

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة
كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

الدعم الإجتماعي المدرك وعلاقته بالاكنتاب
لدى المصابين بالأمراض الانتانية

دراسة على عينة من مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" بالمستشفى
الجامعي لولاية - باتنة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس
تخصص علم النفس المرضي الاجتماعي

تحت إشراف :
أ.د جابر نصر الدين

من إعداد الطالبة :
قنون خميسة

أعضاء لجنة المناقشة

جامعة بسكرة	رئيسا	أ.د ديلة عبد العالي
جامعة بسكرة	مشرفا ومقررا	أ.د جابر نصر الدين
جامعة الجزائر	عضوا	د بوقطاية مراد
جامعة بسكرة	عضوا	د بلوم محمد

السنة الجامعية: 2007/2006

مقدمة

أكدت العديد من الدراسات الارتباط الوثيق بين الجانب النفسي والجانب البيولوجي للفرد، حيث وجد بعض الباحثين أمثال نورمان كوزنس (Norman Causins) سنة 1990 أن هناك علاقة وثيقة بين الجانب الانفعالي والجانب البيولوجي، أين لاحظ أنه أثناء حالة الفرح ينشط الجهاز المناعي لدى الفرد ويرتفع معدل الخلايا المناعية، عكس حالة الحزن والكآبة التي يلاحظ أثناءها تثبيط على مستوى نشاط الجهاز المناعي وانخفاض في معدل الخلايا المناعية (Norman Causins, 2004).

وبهذا يمكن اعتبار الفرد وحدة متكاملة لا يمكن فصل جانبها النفسي عن الجانب البيولوجي، حيث وجد أن هناك عوامل نفسية واجتماعية ذات أثر إيجابي على صحة الفرد كالدعم الاجتماعي الذي يمكن أن يقي من تأثير المشقة على الصحة الجسمية، ويساعد على سرعة الشفاء من مختلف الأمراض، ويعتبر الزواج أكثر أشكال الدعم الاجتماعي فاعلية (مايكل أرجايل، 2004). فقد ربطت الدراسات في مجال علم الأوبئة بين العلاقات الاجتماعية ومعدلات الوفاة، فكانت معدلات الوفاة بجميع أسبابها مرتفعة بين غير المتزوجين (عزاب، أرامل، مطلقين) مقارنة بمعدلها بين المتزوجين، لدرجة أن البعض يرى أن تقدير حجم العلاقات الاجتماعية لدى الفرد كالزواج، والاتصال بالأصدقاء وأفراد الأسرة، والروابط الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية تنبئ بمعدلات الوفاة اللاحقة لدى الأفراد (مسعود رضا، 2001، ص47).

ويجب أن لا ننسى أن الدعم الاجتماعي في حد ذاته ليس هو المهم، بل مدى إدراك الفرد لهذا الدعم هو الذي بإمكانه أن يخلق لديه أثرا إيجابيا سواء على الجانب النفسي أو البيولوجي.

وللدعم الاجتماعي دور مهم في التخفيف من الضغوط النفسية ومختلف العوامل السلبية المؤثرة على صحة الفرد كالاكتئاب واليأس والحزن، وفي هذا الإطار أجرى عبد الله عام 1995 دراسة حول الدعم الاجتماعي وعلاقته بالاكتئاب واليأس على عينتين، إحداهما من الطلاب تكونت من 242 طالبا وأخرى على العاملين وشملت 86 مبحوثا، أين وجد أن هناك علاقة سلبية بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب، وذلك سواء فيما يتعلق بحجم

الدعم أو درجة الرضا أو الدرجة الكلية له (رضوان جاب الله شعبان، هريدي محمد عادل، 2001، ص ص 80-81).

ويعتبر الاكتئاب من أبرز العوامل النفسية التي لها آثار سلبية على الصحة الجسمية للفرد، ويعتقد كثير من الباحثين أن الاكتئاب لا يشخص بشكل صحيح في كثير من الحالات، فقد بينت الدراسات أن نسبة عالية ممن يعانون من الاكتئاب يطلق عليهم تشخيصات غامضة مثل التعب العام واضطرابات فسيولوجية في الجسم، حيث أن الطبيب يهتم ببعض الأعراض العضوية المرافقة مثل الصداع أو آلام الظهر أو عسر الهضم ويغفل عن تشخيص حالة الاكتئاب، مما يدع المريض دون تشخيص صحيح أو علاج مناسب (المالح حسان، 1995، ص 85).

ويمكن للاكتئاب أن يكون عاملاً مساهماً في الإصابة ببعض الأمراض العضوية، حيث اكتشف أن له تأثير سلبي على نشاط الجهاز المناعي، فهو يعمل على تثبيط نشاطه، مما يجعل الفرد المكتئب عرضة لمختلف الأمراض، عكس الدعم الاجتماعي الذي لديه أثر إيجابي على نشاط الجهاز المناعي، حيث يساعد على ارتفاع معدل الخلايا المناعية وزيادة نشاطها، حيث أن هناك علاقة متبادلة بين كل من العوامل النفسية وكلا من الجهاز العصبي، الجهاز الغددي والجهاز المناعي، أي أن هناك مجرى اتصال بين الجهاز العصبي المركزي وجهاز المناعة والمتمثل في محور تحت المهاد - الغدة الدرقية - الغدد الكظرية (سمير عازار، 2005، ص 78). وبهذا تؤثر العوامل النفسية إيجابية كانت أو سلبية مباشرة على الجهاز العصبي الذي بدوره يؤثر على الجهاز الغددي ومنه يتم انتقال هذا التأثير بواسطة الوسائط الكيميائية إلى الجهاز المناعي. وقد حاولنا في إطار هذه الدراسة معرفة العلاقة بين بعض المتغيرات النفس اجتماعية المتمثلة في كل من الدعم الاجتماعي المدرك كعامل إيجابي على الصحة الجسمية، والاكتئاب النفسي كعامل سلبي على الصحة الجسمية، إضافة إلى معرفة العلاقة بين هذين المتغيرين وبعض مكونات الجهاز المناعي لدى عينة مرضية تمثلت في الأفراد المصابين بالتهاب الكبد "C".

وبهدف إنجاز هذا البحث واعتماداً على المنهج الوصفي الارتباطي قمنا بتقسيمه إلى قسمين، نظري تمثل في ثلاثة فصول إضافة إلى طرح الإشكالية، حيث تناولنا في الفصل الأول متغير الدعم الاجتماعي والصحة النفسية، تعرضنا من خلاله إلى مجموعة

من العناصر تمثلت في تعريف الدعم الاجتماعي، النماذج الرئيسية المفسرة لدوره، أنواعه وطرق تقديمه، كذلك الدعم الاجتماعي كمتغير وسيط بين الضغوط النفسية والصحة الجسمية، وعلاقته بجهاز المناعة وأخيرا الأهمية الطبية للعلاقات الاجتماعية.

أما في الفصل الثاني فقد تناولنا سيكوفسيولوجية الاكتئاب من خلال مجموعة من العناصر أهمها تعريف الاكتئاب، الاتجاهات المفسرة له، أسبابه وأعراضه، كذلك الاكتئاب كعامل أو عرض مصاحب للمرض العضوي وعلاقته بجهاز المناعة.

أما الفصل الثالث فقد تمثل في متغير المناعة النفسية العصبية، حيث تعرضنا لتعريف علم المناعة النفسية العصبية ونشأته وتطوره، إضافة إلى العلاقة بين كل من الدعم الاجتماعي، الاكتئاب والمرض العضوي، المرض الانتاني (التهاب الكبد "C") وبعض آثاره النفسية، وكذلك العلاقة بين الجانب النفسي والتنظيم العصبي الغدي والمناعي وأخيرا بعض العوامل المساعدة على تنشيط المناعة النفسية العصبية.

بالنسبة للجانب التطبيقي فقد شمل الفصل الرابع الذي تمثل في كلا من إجراءات الدراسة من حيث طبيعة المنهج المستخدم، حدود الدراسة، نوع العينة وخصائصها والأدوات المستخدمة في الدراسة، بالإضافة إلى مجموعة من الأساليب الإحصائية وعرض وتحليل النتائج ومناقشتها حسب الفرضيات وعلى ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري، وكذلك ملخص هذا البحث باللغة العربية والفرنسية علما أن لكل فصل تمهيد وخلاصة.

أثناء إجراء هذا البحث تلقينا مجموعة من الصعوبات تمثلت في كون أغلب أفراد العينة أميين، مما شكل بعض العوائق أثناء تطبيق اختبار الدعم الاجتماعي المدرك والاكتئاب، إضافة إلى تهاون بعض الممرضين في المساعدة بإجراء التحاليل الخاصة باختبار الـ FNS والغلوبولينات المناعية، كما أن مدة مكوث بعض المرضى في المستشفى وجيزة جدا بحيث قدرت أحيانا بيوم أو يومين، وهذا ما جعلنا لم نتمكن من التعامل مع بعض المرضى الذين مكثوا فترة قصيرة بالمستشفى.

وفي الأخير لا يسعنا إلا أن نقول الحمد لله الذي أعاننا على إتمام وإنجاز هذا العمل.

طرح الإشكالية

- 1- تحديد الإشكالية
- 2- أهمية وأهداف الدراسة
- 3- الدراسات السابقة
- 4- التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة
- 5- فرضيات الدراسة

- تحديد الإشكالية :

إن العلاقة بين الجسم والنفس علاقة تأثير متبادل، فالنفس تؤثر على الجسم والجسم يؤثر على النفس، فلا توجد صحة الجسم في معزل عن صحة النفس، ولا صحة النفس في معزل عن صحة الجسم، وهذه العلاقة القوية بين النفس والجسم تجعل من الصعب

الفصل بين متطلبات كل من الصحة النفسية والصحة الجسمية، فما ينمي الجسم ينمي النفس، وما يضعف الجسم يضعف النفس (مرسي إبراهيم كمال، 2000، ص155).

وأمام تطور مجال العلوم الطبية اكتشف العديد من الباحثين والمهتمين بصحة الإنسان وجود علاقة سارية بين حالته الانفعالية وبين قابليته للأمراض، فلاحظوا الأثر الكبير الذي تخلفه الأحداث الضاغطة والتجارب العاطفية على الصحة الجسدية، أين وجدوا أن هناك مجموعة من الاضطرابات العضوية ذات منشأ نفسي ويحتاج الأفراد المصابين بها إلى ترافق كل من العلاج النفسي والدوائي للشفاء، ولعل أهم ما تم التوصل إليه في الآونة الأخيرة من تطورات ومن تقدم هو اكتشاف المسالك الدقيقة والتشعبات البيولوجية الكثيرة التي تربط الدماغ بوسائل دفاعات الجسم وميكانزماته التنظيمية، وعن طريق هذه المسالك، فإن النظام البيولوجي المتضمن في توجيهه أفكارنا وانفعالاتنا وسلوكياتنا - الدماغ - يمكنه أن يفرض تأثيراً نافذاً على النظام البيولوجي الذي يحمي الجسم من عدد كبير من ألوان الأمراض وأشكالها، أي جهاز المناعة (مارتن بول، 2001، ص76).

بمعنى آخر أنه بإمكان عوامل نفسية (الجانب النفسي) التأثير مباشرة على الجهاز المناعي إما بالسلب أو الإيجاب، حيث أن هناك عوامل نفسية إيجابية كالفرح، السعادة، التفاؤل، الرضا لها تأثير إيجابي على الجهاز المناعي من حيث تعزيز نشاطه وتقويته لاسيما أمام التعرض لمختلف الفيروسات والميكروبات، في المقابل هناك عوامل سلبية كالإكتئاب، القلق والتعرض لمختلف الضغوط النفسية الشديدة لديها تأثير سلبي على الجهاز المناعي، فتعمل على تثبيط عمله وإضعافه مما يزيد احتمال الإصابة بمختلف الأمراض الإنتانية، وفي إطار العلاقة بين آليات تأثير العوامل النفسية على النظام المناعي هناك علم قائم بذاته يدرس هذه العلاقة ألا وهو علم المناعة النفسية العصبية Psychoneuro-Immunologie بحيث يهتم بالروابط بين الجانب النفسي وكل من الجهاز العصبي - الغددي والمناعي وطرق التفاعل بين هاته التنظيمات.

ويعتبر الاكتئاب من بين الاضطرابات النفسية الشائعة في الوقت الراهن والذي أكدت كثير من الدراسات كدراسة كوهن ونورمان 1989 على ارتباطه الوثيق بالنظام المناعي بصفة خاصة والأمراض العضوية بصفة عامة، ففي دراسة تتبعية 1993-

2000 أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية على 765 امرأة مصابة بالايذز متوسط عمرهن 34 سنة، وجد أن الاكتئاب المزمن يعمل على تخفيض معدل الخلايا المناعية CD₄ (www.bioconseil.net).

كما تم إجراء تحليل جمعي لأربعين دراسة نشرت ما بين 1981-1991 في محاولة للتعرف على ما إذا كانت هناك علاقة بين الضغوط النفس اجتماعية والاكتئاب، وبعض جوانب جهاز المناعة لدى الإنسان، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الضغوط النفس اجتماعية والاكتئاب تؤثر على أداء الخلايا الطبيعية القاتلة وعلى أداء الخلايا للمفاوية التائية والبائية (المحارب إبراهيم ناصر، 1993، ص335).

. وقد وجد أن نسبة 20%-35% من الأفراد المكتئبين هم الأكثر مرادة للمستشفى، إضافة إلى ارتباط الاكتئاب بالأمراض العضوية كأحد أعراضها (laurentChneiweiss, 1999,p34).

فقد يكون الاكتئاب عاملا في بعض الأمراض العضوية حيث يؤثر على الجهاز المناعي من خلال تثبيطه لنشاطه مما يجعل الشخص المكتئب عرضة لمختلف الميكروبات وهذا ما يزيد احتمال إصابته بالأمراض المختلفة.

كما يظهر كعرض مصاحب لبعض الأمراض العضوية خاصة المزمنة والخطيرة منها، مما يقف عائقا أمام تماثل المرضى للشفاء واستمرارهم في العلاج الكيميائي، وهذا ما يدعو إلى ضرورة تدخل العلاج النفسي بالتوازن مع العلاج الدوائي، ويعتبر الدعم الاجتماعي أحد الوسائل البالغة الأهمية التي يمكن أن يقدمها أفراد أسرة الشخص المريض أو المحيطين به للتخفيف من حدة الاكتئاب التي يعاني منها، فالدعم الاجتماعي بمختلف أنواعه المادية، المعنوية، التوجيهية، لها أثر كبير وإيجابي على صحة المريض أمام التماثل للشفاء، كما لها دور مهم في التخفيف من الأعراض الاكتئابية وهذا ما أكدته مجموعة من الدراسات مثل دراسة موريل ونوريس 1984، ودراسة كوهن 1986 ودراسة ترايف 1995، كما أكدت دراسة أخرى التأثير الإيجابي للدعم الاجتماعي على فاعلية الجهاز المناعي وزيادة نشاطه، واعتبر البعض أن الدعم الاجتماعي هو بمثابة لقاح للوقاية من الأمراض العضوية أين يسمح بتنمية العلاقات الاجتماعية الحميمة بين الأفراد وبالتالي الابتعاد عن مشاعر الوحدة والعزلة، وكذلك تنمية مشاعر التفاؤل والسعادة التي

يمكن اعتبارها بمثابة مؤشرات ايجابية على الصحة الجسمية للفرد، ومنه يمكننا اعتبار الفرد وحدة متكاملة لا يمكن فصل جانبها النفسي عن البيولوجي، فصحة الجانب البيولوجي تعني بالضرورة صحة الجانب النفسي، خاصة أمام انتشار مختلف الأمراض الانتانية الخطيرة والتي تؤثر سلبا على الحالة النفسية والبيولوجية للفرد.

ويعتبر التهاب الكبد الفيروسي "C" من أكثر الأمراض الانتانية المزمنة المنتشرة في الوقت الراهن والذي قد يتسبب في تليف الكبد أو سرطان الكبد ويكون انتقال الفيروس المتسبب فيه عبر الطريق الدموي أو الجنسي (تومي سميث، ب ت، ص 501) ونظرا لمختلف الآثار السلبية المترتبة على هذا المرض سواء الجسمية منها كارتفاع درجة الحرارة، آلام حادة على مستوى الظهر، الجهاز الهضمي، أو النفسية منها كالشعور بالوحدة نتيجة خطورة انتقال الفيروس المتسبب في التهاب الكبد "C" بين الأفراد، إضافة إلى مشاعر الحزن والكآبة التي تصيب الشخص المريض، ارتأينا دراسة العلاقة بين بعض العوامل النفس اجتماعية وهذا المرض العضوي حيث أردنا معرفة العلاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك كعامل إيجابي أو له آثار إيجابية وحسنة على الصحة الجسمية للفرد وجهازه المناعي والاكنتاب كعامل سلبي (ذو تأثير سلبي) في الصحة الجسمية خاصة الجهاز المناعي وحيث تعذر علينا دراسة جميع الأمراض الانتانية قمنا باختيار مرض واحد هو التهاب الكبد الفيروسي "C"، وبهذا حاولنا طرح مجموعة من التساؤلات بغرض دراستها ومحاولة إيجاد إجابة لها وهي كما يلي:

- هل هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ودرجة الاكنتاب لدى المصابين بالتهاب الكبد "C" ؟
- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجة كلا من الدعم الاجتماعي المدرك والاكنتاب لدى المصابين بالتهاب الكبد "C" ؟
- هل هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجة كلا من الدعم الاجتماعي المدرك والاكنتاب ومعدل الغلوبولينات والخلايا المناعية لدى المصابين بالتهاب الكبد "C" ؟

2- أهمية وأهداف الدراسة:

2-1- أهمية الدراسة:

تبرز أهمية هذه الدراسة في محاولة تسليط الضوء على دور العوامل النفسية في الإصابة بالأمراض العضوية، أو بالأحرى في طبيعة العلاقة القائمة بين الجانب النفسي والجانب العضوي لدى الفرد، حيث أن هناك عوامل نفسية باستطاعتها التأثير على الصحة الجسمية للفرد إما بالسلب أو بالإيجاب، ونحن حاولنا بدورنا من خلال هذه الدراسة اختيار عامل نفسي له دور ايجابي على الصحة الجسمية والذي تمثل في الدعم الاجتماعي المدرك، وعامل نفسي له دور سلبي على الصحة الجسمية للفرد والمتمثل في الاكتئاب.

كما حاولنا إظهار هذا الدور من خلال العلاقة مع مكونات الجهاز المناعي لدى الفرد والذي يعتبر المسؤول الرئيسي عن حماية ووقاية الجسم ضد مختلف الأمراض.

2-2- أهداف الدراسة:

تهدف دراستنا إلى معرفة العلاقة بين كل من الدعم الاجتماعي المدرك الذي اعتبرناه عامل إيجابي في الصحة الجسمية وبين الاكتئاب كعامل سلبي في الصحة الجسمية.

كما حاولنا معرفة الفروق بين الجنسين في درجة الدعم الاجتماعي والاكتئاب، إضافة إلى معرفة العلاقة القائمة بين كل من الدعم الاجتماعي المدرك والاكتئاب والجانب البيولوجي الذي مثناه ببعض مكونات الجهاز المناعي المتمثلة في الغلوبولينات المناعية IgA, IgM, IgG، والخلايا المناعية المتمثلة في كريات الدم البيضاء، الخلايا اللمفاوية والخلايا الحبيبية، وذلك من خلال تطبيق مجموعة من المقاييس تمثلت في مقياس الدعم الاجتماعي المدرك لـ Zimet ومقياس الاكتئاب لبيك، كذلك اختبار الـ FNS واختبار الغلوبولينات المناعية على مرضى يعانون من التهاب الكبد "c".

3- الدراسات السابقة:

لقد أجريت العديد من الدراسات السابقة في إطار العلاقات بين الاكتئاب والدعم الاجتماعي والتي نذكر منها مايلي:

الدراسة الأولى: دراسة نوريس وموريل (Murrell & Norris) سنة 1984 حول علاقة الدعم الاجتماعي بالاكتئاب، أين أجريا دراسة تتبعية قوامها 1402 فردا من الراشدين من عمر 55 سنة فأعلى والمقيمين في ولاية كنتاكي kentucky بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث طبق على أفراد العينة مقياس الاكتئاب وأعيد القياس بعد مضي ستة أشهر من القياس الأول، وبهذا انتهت الدراسة إلى عدد من النتائج منها، أن الدعم الاجتماعي يؤدي إلى خفض الأعراض الاكتئابية، كما يقلل من درجة الشعور بالمشقة (درويش زين العابدين، 1999، ص236).

الدراسة الثانية: دراسة كوهن (Cohen) وآخرون سنة 1986 استهدفت معرفة ما إذا كان الدعم الاجتماعي المدرك يحمي الأفراد من المزاج الاكتئابي الناشئ من مثيرات المشقة أم لا، وذلك على عينة من طلاب الجامعة قوامها 609 طالب في المدى العمري من 15 إلى 27 سنة بمتوسط 18.17 سنة، وانتهت الدراسة إلى أن الدعم الاجتماعي الذي يدرك الأفراد أنه متاح لهم يؤدي دورا مهما في الوقاية من الآثار السلبية للمشقة (رضوان جاب الله شعبان، 2001، ص ص78-79).

الدراسة الثالثة: دراسة نيلسون (Nelson) عام 1989 حول العلاقة بين الاكتئاب والدعم الاجتماعي وتقدير الذات في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية لدى عينة قوامها 26 مبحوثا في المدى العمري من 61 إلى 95 عاما، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة سلبية بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب (رضوان جاب الله شعبان، 2001، ص80).

الدراسة الرابعة: دراسة دين وآخرون (Dean & al) سنة 1990 حول الدور الوقائي للدعم الاجتماعي من مصادر مختلفة على الاكتئاب، أجريت الدراسة على عينة قوامها 997 فردا من الجنسين (50% لكل منهما) ممن تراوحت أعمارهم بين 50-85 سنة، طبق الباحثون مقياس الأعراض الاكتئابية الدعم الاجتماعي التعبيري، وأحداث الحياة وباستخدام معامل الانحدار أسفرت النتائج على أن أحداث الحياة تؤثر بشكل موجب على زيادة الأعراض الاكتئابية، كما أسفرت النتائج على أن الدعم الاجتماعي المنخفض يرتبط بزيادة الأعراض الاكتئابية بينما ارتبط الدعم الاجتماعي المرتفع بأعراض اكتئابية أقل (فايد علي حسين، كتاب أول، 2001، ص ص344، 345).

الدراسة الخامسة: دراسة بوث (Both) عام 1992 بهدف ما إذا كان تحديد الانخفاض المدرك في درجة الدعم الاجتماعي يمكن أن يسهم في التنبؤ بأعراض الاكتئاب المصاحبة للعلاج من إدمان الكحوليات أم لا، وذلك على عينة قوامها 189 مبحثاً من مدمني الكحوليات الذكور في المدى العمري من 21 إلى 74 عاماً وقد انتهت الدراسة إلى أن انخفاض الدعم الاجتماعي قد أسهم جوهرياً في التنبؤ بالاكتئاب مقارنة بالمنبئات الأخرى كالعصابية وتقدير الذات (رضوان جاب الله شعبان، 2001، ص80).

الدراسة السادسة: دراسة كيل وآخرون (keele & al) عام 1993 على عينة قوامها 30 فرداً من مرضى الالتهاب الرئوي المزمن، وأزواجهم (الزوج، والزوجة)، تبين أن هناك علاقة سلبية بين الدعم الاجتماعي والأعراض الاكتئابية لدى المرضى في حين لم يتضح ذلك لدى الأزواج (رضوان جاب الله شعبان، 2001، ص80).

الدراسة السابعة: دراسة شلدون كوهين وآخرون (Cohen & al) سنة 1997 حول قوة تأثير الدعم الاجتماعي في تعزيز الاستجابة المناعية تضمنت عينة تكونت من 276 فرداً تراوحت أعمارهم بين 18 و 55 سنة تعرضوا لفيروس البرد Rhinovirus وفقاً لإجراءات تجريبية وإكلينيكية دقيقة، وجد الباحث أن 40% من الذين تعرضوا للفيروس أصيبوا بنزلة برد وكان أغليبتهم من الأفراد الذين ليس لديهم علاقات اجتماعية وثيقة وكان أقوى دليل على أهمية الدعم الاجتماعي في تحسن فعالية المناعة هو ما كشفت عنه تحاليل إحصائية إضافية، حيث وجد أن الأفراد الذين يعتمدون على شبكة من العلاقات الحميمة مع أفراد الأسرة والأصدقاء المقربين لهم، ويتلقون دعم اجتماعي وعاطفي جيد كانوا أقل عرضة للإصابة بالعدوى أكثر بكثير من غيرهم الذين يفتقرون إلى روابط اجتماعية وثيقة ولا يتلقون دعم اجتماعي جيد (بخلف عثمان، 2001، ص ص144-145).

الدراسة الثامنة: دراسة عبد الفتاح القرشي سنة 1998 حول دور العلاقات الاجتماعية الطبية والحصول على الدعم الاجتماعي في تخفيف أعراض ما بعد الصدمة وسرعة الشفاء منها على عينة من الكويتيين الذين تعرضوا للاحتلال، حيث وجد أن الأفراد الذين كانت لهم علاقات اجتماعية كثيرة وحصلوا على الدعم الاجتماعي أثناء الاحتلال كانوا أقل عرضاً لاضطرابات ما بعد الصدمة من أقرانهم الذين كانت علاقاتهم الاجتماعية قليلة

ولم يحصلوا على الدعم الاجتماعي بالقدر المناسب (مرسي كمال إبراهيم، 2000، ص 200-201) .

الدراسة التاسعة: دراسة رمضان زعطوط حول علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين بولاية ورقلة بالجزائر على عينة قوامها 276 مريضا مزمنيا منهم 148 مصابا بالسكري و128 مصابا بضغط الدم حيث قام بتطبيق مقياس الاتجاه نحو السلوك الصحي ومقياس الدعم الاجتماعي المدرك وكذلك مقياس الكفاءة الذاتية المدركة حيث وجد أن هناك ارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي والدعم الاجتماعي المدرك وكذلك الكفاءة الذاتية (رمضان زعطوط، 2005).

تبين من خلال هذه الدراسات أن معظمها توصلت إلى نتائج أهمها أن:

- الدعم الاجتماعي يؤدي إلى خفض الأعراض الاكتئابية وبهذا ارتبط الدعم الاجتماعي المرتفع بنقص في الأعراض الاكتئابية، بينما ارتبط الدعم الاجتماعي المنخفض بزيادة في الأعراض الاكتئابية.
 - الدعم الاجتماعي له دور كبير في الوقاية من الآثار السلبية للمشقة.
 - الأحداث الضاغطة مرتبطة بالأعراض الاكتئابية.
 - الدعم الاجتماعي يساعد على تحسين فعالية المناعة الجسمية.
 - للدعم الاجتماعي دور مهم في الشفاء من الأمراض العضوية
- لكن ما يؤخذ على هذه الدراسات أو بالأحرى الجوانب التي أهملتها هذه الدراسات هي:
- استخدام بعض الدراسات لعينات صغيرة الحجم مما يقف عائقا أمام تعميم النتائج.
 - عدم توضيح العلاقة المباشرة بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب؛ أي أنه كيف يمكن للدعم الاجتماعي العمل على تخفيض الأعراض الاكتئابية (الوسيط بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب).
 - عدم توضيح العلاقة بين الدعم الاجتماعي والاكتئاب والمرض العضوي بمعنى العلاقة بين الجانب النفسي والبيولوجي للفرد فلا يمكن إعطاء علاقة مباشرة بين

الجانب النفسي (دعم اجتماعي، اكتئاب) والجهاز المناعي دون معرفة الأجهزة الوسيطة بين هذين الجانبين كالجهاز العصبي والجهاز الغدي.

- عدم توضيح العلاقة المباشرة للدعم الاجتماعي بالمناعة بمعنى آلية تأثير الدعم الاجتماعي على الجهاز المناعي من خلال دراسات تشمل قياس معدل الخلايا المناعية ونشاطها كالخلايا اللمفاوية مثلاً.

4- التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

4-1- **الدعم الاجتماعي المدرك:** هو مدى إدراك الفرد لوجود سند ومساعدة مادية أو معنوية يتلقاها سواء من أفراد عائلته أو أصدقائه أو غيرهم من الناس في مواقف السراء والضراء، وهذا وفقاً لما يقيسه اختبار Zimet, Dahlem, 1988 للدعم الاجتماعي المدرك.

4-2- **الاكتئاب:** هو اضطراب وجداني يتمظهر بأعراض نفسية كالحزن الشديد والمستمر ونقص الاهتمام بالعالم الخارجي وأعراض جسدية كالصداع وضيق التنفس، فقد يكون نتيجة لعوامل نفسية كفقدان شخص عزيز أو عوامل فيزيولوجية كالتهرض لمرض عضوي خطير، إضافة إلى كونه عاملاً مساهماً في التهرض لبعض الاضطرابات والأمراض النفسية والجسدية أو عرضاً مصاحباً لها، وهذا وفقاً لما يقيسه اختبار (Beck) للاكتئاب.

4-3- **المرض الانتاني:** هو مرض يحدث نتيجة تهرض الجسم لميكروبات مختلفة بصورة مستمرة حيث تخلق اختلال في توازن الجسم نتيجة إصابة وسائل الدفاع بالجهاز المناعي مما يسمح بتكاثرها وبالتالي الوقوع في المرض الانتاني (Georges, Pierre Bellicha, 1987,p234).

ويعتبر مرض التهاب الكبد من أكثر الأمراض الانتانية انتشاراً وهو فيروس يصيب الكبد يتسبب في حدوث التهاب له إضافة إلى بعض المضاعفات التي قد تحدث نتيجة التهرض لهذا الفيروس كمختلف التليفات والأورام التي تصيب الكبد ويكون انتقال هذا المرض إما عن طريق الدم أو الاتصال الجنسي.

5- الفرضيات:

بناء على التساؤلات والتحديد الإجرائي للمصطلحات والدراسات السابقة قمنا بصياغة
الفرضيات التالية:

الفرضية الأولى:

توجد علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائياً بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ودرجة
الاكتئاب لدى المصابين بالتهاب الكبد "c".

الفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجة الدعم الاجتماعي المدرك
والاكتئاب لدى المصابين بالتهاب الكبد "c".

الفرضية الثالثة:

توجد علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائياً بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ومعدل
الغلوبيولينات والخلايا المناعية لدى المصابين بالتهاب الكبد "c".

الفرضية الرابعة:

توجد علاقة ارتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين درجة الاكتئاب ومعدل الغلوبولينات
والخلايا المناعية لدى المصابين بالتهاب الكبد "c".

الجانب النظري

الفصل الأول

الدعم الاجتماعي والصحة النفسية

- تمهيد.
- 1- تعريف الدعم الاجتماعي.
- 2- النماذج الرئيسية المفسرة لدور الدعم الاجتماعي.
 - 1-2- نموذج الأثر الرئيسي للدعم الاجتماعي.
 - 2-2- نموذج الأثر الواقي من الضغط.
- 3- أنواع الدعم الاجتماعي.
 - 1-3- الدعم الاجتماعي الوجداني.
 - 2-3- الدعم الاجتماعي المعنوي (الإدراكي).
 - 3-3- الدعم الاجتماعي المعلوماتي.
 - 4-3- الدعم الاجتماعي السلوكي.
 - 5-3- الدعم الاجتماعي المادي.
 - 6-3- دعم التقدير.
 - 7-3- الصحبة الاجتماعية.
- 4- طرق تقديم الدعم الاجتماعي.
 - 1-4- الدعم الاجتماعي الرسمي.
 - 2-4- الدعم الاجتماعي غير الرسمي.
- 5- الدعم الاجتماعي كمتغير وسيط بين الضغوط والصحة النفسية.
- 6- الدعم الاجتماعي وعلاقته بجهاز المناعة.
- 7- الأهمية الطبية للعلاقات الاجتماعية
- خلاصة.

تمهيد :

يكمن الدعم الاجتماعي في مدى توفر علاقات اجتماعية لدى الفرد بحيث تقدم له هذه العلاقات مختلف المساعدات والعون الذي يحتاجه، وللدعم الاجتماعي أهمية كبيرة في حياة الفرد نظرا لارتباطه الايجابي بالصحة النفسية والجسمية، فهو من جهة يعتبر وسيلة للتخفيف من شدة الضغوط التي يعاني منها الفرد مما يجعله يكتسب طابعا نفسيا ايجابيا يتجه نحو تحقيق الصحة النفسية، ومن جهة أخرى يمكن اعتباره من أهم الأساليب المساعدة على مواجهة الاضطرابات العضوية التي تصيب الفرد والتخفيف من حدة الآثار السلبية التي قد تحدثها هذه الاضطرابات على الأفراد، وسنتناول في هذا الفصل كلا من تعريف الدعم الاجتماعي، النماذج المفسرة لدوره، أنواعه وطرق تقديمه إضافة إلى علاقاته بالضغوط والصحة النفسية وعلاقته بالجهاز المناعي، وكذلك الأهمية الطبية للعلاقات الاجتماعية.

1- تعريف الدعم الاجتماعي:

يعتبر الدعم الاجتماعي من ضمن المتغيرات التي يختلف الباحثون حول تعريفها وفقا لتوجهاتهم النظرية، وفيما يلي نذكر أهم تعاريف الدعم الاجتماعي.

- **تعريف ساراسون وزملائه (Sarasson & al):** "الدعم الاجتماعي هو الاعتقاد بوجود بعض الأشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق فيهم، والذين يتركون لديه انطباعا بأنهم يحبونه ويقدرونه ويمكن اللجوء إليهم والاعتماد عليهم عندما يحتاجهم" (عبد الله سيد معتز، 2000، ص25).

- **تعريف كوب (Cobb):** "الدعم الاجتماعي هو الرغبة في الاقتراب من الأشخاص المهمين الذين يمكنهم تقديم المعلومات والحقائق التي تشير إلى الحب والتقدير والالتزام أو التعهد المتبادل" (عبد الله سيد معتز، 2000، ص25).

- **تعريف ليبرمان (Libarman):** "الدعم الاجتماعي مفهوم أضيق بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية، حيث يعتمد الدعم الاجتماعي في تقديره على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الأطر التي تشتمل على الأفراد الذين يتقنون ويستندون على علاقاتهم بهم" (فايد علي حسين، كتاب أول، 2001، ص338).

- **تعريف ليبور (Lepore):** "الدعم الاجتماعي هو الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة وخاصة شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم شبكة العلاقات الاجتماعية - في الغالب - الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل، وليست كل شبكات العلاقات الاجتماعية دعما، بل الدعم منها يميل إلى مساندة صحة ورفاهية متلقي الدعم" (فايد علي حسين، كتاب أول، 2001، ص338).

- **تعريف ليفي وجانلين وبلاني (Leavy, Ganellent & Blany):** "الدعم الاجتماعي هو إمكانية وجود أشخاص مقربين للأسرة والأصدقاء (الزوجة- الجيران) يحبون الفرد ويهتمون به ويقفون بجانبه عند الحاجة" (دسوقي حسين محمود راوية، 1996، ص45).

- **تعريف ثويتس (Thoits):** "الدعم الاجتماع هو مجموعة فرعية من الأشخاص، في إطار الشبكة الكلية للعلاقات الاجتماعية للفرد، والذين يعتمد عليهم للمساعدة الاجتماعية

العاطفية والمساعدة الإجرائية أو كليهما" (الشناوي محروس محمد، عبد الرحمان السيد محمد، 1994، ص4).

- **تعريف مرسى إبراهيم كمال:** "الدعم الاجتماعي يقصد به مساعدة الإنسان لأخيه الإنسان في مواقف يحتاج فيها إلى المساعدة والمؤازرة، سواء كانت مواقف سراء (نجاح و تفوق) أو مواقف ضراء (فشل و تأزم)، فالإنسان يحتاج في مواقف السراء إلى من يشاركه أفراحه وسعادته بالنجاح، ويشعره بالاستحسان والتقدير لهذا النجاح والتوفيق، فيزداد به سعادة وسرورا ويحتاج في مواقف الضراء إلى من يواسيه ويخفف عنه آلام الإحباط، ويأخذ بيده في مواقف العوائق والصعوبات، ويلتمس له عذرا في الأخطاء، ويشاركه الأحزان في المصائب، ويساعده في الشدائد، ويشد أزره في الأزمات والنكبات، ويشجعه على التحمل والصبر والاحتساب في هذه المواقف، فيتخلص الشخص من مشاعر الجزع واليأس والسخط والحزن والخوف والغضب والظلم قبل أن تؤذيه نفسيا وجسميا ويحمي نفسه من أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة Post- Trauma syndromes disorders، أو تظهر لمدة قصيرة وتختفي قبل أن تضعف أجهزة المناعة النفسية والجسمية عند المصدوم أو المبتلى (مرسى إبراهيم كمال، 2000، ص196، 197).

كما يشير مفهوم الدعم الاجتماعي إلى مشاعر ايجابية مختلفة وهي (يخلف عثمان، 2001، ص137، 138):

- إحساس الفرد بالقيمة.

- إحساس بتقدير الذات.

- وإحساس بالاحترام والعناية من خلال السند العاطفي أو المادي أو المعنوي الذي يستمده من الآخرين في بيئته الاجتماعية والثقافية.

تشير هذه التعاريف في مجملها إلى كون الدعم الاجتماعي يتعلق بمدى إقامة العلاقات الاجتماعية في البيئة المحيطة بالفرد، والشعور بالسند الذي تقدمه هذه العلاقات ومنه يعرف الدعم الاجتماعي على أنه إدراك الفرد لوجود سند مادي أو معنوي أو معلوماتي أو توجيهي من خلال علاقاته الاجتماعية في الوسط الأسري، أو وسط

الأصدقاء وغيرها من الأوساط التي يتعامل معها الفرد (أثناء العمل، الدراسة، العلاج، ...الخ) . سواء في مواقف السراء أو مواقف الضراء.

2- النماذج الرئيسية المفسرة لدور الدعم الاجتماعي:

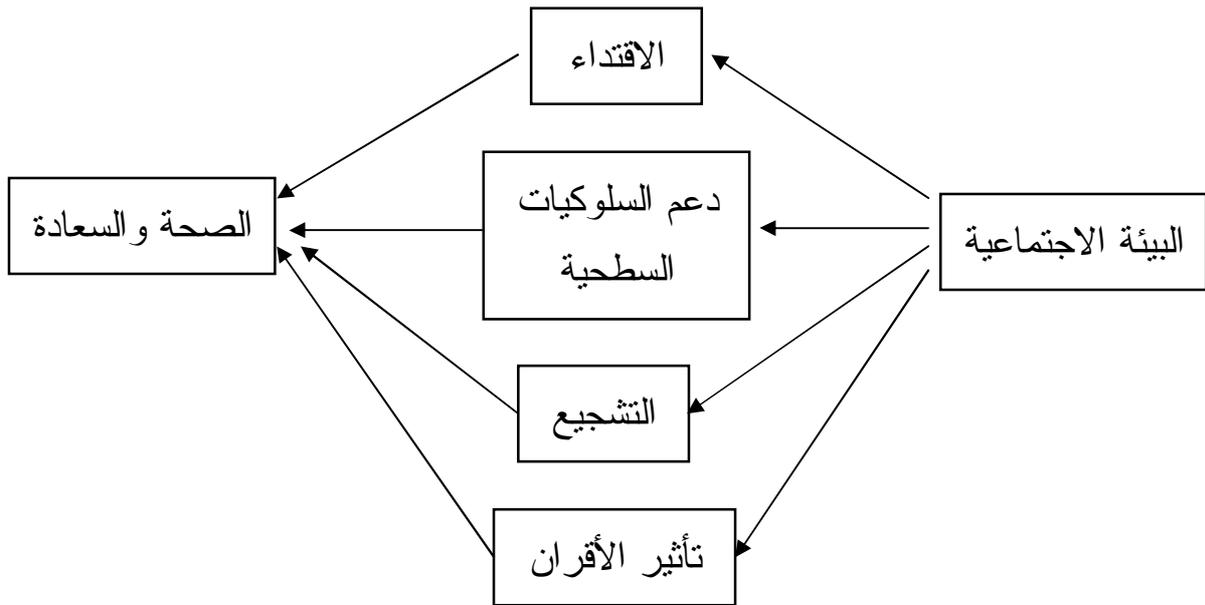
هناك عدة نماذج لتفسير الدعم الاجتماعي نذكر منها:

1-2- نموذج الأثر الرئيسي للدعم: يفترض هذا النموذج أن الدعم يرتبط أساسا بالأشخاص الذين يقعون تحت ضغط، ويعرف هذا بنموذج التخفيف أو الحماية، حيث ينظر إلى الدعم على أنه يعمل على حماية الأشخاص الذين يتعرضون لضغوط، من احتمال التأثير الضار لهذه الضغوط، حيث أن هناك أثر عام ومفيد للدعم الاجتماعي على الصحة البدنية والنفسية يمكن أن يحدث لأن الشبكات الاجتماعية الكبيرة يمكن أن تزود الأشخاص بخبرات إيجابية منتظمة ومجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافأة من المجتمع، وهذا النوع من الدعم يمكن أن يرتبط بالسعادة، حيث أنه يوفر حالة إيجابية من الوجدان وإحساسا بالاستقرار في مواقف الحياة، والاعتراف بأهمية الذات . كذلك فإن التكامل في الشبكة الاجتماعية يمكن أن يساعد أيضا في تجنب الخبرات السالبة (المشكلات المالية والقانونية ...) والتي من الممكن - بدون وجود الدعم - أن تزيد من احتمال حدوث الاضطراب النفسي أو البدني ويصور هذا النموذج للدعم من وجهة نظر سوسولوجية على أنه تفاعل اجتماعي منظم أو الانغماس في الأدوار الاجتماعية . أما من ناحية الواجهة السيكولوجية فإنه ينظر للدعم على أنه تفاعل اجتماعي واندماج اجتماعي، ومكافأة العلاقات ومساندة الحالة، وهذا النوع من الدعم الخاص بالشبكة الاجتماعية يمكن أن يرتبط بالصحة البدنية عن طريق آثار الانفعال على الهرمونات العصبية، أو وظائف جهاز المناعة، أو عن طريق التأثير على أنماط السلوك المتصل بالصحة مثل تدخين السجائر وتعاطي الخمر أو البحث عن المساعدة الطبية (الشناوي محروس محمد، عبد الرحمان السيد محمد، 1994، ص ص 36-37).

ويركز هذا النموذج على فكرة التأثير المباشر الذي يمارسه الدعم الاجتماعي على السلوك، الأمر الذي يدفع الناس حسب هذا النموذج لممارسة سلوكيات صحية سليمة كالتغذية الصحية مثلا وممارسة الرياضة والعادات الصحية الأخرى التي تحافظ على صحة الإنسان تحميه من اضطرابات عضوية ونفسية محتملة، إضافة إلى كون العلاقات

الحميمة والروابط الوثيقة تعزز الكفاية الذاتية وتقدير الذات التي بدورها تخدم صحة الفرد الجسمية والنفسية (يخلف عثمان، 2001، ص146)، وبالتالي فإن هناك علاقة عالية بين صحة الفرد العضوية والنفسية، وطبيعة علاقاته مع الآخرين . فالعلاقة الطيبة التي يتمكن الفرد من خلالها تلقي الدعم المادي والمعنوي وإشباع حاجاته تساعد على الحفاظ على صحته العضوية والنفسية، وترفع من معنوياته (يحياوي محمد، 2003، ص530).

وعلى العموم فإنه يمكن القول أن الدعم الاجتماعي ذو تأثير ايجابي على الصحة النفسية والجسمية للفرد ويوضح الشكل التالي التصور الأساسي لهذا النموذج (رضوان جاب الله شعبان، هريدي محمد عادل، 2001، ص75)



شكل (1) يوضح نموذج الآثار الرئيسية للدعم الاجتماعي (رضوان جاب الله شعبان، هريدي محمد عادل، 2001، ص75).

- من خلال هذا الشكل نلاحظ أن البيئة الاجتماعية بإمكانها توفير مجموعة من العوامل الايجابية التي يمكنها تحقيق الصحة والسعادة، ومنه يمكننا القول أن تحقيق الصحة النفسية والبدنية يعتمد على ما هو موجود وموفر في الوسط الاجتماعي أي أن هناك تكامل بين الجانب الاجتماعي للفرد والجانب النفسي والجسمي، فالوصول إلى الصحة النفسية والجسمية يعني توفير عوامل صحية كالإقتداء، دعم السلوكيات السطحية، التشجيع وتأثير الأفراد والتي تعتبر كوسائط بين البيئة الاجتماعية والصحة والسعادة.

2- نموذج الأثر الوافي من الضغط:

يرى لازاروس 1996 ولازاروس ولونير 1978 (Lazarus & Launier) إن الضغط ينشأ عندما يقدر شخص ما موقفا يتعرض له على أنه مهدد أو ملح بينما لا تكون لديه الاستجابة المناسبة للتعامل وفي رأي سيلز Sells أن هذه المواقف هي تلك التي يدرك فيها الشخص أنه من الضروري أن يستجيب للموقف ولكن الاستجابة المناسبة لا تكون متاحة له بشكل مباشر . وتشمل الآثار المباشرة الناتجة عن تقدير الفرد للموقف الضاغط الجوانب الوجدانية السلبية، وازدياد الاستجابة الفزيولوجية والتكيفات السلوكية، وعلى الرغم من أن حادثا ضاغطا واحدا قد لا يفرض مطالب كثيرة على القدرة على التعامل مع الموقف لدى كثير من الأشخاص، إلا أنه عندما تتجمع مشكلات متعددة وتكون مستمرة ومجهدة لقدرة الفرد على حل المشكلة فانه من الممكن أن تحدث اضطرابات خطيرة (الشناوي محروس محمد، عبد الرحمن السيد محمد، 1994، ص38).

ويفترض هذا النموذج أن أحداث الحياة المثيرة للمشقة التي يتعرض لها الأفراد في حياتهم اليومية ذات تأثير سلبي على صحتهم النفسية والبدنية، وأن العلاقات الاجتماعية المساندة تقوي الفرد وتحول دون حدوث هذه التأثيرات السلبية للمشقة عليه . ومن ثم فان الدعم الاجتماعي وفقا لهذا النموذج يرتبط بالصحة لدى الأفراد الذين يخبرون أحداثا مثيرة للمشقة (رضوان جاب الله شعبان، هريدي محمد عادل، 2001، ص76)، ومنه فان العلاقات الاجتماعية الحميمة تعزز سلوكيات ايجابية أو استجابات عصبية غددية مناسبة

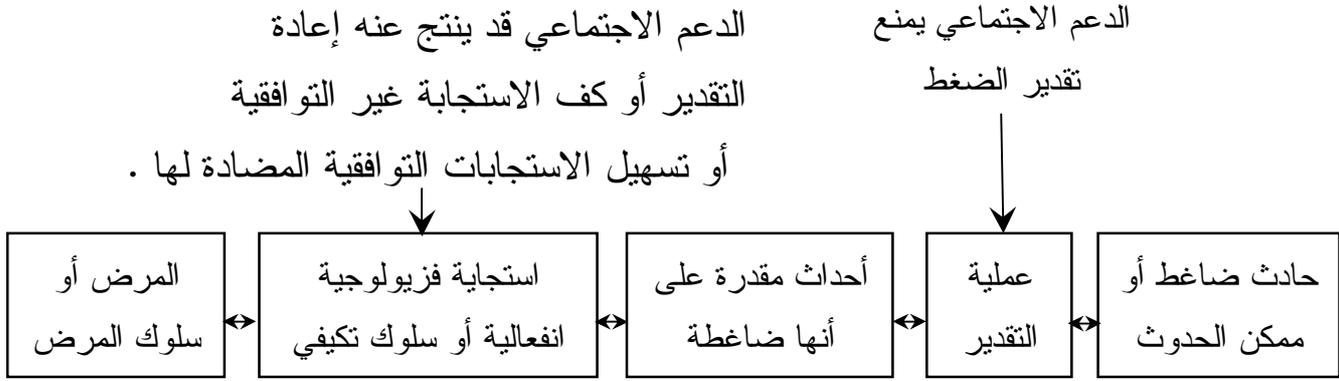
التي تحافظ بدورها على نشاط الجسم الفسيولوجي السليم في وجه الضغوط المدمرة والمخاطر الصحية الأخرى التي تهدد صحة الإنسان وعافيته . بعبارة أخرى ما يقترحه هذا النموذج هو أن الدعم الاجتماعي جانب من الجوانب الهامة لعملية إدارة الضغوط، أي أنه عبارة عن آلية تخفيف الضغوط أو مفتاحها. وهذا ما يفسر القيمة الوقائية أو العلاجية للعلاقات الاجتماعية الحميمة والقوية (يخلف عثمان، 2001، ص146).

وتشتمل الآليات التي تربط الضغط بالمرض على سلسلة من الإختلالات للهرمونات العصبية أو لوظيفة الجهاز المناعي، وتغيرات مميزة من السلوكيات المتصلة بالصحة (إدمان الخمر، نقص التغذية ...) أو مجموعة من الإخفاق في الاهتمام بالنفس ويلاحظ أن التعريف الخاص بالضغط يربط بدقة بين الضغط المقدر ومشاعر انعدام القدرة، وإمكان فقدان تقدير الذات . وتتسأ مشاعر انعدام القدرة (قلة الحيلة أو العجز) من انعدام القدرة المدركة للتعامل مع المواقف التي تتطلب استجابة فعالة، وقد يحدث فقدان التقدير للدرجة التي يعزو الشخص الإخفاق في التعامل مع الضغط بشكل مناسب لقدرته الذاتية أو للسماة الشخصية المستقرة بدلا من إرجاعه لسبب خارجي . ومنه فان الدور الذي يقوم به الدعم الاجتماعي في هذه السلسلة يمكن أن ينحصر في موضعين هما (الشناوي محروس محمد، عبد الرحمن، عبد الرحمن السيد محمد، 1994، ص ص 38-39):

الموضع الأول: يمكن للدعم الاجتماعي أن يتدخل بين الحادث الضاغط (أو توقع هذا الحادث) وبين رد فعل الضغط، حيث يقوم بتخفيف أو منع استجابة تقدير الضغط بمعنى أن إدراك الشخص أن الآخرين يمكنهم أن يقدموا له الموارد والإمكانات اللازمة قد يجعله يعيد تقدير إمكانية وجود ضرر نتيجة للموقف أو تقوى لديه القدرة على التعامل مع المطالب التي يفرضها عليه الموقف ومن ثم فان الفرد لا يقدر الموقف على أنه شديد الضغط.

الموضع الثاني: أن الدعم المناسب قد يتدخل بين خبرة الضغط وظهور حالة مرضية، وذلك عن طريق تقليل أو استبعاد رد فعل الضغط أو بالتأثير المباشر على العمليات الفزيولوجية؛ وقد يزيل الدعم الأثر المترتب على تقدير الضغط عن طريق تقديم حل للمشكلة، وذلك بالتخفيف أو التهوين من الأهمية التي يدركها الشخص لهذه المشكلة حيث

يحدث كبح للهرمونات العصبية بحيث يصبح الشخص أقل استجابة للضغط المدرك أو عن طريق تيسير السلوكيات الصحية السليمة والشكل الموالي يوضح هذه العلاقة.



شكل (2): يوضح العلاقة السببية بين الضغط والمرض ونقاط عمل الدعم الاجتماعي

(الشناوي محروس محمد، عبد الرحمان السيد محمد، 1994، ص39).

3- أنواع الدعم الاجتماعي:

توجد أنواع مختلفة من الدعم الاجتماعي أهمها ما يلي:

3-1- الدعم الاجتماعي الوجداني: هو إظهار مشاعر الثقة والحب والحنان للآخرين (Line Beure Gard, 1996, p57)، كما يعرف على أنه دعم وسند نفسي يجده الإنسان في وقوف الناس معه، ومشاركتهم له أفراحه وأحزانه، وتعاطفهم معه واتجاهاتهم نحوه واهتمامهم بأمره مما يجعله يشعر بالثقة في نفسه وفي الناس، فيزداد فرحا في السراء ويزداد صبورا وتحملا في الضراء (مرسي ابراهيم كمال، 2000، ص197).

3-2- الدعم المعنوي (الإدراكي): هو دعم نفسي يجده الإنسان في كلمات التهاني والثناء عليه في السراء، وفي عبارات المواساة والشفقة في الضراء، فيجد في تهنئة الناس له الاستحسان والتقدير والتقبل والحب المتبادل، ويجد في مواساتهم له التخفيف من مشاعر التوتر والقلق والسخط والجزع، والتشجيع على التفكير فيما أصابة بطريقة تفأؤلية فيها رضا بقضاء الله وقدره (مرسي ابراهيم كمال، 2000، ص197).

3-3- الدعم المعلوماتي: يشمل تقديم المعلومات ووجهات النظر أو الآراء والنصائح (Line Beure Gard, 1996, p57) بحيث تجعل هذه المعلومات الفرد أكثر تبصرا بعوامل النجاح أو الفشل، فيزداد قدرة على مواصلة النجاح وعلى تحمل الفشل والإحباط،

بل قد يجد في النصائح ما يساعده على تحويل الفشل إلى نجاح (مرسي ابراهيم كمال، 2000، ص17).

وهذا النوع من الدعم يساعد على تحديد وفهم التعامل مع المشاكل والأحداث الضاغطة ويطلق عليه أحيانا النصح Advice والتوجيه المعرفي Cognitive Guidance (الشناوي محروس محمد، عبد الرحمان السيد محمد، 1994، ص40).

3-4- الدعم السلوكي: يشير إلى المشاركة في المهام والأعمال المختلفة بالجهد البدني (رضوان جاب الله شعبان، هريدي محمد عادل، 2001، ص73).

3-5- الدعم المادي: يتمثل في إمداد الفرد بالمساعدة المادية أو العون المادي (يخلف عثمان، 2001، ص139).

3-6- دعم التقدير: هذا النوع من الدعم يكون في شكل معلومات بأن هذا الشخص مقدر ومقبول، ويتحسن تقدير الذات بأن تنقل للأشخاص أنهم مقدرون لقيمتهم الذاتية وخبراتهم وأنهم مقبولون بالرغم من أي صعوبات أو أخطاء شخصية، وهذا النوع من الدعم يشار إليه أيضا بمسميات مختلفة مثل الدعم النفسي، والدعم التعبيري، ودعم تقدير الذات ودعم التنفيس والدعم الوثيق (الشناوي محروس محمد، عبد الرحمان السيد محمد، 1994، ص40).

3-7- الصحبة الاجتماعية: تشتمل على قضاء بعض الوقت مع الآخرين في أنشطة الفراغ والترويح، وهذا الدعم قد يخفف الضغوط من حيث أنه يشبع الحاجة إلى الانتماء والاتصال مع الآخرين، وكذلك بالمساعدة على إبعاد الفرد عن الانشغال بالمشكلات أو عن طريق تيسير الجوانب الوجدانية الموجبة، ويشار إلى هذا النوع من الدعم أحيانا بأنه دعم الانتشار والانتماء (الشناوي محروس محمد، عبد الرحمان السيد محمد، 1994، ص40).

4- طرق تقديم الدعم الاجتماعي:

يحصل الإنسان على الدعم الاجتماعي إما بشكل رسمي أو غير رسمي:

4-1- الدعم الاجتماعي الرسمي: يقوم بتقديمه أخصائيو نفسيون واجتماعيون مؤهلون في مساعدة الناس في الأزمات والنكبات والمشكلات، إما عن طريق مؤسسات حكومية

متخصصة، أو جمعيات أهلية متطوعة، حيث يهرع هؤلاء الأخصائيون إلى تقديم الدعم الاجتماعي للمتضررين لتخفيف آلامهم ومعاناتهم ومشاكلهم في مواقف الأزمات . ويشمل الدعم الاجتماعي الرسمي تقديم الإرشاد النفسي والاجتماعي في حل المشكلات، وتقديم المساعدة المادية - المالية والعينية- للمتضررين بهدف التخفيف عنهم والأخذ بأيديهم في هذه المواقف الصعبة . وتحرص جميع المجتمعات على توفير الدعم الاجتماعي، ومراكز الإسعافات الأولية والخطوط التليفونية و مجالس إدارة الأزمات وشرطة النجدة والإطفاء وغيرها (مرسي ابراهيم كمال، 2000، ص198).

والجدير بالذكر أن الاستفادة من الدعم الاجتماعي لا يتم بصفة عشوائية بمعنى أن كل من هو بحاجة إلى المساعدة يتلقاها بغض النظر عن انتماءاته الاجتماعية ومكانته في الجماعة، بل تلقي الدعم الاجتماعي تحكمه طبيعة وبنية الشبكة الاجتماعية التي تحيط بالفرد؛ أي طبيعة العلاقات التي تربطه بالآخرين في أسرته وفي المجتمع الذي يعيش فيه. وهذه الروابط تختلف في كثير من الخصائص منها (يخلف عثمان، 2000، ص140):

- **الحجم:** عدد الأفراد الذين يتفاعل معهم الشخص وقيم معهم علاقات اجتماعية متوازنة.
- **التركيب:** هل الأشخاص الذين يقيم معهم علاقات هم أقارب أم أصدقاء أم زملاء في العمل.
- **الألفة:** إلى أي مدى تتسم علاقاته مع الآخرين ضمن الشبكة الاجتماعية التي تحيط به بالألفة والثقة المتبادلة.
- **الاستقرار:** إلى أي مدى تتسم علاقاته مع الآخرين من الذين يحيطون به بالاستقرار والاستمرار في الزمن بحيث تكون علاقاته متينة وقوية.

4-2- الدعم الاجتماعي غير الرسمي: هو مساعدة يحصل عليها الإنسان من الأهل والأصدقاء والزملاء والجيران بدوافع المودة والمحبة والمصالح المشتركة، والالتزامات الأسرية والاجتماعية والأخلاقية والإنسانية والدينية، حيث يساند القريب قريبه أو الصديق صديقه أو الزميل زميله أو الجار جاره مساندة متبادلة ويقدم الدعم الاجتماعي غير الرسمي بعدة طرق، من أهمها تبادل الزيارات والاتصالات التليفونية والمراسلات،

والتجمع في الأعياد والمناسبات، وتقديم الهدايا والمساعدات المالية والعينية في الأزمات والنكبات (مرسي ابراهيم كمال، 2000، ص198).

يشكل الدعم الاجتماعي أهمية كبيرة في التكامل والتوافق بين الأفراد حيث يظهر بأشكال نوعية وخاصة حسب طبيعة كل مجتمع وبنائه أين يكون نظام العلاقات ثابت نسبيا بين الأفراد تسوده مجموعة من المعايير والقواعد والقيم حسب طبيعة الثقافة السائدة، فالدعم الاجتماعي لا يتطور بطريقة عشوائية بين الأفراد وإنما يخضع لمجموعة من التنظيمات الاجتماعية

(Isabelle Parizot, Jean Michel Wachs Berger, 2005, p4).

فالعلاقات الاجتماعية تعتبر حتمية اجتماعية لا بديل عنها، إذ لا يمكن للفرد أن يكتسب مختلف الصفات الاجتماعية والتشبع بأصول المعرفة وقيم التراث الثقافي بدون التعامل مع غيره من أفراد المجتمع الذي ينتمي إليه، وربط علاقات اجتماعية مع أفراد المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه فكلما كانت حاجات الفرد وظروفه الشخصية تقتضي إقامة علاقات مع أشخاص يمكنه إشباع حاجاته بواسطتهم، كلما سعى هذا الفرد إلى إقامة هذه العلاقات، وكلما توافقت حاجات الأفراد وتوفرت إمكانية تبادل الإشباع، كلما ساعد ذلك على توطيد العلاقة بينهم (يحياوي محمد، 2003، ص 530-532).

5- الدعم الاجتماعي كمتغير وسيط بين الضغوط والصحة النفسية:

إن أحداث الحياة المثيرة للمشقة تقوم بدور هام في نشأة بعض الاضطرابات النفسية وخاصة أعراض القلق والاكتئاب، ومن ثم فهي بمثابة متغيرات نفسية اجتماعية تسهم في اختلال الصحة النفسية لدى الأفراد، ولكن وجد أن هناك متغيرات في السياق النفسي الاجتماعي للأفراد، يمكن أن تقوم بدور الحماية أو الوقاية من الدور السلبي الذي تقوم به الأحداث والمواقف السلبية التي يتعرضون لها، وقد يمتد دور هذه المتغيرات إلى الإسهام في العلاج، حيث تؤدي إلى خفض الآثار السلبية لتلك الأحداث المنفردة على الصحة النفسية . وقد حظي الدعم الاجتماعي باهتمام كبير من جانب الباحثين، من بين هذه المتغيرات النفسية الاجتماعية اعتمادا على مسلمة مفادها أن الدعم أو المؤازرة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من خلال الجماعات التي ينتمي إليها كالأسرة، والأصدقاء

والزملاء في المدرسة أو الجامعة أو النادي، تقوم بدور كبير في خفض الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها (رضوان جاب الله شعبان، 1999، ص235).

ومن الأمور الأساسية في علم نفس الصحة ذلك الفرض الذي ينص على أن "الدعم الاجتماعي من الآخرين الموثوق فيهم له أهمية رئيسية في مواجهة أحداث الحياة الهامة، وأن الدعم الاجتماعي يمكن أن يخفف أو يستبعد عواقب هذه الأحداث على الصحة". ومن منظور سوسولوجي، ينظر إلى الدعم الاجتماعي في ضوء عدد وقوة علاقات الفرد بالآخرين وتركيب الشبكة الاجتماعية للفرد، بأنها قد ترفع من مستوى الصحة بتقديم أدوار ثابتة باعثة على المكافأة والارتقاء بالسلوك الصحي، والإبقاء على أداء ثابت خلال فترات التغيير السريع حيث يذهب كيترونا وراسيل (Cutrona & Russell) 1990 إلى أن الدعم الاجتماعي وإتاحة علاقات اجتماعية مرضية - تتميز بالحب، والود، والثقة- تعمل كحواجز أو مصدات ضد التأثير السلبي لضغوط الحياة على الصحة الجسمية والنفسية (فايد علي حسين، كتاب أول، 2001، ص242).

ومن هنا يمكن اعتبار أن الدعم الاجتماعي هو متغير هام في الوقاية وتنمية الصحة بجوانبها النفسية والعضوية، حيث أثبتت دراسات علمية طبية وبائية حديثة الفوائد الصحية الوقائية والإنمائية للدعم الاجتماعي على صحة وسلامة العقل والجسم وتشير أحدث التقارير الطبية في هذا الشأن أن الأشخاص الذين لا يقيمون علاقات اجتماعية طيبة مع الآخرين ولا يتلقون دعماً اجتماعياً هم عرضة أكثر من غيرهم للإصابة باضطرابات فسيولوجية ومشكلات صحية مزمنة . وقد اقترن مفهوم الدعم الاجتماعي تاريخياً بمجال الصحة النفسية المجتمعية حيث اتجهت الإجراءات الوقائية في هذا السياق نحو تشجيع الروابط الاجتماعية الايجابية للحد من انتشار الاضطرابات النفسية والسلوكية في المجتمع الأمريكي، وفي هذا الشأن قام جورج كبلان (kaplan) 1974 بوضع نموذج نظري للصحة النفسية ذو طابع ايكولوجي يتضمن التركيز على أهمية المتغيرات النفسية الاجتماعية في الحد من حدوث الاضطرابات النفسية وفي منع انتشارها بين الفئات الاجتماعية (بخلف عثمان 2001، ص141).

ولقد لوحظ وجود علاقة ثابتة للاضطرابات النفسية مع عوامل معينة مثل الحالة الزوجية والهجرة الجغرافية والعزلة الاجتماعية، ولقد أظهرت مقارنة شبكة العلاقات

الاجتماعية لدى المرضى والأسوياء أن الذهانيين لديهم علاقات اجتماعية ضيقة جدا والعصابيين علاقاتهم ضعيفة متناثرة مقارنة بالأسوياء، وفي مقارنة مرضى الاكتئاب بالأسوياء كانوا أكثر شعورا بالوحدة نظرا لغياب الدعم الاجتماعي، ويبنى الباحثون أملا كبيرا على الأهمية العلمية في إمكانية أن الدعم الاجتماعي يمكن أن يكون له دور في التنمية الصحية، حيث أن التحسن في شبكة العلاقات الاجتماعية يسبب تحسنا ملحوظا في المرض النفسي، وهذا ما كشفت عنه دراسة تطبيق برنامج لتحسين شبكة العلاقات الاجتماعية للمرضى النفسيين، حيث لوحظ أن العزلة الاجتماعية مرتبطة بالانتكاس المبكر للمرضى الذهانيين، وان عدم الزواج شائع بين الفصاميين، ولم تكن شبكة العلاقات الاجتماعية غير المناسبة الوحيدة التي لها تأثير على مآل الفصام ولكن صفات معينة لهؤلاء المرضى تضعف شبكاتهم الاجتماعية وتسبب عزلتهم أكثر، ولقد نجح البرنامج العلاجي في تقليل الأعراض لدى المرضى من خلال تحسين شبكة العلاقات الاجتماعية، وهذا له دور هام في الانطباعات اتجاه الخدمات الطب نفسية المبنية على قاعدة مجتمعية (حمودة عبد الرحمن محمود، 2000، ص 259).

ووفقا لهذه النتائج، تعد المساندة أو الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد من الآخرين سواء في الأسرة أو خارجها، عاملا هاما في صحته النفسية، ومن ثم يمكن التنبؤ بأنه في ظل غياب هذا الدعم أو انخفاضه، يمكن أن تنشط الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد بما يؤدي إلى اختلال الصحة النفسية لديه (رضوان جاب الله شعبان، 1999، ص 236).

6- الدعم الاجتماعي وعلاقته بجهاز المناعة:

يشمل الدعم الاجتماعي شبكة علاقات الفرد في الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه والتي تدل على أهمية مختلف تفاعلاته مع الأفراد من أجل تحقيق صحة نفسية وجسمية جيدة (www.pwhce.ca) فمن خلال علاقات الفرد بالآخرين يستطيع أن يحصل على العديد من صور الدعم الاجتماعي كالدعم العاطفي المتمثل في إعطاء الفرد الاهتمام والحب والإصغاء إليه باهتمام والمساعدة في حل مشاكله وعدم التخلي عنه في أوقات الأزمات (السيسي حسين علي شعبان، 2002). وقد أثبتت العديد من الأبحاث علاقة الدعم الاجتماعي لا سيما العاطفي منه بالجانب البيولوجي لدى الفرد، حيث ارتبط تلقي مستوى

مرتفع من الدعم الاجتماعي بنشاط الجهاز المناعي وبالقدرة على مقاومة بعض الأمراض العضوية وسرعة الشفاء منها، حيث يعتبر الدعم الاجتماعي من العوامل المقوية والمنشطة للجهاز المناعي (www.john libbey.eurotent.fr).

ونقصد بالمناعة الجسمية لدى الفرد هي القدرة على مقاومة مختلف الانتانات التي قد تصيب الجسم من خلال مختلف التفاعلات التي تعمل على إزالة الأجسام الدخيلة عن الجسم ويتم هذا عن طريق الجهاز المناعي

(Jean François Bach & Pphilippe Lesavre, 1989, p1).

ويتكون الجهاز المناعي من قسمين: مركزي ويحتوي على الغدة السعترية التي يتم بها إنتاج ونضج الخلايا اللمفاوية ونقي العظم الذي يعتبر مصدر للخلايا اللمفاوية المختلفة (Jean François Bach & Philippe Lesavre, 1989, pp24- 25).

وقسم محيطي يتكون من الطحال والعقد اللمفاوية، يؤمن هذا الجهاز سلامة الجسم من التعرض لمختلف الميكروبات وما تسببه من أضرار بواسطة خلايا مناعية مختلفة كخلايا اللمفاوية البائية B والتائية T والخلايا البلعمية وكذلك الخلايا الطبيعية القاتلة NK إضافة إلى خلايا أخرى وهي خلايا تنشط أثناء تعرض الجسم لدخول جسم غريب كالفيروسات أو الطفيليات، أو البكتيريا ... الخ.

بالإضافة إلى تواجد ما يعرف بالغلوبيولينات المناعية والتي تتضمن 5 أنواع هي: (IgD, IgE, IgA, IgM, IgG) والتي من وظائفها تثبيط بعض الميكروبات والعمل على القضاء عليها (Grobowski, pp807- 808).

لقد أيدت الدراسات التأثير القوي للدعم الاجتماعي على جهاز المناعة الجسمية في مواقف الأزمات أو المصائب، حيث وجد الباحثون أن جهاز المناعة عند الإنسان يضعف عندما يواجه الأزمات والنكبات والصدمات بمفرده دون دعم من الآخرين مما يجعله عرضة للقلق والاكتئاب، والتي قد تدفعه إلى زيادة التدخين، وتعاطي الخمر والمخدرات والحبوب النفسية وقد يعاني من الأمراض السيكوسوماتية ويكون عرضة للانتحار أو الحوادث أو الإصابات، أما إذا وجد الإنسان الدعم الاجتماعي في الأزمات فإن جهاز المناعة عنده يستعيد عافيته بسرعة بفضل المناعة الإضافية التي تتولد من مشاعر الأمن

والطمأنينة والرضا عن الناس، التي تسهم بدورها في تحويل مشاعره السلبية وأفكاره الانهزامية في موقف الصدمة إلى مشاعر ايجابية وأفكار جيدة تدفعه إلى الصبر والتحمل (مرسي إبراهيم كمال، 2000، ص199).

وربما كان أقوى دليل على أهمية الدعم العاطفي إكلينيكيًا ما خرجت به الدراسة التي أجريت على مجموعة من النساء المريضات بسرطان الثدي في أثناء علاجهن في كلية طب جامعة ستانفورد، حيث عاد السرطان وانتشر بعد العلاج الأولي الذي يتم غالبًا بالجراحة، كانت المسألة من المنظور الإكلينيكي مجرد وقت قبل أن تموت المريضات بالسرطان المنتشر في أجسامهن، لكن الدكتور ديفيد شبيجل (David Spiegel) رئيس فرقة هذه الدراسة أصابه الدهول والمجموعة الطبية المعاونة لها وللنتائج التي خرجت بها هذه الدراسة، فقد عاشت النساء المصابات بسرطان الثدي المتقدم واللاتي يجتمعن أسبوعياً مع صديقاتهن، ضعف عمر المريضات اللاتي واجهن المرض وحدهن، فما سبب الاختلاف على الرغم من أن كل المريضات حصلن على الرعاية الطبية نفسها؟ كان الاختلاف هو اعتياد بعض المريضات الذهاب إلى مجموعة من النساء يستطعن التخفيف عن آلامهن، بتفهم محتنتهن، ولديهن الرغبة في الاستماع إلى مخاوفهن وآلامهن وغضبهن، كانت هذه اللقاءات هي المكان الوحيد الذي تستطيع فيه المريضات التنفيس عن انفعالاتهن بلا تحفظ لأن الأخريات يخشين التحدث معهن حول مرض السرطان وتوقع قرب وفاتهن.

وجدت الدراسة أن المريضات اللاتي اعتدن حضور تلك المجموعات عشن 37 شهراً في المتوسط بعد العملية، بينما ماتت المريضات اللاتي لم يذهبن إلى تلك المجموعات بعد 19 شهراً في المتوسط، أي أن المريضات في المجموعة الأولى كسبن من العمر مدة أطول دون أدوية أو علاج طبي آخر وقد فسر الطبيب النفسي جيمي هولاند (Jummy Holland) رئيس الأطباء النفسيين المتخصصين في الأورام بمستشفى سلون كترينج ميموريال (Sloan kettering memorial)، مركز علاج الأورام بنيويورك ذلك بقوله: "يجب أن يكون كل مريض بالسرطان في مجموعة مثل هذه المجموعات ... فلو تصورنا أن هذه الطريقة السيكلوجية "دواء" يطيل عمر المريض، لكانت شركات الأدوية قد دخلت معارك من أجل إنتاجه ...!" (دانيل جولمان، 2000، ص ص256 - 257).

وقد أثبتت دراسة واكلمر موريسون وآخرون (Wacler Morisson & al) أن النساء المصابات بسرطان الثدي والمتزوجات استطعن مواجهة هذا المرض وإظهار ارتفاع في معدل الحياة مقارنة بالنساء المصابات بالسرطان والعازبات كما أظهرت دراسة كيكولت غلازر (Kiecolt Glaser) تأثير الطلاق بين الزوجين على الجهاز المناعي حيث يؤدي إلى انخفاض نشاطه لدى كلا الطرفين (www.john.libbey.eurotent.fr). وقد أظهرت بعض الدراسات تأثير الدعم الاجتماعي على جهاز المناعة عند المتزوجين حيث وجدوا علاقة بين الزواج وطول العمر، والوقاية من الأمراض وسرعة الشفاء منها، ففي دراسة على معدل الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية في الأعمار من سن 25 إلى 45 سنة تبين أنها بين المتزوجين أقل منها بكثير بين العزاب والمطلقين والأرامل وفسر الباحثون تفوق المتزوجين على غير المتزوجين في الصحة النفسية والجسمية بأن الدعم الاجتماعي بين المتزوجين ينشط جهاز المناعة، الذي يجعل المتزوجين أقل عرضة للأمراض وأكثر قدرة على مقاومتها والشفاء منها، أما غير المتزوجين فيحرمون من هذا الدعم ويواجهون ضغوط الحياة وحدهم مما يجعلهم عرضة للأمراض والانحرافات السلوكية، ومن نتائج إحدى الدراسات في أمريكا وجد أن الرجال أكثر سعادة من النساء في الزواج، والنساء أقل تعاسة من الرجال بعدم الزواج مما يعني أن الرجال يستفيدون أكثر من النساء في الزواج، فالرجل يحصل على الدعم الاجتماعي من زوجته أكثر مما تحصل المرأة عليه من زوجها (مرسي إبراهيم كمال، 2000، ص200).

7- الأهمية الطبية للعلاقات الاجتماعية:

لا شك أن العلاقات الإنسانية تتطوي على قدر كبير من التعقيد سواء نظرنا إلى كيفية تشكلها ودوامها أو إلى كيفية تفككها وانقطاعها، ولا ينطبق واقع الحال هذا على العلاقات الزوجية فحسب وإنما ينطبق على جميع أشكال العلاقات، وتغدو العلاقة أكثر تعقيدا إذا كانت طويلة الأمد وتشمل جوانب عديدة من جوانب الحياة العاطفية والترويحية والتواصلية للفرد، ولعل أفضل السبل للنظر لطبيعة العلاقة هو النظر إليها بوصفها عملية (أي أنها تتطوي على سلسلة تحولات في العلاقة) لا على أنها مجرد حدث يأخذ مجراه في فترة زمنية معينة، ويقول دك (Duck) في هذا الصدد: "إن قطع العلاقة ليس أمرا

صعبا فحسب، ولكنه يتضمن العديد من العناصر المنفصلة التي تشكل في مجملها عملية قطع العلاقة وما تجلبه من معاناة"، حيث وجد في مراجعته للبحوث في هذا المجال أن الأفراد في العلاقات الممزقة يكونون أكثر تعرضا للنوبات القلبية من أقرانهم المشابهين لهم في السن والجنس، وأكثر عرضة للإدمان على الكحول والمخدرات واضطرابات النوم (روبرت مكلفين، ريتشارد غروس، 2002، ص ص 178-181).

إن الانكفاء على الذات والانعزال عن الناس كما تقول أحد التقارير العلمية سنة 1987 يؤدي إلى الوفاة ولا تقل مخاطره عن الإدمان على التدخين وارتفاع ضغط الدم والسمنة وزيادة الكوليسترول في الدم، فالتدخين يرفع من خطر الوفاة بمعدل 1.6 بينما الانطواء والانعزال يرفع هذه النسبة إلى 2 حيث يشكل خطرا كبيرا على الصحة (عدس عبد الرحيم محمد، 1997، ص ص 249-250).

كما أن العزلة أصعب على الرجال من النساء . حيث ارتفع احتمال موت الرجال المنعزلين اجتماعيا إلى ضعف أو ثلاثة أضعاف عن غيرهم ممن لهم علاقات اجتماعية واسعة، أما بالنسبة للنساء، فقد زاد خطر الوفاة مرة ونصف المرة عن النساء الاجتماعيات وربما يأتي هذا الفرق بين الرجال والنساء في تأثير العزلة فيهم، لأن علاقات النساء العاطفية تتسم بالحميمية أكثر من الرجال، فقد تستريح المرأة لمثل هذه العلاقات الاجتماعية القليلة أكثر من الرجل الذي له العديد القليل نفسه من علاقاته الاجتماعية (جولمان دانييل، 2000، ص 254).

وقد أجريت دراسة لإظهار أثر الروابط العاطفية على سرعة شفاء المريض في مدينة جوتبرغ بالسويد عام 1983 على أشخاص من مواليد عام 1933 حيث أجريت لهم فحوصا طبية وأعيد لهم الفحص بعد سبع سنوات من الفحص الأول، فكان الموتى خلال تلك المدة ممن يعانون من التوتر والكبت والضيق ثلاثة أضعاف من ماتوا ممن ينعمون بحياة هادئة وعيشة صافية (عدس عبد الرحيم محمد، 1997، ص 250).

وقد أظهرت دراسة على مائة مريض أجريت لهم عملية زرع نخاع العظام، مدى قوة العزلة كعامل ينذر بخطر الموت، وقوة العلاقات الوثيقة كعامل للشفاء، كانت نتيجة الدراسة أن 45% من هؤلاء المرضى الذين شعروا بتعاطف شديد من زوجاتهم وأسرهم وأصدقائهم، عاشوا عامين بعد نجاح العملية، مقابل 20% من المرضى الذين افتقدوا مثل

هذا العون العاطفي، كذلك وجدت دراسة أجريت على رفاق الغرفة الواحدة في إحدى الكليات، أنه كلما زاد شعور رفيقي الحجرة الواحدة بعدم استئطاف الآخر، زادت سرعة تعرضهما لنزلات البرد والانفلونزا، وتعددت مرات زيارتهما للطبيب (جولمان دانييل، 2000، ص ص 254-255).

وقد أيدت دراسات عديدة أن علاقات الإنسان الطيبة بالناس من أهم عوامل تنمية الصحة النفسية، والوقاية من الانحرافات، وعلاج الانحرافات، ففي دراسة على الطلاب السعداء والطلاب التعساء تبين أن السعداء على علاقات طيبة بالناس والتعساء على علاقات سيئة ومضطربة بالآخرين، ففي دراسة على 7000 شخص من ولاية كاليفورنيا تمت متابعتهم لمدة عشر سنوات تبين أن نسبة الوفيات كانت 9.6 في كل عشرة آلاف عند الأشخاص أصحاب العلاقات الطيبة بالناس، و30.8 في كل عشرة آلاف عند الأشخاص أصحاب العلاقات السيئة أو الضعيفة، كما تبين في دراسات أخرى أن العلاقات الاجتماعية الطيبة مرتبطة بطول العمر وسرعة الشفاء من الأمراض وقد تبين أيضا أن معدلات الإصابة بالأم المفاصل والربو والذبحة والسل والأزمات القلبية عند أصحاب العلاقات الاجتماعية الطيبة أقل من معدلاتها بكثير عند أصحاب العلاقات السيئة والضعيفة بالآخرين (مرسي إبراهيم كمال، 2000، ص ص 198-199).

خلاصة:

يعتبر الدعم الاجتماعي عامل نفسو اجتماعي صحي بحيث لديه تأثير إيجابي على الجانب البيولوجي للفرد، فقد أثبتت بعض الدراسات على انه ساعد بعض المرضى على الشفاء من أمراضهم التي يعانون منها، أين لاحظوا أن الأفراد الذين يتلقون قدرا كافيا من الدعم الاجتماعي تنشط لديهم فعالية الجهاز المناعي مما يساعدهم على مقاومة بعض الاضطرابات الجسمية، عكس الذين يعانون من الوحدة والعزلة وقلة العلاقات الاجتماعية وبالتالي انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي، فهم عرضة لمختلف الأمراض ويجدون صعوبة في مقاومة الأمراض والتماثل نحو الشفاء، كما يعانون من مستويات عالية من الضغوط النفسية وكذا ارتفاع الأعراض الاكتئابية لديهم .

الفصل الثاني

سيكو فزيولوجية الاكتئاب

- تمهيد.
- 1- تعريف الاكتئاب.
- 2- الاتجاهات المفسرة للاكتئاب.
- 1-2- الاتجاه الفسيولوجي.
- 2-2- الاتجاه المعرفي.
- 3-2- الاتجاه المعرفي الاجتماعي.
- 4-2- اتجاه التعلم.
- 5-2- اتجاه التحليل النفسي.
- 3- أسباب الاكتئاب.
- 1-3- الأسباب النفسية.
- 2-3- الأسباب العضوية.
- 4- أعراض الاكتئاب.
- 1-4- الأعراض النفسية.
- 2-4- الأعراض الفسيولوجية.
- 5- الاكتئاب كعامل أو عرض مصاحب لبعض الأمراض العضوية.
- 6- الاكتئاب وعلاقته بالجهاز المناعي.
- خلاصة.

تمهيد:

يعتبر الاكتئاب من أبرز الاضطرابات الوجدانية الشائعة والأكثر انتشاراً في الوقت الراهن، وهناك من يطلق عليه "مرض العصر" ويتسم هذا الاضطراب الوجداني بالحزن الشديد واليأس إضافة إلى مظاهر فسيولوجية قد تظهر على الفرد المكتئب نتيجة عوامل متعددة ومختلفة (نفسية، فسيولوجية).

وقد يكون هذا الاضطراب إما نتيجة لمرض عضوي أو نفسي أو كعامل مصاحب لها، وسنتناول في هذا الفصل كلا من مفهوم الاكتئاب ومختلف أسبابه وأعراضه وأهم الاتجاهات المفسرة له، إضافة إلى علاقاته ببعض الأمراض العضوية والجهاز المناعي.

1- تعريف الاكتئاب:

يستخدم لفظ الاكتئاب في عدة مجالات بعدة معانٍ فمثلاً يستخدم في علم النفس بمعنى الانقباض وفي علم الاقتصاد بمعنى الكساد وفي علم الجغرافيا بمعنى الانخفاض في الضغط الجوي (أبو زيد مدحت عبد الحميد، 2001، ص22).

ويعرفه بعض العلماء والأخصائيين في علم النفس كما يلي:

- **تعريف عبد الحميد محمد شاذلي:** "الاكتئاب هو حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن ظروف أليمة وتعتبر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه، والاكتئاب اضطراب وجداني يصيب الجنسين على السواء كما يصيب الكبار والأطفال من كل المستويات الاقتصادية والاجتماعية (عبد الحميد محمد شاذلي، 2001، ص133).

- **تعريف محمد جاسم محمد:** "الاكتئاب هو اضطراب عاطفي يتمظهر في أعراض نفسية وبدنية سريرية تعكس مزاج المريض ومعاناته وتتدخل في هذا الاضطراب عوامل بيئية وثقافية" (محمد جاسم محمد، 2004، ص283).

- **تعريف محمد جاسم العبيدي:** "الاكتئاب خبرة ذاتية وجدانية تسمى حالة مزاجية أو انفعالية والتي قد تكون عرضا على اضطراب جسمي أو عقلي أو اجتماعي وزملة مركبة من أعراض معرفية ونزوعية (إرادية) و سلوكية وفسولوجية بالإضافة إلى الخبرة الوجدانية" (العبيدي محمد جاسم، 2004، ص241).

- **تعريف زيور:** "الاكتئاب حالة من الألم النفسي يصل في السوداوية إلى ضرب من جحيم العذاب مصحوبا بالإحساس بالذنب إحساسا شعوريا وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها ونقصان في النشاط العقلي والحركي والحشوي" (العبيدي محمد جاسم، 2004، ص241).

- **تعريف جيمس دريفر (Dever.j):** "الاكتئاب اتجاه انفعالي يظهر بشكل مرضي مشتمل على مشاعر النقص، واليأس وأحيانا أخرى يصاحبه انخفاض عام في النشاط السيكوفيزيقي" (أبو زيد مدحت عبد الحميد، 2001، ص22).

- **تعريف هاوارد وارين (Wrren h.c):** "الاكتئاب حالة انفعالية حادة خاصة بالنشاط النفسي الفيزيقي المنخفض وغير السار، وانخفاض المزاج في الحالة السوية يسمى كآبة، أما الحالة المرضية فيشير إلى الشعور باليأس وانخفاض قيمة تقدير الذات" (أبو زيد مدحت عبد الحميد 2001، ص ص22-23).

- **تعريف لودينج ايدلبرج (Eidelberg .I):** "الاكتئاب عرض عصابي يتميز بنقص الاهتمام بالعالم الخارجي، وزيادة العدوان اتجاه الذات، والنقد الذاتي ومشاعر الذنب

والعقاب الذاتي، واتهام الذات وكل ذلك يتعلق بفقدان موضوع ما لدى الشخص المكتئب" (أبوزيد مدحت عبد الحميد، 2001، ص 23).

- **تعريف انجرام (Ingram):** "الاكتئاب اضطراب مزاجي أو وجداني، ويتسم ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات المزاجية الأخرى" (فايد علي حسين، كتاب ثاني، 2001، ص 60).

- **تعريف فرج طه وآخرون:** "الاكتئاب حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر ما تكون وضوحاً في الجانب الانفعالي لشخصية المريض حيث يتميز بالحزن الشديد واليأس من الحياة، ووخز الضمير وتبكيته القاسي على شروق لم ترتكبها الشخصية في الغالب بل تكون متوهمة إلى حد بعيد ... وكثيراً ما تصاحب حالات الاكتئاب هذات وهلاوس تسندها وتدعمها . وحالات الاكتئاب لا تصيب الوظائف الذهنية باضطراب خطير، ولا يتخلف عنها تدهور عقلي، كما أن نسبة الشفاء منها أعلى من غيرها من الأمراض النفسية" (فايد علي حسين، كتاب الثاني، 2001، ص ص 60 - 62).

من خلال هذه التعاريف المختلفة يمكننا صياغة تعريف شامل يخدم الدراسة التي نحن بصددتها حسب مايلي:

الاكتئاب هو اضطراب وجداني يتمظهر بأعراض نفسية كالحزن الشديد والمستمر، ونقص الاهتمام بالعالم الخارجي وأعراض جسمية كالصداع وآلام الظهر وضيق التنفس، وقد يتخذ شكل عرض أو تناذر أو مرض، بحيث أنه يمكن أن يكون نتيجة لعوامل نفسية أو فسيولوجية أو اجتماعية مختلفة، أو يظهر كعامل في اضطرابات وأمراض نفسية أو جسمية.

2- الاتجاهات المفسرة للاكتئاب:

هناك مجموعة من الاتجاهات المفسرة للاكتئاب من أبرزها:

2-1- **الاتجاه الفسيولوجي:** يشير أنصار الاتجاه الفسيولوجي إلى أنه يوجد نمطان رئيسيان للنظرية الفسيولوجية للاكتئاب، يقوم هذا النمط الأول على أساس اضطراب في الأيض الخاص بالمرضى المكتئبين، ويعتبر كلوريد الصوديوم وكلوريد البوتاسيوم هامين بصفة خاصة في الإبقاء على القدرة الكامنة والتحكم في استثارة الجهاز العصبي، ومن

الملاحظة أن الأشخاص العاديين يوجد لديهم صوديوم أكثر خارج الخلية العصبية وبوتاسيوم أكثر داخلها، ولكن في المرضى المكتئبين يكون هذا التوزيع مضطرباً، أما النمط الثاني فيعتبر أن الاكتئاب عبارة عن قصور موروث في عنصرين رئيسيين من كيمياء الدماغ نوربايين وسيروتونين (فايد علي حسين، كتاب الثاني، 2001، ص 77).

حيث أن الدماغ يتألف من ملايين من الخلايا العصبية المرتبطة مع بعضها بواسطة الألياف العصبية، وتسير المعلومات في الخلايا والألياف العصبية على شكل نبضات كهربائية طفيفة. وفي كثير من المناطق يلتقي ليفين عصبيين مع بعضها وبينهما يوجد شق أو فاصل لا يمكن للنبضات الكهربائية أن تعبره، لهذا يتم نقل المعلومات في الشق بطريقة كيميائية . ومن أجل أن يتم هذا يفرز الليف العصبي مادة ناقلة في الشق وتخترق المادة الكيميائية الشق وترتبط لوقت قصير بالليف العصبي التالي، والتي تثير النبضات الكهربائية ويتم متابعة نقل المعلومات ... وهكذا، أما في حالة الاكتئاب فتكون كمية مواد النقل العصبي متوفرة بشكل قليل (رضوان جميل سامر، 2000، ص 377).

وقد يرجع الاكتئاب إلى زيادة حساسية المستقبلات بعد المشبكية، وهذه الحساسية الزائدة تؤدي - بالتغذية المرتجعة- إلى كف أو نقص تكوين النور أدرينالين، وقد تأكدت هذه الفرضية من خلال الملاحظات الاكلينيكية لمضادات الاكتئاب من نوع مانعات أكسدة الأمينات الأحادية، ونوع ثلاثية الحلقات، بالإضافة إلى العلاج الصدمي إذ تؤدي كلها إلى نقص حساسية المستقبلات بعد المشبكية للنور أدرينالين (فايد علي حسين، 2004، ص 149).

2-2- الاتجاه المعرفي: يذهب هذا الاتجاه إلى القول بأن العمليات المعرفية تلعب دوراً مهماً في نشأة الاضطراب الوجداني والاعتقادات تسبب السلوك الانفعالي، المكتئبون يعملون كما يعلمون لأنهم يعتقدون أنهم قد ارتكبوا أخطاء منطقية نمطية، لقد لوحظ أنهم يلقون بكل ما يحدث لهم في اتجاه لوم الذات والكوارث وما إلى ذلك، فالإكتئاب يقودهم لعمل النتائج غير المنطقية في تقويم أو في الحكم على ذواتهم وكأن الشخص المكتئب يعمل في نطاق خفض أو بخس قيمة الذات ولومها (العبيدي جاسم محمد، 2004، ص 253)، فالمكتئب يتسم بالتفكير السلبي المستمر عكس الغير الاكتئابي فقد نلاحظ عنده التفكير السلبي لكن في بعض أفكاره، أما اتجاه هذا التفكير فيكون نحو الإيجاب دائماً فلا

نجد عنده سيطرة للأفكار السلبية رغم إمكانية تواجدها عكس الشخص المكتئب الذي يغرق تماما في الأفكار السلبية

(Blackburn . I . M, 1990, p2).

ويعتبر نموذج بيك (Beck) 1967 أكثر النماذج المعرفية أصالة وتأثيرا حيث تمثل الصيغة المعرفية حجر الزاوية في نظرية بيك، فجميع الأفراد يمتلكون صيغ معرفية تساعدهم في استبعاد معلومات معينة غير متعلقة ببيئتهم والاحتفاظ بمعلومات هامة . أما الأفراد المكتئبون يمتلكون صيغا ذاتية معرفية سلبية تستبعد على نحو انتقائي للمعلومات الايجابية عن الذات وتبقي على المعلومات السلبية، ويقترح بيك أنه عند نقطة معينة في الطفولة ينمي الأفراد المكتئبون مثل هذه الصيغة، وذلك بسبب النقد المتزايد من الوالدين أو ربما بسبب شدة أحداث الحياة السلبية وحينما تقع أنواع مماثلة من تلك الأحداث في الرشد، فان الصيغة السلبية تنشط ويبدأ المكتئبون في غربلة خبراتهم الشخصية السلبية (فايد علي حسين، كتاب ثاني، 2001، ص83).

2-3- الاتجاه المعرفي الاجتماعي: يفسر هذا الاتجاه الاكتئاب من خلال مزج وخط مفاهيم النماذج العقلية والأهداف الشخصية والأدوار الاجتماعية وترى أن الاكتئاب يمكن أن يفسر باعتباره فقداننا لهدف قيم أو دور اجتماعي لدى الفرد، الذي لديه مصادرا أخرى قليلة لقيمة الذات . ويمكن توضيح ملخص هذا الاتجاه في الجدول (1)، (فايد علي حسين، كتاب ثاني، 2001، ص85).

جدول(1): النموذج المعرفي الاجتماعي في الاستهداف للاكتئاب.

أ/ الأفراد غير المستهدفين للاكتئاب	ب/ الأفراد المستهدفين للاكتئاب
- حدث سلبي.	- حدث سلبي مماثل.
- عمليات تجديد مزاج/ تقدير.	- انهيار عمليات تجديد المزاج/ التقدير.
- انفعالات سلبية عابرة.	- تسلط جزئي سلبي لذات ثنائية وجدانية.
- استبدال للدور والهدف المفقود	- اكتئاب.

2-4- اتجاه التعلم: يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الاكتئاب يمكن النظر إليه على أنه وظيفة للتعزيز الخاطئ أو التعزيز الكافي ويمكن حدوث الاكتئاب عند انسحاب التعزيز الكافي كانسحاب الحب أو العطف والتأييد مع موت أحد الأقارب المقربين . ويضع أنصار هذا الاتجاه عدة افتراضات في نشأة الاكتئاب منها (العبيدي جاسم محمد، 2004، ص255):

1- تظهر مشاعر الاكتئاب وغيرها من الأعراض مثل الشعور بالتعب والإرهاق عندما لا يتلقى السلوك التعزيز الكافي .

2- سحب التعزيزات تخفض من حيوية السلوك والنشاط، أكثر منه في حالة وجود معزز ولكنه قليل أو ضعيف.

3- إن كمية التعزيز الايجابي عبارة عن وظيفة لثلاث مجموعات من التغيرات، منها عدد المعززات الكامنة مثل السن والجنس والجاذبية للآخرين، وعدد المعززات الموجودة كوظيفة للبيئة بأن الشخص موجود مثل وجود الشخص في المنزل وليس في السجن ومهارات الفرد المهنية والاجتماعية، ولكن التحقق من صحة هذه الفروض أمر صعب المنال.

2-5- اتجاه التحليل النفسي: يرى هذا الاتجاه أن للخبرات وما يمر به الإنسان دور في حدوث الاكتئاب، ويعود له الفضل في توضيح أهمية الأحداث الحاصلة في الطفولة بالنسبة للحياة اللاحقة (رضوان جميل سامر، 2002 ص 378) . حيث أرجع فرويد الاكتئاب إلى الاحتياجات الفمية للطفل التي إما أن يبالغ في إشباعها أو يقل إشباعها، ومن ثم فإنه قد تنمو اعتمادية متزايدة في تقدير الذات لديه كما أن الطفل قد يخبر إما فقدا حقيقيا (موت الأم) أو مدركا لشخص محبوب، وهذا الفقد قد يكون مصحوبا بغضب صبياني ولكنه شديد للغاية بسبب الرفض، وإذا لم يستطع الطفل أن يحل أو يستبدل هذا الفقد فإنه ينغمس في النهاية في عملية الإدماج، ربما كطريقة لإلغاء الفقد حيث يسمح الدمج للطفل أن يتوحد مع الفرد المفقود، ومن ثم يقوم بتحويل الغضب من الخارج إلى الداخل نتيجة الشعور بالذنب لأنه يعتقد انه الذي تسبب في ذلك الفقد . وهكذا فبدلا من مواجهة الحزن العادي والحل النهائي الذي يلي الفقد، فان الصبي الذي يحول الغضب إلى الداخل ينشط مرة أخرى، ويخضع الشخص إلى اضطراب اكتئابي يتسم بالحزن المكثف، ولوم الذات،

والشعور بالذنب، وينمي الطفل أسلوبا شخصيا اعتماديا يعتمد إلى حد كبير على الآخرين بالنسبة لتقدير الذات والقبول وقد اتفق علماء التحليل النفسي مع وجهة نظر فرويد في الاكتئاب بصفته غضبا موجها ضد الذات، ولكنهم يختلفون في تحديد الدوافع المحبطة والمثيرة للغضب (فايد علي حسين، كتاب ثاني، 2001، ص ص78-79).

3- أسباب الاكتئاب:

يمكن تصنيف أسباب الاكتئاب وفقا لما يلي:

3-1- الأسباب النفسية: والتي نذكر منها:

1- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية (مثل موت عزيز أو طلاق، أو سجن بريء، أو هزيمة... الخ)، والانهازم أمام هذه الشدائد (زهرا ن حامد عبد السلام 1997، ص 515).

2- الحرمان وفقد الحب والمساندة العاطفية وفقد حبيب أو فراقه أو فقد وظيفة، أو فقد ثروة أو مكانة اجتماعية (زهرا ن حامد عبد السلام، 1997، ص 515).

3- طبيعة الشخصية حيث لوحظ في مرضى الاكتئاب عند التقصي عن حالتهم قبل المرض أن شخصيتهم كانت تتصف بأنها من النوع الاجتماعي الذي يغلب عليه تقلب المزاج من المرح والتفاؤل والنشاط وحب الحياة، إلى المزاج العكسي من الكسل والتشاؤم والحزن، كما يقال أن هؤلاء يتميزون بطيبة القلب وخفة الظل، غير أنهم لا يتحملون التعرض للمشكلات، وينظر الواحد منهم إلى ذاته نظرة دونية، ولا يتوقع خيرا بل يتوقع الهزيمة دائما (الشربيني لطف، 2001، ص 43).

4- الخبرات الأليمة التي تحدث في فترة الطفولة المبكرة، حيث تولد قدرا من الحساسية النفسية تمهد لظهور الاضطراب فيما بعد (الشربيني لطف، 2001، ص 46) فالسنوات الأولى في عمر الطفل لها أهمية كبيرة في بنائه النفسي وتنعكس عليه في المستقبل، حيث أن حرمان الأم ومعاملة الوالدين لهما دور كبير في ظهور الاكتئاب بالإضافة إلى الظروف التي يصادفها الفرد في حياته (الداهري حسن صالح، 2005، ص 361).

5- الإحباط الذي يعاني منه أي إنسان نتيجة لإدراكه وجود عائق ما يحول دون تحقيقه لرغباته ومصالحه (الشربيني لطف، 2001، ص 515).

3-2- الأسباب العضوية: منها ما يلي:

1- الشوارد: من المعروف أن كمون العمل والراحة للخلايا العصبية والعضلية تسيطر عليها مستويات تركيز الصوديوم والبوتاسيوم وغيرها من الشوارد، ولهذه الشوارد أيضا تأثير على استقلاب مواد النقل العصبية وقد أثبت كل من كوين وجماعته وجود اضطراب في الصوديوم والبوتاسيوم في حالة الاكتئاب، أي زيادة الصوديوم داخل الخلايا ويستوي الصوديوم عند الشفاء، أما البوتاسيوم فتنخفض نسبته داخل الخلايا نتيجة لزيادة الصوديوم (محمد جاسم محمد، 2004، ص384).

2- تزداد الأعراض الاكتئابية أثناء فترة الطمث، وأثناء فترة ما قبل الطمث وهذه الفترة يصاحبها تغيرات في الهرمونات الجنسية، كذلك تبدأ الأعراض الاكتئابية وتشتد في مرحلة سن اليأس بسبب توقف نشاط الغدد الجنسية خاصة من حيث إفراز هرمون الفوليكتروفين وإفراز هرمون الإستراديول الذي يلعب دورا كبيرا في تنظيم الطمث الشهري، كما تظهر أعراض الاكتئاب بعد الولادة أحيانا (الزاد فيصل خير الدين، 1984، ص99).

3- زيادة إفراز هرموني الكورتيزول والكورتيزون اللذان يلعبان دورا هاما في عمليتي البناء والهدم وزيادة نسبة السكر في الدم، وارتفاع ضغط الدم فتضعف مناعة الفرد (الزاد فيصل خير الدين 1984، ص101).

4- يمكن لأمراض الغدة الدرقية واضطرابات أخرى في الغدد التي تفرز الهرمونات أن تسبب الاكتئاب (رضوان جميل سامر، 2002، ص379).

5- يمكن في الطور المبكر لمرض باركنسون أن يشكل الاكتئاب الصورة الأساسية للاضطراب (رضوان جميل سامر، 2002، ص380).

6- بإمكان الأدوية المختلفة كموانع الحمل أن تسبب الاكتئاب (رضوان جميل سامر، 2002، ص380).

7- تبين أن الاكتئاب ينتقل بالوراثة عبر الأجيال عن طريق الجينات حيث يزيد حدوث المرض بين الأقارب وفي بعض العائلات، وهناك بعض الناس لديهم استعداد للإصابة بالاكتئاب ويميل تكوينهم النفسي إلى الحزن والعزلة والكآبة حتى قبل أن تظهر لديهم

أعراض المرض . كما ثبت أن بناء الجسم المكتنز القصير البدين يرتبط بمعدلات أعلى من قابلية الإصابة بالاكتئاب لكن ذلك لا يعني أن أي شخص بدين أو قصير القامة سوف يصاب حتما بالاكتئاب (الشربيني لطفي، 2003، ص50).

4- أعراض الاكتئاب:

يمكن تصنيف أعراض الاكتئاب إلى أعراض نفسية وأخرى فسيولوجية.

4-1- الأعراض النفسية: تشمل ما يلي:

1- مزاج حزين يائس: يعاني الشخص المكتئب من فراغ داخلي مطلق وقد أطلق الطبيب النفسي الألماني كورت شنايدر على هذه الحالة وصف "الشعور بفقدان المشاعر" (رضوان جميل سامر 2002، ص 372).

2- فقدان الاهتمام المعتادة: يشمل فقدان الاهتمام بالمجالات المهنية والأسرية والشخصية (رضوان جميل سامر، 2002، ص 372).

3- اتهامات الذات: يمكن أن تمتد إلى درجة أن يقول المعني أنه لم يرتكب في حياته سوى الأخطاء، أو تسيطر على التفكير ككل الأخطاء التي ارتكبها المعني في السنة الماضية (رضوان جميل سامر 2002، ص373).

4- قمع الانفعالات: صعوبة مفرطة في التعبير عن المشاعر أو مناقشتها (الغضب، الأذى، الحزن الفرح، ...الخ)؛ لأن الشخص يتوقع أن يؤدي التعبير عنها إلى فقدان التقدير، أو إيذاء الآخرين، أو الإحراج أو الانتقام أو الهجر (فرج صفوت، ب ت، ص586).

5- الفشل في التحصيل: شعور الفرد أن فشله محتوم، أو أنه غير ملائم من الأساس مقارنة بأقرانه في مجالات التحصيل (المدرسة، الوظيفة، الرياضة،...) ودائما ما يتضمن ذلك اعتقاد الشخص أنه غبي، أو أحمق، أو جاهلا أو غير موهوب (فرج صفوت، ب س، ص586).

6- الحرمان العاطفي: توقع الشخص أن الآخرين لن يحققوا رغبته في الحصول على درجة معتدلة من الدعم العاطفي بشكل ملائم (فرج صفوت، ب ت، ص584).

7- التشاؤم: للاكتئابيين ولع خاص بتوقع كروب ومحن في المستقبل، والإحساس بهذه المحن والكروب كما لو أنها تحدث في الحاضر أو أنها حدثت بالفعل (أرون بيك، 2000، ص130).

8- السلوك الانتحاري: يمكن أن ننظر إلى الرغبات والمحاولات الانتحارية على أنها التعبير النهائي عن الرغبة في الهروب، فالإكتئابى يرى أن مستقبله مثقل بالألم والعناء، ولا يجد من سبيل لتخفيف عذابه وتحسين وضعه فالانتحار لا يعده فقط بوضع نهاية لشقائه وبؤسه بل يفترض أيضا أن يرفع عن أسرته عبئا ثقيلا (أرون بيك، 2000، ص136).

9- إهمال النظافة والمظهر الخارجي وكذلك قلة الكلام وانخفاض الصوت إضافة إلى الشعور بالقلق والتوتر والأرق (عبد الحميد محمد شاذلي، 2001، ص137).

4-2- الأعراض الفسيولوجية: نذكر منها:

1- اضطراب النوم: يشكل النعاس والدخول في النوم المشكلة الأساسية لدى غالبية المرضى بالاكتئاب، وكلهم تقريبا يعانون من عدم القدرة في الاستمرار في النوم بعد الدخول فيه فهم يصحون في النصف الثاني من الليل في وقت أبكر من المألوف بالنسبة للآخرين ولا يستطيعون العودة للنوم (رضوان جميل سامر، 2002، ص374).

2- أوجاع جسدية: يعاني كثير من الاكتئابيين من الآلام الجسدية دون أن يكون هناك أساس جسدي لذلك، ومن هذه الشكاوي ضغط في الرأس والشعور بضغط شديد على القلب، والشعور بغصة في الحلق وأوجاع عامة في الأعضاء، بالإضافة إلى ذلك يعانون من الإمساك واضطرابات الدورة الشهرية والاضطرابات الجنسية الوظيفية، وتكون هذه الأعراض خادعة لدرجة يصعب معها الشك بوجود اكتئاب في البداية (رضوان جميل سامر، 2002، ص374).

3- الألم وخاصة آلام الظهر وضعف النشاط العام والتأخر النفسي الحركي وتأخر زمن الرجوع والأزمات الحركية وتنعكس مظاهر الكسل الحركي على النطق والكلام والرغبة في الانعزال (أحمد كامل سهير، 1999، ص149).

4- توهم المرض والانشغال عن الصحة العامة (زهراى عبد السلام حامد، 1997، ص516).

5- فقدان الشهية ورفض الطعام (الاعتقاد بعدم استحقاقه أو الرغبة في الموت وهذا نوع من أنواع الانتحار) ونقص الوزن والإمساك (زهراى عبد السلام حامد، 1997، ص516).

6- انقباض الصدر والشعور بالضيق (زهراى عبد السلام حامد، 1997، ص516).

7- اضطراب وظائف الهضم ووجود شكوى من عسر الهضم وآلام في البطن.

ويعتبر الإمساك الشديد من الأعراض المصاحبة للاكتئاب بسبب بطء حركة الأمعاء وفقدان الشهية للطعام والخلل في وظيفة الجهاز العصبي الذاتي الذي يتحكم في وظائف الجهاز الهضمي (الشريبي لطي، 2001، ص131)

5- الاكتئاب كعامل أو عرض مصاحب لبعض الأمراض العضوية:

هناك مجموعة كبيرة من الأمراض العضوية المعروفة التي تصيب أجهزة الجسم المختلفة ترتبط بحدوث الاكتئاب كأحد أعراضها أو كحالة مصاحبة لها، فكما يقال: "كل مريض مكتئب" ويعني هذا أن أي شخص مصاب بأي مرض من الأمراض المختلفة لا بد أن يشعر نتيجة لذلك بالحزن والكآبة وهذا وضع منطقي لأن حالة المريض هي إحدى حالات الضعف الإنساني التي تهدد الصحة (الشريبي لطي، 2001، ص132).

ولقد تبين ارتباط الاكتئاب ببعض الأمراض العضوية ويتضح ذلك من خلال زيادة معدل الاكتئاب لدى مرضى السرطان والدرن الرئوي، والايذز وأيضا أمراض القلب التاجية وغيرها من أمراض العضال، والأمر ليس قصرا على ذلك فقط بل يمتد إلى ارتباط الاكتئاب حتى ببعض الأعراض العضوية أو السيكوسوماتية مثل الصداع (أبوزيد عبد الحميد مدحت، 2001، ص ص133-134).

وفي هذا الإطار قام كل من جافارد ولستمان 1993 (Guvad & lustman) بدراسة لتحديد مدى انتشار الاكتئاب بين مرضى السكري، فوجدا أن زيادة معدل الاكتئاب لدى مرضى السكري ذات صلة بالأعراض الجسمية، كما وجدا أن خطورة الانتشار ذات

تأثير سلبي على كفاءة حياة المريض وكيفية مواجهتهم للمرض، وقد قام كل من ليدوم وبروكسي 1991 (Leedom & Procci) بدراسة على ثلاث مجموعات من المرضى إحداهما تعاني من مرض السكري مع وجود مضاعفات للمرض، ومجموعة أخرى مصابة ولا تعاني من أية مضاعفات، ومجموعة ثالثة ضابطة، وباستخدام مقاييس للاكتئاب مثل مقياس زونج Zung، ومقياس بيك توصل الباحثان إلى أن مرضى السكري الذين تظهر عليهم مضاعفات سجلوا درجات أعلى على مقاييس الاكتئاب وعكس تحليل النتائج أن الأعراض المعرفية للاكتئاب كانت واضحة ووجدنا 54% من ذوي الاكتئاب البسيط و46% من ذوي الاكتئاب الحاد كما وجد الباحثان ارتباط بين الاضطرابات الجنسية وأعراض الاكتئاب عند السيدات المصابات بالمرض (www.gulfkids.com).

وفي دراسة على 20 حالة اكتئابية غير مصابة بمرض السكري تم إجراء اختبار تحمل الجلوكوز المتكرر قبل وبعد تناول مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة، وكانت النتيجة أن حالات الاكتئاب والتي لا تشكو من مرض السكري، لديها انخفاض في الحساسية للأنسولين مقارنة بالعينة الضابطة وبعد العلاج لأفراد العينة التجريبية فقد أظهرت الحالات الاكتئابية تحسنا واضحا في الحساسية للأنسولين (www.rayatnafs.com).

واقترض كينيث (1993) Kenneth أن طبيعة الاكتئاب لدى مرضى ضغط الدم، والذبحة الصدرية، والسكري المعتمد على الأنسولين ستكون أكثر قسوة لدى المرضى الذين لهم تاريخ طويل مع هذه الأمراض . كما أظهرت الدراسة أن المرضى ذوي التاريخ الطويل مع الذبحة الصدرية يصابون بنوبات اكتئاب أكثر حدة خلال عام من المتابعة، وأعراض اكتئاب كلية خلال السنة الثانية، وأن طبيعة الاكتئاب لم تختلف بطريقة ملحوظة عند المرضى المكتئبين والذين لهم تاريخ مع ارتفاع ضغط الدم أو مرض السكر المعتمد على الأنسولين (www.gulfkids.com).

ولقد اهتم بعض الأطباء والعلماء بدراسة الاكتئاب كسبب للاضطرابات القلبية الوعائية وليس كنتيجة لها . وفي هذا السياق أجريت العديد من الدراسات التي أكدت الدور السببي الذي تلعبه حالة الاكتئاب النفسية في نشأة مرض الشريان التاجي للقلب، ومن هذه الصور التي تبرز بكل وضوح من هذه الدراسات العلمية هي أن تعرض الفرد لمرض الاكتئاب يزيد بخمسة أضعاف خطر إصابته في المستقبل بمرض عضوي فتاك

وهو مرض الشريان التاجي للقلب أو يعرضه للإصابة بأمراض أخرى لا تقل خطورة مثل ألم ذبحة صدرية، سكتة قلبية، ولقد أظهرت الدراسة الطولية لـ Vaillant سنة 1998 والتي تناولت العلاقة بين اضطراب المزاج والصحة البدنية أن هناك تأثيراً فتاكاً لحالة الاكتئاب النفسي على الصحة الجسمية، حيث كشفت أن بين مجموعة تتكون من 237 فرداً أن 45% من الأفراد الذين أصيبوا بالاكتئاب ماتوا مقارنة بنسبة 5% وفيات ضمن الفئة التي تمتعت بصحة نفسية جيدة طوال حياتها (يخف عثمان، 2001، ص 81-83).

كما يمكن للاكتئاب أن يتسبب في حدوث خلل على مستوى أجهزة الجسم لاسيما على مستوى محور تحت المهاد- النخامة، فالتعرض للاكتئاب بدرجة مرتفعة يجعل منطقة تحت المهاد في المخ تفرز وسائط حاثّة للتأثير على الغدة النخامية والتي بدورها تحفز بقية الغدد كالغدة الدرقية والغدة فوق الكلوية على إفراز هرمونات كالنورادرينالين والكورتيزول مما يخلق نوعاً من الاضطراب على المستوى الغدي والذي قد يؤدي إلى الإصابة ببعض الاضطرابات العضوية (Michel Bourin, 1983, p28).

وقد اقترنت الإصابة ببعض الأمراض الإنتانية والمعدية كالتهابات الكبد، بارتفاع معدل الاكتئاب، أين يظهر لدى مريض التهاب الكبد "C"، على شكل تناذر يحوي مجموعة من الأعراض كالحزن الشديد، التعب والحمول واضطراب في النوم والأكل، كما تبدو عليه ملامح التعاسة والعزلة وهذا ما يجعله يمتنع عن تناول الأدوية، مما يشكل عائقاً أمام التماثل للشفاء، وهذا ما يستدعي تدخل العلاج النفسي بالتوازي مع العلاج الكيميائي (Jean Philippe, 2004).

6- الاكتئاب وعلاقته بالجهاز المناعي:

كما هو معروف فإن الناس حين يمرضون يكتئبون، ولا عجب في ذلك، فحين يمرض الفرد فإنه سرعان ما يكتئب، خاصة عندما يشعر أن مرضه أخذ ينهك قواه وأنه يتسم بالخطورة، وقد أوضحت الدراسات أن معدل الوفيات أعلى كثيراً بين المكتئبين مما هو عليه بين غير المكتئبين، كما وجد أيضاً أن معدلات الحوادث ومحاولات الانتحار مرتفعة إحصائياً في صفوف الناس الذين يعانون من حالات الاكتئاب، وبغض النظر عن النتائج المناعية، فإن الاكتئاب يعد مشكلة كبرى تهدد الصحة العامة، وفي أي وقت من

الأوقات، فإن حوالي (2% - 3%) من السكان في أي مجتمع نجدهم يعانون عادة من مرض اكتئاب خطير، ومن مخاطر الاكتئاب على الصحة الجسمية هي أنها تؤدي أحيانا إلى إصابة جهاز المناعة في الجسم (مارتن بول، 2001، ص 91).

لقد أشارت دراسات حديثة أجريت بمعهد الطب النفسي بكندا إلى أن الاكتئاب يضعف الجهاز المناعي في الجسم، فيصبح الإنسان أكثر عرضة للإصابة بالسرطان، فالهبوط المعنوي وانعدام المزاج وسيطرة الأفكار السوداء على الإنسان تجعله في حالة من الاكتئاب مما يؤدي إلى حدوث تغيرات كيميائية في الجهاز العصبي خاصة في المراكز العاطفية بالمخ وفي نفس الوقت يحدث خلل في الرسائل الكيميائية العصبية وهذا الاضطراب الكيميائي يؤثر على كافة أجهزة الجسم كاضطراب الجهاز الغددي (www.elazayem.com).

فأثناء التعرض للاكتئاب يحدث تغير كيميائي على مستوى الدماغ الذي يتألف من بلايين الخلايا العصبية . والتي مهمتها إرسال واستقبال الرسائل العصبية من وإلى جميع أنحاء الجسد، حيث أن هناك مواد كيميائية تعرف بالمرسلات العصبية مسؤولة عن حياتنا العاطفية، وأثناء تعرض الإنسان للاكتئاب فإنه تكون هناك عرقلة في الاتصال بين خلايا الدماغ عن طريق المرسلات العصبية التي تعتبر وسائط الاتصال بين خلايا الدماغ (bufree.net fowm/viewtopic. Php?t = 64102).

وقد وجد الباحثون حزمة لا يستهان بها من التغيرات المناعية التي تصاحب عادة مرض الاكتئاب، ومن هذه التغيرات الضارة مثلا: انخفاض نشاط الخلايا التي وظيفتها قتل الجراثيم ومقاومة الفيروسات . ومن نتائج الاكتئاب أيضا أنه يرافق تغيرات تطرأ على مستوى الهرمونات شبيهة بتلك التي توجد عادة في حالة الضغوط النفسية، فالإكتئاب من حيث تأثيراته متعدد الخطورة، لذلك يشبه الآن بالاضطراب الاتهابي الذي تترتب عليه كثير من العواقب الصحية الضارة جدا (مارتن بول، 2001، ص 92) .

ولقد ثبت علميا أن هناك حالات الإصابة بالسرطانات الخاصة بالسيدات مثل سرطان الثدي، الرحم، سرطان الغدة الدرقية تحدث بنسب أعلى عند السيدات اللاتي يتعرضن لأزمات واضطرابات وضغوط نفسية متصلة لفترة زمنية طويلة كما تحدث بنسب أكثر عند السيدات اللاتي يتعرضن لصدمة عاطفية شديدة ومفاجئة . وأجريت في

ذلك دراسات عديدة تبين منها أن الخلايا السرطانية تتكاثر ويزداد معدل انتشارها في أماكن كثيرة في أجهزة الجسم المختلفة بنسب أعلى عند السيدات والرجال الذين يتعرضون لضغوط نفسية، والذين يشعرون بالإحباط والاكتئاب، ومن هنا يتضح أن الحالة المعنوية والمزاج السيئ للشخص يؤثران على ظهور حالات السرطان وعلى سرعة انتشاره بالجسم (www.elazayem.com).

هناك منحنى آخر يؤثر الاكتئاب من خلاله على جهاز المناعة الذي يؤثر بدوره على الأنماط السلوكية، فالناس الاكتئابيون تطرأ عليهم تغيرات تحول مجرى حياتهم العادية، من ذلك مثلاً (مارتن بول، 2001، ص 92):

- 1- قلة النوم.
- 2- عدم ممارسة التمارين الرياضية المنشطة للجسم.
- 3- الإفراط في التدخين.
- 4- تعاطي المخدرات وما فيها من شرور.
- 5- عدم الاكتراث لنوعية الطعام المتناول.
- 6- الإدمان على تعاطي المشروبات الكحولية الضارة بالصحة.
- 7- استخدام العقاقير بنوعيتها العلاجية منها والمنشطة، إذ يستخدمونها بشكل مفرط يهدم الصحة من حيث لا يشعرون.

ولقد أوضحت مجموعة من الأبحاث أهمية العلاقة بين الاكتئاب ونشاط الجهاز المناعي، حيث أظهرت دراسة شليفير وآخرون (Schleifer & al) سنة 1983 أن المرضى الماكثين بالمستشفى والذين يعانون من اكتئاب مرتفع أظهروا تراجعاً في نشاط الخلايا اللمفاوية، إضافة إلى انخفاض معدل الخلايا اللمفاوية التائية والبائية (B,T)، وكذلك ارتفاع معدل الكورتزول.

وفي دراسة أخرى لنفس المجموعة سنة 1989 على عينة تتكون من مجموعتين مجموعة تجريبية تتكون من مرضى يعانون من اكتئاب شديد، ومجموعة ضابطة تتكون من أفراد أصحاء، بهدف كشف العلاقة بين تفاعل الخلايا اللمفاوية في وجود اكتئاب شديد، مع الضبط الإحصائي لمتغيرات السن والجنس التي قد تؤثر على التجربة. في إطار دراسة مدى تأثير الاكتئاب على وظيفة الجهاز المناعي، وقد أظهرت النتائج تراجع

ونقص في نشاط الخلايا NK لدى المجموعة التجريبية والذين يفقدون إلى القدرة على ضبط مشاعرهم، وافتقارهم أيضا إلى روح التفاؤل والأمل، كما أظهرت دراسة أخرى أهمية العلاقة بين الاكتئاب وبعض المتغيرات النفسية الاجتماعية وكذلك نشاط الخلايا المناعية NK عند أربع مجموعات من الأفراد من حيث وجود أو غياب الاكتئاب الشديد، ووجود أو غياب سلوك التدخين، وقد تبين أن الأشخاص المكتئبين والمدخنين أظهروا انخفاضا في نشاط الخلايا المناعية NK مقارنة بالأشخاص الغير مكتئبين والغير مدخنين (Christine Reynaert, 2000).

وفي دراسة أخرى أجرتها الجمعية القومية للعلوم في الولايات المتحدة الأمريكية حيث حقنوا عددا من الأفراد بمكروب الأنفلونزا ليعرفوا مدى قدرتهم على المقاومة، لاحظوا أن بعضهم قاوم المكروب وتغلب عليه والبعض الآخر استسلم له وأصيب بالأنفلونزا وقد تبين من هذه التجربة أن الأشخاص المكتئبين هم الذين عانوا من المرض واستسلموا له ولم يستطيعوا التغلب على المكروب وانتهت الأكاديمية إلى نتيجة مفادها أن الاكتئاب يخفض نشاط الجهاز المناعي في جسم الإنسان (www.bufree.net/forum /archive/21596htm).

وفي دراسة أخرى ريشارد دافيدسون (Richard Davidson) بجامعة ويسكونسين ماديسون Wisconsin Madison حول علاقة الحالة النفسية بالاستجابة المناعية على عينة قوامها 52 فردا متطوعا طلب منهم كتابة أجمل وأسوأ اللحظات في حياتهم، أين قام بقياس نشاط الدماغ في النصف الأيمن والمسؤول على الإستجابات العاطفية والاكتئاب للأفراد تم حقنهم بفيروس الرشح وبعد 6 أسابيع على الأكثر أظهر الأفراد الذين لديهم نشاط أكبر على مستوى الدماغ ضعفا في الإستجابة المناعية من خلال إنتاج الأجسام المضادة فوصل الباحث إلى نتيجة مفادها أن الاكتئاب لا يؤثر فقط على الجانب النفسي بل يتعدى إلى تأثيره إلى الجانب العضوي وبإمكانه أن يجعل الأفراد عرضة لمختلف الأمراض

(www.sant.com/news/stories.php?story = 03-09-03/2260146)

خلاصة :

يعتبر الاكتئاب اضطراب وجداني له تأثيرات سلبية على الجانب النفسي والبيولوجي للفرد، حيث أثبتت مجموعة من الدراسات أن له تأثير سلبي على نشاط الجهاز المناعي، بحيث يظهر الشخص المكتئب تراجعاً في نشاط الخلايا المناعية للمفاوية منها (B,T) والخلايا القاتلة NK مما يجعله عرضة لمختلف الأمراض العضوية التي تؤثر بدورها على الفرد المصاب وعلى الأفراد المحيطين به لاسيما عائلته.

الفصل الثالث

المناعة النفسية العصبية

- تمهيد.

- 1- التعريف بعلم المناعة النفسية العصبية.
 - 2- نشأة وتطور علم المناعة النفسية العصبية.
 - 3- دينامية العلاقة بين الدعم الاجتماعي، الاكتئاب والمرض العضوي.
 - 4- المرض الانتاني (التهاب الكبد "C") وبعض آثاره النفسية.
 - 5- العلاقة بين الجانب النفسي والتنظيم العصبي الغددي والمناعي.
 - 6- بعض العوامل المساعدة على تنشيط المناعة النفسية العصبية.
 - 1-6- الرضا وترك السخط.
 - 2-6- التفاؤل وترك التشاؤم.
 - 3-6- الصبح والتسامح.
 - 4-6- الضحك.
 - 5-6- الصوم.
 - 6-6- الاسترخاء.
 - 7-6- التأمل.
- خلاصة.

تمهيد

يعتبر علم المناعة النفسية العصبية من العلوم الرائدة والحديثة في الوقت الراهن، وهو يدرس العلاقة بين العوامل النفسية وكل من الجهاز العصبي الغددي والمناعي، بحيث أنه يمكن للجانب الوجداني التأثير على النظام العصبي الذي بدوره يؤثر على كل من التنظيم الغددي ثم النظام المناعي والعكس . ومن هنا يمكن القول بأن هناك تداخل بين الجانب النفسي للفرد والجانب الفسيولوجي بطريقة لا يمكن الفصل بينها، فالعوامل الوجدانية السلبية كالحزن والاكتئاب والغضب تؤثر سلبا على الجانب الفسيولوجي خاصة الجهاز المناعي مما يؤدي إلى احتمال الإصابة بمختلف الأمراض ، والعوامل الإيجابية كالفرح والتفاؤل لديها تأثير إيجابي على الناحية الفسيولوجية مما يعطي الفرد القدرة على مقاومة الأمراض والتماثل للشفاء إذا كان مريضا.

وسنتناول في هذا الفصل التعريف بعلم المناعة النفسية العصبية ونشأته وتطوره كذلك العلاقة بين الجانب النفسي والتنظيم العصبي الغددي والجهاز المناعي والعلاقة بين كل من الدعم الاجتماعي والاكتئاب والمرض العضوي إضافة إلى بعض العوامل المنشطة للجهاز المناعي.

1- التعريف بعلم المناعة النفسية العصبية:

يعرف علم المناعة النفسية العصبية بأنه العلم الذي يشتمل على الدراسات المتعددة التي تسمح بتناول التأثير السلبي للعوامل النفسية كالحزن على سبيل المثال في وظيفة الجهاز المناعي (Ivant.M.Roitt.p28).

فلفظ المناعة النفسية العصبية يعلق عن الرابط بين الجانب النفسي والعصبي والجهاز المناعي، والجهاز الغددي الذي يعتبر وسيطا بين الجهاز العصبي والمناعي (أسامة أبو الوفاء، ص2) . حيث انه يدرس العلاقة بين نظام المناعة والنظام العصبي الغددي عن طريق جزئيات تعرف بالوسائط العصبية، ففي حالة التعرض للاكتئاب يلاحظ انخفاض في النشاط المناعي إضافة إلى اضطرابات فسيولوجية أخرى (www.touslesreves.com).

كما يحاول فهم كيفية تأثير الصدمات النفسية على الأنساق العصبية ومنها على جهاز المناعة، فهذا العلم يمكنه تفسير أشياء عديدة بقيت غامضة مثل الشفاء التلقائي لبعض الأمراض الخطيرة . وهو يجمع الجسم والفكر في وحدة فقدتها في القرن الأخير مع تطور السببية العضوية التي جزأت الإنسان إلى أعضاء وأعطت أولوية للأسباب الخارجية مثل الجراثيم والفيروسات . فوجود أسباب خارجية لا يمنع دور العامل النفسي، فالضغط النفسي مثلا يؤثر على جهاز المناعة من خلال زيادة إفراز الكورتيزون والذي يؤثر سلبا على الأعضاء المنتجة للأجسام المضادة واضطراب هذا الجهاز يفتح الباب للفيروسات، وبالتالي فان الصدمات والآلام المتكررة والانهيار النفسي يؤثر على جهاز المناعة سلبا لكن حب الحياة والفرح والمقاومة والاطمئنان يقوي جهاز المناعة (ميموني معتصم بدرة، 2003، ص120) .

ومنه يمكن القول أن المناعة النفسية يقصد بها قدرة الفرد على مواجهة الأزمات والكروب، وتحمل الصعوبات والمصائب، ومقاومة ما ينتج عنها من أفكار ومشاعر غضب وسخط وعداوة وانتقام ويأس وتشاؤم، وتمد المناعة النفسية الجسم بمناعة إضافية تنشط أجهزة المناعة الجسمية، وهذا يجعل دراسة المناعة النفسية ومعرفة طبيعتها وعوامل تنشيطها ضرورية في تنمية الصحة النفسية والجسمية معا (مرسي إبراهيم كمال، 2000، ص96).

2- نشأة وتطور علم المناعة النفسية العصبية:

إن أول بحث علمي تناول ظاهرة علم المناعة النفسية- العصبي بشكل مجمل ظهر عام 1919، وذلك عندما نشر باحث ياباني، يدعى اشيجمي (Ishigami) لأول مرة نتائج بحثه عن السل بين أطفال المدارس، حيث لاحظ أن مرض السل لدى أطفال المدارس ومعلميهم يتزامن مع ازدياد ما يتعرضون له من توترات انفعالية، وقد عزا اشيجمي نقشي المرض بين الأطفال ومعلميهم إلى انخفاض كفاءة عمل جهاز المناعة، ملاحظات اشيجمي هذه نبهت كثيرا من العلماء والباحثين إلى أن يوجهوا عنايتهم إلى هذه الظاهرة، ونتيجة لذلك تراكت لديهم أكاداس من المعلومات، وقد بلغت هذه المعلومات ذروتها، خاصة، في الثمانينات من هذا القرن؛ وكلها معلومات تؤكد حقيقة تأثير الضغوط النفسية والانفعالية على خفض وظيفة جهاز المناعة (مارتن بول، 2001، ص 83).

في عام 1974 اكتشف عالم النفس روبرت آدر (Robert Ader) من جامعة روشستر (Rochester) أن جهاز المناعة عند الإنسان يمكنه أن يتعلم كما يتعلم العقل، وكان هذا الاكتشاف بمثابة قنبلة تفجرت في ميدان الطب، فقد كان الشائع أن دماغ الإنسان وجهازه العصبي المركزي هما اللذان يستجيبان للمؤثرات التي تظهر فيما يبدو عليها من تغير في التصرف والسلوك ويقول عالم الأعصاب فرانسيسكو فارلج (Francisco Varelg) من باريس: "إن جهاز المناعة هو للجسم بمثابة الدماغ للإنسان، فهو الذي يحدد ما يخص الجسم وما لا يخصه وما له به علاقة وما ليس له به علاقة".

لقد كان الأطباء والبيولوجيون يعتقدون أن كلا من الدماغ وجهاز المناعة منفصل عن الآخر، غير أن مجموعة من الباحثين وجدوا أن الرسائل الكيميائية التي تعمل بشكل واسع بين الدماغ وجهاز المناعة تتركز أكثر ما يكون في المجالات العصبية التي تعمل على تنظيم العاطفة (عدس عبد الرحيم محمد، 1997، ص 237).

هذا الاكتشاف أدى إلى التواصل للطرق العديدة التي يتصل بها الجهاز العصبي بالجهاز المناعي؛ أي أن هناك مسارات بيولوجية تجعل المخ والعواطف والجسد متصلة دائما، بل متضافرة تضافرا وثيقا عند تعرضها لمؤثر خارجي عنيف، وبناء على ذلك فقد استنبط آدر علما جديدا يدعى: علم المناعة النفسية العصبية (Psycho-Neuro-Immunologie أو (PNI)، وهو مجال من المجالات الرائدة في العلوم الطبية، وهو

يهتم بالعلاقة بين الجانب النفسي وكلا من الجهاز العصبي والغدي والمناعي (حيدر علي، 2002).

وجاء ديفيد فيلتن (David Filten) أحد زملاء آدر بأقوى الأدلة على وجود سبيل فيزيقي مباشر يسمح للعواطف بالتأثير في الجهاز المناعي . فقد لاحظ أن للعواطف تأثيرا قويا في الجهاز العصبي الذاتي، ينظم كل شيء بدء من مقدار إفراز الأنسولين وحتى مستويات ضغط الدم . ثم اكتشف فيلتن مع زوجته سوزان نقطة التقاء بين الجهاز العصبي والخلايا للمفاوية والبلعمية التابعة للجهاز المناعي حيث وجد أن في دراستهما بالميكروسكوب الاليكتروني نقاط اشتباك تتلاصق فيها نهايات أعصاب الجهاز اللاإرادي مباشرة بهذه الخلايا المناعية . تسمح نقاط الاتصالات الفيزيكية هذه للخلايا العصبية بأن تطلق رسائل عصبية لتنظيم خلايا المناعة، وقد مضى فيلتن خطوة أبعد بان اختبر أهمية نهايات الأعصاب في عمل الجهاز المناعي، أجرى تجارب على حيوانات أزال بعض أعصابها من العقد للمفاوية والطحال، حيث تخزن الخلايا العصبية أو تصنع، ثم استخدم الفيروسات لإثارة الجهاز المناعي، كانت النتيجة انخفاضا هائلا في الاستجابة المناعية للفيروس، فاستنتج أن الجهاز المناعي من غير نهايات الأعصاب لا يستجيب كما يجب للفيروس فالجهاز العصبي لا يرتبط فقط بالجهاز المناعي، لكنه أساسي لعمل الجهاز المناعي الصحيح (دانييل جولمان، 2000، ص240).

3- دينامية العلاقة بين الدعم الاجتماعي - الاكتئاب والمرض العضوي:

يعتبر الدعم الاجتماعي أحد العوامل الهامة في تفسير الاكتئاب، فيشير التراث النفسي إلى أن انخفاض الدعم الاجتماعي أو الدعم الاجتماعي الغير جيد يؤدي إلى أو يبقى على الأعراض الاكتئابية، والحقيقة أن هناك جوانب كثيرة من الاكتئاب، تجعل علاقة المكتئب بالمحيط الاجتماعي مصدر للضيق والتعاسة والاضطراب فالمكتئبون يتسمون بعدم الايجابية في المواقف الاجتماعية . ويجدون صعوبة شديدة في بدء علاقة جديدة، وأنهم أقل من غيرهم تفاعلا وتبادلا سواء تعلق ذلك بحجم الكلام أو الأفعال المطلوبة في مثل هذه المواقف، أو ملاءمتها لمواقف التفاعل وطبيعة العلاقة الاجتماعية، كما يصف الآخرون المكتئب بالجمود، والتصلب والافتقار للمهارات الاجتماعية الضرورية للنجاح والتفاعل، كما يتعرض المكتئبون في مواقف التفاعل لكثير من

الإحاطات، ومشاعر التعاسة بسبب حساسيتهم الشديدة للرفض والتجاهل (فايد علي حسين، كتاب ثاني، 2001، ص ص 88-89).

فمريض الاكتئاب يؤثر سلبا على أفراد أسرته، ويمتد تأثيره إلى المحيطين به من زملاء العمل والأصدقاء، ويرتبط الاكتئاب سلسلة من المشكلات الأخرى فمن الناحية الصحية ثبت علاقة الاكتئاب بالتأثير السلبي على مناعة الجسم، مما يمهد للإصابة بأمراض أخرى مثل السرطان، وأمراض القلب والشرابين (الشربيني لطفي، 2001، ص 21). حيث أن للتشائم آثار صحية فهو يؤدي إلى الاكتئاب الذي يضعف بدوره فاعلية جهاز المناعة فيتعرض صاحبه للإصابة بالعدوى والأورام (عدس عبد الرحيم محمد، 1997، ص 248).

حيث أن هناك علاقة ارتباط بين الجانب الوجداني وجهاز المناعة يتم عن طريق تأثير الهرمونات التي يطلقها الجسم إذا ما تعرض لأمر يضايقه أين تعمل هذه الهرمونات على إعاقة عمل جهاز المناعة عند الفرد ولو بشكل مؤقت، بسبب ما يتعرض له من الإثارة والضييق، وإذا ما طالت حالة الإثارة والتوتر هذه فقد تحبط عمل جهاز المناعة (عدس عبد الرحيم محمد، 1997، ص 238).

و يرتبط الاكتئاب بالإصابة ببعض الأمراض العضوية مثل الإصابة بفيروس الكبد (التهاب الكبد) والإصابة بمرض السرطان، إضافة إلى إمكانية حدوث الاكتئاب نتيجة تناول بعض الأدوية مثل أدوية علاج ارتفاع ضغط الدم، وبعض الأدوية النفسية التي تستخدم في علاج الأمراض العقلية مثل مضادات الذهان، وبعض العقاقير التي تستخدم كمواد الإدمان (الشربيني لطفي، 2001، ص 186).

وقد تبين أن المرضى المكتئبين أسوأ كثيرا في استجاباتهم لنظامهم العلاجي، فلا يلتزمون بنظامهم الغذائي مما يعرضهم لمخاطر صحية جسيمة، ويبدو أن مرض القلب يتفاقم بالاكتئاب، ففي دراسة شملت 282 شخصا أجريت على مدى 12 عاما، اتضح أن معدل الوفيات من هذا المرض تزداد بين من يعانون من اليأس والإحباط . أما في النسبة الأكثر اكتئابا بين هؤلاء والتي تصل إلى نحو 3% فقد بلغت نسبة الوفيات أربعة أضعاف نسبتها بين غير المكتئبين، واتضح أيضا أن الاكتئاب يعقد إمكان الشفاء . فقد تبين من دراسة أجريت على نساء متقدمات في السن، أصبن بكسر في مفصل الفخذ . تأخر خروج

النساء المكتئبات من المستشفى ثمانية أيام بعد الأخرى غير المكتئبات وبنسبة الثلث فقط من اللاتي يحتمل مقدرتهن على السير مرة أخرى أما النساء المكتئبات اللاتي يتلقين مساعدة سيكولوجية لعلاج اكتئابهن جنبا إلى جنب مع رعايتهن الطبية بالعلاج الفيزيقي، فكانت مدة علاجهن أقل قبل إمكان المشي مرة ثانية، كما انخفض عدد مرات تردهن على المستشفى خلال الشهور الثلاثة التالية لمغادرتهن المستشفى (جولمان دانيل، 2000، ص ص 250، 251).

أما من الناحية الاقتصادية فان تأثير الاكتئاب على حياة المريض يمنعه عن ممارسة عمله المعتاد أو كسب العيش ويؤدي إلى مشكلات أسرية تؤثر في المريض ومن حوله، ومن الناحية الاجتماعية فان العزلة التي يفرضها مرض الاكتئاب تؤدي إلى قطع الصلة بين المريض والمحيطين به وعدم مشاركتهم في الحياة الاجتماعية (الشريبي لظفي، 2001، ص 21).

ولقد أثبتت بعض الدراسات كدراسة Palinkas & Browner 1995 أن هناك علاقة ارتباطية دالة بين العزلة الاجتماعية والاكتئاب حيث تزداد الأعراض الاكتئابية بزيادة مدة وشدة العزلة الاجتماعية، وانه يمكن من خلال الأعراض الاكتئابية التنبؤ إلى حد كبير بمدى العزلة الاجتماعية التي يعاني منها الفرد (محمد عبد الله عادل، 2000، ص 200).

فرغم أن المكتئبين تبدو عليهم المحنة والمعاناة كما يلتمسون دعم الآخرين إلا أن البيئة الاجتماعية قد تقدم الطمأنينة والدعم في البداية لكنها قد ترفض المكتئبين أو تتحاشاهم فيما بعد نظرا لعدم تجاوبهم، الأمر الذي يزيد من عدم أمن المكتئبين وزيادة اعتماديتهم، ويبدو مما سبق أن العلاقة بين الاكتئاب واضطراب السلوك الاجتماعي علاقة جدلية (حلقة مفرغة)، أي ليس معروف أيهما السبب وأيها النتيجة، ففي حالة الاكتئاب يجد الشخص نفسه عزوفا عن الاحتكاك والتفاعل الاجتماعي الايجابي، ويؤدي فشله في ذلك إلى تدعيم اكتتابه، كما أن وجود رصيد ضعيف بين المهارات الاجتماعية، والفشل المتكرر في العلاقات الاجتماعية يؤدي إلى الإحباط ومشاعر الفشل والتعاسة (فايد علي حسين، كتاب ثاني، 2001، ص ص 89، 90).

لقد أكدت الدراسات أن الأشخاص الذين يفتقدون شخصا عزيزا عليهم ويعانون من حالة الحزن مثل الزوجة التي تفقد زوجها تزداد مخاطر تعرضهم للأمراض النفسية، والاضطرابات النفسية الجسدية والأمراض العضوية بصفة عامة نتيجة لتأثير الانفعالات النفسية على جهاز المناعة في الجسم، ورصدت الدراسات وزيادة في معدل الوفاة خلال عامين أو ثلاثة عقب صدمة الوفاة خصوصا إذا كان الفقيد هو شريك الحياة (الزوج أو الزوجة) أكثر من أي من الأقارب الآخرين، وتزيد احتمالات المرض والوفاة في الرجال من الأزواج لتصل إلى 20% مقارنة بالسيدات من الزوجات في حدود 4% فقط (الشربيني لطفي، 2001، ص279).

وأمام تعرض الفرد للمرض فإنه بأمس الحاجة إلى الدعم النفسي والاجتماعي من الآخرين له بحيث يشعر أنه لا يواجه المرض ولا يقاسي آلامه منفردا، وإن لم يكن هناك من يستطيع مشاطرته آلامه وحمل بعضا منها عنه إلا أنه بحاجة لمن يسانده نفسيا واجتماعيا ويدعمه على تجاوز الحاجز الوهمي للمرض وما يسببه من صدمة نفسية اجتماعية قاسية من جهة، ويعزز مقدرته على تحمل آلام المرض، ويقوي إرادة الحياة لديه، وحين يشعر المريض أنه لا يواجه المرض منفردا، فإنه يشعر بشكل إسقاطي أن الآخرين يعانون معه آلامه، بسهرهم بجواره، زيارتهم له، عنايتهم به، ترويحهم عنه، كل ذلك ألوان من الدعم النفسي الاجتماعي (خليل بيومي محمد محمد، 1996، ص93).

4- المرض الانتاني "التهاب الكبد" وبعض آثاره النفسية:

يحدث الإنتان نتيجة تعرض الجسم لمختلف الميكروبات بصورة مستمرة أين تخلق هذه الميكروبات اختلالا في توازن الجسم نتيجة إصابة وسائل الدفاع بالجهاز المناعي، مما يسمح بتكاثر الميكروبات وبالتالي الوقوع في المرض الإنتاني (George, Pierre Bellicha, 1987, p234).

إن الإصابة بالإنتان يكون إما نتيجة الميكروبات الخارجية بمعنى التي مصدرها المحيط الخارجي Infection Exogène أو نتيجة اختلالات داخلية لدى المريض، Infection Endogène وهناك طرق عديدة لحدوث الإنتان وانتقاله عبر الأفراد أهمها الطريق الدموي، الاتصال الجنسي، الطرق الهضمية والتنفسية والتلامس الجلدي (Gean. Claude pechère, 1991, p3).

ومن أكثر الإنتانات أو الأمراض الإنتانية انتشارا التهاب الكبد c المزمن والذي أشارت الهيئات الطبية أن حوالي 3% من سكان العالم أي أكثر من 170 مليون شخص يعانون من الإصابة بمرض التهاب الكبد "c" وغالبا ما يجهل الشخص المريض إصابته بالمرض، وذلك نتيجة أن حوالي 90% من المرضى المصابين بفيروس الكبد الوبائي "c" لا تظهر لديهم أي أعراض للمرض، فمعظمهم لا يدركون إصابتهم بالمرض إلا بعد مرور أعوام طويلة من الإصابة وتلف الكبد بشكل كبير وعدم قيامه بوظيفة، وأحيانا يكتشف المريض إصابته مبكرا في حالة قيامه بالتبرع بالدم أين يتم الكشف عن تواجد الفيروس بفحص الدم قبل التبرع(www.feedo.net).

يعود التهاب الكبد إلى 5 أنواع من الفيروسات وهي A,B,C,D,E حيث أن الإصابة عن طريق كل من الفيروس A, E تتسبب في حدوث التهاب كبد حاد، أما الإصابة بالفيروسات B,C,D بإمكانها إحداث التهاب كبد حاد ومزمن (michelbourel,1991.p3).

يعتبر الفيروس "c" أخطر وأعنف هذه الفيروسات فتكا بالكبد حيث يؤدي إلى إصابة هذا الأخير بالعديد من الأمراض الخطيرة كتليف الكبد، سرطان الكبد والفشل الكبدي، ومن أعراض مرض التهاب الكبد الفيروسي "c" ، الإرهاق المزمن، آلام في المفاصل، ارتفاع درجة الحرارة، فقدان للشهية الغثيان والتقيؤ، أما الإصابة بفيروس الكبد c فتحدث عن طريق الدم الملوث بالفيروس أو عن طريق الاتصال الجنسي بالشخص المريض، كما يمكن انتقال الفيروس عن طريق استخدام الحقن الملوثة وتنتشر هذه الإصابة بالحقن الملوثة بين مدمني المخدرات، أما انتقال الفيروس من الأم إلى أطفالها فهو غير مؤكد (www. your.doctor.net).

إن أفضل علاج لالتهاب الكبد "c" هو الانتزفرون لكن بالرغم من ذلك فهو لديه تأثير سلبي على الحالة النفسية للمريض، حيث يعاني المريض بالتهاب الكبد c من إعياء شديد، توتر وقلق تقلب المزاج والشعور بالغضب، إضافة إلى حالة الإحباط التي قد تسوده وأحيانا تلجأ بعض الحالات المصابة بالتهاب الكبد c إلى الانتحار (www.feedo.net) . وقد لوحظ أن هذا المرض يترافق مع ظهور أعراض اكتئابية لدى المصاب، وأثبتت

بعض الدراسات أن العلاج المسبق للمريض بمضادات الاكتئاب بحوالي أسبوعين قبل بداية علاج التهاب الكبد C يساعد على خفض الأعراض الاكتئابية المصاحبة للمرض (www.2aides.org).

كما يمكن لهذا المرض المزمن التأثير على حياة الفرد الاجتماعية، بحيث يميل المريض إلى العزلة فنقل علاقته الاجتماعية، مما يشعره بالوحدة التي قد تقف عائقاً أمام تحسن صحته الجسمية، فتنشأ لديه مشاعر اليأس والتشاؤم اتجاه الحياة كما يشعر بفقدان الأمل في إمكانية الشفاء والمعاودة مما قد يجعله يمتنع عن العلاج وهذا ما يزيد من تدهور صحته الجسمية، وهذا لا يخص مرض التهاب الكبد "C" فقط وإنما تقريباً كل الأمراض الإنتانية التي تصيب الجسم ، لذا من الضروري تقديم رعاية خاصة للمريض تتمثل في العلاج الكيميائي (الأدوية) والعلاج النفسي. فلقد حان الوقت الذي يجب أن يأخذ فيه الطب بعين الاعتبار ما بين عواطف الإنسان وبين سلامة صحته من رابطة قوية وعلاقة لها شأنها ولها أهميتها حيث يبقى الطب مهنة يغلب عليها العامل الإنساني ولا تقتصر على العامل المادي فقط حيث تهتم بالجانب المعنوي اهتمامها بالجانب الجسمي للأخذ بيد المريض نحو الشفاء (عدس عبد الرحيم محمد، 1997، ص258).

5- العلاقة بين الجانب النفسي والتنظيم العصبي - الغدي والمناعي:

ينظر العلماء إلى المخ والجسم باعتبارهما منظومة واحدة متكاملة، فالمنظومة الانفعالية تقع في المخ، في الجهاز الغدي والجهاز المناعي (جهاز بيوكيميائي متكامل) وهي تؤثر في كل الأجهزة الأخرى كالقلب والرئتين والجلد ... الخ.

ويمكن اعتبار الانفعالات كأنها المادة اللاصقة التي توحد بين الجسم والمخ واعتبار الجزيئات الكيميائية الببتيدات (Peptides Moleculaires) هي المظهر الفسيولوجي للعملية (روبينز جيم سكوت، 2000، ص ص 191 - 192).

إن الأفكار التشاؤمية ومشاعر السخط والغضب والحزن والجزع واليأس وغيرها من مشاعر الانهزامية المرتبطة بالوهن النفسي تؤدي إلى خلل في وظائف أعضاء الجسم بصفة عامة، وفي وظائف الجهاز العصبي السمبتاوي بصفة خاصة، التي تؤدي بدورها إلى خلل في إفرازات الغدد الصماء، وأجهزة الدورة الدموية والتنفس والهضم والنوم،

فبضعف الجسم يصبح عرضة للأمراض كضغط الدم والسكري واضطراب التنفس وغيرها من الأمراض المرتبطة بالانفعالات (مرسي إبراهيم كمال، 2000، ص157).

يتم استقبال الانفعال من طرف القشرة المخية في إطار معلومات حسية، وبتصالها مع الجهاز اللمبي يقوم هذا الأخير بتحريض الهيبوتلاموس والتي تعمل وفق اتجاهين (Jean Joly, 2001, p254):

1- رد فعل سريع ومنذر بالخطر: حيث يؤثر الهيبوتلاموس على بعض الأنوية الرمادية لجذع المخ والذي يعمل بدوره على تبطئة بعض الوظائف (التنفس، خفقان القلب) فيحدث هناك تحريض للغدة الكظرية التي تفرز هرموني الأدرينالين والنور أدرينالين، مما ينتج عنه عدة تفاعلات فسيولوجية وقصيرة المدى مثل زيادة إنتاج السكر من خلال مخزون الكبد، زيادة خفقان القلب، شحوب نتيجة تقلص الأوعية الدموية لزيادة حجم الدم فيها.

2- رد فعل بطيء ومقاوم: في نفس الوقت يتواجد نظام آخر عصبي هرموني، يعتبر أقل سرعة من رد الفعل الأول، ولكن أكثر استمرارا منه، حيث يقوم الهيبوتلاموس بتحريض مواد تتمثل في (C RF) و (T R F) لتحريض الغدة النخامية والتي بدورها تفرز هرمون الـ (ACTH)، لتحفيز قشرة الكظر على إفراز هرمون الغليكو كورتيكويد، وتحريض الغدة الدرقية لإفراز هرمون التيروكسين، مما ينتج عنه ارتفاع في الضغط وانخفاض في إنتاج الخلايا المناعية.

يعتبر الجهاز الغددي هو الوسيط بين الجهاز المناعي والجهاز العصبي، فتحت تأثير الجهاز العصبي يقوم الجهاز الغددي بإفراز العديد من الهرمونات التي لها أثر كبير على الجهاز المناعي، فمثلا إفراز بعض الهرمونات مثل: هرمون النمو، التيروكسين، الأنسولين، تعمل على تنشيط الاستجابة المناعية، وإفراز الكورتيكويدات، والأندروجين والأستروجين، والبروجسترون تعمل على إضعاف الاستجابة المناعية إضافة إلى أن إفراز الغدة فوق الكلوية للغليكو كورتيكويد بإفراط يترافق بتحريض الخلايا المفرزة للأجسام المضادة

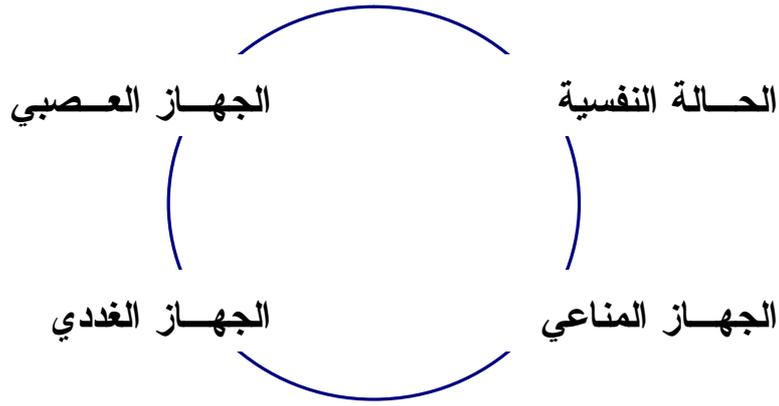
(Ivant, M, Roitt, pp127- 128).

في المقابل يمكن للجهاز المناعي التأثير على الجهاز الغددي ومن ثم على الجهاز العصبي، فكما أنه قادر على استقبال الإفرازات البيبتيدية المتحصل عليها عن طريق النهايات العصبية لديه القدرة أيضا على إفراز وسائط لتثبيته الجهاز العصبي المركزي أثناء التعرض لمولد ضد أو جسم غريب أو كالفيروس أو مولد ضد ذاتي، فالخلايا المناعية تقوم بإفراز اللمفوكينات، وبهذا تؤثر على البنى العصبية والغدد (Consoli, SM, 1988, p6).

يعمل كل من الأنترلوكين واللمفوكينات على تثبيته الغدة النخامية وبالتالي تحريض الغدد فوق الكلوية على إفراز الغليكو كورتيكويدات مما يزيد من تركيزه في الدم (Jean François Bach, 1979, p129).

إن نشاط الجهاز المناعي أثناء التعرض لإصابات مختلفة يؤدي إلى إفرازات لمختلف الوسائط الكيميائية مما قد يؤثر على الحالة النفسية والمزاج من خلال التعرض لمختلف الآلام كالصداع، الأرق، فمثلا الإفراط في إفراز الأنترلوكين 1 يؤدي إلى الإصابة بالنعاس المتناقض مما يؤثر على شخصية الفرد (Consoli, SM, 1988, p6).

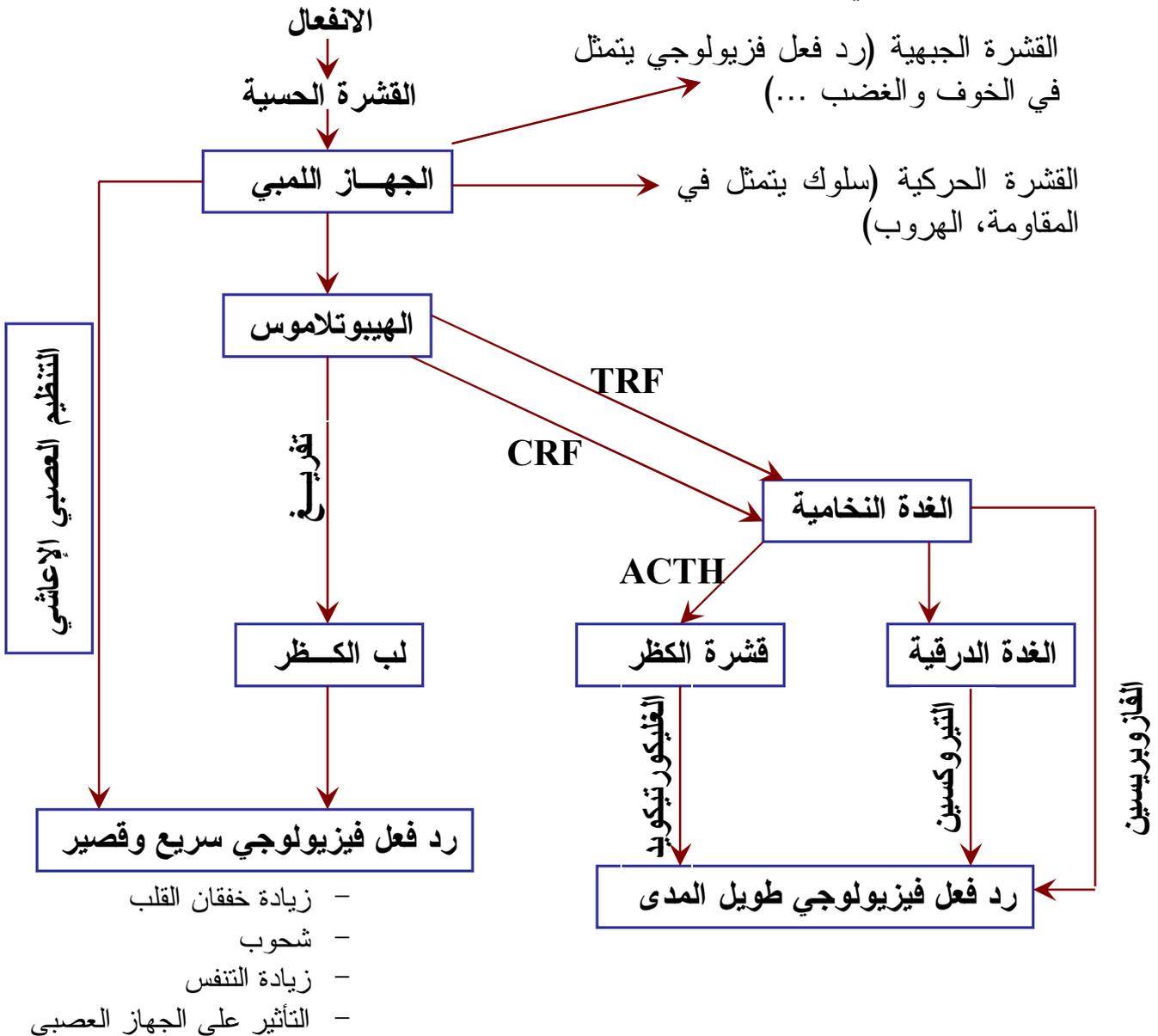
ومنه يمكننا الوصول إلى نتيجة هي أن هناك تفاعل متبادل بين الجانب النفسي وكل من الجهاز العصبي الغددي والمناعي حيث تؤثر الحالة النفسية للفرد مهما كانت طبيعتها (فرح، غضب، اكتئاب، قلق) . على الجانب العصبي أولا والذي يستقبلها كتثبيته في شكل معلومة حسية، أين يقوم بدوره بتحريض الجهاز الغددي على إفراز الهرمونات حسب طبيعة الحالة النفسية، ومن خلال هذه الهرمونات والوسائط الكيميائية يتأثر الجهاز المناعي ليتجاوب إما بتنشيط الخلايا المناعية أو تثبيطها، والعكس صحيح فأتثناء دخول جسم غريب إلى العضوية فإن الجهاز المناعي ينشط لمقاومة هذا الجسم الغريب من خلال الخلايا المناعية كاللمفاويات والكريات البيضاء مما يؤدي إلى إعطاء إشارات للجهاز العصبي والغددي لإفراز مختلف الوسائط الكيميائية لمساعدة الجسم على المقاومة، وأثناء حدوث هذه التفاعلات فإن الفرد يتعرض لآلام مختلفة، وارتفاع درجة حرارة جسمه مما يعرضه للتضايق والحزن والاكتئاب ومنه يمكننا توضيح هذه العلاقة وفقا للشكل الموالي:



الشكل (3): يوضح العلاقة بين الحالة النفسية، الجهاز العصبي، الجهاز المناعي والجهاز الغدي.

ويوضح Jean Joly في كتابه La biologie pour psychologie

العلاقة السابقة كآتي:



- ارتفاع الضغط

- التأثير على الجهاز المناعي

شكل(4): يوضح العلاقة بين الجانب النفسي والجانب العصبي - الغددي والمناعي

(. (Jean Joly, 2001, P260)

6- بعض العوامل المساعدة على تنشيط المناعة النفسية:

يعتمد تنشيط المناعة النفسية على إدارة صاحبها، وعزمه على تصحيح طريقة في التفكير، وجهوده في تنمية أفكار ومشاعر السعادة، وطرده أفكار ومشاعر الشقاء واليأس، وفيما يلي اهم العوامل المساعدة على تنشيط المناعة النفسية:

6-1- الرضا وترك السخط: الرضا عملية نفسية سهلة إذا كانت الأمور كما نريد، وصعبة إذا كانت على غير ما نريد، وعلى الإنسان أن يرضي نفسه في كل الأحوال، حتى يحميها من مشاعر السخط والضجر والسأم والملل والعجز والانهازامية، فالرضا عملية نفسية إرادية مصدر سعادة وعلامة صحة ويشمل الرضا مجالات الحياة . فمن الرضا قبول الإنسان لقدراته، وإمكاناته وصحته، ولون بشرته وطوله ومظهره، وقبوله لأسرته وممتلكاته، فيرضى الزوج عن زوجته وأولاده، وترضى الزوجة عن زوجها وأولادها، فالرضا الأسري مصدر تماسك الأسرة وترابطها وسعادة أفرادها، والرضا عن العمل وتقبل مسؤولياته وظروفه، من أهم عوامل الصحة والوقاية من الأمراض، فمن دراسة لبارماك (Parmak) على طلبة من الجامعة طلب منهم عمل أشياء مملة لا يرغبون فيها، لاحظ عليهم السأم، والتعب والإرهاق، والرغبة في النوم، وشكا بعضهم من الصداع وآلام في العيون والمعدة، ومن فحصهم طبيا وجد ارتفاع في ضغط الدم، وانخفاض في استهلاك الأكسجين في خلايا الجسم، وعندما أعاد بارماك التجربة على الطلبة أنفسهم وطلب منهم عمل أشياء يحبونها، تغيرت حالتهم النفسية والجسمية، وظهرت عليهم مظاهر الارتياح وفي دراسة على أشخاص فرحين بالحياة، وجد زيادة في إفراز اللعاب ومواد أخرى في الجسم، تساعد على الشعور بالارتياح . كذلك في دراسة أخرى وجدت علاقة قوية بين الرضا بالحياة والمعافاة في البدن، وأرجع الباحثون هذه العلاقة

إلى ما يتولد عن الرضا بالحياة من أفكار تفاؤلية ومشاعر إيجابية تقوي المناعة النفسية وتعطي للجسم مناعة إضافية في مقاومة الأمراض . وقد وجد أيضا أن الشباب الراضين عن حياتهم والمتقبلين لها أكثر نضارة وحيوية وأقل عرضة للأمراض الجسمية (مرسي إبراهيم كمال، 2000، ص ص 100-101).

6-2- التفاؤل وترك التشاؤم: يقصد بالتفاؤل توقع النجاح والفوز في المستقبل القريب، والاستبشارية في المستقبل البعيد وأعلى مراتب التفاؤل توقع الشفاء عند المرض، والنجاح عند الفشل، والنصر عند الهزيمة، وتوقع تفريج الكروب ودفع المصائب وزوال النوازل عند وقوعها، فالتفاؤل في هذه المواقف عملية نفسية إرادية، تولد أفكار ومشاعر الرضا والتحمل والأمل والثقة، وتطرد أفكار ومشاعر اليأس والانهازامية والعجز، فالتفاؤل يفسر الأزمات تفسيراً حسناً، يبعث في نفسه الأمن والطمأنينة، وينشط أجهزة المناعة النفسية والجسمية، وهذا يجعل التفاؤل طريق الصحة والسلامة والوقاية من الأمراض، فقد أشارت دراسات عديدة إلى أن المرضى الذين أجريت لهم عمليات جراحية وهم متفائلون بالشفاء تحسنت حالتهم بعد الجراحة، ولم يتعرضوا للمضاعفات الصحية التي تعرض لها المرضى المتشائمون من الشفاء (مرسي إبراهيم كمال، 2000، ص ص 102-103).

وفي دراسة على 122 رجلاً أصيبوا بنبوية قلبية لأول مرة بعد ثماني سنوات كانت نسبة المتوفين من المتشائمين منهم (84%) بينما بلغت هذه النسبة عند المتفائلين (24%) وكانت رغبتهم في العيش والبقاء قوية . فلقد كانت الوفيات بالنسبة للمتشائمين تفوق نسبتها في أي مرض خطير كأمراض القلب وانسداد الشرايين وارتفاع ضغط الدم وزيادة الكولسترول، وقد أظهرت الدراسات التي تناولت من أصابهم الشلل أن المتفائل منهم أقر على الإفادة من العلاج الطبيعي والقدرة على الحركة من أولئك الذين هم في المستوى نفسه من الإصابة الأقل تفاؤلاً وأملاً . وتتناسب الفائدة طردياً مع مستوى التفاؤل الذي يشعر به المريض والدرجة التي يبذل فيها الجهد اللازم ليصل إلى فوائد بدنية واجتماعية أكبر (عدس عبد الرحيم محمد، 1997، ص ص 247-248).

6-3- الصفع والتسامح: لقد ثبت علمياً أن التسامح وعدم الحقد يؤدي إلى تقوية القلب وجهاز المناعة عند الإنسان، فبحسب الأطباء النفسيين فإن الإنسان يعاني بعض الانعزالية والانطواء على النفس أثناء معاناته من مشكلة أو مخاصمة، وبالتالي فقد ثبت بشكل

واضح أثر الكراهية والشعور بالمرارة على القلب والشرابين ونظام عملهما بشكل عام . بالمقابل فان التسامح يؤدي إلى رفع نظام المناعة في الجسم، ويساعد الجسم في مقاومة الانفلونزا والرشح . ففي دراسة تم إجراؤها على عشرين شخص مصاب بمرض نقص المناعة المكتسبة لمعرفة تأثير التسامح على تطور المرض لديهم، كانت النتيجة أن الأشخاص الذين استطاعوا السيطرة على مشاعرهم ومسامحة من تسبب لهم بالمرض، قد تأخر تطور المرض لديهم، فيما تعرض الأشخاص الغير قادرين على المسامحة إلى تعقيدات أكثر في حالتهم الصحية . وبالنتيجة فالتسامح ليس مفيدا فقط لمرض نقص المناعة المكتسبة بل يتعدى الأثر إلى مختلف الأمراض.

فقد تم تدريب 260 متطوعا في الولايات المتحدة الأمريكية على التسامح لمدة تسع ساعات يوميا، وكانت النتيجة أن التسامح ساهم في تخفيض الشعور بالإرهاق، وزاد من ثقة الأشخاص بأنفسهم وساهم أيضا في زيادة شعورهم بالأشخاص المحيطين بهم . وتم ملاحظة انخفاض ملموس في حالات الصداع وآلام الظهر والمعدة . والجدير بالذكر هو ما أظهرته دراسة عرضت في اجتماع جمعية الطب السلوكي في ولاية تينيسي الأمريكية أن العفو والتسامح يساعدان في تخفيض ضغط الدم والتوتر النفسي والقلق . ويقول علماء النفس أن التسامح عبارة عن استراتيجية تسمح للشخص بإطلاق مشاعره السلبية الناتجة عن غضبه من الآخرين بطريقة ودية.

واستند الباحثون بقيادة الدكتورة كاثلين لولار أستاذة علم النفس في جامعة تينيسي، لتحديد آثار التسامح على صحة الإنسان على دراسة شملت 107 طالب من جامعات مختلفة ملأوا استبيانات حول مناسبتين شعروا فيها بالخداع والخيانة بحيث تم قياس معدل ضربات وضغط الدم والتوتر في عضلة الجبهة وشدة العرق ووجد الباحثون أن عشرين طالبا ممن اعتبروا متهورين وغير متسامحين في معظم القصص التي كانت تدور حول خيانات الحبيب وطلاق الوالدين، أظهروا ارتفاعا ملحوظا في معدلات ضغط الدم وزيادة في التوتر العضلي في الجبهة مقارنة مع العشرين الآخرين الذين اعتبروا الأكثر تسامحا . ولاحظ الباحثون أن النساء كن الأقل تسامحا من الرجال والأكثر احتمالا لحمل الضغائن ضد الشخص الذي شعرن اتجاهه بالخيانة حيث أظهرت هؤلاء النساء أيضا ارتفاعا في معدلات ضغط الدم وتوترات نفسية أكبر

(www.bafree.net/forum/archive/-276322 htm).

5-4- الضحك: أصبح الضحك والفكاهة من الوسائل التي يستعين بها الأطباء إلى جانب تقنيات الطب الحديثة لعلاج مرضاهم . ويرى بعض الخبراء أن لإضحاك المرضى وإدخال البهجة في نفوسهم أثرا مباشرا على أجهزة المناعة الطبيعية في أجسادهم . إذ يؤكدون أن فائدة الضحك لا تقتصر على تحسين الحالة النفسية للمرضى بل تتجاوزها بشحنها قدرة الجسد على مقاومة الأمراض، وقد أجريت الكثير من الأبحاث لاكتشاف التأثير الايجابي للمرح على الحالة البدنية، وأظهرت تلك الأبحاث أن من يتعرضون للأزمات القلبية يمكنهم تفادي الإصابة بأزمة ثانية والتعرض لارتفاع ضغط الدم، ويمكنهم الاستغناء على تعاطي كميات كبيرة من الأدوية إذا ضحكوا لمدة نصف ساعة كل يوم، وقد ثبت علميا أن الضحك يؤدي لخفض معدلات إفراز المواد الكيميائية بحالات التوتر العصبي، ويقوي جهاز المناعة وقدرة الجسد على تحمل الآلام، وللضحك فوائد كبيرة في علاج بعض الأمراض النفسية مثل حالات الاكتئاب أو الفلق، ويؤكد الأطباء النفسيون أن المرح يعد وسيلة فعالة للتخلص من الضغط العصبي، وسلاح لمواجهة وتجاوز ما يتعرض له الإنسان من إهانة أو مواقف صعبة ومحرجة، ويساعد على تجاوز كل أنواع الألم والمعاناة (www.bafree.net/forum/ archive/32992.h t m).

ولقد ثبت أن الضحك يساعد على زيادة الأكسجين الذي يصل إلى الرئتين وينشط الدورة الدموية، ويساعد على دفع الدم في الشرايين، فيتوالد إحساس بدفء الأطراف (الشربيني لطفي، 2003، ص215).

5-5- الصوم: إن صوم رمضان من النعم الربانية التي تصحح ما انكسر من التوازن في بناء الجسد والتكوين النفسي، حيث يقلل الصوم من الأخطار التي قد تسبب الأمراض، مثل ارتفاع مستويات الكوليسترول والدهون الثلاثية والسمنة، والضغط النفسية، وداء السكري وارتفاع ضغط الدم والكلى . كما أن الصوم يساعد في علاج كثير من الأمراض، مثل داء السكري والأمراض القلبية الوعائية، والتخلص من الدهون الزائدة العائمة داخل الجسم والتي تكون عرضة للترسب، مثل الدهون في الأوعية الدموية وتحت الجلد وفي الكبد، فيخفف الصوم من انسداد الأوعية الدموية، ويقلل من ارتفاع ضغط الدم، لقلّة كميات السوائل في الأوعية الدموية وتقل معها نوبات الشقيقة (وجع الرأس النصفى) أما عن

تأثير الصوم على الجهاز الهضمي، فإن المعدة تستعيد أنفاسها وترمم ما هدم منها، وكذلك الأمعاء تتخلص من الرواسب والأخماج وتحسن حركة الجهاز الهضمي، وتتم السيطرة على الإمساك والتهابات القناة الهضمية والكبد والبنكرياس (خالد ابراهيم البد، 2007).

ويضيف الدكتور هاني حسن الكيلاني أن للصيام علاقة بجهاز المناعة حيث لوحظ تحسن المؤشر الوظيفي للخلايا اللمفاوية عشرة أضعاف عند الصائمين، وهي الخلايا المدافعة عن الجسم ضد الكائنات الدقيقة والأجسام الغريبة التي تهاجمه. كما ارتفع عدد الأجسام المضادة وهي التي تقوم بتدمير الكائنات الغازية للجسم. ويؤثر الصوم إيجابياً على عملية إزالة المواد الضارة الموجودة بالجسم من خلال القولون والكليتين والمثانة والجلد والرئتين والجيوب الأنفية، وبالتالي نلاحظ أثناء شهر رمضان زيادة إفرازات الجسم (خاصة المخاط)، والتي تعمل على إزالة هذه المواد الضارة الناتجة عن تراكمات عمليات الخلايا الحيوية.

كما يقي الصوم من أخطار السموم المتراكمة في الخلايا وبين الأنسجة، الناتجة عن تناول الأطعمة أو تناول الأدوية أو استنشاق الهواء الملوث بهذه السموم، ويتخلص الجسم من الخلايا المريضة والضعيفة فيه أثناء الصيام ثم يتم تجديدها أثناء مرحلة البناء (www.hmc.org.qa/hmc/health/27th/8.htm).

5-6- الاسترخاء: إن الاسترخاء والهدوء النفسي والسكينة الروحية تؤثر بصورة إيجابية على الجهاز المناعي في الجسم، فتعزز قدراته وتزداد قوته الدفاعية ويصبح أكثر قدرة على حمايتنا ضد الأمراض . وقد بينت دراسة أجريت في جامعة ريدنج البريطانية أن التفكير المجهد الغم النفسي يؤدي إلى إقلال نسبة الأجسام المضادة المناعية وهي عبارة عن بروتينات تلصق نفسها بالأجسام الغريبة التي ترتاد الجسم وتدمرها، وهذا يعني أن قلة عدد الأجسام المضادة المناعية يجعل تلك الأجسام الغريبة حرة التصرف في أجسامنا فتصيبها بالأذى أو المرض، بالمقابل وجدت الدراسة أيضاً أن الأشخاص الذين يفكرون أفكاراً سعيدة يكون مستوى الأجسام المضادة المناعية لديهم مرتفعاً (www.dimonth.net/montda/shwthoad.php?t=2472).

5-7- التأمل: أثبت بحث علمي أن التأمل يقوي نظام المناعة في جسم الإنسان ويزيد الأفكار والعواطف الإيجابية والتفؤلية في الحياة . فقد وجد الباحثون في جامعة

ويسكونسن الأمريكية أن الأشخاص الذين مارسوا التأمل لثمانية أسابيع أنتجوا مستويات أعلى من الأجسام المضادة عند حقنهم بلقاح الانفلونزا، كما اظهروا نشاطا أكثر في مناطق الدماغ المرتبطة بالعواطف الايجابية، مقارنة بالأشخاص الذين لم يمارسوا هذه التقنية . وأجري بحث آخر على 48 شخصا تلقى نصفهم تدريبات تأمل أسبوعية ومارسوها في المنزل لمدة ساعة يوميا لستة أيام في الأسبوع كما تم حقنهم بلقاح الانفلونزا، ولاحظ الباحثون بعد قياس نشاط الدماغ في عدة نقاط أثناء راحة المشاركين أو كتابتهم عن تجارب عاطفية إيجابية أو سلبية مروا بها في حياتهم وجود نشاط كهربائي عال في الأجزاء الأمامية واليسرى من الدماغ، وهي المناطق التي تصبح أكثر نشاطا عندما يشعر الإنسان بعواطف إيجابية وسعادة وانخفاض مستويات القلق.

واكتشف الباحثون عند رصد الاستجابات المناعية عند المشاركين من خلال قياس مستويات الأجسام المضادة الناتجة عن لقاح الانفلونزا أن الأشخاص الذين مارسوا التأمل شهدوا نشاطا كهربائيا أكثر فهي مناطق الدماغ المسؤولة عن العواطف الايجابية ومستويات أعلى من الأجسام المضادة مقارنة بمن لم يمارسوا التأمل وخلص العلماء إلى أن التأمل العقلي والراحة الذهنية، ولو لفترة قصيرة تأثيرات واضحة على الدماغ والمناعة، فهو يزيد الشعور بالسرور والتفاؤل ويقوي الخلايا المناعية ويساعدها في مقاومة الأمراض (www.balgh.com).

خلاصة:

مما سبق يمكننا الوصول إلى نتيجة مفادها أن النفس والجسد وحدة متكاملة يؤثر كل منهما في الآخر، فلا يمكننا اعتبار أي منهما منفصل عن الآخر لذا فالفرد هو وحدة صغيرة تتكون من جوانب مختلفة معرفية، نفسية وفسولوجية وسط بيئة ومحيط كبير يشمل كل الوحدات الصغيرة في إطار التفاعل فيما بينها، بمعنى هناك تكامل تام من الجانب البيولوجي والنفسي، إضافة إلى الجانب الاجتماعي الذي يعتبر جنبا هاما في تحقيق الصحة النفسية والجسمية.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة وعرض ومناقشة النتائج

- تمهيد.
- 1- إجراءات الدراسة.
 - 1-1- المنهج.
 - 1-2- حدود الدراسة.
 - 1-3- العينة.
 - 1-4- الأدوات المستخدمة في الدراسة.
 - 1-5- الأساليب الإحصائية المستخدمة.
 - 2- عرض ومناقشة النتائج.
 - 2-1- عرض النتائج بعد تطبيق الاختبارات النفسية والبيولوجية على أفراد العينة.
 - 2-2- عرض ومناقشة الفرضية الأولى.
 - 2-3- عرض ومناقشة الفرضية الثانية.
 - 2-4- عرض ومناقشة الفرضية الثالثة.
 - 2-5- عرض ومناقشة الفرضية الرابعة.
- خلاصة.

تمهيد:

بغرض الإجابة عن التساؤلات السابقة والتحقق من صحة الفرضيات المطروحة، ارتأينا القيام بمجموعة من الخطوات الخاصة بإجراءات الدراسة الميدانية حيث حاولنا اختيار منهج مناسب لطبيعة الدراسة التي نحن بصددھا، كذلك قمنا باختيار عينة وفقا لمجموعة من الشروط إضافة إلى مجموعة من أدوات القياس التي حاولنا تطبيقھا على أفراد العينة، وقد تضمن هذا الفصل كلا من إجراءات الدراسة المتمثلة في طبيعة المنهج المستخدم، حدود الدراسة، نوع العينة والأدوات المستخدمة في الدراسة إضافة إلى مجموعة من الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة، كذلك عرض ومناقشة النتائج تبعا للفرضيات وعلى ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري.

1- إجراءات الدراسة:

1-1- المنهج: نظرا لأننا نسعى من خلال هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين كل من الدعم الاجتماعي المدرك والاكْتئاب ومرض التهاب الكبد "C" الذي مثلناه ببعض مكونات الجهاز المناعي المتمثلة في الخلايا والغلوبيولينات المناعية في إطار كشف العلاقة بين بعض المتغيرات النفس اجتماعية والجانب البيولوجي المتمثل في الجهاز المناعي وفقا لاتجاه المناعة النفسية العصبية، ارتأينا اختيار المنهج الوصفي الارتباطي لأنه المناسب لمثل هذه الدراسة.

1-2- حدود الدراسة:

لقد كانت حدود الدراسة على النحو التالي:

1-2-1- **المجال المكاني:** تم إجراء هذه الدراسة بالمستشفى الجامعي لولاية باتنة

بأقسام الطب الباطني، تصفية الدم، أمراض الكلى.

1-2-2- **المجال الزماني:** تم إجراء هذه الدراسة خلال السنة الجامعية 2006-

2007.

1-2-3- **المجال البشري:** اعتمدت الدراسة على عينة مقصودة قوامها ستون فردا

مصابون بمرض التهاب الكبد الفيروسي "C".

1-3- **العينة:** اعتمدنا في هذه الدراسة على عينة قصدية؛ حيث قمنا باختبار الأفراد الذين

يعانون من التهاب الكبد الفيروسي "C"، وهو من بين الأمراض الانتانية المزمنة، ونظرا

لتعذر دراسة كل أنواع الأمراض الانتانية قمنا باختيار نوع واحد منها وذلك بالمستشفى

الجامعي لولاية باتنة بأقسام كل من الأمراض الباطنية، تصفية الدم وأمراض الكلى،

تكونت العينة من 60 مصابا بالتهاب الكبد "C"، منهم 32 ذكور و28 إناث، تتراوح

أعمارهم بين 21 و68 سنة بمتوسط عمر 47 سنة، ذوو مستويات ثقافية واجتماعية

مختلفة، تم اختيار الأفراد على أساس ملفاتهم الطبية وتشخيص الأطباء المختصين

لإصابتهم بمرض التهاب الكبد الفيروسي "C"، والذي يعتبر من أخطر الأمراض الانتانية

التي تصيب الكبد، وبهذا تضمنت عينة الدراسة كل المرضى الذين أصيبوا بالتهاب الكبد

"C"، والذين راودوا المستشفى ابتداء من شهر جانفي وحتى شهر أفريل.

ويمكن توضيح خصائص عينة الدراسة حسب الجداول التالية:

الجدول(2): خصائص العينة حسب الجنس.

المجموع	الجنس	
	إناث	ذكور
60	28	32
%100	%47	%53

نلاحظ من خلال الجدول أن عدد الذكور والمقدر بـ 32 فردا أكبر من عدد الإناث والذي يقدر بـ 28 فردا.

الجدول(3): خصائص العينة حسب العمر الزمني.

المجموع	متوسط العمر	68 - 53	52 - 37	36 - 21
62	47	20	19	21
%100		%33	%32	%35

يتضح من خلال الجدول أن معظم أفراد العينة هم من كبار السن أي أكبر من 37 سنة، حيث لاحظنا من قبل أن متوسط عمر العينة يبلغ 47 سنة وهذا يعني أن معظم أفراد العينة هم راشدين.

الجدول(4): خصائص العينة حسب مدة إزمان المرض.

المجموع	مدة إزمان المرض بالأشهر		
	228 - 153	152 - 78	77-2
60	02	20	38
%100	%3	%34	%63

تراوح أكبر معدل لمدة إزمان المرض بين 2- 77 شهرا أن بين شهرين و6 سنوات بالتقريب، نلاحظ أن هناك نسبة ضئيلة جدا قدرت بـ 3% (وجود فردين) في المدة الزمنية 228 - 153 شهر أي حوالي بين 12 و19 سنة، وقد يفسر هذا بأن الفيروس خطير جدا بحيث لا يلقى مقاومة كافية من المرضى، فالذين يعانون من هذا النوع من المرض لا يعمرن كثيرا.

الجدول(5): خصائص العينة حسب المستوى التعليمي

المجموع	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	لاشيء
60	01	07	08	12	32
%100	%2	%12	%13	%20	%53

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب الأفراد هم غير متعلمين مما قد يؤثر على طبيعة إدراكهم وتصوراتهم لمفهومي الدعم الاجتماعي والاكتئاب.

1-4-4- الأداة المستخدمة في الدراسة:

بغرض إجراء هذه الدراسة قمنا باستعمال اختبارات نفسية لقياس المتغيرات النفس اجتماعية المتمثلة في الدعم الاجتماعي المدرك والاكنتاب، واختبارات خاصة بالجانب المناعي لدى المرضى وتمثلت في اختبار الـ FNS لقياس معدل الخلايا المناعية واختبار الغلوبولينات المناعية.

1-4-4-1- الاختبارات النفسية:

1-4-4-1- اختبار الدعم الاجتماعي المدرك: أعداه Dahlen Zimet و Forley سنة 1988، يتكون من 12 عبارة تقيس مختلف أنواع ومصادر الدعم الاجتماعي المدرك (العائلة، الأصدقاء، أشخاص مميزين في حياة الفرد) تكون الإجابة على البنود والعبارات حسب 7 بدائل هي: معارض تماما، معارض بشدة، معارض، محايد، موافق، موافق بشدة، وموافق تماما، تتراوح الدرجات على هذه البدائل من 1 إلى 7 درجات، حيث بلغت أدنى درجة في هذا المقياس 12 وأقصاها 84.

قمنا بترجمة هذا المقياس من لغته الأصلية الانجليزية إلى العربية، كما قمنا أيضا بالترجمة العكسية للمقياس؛ أي من اللغة العربية إلى اللغة الانجليزية بمساعدة متخصصين في اللغتين وذلك للتأكد من مطابقة وصحة العبارات بعد الترجمة.

- الخصائص السيكومترية للمقياس:

* **الصدق:** لقد قمنا بحساب صدق هذا المقياس عن طريق المقارنة الطرفية حيث بلغت قيمة ت: 12.43 وهي دالة عند المستوى 0.01 والمستوى 0.05، مما يدل على الصدق التمييزي لهذا المقياس.

* **الثبات:** فيما يخص ثبات المقياس فقد استخدمنا طريقة الثبات بالتجزئة النصفية حيث تم حساب معامل الارتباط لبيرسون، ثم صحح الطول عن طريق معادلة سبيرمان براون وأظهرت النتيجة النهائية لقيمة معامل الارتباط 0.72 وهي قيمة دالة عند 0.01 مما يدل على ثبات الاختبار.

1-4-4-2- اختبار بيك للاكتئاب: أعداه آرون بيك مع آخرون سنة 1961 يتكون من 21 عبارة مصاغة بشكل تقريرية تختلف بدائل الإجابة باختلاف كل مفردة وتتراوح

الدرجة الكلية لها ما بين (0-63) درجة، أما فيما يخص مدى تقويم الدرجات لكل عبارة فهي تتراوح بين (0-3) درجات وفي كثير من فئات هذا الاختبار عرضت عبارتان لهما المستوى التقويمي نفسه من الدرجات ولهما الوزن التقديري نفسه، وقد تمثلت الفئات المكونة للاختبار فيما يلي: المزاج، التشاؤم، الشعور بالفشل والإخفاق، نقص الشعور بالرضا، الشعور بالذنب، الشعور باستحقاق العقاب، كره الذات، اتهام الذات، غياب العقاب الذاتي، نوبات البكاء، الانسحاب الاجتماعي، العجز عن البت في الأمور، تخيل الجسم، كف العمل، اضطراب النوم، القابلية للتعب، فقدان الشهية للطعام، نقص الوزن، الانشغال على الصحة الجسمية، فقدان الليبدو (محمد عبد الحميد أبو زيد، ص ص 182-183).

- الخصائص السيكومترية للمقياس:

* **الصدق:** استعملنا صدق المقارنة الطرفية للتأكد من الصدق التمييزي لهذا الاختبار وبهذا قدرت قيمة "ت" التي توصلنا إليها بـ 5.47 وهي دالة عند 0.01 وهذا ما يدل على صدق الاختبار أيضا.

* **الثبات:** لقد قمنا بحساب ثبات الاختبار عن طريق التجزئة النصفية بحساب معامل الارتباط لبيرسون ثم تعديل المعامل باستخدام معادلة سبيرمان براون فكانت قيمته مساوية لـ 0.82 وهي دالة عند المستوى 0.01 مما يدل على ثبات الاختبار.

1-4-2- الاختبارات البيولوجية الخاصة بالجهاز المناعي:

1-4-2-1- اختبار الـ FNS:

هو اختبار يقيس معدل مختلف مكونات الدم كالصفائح الدموية، الكريات الدموية الحمراء، الهيموغلوبين وبعض مكونات الجهاز المناعي المتمثلة في الخلايا المناعية اللمفاوية، الخلايا الحبيبية وكريات الدم البيضاء، يمكننا هذا الاختبار من الحصول على معدل ونسب هذه الخلايا ومعرفة ما إذا كانت هناك إصابة أو نشاط مناعي وذلك من خلال مقارنة المعدل الطبيعي لهذه الخلايا بالمعدل المتحصل عليه عن طريق تحليل الدم

لدى المريض، وبالتالي معرفة ما إذا كان هناك استجابة مناعية والتي تدل على دخول جسم غريب إلى الجسم.

حيث يقدر المعدل الطبيعي للكريات الدموية البيضاء بـ : $400 \times 10^3 - 10 \times 1000$ ³، أما بالنسبة للخلايا اللمفاوية فهو يتراوح بين $1.5 \times 10^3 - 4.5 \times 10^3$ ونسبتها تتراوح بين 37.5% - 45%، ويقدر المعدل الطبيعي للخلايا الحبيبية بـ $2 \times 10^3 - 7.5 \times 10^3$ ، أما نسبتها فتتراوح ما بين 50% - 75%.

1-4-2-2- الاختبار الخاص بالغلوبيولينات المناعية:

هو اختبار بيولوجي يمكننا من معرفة معدل الغلوبيولينات المناعية المتواجدة في الدم وهي 3 أنواع.

- الغلوبيولين المناعي IgA يتراوح معدله الطبيعي بين 0.70 - 4 غ/ل.

- الغلوبيولين المناعي IgM يتراوح معدله الطبيعي بين 0.40 - 2.30 غ/ل.

- الغلوبيولين المناعي IgG يتراوح معدله الطبيعي بين 7 - 16 غ/ل.

وبالتالي فإن ارتفاع وانخفاض معدل هذه الغلوبيولينات المناعية على الحالة الطبيعية يدل على حدوث استجابة مناعية.

1-5- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

استعملنا مجموعة من الأساليب الإحصائية تمثلت فيما يلي:

1-5-1- الاختبار "ت": بهدف معرفة صدق اختبار الدعم الاجتماعي المدرك والاكتئاب بطريقة المقارنة الطرفية، وكذلك معرفة الفروق بين الجنسين في درجة الدعم الاجتماعي المدرك والاكتئاب لدى المصابين بالتهاب الكبد "C" وقبل الوصول إلى حساب الاختبار "ت" قمنا بحساب كلا من المتوسط والانحراف المعياري للوصول إلى قيمة الاختبار "ت".

1-5-2- معامل الارتباط لبيرسون: استخدم لمعرفة قيمة ثبات اختبار الدعم الاجتماعي المدرك والاكتئاب عن طريق التجزئة النصفية، وكذلك في معرفة طبيعة العلاقة الارتباطية بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ودرجة الاكتئاب وبين درجة الدعم الاجتماعي المدرك والاكتئاب ومعدل كلا من الغلوبيولينات والخلايا المناعية.

1-5-3- معادلة سبيرمان براون: بهدف تصحيح طول معامل الثبات الذي تم حسابه عن طريق التجزئة النصفية.

1-5-4- معامل الارتباط الجزئي: لمعرفة طبيعة العلاقة الارتباطية بين الدعم الاجتماعي المدرك والغلوبيلينات والخلايا المناعية، وكذلك العلاقة بين الاكتئاب والغلوبيلينات والخلايا المناعية.

5-5- النسب المئوية: لتحديد خصائص العينة من حيث الجنس، العمر الزمني، مدة إزمان المرض، المستوى التعليمي.

وتمت المعالجة الإحصائية ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS 13.

2- عرض ومناقشة النتائج:

2-1- عرض النتائج بعد تطبيق الاختبارات النفسية والبيولوجية على أفراد العينة:

يمكن تلخيص النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق الاختبارات السابقة المتمثلة في اختبار الدعم الاجتماعي المدرك لـ Zimet، واختبار الاكتئاب لـ Beck، واختبار الغلوبيلينات المناعية واختبار الـ FNS وفقا للجدول التالي:

الجدول(6): خصائص العينة ودرجات أفرادها على اختبارات كل من الدعم الاجتماعي المدرك، الاكتئاب واختبار FNS والغلوبيلينات المناعية.

الخلايا الحبيبية	الخلايا اللمفاوية	الكريات البيضاء	الغلوبولين المناعي IGG	الغلوبولين المناعي IGM	الغلوبولين المناعي IGA	الدرجة على مقياس الاكتئاب	الدرجة على مقياس الدعم الاجتماعي المدرك	مدة إزمان المرض بالأشهر	مستوى التعليم	العمر	الجنس	العدد
3.5	0.9	4.2	22.02	2.10	1.30	08	39	84	أمي	68	1	1
0.7	1.3	2.1	14.13	1.31	1.82	10	43	12	أمي	56	2	2
4.5	2.4	6.2	16.30	2.44	2.38	10	77	48	أمي	44	2	3
2.1	1.5	4.3	60.30	2.44	2.36	13	41	96	أمي	46	2	4
0.8	1.6	2.4	10.71	1.62	1.09	33	16	04	أمي	62	2	5
5.5	1.5	3.6	14.94	0.88	3.22	30	32	02	أمي	36	2	6
3.4	0.9	4.8	15.92	3.09	1.53	28	52	17	ابتدائي	42	2	7
2	1.2	3.9	16.71	1.42	1.60	33	16	108	ابتدائي	38	1	8
2.4	1.4	4.3	12.53	0.37	1.24	32	33	80	ابتدائي	38	1	9
3	1.3	3.4	16.98	1.09	3.00	20	70	108	ابتدائي	41	2	10
2.3	1.5	2.9	10.10	0.57	2.62	13	60	108	ابتدائي	69	1	11
3.5	0.9	4.2	12.53	0.37	1.24	11	46	120	متوسط	33	1	12
2.6	1.2	4.3	16.98	1.09	3.00	06	82	108	ثانوي	48	1	13
3.6	0.8	4.8	10.10	0.57	2.62	14	52	120	أمي	60	1	14
2.5	1.1	3.8	14.94	0.88	3.22	07	61	132	أمي	44	1	15
8	3.4	12.1	10.40	0.33	1.64	03	55	150	أمي	63	1	16
3.4	3.1	23.2	13.47	0.56	1.49	01	56	96	ابتدائي	4	2	17
4.3	4.2	15.2	10.88	1.62	1.09	08	81	13	أمي	46	1	18
2.5	3.4	7.1	22.02	2.60	0.70	31	29	120	أمي	50	2	19
2.8	0.9	4.1	25.79	0.22	0.50	23	35	60	ثانوي	21	1	20
2.9	1.3	8.4	16.71	2.60	1.60	28	26	182	أمي	64	2	21
3.8	1.5	10.5	16.88	1.52	2.89	15	45	128	جامعي	49	1	22
3.1	3.6	12.2	08.15	0.48	0.90	10	60	12	أمي	57	1	23
0.8	2.8	7.2	11.97	3.87	1.58	09	62	120	ثانوي	25	2	24
3.2	1.2	7.1	16.89	0.97	1.93	28	35	17	ثانوي	22	2	25

يمثل هذا الجدول مجموعة من الخصائص التي تميز أفراد العينة كالجنس والعمر الزمني، مستوى التعليم ومدة إزمان المرض، إضافة إلى الدرجات التي تحصلوا عليها من خلال تطبيق الاختبارات النفسية المتمثلة في مقياس الدعم الاجتماعي المدرك لـ Zimet ومقياس الاكتئاب لبيك، وكذلك درجاتهم على الاختبارات الخاصة بالجهاز المناعي المتمثلة في اختبار الغلوبولينات المناعية والذي يقيس 3 أنواع منها هي الغلوبولين IgA، الغلوبولين Igm والالغلوبولين IgG، إضافة إلى اختبار الـ FNS الذي نتحصل من خلاله على معدلات بعض الخلايا المناعية المتمثلة في الكريات البيضاء، الخلايا اللمفاوية والخلايا الحبيبية.

وقد تمت معالجة هذه النتائج وفق نظام المعالجة الإحصائية SPSS 13 حسب فرضيات الدراسة.

2-2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تشير الفرضية الأولى إلى أنه توجد علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائياً بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ودرجة الاكتئاب لدى المصابين بالتهاب الكبد "c".

الجدول (7): يوضح نتائج العلاقة الارتباطية بين الدعم الاجتماعي المدرك والاكتئاب باستخدام معامل الارتباط لبيرسون.

مستوى الدلالة	معامل بيرسون	مجموع أفراد العينة	
0.01 عند دال	-0.82**	60	الدعم الاجتماعي المدرك الاكتئاب

للتأكد من صحة هذه الفرضية ومعرفة طبيعة العلاقة الارتباطية بين الدعم الاجتماعي المدرك والاكتئاب، قمنا بحساب معامل الارتباط لبيرسون والذي كانت نتيجته -0.82 وهي قيمة سالبة ودالة عند المستوى 0.01 مما يدل على أن هناك ارتباط سلبى بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ودرجة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالتهاب الكبد "c"، بمعنى أن هناك علاقة عكسية بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ودرجة الاكتئاب بحيث أنه عندما يرتفع معدل الدعم الاجتماعي المدرك يقابله انخفاض في درجة

الاكتئاب و العكس صحيح، حيث أن انخفاض درجة الدعم الاجتماعي المدرك يقابلها ارتفاع في درجة الاكتئاب، دون تحديد أيهما السبب في حدوث الأخرى.

ومن هنا يمكننا القول بان هذه الفرضية تحققت بصورة نسبية، و قد توافقت نتائجها مع نتائج دراسة نيلسون (Nelson) عام 1989، حول العلاقة بين الاكتئاب و الدعم الاجتماعي، أين أظهرت وجود علاقة سلبية بين المتغيرين السابقين. و كذلك دراسة دين و آخرون (Dean & all) عام 1990، و التي أظهرت ارتباط الدعم الاجتماعي المرتفع بانخفاض الأعراض الاكتئابية، و ارتباط الدعم الاجتماعي المنخفض بزيادة في معدل الأعراض الاكتئابية. إضافة إلى دراسة كيل (Keel) عام 1993، التي بينت أن هناك علاقة سلبية بين الدعم الاجتماعي و الأعراض الاكتئابية لدى مرضى الالتهاب الرئوي المزمن.

في المقابل هناك من يرى أن العلاقة بين الدعم الاجتماعي و الاكتئاب هي علاقة سببية، حيث انه بإمكان الدعم الاجتماعي أن يعمل على تخفيض درجة الاكتئاب، كما أنه بإمكانه أن يكون عاملا واقيا من التعرض للاكتئاب. و هذا ما أثبتته مجموعة من الدراسات، كدراسة نوريس و موريل (Norris & Murrell) سنة 1984، حول علاقة الدعم الاجتماعي بالاكتئاب، حيث وجدوا في دراستهم التتبعية لعينة من الراشدين أن الدعم الاجتماعي يؤدي إلى انخفاض الأعراض الاكتئابية و يقلل من درجة الشعور بالمشقة.

كما انتهت دراسة كوهن و آخرون (Cohen & al) سنة 1986، حول دور الدعم الاجتماعي المدرك في حماية الأفراد من المزاج الاكتئابي الناشئ من مثيرات المشقة، إلى نتيجة مفادها أن الدعم الاجتماعي المدرك يؤدي دورا مهما في الوقاية من الآثار السلبية للمشقة، وهذا ما يوافق تفسير نموذج الأثر الواقى من الضغط لدور الدعم الاجتماعي، فحسب هذا النموذج فان العلاقات الاجتماعية المساندة تقي الفرد وتحول دون حدوث التأثيرات السلبية للمشقة، فالدعم الاجتماعي يرتبط بالصحة لدى الأفراد الذين يخبرون أحداثا مثيرة للمشقة (أنظر نموذج الأثر الواقى من الضغط، الفصل الأول).

كما أثبت بوث (Both) من خلال دراسته سنة 1992، أن انخفاض الدعم الاجتماعي قد أسهم جوهريا في التنبؤ بالاكتئاب، و حسب هذه الدراسات فان الدعم الاجتماعي يلعب دورا مهما في الوقاية من الأعراض الاكتئابية أو خفض معدلها، و ربما يكون هذا جانبا مكملا

لدراستنا حول وجود علاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك و الاكتئاب ذات جانب ارتباطي سلبي.

2-3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

لقد أشرنا من خلال هذه الفرضية إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجة الدعم الاجتماعي المدرك والاكتئاب لدى المصابين بالتهاب الكبد "C".
الجدول (8): يوضح الفروق بين الجنسين في درجة الدعم الاجتماعي المدرك وفي درجة الاكتئاب لدى المصابين بالتهاب الكبد "C" باستخدام اختبار "ت".

مستوى الدلالة	اختبار "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	الجنس	
غير دال	-0.045	18.51	47	32	ذكور	الدعم الاجتماعي المدرك
غير دال	-0.046	17.87	47.20	28	إناث	
غير دال	-0.14	10.76	17.21	32	ذكور	الاكتئاب
غير دال	-0.14	10.67	17.60	28	إناث	

لتوضيح الفروق بين الجنسين قمنا بحساب الاختبار "ت" وقد أوضحت النتائج ما يلي:

يلي:

أ- بالنسبة لدرجة الدعم الاجتماعي المدرك: لقد أظهرت النتائج قيمة سالبة وضعيفة لاختبار "ت" وهي قيمة غير دالة حيث أظهرت النتائج قيمة تقريبا متساوية بين المتوسط بالنسبة للإناث وكذلك الذكور حيث قدرت قيمة المتوسط لدى الذكور بـ 47 بينما بلغت هذه القيمة لدى الإناث 47.20 والفارق بينهما هو 0.20 وهو فارق ضئيل جدا، كذلك الأمر بالنسبة للانحراف المعياري الذي قدرت قيمته لدى الذكور بـ 18.51، بينما بلغت لدى الإناث 17.87 بفارق قدره 0.64 وهي قيمة ضعيفة لا تدل على فارق كبير.

من خلال هذه النتائج يمكننا القول أنه فيما يخص الفروق بين الجنسين في درجة الدعم الاجتماعي المدرك فإن الاختبار "ت" أظهر قيمة ضعيفة وسالبة قدرت بـ -0.045 بالنسبة للذكور و -0.046 بالنسبة للإناث وهو لا يظهر فروقا بين الجنسين حيث اعتبرت

قيمته ضعيفة وغير دالة عند أي مستوى، وبهذا نقول أن الجزء الأول من الفرضية الثانية الخاص بالفروق بين الجنسين في درجة الدعم الاجتماعي المدرك تحقق بصورة نسبية.

ب- بالنسبة للفروق بين الجنسين في درجة الاكتئاب: لقد أظهرت النتائج قيما مشابهة للفروق بين الجنسين في درجة الدعم الاجتماعي المدرك، حيث بلغت قيمة المتوسط 17.21 بالنسبة للذكور و17.60 بالنسبة للإناث والفارق بين المتوسطين هو 0.39 وهي قيمة ضعيفة جدا فقيمة المتوسطين متقاربة، بمعنى أنه لا توجد فروق كبيرة بين متوسط الذكور ومتوسط الإناث، كذلك الشأن بالنسبة لمقدار الانحراف المعياري الذي بلغت قيمته لدى الذكور 10.76 ولدى الإناث 10.67 والفارق بينهما هو 0.09 وهي قيمة ضعيفة لا تدل على وجود فروق كبيرة بين كلتا القيمتين للانحراف المعياري، وقد بلغت قيمة الاختبار "ت" -0.14 بالنسبة لكلا الجنسين، وهي قيمة سالبة وضعيفة وغير دالة عند أي مستوى.

ومنه يمكننا القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة للجنسين في درجة الاكتئاب وبهذا تحقق الجزء الثاني من الفرضية بصورة نسبية.

ومنه نستنتج بأن الفرضية الثانية تحققت بصورة نسبية، وانه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجة الدعم الاجتماعي المدرك، و درجة الاكتئاب لدى المصابين بالتهاب الكبد "c". و قد تعود هذه النتائج إلى مجموعة من العوامل أهمها :

- طريقة اختيار العينة، حيث اختيرت العينة بطريقة قصدية، و بالتالي فهي غير ممثلة للمجتمع الأصلي، مما يقف عائقا أمام تعميم نتائجها على كل أفراد المجتمع، فلو اختيرت العينة بطريقة احتمالية لكانت النتائج ربما مغايرة، و هذا عائد لطبيعة مجتمع الدراسة حيث تعذر علينا الحصول على عينة كبيرة.

- كذلك يمكن أن يكون لخصائص العينة تأثيرا على هذه النتائج، بالإضافة إلى حجمها الصغير فأن معظم أفرادها هم من كبار السن، حيث بلغ متوسط العمر لديهم 47 سنة، وبهذا فهم تقريبا ينتمون إلى جيل واحد، فقد يكونون عاشوا الظروف نفسها بمختلف مجالاتها (الاجتماعية، الثقافية، المادية...الخ)، مما قد يخلق لديهم اتجاهها واحدا أمام تصورهم لمجموعة من المتغيرات خاصة النفس اجتماعية، و بهذا فان تصورهم و إدراكهم للدعم الاجتماعي و الاكتئاب متقارب.

- كذلك بالنسبة للمستوى التعليمي لدى أفراد هذه العينة، فمعظمهم أميين حيث قدر عددهم بـ 32 من مجموع 60 فردا ذلك بنسبة 53% (أنظر الجدول رقم "3")، ونحن نعلم أن الاختلاف في مستوى الثقافة و التعليم يخلق مجموعة من الآراء و الاتجاهات المختلفة، و بالتالي فقد يكون للتقارب في المستوى التعليمي تأثير على عدم وجود فروق بين أفراد العينة من حيث درجة الدعم الاجتماعي المدرك و الاكتئاب.

يمكن في ظل ظروف مغايرة لظروف دراستنا الحصول على نتائج مناقضة لنتائج دراستنا و مختلفة تماما عنها، كالنتائج التي وصل إليها دك (Duck) من خلال مراجعته لمجموعة من البحوث في هذا المجال، حيث وجد أن الأفراد ذوي العلاقات الممزقة يكونون أكثر تعرضا للنوبات القلبية من أقرانهم المشابهين لهم في السن و الجنس، و أكثر عرضة للإدمان على الكحول و المخدرات و اضطرابات النوم، مما يفسر أن الأفراد ذوي الدعم الاجتماعي المنخفض هم أكثر عرضة للأمراض و الاضطرابات مقارنة بالأفراد الذين يتحصلون على دعم اجتماعي مرتفع.

ويرى جولمان دانيل أن العزلة أصعب على الرجال من النساء، حيث ارتفع احتمال موت الرجال المنعزلين اجتماعيا إلى ضعف أو ثلاثة أضعاف من غيرهم ممن لهم علاقات اجتماعية واسعة، أما بالنسبة للنساء فقد زاد خطر الوفاة لديهن مرة و نصف المرة مقارنة بالنساء الاجتماعيات، و هذا لكون علاقات النساء العاطفية تتسم بالحميمية أكثر من الرجال (جولمان دانيل، 2000، ص 254).

وهذا يوافق أيضا نتائج الدراسة التي أجريت في كاليفورنيا، حيث تبين أن الأشخاص ذوي العلاقات الاجتماعية الطيبة يكون معدل الوفاة عندهم منخفضا مقارنة بالأفراد ذوي العلاقات الاجتماعية الضعيفة و السيئة، إضافة إلى أن احتمال الإصابة بمختلف الأمراض كآلم المفاصل و الربو و الذبحة و السل و الأزمات القلبية يقل عند ذوي العلاقات الاجتماعية الطيبة.

2-4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

لقد اشرنا من خلال هذه الفرضية إلى أنه توجد علاقة ارتباطية ايجابية دالة إحصائيا بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ومعدل الغلوبولينات والخلايا المناعية لدى المصابين بالتهاب الكبد "c".

الجدول(9): نتائج معامل الارتباط لبيرسون للعلاقة بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ومعدل الغلوبولينات والخلايا المناعية لدى المصابين بالتهاب الكبد "c".

مستوى الدلالة	الدعم الاجتماعي المدرك			
غير دال	-0.049	معامل بيرسون	IgA	الغلوبولينات المناعية
غير دال	-0.031	معامل بيرسون	IgM	
غير دال	-0.055	معامل بيرسون	IgG	
غير دال	0.21	معامل بيرسون	الكريات البيضاء	الخلايا المناعية
غير دال	0.063	معامل بيرسون	الخلايا اللمفاوية	
غير دال	0.24	معامل بيرسون	الخلايا الحبيبية	
60				عدد أفراد العينة

لقد أظهرت النتائج قيما ضعيفة وغير دالة لمعامل الارتباط لبيرسون بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ومعدل كل من الغلوبولينات والخلايا المناعية، فبالنسبة للعلاقة بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك والغلوبولينات المناعية فان قيم معامل الارتباط ضعيفة وسالبة، حيث قدرت قيمته بين الدعم الاجتماعي المدرك والغلوبولين المناعي IgA بـ -0.049 وبالنسبة للعلاقة مع الغلوبولين المناعي IgM فقد بلغت قيمة معامل الارتباط لبيرسون -0.031، أما بالنسبة للغلوبولين المناعي IgG فقد قدرت بـ -0.055، وبما أن كل هذه القيم سالبة وضعيفة فهي تنفي وجود العلاقة بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك وكل من الغلوبولينات المناعية IgA ، IgM ، IgG.

كذلك الشأن بالنسبة للعلاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك والخلايا المناعية حيث كانت نتائج معامل الارتباط لبيرسون ضعيفة وغير دالة تماما، أين قدرت قيمته بالنسبة للعلاقة بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك والكريات البيضاء بـ 0.21، أما بالنسبة للعلاقة مع الخلايا اللمفاوية والخلايا الحبيبية فقد قدرت قيمه على الترتيب بـ 0.063 و 0.24.

من خلال هذه النتائج يمكننا القول بأن هذه الفرضية التي تشير إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ومعدل كل من الغلوبولينات والخلايا المناعية لم تتحقق، وقد أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية باستخدام معامل بيرسون.

الجدول(10): نتائج معامل الارتباط الجزئي للعلاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك والغلوبولينات والخلايا المناعية.

مستوى الدلالة	الدعم الاجتماعي المدرك	الارتباط		
غير دال	-0.018	معامل الارتباط الجزئي	IgA	الغلوبولينات المناعية
غير دال	-0.046	معامل الارتباط الجزئي	IgM	
غير دال	- 0.13	معامل الارتباط الجزئي	IgG	
غير دال	0.016	معامل الارتباط الجزئي	الكريات البيضاء	الخلايا المناعية
غير دال	0.018	معامل الارتباط الجزئي	الخلايا اللمفاوية	
غير دال	0.093	معامل الارتباط الجزئي	الخلايا الحبيبية	
60				عدد أفراد العينة

للتأكد من النتائج السابقة لمعامل بيرسون قمنا بحساب معامل الارتباط الجزئي للعلاقة بين الغلوبولينات والخلايا المناعية والدعم الاجتماعي المدرك بعد تثبيت متغير الاكتئاب، ولقد حصلنا على قيم غير دالة وضعيفة وهي تدعم النتائج السابقة باستخدام معامل الارتباط لبيرسون حيث قدرت قيمة معامل الارتباط الجزئي للعلاقة بين كل من الدعم الاجتماعي المدرك والغلوبولينات المناعية IgA، IgM، IgG، على الترتيب بـ -0.018، -0.046، -0.13.

أما بالنسبة للعلاقة بين الدعم الاجتماعي المدرك والخلايا المناعية المتمثلة في: الكريات البيضاء، والخلايا اللمفاوية والخلايا الحبيبية، فقد قدرت قيم معامل الارتباط الجزئي على التوالي بـ 0.016، 0.018، 0.093، وهي كلها قيم ضعيفة وغير دالة عند أي مستوى وهذا ما يؤكد عدم تحقق هذه الفرضية، حيث أن النتائج التي توصلنا إليها من خلال معامل الارتباط لبيرسون، و معامل الارتباط الجزئي تنفي صحة وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ومعدل الغلوبولينات والخلايا المناعية.

تعتبر هذه النتائج التي توصلنا إليها مناقضة لنتائج الدراسات السابقة كدراسة شلدون كوهين وآخرون سنة 1997 حول قوة تأثير الدعم الاجتماعي في تعزيز الاستجابة المناعية، حيث وجدوا أن الأفراد الذين ليس لديهم علاقات اجتماعية وثيقة كانوا أكثر عرضة لفيروس البرد، كما وجدوا أن الأفراد الذين يعتمدون على شبكة العلاقات الحميمة مع أفراد العائلة و الأصدقاء المقربين لهم، و يتلقون دعماً اجتماعياً و عاطفياً جيد كانوا أقل عرضة للإصابة بالعدوى أكثر بكثير من غيرهم الذين يفتقرون إلى روابط اجتماعية وثيقة و لا يتلقون دعم اجتماعي جيد (يخلف عثمان، 2001، ص ص 144-145). بمعنى أن الأفراد ذوي الدعم الاجتماعي المرتفع يكتسبون وقاية جيدة ضد التعرض للأمراض و بالتالي فإنه ينشط لديهم الجهاز المناعي الذي يحميهم من التعرض للأمراض.

ولقد وجد الباحثون أن جهاز المناعة عند الإنسان يضعف عندما يواجه الأزمات و النكبات و الصدمات بمفرده دون وجود دعم من الآخرين. ففي دراسة ديفيد سبيجل

(David Spiegel) على مجموعة من النساء المصابات بسرطان الثدي، وجد أن المريصات اللواتي استطعن التنفيس عن انفعالاتهن بسبب المرض مع أخريات حيث تشاركن معهن آلام و أحزان هذا المرض استطعن أن يعشن 37 شهراً في المتوسط مقارنة باللواتي واجهن المرض وحدهن و الذي كان متوسط العمر لديهن بعد العملية 19 شهراً.

كما أظهرت دراسة واكسر موريسون و آخرون أن النساء المصابات بسرطان الثدي و المتزوجات استطعن مواجهة هذا المرض و إظهار ارتفاع في معدل الحياة مقارنة بالنساء المصابات بالسرطان و العازبات.

وقد أظهرت دراسة كيكلوت جلازر (Kieclot Glaser) تأثير الطلاق بين الزوجين على الجهاز المناعي، حيث يؤدي إلى انخفاض نشاطه لدى كلا الطرفين (www. John.libbeyeurent.fr).

كما أظهرت مجموعة من الدراسات تأثير الدعم الاجتماعي على جهاز المناعة عند المتزوجين حيث وجدوا علاقة بين الزواج و طول العمر، والوقاية من الأمراض وسرعة الشفاء منها، و قد فسروا هذا بان الدعم الاجتماعي بين المتزوجين ينشط جهاز المناعة الذي يجعل المتزوجين اقل عرضة للإصابة بالأمراض وأكثر قدرة على مقاومتها والشفاء منها، أما الغير متزوجين فيحرمون من هذا الدعم ويواجهون ضغوط الحياة وحدهم مما يجعلهم عرضة للإصابة بالأمراض و الانحرافات السلوكية (مرسي إبراهيم كمال، 2000، ص 200).

في نفس السياق أظهرت دراسة عبد الفتاح القرشي سنة 1998، أن الأفراد الذين تحصلوا على الدعم الاجتماعي أثناء احتلال الكويت كانوا اقل تعرضا لاضطرابات ما بعد الصدمة مقارنة بأقرانهم الذين كانت علاقاتهم الاجتماعية قليلة ولم يحصلوا على الدعم الاجتماعي.

إضافة إلى دراسة رمضان زعطوط بولاية ورقلة سنة 2005 والتي أظهرت ارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي و الدعم الاجتماعي المدرك.

وحسب تفسير النماذج الرئيسية لدور الدعم الاجتماعي والمتمثلة في نموذج الأثر الرئيسي للدعم الاجتماعي ونموذج الأثر الوافي من الضغط، فانه يمكن ارتباط الدعم الاجتماعي بالصحة البدنية عن طريق أثار الانفعال على الهرمونات العصبية أو وظائف جهاز المناعة،حيث أن هناك تأثير مباشر يمارسه الدعم الاجتماعي على السلوك، الأمر الذي يدفع الناس حسب هذا النموذج لممارسة سلوكيات صحية سليمة كالتغذية الصحية مثلا وممارسة الرياضة والعادات الصحية التي تحافظ على صحة الانسان وتحميه من اضطرابات عضوية ونفسية محتملة، وبالتالي فان هناك علاقة وثيقة بين صحة الفرد الجسمية والنفسية، وطبيعة علاقاته مع الآخرين، فالعلاقة الطيبة التي يتمكن من خلالها الفرد تلقي الدعم المادي والمعنوي وإشباع حاجاته تساعد على الحفاظ على صحته العضوية والنفسية وترفع من معنوياته(انظر الفصل الأول النماذج المسرة لدور الدعم الاجتماعي).

وقد يعود هذا الاختلاف في النتائج إلى مجموعة من العوامل أهمها خصائص العينة، فمثلا فيما يخص العمر الزمني لأفراد العينة نلاحظ أن متوسط عمر العينة قدر بـ 47 سنة، بحيث يعتبر معظم أفراد العينة كبار السن، فمعظم أفراد العينة اكبر من 37 سنة بنسبة 65%، وقدرت النسبة في العمر الزمني بين 53 - 68 بـ 33% (انظر الجدول "3")، وربما كان السبب في ذلك طبيعة المرض الذي أصيبوا به، حيث أشارت بعض الإحصائيات أن الأشخاص المصابين بهذا المرض لا يكتشفون مرضهم إلا بعد سنوات عديدة والتي قد تصل إلى 20 سنة، حيث يصاب الشخص بالفيروس "c"، دون ظهور أية أعراض تثبت وجود الفيروس "c"، أو الإصابة إلا بعد فترة زمنية طويلة أين يكون الفيروس قد تمكن من إتلاف الكبد وإحداث مجموعة من المضاعفات، لكن يمكن اكتشافه إذا تمت عملية تحليل الدم خاصة لدى المتبرعين بالدم.

ومن المعروف أن الجهاز المناعي عند الأفراد المتقدمين في السن يتقهقر و يتراجع نشاطه، وربما يكون هذا ضمن الأسباب التي كانت وراء هذه النتائج.

ويمكن الأخذ بعين الاعتبار مدة إزمان المرض، فقد يؤدي طول هذه المدة إلى تأثيرات سلبية على نشاط الجهاز المناعي، حيث أن هناك 63% أي حوالي 38 فردا من مجموع أفراد العينة تتراوح مدة إزمان مرضهم بين شهرين و 6 سنوات، و 34% أي ما يقارب 20 مريضا تراوحت مدة إزمان مرضهم بين 6 سنوات و 12 سنة، فيما تواجد فردين فقط تعدت مدة إزمانهم 12 سنة (أنظر الجدول "4" الفصل الرابع).

من جهة أخرى يمكن أن يكون لأدوات القياس دخل في هذه النتائج، فقد يكون لنوع الخلايا اللمفاوية والغلوبولينات المناعية دخل في ذلك، بحيث لا تكون ممثلة بطريقة كافية للاستجابة المناعية و لنشاط الجهاز المناعي

2-5- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

اشرنا من خلال هذه الفرضية إلى انه توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائيا بين درجة الاكنتاب ومعدل الغلوبولينات والخلايا المناعية لدى المصابين بالتهاب الكبد "c".

الجدول (11): نتائج العلاقة بين الاكتئاب والغلوبيولينات والخلايا المناعية باستخدام معامل الارتباط لبيرسون.

مستوى الدلالة	الاكتئاب	الارتباط		
غير دال	0.047	معامل بيرسون	IgA	الغلوبيولينات المناعية
غير دال	0.007	معامل بيرسون	IgM	
غير دال	-0.026	معامل بيرسون	IgG	
غير دال	-0.025	معامل بيرسون	الكريات البيضاء	الخلايا المناعية
غير دال	-0.064	معامل بيرسون	الخلايا اللمفاوية	
غير دال	-0.23	معامل بيرسون	الخلايا الحبيبية	
60				عدد أفراد العينة

لقد تبين من خلال حساب معامل الارتباط لبيرسون أن قيمه كلها ضعيفة وغير دالة حيث قدرت قيمه بالنسبة للعلاقة بين الاكتئاب والغلوبيولينات المناعية IgG، IgM، IgA، على الترتيب 0.047، 0.007، -0.026، وهي قيم غير دالة عند أي مستوى، كما قدرت قيمته بالنسبة للعلاقة بين الاكتئاب والخلايا المناعية المتمثلة في الكريات البيضاء، الخلايا اللمفاوية، الخلايا الحبيبية على الترتيب -0.025، -0.064، -0.23، وهي قيم ضعيفة جدا وغير دالة ومنه يمكننا القول أن نتائج معامل الارتباط لبيرسون المتحصل عليها عن طريق المعالجة الإحصائية بالـ SPSS تنفي صحة هذه الفرضية فهي تنفي وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجة الاكتئاب ومعدل كل من الغلوبيولينات والخلايا المناعية.

الجدول (12): يوضح نتائج معامل الارتباط الجزئي للعلاقة بين الاكتئاب وكل من الغلوبولينات والخلايا المناعية.

مستوى الدلالة	الاكتئاب	الارتباط		
غير دال	0.012	معامل الارتباط الجزئي	IgA	الغلوبولينات المناعية
غير دال	-0.034	معامل الارتباط الجزئي	IgM	
غير دال	- 0.12	معامل الارتباط الجزئي	IgG	
غير دال	- 0.13	معامل الارتباط الجزئي	الكريات البيضاء	الخلايا المناعية
غير دال	-0.021	معامل الارتباط الجزئي	الخلايا اللمفاوية	
غير دال	- 0.056	معامل الارتباط الجزئي	الخلايا الحبيبية	
			60	عدد أفراد العينة

بعد تثبيت متغير الدعم الاجتماعي حاولنا معرفة العلاقة بين الاكتئاب ومعدل الغلوبولينات والخلايا المناعية فكانت نتائج معامل الارتباط الجزئي كلها غير دالة وتتفي وجود علاقة ارتباطية سالبة بين درجة الاكتئاب ومعدل كل من الغلوبولينات والخلايا المناعية وهي تدعم نتائج معامل الارتباط لبيرسون، فقد كانت قيم معامل الارتباط الجزئي للعلاقة بين الاكتئاب والغلوبولينات المناعية IgA ، IgM ، IgG، على الترتيب 0.012، 0.034، -0.12، أما بالنسبة لنتائج العلاقة مع الخلايا المناعية المتمثلة في الكريات البيضاء اللمفاويات والخلايا الحبيبية فهي على الترتيب -0.13، -0.021، -0.056، وهي قيم غير دالة.

لقد انطلقنا من فرضية مفادها أن العلاقة بين درجة الاكتئاب ومعدل الغلوبولينات والخلايا المناعية هي علاقة ارتباطية سلبية، بمعنى انه كلما ارتفعت درجة الاكتئاب انخفض معدل الغلوبولينات والخلايا المناعية وكلما انخفضت درجة الاكتئاب يرتفع معدل الغلوبولينات والخلايا المناعية، و قد أظهرت النتائج عن طريق معامل الارتباط لبيرسون ومعامل الارتباط الجزئي عكس ما توقعناه، حيث نفت النتائج صحة هذه الفرضية، وبالتالي نفت تواجد علاقة ارتباطية بين الاكتئاب ومعدل الغلوبولينات والخلايا المناعية.

وقد جاءت هذه النتائج مختلفة و مناقضة لمجموعة من الدراسات، حيث أشارت دراسات حديثة أجريت بمعهد الطب النفسي بكندا إلى أن الاكتئاب يضعف الجهاز المناعي في الجسم فيصبح الإنسان أكثر عرضة للإصابة بالسرطانات. وقد وجد الباحثون مجموعة من التغيرات المناعية المصاحبة للاكتئاب، منها انخفاض نشاط الخلايا المناعية.

كذلك بينت دراسة شليفر واخرون (Schleifer & all) أن المرضى الماكثين بالمستشفى و الذين يعانون من اكتئاب مرتفع، اظهروا تراجعاً في نشاط الخلايا اللمفاوية وانخفاض معدلها.

وفي دراسة أخرى لنفس المجموعة سنة 1989 على عينة من مرضى يعانون من اكتئاب شديد، أظهرت النتائج تراجع و نقص في نشاط الخلايا NK، كما أظهرت دراسة أخرى انخفاض في نشاط الخلايا المناعية NK لدى الأشخاص المكتئبين والمدخنين.

وقد دعمت هذه النتائج أيضاً بدراسة ريشارد دافيدسون (Rechard & Davidson) حول علاقة الحالة النفسية بالاستجابة المناعية، حيث أظهرت أن الأشخاص المكتئبين يظهرون ضعفاً في الاستجابة المناعية من خلال إنتاج الأجسام المضادة، و بالتالي فالإكتئاب يجعل الأفراد عرضة للإصابة بالأمراض.

ومن هنا يمكننا إرجاع هذا التناقض في نتائج دراستنا مع الدراسات الأخرى إلى مجموعة من العوامل أهمها :

- طريقة اختيار العينة و مجموع خصائصها، فالعينة اختيرت بطريقة قصدية فهي لا تمثل المجتمع الأصلي، حيث لاحظنا من خلال نتائج الفرضيات السابقة انه لا توجد فروق في درجة الدعم الاجتماعي المدرك و الاكتئاب بين الجنسين، و هذا يعني أن كلا الجنسين يدركان الدعم الاجتماعي بنفس الصور، و يعانيان من الاكتئاب بدرجات متساوية، أي أن استجابتهم للعوامل النفس اجتماعية و تأثرهما بهذه العوامل متساو في حين كان ينتظر تواجد فروق بين الجنسين.

- و يمكن أن يكون للعمر الزمني تأثيراً على هذه النتائج، حيث أن معظم أفراد العينة هم من كبار السن أين يكون الجهاز المناعي في هذه المرحلة منخفض النشاط، بحيث تكون

الاستجابة المناعية ضعيفة اتجاه مختلف الأمراض، و تقل مقاومة الفرد هنا لمختلف الميكروبات.

- دون أن ننسى تأثير أدوات القياس خاصة الاختبارات البيولوجية، فقد يكون اختبار FNS واختبار الغلوبولينات المناعية غير كاف لمعرفة الاستجابة المناعية، و بالتالي فان نوع الخلايا المناعية و نوع الغلوبولينات المناعية له تأثير في تحديد الاستجابة المناعية بحيث لا تكون ممثلة لكل مكونات الجهاز المناعي.

خلاصة:

يمكننا تلخيص النتائج التي تحصلنا عليها حسب مايلي:

-تحققت الفرضية الأولى بصورة نسبية وأظهرت وجود علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائياً بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك و درجة الاكتئاب لدى المصابين بالتهاب الكبد "c".

- تحققت الفرضية الثانية بصورة نسبية أيضاً وأظهرت انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجة الدعم الاجتماعي المدرك ودرجة الاكتئاب لدى المصابين بالتهاب الكبد "c".

-لم تتحقق كلتا الفرضيتين الأخيرتين،حيث لم تظهر أية علاقة ارتباطية سواء بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ومعدل الغلوبولينات والخلايا المناعية، او بين ودرجة الاكتئاب ومعدل الغلوبولينات والخلايا المناعية لدى المصابين بالتهاب الكبد "c"

خاتمة

يعتبر الدعم الاجتماعي من أهم العوامل النفسية الاجتماعية التي لها تأثير إيجابي على الجانب النفسي والبيولوجي للفرد، بحيث يساعد على التخفيف من الضغوط التي قد يتعرض لها والتي لها آثار سلبية على الصحة الجسمية، حيث أنه في ظل تواجد الدعم الاجتماعي بمختلف أنواعه يقل حجم العوامل النفسية ذات التأثير السلبي على الصحة الجسمية كالاكتئاب مثلاً.

فمن خلال هذه الدراسة التي قمنا بها اتضح أن هناك علاقة ارتباطية سلبية بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ودرجة الاكتئاب، حيث أن ارتفاع درجة الدعم الاجتماعي لدى الفرد يقابلها انخفاض في درجة الاكتئاب، وهذا ما جعلنا نؤكد على ضرورة توفير الدعم الاجتماعي بمختلف أشكاله خاصة لدى المرضى.

و بهذا ارتأينا وضع مجموعة من التوصيات و الاقتراحات كالاتي :

- إجراء المزيد من الدراسات في إطار العلاقة بين بعض العوامل النفسية والجانب العضوي للفرد للوصول إلى نتائج أكثر دقة وأهمية، خاصة في مجال المناعة النفسية العصبية، ومحاولة توفير ظروف وشروط جيدة لإجراء مثل هذه الدراسة كقياس معدل الخلايا المناعية NK و CD₄ التي تعتبر ذات أهمية كبيرة في إطار نشاط الجهاز المناعي بدقة، مقارنة بالخلايا اللمفاوية والحيبيبية والكريات البيضاء وكذلك الغلوبولينات المناعية.

- إجراء المزيد من الدراسات حول أهمية بعض أنواع الدعم الاجتماعي كالدعم الانفعالي ومختلف مصادره، ودوره الكبير في الوقاية من الأمراض العضوية، عن طريق تنشيطه للجهاز المناعي الذي يعتبر أهم جهاز وقائي ضد مختلف الميكروبات في جسم الإنسان، وكذلك دوره وأهميته في الوقاية من التأثير السلبي للضغوط النفسية على الصحة الجسمية، إضافة إلى مختلف العوامل النفسية كالاكتئاب واليأس والتشاؤم والقلق... الخ.

- ضرورة الاهتمام بالحالة النفسية للأفراد لاسيما المرضى، ومحاولة المزاوجة بين العلاج النفسي والعلاج الكيميائي وهذا ما يتطلب توفير أخصائيين نفسانيين في مختلف أقسام المستشفيات، كما هو الحال بالنسبة للأطباء والممرضين.

المراجع والملاحق

1- المراجع

1.1- المراجع العربية :

أولاً: الكتب

- 1- أبو زيد مدحت عبد الحميد. الاكتئاب دراسة في السيكوباتومتري. تقديم عوض محمد عباس. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية الأزاريطة. 2001.
- 2- أحمد كامل سهير. الصحة النفسية والتوافق. الطبعة الثانية. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب الأزاريطة. 1999.
- 3- أرون بيك: العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. ترجمة عادل مصطفى. الطبعة الأولى. دار النهضة العربية. 2000.
- 4- الداهري أحمد حسن صالح. مبادئ الصحة النفسية. الطبعة الأولى. الأردن: دار وائل للنشر عمان. 2005.
- 5- العبيدي محمد جاسم. مشكلات الصحة النفسية وأمراضها وعلاجها. الطبعة الأولى. الأردن: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع. 2004.
- 6- المالح حسان. الطب النفسي والحياة. الطبعة الأولى. دمشق: دار الأزقات، 1995.
- 7- السيسي حسين علي شعبان. علم النفس (أسس السلوك الانساني بين النظرية والتطبيق). الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث. الأزاريطة. 2002.
- 8- الشربيني لطفي. الاكتئاب (الأسباب والمرض والعلاج). الطبعة الأولى. لبنان: دار النهضة العربية بيروت. 2003.
- 9- الشربيني لطفي. الطب النفسي ومشكلات الحياة. الطبعة الأولى. لبنان: دار النهضة العربية. بيروت. 2003.
- 10- الشناوي محروس محمد، عبد الرحمن السيد محمد. المساندة الاجتماعية والصحة النفسية مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية. الطبعة الأولى. مكتبة الأنجلو المصرية. 1994.
- 11- الزراد فيصل محمد. الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية. الطبعة الأولى. بيروت لبنان. دار العلم. 1984.

- 12- جيم سكوت روبيتر. الذكاء الوجداني. ترجمة صفاء الأعسر. علاء الدين كفاقي. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع. 2000.
- 13- حمودة عبد الرحمن محمود. دراسات وبحوث في علم النفس (الاكتئاب التذكاري لتكريم الأساتذة كاميليا عبد الفتاح). إعداد لجنة من أساتذة علم النفس. مصر، القاهرة: دار الفكر العربي. 1995.
- 14- درويش زين العابدين. علم النفس الاجتماعي أسسه وتطبيقاته. القاهرة: دار الفكر العربي. 1994.
- 15- ديفيد بارولو. مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية. ترجمة صفوت فرج. مكتبة الأنجلو المصرية.
- 16- سمير عازار. الجسد والنفس. الطبعة الأولى. دار نوبيليس للنشر والتوزيع. 2005.
- 17- رضوان جميل سامر. الصحة النفسية. الطبعة الأولى. الأردن عمان: دار المسير للنشر والتوزيع. 2002.
- 18- روبرت مكلفين رتشارد غروس. مدخل الى علم النفس الاجتماعي. ترجمة ياسمين حداد. موفق الحمداني. فارس حلمي. الطبعة الأولى. الأردن عمان: دار وائل للنشر. 2002.
- 19- زهران حامد عبد السلام. الصحة النفسية والعلاج النفسي. الطبعة الثالثة. عالم الكتب. 1997.
- 20- مارتن بول. العقل المريض. ترجمة عبد العالي الجسماني. الطبعة الأولى. الدار العربية للعلوم. 2001.
- 21- محمد جاسم محمد. الصحة النفسية وأمراضها وعلاجها. الطبعة الأولى. الأردن. مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع. 2004.
- 22- محمد عبد الله عادل. دراسات في الصحة النفسية. الطبعة الأولى. دار الرشاد. 2000.
- 23- مرسي إبراهيم كمال. السعادة وتنمية الصحة النفسية. الطبعة الأولى. مصر: دار النشر للجامعات. 2000.

- 24- ميموني معتصم بدره. الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية. 2003.
- 25- عبد الحميد محمد شاذلي. الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. الطبعة الثانية. الإسكندرية: المكتبة الجامعية الأزاريطة. 2001.
- 26- عبد الله سيد معتز. بحوث في علم النفس الاجتماعي. المجلد الثالث. مصر القاهرة. دار غريب للطباعة والنشر. 2000.
- 27- عدس عبد الرحيم محمد. دور العاطفة في حياة الإنسان. الطبعة الأولى. الأردن عمان: دار الفكر للطباعة والنشر. 1997.
- 28- فايد علي حسين. دراسات في الصحة النفسية. تقديم أبو النيل السيد محمود. الطبعة الأولى. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث الأزاريطة. 2001.
- 29- فايد علي حسين. العدوان والاكنتاب في العصر الحديث. الطبعة الأولى. مصر الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع. 2004.
- 30- فايد علي حسين. علم النفس المرضي السيكيوباتولوجي. الطبعة الأولى القاهرة: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع. مومن طيبة للنشر والتوزيع. 2004.
- 31- يحيوي محمد. دراسات في علم النفس. الجزائر: دار الغرب للنشر والتوزيع وهران. 2003.
- 32- يخلف عثمان. علم نفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة. الطبعة الأولى. دار الثقافة للطباعة والنشر. 2001.

ثانياً: المجلات والدوريات

- 1- المحارب إبراهيم ناصر. الضغوط النفس اجتماعية والاكنتاب وبعض جوانب جهاز المناعة لدى الإنسان. تحليل جمعي للدراسات المنشورة ما بين 1981-1991. مجلة الثقافة النفسية، مصر. (المجلد الرابع العدد السادس، 1993).
- 2- أسامة أبو الوفاء. الطريق إلى الشفاء الذاتي. مجلة الأفق. مصر. (العدد 20، 2000).
- 3- حيدر علي. فسيولوجية العنف على جهاز المناعة. مجلة النبأ. (العدد 67، 2002).
- 4- خالد إبراهيم البدر. صوم رمضان يقلل من أخطار السكري وأمراض القلب وضغط الدم. مجلة الصحة. قطر. (العدد 27). مؤسسة حمد الطبية.

- 5- خليل بيومي محمد محمد. المساندة النفسية/ الاجتماعية وإدارة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مفض إلى الموت. مجلة علم النفس. مصر. (العدد 7، فبراير 1996).
- 6- دانييل جولمان. الذكاء العاطفي. ترجمة ليلي الجبالي. الكويت. (العدد 262، 2000). المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب.
- 7- دسوقي حسين محمد راوية. النموذج السببي للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وضغوط الحياة والصحة النفسية لدى المطلقات. مجلة علم النفس. مصر. (العدد السابع والثلاثون). سبتمبر 1996.
- 8- مايكل أرجايل. سيكولوجية السعادة. ترجمة فيصل عبد القادر. 2000.
- 9- رضوان جاب الله شعبان. محمد هريدي محمد. العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضى عن الحياة. مجلة علم النفس. مصر. (العدد الثامن والخمسون أبريل 2001).

ثالثا: القواميس والموسوعات

- 1- تومي سميث. موسوعة صحة العائلة. الطبعة الثالثة. بيروت- لبنان: دار الملايين. 2001.

رابعا: الرسائل الجامعية

- 1- مسعودي رضا. الضغط المهني لدى أطباء مصلحة الاستجالات مصادره ومؤثراته. إشراف بوطريفة حمو. جامعة الجزائر. كلية الآداب والعلوم الإنسانية. 2000-2001.
- 2- زعطوط رمضان. علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمين بورقلة. إشراف قريشي عبد الكريم. جامعة قاصدي مرباح. ورقلة. 2004-2005.

2.1 - المراجع الأجنبية

أولا : الكتب

- 1- Black Burn I,M , J Cottraux. Thérapie cognitive de la depression. preface du Beck 2^{ème} triage. Paris: Masson 1990.
- 2- Jean Claude Pechère. Les infections. 3^{ème} édition Edisem, 1991.
- 3- Jean Joly. la Biologie pour psychologue, 2^{ème} édition France: Dunod. 2001.
- 4- Consoli. SM. psycoimmunologie. Paris, France: 1988.
- 5- Jean François Back. Immunologie 2^{ème} édition Paris: Flammarion médecine Science. 1979.
- 6- Ivant M Roil. Immunologie. préface de Michel Fougereau. Paris : Catherine Sautis.
- 7- Laurent Chneiweiss. Les soignants face à la psychologie des malades. 3^{ème} édition France: Lamarre 1999.
- 8- Michel bourel. Hepatologie. Paris: ellipses. 1991.
- 9- Michel. Bourin. Les antidepresseurs. Paris: Ellipses 1983.

ثانيا : المجلات

- 1- Christine Reynaert. Bultin du cancer "psychogenèse " du cancer: entre les myth, abus et réalité. Belgique (Volume 87 n 9.655-64 septembre 2006)
- 2- Isabelle parizot – Jean Michel wachsberger. Aider et être aidé : système et structure du soutien social informel à Antananarivo Paris: Document de travail 2005.
- 3- Jean Philippe. Trouble affectifs et hépatites "c". Revu des additions publication trimestriel au service de la société européenne. Edition Murier. Volume 06 N° 21 Mars 2004.
- 4- Line Beurgard – La mesure de soutien social. centre de recherche sur les services communautaire. université Lavel.

ثالثا: القواميس والموسوعات:

- 1- Georges Pierre Bellicha. dictionnaire médical Bordas. préface de Jean Pièrre Bader, paris: Bordas Hopital Henri Mondor 1987.

مواقع الانترنت:

- 1- <http://www.bioconseil.net> تاريخ الزيارة 2006/12/05
- 2- <http://www.pwwhce.ça> تاريخ الزيارة 2006/12/05
- 3- <http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show-res&N-id=68&topic-id=929> تاريخ الزيارة 2007/02/05
- 4- <http://www.rayatnafs.com/specialtopics/depressionetdiabetescoronaryheartdisease.htm> تاريخ الزيارة 2007/01/12
- 5- <http://www.elazayem.com/new.page239.htm> تاريخ الزيارة : 2007/09/30
- 6- <http://www.bafree.net/forum/vreictopic.php2t=64102> تاريخ الزيارة : 2007/09/30
- 7- <http://www.bafree.net/forum/archive/-21596htm> تاريخ الزيارة : 2007/03/30
- 8- <http://www.1sant.com/news/stories.php?story03/09/03/2260146> تاريخ الزيارة : 2007/05/05
- 9- <http://www.touslesreves.com/articles/socials.psychosoma.php> تاريخ الزيارة : 2007/02/21
- 10- <http://www.feedo.net/medicalencycoledia/bodyhealth/liveranddigestionsystem/virusC.htm> تاريخ الزيارة : 2007/03/10
- 11- <http://www.yourdoctor.net/git/hepatobiliary/viral-hepatitis/viral%20Hepatitis.htm> تاريخ الزيارة : 2007/03/10
- 12- <http://www2.aides.org/sides/actualites/indexphp2arboparent=1002/1734/2cmd=fichierlid=1739&type=aniveau=2&iddossier=1002> تاريخ الزيارة : 2006/03/12

13- <http://www.bafr ee.net/forum/archive/-276322.htm>

تاريخ الزيارة : 2007/02/27

14- <http://www.hmc.org.qa/hc/health/27th/8.htm>

تاريخ الزيارة : 2007/02/25

15- <http://www.dimonth.net/::montda/showthread.php?t=2472->

تاريخ الزيارة : 2007/02/25

16- <http://www.balagh.com/woman/journal/zs1dyxfb.htm>

تاريخ الزيارة : 2007/03/10

2- الملاحق

1.2- مقياس الدعم الاجتماعي المدرك : Zimet, Dahlem , Zimet and Farley :
1988

التعليمة : نريد معرفة ما تشعر به إزاء كل عبارة من العبارات التالية :
اقرأ كل عبارة بدقة ثم ضع علامة في الخانة المناسبة لك.

موافق تماما	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة	معارض تماما	العبارة
							1- هناك شخص مميز بقربي عندما أكون بحاجة إليه
							2- هناك شخص مميز أستطيع مشاركته أفرحي وأحزاني
							3- عائلتي تحاول فعلا مساعدتي
							4- أحصل على المساعدة العاطفية والدعم الذي احتاجه من عائلتي
							5- لدي شخص مميز يعتبر مصدر عون لي
							6- أصدقائي فعلا يحاولون مساعدتي
							7- أستطيع الاعتماد على أصدقائي عندما تسوء الأمور
							8- أستطيع التحدث عن مشاكلي مع عائلتي
							9- لدي أصدقاء يمكنني مشاركتهم أفرحي وأحزاني
							10- لدي شخص مميز في حياتي يحرص على مشاعري
							11- عائلتي مستعدة لمساعدتي في اتخاذ قراراتي
							12- يمكنني التحدث حول مشاكلي مع أصدقائي

2.2- مقياس BECK للاكتئاب

هذه مجموعة من العبارات تصف مشاعر مختلفة، كما ترى فإن هذه العبارات فقد وضعت على شكل مجموعات. إقرأ كل مجموعة على حدة واختار منها العبارة التي تناسب مشاعرك الآن ثم ضع علامة (X) أمام العبارة المختارة. الرجاء قراءة كل مجموعة بأكملها قبل اختيار العبارة المناسبة:

العبارة	العلامة
<p>أ- لا اشعر بحزن.</p> <p>ب- اشعر بحزن أو هم.</p> <p>ج- أنا حزين ومهموم طول الوقت ولا استطيع التخلص من ذلك.</p> <p>د- أنا حزين جدا أو غير سعيد بدرجة لا يمكنني تحملها.</p>	
<p>أ- لست متشائما أو شاعرا بهبوط في همتي بالنسبة الى المستقبل.</p> <p>ب- اشعر بهبوط في همتي بالنسبة المستقبل.</p> <p>ج- اشعر انه ليس لدى ما اتطلع إلى تحقيقه.</p>	
<p>د- أشعر انني لا أستطيع التغلب على متاعبي أبدا.</p> <p>هـ- أشعر أن مستقبلي يائس وأن الأمور لن تتحسن أبدا.</p>	
<p>أ- لا أشعر أنني شخص فاشل.</p> <p>ب- لا أشعر أنني فشلت أكثر من أي شخص آخر.</p> <p>ج- لا أشعر أن ما حققته لا قيمة له، ومن الضالة بحيث لا يستحق الذكر.</p> <p>د- حين أفكر في حياتي الماضية لا أجد فيها غير سلسلة متصلة من صور الأخفاق وال فشل.</p> <p>هـ- اشعر أنني فاشل تماما أفكر في نفسي كشخص يقوم بدوره في الحياة وعليه واجب نحو بيته وأولاده وعمله.</p>	
<p>أ- ليس هناك ما يجعلني غير راض الآن.</p> <p>ب- أشعر أنني سئم وضجر في أغلب الأحيان.</p> <p>ج- لم أعد أستمتع بالأشياء التي كانت مصدرا للمتعتي من قبل.</p> <p>د- لم أعد أجد في أي وقت شيئا ما يرضيني.</p> <p>هـ- أنا مستاء جدا وساخط على كل شيء.</p>	
<p>أ- ليس هناك ما يشعرنني أنني مذنب.</p> <p>ب- كثيرا ما أشعر أنني سييء وتافه ودون قيمة.</p> <p>ج- أشعر أنني مذنب تماما.</p> <p>د- أشعر أنني دائما سييء أو حقير بالفعل.</p> <p>هـ- أشعر أنني شديد السوء أو حقير جدا.</p>	
<p>أ- أشعر أنني أعاقب الآن بشكل ما.</p> <p>ب- لدي شعور بأنني سوف ينالني مكروه.</p> <p>ج- أشعر أنني أعاقب الآن أو أنني سأعاقب حتما.</p>	

	<p>د- أشعر أنني أستحق أي عقاب ينزل بي.</p> <p>ه- أريد أن أعاقب كل ما ارتكبت من ذنوب.</p>
	<p>أ- لا أشعر بأي نوع من خيبة الأمل في نفسي.</p> <p>ب- أنا غير راض عن نفسي.</p> <p>ج- خاب أمني في نفسي.</p> <p>د- أشعر بالقرص من نفسي.</p> <p>ه- أكره نفسي.</p>
	<p>أ- لا أشعر بأي أسوء من أي شخص آخر.</p> <p>ب- أنا شديد الانتقاد لنفسي على ما فيها من ضعف أو ما تقع فيه من خطأ.</p> <p>ج- ألوم نفسي على كل خطأ ارتكبته.</p> <p>د- أشعر الآن أنني المسؤول عن كل ما يحدث حولي من سوء أو ما يقع من أخطاء.</p>
	<p>أ- لا أفكر في إيذاء نفسي أبداً</p> <p>ب- تساورني فكرة الإضرار بنفسي، لكنني لن اسعى لتحقيقها</p> <p>ج- أشعر أنه من الأفضل لي أن أكون ميتاً</p> <p>د- أشعر أنه من الأفضل لعائلتي أن أكون ميتاً</p> <p>ه- لدي خطط محددة للانتحار</p> <p>و- سأقتل نفسي إذا استطعت</p>
	<p>أ- لا أبكي دون مبرر أو أكثر مما يقتضيه الموقف</p> <p>ب- أبكي الآن أكثر مما اعتدت من قبل</p> <p>ج- أبكي طوال الوقت ولا أستطيع منع نفسي من البكاء</p> <p>د- لا أستطيع البكاء الآن على الإطلاق مع رغبتني الشديدة في البكاء بحرقة</p>
	<p>أ- طبعي الآن ليس أكثر حدة مما كنت طول عمري</p> <p>ب- أحتد أو أتضايق الآن بسهولة أكثر مما كنت من قبل</p> <p>ج- يحدت طبعي وتسهل إثارتي طول الوقت</p> <p>د- لم أعد أغضب أو أحتد الآن إطلاقاً ولم تعد تستفزني كل الأشياء التي كانت تثيرني من قبل.</p>
	<p>أ- لم أفقد اهتمامي بمن حولي</p> <p>ب- أصبحت الآن أقل اهتماماً بالآخرين عما كنت عليه من قبل</p> <p>ج- فقدت طعم اهتمامي بالآخرين من حولي وتضاءل شعوري بهم.</p> <p>د- فقدت اهتمامي بالآخرين تماماً ولم أعد أعاباً بهم إطلاقاً</p>
	<p>أ- أتخذ القرارات في مختلف الأمور بالكفاءة نفسها التي اعتدت عليها طول عمري</p> <p>ب- أنل الآن قليل الثقة في نفسي فيما يتصل باتخاذ قرار ما</p> <p>ج- عندي صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات</p> <p>د- لا يمكنني اتخاذ أي قرار على الإطلاق</p>
	<p>أ- لا أشعر أن شكلي يبدو الآن أسوأ حالا مما كان عليه من قبل</p> <p>ب- يقلقني الآن أنني أبداً أكبر سناً وشكلي غير مقبول</p>

	<p>ج- أشعر أن هناك تغيرات دائمة تطرأ على شكلي وتجعله غير مقبول من الناس</p> <p>د- أشعر الآن أن شكلي قبيح جدا</p>
	<p>أ- يمكنني العمل الآن بالهمة نفسها التي كنت أعمل بها من قبل</p> <p>ب- أحتاج إلى جهد زائد عند البدء في عمل شيء ما</p> <p>ج- لا أعمل بالهمة نفسها التي كنت أعمل بها من قبل</p> <p>د- أجد لابد أن أضغط على نفسي بشدة لكي أعمل أي شيء</p> <p>هـ- لا يمكنني الآن القيام بأي عمل مطلقا</p>
	<p>أ- يمكنني أن أنام كالمعتاد</p> <p>ب- أستيقظ متعبا في الصباح أكثر مما كنت عليه من قبل</p> <p>ج- أستيقظ مبكرا عن المعتاد ساعة أو ساعتين وأجد مشقة كبيرة في أن أنام بعد ذلك</p> <p>د- أستيقظ مبكرا عن المعتاد كل يوم ولا أستطيع النوم أكثر من خمس ساعات</p>
	<p>أ- لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد</p> <p>ب- أتعب بسهولة أكثر مما كنت عليه من قبل</p> <p>ج- أتعب إذا قمت بعمل أي شيء</p> <p>د- اشعر بالإجهاد الزائد لدى القيام بعمل أي شيء</p>
	<p>أ- شهيتي للأكل الآن ليست أسوأ من ذي قبل</p> <p>ب- شهيتي للأكل ليست جيدة كما كانت عليه من قبل</p> <p>ج- أصبحت شهيتي للأكل أسوأ جدا مما كانت عليه</p> <p>د- لم تعد لي شهية للأكل مطلقا</p>
	<p>أ- لم ينقص وزني في هذه الفترة الأخيرة</p> <p>ب- نقص وزني في الفترة الأخيرة ما يزيد عن 2 كلغ</p> <p>ج- نقص وزني في الفترة الأخيرة ما يزيد عن 5 كيلوغرامات</p> <p>د- نقص وزني في الفترة الأخيرة ما يزيد عن 8 كيلوغرامات</p>
	<p>أ- لست منشغلا على صحتي الآن أكثر من المعتاد</p> <p>ب- تشغلني الآن أكثر من ذي قبل الأوجاع والآلام الخفيفة واضطراب المعدة والإمساك وغير ذلك</p> <p>ج- أنشغل جدا بما يحدث لصحتي الآن والكيفية التي يحدث بها حتى أنه يصعب علي التفكير في أي شيء آخر</p> <p>د- يستغرقني تماما ما أشعر به أو أعانيه من متاعب صحية</p>
	<p>أ- لم ألاحظ أي تغير في اهتمامي بالجنس في الفترة الأخيرة</p> <p>ب- أصبحت الآن أقل اهتماما بالجنس عما كنت عليه من قبل</p> <p>ج- أصبح اهتمامي بالجنس الآن أقل بكثير مما كنت عليه من قبل</p> <p>د- فقدت اهتمامي بالجنس تماما</p>

ملخص الدراسة

في إطار العلاقة بين الجانب النفسي والجانب البيولوجي لدى الأفراد، حاولنا من خلال هذه الدراسة معرفة طبيعة العلاقة القائمة بين بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية والمتمثلة في الدعم الاجتماعي المدرك والاكْتئاب، والجانب البيولوجي الذي مثلناه ببعض مكونات الجهاز المناعي (الغلوبولينات والخلايا المناعية).

و بهذا انطلقنا بطرح مجموعة من التساؤلات تمثلت فيما يلي:

- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ودرجة الاكْتئاب لدى المصابين بالتهاب الكبد "C" ؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجة الدعم الاجتماعي المدرك والاكْتئاب لدى المصابين بالتهاب الكبد "C" ؟

- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجة كل من الدعم الاجتماعي المدرك والاكْتئاب ومعدل الغلوبولينات والخلايا المناعية لدى المصابين بالتهاب الكبد "C" ؟

للإجابة عن هذه التساؤلات قمنا بطرح أربعة فرضيات هي:

الفرضية الأولى: توجد علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائياً بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ودرجة الاكْتئاب لدى المصابين بالتهاب الكبد "C".

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجة الدعم الاجتماعي المدرك ودرجة الاكْتئاب لدى المصابين بالتهاب الكبد "C".

الفرضية الثالثة: توجد علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائياً بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ومعدل الغلوبولينات والخلايا المناعية لدى المصابين بالتهاب الكبد "C".

الفرضية الرابعة: توجد علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائياً بين درجة الاكْتئاب ومعدل الغلوبولينات والخلايا المناعية لدى المصابين بالتهاب الكبد "C".

للتحقق من صحة هذه الفرضيات قمنا بتقسيم هذا البحث إلى قسم نظري تكون من ثلاثة فصول تناولت متغيرات الدعم الاجتماعي والاكْتئاب والمناعة النفسية العصبية على الترتيب، أما القسم التطبيقي فشمّل الفصل الرابع الذي تناولنا فيه إجراءات الدراسة التي

تمثلت في طبيعة المنهج المستخدم المتمثل في المنهج الوصفي الارتباطي، كذلك العينة التي أختيرت بطريقة قصدية، بحيث تكونت من 60 مريضاً بالتهاب الكبد "c" وذلك بالمستشفى الجامعي بباتنة بقسم تصفية الدم، الأمراض الباطنية وأمراض الكلى، حيث طبق على أفرادها اختبار الدعم الاجتماعي المدرك لـ Zimet واختبار بيك للاكتئاب، إضافة إلى اختبار الـ FNS واختبار الغلوبولينات المناعية لمعرفة معدل بعض مكونات الجهاز المناعي.

وقد استعملت مجموعة من الأساليب الإحصائية أهمها اختبار "ت" ومعامل بيرسون للارتباط ومعامل الارتباط الجزئي، وتمت المعالجة الإحصائية بنظام SPSS 13 أين حصلنا على مجموعة من النتائج حاولنا عرضها ومناقشتها وفقاً للفرضيات المطروحة، وعلى ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري، حيث تحققت الفرضيتين الأولى والثانية بصورة نسبية، أين وجدنا أنه توجد علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائياً بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ودرجة الاكتئاب لدى المصابين بالتهاب الكبد "c"، كذلك توصلنا إلى أنه لا توجد فروق بين الجنسين ذات دلالة إحصائية في درجة الدعم الاجتماعي المدرك والاكتئاب لدى المصابين بالتهاب الكبد "c"، أما بالنسبة للفرضيتين الأخيرتين فلم تثبت صحتهما، حيث حصلنا على نتائج نفت وجود علاقة ارتباطية بين كل من درجة الدعم الاجتماعي المدرك والاكتئاب وبين معدل الغلوبولينات والخلايا المناعية لدى أفراد العينة، وتبقى نتائجنا التي حصلنا عليها لا تخلو من بعض النقائص، وبالإمكان التوصل إلى نتائج مختلفة عن هذه النتائج في ظروف مغايرة لظروف دراستنا.

RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE

Pour identifier la nature de relation entre le soutien social et la dépression chez les malades atteints de l'hépatite c, Nous avons élaborés à partir de cette étude quatre hypothèses à savoir :

1. L'existence d'une corrélation négative significative entre le degré de soutien social perçu et le degré de la dépression chez les malades atteints de l'hépatite c.
2. L'inexistence des différences significative des sexes dans le degré de soutien social perçu et la dépression chez les malades atteints de l'hépatite c.
3. L'existence d'une corrélation positive significative entre le degré de soutien social perçu et le taux des immunoglobulines et cellule immunitaires chez les malades atteints de l'hépatite c.
4. L'existence d'une corrélation négative significative entre le degré de la dépression et le taux des immunoglobulines et cellules immunitaires chez les malades atteints de l'hépatite c.

Pour la vérification de nos hypothèses, nous avons choisis un échantillon composé de soixante malades atteints de l'hépatite c au niveau du CHU de Batna. Nous pratiqués unes série de test tel que : l'échelle de l'évaluation de soutien social perçu de Zimet et l'échelle de l'évaluation de la dépression de Beck , En plus des examens biologiques dans la mise en évidence du taux des immunoglobulines et cellules immunitaires, L'application de ces outils est faite selon la méthode descriptive corrélatrice et le traitement statistique fait par SPSS13.nous révélons un ensemble de résultats :

1. L'existence d'une corrélation négative significative entre le degré de soutien social et la dépression chez les malades atteints de l'hépatite c.
2. L'inexistence des différences significative des sexes dans le degré de soutien social perçu et la dépression chez les malades atteints de l'hépatite c.
3. L'inexistence d'une corrélation significative entre le degré de soutien social et la dépression et entre le taux des immunoglobulines et cellules immunitaires chez les malades atteints de l'hépatite c.