خطر الإصابة باعتلال الشبكية أو المرتبطة به تشمل ارتفاع سكر الدم المزمن، واعتلال الكلية، و ارتفاع ضغط الدم، وخلل شحميات الدم[15].
- يجب على الأشخاص المصابين بمرض السكري من النوع 2 إجراء فحص أولي شامل للعين بواسطة طبيب عيون أو أخصائي بصريات في وقت تشخيص مرض السكري[15].
- إذا لم تظهر أي أدلة على اعتلال الشبكية من فحص واحد أو أكثر للعين سنويًا وكانت مؤشرات السكر في الدم ضمن النطاق المستهدف، فيمكن التفكير في إجراء الفحص كل عام إلى عامين[15].
- إذا كان هناك أي مستوى من اعتلال الشبكية السكري، فيجب تكرار فحوصات الشبكية المتوسعة اللاحقة سنويًا على الأقل بواسطة طبيب عيون أو أخصائي بصريات[15].

- إذا كان اعتلال الشبكية يتقدم أو يهدد البصر، فستكون هناك حاجة إلى إجراء الفحوصات بشكل متكرر[15].

4.12.1.2. اعتلال الأعصاب السكري

- الاعتلالات العصبية السكرية هي مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات ذات المظاهر السريرية المتنوعة, يعد التعرف المبكر عليها وإدارتها بشكل مناسب لدى الأشخاص المصابين بالداء السكري أمرًا مهمًا[15].
- الاعتلال العصبي السكري هو تشخيص استبعادي, حيث قد تكون الاعتلالات العصبية غير السكرية موجودة لدى الأشخاص المصابين بالسكري وقد تكون قابلة للعلاج[15].
- قد لا تظهر الأعراض في حوالي 50% من حالات اعتلال الأعصاب الطرفية السكري, وإذا لم يتم التعرف على المرض وتنفيذ الرعاية الوقائية للقدم، فإن مرضى السكري معرضون لخطر الإصابات وكذلك تقرحات القدم السكرية والبتر[15].
- إن التعرف على الاعتلال العصبي الذاتي وعلاجه قد يؤدي إلى تحسين الأعراض وتقليل المضاعفات وتحسين نوعية الحياة[15].
- يجب تقييم جميع مرضى السكري بحثًا عن اعتلال الأعصاب الطرفية السكري بدءًا من تشخيص مرض السكري من النمط الثاني[15].
- يجب أن يتضمن تقييم اعتلال الأعصاب المتعدد المتماثل تاريخًا دقيقًا وتقييمًا لدرجة الحرارة أو الإحساس بالوخز (وظيفة الألياف الصغيرة) والإحساس بالاهتزاز باستخدام شوكة رنانة بتردد 128 هرتز (لوظيفة الألياف الكبيرة)[15].
- يجب على جميع الأشخاص المصابين بداء السكري إجراء اختبار سنوي للخيوط الأحادية بوزن 10 جرام لتحديد الأقدام المعرضة لخطر التقرح والبتر[15].

- يجب تقييم أعراض وعلامات الاعتلال العصبي الذاتي لدى الأشخاص المصابين بداء السكري بدءًا من تشخيص مرض السكري من النمط الثاني ثم سنويًا على الأقل بعد ذلك، مع وجود دليل على حدوث مضاعفات أخرى في الأوعية الدموية الدقيقة، وخاصة مرض الكلى واعتلال الأعصاب الطرفية السكري[15].
- يمكن أن يشمل الفحص السؤال عن الدوخة الانتصابية أو الإغماء أو جفاف الجلد المتشقق في الأطراف. تشمل علامات الاعتلال العصبي الذاتي انخفاض ضغط الدم الانتصابي أو تسرع القلب أثناء الراحة أو وجود دليل على جفاف الجلد الطرفي أو تشققه[15].

13.1.2. العلاج :

1.13.1.2. تعديل نمط الحياة:

1. تخفيف الوزن: بالنسبة للأفراد الذين يعانون من زيادة الوزن والسمنة مع مرض السكري من النمط الثاني ، فإن فقدان 5٪ من الوزن ضروري لتحقيق نتائج مفيدة في التحكم بنسبة السكر في الدم والدهون وضغط الدم [16].

2. ممارسة التمارين الرياضية: ينصح أغلب البالغين المصابين بداء السكري من النمط الثاني بممارسة 150 دقيقة أو أكثر من التمارين الهوائية متوسطة إلى شديدة الشدة أسبوعيًا، موزعة على 3 أيام على الأقل في الأسبوع، مع عدم تجاوز يومين متتاليين بدون ممارسة أي نشاط. قد تكون فترات أقصر (75 دقيقة على الأقل في الأسبوع) من التمارين الشديدة الشدة أو التمارين المتقطعة كافية للأفراد الأصغر سنًا والأكثر لياقة بدنية[16].

3. الإقلاع عن التدخين: ينصح جميع الأشخاص المصابين بمرض السكري بعدم استخدام السجائر ومنتجات التبغ الأخرى أو السجائر الإلكترونية[16].

4. الحمية : يجب أن يحال كل شخص مصاب بالداء السكري الى أخصائي تغذية ليضعه على البرنامج التغذوي العلاجي المناسب له, ومعظم الدراسات أكدت أن خفض محتوى الوجبات من الكربوهيدرات أدى الى ضبط سكر الدم بعد الوجبات وشحوم الدم بشكل أفضل على المدى البعيد[16].

2.13.1.2. العلاج الدوائي

1. مقدمة

- يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار نمط الحياة الصحي, وتعليم ودعم الإدارة الذاتية لمرض السكري, وتجنب الجمود العلاجي, والمحددات الاجتماعية للصحة في تدبير خفض السكر عند مرضى السكري من النمط الثاني[17].
- يجب أن يؤخذ قرار العلاج بشكل مشترك مع الشخص المصاب بالسكري من النمط الثاني مع الأخذ بعين الاعتبار التأثير على الأمراض القلبية الوعائية والكلوية المصاحبة والفعالية وخطر نقص سكر الدم والتأثير على الوزن والتكلفة وخطر حدوث تأثيرات جانبية والتحمل والتفضيلات الفردية[17].
- يجب أن تأخذ خطة علاج خفض السكر بعين الاعتبار الأساليب التي تدعم أهداف إدارة الوزن عند مرضى السكري من النمط الثاني[17].
- يجب إعادة تقييم خطة العلاج وسلوك تناول الدواء على فترات منتظمة (على سبيل المثال، كل 3–6 أشهر) وتعديلها حسب الحاجة[17].

- يمكن النظر في العلاج المركب المبكر لدى البالغين المصابين بداء السكري من النوع 2 عند بدء العلاج لتقصير الوقت اللازم لتحقيق أهداف العلاج الفردية[17].
- في البالغين المصابين بداء السكري من النمط الثاني دون أمراض القلب والأوعية الدموية و/أو الكلى، يجب أن تعالج العوامل الدوائية كل من أهداف السكر في الدم والوزن الفردية[17].
- بالنسبة للبالغين المصابين بداء السكري من النمط الثاني الذين لم يحققوا أهدافهم الفردية فيما يتعلق بالوزن، يوصى بتدخلات إضافية لإدارة الوزن (على سبيل المثال، تكثيف تعديلات نمط الحياة، وبرامج إدارة الوزن المنظمة، والعوامل الدوائية، أو الجراحة)[17].
- في البالغين المصابين بداء السكري من النمط الثاني والذين لديهم خطر مؤكد أو مرتفع للإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية و/أو قصور القلب , و/أو قصور كلوي مزمن يجب أن تتضمن خطة العلاج عامل (عوامل) يقلل من خطر الاصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية والكلى (على سبيل المثال مركبات SGLT2 أو مركبات GLP1)[17].
- بالنسبة للبالغين المصابين بداء السكري من النمط الثاني الذين يعانون من قصور القلب أو القصور الكلوي المزمن المتقدم (معدل رشح كبي >30 مل /دقيقة) يوصى باستخدام مركبات SGLT2 لإدارة نسبة السكر في الدم وتقليل تطور القصور الكلوي والأمراض القلبية الوعائية والوقاية من دخول المستشفى بسبب قصور القلب[17].

- في البالغين المصابين بداء السكري من النمط الثاني، يجب النظر في بدء العلاج بالأنسولين بغض النظر عن العلاج الخافض للسكر أو مرحلة المرض إذا كان هناك دليل على استمرار الهدم (على سبيل المثال، فقدان الوزن غير المتوقع)، أو إذا كانت أعراض ارتفاع سكر الدم موجودة، أو عندما تكون مستويات الخضاب السكري(HbA1c > 10%) أو سكر الدم مرتفعة للغاية(سكر الدم ≥300مغ/دل)[17]

2. أهداف نسبة السكر في الدم عند البالغين[18]

1- الخضاب السكري <7%

2- سكر الدم قبل الوجبات 80-130 ملغ/دل

3- سكر الدم بعد الطعام بساعتين <180 ملغ /دل

3. العلاجات الدوائية المستخدمة في علاج مرضى السكري من النمط الثاني

أولاً- الأدوية الخافضة للسكر[17]

1- **مجموعة البيغوانيدات** Biguanides

الميتفورمين metformin: يُعتبر الميتفورمين الخيار الأول لعلاج مرض السكري من النمط الثاني عن طريق الفم ويوصى بالبدء به بالتزامن مع تعديلات نمط الحياة عند تشخيص مرض السكري في حال عم وجود مضادات استطباب.

آلية العمل : يعمل بشكل أساسي عن طريق خفض إنتاج الغلوكوز في الكبد وتحسين حساسية الجسم للأنسولين.

تأثيره القلبي : قد يقلل من خطر الإصابة بالحوادث القلبية الوعائية والوفاة, ويقلل من الوفيات القلبية الوعائية.

تأثيره الكلوي : يمكن استخدام الميتفورمين بأمان في الأشخاص الذين يقدر معدل الرشح الكبي لديهم ≤30 مل/دقيقة/1.73 م 2 .

الميتفورمين فعال وآمن، وغير مكلف ومتوفر على نطاق واسع، ويتوفر بشكل فوري الإطلاق لتناوله مرتين يوميًا أو بشكل مديد الإطلاق يمكن إعطاؤه مرة واحدة يوميًا.

وبالمقارنة مع السلفونيل يوريا، فإن الميتفورمين كعلاج من الخط الأول له تأثيرات مفيدة على HbA1C، وهو محايد للوزن، ولا يسبب نقص السكر في الدم.

الآثار الجانبية الرئيسية : عدم تحمل الجهاز الهضمي بسبب الانتفاخ وعدم الراحة في البطن والإسهال ويمكن التخفيف من هذه الآثار عن طريق زيادة الجرعة تدريجيًا و/أو استخدام تركيبة مديدة الإطلاق وقد ارتبطت مستويات عالية جدًا من الدواء المتداولة (على سبيل المثال، نتيجة للجرعة الزائدة أو الفشل الكلوي الحاد) بالحماض اللبني, ومع ذلك من المعروف الآن أن حدوث هذه المضاعفات نادر جدًا.

ويوصى بإجراء اختبار دوري لمستويات فيتامين ب12 لدى الأفراد الذين عولجوا بالميتفورمين لفترة طويلة من الزمن.

2- مجموعة السلفونيل يوريا الجيل الثاني :

غليبورايد Glyburide ,غليكلازيد Gliglazide, غليبيزيد Glipizide,

غليميبيرايد Glimipride :

آلية العمل : يغلق قناة البوتاسيوم الموجودة على الغشاء البلازمي للخلية بيتا البنكرياسية وبالتالي يحرض على افراز الأنسولين

تأثيره القلبي :ليس لها تأثير ايجابي على سير ASCVD او قصور القلب

تأثيره الكلوي : لا تفاقم سير القصور الكلوي ولا ينصح باستخدامها في حال وجود قصور كلوي خوفاً من تطور نوب هبوط سكر دم شديدة

فعاليتها عالية وتؤخذ عن طريق الفم , تسبب نوب هبوط سكر دم وزيادة وزن ,تكلفتها الاقتصادية متدنية.

3- **مجموعة الميغلينيتايد Meglinitidse :**

ريباغلينايد Repaglinide, ناتيغلينايد Natiglinide

آلية العمل : مشابهة للسلفونيل يوريا

المحاسن : يخفض سكر الدم بعد الوجبات

المساوئ : هبوط سكر دم ,زيادة وزن ,جرعات متعددة .

يؤخذ عوضاً عن السلفونيل يوريا في الحالات التالية :تحسس على السلفونيل يوريا ,وجبات طعام غير منتظمة, ارتفاع سكر دم متأخر بعد الطعام عند العلاج بالسلفونيل يوريا.

4- مجموعة التيازوليدينديون TZDs :

روزغليتازون Rosiglitazone, بيوغليتازون Pioglitazone

آلية العمل : زيادة حساسية النسج للأنسولين

التأثيرات القلبية : لها تأثير ايجابي محتمل (بيوغليتازون) في حالة ASCVD ولكن تزيد خطورة حدوث وتفاقم قصور القلب

التأثيرات الكلوية: لا تؤثر على سير القصور الكلوي ولكن لا ينصح باستخدامها في حال وجود اضطراب في عمل الكلية لأنها تحرض على احتباس السوائل

فعاليتها مرتفعة , تكلفتها الاقتصادية منخفضة, تسبب زيادة وزن ,لا تسبب نوب نقص سكر ,تؤخذ عن طريق الفم ,مفيدة في حال تشحم الكبد غير الكحولي

التأثيرات الجانبية : قصور قلب احتقاني (روزغليتازون ,بيوغليتازون) , احتباس سوائل ,تزيد نسبة الاصابة بالكسور العظمية , سرطان مثانة (بيوغليتازون) , ارتفاع LDL (روزغليتازون)

5- مجموعة مثبطات ألفا غليكوزيداز :

أكاربوز Acarbose , ميغليتول Miglitol

آلية العمل : تثبط ألفا غليكوزيداز المعوية وبالتالي تبطئ الهضم والامتصاص المعوي للكاربوهيدرات

المحاسن :هبوط سكر الدم نادر , خفض سكر الدم بعد الوجبات ,خفض نسبة الحوادث القلبية عند مريض ما قبل الداء السكري , غير جهازي

المساوئ : تأثير متوسط على قيمة الخضاب السكري, أعراض جانبية هضمية (نفخة , اسهال) , جرعات متعددة .

6- مثبطات ال DPP4 :

سيتاغليبتين Sitagliptin , ساكساغليبتين Saxagliptin , الوغليبتين Alogliptin , ليناغليبتين Linagliptin

آلية التأثير : تثبط فعالية ال DPP4 , زيادة تركيز الإنكرينات (GIP, GLP1)بعد الوجبة الطعامية وبالتالي زيادة إفراز الأنسولين وتناقص إفراز الغلوكاغون وذلك بشكل معتمد على الغلوكوز

التأثيرات القلبية : ليس لها تأثير على ال ASCVD ,توجد خطورة في استعمالها في حال وجود قصور قلب (Saxagliptin , Alogliptin)

التأثيرات الكلوية : لا تؤثر على سير القصور الكلوي ويمكن استخدامها في حال وجود اضطراب في وظيفة الكلية

فعاليتها متوسطة ,لا تسبب نوب نقص سكر ,لا تؤثر على الوزن ,تكلفتها الاقتصادية مرتفعة , تؤخذ عن طريق الفم.

التأثيرات الجانبية : التهاب بنكرياس حاد , آلام مفصلية

7- خالبات الاملاح الصفراوية كوليس فيلام Colesevelam

آلية العمل : ترتبط بالأملاح الصفراوية في السبيل المعوي وتزيد افراز الاملاح الصفراوية من الكبد ,تنقص الانتاج الكبدي للغلوكوز , ترفع مستوى الإنكرينات

المحاسن : هبوط سكر الدم نادر , خفض LDL

المساوئ : تأثير متوسط على الخضاب السكري , إمساك , ارتفاع الشحوم الثلاثية ,تداخلات مع امتصاص باقي الادوية ,تكلفة علاجية مرتفعة

8- مشابهات الدوبامين

البروموكربتين Bromocriptin سريع التحرر

آلية العمل : تفعيل مستقبلات الدوبامين , تعديل التنظيم المهادي للاستقلاب ,زيادة الحساسية للأنسولين

المحاسن : هبوط سكر الدم نادر ,خفض نسبة الحادث الوعائية الدماغية

المساوئ : تأثير متوسط على قيمة الخضاب السكري , دوار , غثيان , زرقة , تعب , التهاب انف , تكلفة عالية .

9- مثبطات ال SGLT2

كانا كليفلوزين Canagliflozin, داباكليفلوزين Dapagliflozin ,

ايمباكليفلوزين Empagliflozin

الية التأثير : تثبط ال SGLT2 في الأنبوب الكلوي القريب وبالتالي حصر الامتصاص الأنبوبي الكلوي للغلوكوز وزيادة طرحه في البول

فعاليته متوسطة , لا تسبب نوب نقص سكر وليس لها تأثير على الوزن ,لها تأثيرات قلبية (ASCVD ,CHF) وكلوية ايجابية(Canagliflozin ,Empagliflozin) , تكلفتها الاقتصادية مرتفعة ,تؤخذ عن طريق الفم

التأثيرات الجانبية :

البتر والكسور العظمية (Canagliflozin) , الحماض الخلوني السكري (نادراً) ,انتانات بولية تناسلية ,هبوط توتر شرياني بنقص الحجم , ارتفاع LDL

10- مماثلات مستقبلات ال GLP1

اكزيناتيد Exenetide , اكزيناتيد مديد التحرر Exenetide MR , ليراغلوتيد Liraglutide ,البيغلوتيد Alpiglutide, ليكسيسيناتيد Lixisenatide , دولاغلوتيد Dulaglutide

آلية التأثير : تفعل مستقبلات ال GLP1 وبالتالي تحرض إفراز الأنسولين وتثبط إفراز الغلوكاغون بآلية معتمدة على الغلوكوز, إبطاء الإفراغ المعدي , زيادة الإحساس بالشبع

لا تسبب نوب نقص سكر ,تسبب نقص وزن

التأثيرات القلبية : لها تأثير ايجابي على ASCVD (Liraglutide) ولا تؤثر على قصور القلب CHF

التأثيرات الكلوية : لها تأثير ايجابي (Liraglutid)

تكلفتها الاقتصادية مرتفعة , تؤخذ بشكل حقن تحت الجلد

التأثيرات الجانبية : سرطان درق لبي , تأثيرات جانبية هضمية (غثيان , إقياء ,إسهال) ,ارتكاس تحسسي مكان الحقن , التهاب بنكرياس.

11- مجموعة مشابهات الأميلين

براملينيتايد Pramlinitde

آلية التأثير : تحرض مستقبلات الأميلين فينقص افراز الغلوكاغون, يتباطأ الإفراغ المعدي, إحساس بالشبع .

المحاسن : خفض سكر الدم بعد الوجبات , إنقاص الوزن

المساوئ : تأثير متوسط على الخضاب السكري , تأثيرات جانبية هضمية (غثيان , اقياء), تؤخذ على شكل حقن متعددة , بحاجة للتدريب على أخذه , تكلفته عالية .

ثانياً- الأنسولين

- يحتاج العديد من البالغين المصابين بداء السكري من النمط الثاني في النهاية إلى العلاج بالأنسولين ويستفيدون منه, حيث كان يُستخدم في الماضي كملاذ أخير، غير أنه في الوقت الحالي يمكن أن يوصف للمرضى في مرحلة مبكرة إذا لم يُمكن الوصول إلى المستويات المستهدفة لنسبة السكر في الدم من خلال تغييرات نمط الحياة وأدوية أخرى.
- ينبغي على مقدم الرعاية الصحية أن يشرح لمريض الداء السكري من النمط الثاني طبيعة سير المرض و ألا يستخدم العلاج بالأنسولين لتهديد المريض أو إشعاره بأن العلاج بالأنسولين هو نتيجة لعدم التزامه بالخطة العلاجية .

- يتم تثقيف المريض المعالج بالأنسولين حول كيفية مراقبة سكر الدم بشكل ذاتي وتعديل جرعة الأنسولين حسب هذه المراقبات وكيفية توزيع الوجبات الغذائية أساسي في نجاح الخطة العلاجية.
- تتفاوت أنواع الأنسولين المختلفة حسب سرعة بدء مفعولها ومدة استمرار تأثيرها, فالأنسولين طويل المفعول –على سبيل المثال– مصمم للعمل طوال الليل أو طوال اليوم للحفاظ على استقرار مستويات السكر في الدم, ويُستخدم الأنسولين قصير المفعول بصفة عامة في وقت تناول الطعام.
- آلية التأثير : تحريض مستقبلا الأنسولين, تحريض استهلاك الغلوكوز, تخفيض الإنتاج الكبدي للغلوكوز, تثبيط تشكل الحماض.
- فعاليته مرتفعة, تؤخذ معظم أنواع الأنسولين حقن تحت الجلد, يسبب زيادة في الوزن, تكلفته الاقتصادية مرتفعة ,ليس له تأثيرات قلبية أو كلوية وتعدل الجرعة حسب معدل الرشح الكبي.
- التأثيرات الجانبية : ارتكاس تحسسي مكان الحقن, نوب نقص سكر دم .

ثالثاً–علاجات أخرى :

الستاتينات : بالنسبة للأشخاص المصابين بداء السكري الذين تتراوح أعمارهم بين 40 و75 عامًا والذين يعانون من مخاطر قلبية وعائية أعلى، بما في ذلك أولئك الذين لديهم عامل خطر واحد أو أكثر من عوامل خطر الإصابة بمرض الشريان التاجي، فمن المستحسن استخدام علاج الستاتين عالي الكثافة لتقليل الكوليسترول الضار بنسبة ≤50% من خط الأساس واستهداف هدف الكوليسترول الضار أقل من 70 مغ/دل[12].

مضادات تجمع الصفيحات : استخدم علاج الأسبرين (75–162 مغ/يوم) كاستراتيجية وقائية ثانوية لدى المصابين بمرض السكري والذين لديهم تاريخ من مرض الشريان التاجي[12].

الأدوية الخافضة للضغط : يجب أن يشمل العلاج الأولي لارتفاع ضغط الدم أيًا من فئات الأدوية التي ثبت أنها تقلل من الأحداث القلبية الوعائية لدى الأشخاص المصابين بداء السكري:

مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين ، حاصرات مستقبلات الأنجيوتنسين، مدرات البول الشبيهة بالثيازيد، أو حاصرات قنوات الكالسيوم ديهيدروبيريدين[12].

يُنصح باستخدام مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين أو حاصرات مستقبلات الأنجيوتنسين (ARBs) كعلاج أولي لارتفاع ضغط الدم لدى الأشخاص المصابين بمرض السكري ومرض الشريان التاجي[12].

3.13.1.2. الجراحة

لقد ثبت أن جراحة البدانة لها تأثيرات إيجابية عند مرضى السكري من النمط الثاني المرشحين للجراحة(مشعر كتلة الجسم BMI ⩽35 كغ/م2) , وبينت العديد من الدراسات أن جراحة البدانة تؤدي الى تحسين نسبة السكر في الدم، تقلل من حدوث أمراض الأوعية الدموية الدقيقة، وتحسن نوعية الحياة ، وتقلل من خطر الإصابة بالسرطان، وتحسن عوامل خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية والأحداث القلبية الوعائية طويلة الأمد[19].

2.2. القسم الثاني (الوصمة والاضطرابات النفسية عند مرضى السكري)

1.2.2. مقدمة

يعرف الطب الحديث مرض السكري بأنه مرض نفسي جسدي، حيث تكون الأعراض الجسدية هي المظهر الرئيسي؛ ومع ذلك، فإن حدوثه وتطوره ونتائجه ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالعوامل النفسية الاجتماعية[20].

2.2.2. الوصمة

1.2.2.2. مقدمة

استشهد عالم الاجتماع جوفمان[21] لأول مرة بمفهوم الوصمة في علم النفس الاجتماعي، وعرفها بأنها "سمات تشوه سمعة شخص ما بشكل كبير". تم تطبيق مفهوم الوصمة تدريجيًا على المجال الطبي، من الأمراض العقلية[22] والأمراض المعدية[23] إلى الأمراض المزمنة المختلفة[24,25] .

تعرف الوصمة المرتبطة بالأمراض المزمنة بأنها حكم اجتماعي سلبي يؤدي إلى الرفض أو الاستبعاد غير المبرر وهي مرتبطة بالسمات المرئية للمرض أو إدارته[26] ، والإحساس بالوصمة هي عندما يعتقد الفرد أن الآخرين ينظرون إلى خاصية شخصية على أنها غير سوية, وتشير الوصمة في مرض السكري إلى الإحساس بمشاعر سلبية مثل الإقصاء أو الرفض أو اللوم[25].

2.2.2.2. الوبائيات

أشارت دراسة إحصائية بأن 52% من المصابين بمرض السكري من النمط الثاني أفادوا بأن مرض السكري مرتبط بالوصمة[25].

3.2.2.2. أدوات تقييم الوصمة المرتبطة بمرض السكري من النمط الثاني

توجد العديد من أدوات تقييم الوصمة المرتبطة بمرض السكري من النمط الثاني :

1- مقياس تقييم الوصمة المرتبطة بمرض السكري من النمط الثاني (DSAS-2)

عبارة عن استبيان مكون من 19 عنصرًا تم تطويرها في البداية لدى البالغين في أستراليا والذي يتم تسجيله على مقياس ليكرت من 5 نقاط[27] ويتم ترجمتها الآن والتحقق من صحتها بعدة لغات[28].

2- مقياس (SSS-J) وهوعبارة عن استبيان مكون من 39 عنصرًا تم التحقق من صحته لدى البالغين المصابين بمرض السكري من النوع 2 في اليابان والذي يتم تسجيله على مقياس ليكرت من 4نقاط[29].

3- مقياس الوصمة لمعهد كاندن (KISS) هو استبيان مكون من 24 عنصرًا تم تطويره في اليابان للبالغين المصابين بمرض السكري من النمط الأول والثاني ومرض السكري الحملي وأنواع أخرى من مرض السكري يتم تسجيله على مقياس ليكرت من 4 نقاط[30].

4- مقياس الوصمة الذاتية لمرض السكري هو استبيان مكون من 16 عنصرًا تم التحقق من صحته مع البالغين المصابين بمرض السكري من النوع 2 في كوريا والذي يتم تسجيله على مقياس ليكرت من 5 نقاط[31].

4.2.2.2. النتائج السريرية للوصمة عند البالغين المصابين بالداء السكري من النمط الثاني

اظهرت العديد من الدراسات الكمية أن الوصمة المرتبطة بمرض السكري مرتبطة بمستويات أعلى من الخضاب السكري لدى البالغين المصابين بمرض السكري من النمط الثاني[3,25,30,32,33]

أظهرت إحدى الدراسات التي استخدمت استبيانًا معتمدًا أن درجات الوصمة الأعلى كانت مرتبطة بوجود مضاعفات واحدة على الأقل[34]

بسبب الوصمة، قد يكون لدى مرضى السكري خطر متزايد للإصابة بمشاكل الصحة العقلية (على سبيل المثال، الضائقة النفسية والاكتئاب)[5]

5.2.2.2. تأثير الوصمة على سلوكيات العناية الذاتية عند البالغين المصابين بالسكري من النمط الثاني

بينت الابحاث ارتباط وصمة مرض السكري بانخفاض سلوكيات العناية الذاتية [3,31,35,36] بالإضافة إلى انخفاض الالتزام بالأدوية لدى البالغين المصابين بمرض السكري من النوع الثاني[37]، مما قد يؤدي إلى ارتفاع مستويات الخصاب السكري وبالتالي زيادة خطر حدوث المضاعفات.

6.2.2.2. العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المرتبطة بالوصمة عند مرضى السكري من النمط الثاني

ارتبطت العديد من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية بوصمة مرض السكري

ارتبط انخفاض دخل الأسرة بالوصمة عند البالغين المصابين بمرض السكري من النمط الثاني[4,38]

وجدت دراسة من العراق ارتباطًا مهمًا بين وصمة مرض السكري والبطالة لدى البالغين المصابين بمرض السكري من النمط الثاني[4]

وجدت دراسة من كولومبيا على البالغين المصابين بمرض السكري من النمط الثاني أن أولئك الذين أبلغوا عن وضع اجتماعي واقتصادي أقل عانوا من وصمة أكثر[5]

من المرجح أن يؤثر السياق الثقافي والمعتقدات على انتشار الوصمة المرتبطة بمرض السكري بالإضافة إلى كيفية الشعور بهذه الوصمة

7.2.2.2. الوصمة والنتائج النفسية الاجتماعية عند مرضى السكري من النمط الثاني

بسبب الوصمة، قد يكون لدى مرضى السكري من النمط الثاني خطر متزايد للإصابة بمشاكل الصحة العقلية (على سبيل المثال، الضائقة النفسية والاكتئاب)[39]

حيث بينت الابحاث ارتباط وصمة مرض السكري بانخفاض احترام الذات [5,27,29,35] كما بينت ارتباط مرض السكري أيضًا بأعراض الاكتئاب [3,25,27,29,36,40] وأعراض القلق[27,35] وانخفاض

جودة الحياة العامة المرتبطة بالمرض[1,23] لدى الأشخاص المصابين بمرض السكري من النمط الثاني.

وأفادت الدراسات أن المشاكل النفسية التي يعاني منها مرضى السكري تؤثر على التزامهم بالعلاج وإدارة صحتهم الذاتية. وفي الوقت نفسه، وبسبب تأثير المشاكل النفسية على الأوعية الدموية، قد تظهر اضطرابات الدورة الدموية الدقيقة أو أذية وظائف الأعضاء، مما يؤدي إلى زيادة خطر حدوث مضاعفات السكري، وبالتالي تفاقم حالة المريض[41,42].

3.2.2.القلق والاكتئاب

1.3.2.2. مقدمة

يعد كل من القلق والاكتئاب من الاضطرابات المزاجية الشائعة والتي يمكن أن يتزامن الإصابة بها في نفس الوقت، وكثيرًا ما يكونا عرضًا أو سببًا لبعضهما البعض ، ولكل منهما أعراض عامّة شائعة، حيث غالبًا ما يسبب القلق الشعور بالتوتر، أو العصبية، أو الخوف، أمّا الاكتئاب فإنه عادةً ما يسبب الشعور بالحزن أو الإحباط ، و من الطبيعي الشعور بالقلق أو الاكتئاب من وقت لآخر، إلا أن تكرار الشعور أو استمراره لفترة طويلة غالبًا ما يتطلب تشخيصًا وعلاجًا طبيًا.

وتُرافق اضطرابات المزاج لاسيما الاكتئاب عدداً كبيراً من المشاكل الطبية والأمراض المزمنة، وتُشخص اضطرابات المزاج الثانوية بتغير مزاج بارز حيث يُعتقد أنه التأثير الفيزيولوجي المباشر لمرض طبي محدد أو عامل طبي محدد، ويصعب غالباً تحديد سبب هذه الاضطرابات، وعلى

أي حال فإن المظاهر المفتاحية لها هي البروز، الاستمرارية، إحداث الكرب والضيق، انخفاض المزاج وارتفاعه، تعكر المزاج، مع الاعتقاد بكون هذه الأعراض ناجمة عن مرض طبي أو جراحي[43] .

2.3.2.2. القلق والاكتئاب عند مرضى السكري من النمط الثاني

1.2.3.2.2. الوبائيات

الأشخاص المصابون بالسكري هم أكثر عرضة للإصابة بالقلق والاكتئاب بمرتين تقريبًا من عامة السكان[16]

تعتبر أعراض الاكتئاب المرتفعة والاضطرابات الاكتئابية شائعة بين الأشخاص المصابين بداء السكري[16]، حيث تؤثر على ما يقرب من واحد من كل أربعة أشخاص مصابين بداء السكري من النمط الاول أو النمط الثاني[16].

وبغض النظر عن نوع مرض السكري، فإن معدلات الاكتئاب لدى النساء أعلى بكثير من الرجال[16].

وقدر انتشار اضطراب القلق العام بنحو 19.5٪ لدى الأشخاص المصابين إما بداء السكري من النمط الأول أو النمط الثاني[16].

2.2.3.2.2. التشخيص :

يمكن استخدام عدة مقاييس ذاتية لتقييم القلق والاكتئاب ومنها مقياس المشافي للاكتئاب والقلق Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)[44] يتكون من 14 بندًا على مقياس ليكرت ذي 4 نقاط (نطاق 0–3)

الذي يشتمل على سبعة أسئلة للقلق وسبعة أسئلة للاكتئاب حيث يتم جمع النقاط وحساب المجموع النهائي لكل من الاكتئاب (D) والقلق (A)، وتكون النتيجة إما طبيعي، أو غير طبيعي (حدي) أو غير طبيعي (مصاب)، حيث أن: 0–7 طبيعي، 8–10 غير طبيعي (حدي)، 11–21: غير طبيعي (مُصاب).

3.2.3.2.2. النتائج السريرية للقلق والاكتئاب عند البالغين المصابين بالداء السكري

إن وجود القلق والاكتئاب غير المشخصين بين مرضى السكري هو سبب للقلق لأنه يمنع بدء العلاج لهذه الحالات المصاحبة ويسمح للإحباط بالتراكم لدى المرضى، وبالتالي المساهمة في النتائج السريرية السيئة. علاوة على ذلك، من المعروف أن الاكتئاب والإجهاد النفسي المزمن ينشطان محور تحت المهاد – النخامية – الكظرية، ويحفزان الجهاز العصبي الودي، ويزيدان من الاستجابات الالتهابية وتجمع الصفائح الدموية ويقللان من حساسية الأنسولين[45,46] ، مما يساهم في ضعف السيطرة على نسبة السكر في الدم وزيادة خطر حدوث مضاعفات. كما أن الأفراد المصابين بالاكتئاب والقلق أقل عرضة للامتثال لتوصيات العناية الذاتية بمرض السكري وأكثر عرضة لاتباع أنماط حياة خاملة، والبقاء غير نشطين جسديًا، والانغماس في التدخين واتباع نظام غذائي عالي الدهون[41,47] ، مما يؤدي في النهاية إلى ضعف السيطرة على مرض السكري والنتائج السريرية. ومع ذلك، فمن الواضح أن اكتشاف الحالات النشطة وتدبير القلق والاكتئاب يمكن أن يساعد في تخفيف معاناة المريض، ويساهم في تحسين التحكم الاستقلابي والنتائج السريرية، مع تقليل تكاليف إدارة المريض[48,49] .

4.2.3.2.2. السير والإنذار:

يعتمد سير اضطراب المزاج بسبب حالة طبية عامة بشكل كبير على سير الحالة الطبية المستبطنة.

ويكون إنذار الأعراض المزاجية أفضل عندما تكون الحالة الطبية قابلة للعلاج أكثر[43].

5.2.3.2.2. العلاج

يظل علاج اضطرابات الاكتئاب والقلق أحد أهم التحديات الصحية اليوم حيث تمثل هاتان الحالتان أطول سنوات من العيش مع الإعاقة من أي مرض آخر[50]

لقد ثبتت فعالية مجموعة متنوعة من خيارات العلاج في تقليل عبء الأعراض وتحسين الأداء لدى المرضى المصابين بالاكتئاب أو القلق[51] . وتشمل عدة أنواع ومجموعات من التدخلات النفسية (العلاجات بالكلام) والأدوية المضادة للاكتئاب (أدوية تشمل مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية، ومثبطات إعادة امتصاص السيروتونين والنورأدرينالين، ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات)[52]

في مرض السكري، تعمل مضادات الاكتئاب (نورتريبتيلين) على تحسين الاكتئاب ولكنها تقلل من التحكم في نسبة السكر في الدم[53] في حين تعمل مثبطات أحادي الأمين أوكسيديز على زيادة نقص السكر في الدم وزيادة الرغبة الشديدة في تناول الطعام[54].

الفصل الثالث

الدراسة العملية

الدراسة العملية

1.3. المواد والطرائق :

1.1.3. تصميم البحث : دراسة مقطعية مستعرضة cross sectional study.

2.1.3. مكان الدراسة وزمانها : مستشفى المواساة الجامعي والمستشفى الوطني الجامعي

أجريت هذه الدراسة خلال عام 2024.

3.1.3. عينة الدراسة : 260 مريضاً

4.1.3. معايير الاشتمال :

- مرضى السكري نمط ثاني.
- المرضى أكبر من 18 سنة.
- المرضى القادرون على القراءة والكتابة.
- المرضى الموافقون على الدراسة.

5.1.3. معايير الاستبعاد :

- عدم موافقة المريض على الدخول في الدراسة.
- مرضى السكري نمط أول .
- المرضى أصغر من 18 سنة.
- المرضى الذين يعزى لديهم سبب الوصمة لأسباب أخرى غير الداء السكري .

6.1.3. جمع البيانات :

اعتمدت المصادر التالية لجمع البيانات المطلوبة :

- مراجعة أدبيات البحث : اعتمدت المعلومات المتاحة التي تتعلق بموضوع البحث من أبحاث ودراسات وتقارير, ومراجعات منشورة في المجلات العالمية المتخصصة , إضافة الى النصوص الطبية في الكتب المنشورة .
- أخذت موافقة المرضى قبل الإدخال في البحث وفق نموذج الموافقة المستنيرة المرفق لاحقاً .
- جمع بيانات البحث.

7.1.3. استمارة الدراسة :

تم استخدام استبيان شامل مؤلف من عدة أقسام :

القسم الأول: معلومات ديموغرافية (العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، التحصيل الدراسي، المستوى الاقتصادي) وسريرية (مدة الاصابة بالداء السكري، طريقة المعالجة) .

القسم الثاني: استبيان DSAS-2 وهو مقياس مؤلف من 19 عنصر وهو يدل على ثلاثة مقاييس فرعية (تمت معالجتها بشكل مختلف 6 عناصر – اللوم والحكم 7 عناصر – الوصمة الذاتية 6 عناصر) تم تطويره والتحقق من صحته عام 2016 في دراسة استرالية [27] تم تسجيلها على مقياس ليكرت ب 5 نقاط (1 = لا أوافق بشدة، 2 = لا أوافق،3=غير متأكد، 4 = أوافق، 5 = أوافق بشدة) ,تمت ترجمته الى اللغة العربية .

القسم الثالث: مقياس المشافي للاكتئاب والقلق (HADS) Hospital Anxiety and Depression Scale[55] ، وهو يحتوي على 14 سؤال تصف أعراض القلق والاكتئاب 7 لأعراض القلق و 7 لأعراض الاكتئاب، وإن خيارات الاستجابة لكل سؤال تتراوح ما بين 0 و 3، وإن النتائج النهائية تتراوح مابين 0 و 21 لكلٍ من الاكتئاب أو القلق، حيث يُشَار إلى الاكتئاب في الجدول بحرف D ويُشَار إلى القلق في الجدول بحرف A ، وإن النتائج بالنسبة (للقلق أو الاكتئاب) التي تكون ≤ 11 قد تشير إلى وجود أعراض القلق أو الاكتئاب أما النتائج ما بين 7 أو أقل فإنها تُعتَبر سوية، أما النتائج ما بين 8 و 10 فتشير إلى احتمال وجود أعراض القلق أو الاكتئاب, تمت ترجمته الى اللغة العربية .

الاستبيان

الاسم : العمر :

الجنس : (ذكر / أنثى)

الحالة الاجتماعية : (عازب /متزوج /مطلق /أرمل)

التحصيل الدراسي : (ابتدائي /اعدادي/ ثانوي/ جامعي)

الوضع الاقتصادي :

1-سيء (لا يكفي الاحتياجات الأساسية)

2- متوسط (يكفي الاحتياجات الأساسية)

3-جيد (يكفي الاحتياجات الأساسية وبعض الكماليات)

4- ممتاز (يكفي الاحتياجات الأساسية و الكماليات)

مدة الإصابة بالداء السكري :.....سنة

طريقة المعالجة : (خوافض فموية / أنسولين)

الجدول (1): مقياس الوصمة عند مرضى السكري من النمط الثاني DSAS-2

- لطفاً، أجب عن الأسئلة الآتية بوضع إشارة (√) على المقياس الخماسيّ (أوافق بشدّة، أوافق، غير متأكّد، لا أوافق، لا أوافق بشدّة) تبعاً لِما ينطبق عليك:

الرّقم	السّؤال	مقياس الإجابات				
		أوافق بشدّة	أوافق	غير متأكّد	لا أوافق	لا أوافق بشدّة
1	**يعتقد الآخرين بأنّني لا أستطيع الوفاء بمسؤولياتي لأنني مصاب بالسكري.**					
2	**أُعامل من قبل الآخرين كأنّني مريض، أحياناً.**					
3	**أُعامل من قبل بعض الأشخاص كأنّني أقلّ من الآخرين، أحياناً.**					
4	**أُسْتَبْعَدُ من المناسبات الّتي تنطوي على أطعمة محظورة عليَّ.**					
5	**أعاني من تمييز ضدي في مكان العمل.**					
6	**أُرفض من الآخرين؛ بسبب السكري .**					
7	**يؤنبني الاخرين؛ لأنّي تسببت بالإصابة بالسكري لنفسي.**					
8	**أشعر بالخزيّ بسبب السكري.**					
9	**تُخْتَار أطعمتي من قبل الآخرين من دون رغبتي، أحياناً.**					
10	**يعتقد المتخصصون بالصحة بأنّي لا أجيد العناية بصحّتي.**					
11	**تُصدر أحكام سلبيّة من قبل المتخصّصين في القطاعات الصّحيّة بسبب إصابتي بالنمط الثاني من السكري.**					
12	**هناك وصمة سلبيّة؛ لأنّه مرض متعلق بنوعية الحياة.**					
13	**يفترض الآخرين بأنّني بدين أو كنت بديناً فيما مضى، أحياناً.**					
14	**أشعر بالحرج في المواقف الاجتماعيّة بسبب السكري .**					
15	**أشعر بالخجل؛ لأنّني مصاب بالسكري.**					
16	**ألوم نفسي على إصابتي بالسكري.**					
17	**أشعر بأنّني لست على ما يُرام لأنني مصاب بالسكري .**					
18	**أشعر بالفشل بسبب السكري.**					
19	**أشعر بالذّنب بسبب السكري.**					

(1 = لا أوافق بشدة، 2 = لا أوافق، 3 = غير متأكد، 4 = أوافق، 5 = أوافق بشدة)

الجدول (2) : مقياس HADS للقلق والاكتئاب

- لطفاً، ساعد طبيبك على تعرّف مشاعرك بوضع إشارة (√) لِما يصف حالتك خلال الأسبوع الماضي. لا تحتاج الإجابة عنها إلى استغراق في التّفكير؛ لذا أجب عنها بعفويّة:

3 2 1 0	**شعرت بأنني فاقد للطاقة :** كل الأوقات في كثير من الأحيان في بعض الأوقات إطلاقاً	D		3 2 1 0	**شعرت بتوتر شديد:** أغلب الوقت مرات عدة أحياناً إطلاقاً	A
0 1 2 3	**شعرت بالخوف :** إطلاقاً أحياناً كثيراً في أغلب الأوقات	A		0 1 2 3	**استمتعت بالأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها** بالتأكيد ،كما كنت ليس تماماً قليلاً إطلاقاً	D
3 2 1 0	**فقدت الاهتمام بمظهري :** بالتأكيد فقدت كل الاهتمام لا أهتم بنفس القدر لا أعتني بمظهري كما يجب أعتني بمظهري بشكل جيد كما كنت بالسابق	D		3 2 1 0	**شعرت بالخوف وكأن شيئاً مروعاً على وشك الحدوث** بالتأكيد وبشكل مزعج نعم ،ولكن أقل سوءاً قليلاً ،لكنه لا يقلقني إطلاقاً	A
3 2 1 0	**شعرت بضيق في الصدر دون مجهود جسدي** كثيراً جداً كثيراً ، نوعاً ما قليلاً إطلاقاً	A		0 1 2 3	**أستطيع الضحك ورؤية الجوانب الممتعة في الأشياء** كما كنت سابقاً أقل مما كنت سابقاً ليس كثيراً إطلاقاً	D
0 1 2 3	**تطلعت الى الأشياء حولي باستمتاع :** كما اعتدت نوعاً ما أقل مما اعتدت على فعله بالتأكيد أقل مما اعتدت على فعله إطلاقا	D		3 2 1 0	**راودتني أفكار مقلقة :** كل الأوقات أغلب الأوقات من وقت لاخر ،لكن ليس كثيراً أحياناً	A
3 2 1 0	**شعرت فجأة بالهلع :** كثيراً من الأحيان غالباً ليس كثيراً إطلاقاً	A		3 2 1 0	**شعرت بالسعادة :** إطلاقاً ليس كثيراً أحياناً أغلب الأوقات	D
0 1 2 3	**استمتعت بقراءة كتاب جيد أو مشاهدة التلفاز أو الاستماع الى الإذاعة :** غالباً في بعض الأحيان ليس كثيراً نادراً جداً	D		0 1 2 3	**شعرت بالإسترخاء :** بالتأكيد أحياناً ليس كثيراً إطلاقاً	A

المجموع النهائي: الاكتئاب (D) =Depression القلق (A) =Anxiety

حيث أن: 0-7: سوي 8-10: أعراض حدية 11-21: مرضي .

8.1.3. طريقة الدراسة :

- أخذ موافقة المرضى وفق الموافقة المستنيرة .
- أخذ بيانات كل حالة والتأكد من استيفائها معايير الاشتمال .
- توزيع الاستمارة الخاصة بالبحث وتعبئتها .

9.1.3. التحليل الاحصائي :

تم إجراء الدراسة الإحصائية باستخدام برنامج spss v26

استعرضت الإحصاءات الوصفية للمتغيرات الكمية على شكل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والحد الأدنى والحد الأعلى، وللمتغيرات الكيفية عن طريق النسب المئوية

أجريت الاختبارات الإحصائية الموافقة لكل متغير عند الحاجة لذلك:

لمقارنة المتوسطات الحسابية للمتغيرات الكمية بين فئتين تم اللجوء لاختبار Student T-test للمتغيرات ذات التوزع الطبيعي، ولاختبار Mann-Whitney للمتغيرات ذات التوزع غير الطبيعي

لمقارنة المتوسطات الحسابية للمتغيرات الكمية بين أكثر من فئتين تم اللجوء لاختبار One Way ANOVA للمتغيرات ذات التوزع الطبيعي، ولاختبار Kruskal-Wallis للمتغيرات ذات التوزع غير الطبيعي

تم اعتبار قيم p-value الأقل من 0.05 ذات أهمية إحصائية

10.1.3. الاعتبارات الأخلاقية :

- أخذت الموافقات اللازمة من المجالس المختصة ومن مديري مشفيي الأسد والمواساة الجامعيين .
- أخذت موافقة المرضى على الدخول في الدراسة , بعد إعلامهم بالمعلومات الضرورية جميعها , والإجابة عن تساؤلاتهم بوضوح , وإعلامهم أنه لن يترتب عليهم أي تكاليف ,

وأن المعلومات الشخصية ستبقى سرية تماماً , وذلك عبر موافقة مستنيرة من قبلهم ومن قبل الباحث .

نعرض فيما يأتي نموذجاً للموافقة المستنيرة التي استخدمت في البحث :

الموافقة المستنيرة Informed consent :

نحن بصدد إجراء بحث علمي عن (انتشار الوصمة من الداء السكري من النمط الثاني، وعلاقتها بالقلق والاكتئاب) في مستشفيي المواساة والأسد الجامعيين بدمشق.

بناءً على ذلك ندعوكم للمشاركة في هذا البحث، ولكم مطلق الحرية في قبول أو رفض ذلك.

لكن قبل اتخاذ قراركم نرجو منكم قراءة المعلومات التالية:

- ✓ سيتم الإطلاع على معلومات من ملفكم الطبي من قبل الأطباء والباحثين المشاركين في هذه الدراسة وذلك بعلم إدارة المشفى.
- ✓ لن يتم نشر أية معلومات متعلقة بكم ذات طابع شخصي.
- ✓ في حال الموافقة على الدخول في الدراسة سيتم متابعة حالتكم واستخدام المعلومات الموجودة في الملف الطبي ضمن الدراسة أو سؤالكم عن بعض المعلومات إن لم تكون واردة في الملف.
- ✓ إن عدم الموافقة على الدخول في الدراسة لن يؤثر على تدبير المرض خلال إقامتكم في المشفى، وسيتم اعتماد الخطة العلاجية المتبعة تقليدياً في المشفى.

___لقد قرأت المعلومات الواردة أعلاه وكانت لدي الفرصة لأطرح الأسئلة وحصلت على إجابات مقنعة، لذلك أعلن موافقتي على الدخول في الدراسة.

اسم المشترك وتوقيعه : **اسم الطبيب وتوقيعه:**

2.3. نتائج البحث والتحليل الإحصائي :

1.2.3. الإحصاء الوصفي

أولاً : الإحصاء الوصفي للمعلومات الديموغرافية

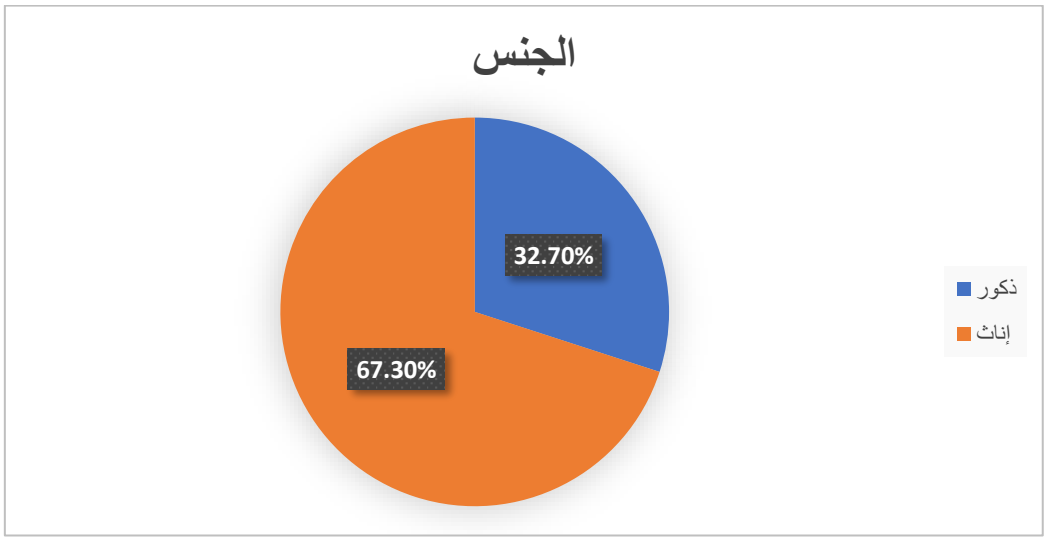
شارك في البحث 260 مشارك ممن يحققون معايير القبول في الدراسة وفيما يلي الخصائص الديموغرافية لهم:

- توزع العينات حسب الجنس:

يُبين الجدول (3) والشكل (1) أن نسبة المشاركات الإناث في البحث 67.3% أكثر من الذكور 32.7%.

الجدول3 : التكرار والنسبة المئوية لمتغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	85	32.7
أنثى	175	67.3
المجموع	260	100.0



الشكل 1: النسبة المئوية لمتغير الجنس لمجموعة المشاركين في البحث.

- توزع العينات حسب العمر:

يُبين الجدول (4) أن متوسط عمر المشاركين في البحث 58 سنة، وكان أقل عمر 40 سنة وأكبر عمر 76 سنة.

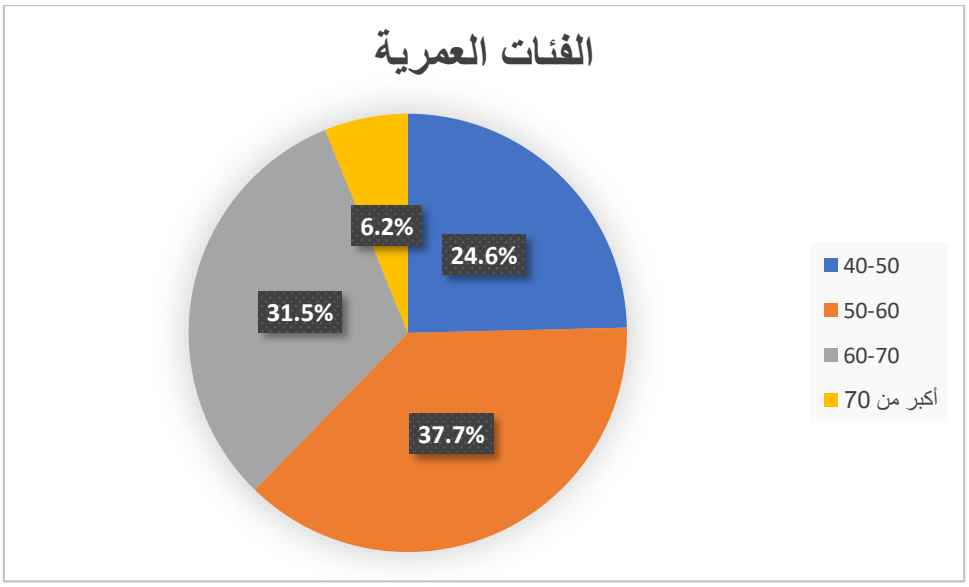
الجدول 4 : الإحصاء الوصفي لمتغير العمر.

	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	أصغر قيمة	أكبر قيمة
العمر	260	58	9	40	76

بينما يبين الجدول (5) والشكل (2) أن الفئة العمرية الأشيع في مجموعة البحث هي بين 50-60 سنة بنسبة 37.7%، وأقل فئة عمرية شيوعاً هي أكبر من 70 سنة بنسبة 6.2%.

الجدول 5 : التكرار والنسب المئوية للفئات العمرية لمجموعة المشاركين في البحث.

الفئات العمرية [سنة]	العدد	النسبة المئوية
40-50	64	24.6
50-60	98	37.7
60-70	82	31.5
أكبر من 70	16	6.2
العدد الكلي	260	100.0



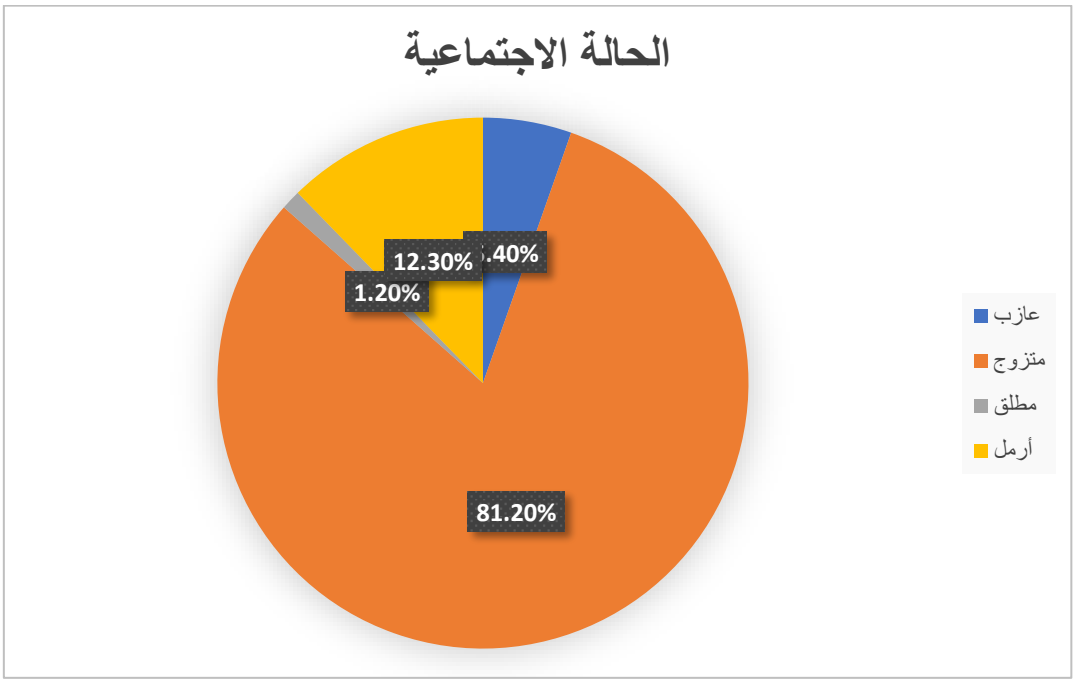
الشكل 2: النسبة المئوية للفئات العمرية لمجموعة المشاركين في البحث.

- توزع المرضى حسب الحالة الاجتماعية:

يظهر الجدول (6) والشكل(3) أن النسبة المئوية للحالة الاجتماعية المتزوج هي الأشيع لدى مجموعة المشاركين في البحث بنسبة 81.2%، والمطلق هي الأقل شيوعاً بنسبة 1.2%

الجدول 6 : التكرار والنسب المئوية للحالة الاجتماعية لدى مجموعة المشاركين في البحث.

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
عازب	14	5.4
متزوج	211	81.2
مطلق	3	1.2
أرمل	32	12.3
المجموع	260	100.0



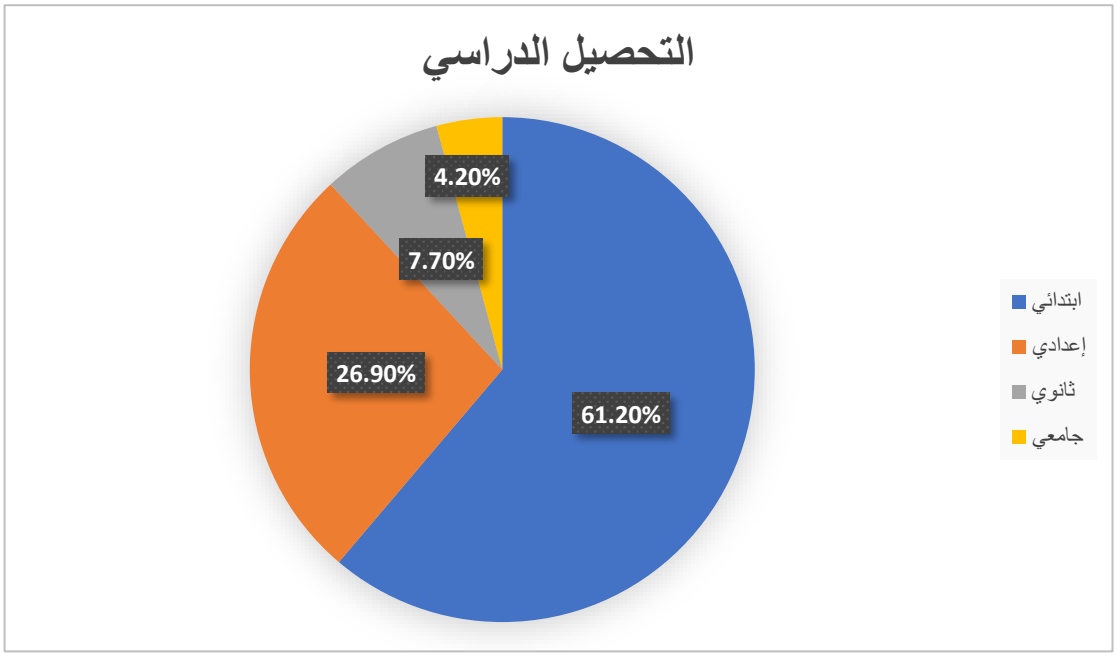
الشكل 3: النسب المئوية لفئات متغير الحالة الاجتماعية

- توزع المرضى حسب التحصيل الدراسي:

تعد فئة التحصيل الدراسي الابتدائي هي الأشيع بين مجموعة المشاركين في البحث بنسبة 61.2%، وأقل فئة شيوعاً هي الجامعي 4.2%.

الجدول 7 : التكرار والنسب المئوية للفئات لمتغير التحصيل الدراسي.

التحصيل الدراسي	التكرار	النسبة المئوية
ابتدائي	159	61.2
اعدادي	70	26.9
ثانوي	20	7.7
جامعي	11	4.2
المجموع	260	100.0



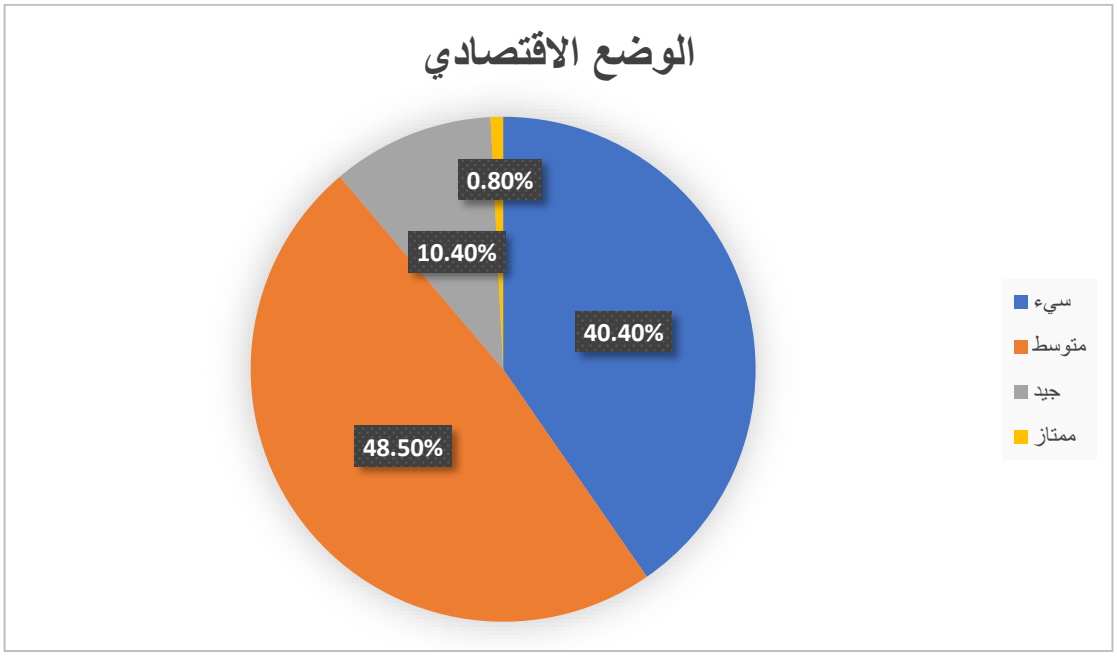
الشكل 4 : النسبة المئوية لمستوى التحصيل الدراسي لدى المشاركين في البحث.

- توزع المرضى حسب الوضع الاقتصادي

يُبين الجدول (8) والشكل (5) أن الوضع الاقتصادي المتوسط هو الأشيع بين مجموعة المشاركين في البحث بنسبة 48.5%، يليه الوضع الاقتصادي السيئ بنسبة 40.4%، أما الوضع الاقتصادي الأقل شيوعاً فهو الوضع ممتاز بنسبة 0.8%.

الجدول 8 : التكرار والنسب المئوية للوضع الاقتصادي لمجموعة المشاركين في البحث.

الوضع الاقتصادي	التكرار	النسبة المئوية
سيء	105	40.4
متوسط	126	48.5
جيد	27	10.4
ممتاز	2	0.8
المجموع	260	100.0



الشكل 5: النسبة المئوية للوضع الاقتصادي للمشاركين في البحث.

- توزع المرضى حسب مدة الإصابة:

يُبين الجدول (9) أن متوسط مدة الإصابة لدى المشاركين في البحث 10 سنوات وأن أقل مدة إصابة هي سنة واحدة وأكبر مدة إصابة هي 35 سنة.

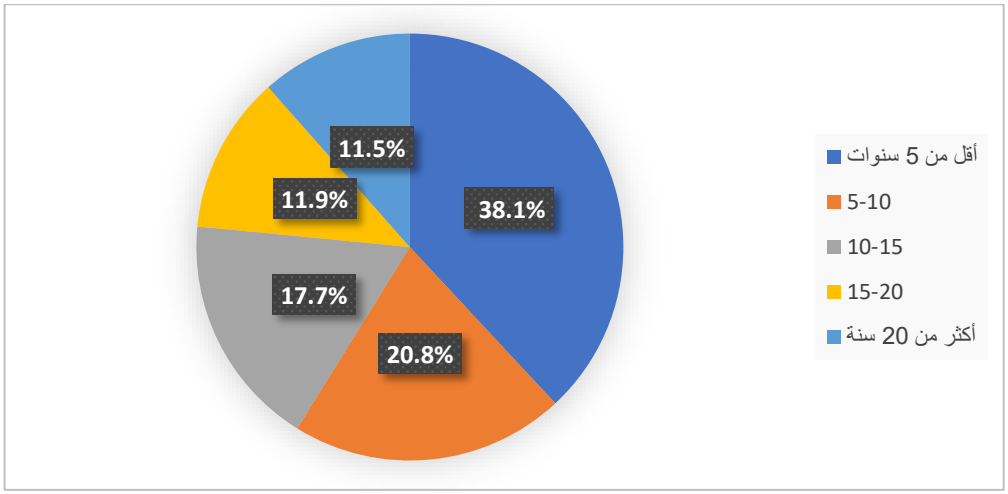
الجدول 9 : الإحصاء الوصفي لمتغير مدة الإصابة

المتغير	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	أصغر قيمة	أكبر قيمة
مدة الإصابة [سنة]	260	10	8	1	35

تعد فئة مدة الإصابة أقل من 5 سنوات هي الأشيع بين المشاركين في البحث بنسبة 38.1%، بينما مدة الإصابة الأكثر من 20 سنة هي الأقل شيوعاً بين مجموعة المشاركين في البحث بنسبة 11.5 كما هو مبين في الجدول (10).

الجدول 10 : التكرار والنسبة المئوية لمتغير مدة الإصابة.

مدة الإصابة	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 5 سنوات	99	38.1
5-10	54	20.8
10-15	46	17.7
15-20	31	11.9
أكثر من 20 سنة	30	11.5
المجموع	260	100.0



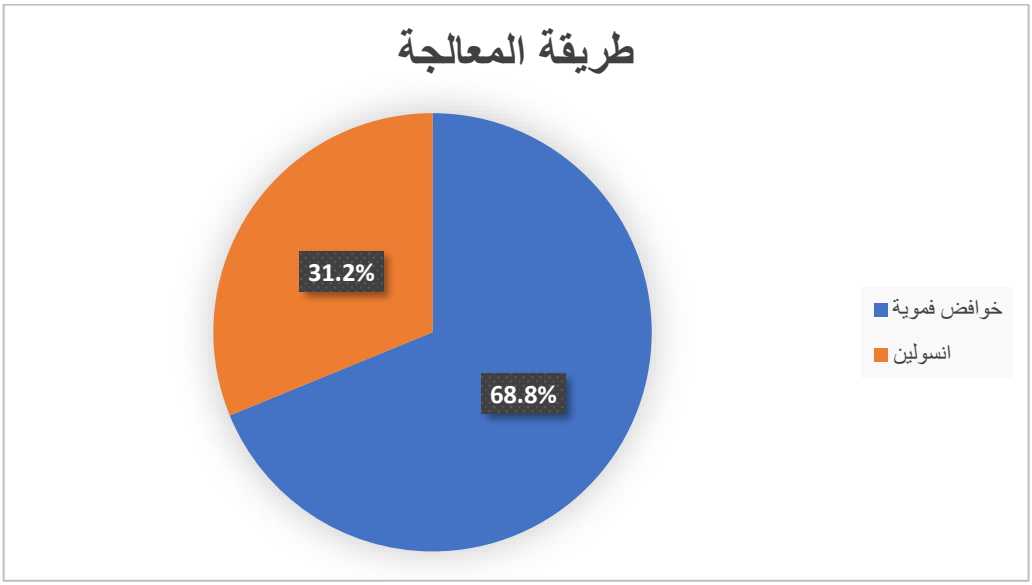
الشكل 6: النسبة المئوية لمدة الإصابة لدى المشاركين في البحث.

- توزع المرضى حسب طريقة المعالجة:

يُبين الجدول (11) أن استخدام طريقة المعالجة بالخوافض الفموية هي الأشيع بين المشاركين في البحث بنسبة 68.8% مقارنة بالمعالجة بالأنسولين 31.2%.

الجدول 11 : التكرار والنسب المئوية لطريقة المعالجة المستخدمة.

طريقة المعالجة	التكرار	النسبة المئوية
خوافض فموية	179	68.8
انسولين	81	31.2
المجموع	260	100.0



الشكل 7: النسبة المئوية لطرائق المعالجة المستخدمة من مجموعة المشاركين في البحث.

ثانياً: مقياس الوصمة DSAS-2:

يظهر الجدول (12) النسب المئوية والتكرار بالإضافة إلى متوسط الدرجة الكلية لكل بند من مقياس الوصمة DSAS-2 ، إذ تراوحت النسبة المئوية لمتوسط كل بند بين 41% (لا أوافق) لأرفض من قبل الأخرين بسبب السكري و63% (غير متأكد) لبند "تُخْتَار أطعمتي من قبل الآخرين من دون رغبتي، أحياناً".

الجدول 12 : التكرار والنسب المئوية لمقياس الوصمة DSAS -2 .

البند	لا أوافق بشدة		لا أوافق		غير متأكد		أوافق		أوافق بشدة		العدد الكلي	
	N	N %	N	N %	N	N %	N	N %	N	N %	المتوسط	%متوسط
يعتقد الآخرين بأنّني لا أستطيع الوفاء بمسؤولياتي لأنني مصاب بالسكري.	41	15.77	117	45.0	35	13.5	58	22.3	9	3.5	2.53	51
أعامل من قبل الآخرين كأنّني مريض، أحياناً.	33	12.69	99	38.1	29	11.2	89	34.2	10	3.8	2.78	56
أعامل من قبل بعض الأشخاص كأنّني أقلّ من الآخرين، أحياناً.	33	12.69	139	53.5	36	13.8	44	16.9	8	3.1	2.44	49
أَسْتَبْعَدُ من المناسبات الّتي تنطوي على أطعمة محظورة عليَّ.	15	5.77	138	53.1	58	22.3	36	13.8	13	5.0	2.59	52
أعاني من تمييز ضدي في مكان العمل.	41	15.77	175	67.3	26	10.0	11	4.2	7	2.7	2.11	42
أرفض من الآخرين؛ بسبب السكري.	58	22.31	155	59.6	32	12.3	12	4.6	3	1.2	2.03	41
يؤنبني الاخرين؛ لأنّي تسببت بالإصابة بالسكري لنفسي.	59	22.69	147	56.5	30	11.5	19	7.3	5	1.9	2.09	42
أشعر بالخزيّ بسبب السكري.	55	21.15	159	61.2	23	8.8	17	6.5	6	2.3	2.08	42
تُخْتَار أطعمتي من قبل الآخرين من دون رغبتي، أحياناً.	18	6.92	78	30.0	20	7.7	135	51.9	9	3.5	3.15	63
يعتقد المتخصصون بالصحة بأنّي لا أجيد العناية بصحّتي.	16	6.15	117	45.0	40	15.4	75	28.8	12	4.6	2.81	56
تُصدر أحكام سلبيّة من قبل المتخصّصين في القطاعات الصّحيّة بسبب إصابتي بالنمط الثاني من السكري.	22	8.46	138	53.1	43	16.5	52	20.0	5	1.9	2.54	51
هناك وصمة سلبيّة؛ لأنّه مرض متعلق بنوعية الحياة.	14	5.38	156	60.0	37	14.2	44	16.9	9	3.5	2.53	51
يفترض الآخرين بأنّني بدين أو كنت بديناً فيما مضى، أحياناً.	23	8.85	142	54.6	36	13.8	51	19.6	8	3.1	2.53	51
أشعر بالحرج في المواقف الاجتماعيّة بسبب السكري.	25	9.62	146	56.2	27	10.4	55	21.2	7	2.7	2.51	50
أشعر بالخجل؛ لأنّني مصاب بالسكري.	40	15.38	169	65.0	25	9.6	20	7.7	6	2.3	2.17	43
ألوم نفسي على إصابتي بالسكري.	46	17.69	159	61.2	26	10.0	20	7.7	9	3.5	2.18	44
أشعر بأنّني لست على ما يُرام لأنني مصاب بالسكري.	16	6.15	88	33.8	33	12.7	108	41.5	15	5.8	3.07	61
أشعر بالفشل بسبب السكري.	30	11.54	175	67.3	37	14.2	14	5.4	4	1.5	2.18	44
أشعر بالذّنب بسبب السكري.	41	15.77	170	65.4	33	12.7	7	2.7	9	3.5	2.13	43

يُبين الجدول (13) الإحصاء الوصفي لدرجة المقياس الكلية لدى المشاركين في البحث والمقاييس الفرعية، إذ كانت أصغر درجة 20 وأعلى درجة 89 وكان المتوسط 46.45 والانحراف المعياري 9.21.

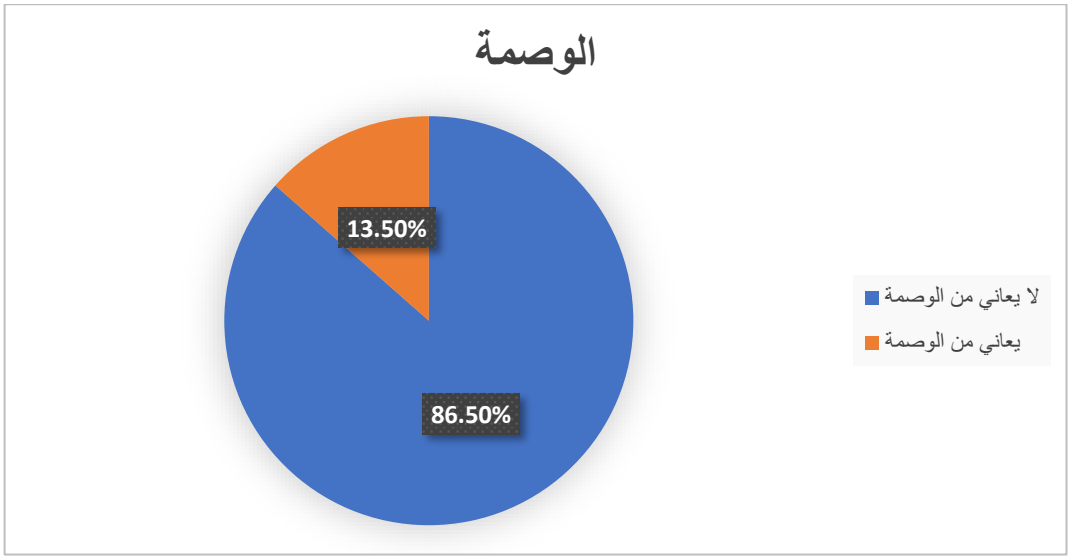
الجدول 13 : الإحصاء الوصفي للدرجة الكلية لمقياس الوصمة

الوصمة	الدرجة الكلية	المتوسط	الانحراف المعياري	أصغر درجة	أعلى درجة
معاملة مختلفة	30	14.48	4.07	6	30
لوم وتحكم	35	17.73	4.03	7	35
وصمة ذاتية	30	14.23	3.39	6	30
مقياس الوصمة الكلي	95	46.45	9.21	20	89

اعتبر أي مشارك لديه درجة كلية على المقياس أعلى من المتوسط + مقدار واحد من الانحراف المعياري لديه وصمة أي عندما تكون درجته حسب المقياس أكبر من 55.65، وعليه تكون نسبة الحالات التي لديها احتمالية وصمة هي 13.5% كما في الجدول (14) والشكل (8).

الجدول 14 : التكرار والنسب المئوية لاحتمالية المعاناة من وصمة.

هل هناك احتمالية للمعاناة من وصمة	التكرار	النسبة المئوية
لا	225	86.5
نعم	35	13.5
العدد الكلي	260	100.0

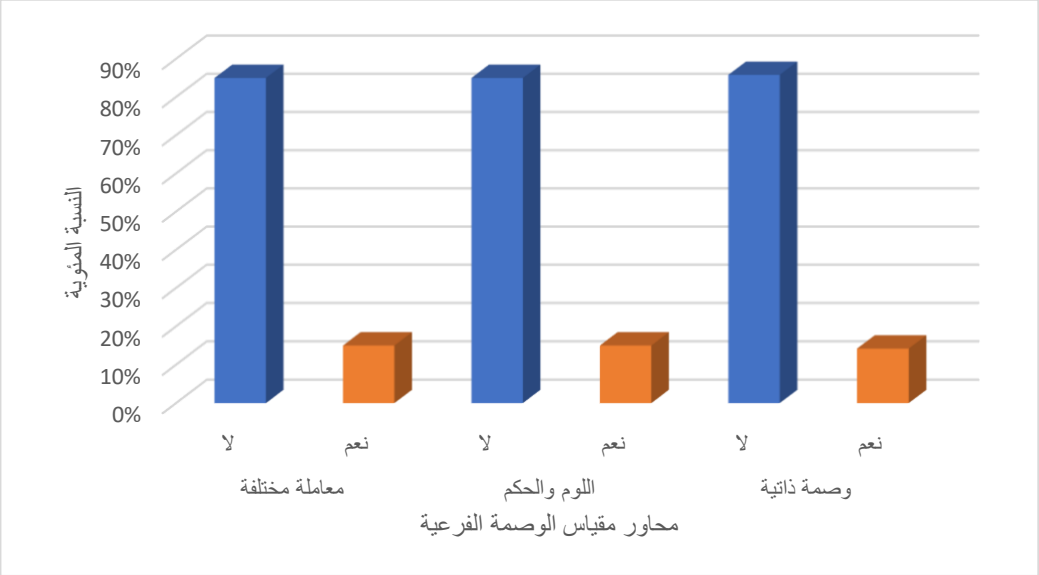


الشكل 8 : النسبة المئوية لانتشار الوصمة.

أما نسبة من يشعرون بمعاملة مختلفة من مجموعة المشاركين فهي 15% ونسبة الوصمة الذاتية 14.2% ونسبة الشعور باللوم والحكم فهي 15%.

الجدول 15 : التكرار والنسب المئوية للمحاور مقياس الوصمة الفرعية.

المتغير		التكرار	النسبة المئوية
معاملة مختلفة	لا	221	85.0%
	نعم	39	15.0%
	العدد الكلي	260	100.0%
اللوم والحكم	لا	221	85.0%
	نعم	39	15.0%
	العدد الكلي	260	100.0%
وصمة ذاتية	لا	223	85.8%
	نعم	37	14.2%
	العدد الكلي	260	100.0%



الشكل 9 : النسبة المئوية لمحاور مقياس الوصمة الفرعية.

ثالثاً: مقياس أعراض القلق والاكتئاب

يظهر الجدول (16) النسب المئوية والتكرار لمقياس أعراض القلق، إذ كان 41.5% من المشاركين يشعرون أحياناً بتوتر شديد، و48.5% شعروا قليلا بالخوف وكأن شيئاً مروعاً على وشك الحدوث لكن بدون قلق، بينما شعر بالخوف 55.4%، لكن تراود الأفكار المقلقة 41.9% من حين لأخر لكن ليس كثيراً، ويشعر 46.5% بالاسترخاء أحياناً، وقليلاً كانت النسبة الأشيع

للشعور بضيق في الصدر بدون مجهود جسدي بنسبة 49.6%، أما النسبة الشائعة للشعور بالهلع فجأة فهي "ليس كثيراً" بنسبة 48.1%.

الجدول16 : التكرار والنسب المئوية لمقياس أعراض القلق

مقياس القلق		عدد	النسبة المئوية
شعرت بتوتر شديد	إطلاقاً	19	7.3%
	أحياناً	108	41.5%
	مرات عدة	87	33.5%
	أغلب الوقت	46	17.7%
	العدد الكلي	260	100.0%
شعرت بالخوف وكأن شيئا مروعا على وشك الحدوث	إطلاقاً	32	12.3%
	قليلاً، لكنه لا يقلقني	126	48.5%
	نعم، ولكن أقل سوءاً	70	26.9%
	بالتأكيد وبشكل مزعج	32	12.3%
	العدد الكلي	260	100.0%
راودتني أفكار مقلقة	أحياناً	50	19.2%
	من وقت لأخر، لكن ليس كثيراً	109	41.9%
	أغلب الأوقات	86	33.1%
	كل الأوقات	15	5.8%
	العدد الكلي	260	100.0%
شعرت بالاسترخاء	بالتأكيد	35	13.5%
	أحياناً	121	46.5%
	ليس كثيراً	90	34.6%
	إطلاقاً	14	5.4%
	العدد الكلي	260	100.0%
شعرت بالخوف	إطلاقاً	44	16.9%
	أحياناً	144	55.4%
	كثيراً	35	13.5%
	في أغلب الأوقات	37	14.2%
	العدد الكلي	260	100.0%
شعرت بضيق في الصدر بدون مجهود جسدي	إطلاقاً	16	6.2%
	قليلاً	129	49.6%
	كثيراً، نوعاً ما	77	29.6%
	كثيراً جداً	38	14.6%
	العدد الكلي	260	100.0%
شعرت فجأة بالهلع	إطلاقاً	31	11.9%
	ليس كثيراً	125	48.1%
	غالباً	71	27.3%
	كثيراً من الأحيان	33	12.7%
	العدد الكلي	260	100.0%

يظهر الجدول (17) النسب المئوية والتكرارات لمقياس أعراض الاكتئاب لدى المشاركين في البحث، إذ كانت النسبة الأشيع للاستماع بالأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها "ليس تماماً" بنسبة

40%، وكانت النسبة الأشيع لأستطيع الضحك ورؤية الجوانب الممتعة في الأشياء هي "أقل مما كنت سابقاً" بنسبة 40.4%، و"أحياناً" هي النسبة الأشيع للشعور بالسعادة بنسبة 43.1%، أما الشعور بفقدان الطاقة فكانت النسبة الأشيع هي "في بعض الأوقات" بنسبة 45.4%، أما بالنسبة لفقدان الاهتمام بالمظهر فكانت الإجابة الأشيع "لا أهتم بنفس القدر" بنسبة 34.2%، وكانت الإجابة الأشيع لسؤال "تطلعت الى الاشياء حولي باستمتاع" هي " نوعاً ما أقل مما اعتدت على فعله" بنسبة 36.9%، بينما بالنسبة لسؤال " استمتعت بقراءة كتاب جيد او مشاهدة التلفاز او الاستمتاع الى الإذاعة" فكان هناك نسبة متساوية تعادل 30% لإجابتين هما " في بعض الأحيان" و" نادراً جداً".

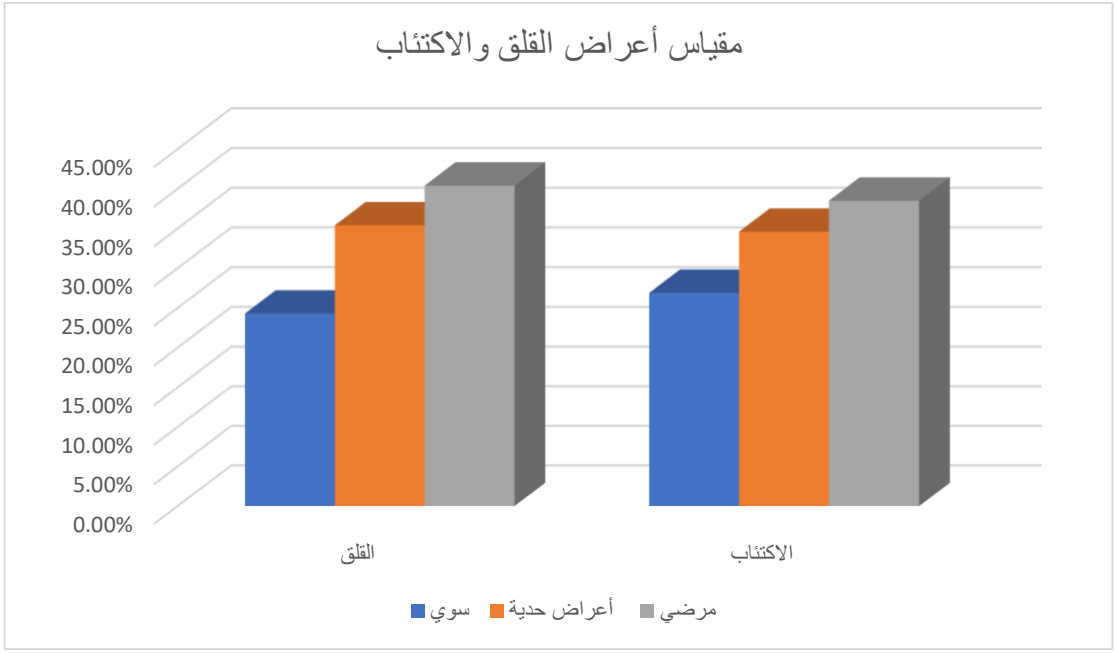
الجدول 2: التكرار والنسب المئوية لمقياس أعراض الاكتئاب.

مقياس الاكتئاب		عدد	النسبة المئوية
استمتعت بالأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها	بالتأكيد، كما كنت	43	16.5%
	ليس تماماً	104	40.0%
	قليلاً	99	38.1%
	إطلاقاً	14	5.4%
	العدد الكلي	260	100.0%
أستطيع الضحك ورؤية الجوانب الممتعة في الاشياء	كما كنت سابقاً	49	18.8%
	أقل مما كنت سابقاً	105	40.4%
	ليس كثيراً	94	36.2%
	إطلاقاً	12	4.6%
	العدد الكلي	260	100.0%
شعرت بالسعادة	أغلب الأوقات	56	21.5%
	أحياناً	112	43.1%
	ليس كثيراً	82	31.5%
	إطلاقاً	10	3.8%
	العدد الكلي	260	100.0%
شعرت بأنني فاقد للطاقة	إطلاقاً	18	6.9%
	في بعض الأوقات	118	45.4%
	في كثير من الأحيان	91	35.0%
	كل الأوقات	33	12.7%
	العدد الكلي	260	100.0%
فقدت الاهتمام بمظهري	أعتني بمظهري بشكل جيد كما كنت بالسابق	82	31.5%
	لا أعتني بمظهري كما يجب	74	28.5%
	لا أهتم بنفس القدر	89	34.2%
	بالتأكيد فقدت كل الاهتمام	15	5.8%
	العدد الكلي	260	100.0%
تطلعت الى الاشياء حولي باستمتاع	كما اعتدت	64	24.6%
	نوعاً ما أقل مما اعتدت على فعله	96	36.9%
	بالتأكيد أقل مما اعتدت على فعله	77	29.6%
	إطلاقا	23	8.8%
	العدد الكلي	260	100.0%
استمتعت بقراءة كتاب جيد او مشاهدة التلفاز او الاستمتاع الى الاذاعة	غالباً	39	15.0%
	في بعض الأحيان	78	30.0%
	ليس كثيراً	65	25.0%
	نادراً جداً	78	30.0%
	العدد الكلي	260	100.0%

يُبين الجدول (18) والشكل (10) أن النسبة الأشيع لمقياس أعراض القلق هي المرضي بنسبة 40.4% وأقل نسبة لمقياس أعراض القلق هي 25% للسوي، أما بالنسبة لمقياس أعراض الاكتئاب فالنسبة الأشيع للمرضي بنسبة 38.5% والنسبة الأقل لمقياس أعراض الاكتئاب السوي 26.9%.

الجدول 18 : التكرار والنسب المئوية للدرجة الكلية لمقياس القلق و الاكتئاب وفقاً لفئات: طبيعي وغير طبيعي حدي وغير طبيعي

المقياس	سوي		أعراض حدية		مرضي	
	N	N %	N	N %	N	N %
مقياس أعراض القلق	63	24.3%	92	35.4%	105	40.4%
مقياس أعراض الاكتئاب	70	26.9%	90	34.6%	100	38.5%



الشكل 10: النسب المئوية لأعراض القلق والاكتئاب لدى المشاركين في البحث.

2.2.3. الإحصاء الاستدلالي:

- علاقة الوصمة مع العمر

كان متوسط مقياس الوصمة عند الأعمار الأكبر من 50 سنة (46.64) أكبر منه عند الأعمار الأصغر أو يساوي 50 سنة (45.84)

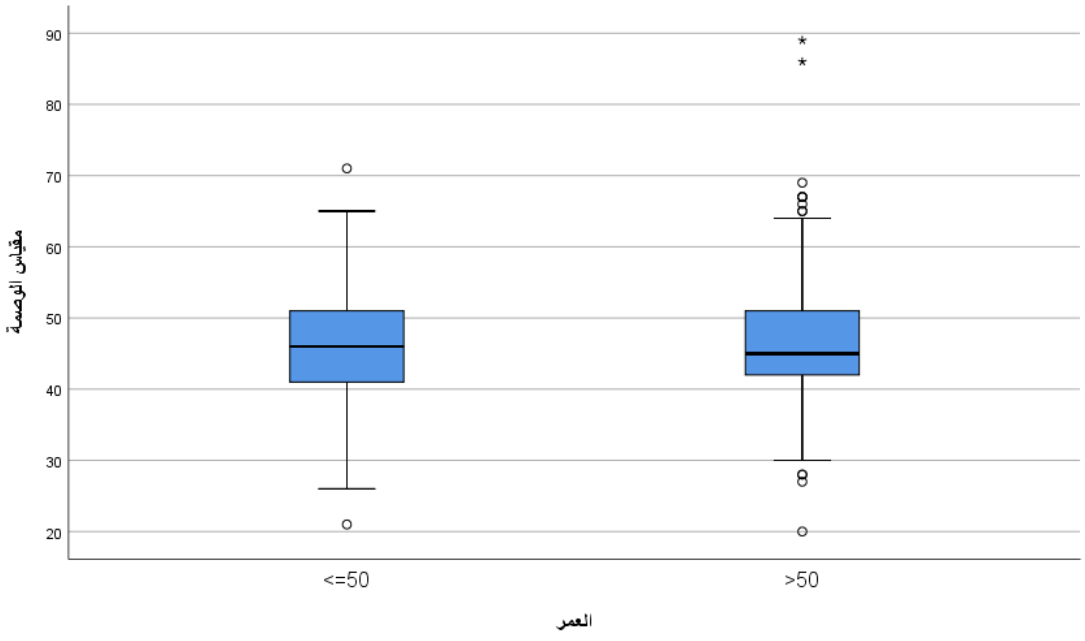
الجدول 19 : علاقة الوصمة مع العمر.

المتغير		الوصمة					p-value
		عدد	متوسط	انحراف معياري	أصغر قيمة	أكبر قيمة	
العمر	≤50	64	45.84	9.17	21	71	0.982
	>50	196	46.64	9.24	20	89	

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Mann–Whitney Test :

$$p\text{–value}=0.982>0.05$$

وبالتالي لا يوجد فارق هام إحصائياً في مقياس الوصمة حسب العمر، أي لا يوجد علاقة هامة بين العمر والوصمة.



الشكل 11 : علاقة الوصمة مع العمر.

- علاقة الوصمة مع الجنس

كان متوسط مقياس الوصمة عند الذكور (46.65) أكبر منه عند الإناث (46.35)

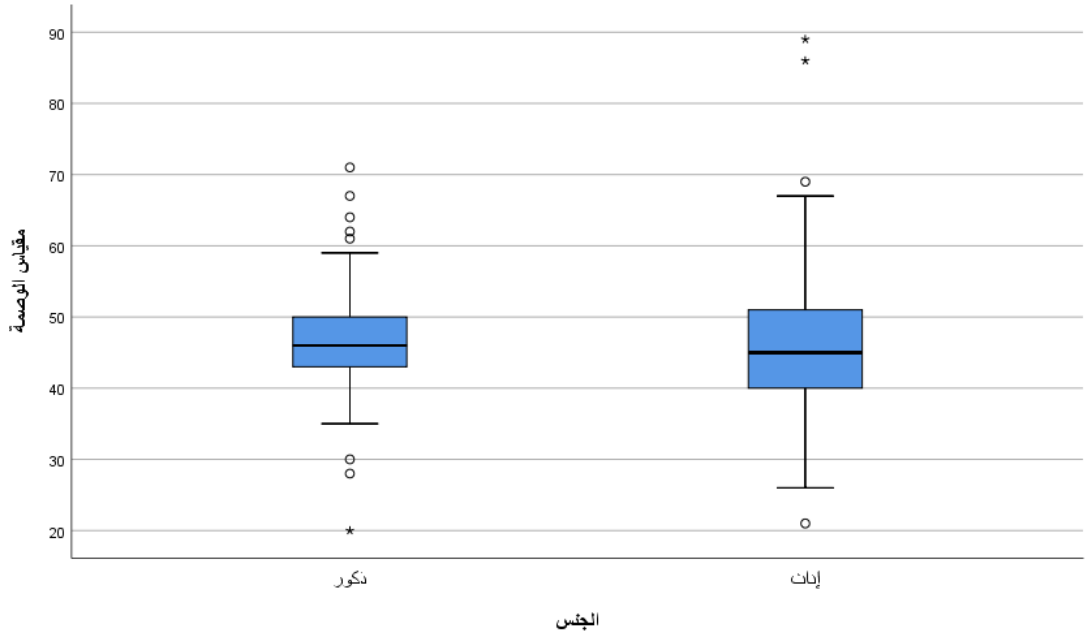
الجدول 20 : علاقة الوصمة مع الجنس.

المتغير		الوصمة					p-value
		عدد	متوسط	انحراف معياري	أصغر قيمة	أكبر قيمة	
الجنس	ذكور	85	46.65	7.81	20	71	0.527
	إناث	175	46.35	9.83	21	89	

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Mann-Whitney Test :

p-value=0.527>0.05

وبالتالي لا يوجد فارق هام إحصائياً في مقياس الوصمة حسب الجنس، أي لا يوجد علاقة هامة بين الجنس والوصمة.



الشكل 12: علاقة الوصمة مع الجنس.

- علاقة الوصمة مع الحالة الاجتماعية

كان متوسط مقياس الوصمة أكبر عند المتزوجين (46.75) يليه العازبين (46.71) ثم الأرامل (44.91) ثم المطلقين (40.00)

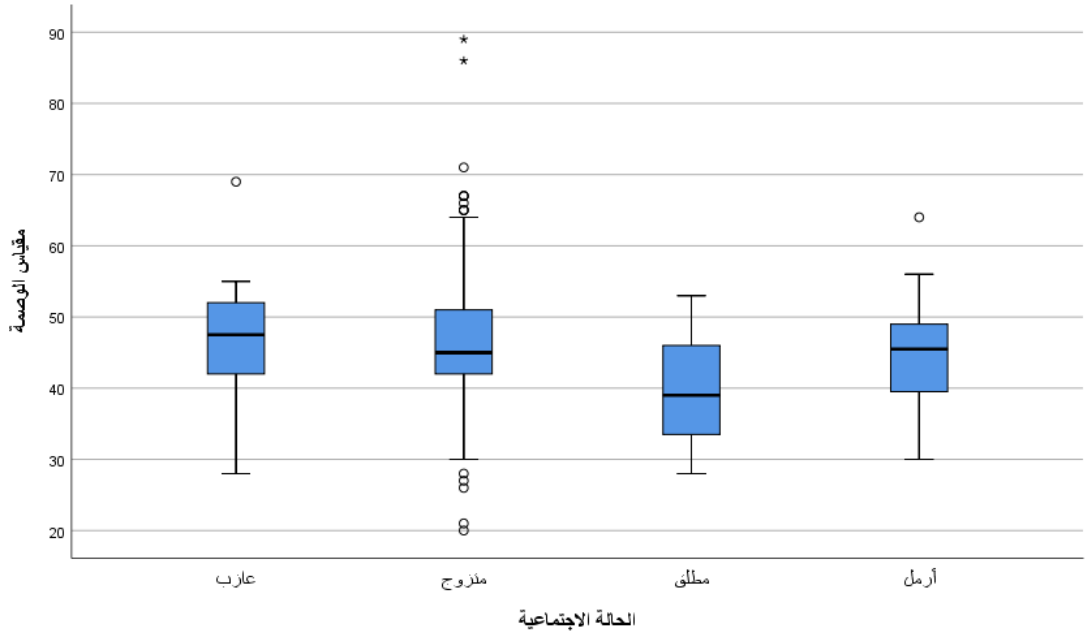
الجدول 21 : علاقة الوصمة مع الحالة الاجتماعية.

المتغير		الوصمة					p-value
		عدد	متوسط	انحراف معياري	أصغر قيمة	أكبر قيمة	
الحالة الاجتماعية	عازب	14	46.71	10.03	28	69	0.701
	متزوج	211	46.75	9.34	20	89	
	مطلق	3	40.00	12.53	28	53	
	أرمل	32	44.91	7.61	30	64	

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Kruskal–Wallis Test :

$$p-value=0.701>0.05$$

وبالتالي لا يوجد فارق هام إحصائياً في مقياس الوصمة حسب الحالة الاجتماعية، أي لا يوجد علاقة هامة بين الحالة الاجتماعية والوصمة.



الشكل 13: علاقة الوصمة مع الحالة الاجتماعية.

- علاقة الوصمة مع التحصيل الدراسي

كان متوسط مقياس الوصمة عند التحصيل الدراسي المتدني (ابتدائي أو إعدادي) (46.87) أكبر منه عند المرتفع (ثانوي أو جامعي) (43.29)

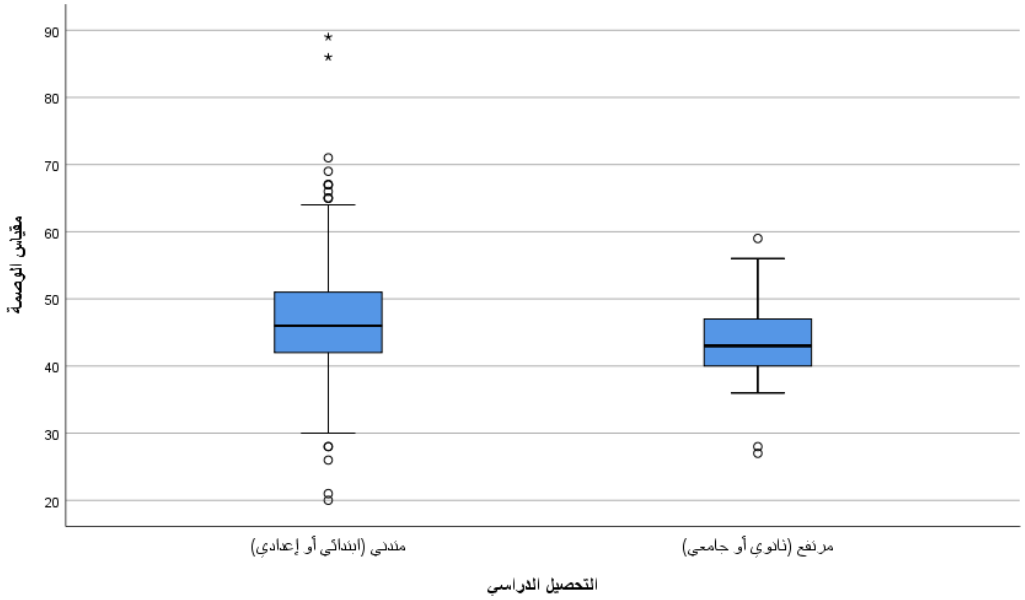
الجدول 22 : علاقة الوصمة مع التحصيل الدراسي.

المتغير		الوصمة					p-value
		عدد	متوسط	انحراف معياري	أصغر قيمة	أكبر قيمة	
التحصيل الدراسي	متدني (ابتدائي أو إعدادي)	229	46.87	9.41	20	89	0.023
	مرتفع (ثانوي أو جامعي)	31	43.29	6.91	27	59	

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Mann–Whitney Test :

$$p\text{–value}=0.023<0.05$$

وبالتالي يوجد فارق هام إحصائياً في مقياس الوصمة حسب التحصيل الدراسي، أي يوجد علاقة هامة بين التحصيل الدراسي والوصمة، حيث يزداد مقياس الوصمة في التحصيل الدراسي المتدني



الشكل 14: علاقة الوصمة مع التحصيل الدراسي.

- علاقة الوصمة مع المستوى الاقتصادي

كان متوسط مقياس الوصمة أكبر عند الوضع الاقتصادي الجيد (49.00) ثم السيء (47.94) ثم المتوسط (44.61)

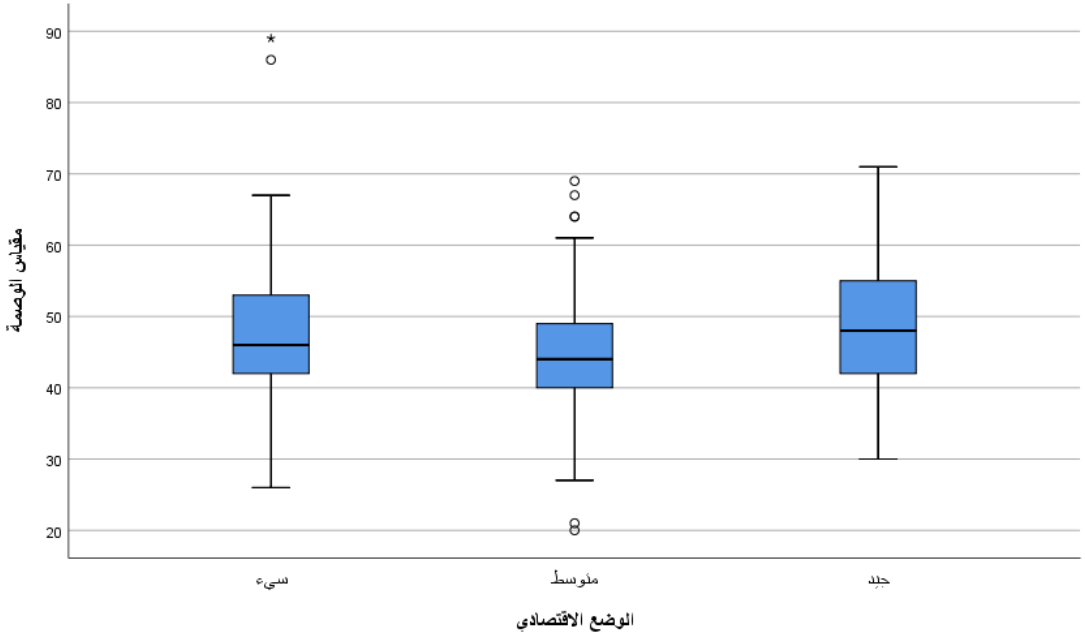
الجدول 23 : علاقة الوصمة مع المستوى الاقتصادي.

المتغير		الوصمة					p-value
		عدد	متوسط	انحراف معياري	أصغر قيمة	أكبر قيمة	
الوضع الاقتصادي	سيء	105	47.94	9.81	26	89	0.016
	متوسط	126	44.61	8.22	20	69	
	جيد	29	49.00	9.74	30	71	

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Kruskal–Wallis Test :

$$p\text{–value}=0.016<0.05$$

وبالتالي يوجد فارق هام إحصائياً في مقياس الوصمة حسب الوضع الاقتصادي، أي يوجد علاقة هامة بين الوضع الاقتصادي والوصمة، حيث يكون مقياس الوصمة كبيراً في كل من الوضع الاقتصادي الجيد والسيء ومنخفضاً في الوضع الاقتصادي المتوسط



الشكل 15 :علاقة الوصمة مع الوضع الاقتصادي.

- علاقة الوصمة مع مدة الإصابة

كان متوسط مقياس الوصمة عند مدة الإصابة الطويلة الأكبر من 5 سنوات (47.30) أكبر منه عند مدة الإصابة الأصغر من 5 سنوات (45.06)

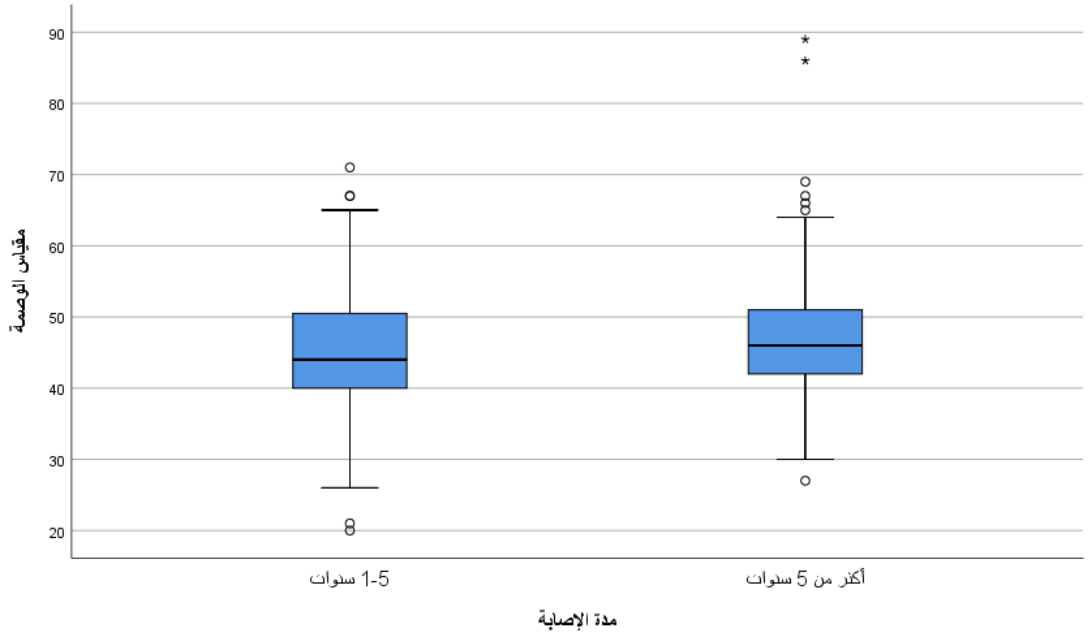
الجدول 24 : علاقة الوصمة مع مدة الاصابة.

المتغير		الوصمة					p-value
		عدد	متوسط	انحراف معياري	أصغر قيمة	أكبر قيمة	
مدة الإصابة (بالسنوات)	1-5	99	45.06	9.51	20	71	0.07
	>5	161	47.30	8.94	27	89	

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Mann–Whitney Test :

$$p\text{–value}=0.07>0.05$$

وبالتالي لا يوجد فارق هام إحصائياً في مقياس الوصمة حسب مدة الإصابة، أي لا يوجد علاقة هامة بين مدة الإصابة والوصمة.



الشكل 16 :علاقة الوصمة مع مدة الاصابة.

- علاقة الوصمة مع طريقة المعالجة

كان متوسط مقياس الوصمة عند المعالجة بالإنسولين (47.06) أكبر منه عند المعالجة بالخوافض الفموية (46.17)

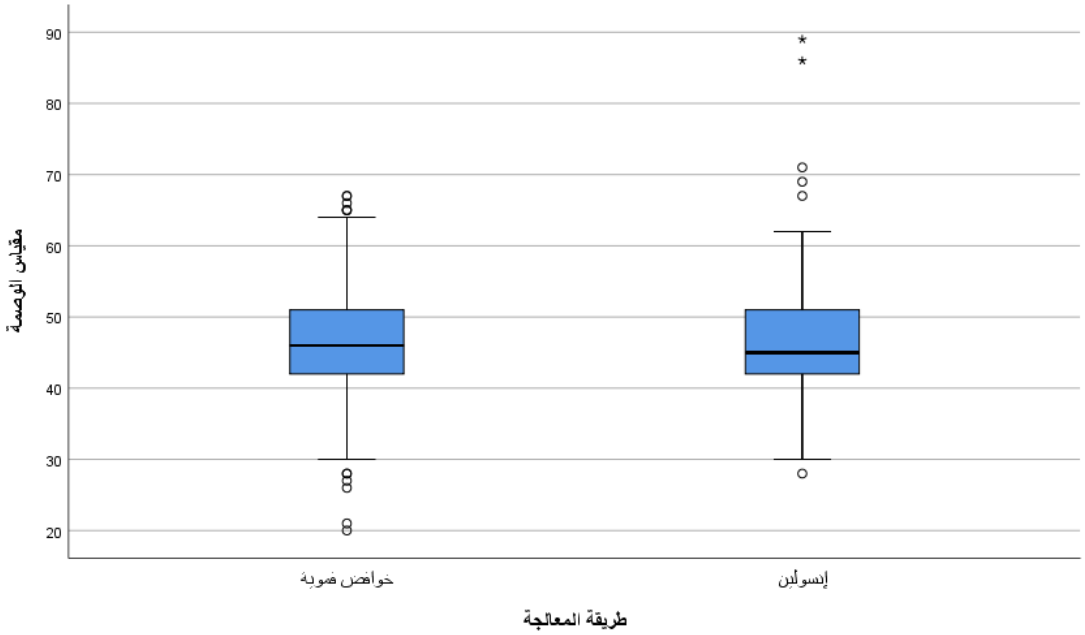
الجدول 25 : علاقة الوصمة مع طريقة المعالجة.

المتغير		الوصمة					p-value
		عدد	متوسط	انحراف معياري	أصغر قيمة	أكبر قيمة	
طريقة المعالجة	خوافض فموية	179	46.17	8.70	20	67	0.984
	إنسولين	81	47.06	10.26	28	89	

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Mann–Whitney Test :

$$p\text{–value}=0.984>0.05$$

وبالتالي لا يوجد فارق هام إحصائياً في مقياس الوصمة حسب طريقة المعالجة، أي لا يوجد علاقة هامة بين طريقة المعالجة والوصمة.



الشكل 17 : علاقة الوصمة مع طريقة المعالجة.

- علاقة الوصمة مع أعراض القلق

كان متوسط مقياس الوصمة أكبر عند القلق غير الطبيعي (50.22) ثم غير الطبيعي الحدي (45.96) ثم الطبيعي (40.78)

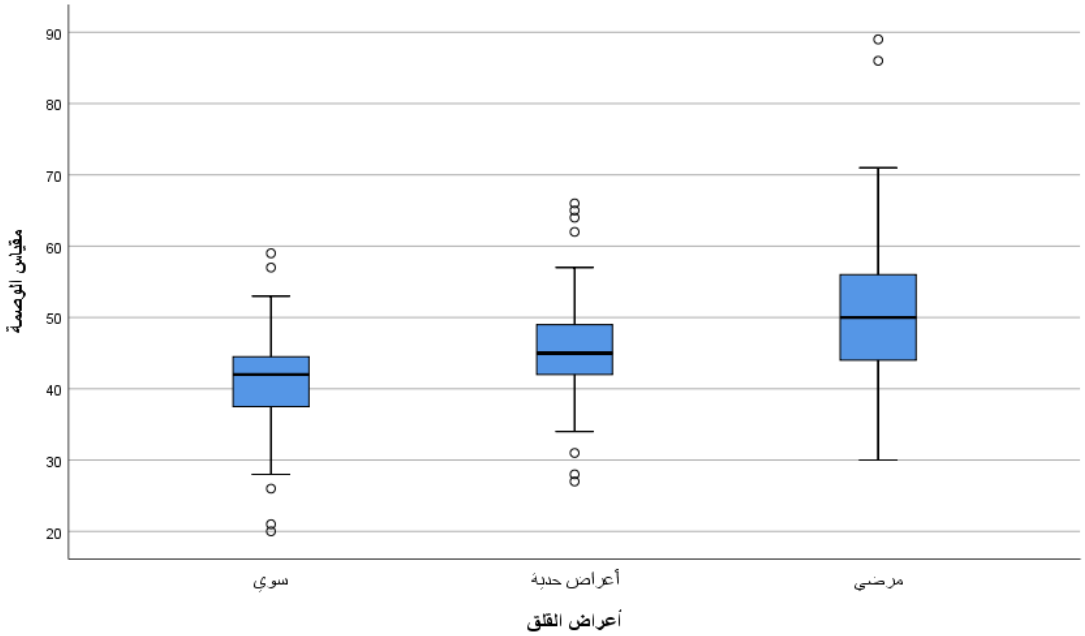
الجدول 26 : علاقة الوصمة مع القلق.

المتغير		الوصمة					p-value
		عدد	متوسط	انحراف معياري	أصغر قيمة	أكبر قيمة	
أعراض القلق	سوي	63	40.78	7.27	20	59	0.000
	أعراض حدية	92	45.96	6.90	27	66	
	مرضي	105	50.22	10.22	30	89	

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Kruskal–Wallis Test :

$$p\text{-value}=0.000<0.05$$

وبالتالي يوجد فارق هام إحصائياً في مقياس الوصمة حسب أعراض القلق، أي يوجد علاقة هامة بين أعراض القلق والوصمة، حيث تزداد الوصمة مع زيادة أعراض القلق.



الشكل 18 :علاقة الوصمة مع أعراض القلق.

- علاقة الوصمة مع أعراض الاكتئاب

كان متوسط مقياس الوصمة أكبر عند أعراض الاكتئاب المرضية (49.71) ثم الأعراض الحدية (46.28) ثم السوية (42.00) .

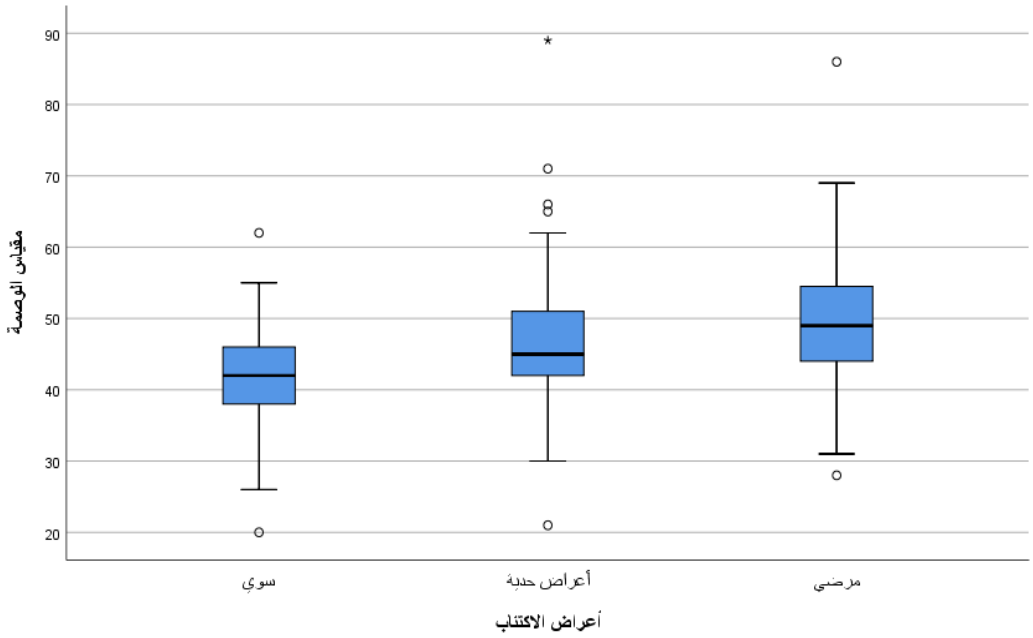
الجدول 27 :علاقة الوصمة مع الاكتئاب.

المتغير		الوصمة					p-value
		عدد	متوسط	انحراف معياري	أصغر قيمة	أكبر قيمة	
أعراض الاكتئاب	سوي	70	42.00	7.01	20	62	0.000
	أعراض حدية	90	46.28	9.57	21	89	
	مرضي	100	49.71	8.97	28	86	

ولمعرفة الأهمية الإحصائية لهذا الفرق تم إجراء اختبار Kruskal–Wallis Test :

$$p\text{–value}=0.000<0.05$$

وبالتالي يوجد فارق هام إحصائياً في مقياس الوصمة حسب أعراض الاكتئاب، أي يوجد علاقة هامة بين أعراض الاكتئاب والوصمة، حيث تزداد الوصمة مع زيادة أعراض الاكتئاب.



الشكل 19 :علاقة الوصمة مع أعراض الاكتئاب.

3.3. المناقشة

- بلغ عدد مرضى الدراسة 260 مريضاً من المصابين بالداء السكري من النمط الثاني, وكانت نسبة الاناث المصابات بالداء السكري من النمط الثاني أعلى من الذكور وبشكل واضح حيث بلغت نسبتهم 67.3% من مجمل مرضى الدراسة .
- تراوحت أعمار مرضى الدراسة بين 40 و76 سنة, وبلغ المتوسط 58 سنة , وكان معظم المرضى ضمن الفئة العمرية (50–60سنة) حيث بلغت نسبتهم 37.7% , بينما كانت الفئة العمرية أكبر من 70 سنة هي الاقل شيوعاً بنسبة 6.2%.
- كانت الحالة الاجتماعية المتزوج هي الأشيع بشكل واضح بين المرضى المشاركين بالدراسة حيث بلغت نسبتهم 81.2% , والمطلق هي الأقل شيوعاً بنسبة 1.5%.
- كانت فئة التحصيل الدراسي الابتدائي هي الأشيع بين المرضى المشاركين بالدراسة حيث بلغت نسبتهم 61.2% , وأقل فئة شيوعاً هي الجامعي بنسبة 4.2%.
- كان الوضع الاقتصادي المتوسط هو الأشيع بين المرضى المشاركين في الدراسة بنسبة 48.5%، يليه الوضع الاقتصادي السيئ بنسبة 40.4%، أما الوضع الاقتصادي الأقل شيوعاً فهو الوضع الممتاز بنسبة 0.8%.
- كان متوسط مدة الإصابة بالداء السكري عند المرضى المشاركين بالدراسة 10 سنوات , حيث كانت أقل مدة إصابة سنة واحدة وأكثر مدة إصابة 35 سنة , وكانت فئة مدة الإصابة أقل من 5 سنوات هي الأشيع بنسبة 38.1%، بينما مدة الإصابة الأكثر من 20 سنة هي الأقل شيوعاً بنسبة 11.5%.
- كانت طريقة المعالجة بالخوافض الفموية هي الأشيع بين المرضى المشاركين في الدراسة بنسبة 68.8% مقارنة بالمعالجة بالأنسولين 31.2%.
- أظهرت النتائج الحالية أن المتوسط لمقياس الوصمة DSAS–2 يعادل 46.45 والانحراف المعياري 9.21, واعتبر أي مشارك لديه درجة كلية على المقياس أعلى من المتوسط + مقدار واحد من الانحراف المعياري لديه وصمة أي عندما تكون درجته حسب المقياس أكبر من 55.65، وعليه تكون نسبة الحالات التي لديها **احتمالية وصمة هي 13.5%**.
- كانت متوسطات المقاييس الفرعية للوصمة المعاملة المختلفة واللوم والحكم والوصمة الذاتية تعادل 14.48 ,17.73 ,14.23 على التوالي.

- تبين الدراسة أن أكثر من نصف المرضى 55.4% وافقوا ووافقوا بشدة على البند(تُخْتَار أطعمتي من قبل الآخرين من دون رغبتي، أحياناً), وأن 47.3% وافقوا ووافقوا بشدة على البند (أشعر بأنّني لست على ما يُرام لأنني مصاب بالسكري).
- كانت النسبة الأشيع لمقياس أعراض القلق هي **المرضي بنسبة 40.4%** وأقل نسبة لمقياس أعراض القلق هي 25% للسوي، أما بالنسبة لمقياس **أعراض الاكتئاب** فالنسبة الأشيع **المرضي بنسبة 38.5%** والنسبة الأقل لمقياس أعراض الاكتئاب سوي 26.9%.
- كان متوسط مقياس الوصمة عند الأعمار الأكبر من 50 سنة (46.64) أكبر منه عند الأعمار الأصغر أو يساوي 50 سنة (45.84), دون وجود فارق هام إحصائياً.
- كان متوسط مقياس الوصمة عند الذكور (46.65) أكبر منه عند الإناث (46.35), دون وجود فارق هام إحصائياً.
- كان متوسط مقياس الوصمة أكبر عند المتزوجين (46.75) يليه العازبين (46.71) ثم الأرامل (44.91) ثم المطلقين (40.00), دون وجود فارق هام إحصائياً.
- كان متوسط مقياس الوصمة عند التحصيل الدراسي المتدني (ابتدائي أو إعدادي) (46.87) أكبر منه عند المرتفع (ثانوي أو جامعي) (43.29), **مع وجود فارق هام إحصائياً $p-value=0.023<0.05$** ,حيث ارتبطت الوصمة بالتحصيل الدراسي المتدني (ابتدائي, اعدادي).
- كان متوسط مقياس الوصمة أكبر عند الوضع الاقتصادي الجيد (49.00) ثم السيء (47.94) ثم المتوسط (44.61), **مع وجود فارق هام إحصائياً**
$p-value=0.016<0.05$,حيث كانت الوصمة أعلى في الوضع الاقتصادي الجيد.
- كان متوسط مقياس الوصمة عند مدة الإصابة الطويلة الأكبر من 5 سنوات (47.30) أكبر منه عند مدة الإصابة الأصغر من 5 سنوات (45.06), دون وجود فارق هام إحصائياً.
- كان متوسط مقياس الوصمة عند المعالجة بالأنسولين (47.06) أكبر منه عند المعالجة بالخوافض الفموية (46.17), دون وجود فارق هام إحصائياً.
- كان متوسط مقياس الوصمة أكبر عند أعراض القلق المرضية (50.22) ثم الأعراض الحدية (45.96) ثم السوية (40.78), **مع وجود فارق هام إحصائياً**
$p-value=0.000<0.05$, حيث تزداد الوصمة مع زيادة أعراض القلق.

- كان متوسط مقياس الوصمة أكبر عند أعراض الاكتئاب المرضية (49.71) ثم الأعراض الحدية (46.28) ثم السوية (42.00), **مع وجود فارق هام إحصائياً p-value=0.000<0.05,** حيث تزداد الوصمة مع زيادة أعراض الاكتئاب.

4.3. المقارنة مع الدراسات العالمية

الدراسة الأولى:

وهي دراسة عراقية[4] قام بها Taqi M. J. Taher وزملاؤه في مدينة النجف في العراق, ونشرت في مجلة Journal of the Egyptian Public Health Association عام 2023 بعنوان:

Stigma perception and determinants among patients with type 2 diabetes mellitus in Iraq

وهي دراسة مقطعية تحليلية تمت ما بين 1 حزيران 2022 حتى 1 تشرين الثاني 2022, شملت 429 مريضاً مشخص لهم داء سكري من النمط الثاني.

الدراسة الثانية:

وهي دراسة كولومبية[5] قام بها Victor Pedrero وزملاؤه في كولومبيا, ونشرت في مجلة International Journal of Environmental Research and Public Health عام 2021 بعنوان:

A Cross-Sectional Analysis of the Stigma Surrounding Type 2 Diabetes in Colombia

وهي دراسة مقطعية مستعرضة تمت خلال عام 2019, شملت 501 مريضاً مشخص لهم داء سكري من النمط الثاني.

بالمقارنة مع الدراستين السابقتين:

1. المقارنة من حيث توصيف العينة :

كانت الدراسة الكولومبية تضم أكبر عدد من المرضى حيث اشتملت 501 مريضاً مشخص لهم داء سكري من النمط الثاني, مقابل 429 مريضاً في الدراسة العراقية, بينما اشتملت دراستنا أقل عدد من المرضى 260 مريضاً.

كان متوسط عمر المرضى متقارب في الدراسات الثلاثة حيث بلغ 56.6 سنة في الدراسة العراقية و58 سنة في داستنا و60 سنة في الدراسة الكولومبية.

تشابهت دراستنا مع الدراسة الكولومبية من حيث غلبة الاناث على الذكور في الدراسة, حيث كانت نسبة الاناث في دراستنا 67.3% مقابل 63.3% في الدراسة الكولومبية, بينما كانت الغلبة للذكور في الدراسة العراقية بنسبة 61.8% .

تشابهت دراستنا مع الدراسة العراقية من حيث الغلبة للمتزوجين بالنسبة للوضع الاجتماعي للمرضى حيث كانت نسبة المتزوجين 81.2% في دراستنا مقابل 57.1% في الدراسة العراقية.

تشابهت دراستنا مع الدراسة العراقية من حيث غلبة الوضع الاقتصادي المتوسط حيث كان بنسبة 48.5% في دراستنا مقابل 60.7% في الدراسة العراقية, بينما في الدراسة الكولومبية تم دراسة الوضع الاقتصادي الاجتماعي الذاتي باستخدام سلم ماك آرثر[56] المكون من 10 درجات, فالأشخاص الذين لديهم أقل قدر من المال وأقل تعليم وأسوأ الوظائف في المجتمع هم على الدرجة 1 , والذين لديهم القدر الأكبر من المال وأكبر قدر من التعليم وأفضل الوظائف هم على الدرجة 10 ,حيث بلغ المتوسط والانحراف المعياري 3.73 (1.22).

تشابهت دراستنا مع الدراسة العراقية والدراسة الكولومبية من حيث طريقة المعالجة حيث كان استخدام الخوافض الفموية أشيع من استخدام الأنسولين في الدراسات الثلاثة, بنسبة 68.8% في دراستنا و66.4% في الدراسة العراقية و65.5% في الدراسة الكولومبية.

الجدول28 : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث توصيف العينة

		الدراسة الحالية	الدراسة العراقية	الدراسة الكولومبية
عدد مرضى الدراسة		260	429	501
العمر		(9)58	56.6	(12) 60
الجنس	ذكر	(32.7%) 85	(61.8%) 265	(36.7%) 184
	أنثى	(67.3%) 175	(38.2%) 164	(63.3%) 317
الحالة الاجتماعية	عازب	(5.4%) 14	(16.1%) 69	(1.22) 3.73
	متزوج	(81.2%) 211	(57.1%) 245	
	مطلق	(1.2%) 3	(26.8%) 11.5	
	أرمل	(12.3) 32		
التحصيل الدراسي	ابتدائي	(61.2%) 159	(33.8%) 145	
	اعدادي	(26.9%) 70	(27.0%) 116	
	ثانوي	(7.7%) 20		
	جامعي	(4.2%) 11	(39.2%) 168	
الوضع الاقتصادي	سيء	(40.4%) 105	(7.5%) 32	
	متوسط	(48.5%) 126	(62.7%) 269	
	جيد و ممتاز	(11.2%) 29	(29.8%) 128	
مدة الإصابة بالداء السكري	أقل من 5 سنوات	(38.1%)99	(66.6%) 286	(8.14) 8.78
	أكثر من 5 سنوات	(61.9%)161	(33.4%) 143	
طريقة المعالجة	خوافض فموية	(68.8%) 179	(66.4%) 285	(65.5%) 323
	أنسولين	(31.2%) 81	(23.1%) 99	(35.5%) 178

2. المقارنة من حيث الإجابات على عناصر مقياس الوصمة DSAS-2

يبين الجدول (29) كل ما يلي :

تشابهت دراستنا مع الدراسة العراقية والدراسة الكولومبية من حيث شيوع الإجابة (لا أوافق) على الاسئلة التالية في مقياس الوصمة DSAS-2 :

- يعتقد الآخرين بأنّني لا أستطيع الوفاء بمسؤولياتي لأنني مصاب بالسكري.
- أُسْتَبْعَدُ من المناسبات الّتي تنطوي على أطعمة محظورة عليَّ.
- أعاني من تمييز ضدي في مكان العمل.
- أُرفض من الآخرين؛ بسبب السكري.
- يؤنبني الاخرين؛ لأنّي تسببت بالإصابة بالسكري لنفسي.

- أشعر بالخزيّ بسبب السكري.
- هناك وصمة سلبيّة؛ لأنّه مرض متعلق بنوعية الحياة.
- أشعر بالحرج في المواقف الاجتماعيّة بسبب السكري.
- أشعر بالخجل؛ لأنّني مصاب بالسكري.
- ألوم نفسي على إصابتي بالسكري.
- أشعر بالفشل بسبب السكري.
- أشعر بالذّنب بسبب السكري.

تشابهت دراستنا مع الدراسة العراقية من حيث شيوع الإجابة (لا أوافق) ,بينما كانت الإجابة الأشيع في الدراسة الكولومبية (أوافق) على الأسئلة التالية في مقياس الوصمة DSAS-2 :

- أُعامل من قبل الآخرين كأنّني مريض، أحياناً.
- يعتقد المتخصصون بالصحة بأنّي لا أجيد العناية بصحّتي.
- تُصدر أحكام سلبيّة من قبل المتخصّصين في القطاعات الصّحيّة بسبب إصابتي بالنمط الثاني من السكري.

تشابهت دراستنا مع الدراسة العراقية والدراسة الكولومبية من حيث شيوع الإجابة (أوافق) على السؤال التالي في مقياس الوصمة DSAS-2 :

- تُخْتَار أطعمتي من قبل الآخرين من دون رغبتي، أحياناً.

تشابهت دراستنا مع الدراسة العراقية من حيث شيوع الإجابة (لا أوافق) ,بينما كانت الإجابة الأشيع في الدراسة الكولومبية (لا أوافق بشدة)على السؤال التالي في مقياس الوصمة :

- أُعامل من قبل بعض الأشخاص كأنّني أقلّ من الآخرين، أحياناً.

تشابهت دراستنا مع الدراسة الكولومبية من حيث شيوع الإجابة (لا أوافق),بينما كانت الإجابة الأشيع في الدراسة العراقية (أوافق) على السؤال التالي في مقياس الوصمة DSAS-2 :

- يفترض الآخرين بأنّني بدين أو كنت بديناً فيما مضى، أحياناً.

اختلفت الدراسات الثلاثة بشيوع الاجابة على السؤال (أشعر بأنّني لست على ما يُرام لأنني مصاب بالسكري.) حيث كانت الإجابة الأشيع في دراستنا (أوافق) وفي الدراسة العراقية (لا أوافق), أما الدراسة الكولومبية فكانت الإجابة الأشيع (لا اوافق بشدة).

الجدول29 : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث شيوع الاجابات على عناصر مقياس الوصمة DSAS-2

مقياس DSAS-2	الاجابة الاشيع على السؤال حسب الدراسة		
	الدراسة الحالية	الدراسة العراقية	الدراسة الكولومبية
يعتقد الآخرين بأنّني لا أستطيع الوفاء بمسؤولياتي لأنني مصاب بالسكري.	لا أوافق 117 (45.0%)	لا أوافق 243 (56.6%)	لا أوافق 302 (60.3%)
أعامل من قبل الآخرين كأنّني مريض، أحياناً	لا أوافق 99 (38.1%)	لا أوافق 221 (51.5%)	أوافق 230(45.9%)
أعامل من قبل بعض الأشخاص كأنّني أقلّ من الآخرين، أحياناً.	لا أوافق 139 (53.5%)	لا أوافق 252 (58.7%)	لا أوافق بشدة 36(71.9%)
أَسْتَبْعَدُ من المناسبات الّتي تنطوي على أطعمة محظورة عليَّ.	لا أوافق 138 (53.1%)	لا اوافق 245 (56.6%)	لا أوافق 337(67.5%)
أعاني من تمييز ضدي في مكان العمل.	لا أوافق 175 (67.3%)	لا أوافق 243 (56.6%)	لا أوافق 431(86.2%)
أرفض من الآخرين؛ بسبب السكري.	لا أوافق 155 (59.6%)	لا أوافق 239 (55.7%)	لا أوافق 460 (91.8%)
يؤنبني الاخرين؛ لأنّي تسببت بالإصابة بالسكري لنفسي.	لا أوافق 147 (56.5%)	أوافق 190(44.3%)	أوافق 231 (46.3%)
أشعر بالخزيّ بسبب السكري.	لا أوافق 159 (61.2%)	لا أوافق 262 (61.1%)	لا أوافق 462(92.2%)
تُخْتَار أطعمتي من قبل الآخرين من دون رغبتي، أحياناً.	أوافق 135 (51.9%)	أوافق 198 (46.2%)	أوافق 308 (61.5%)
يعتقد المتخصصون بالصحة بأنّي لا أجيد العناية بصحّتي.	لا أوافق 117 (45.0%)	لا أوافق 187 (43.6%)	أوافق 303(60.8%)
تُصدر أحكام سلبيّة من قبل المتخصّصين في القطاعات الصّحيّة بسبب إصابتي بالنمط الثاني من السكري.	لا أوافق 138 (53.1%)	لا أوافق 233 (54.3%)	أوافق 268 (53.5%)
هناك وصمة سلبيّة؛ لأنّه مرض متعلق بنوعية الحياة.	لا أوافق 156 (66.0%)	لا أوافق 220(51.3%)	لا أوافق 382(76.4%)
يفترض الآخرين بأنّني بدين أو كنت بديناً فيما مضى، أحياناً.	لا أوافق 142 (54.6%)	أوافق 171 (39.9%)	لا أوافق 421 (84.0%)
أشعر بالحرج في المواقف الاجتماعيّة بسبب السكري.	لا أوافق 146 (56.2%)	لا أوافق 269(62.7%)	لا أوافق 455(90.8%)
أشعر بالخجل؛ لأنّني مصاب بالسكري.	لا أوافق 169 (65.0%)	لا أوافق 270 (62.9%)	لا أوافق 421(84.0%)
ألوم نفسي على إصابتي بالسكري	لا أوافق 159 (61.2%)	لا أوافق 188 (43.8%)	لا أوافق 244 (48.8%)
أشعر بأنّني لست على ما يُرام لأنني مصاب بالسكري.	أوافق 108 (41.5%)	لا أوافق 207 (48.3%)	لا أوافق بشدة 360 (71.9%)
أشعر بالفشل بسبب السكري.	لا أوافق 175 (67.3%)	لا أوافق 240 (55.9%)	لا أوافق 330(67.9%)
أشعر بالذّنب بسبب السكري.	لا أوافق 170 (65.4%)	لا أوافق 269 (62.7%)	لا أوافق 274(54.8%)

بلغ أعلى معدل إجابة على سؤال واحد في دراستنا حيث وافق ووافق بشدة أكثر من نصف المشاركين 55.4% على السؤال (تُخْتَار أطعمتي من قبل الآخرين من دون رغبتي، أحياناً.)

وهو مقارب للدراسة العراقية 53% , وأقل من الدراسة الكولومبية 80.1% .

في حين وافق ووافق بشدة في دراساتنا 47.3% على السؤال (أشعر بأنّني لست على ما يُرام لأنني مصاب بالسكري.) وهو أكثر من الدراستين العراقية 28.2% والكولومبية 1%.

3. المقارنة من حيث نسبة انتشار الوصمة:

بلغت نسبة انتشار الوصمة في دراستنا 13.5% وهي أقل من الدراستين العراقية 24.71% و الكولومبية 16.4%.

الجدول30 : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث نسبة انتشار الوصمة.

الدراسة	الوصمة الكلية		معاملة مختلفة		لوم وحكم		وصمة ذاتية		نسبة انتشار الوصمة
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
الدراسة الحالية	46.45	9.21	14.49	4.09	17.73	4.02	14.25	3.40	**13.5%**
الدراسة العراقية	51.72	16.82	15.50	5.58	20.15	6.23	16.05	5.55	**24.71%**
الدراسة الكولومبية	49.79	7.11	–	–	–	–	–	–	**16.4%**

4. المقارنة من حيث علاقة الوصمة مع متغيرات الدراسة:

- **علاقة الوصمة مع العمر:**

تشابهت دراستنا مع الدراسة الكولومبية من حيث عدم وجود علاقة هامة احصائياً بين الوصمة والعمر, بينما في الدراسة العراقية ارتبط التقدم بالعمر بشكل كبير بزيادة درجات الوصمة بين المشاركين في الدراسة.

الجدول31 : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث علاقة الوصمة مع العمر.

الدراسة	الدراسة الحالية	الدراسة العراقية	الدراسة الكولومبية
P value	0.982	**<0.001**	0.06

- **علاقة الوصمة مع الجنس:**

تشابهت الدراسة العراقية مع الدراسة الكولومبية بوجود علاقة هامة إحصائياً بين الوصمة والجنس, حيث كانت الوصمة أعلى بشكل كبير عند الإناث في كلا الدراستين, بينما اختلفت دراستنا عن الدراستين السابقتين بعدم وجود علاقة هامة إحصائياً بين الوصمة والجنس.

الجدول32 : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث علاقة الوصمة مع الجنس.

الدراسة	الدراسة الحالية	الدراسة العراقية	الدراسة الكولومبية
P value	0.527	**0.014**	**0.025**

- **علاقة الوصمة مع الحالة الاجتماعية:**

لم يكن هناك علاقة هامة إحصائياً بين الوصمة والحالة الاجتماعية في دراستنا, بينما كان هناك علاقة هامة إحصائياً بين الوصمة والحالة الاجتماعية في الدراسة العراقية, حيث كان لدى المرضى المطلقين أو الأرامل متوسطات وصمة أعلى من المرضى غير المتزوجين أو المتزوجين.

الجدول 33 : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث علاقة الوصمة مع الحالة الاجتماعية.

الدراسة	الدراسة الحالية	الدراسة العراقية	الدراسة الكولومبية
P value	0.701	**<0.001**	–

- **علاقة الوصمة مع مستوى التعليم:**

تشابهت دراستنا مع الدراسة العراقية بوجود علاقة هامة إحصائياً بين الوصمة ومستوى التعليم, حيث كان هناك وصمة أعلى مع المستوى التعليمي المتدني.

الجدول34 : :مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث علاقة الوصمة مع مستوى التعليم.

الدراسة	الدراسة الحالية	الدراسة العراقية	الدراسة الكولومبية
P value	**0.023**	**<0.001**	–

- **علاقة الوصمة مع الوضع الاقتصادي :**

تشابهت دراستنا مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث وجود علاقة هامة إحصائياً, لكن في دراستنا كانت مستويات الوصمة أعلى في الوضع الاقتصادي الجيد يليها الوضع السيء وأقل في الوضع الاقتصادي المتوسط , بينما في الدراستين العراقية والكولومبية كانت مستويات الوصمة أعلى مع الوضع الاقتصادي المتدني.

الجدول35 : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث علاقة الوصمة مع الوضع الاقتصادي.

الدراسة	الدراسة الحالية	الدراسة العراقية	الدراسة الكولومبية
P value	**0.016**	**<0.001**	**0.001**

- **علاقة الوصمة مع مدة الإصابة بالسكري:**

اختلفت دراستنا عن الدراستين العراقية والكولومبية بعدم وجود علاقة هامة إحصائياً بين الوصمة ومدة الإصابة بالسكري, بينما كان هناك علاقة هامة إحصائياً في الدراستين السابقتين, حيث كانت مستويات الوصمة أعلى عند المرضى الذين تزيد مدة إصابتهم عن 5 سنوات في الدراسة العراقية, بينما كانت العلاقة سلبية بين الوصمة وسنوات الإصابة في الدراسة الكولومبية.

الجدول36 : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث علاقة الوصمة مع مدة الإصابة بالسكري.

الدراسة	الدراسة الحالية	الدراسة العراقية	الدراسة الكولومبية
P value	0.07	**<0.001**	**<0.001**

- **علاقة الوصمة مع طريقة المعالجة:**

اختلفت دراستنا عن الدراسة الكولومبية بعدم وجود علاقة هامة إحصائياً بين الوصمة وطريقة المعالجة, ففي الدراسة الكولومبية كانت مستويات الوصمة أقل عند المرضى الذين يستخدمون الأنسولين.

الجدول37 : مقارنة مع الدراسة العراقية والكولومبية من حيث علاقة الوصمة مع طريقة المعالجة.

الدراسة	الدراسة الحالية	الدراسة العراقية	الدراسة الكولومبية
P value	0.984	-	**0.009**

الدراسة الثالثة:

وهي دراسة باكستانية[6] قام بها Ali Khan Khuwaja وزملاؤه في مدينة كراتشي في الباكستان, ونشرت في مجلة DIABETOLOGY & METABOLIC SYNDROME عام 2010 بعنوان:

Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A multi-centre study of prevalence and associated factors

وهي دراسة مقطعية مستعرضة, شملت 889 مريضاً مشخص لهم داء سكري من النمط الثاني.

الجدول38 : مقارنة مع الدراسة الباكستانية من حيث انتشار القلق والاكتئاب.

	الدراسة الحالية	دراسة باكستانية
عدد مرضى الدراسة	260	889
مقياس القلق والاكتئاب المستخدم	HADS	HADS
نسبة انتشار أعراض القلق	40.4%	57.9%
نسبة انتشار أعراض الاكتئاب	38.5%	43.5%

رابعاً

الخاتمة

الخاتمة

الخلاصة :

شملت دراستنا ذات النمط المقطعي المستعرض 260 مريضاً مشخصاً بالداء السكري من النمط الثاني, وهدفت هذه الدراسة الى معرفة نسبة انتشار الوصمة عند مرضى الداء السكري من النمط الثاني وعلاقتها مع متغيرات الدراسة (العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، التحصيل الدراسي، المستوى الاقتصادي، طريقة المعالجة)،بالإضافة إلى تقدير نسبة انتشار القلق والاكتئاب عند مرضى الداء السكري نمط ثاني ودراسة علاقتها مع الوصمة.

تبين أن 13.5% من المرضى يعانون من الوصمة.

لوحظ وجود شيوع أعراض للقلق والاكتئاب لدى المرضى, حيث بلغت نسبة أعراض القلق 40.4% ونسبة أعراض الاكتئاب 38.5%.

كان هناك احتمالية أعلى للوصمة بالمستوى التعليمي المنخفض مقارنة مع المستوى المرتفع, وبالوضع الاقتصادي الجيد يليه السيء أكثر من المتوسط, وبوجود مستوى أعلى لأعراض القلق والاكتئاب.

التوصيات والمقترحات :

اجراء المزيد من الدراسات حول الوصمة عند مرضى السكري من النمط الثاني باستخدام مقاييس أخرى وعينات أكبر.

دراسة انتشار الوصمة عند مرضى السكري من النمط الأول.

تقديم الدعم والرعاية الصحية والنفسية عند مرضى الداء السكري .

المراجع

1. Speight J, Holmes-Truscott E, Garza M, et al. Bringing an end to diabetes stigma and discrimination: an international consensus statement on evidence and recommendations. Lancet Diabetes Endocrinol. 2024;12(1):61-82.

2. International Diabetes Federation. IDF strategic plan 2013–2015 [R]. Brussels: IDF; 2013. p. 1.

3. Akyirem S, Ekpor E, Namumbejja Abwoye D, Batten J, Nelson LE. Type 2 diabetes stigma and its association with clinical, psychological, and behavioral outcomes: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Res Clin Pract. 2023;202:110774.

4. Taher TMJ, Ahmed HA, Abutiheen AA, Alfadhul SA, Ghazi HF. Stigma perception and determinants among patients with type 2 diabetes mellitus in Iraq. J Egypt Public Health Assoc. 2023;98(1):20.

5. Pedrero V, Manzi J, Alonso LM. A cross-sectional analysis of the stigma surrounding type 2 diabetes in Colombia. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(23):12657.

6. Khuwaja AK, Lalani S, Dhanani R, Azam IS, Rafique G, White F. Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A multi-centre study of prevalence and associated factors. Diabetol Metab Syndr. 2010 Dec 20;2:72. doi: 10.1186/1758-5996-2-72. PMID: 21171976; PMCID: PMC3022608.

7. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 10th Edition 2021. Available .online: https://diabetesatlas.org/ (accessed on 3 April 2023).

8. recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. DiabetesCare2023;46:e151–e199

9. American Diabetes Association Professional Practice Committee; Diagnosis and Classification of Diabetes: *Standards of Care in Diabetes—2024*. *Diabetes Care* 1 January 2024; 47 (Supplement_1): S20–S42. https://doi.org/10.2337/dc24-S002.

10. https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/diabetes/symptoms-causes/syc-20371444.

11. https://teksmedik.com/uptodate20/d/topic.htm?path=prevention-of-type-2-diabetes-mellitus.

12. American Diabetes Association Professional Practice Committee; Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care 1 January 2024; 47 (Supplement_1): S179–S218. https://doi.org/10.2337/dc24-S010.

13. McAllister DA, Read SH, Kerssens J, et al. Incidence of hospitalization for heart failure and case-fatality among 3.25 million people with and without diabetes mellitus. Circulation 2018;138: 2774–2786.

14. American Diabetes Association Professional Practice Committee; Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care 1 January 2024; 47 (Supplement_1): S219–S230. https://doi.org/10.2337/dc24-S011.

Retinopathy, 15. American Diabetes Association Professional Practice Committee; Neuropathy, and Foot Care: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care 1 January 2024; 47 (Supplement_1): S231–S243. https://doi.org/10.2337/dc24-S012.

16. American Diabetes Association Professional Practice Committee; Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: *Standards of Care in Diabetes—2024*. *Diabetes Care* 1 January 2024; 47 (Supplement_1): S77–S110. https://doi.org/10.2337/dc24-S005.

17. American Diabetes Association Professional Practice Committee; Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: *Standards of Care in Diabetes—2024*. *Diabetes Care* 1 January 2024; 47 (Supplement_1): S158–S178. https://doi.org/10.2337/dc24-S009.

18. American Diabetes Association Professional Practice Committee;

Glycemic Goals and Hypoglycemia: *Standards of Care in Diabetes—2024*. *Diabetes Care* 1 January 2024; 47 (Supplement_1): S111–S125. https://doi.org/10.2337/dc24-S006.

19. American Diabetes Association Professional Practice Committee; Obesity and Weight Management for the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes: *Standards of Care in Diabetes–2024*. *Diabetes Care* 1 January 2024; 47 (Supplement_1): S145–S157.

20. Wan J, Feng A. Psychosomatic Medicine Committee of China Association of - Integrated Traditional Chinese and Western Medicine: China Association of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine; 2019:63–65.

21. Goffman E. Stigma: notes on the management of a spoiled identity. Postgrad Med J. 1969;45(4):9.

22. Angermeyer MC, Schulze B. Reducing the stigma of schizophrenia: - understanding the process and options for interventions. Epidemiol Psichiatr Soc. 2001;10(1):1–5.

23. Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. AIDS. 2008;22(Suppl 2):67–79.

24. Cataldo JK, Slaughter R, Jahan TM, Pongquan VL, Hwang WJ. Measuring stigma - in people with lung cancer: psychometric testing of the cataldo lung cancer stigma scale. Oncol Nurs Forum. 2011;38(1):E46–54.

25. Liu NF, Brown AS, Folias AE, et al. Stigma in people with type 1 or type 2 diabetes. Clin Diabetes. 2017;35(1):27–34.

26. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. Annu Rev Sociol. 2001;27:363–85. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363.

27. Browne JL, Ventura AD, Mosely K, Speight J. Measuring the stigma surrounding type 2 diabetes: development and validation of the type 2 diabetes stigma assessment scale (DSAS-2). Diabetes Care. 2016;39(12):2141-2148.

28. Alzubaidi H, Namara KM, Samorinha C, Saidawi W, Versace VL, Speight J. Type 2 diabetes stigma assessment scale (DSAS-2): cultural and linguistic adaptation and psychometric assessment of the Arabic version. Prim Care Diabetes. 2022;16(5):703-708.

29. Kato A, Takada M, Hashimoto H. Reliability and validity of the Japanese version of the self-stigma scale in patients with type 2 diabetes. Health Qual Life Outcomes. 2014;12(1):179.

30. Tanaka N, Hamamoto Y, Kurotobi Y, et al. Stigma evaluation for diabetes and other chronic non-communicable disease patients: development, validation and clinical use of stigma scale—the Kanden Institute Stigma Scale. J Diabetes Investig. 2022;13(12):2081-2090.

31. Seo K, Song Y. Development and validation of the self-stigma scale in people with diabetes. Nurs Open. 2021;8(3):1089-1097.

32. Wang R-H, Lin C-C, Chen S-Y, Hsu H-C, Huang C-L. The impact of self-stigma, role strain, and diabetes distress on quality of life and glycemic control in women with diabetes: a 6–month prospective study. Biol Res Nurs. 2021;23(4):619-628 .

33. Lin M-H, Ou H-Y, Wang R-H, Lin C-H, Liao H-Y, Chen H-M. Glycaemic control mediates the relationships of employment status and self-stigma with self-care behaviours in young adults with type 2 diabetes. J Clin Nurs. 2022;31(5-6):582-591 .

34. Hang Y-B, Yang Z, Zhang H-J, Xu C-Q, Liu T. The role of resilience in diabetes stigma among young and middle-aged patients with type 2 diabetes.

35. Holmes-Truscott E, Ventura AD, Thuraisingam S, Pouwer F, Speight J. Psychosocial moderators of the impact of diabetes stigma: results from the second diabetes MILES—australia (MILES-2) study. Diabetes Care. 2020;43(11):2651-2659.

36. Akyirem S, Ekpor E. Experience of stigma among persons with type 2 diabetes in Africa: a systematic review. Int Health. 2024;16(3):231-239.

37. Li X, Wu L, Yun J, Sun Q. The status of stigma in patients with type 2 diabetes mellitus and its association with medication adherence and quality of life in China: a cross-sectional study. Medicine (Baltimore). 2023;102(26):e34242.

38. Zhang Y-B, Yang Z, Zhang H-J, Xu C-Q, Liu T. The role of resilience in diabetes stigma among young and middle-aged patients with type 2 diabetes. Nurs Open. 2023;10(3):1776-1784.

39. Gredig D, Bartelsen-Raemy A. Diabetes-related stigma affects the quality of life of people living with diabetes mellitus in Switzerland: implications for healthcare providers. Health Soc Care Community. 2017;25(5):1620–33.

40. Aslan EÖ, Toygar İ, Feyizoğlu G, Polat S, Eti Aslan F. Relationship between the insulin use and stigma in type 2 diabetes mellitus. Prim Care Diabetes. 2023;17(4):373-378 .

41. Gonzalez JS, Safren SA, Cagliero E, et al. Depression, self-care, and medication - adherence in type 2 diabetes: relationships across the full range of symptom severity. Diabetes Care. 2007;30(9):2222–2227. doi:10.2337/dc07-0158.

42. Lin EH, Rutter CM, Katon W, et al. Depression and advanced complications of diabetes:a prospective cohort study. Diabetes Care. 2010;33 (2):264–269. doi:10.2337/dc09-1068.

43. Saddock BJ, Saddock. VA: Mood Disorders: Kaplan & Saddock synopsis of psychiatry: tenth edition 2007.

44. R. Philip Snaith, The hospital anxiety and depression scale, Health Qual. Life Outcomes 1 (2003) 29, https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29 .

45. Vogelzangs N, Suthers K, Ferrucci L, Simonsick EM, Ble A, Schrager M, et al: Hypercortisolemic depression is associated with the metabolic syndrome in late-life. Psychoneuroendocrinology. 2007, 32: 151-159. 10.1016/j.psyneuen.2006.11.009 .

46. Danese A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Polanczyk G, Pariante CM, et al: Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease, et al:

depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009, 163: 1135-1143. 10.1001/archpediatrics.2009.214 .

47. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE: Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. Arch Intern Med. 2000, 160: 3278-3285. 10.1001/archinte.160.21.3278.

48. Katon W: Depression and diabetes: unhealthy bedfellows. Depression Anxiety. 2010, 27: 323-326. 10.1002/da.20683.

49. Simon GE, Katon WJ, Lin EH, Rutter C, Manning WG, Von Korff M, et al: Cost-effectiveness of systematic depression treatment among people with diabetes mellitus. Arch Gen Psychiatry. 2007, 64: 65-72. 10.1001/archpsyc.64.1.65.

50. Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., et al. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet, 380(9859), 2163–2196. doi:10.1016/S0140-6736(12)61729-2.

51. Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F., 3rd. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: A meta-analysis. World Psychiatry, 13(1), 56–67. doi:10.1002/wps.20089.

52. Middleton, H., Shaw, I., Hull, S., & Feder, G. (2005). NICE guidelines for the management of depression. BMJ, 330(7486), 267–268. doi:10.1136/bmj.330.7486.267.

53. Gill D, Hatcher S. Antidepressants for depression in medical illness. Cochrane Database Syst Rev 2000; (4): CD001312 (updated 2007).

54. Goodnick PJ, Henry JH, Buki VMV. Treatment of depression in patients with diabetes mellitus. J Clin Psychiatry 1995; 56: 128–136.

55. Stern AF. The hospital anxiety and depression scale. Occup. Med. (Lond.) 2014; 64: 393–4.

56. Adler, N.E.; Epel, E.S.; Castellazzo, G.; Ickovics, J.R. Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary .data in healthy, White women. Health Psychol. 2000, 19, 586–592

Abstract

Background:

Diabetes is a chronic, lifelong disease and a significant cause of morbidity and mortality around the world. Many people feel stigmatized because they have this disease. Previous research has shown that there is increasing evidence of the impact of stigma, in addition to psychological and social factors, on disease management in adults who suffer from diabetes.

Aims:

This research aims to study the spread of stigma among patients with type 2 diabetes and its relationship with study variables (age, gender, marital status, educational attainment, economic level, treatment method), in addition to estimating the prevalence of anxiety and depression among patients with type 2 diabetes and studying Its relationship with stigma.

Materials and methods:

This cross-sectional study was conducted at Al-Mouwasat and Al-Assad University Hospitals, and included 260 patients diagnosed with type 2 diabetes. The questionnaire for the study was distributed to them, and statistical analysis was conducted using the SPSS program, version 26.

Results:

ϖ The number of study patients was 260 patients, 76.3% of whom were female.

ϖ The average total degree of stigma from type 2 diabetes was 46.45%, and the probability of having stigma was 13.5% of patients with type 2 diabetes.

ϖ It was found that anxiety and depression are common among patients with type 2 diabetes, as the percentage of anxiety reached 40.4% and the percentage of depression reached 38.5%.

ϖ The presence of a low educational level (primary, middle school), a good economic level, and the presence of anxiety and depression showed higher levels of stigma, with statistically significant differences.

Conclusion:

A significant percentage of patients with type 2 diabetes have stigma associated with their disease and suffer from anxiety and depression. The probability of stigma was higher at a low level of academic achievement (primary, middle school), at a good economic level, and at a high level of anxiety and depression.

Keywords: type 2 diabetes, stigma, anxiety, depression.

Syrian Arab Republic
Ministry Of High Education
Damascus University
Faculty Of Medicine
Department Of Internal Medicine

prevalence of stigma from type 2 diabetes and the relation between it and depression and anxiety.

Scientific research prepared to obtain master degree in Internal Medicine

By:

Dr. Amal Frzat Askar

Supervisor:

Prof. Dr. Yousef Latifa

2024