مرض السكر وعلاقته ببعض العوامل النفسية والسمات الشخصية

هدى جعفر حسن*

ملخص: تهدف هذه الدراسة إلى الاستدلال على العلاقة بين مرض السكر وبعض العوامل النفسية مثل (نمط السلوك (أ)، والعصابية، والعدوان، والغضب) في المجتمع الكويتي. وقد شارك في إجراء الدراسة 239 فرداً، منهم 122 من مرضى السكر (51 من النوع الأول، و71 من النوع الثاني) – من العيادة الخارجية لمرضى السكر – في حين كان عدد أفراد العينة الضابطة من غير المرضى (117). استخدمت أربعة مقاييس لجمع بيانات الدراسة، وهي نمط السلوك (أ)، والعصابية، والعدوان، وحالة الغضب وسمته والتعبير عنه. بينت نتائج الدراسة أن العمر ارتبط إيجابياً بنمط السلوك (أ) وضبط الغضب، ولكنه ارتبط سلبياً بالعصابية، والعدوان، وحالة الغضب، وسمة الغضب، وإظهار الغضب. أضف إلى ذلك أن مدة الإصابة بالمرض (للعينة المرضية) ليس لها علاقة بأي من متغيرات الدراسة. حصل مرضى السكر على درجات أعلى على مقياس نمط السلوك (أ)، في حين حصل غير المرضى على درجات أعلى على كل من : حالة الغضب، وسمة الغضب، وإظهار الغضب. كما أن مرضى السكر من النوع الأول حصلوا على درجات أعلى على مقياس العدوانية وحالة الغضب مقارنة بمرضى السكر من النوع الثاني. من جانب آخر فإن الذكور أظهروا درجة عالية على نمط السلوك (أ)، في حين أظهرت الإناث درجة عالية على العصابية.

المصطلحات الأساسية: مرض السكر، نمط السلوك (أ)، العصابية، العدوان، الغضب.

---

* قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.

تشكر الباحثة إدارة الأبحاث بجامعة الكويت على دعمها لهذا المشروع ورقمه (OP01/03). كما تتقدم بجزيل الشكر والامتنان لكل من: د. منيرة العروج، و د. عبدالله بن نخي، ود. عبد النبي العطار من وزارة الصحة ورابطة السكر في الكويت على دعمهم ومساندتهم بإبداء الملاحظات والتعليقات على البحث وتوفير العينة المرضية.

المقدمة:

يعد مرض السكر من الأمراض المزمنة والواسعة الانتشار على مستوى دول العالم، وهو في تزايد مستمر؛ فقد بلغ تعداد المصابين بهذا المرض بحسب إحصاءات منظمة الصحة العالمية (WHO, 2000) والدراسة التي أجرتها (Wild *et al*., 2004) لكل الفئات العمرية من الجنسين على مستوى دول العالم (171 مليون شخص)؛ أي 2,8% من تعداد سكان العالم. ومن المتوقع أن يزداد هذا العدد ليصل إلى (366 مليون شخص)؛ أي 4,4% في عام (2030) وبخاصة في الدول النامية مثل الشرق الأوسط، وأفريقيا، والهند (Wild *et al*., 2004)، حيث يزداد انتشار المرض بين الأفراد في سن 45–64 سنة. وقد ذكر (Silink, 2005b) أن السكر يزيد بمعدل سنوي يصل إلى 6 ملايين شخص كل عام. ويفوق مرض السكر مرض الإيدز ونقص المناعة المكتسبة (HIV) في اعتباره المسبب الأكبر في وفاة 3,2–4 ملايين شخص سنوياً، إما بسبب المرض نفسه أو بسبب مضاعفاته التي في أغلبها تكون مضاعفات لأمراض القلب (McCall & Moss, 2005)، وبخاصة في سن مبكرة وهي سن الإنتاج والإسهام في بناء المجتمع (Silink, 2005b).

وتجدر الإشارة إلى أن عدد النساء المصابات بهذا المرض أكثر من عدد الذكور على مستوى دول العالم، كما أن معدل انتشار مرض السكر، ولاسيما بين الراشدين، يزيد في الدول المتقدمة عنه في الدول النامية. ولكن هذا لا يعني أن المرض لا ينتشر بشكل كبير في الدول النامية وبخاصة الدول التي تشهد تغيرات كثيرة في نمط الحياة مثل دول الخليج العربي التي يعاني ربع سكانها النوع الثاني من مرض السكر، حيث إن ذلك مرتبط بعوامل خطرة متعددة مثل السمنة، والاستهلاك المفرط للسعرات الحرارية العالية، وقلة التمرينات الرياضية (Al-Rubeaan, 2005). إن زيادة انتشار مرض السكر يعود إلى زيادة النزعة للتمدن وتبني نمط الحياة الغربية والنمو المطرد لاقتصادات الدول النامية (Diabetes Atlas, 2005). ومازالت الجهود للسيطرة على المرض في العالم العربي قليلة على الرغم من انتشاره ومضاعفاته فيها بشكل كبير (Al-Mahroos & Al-Roomi, 2005). وتعد دولة الكويت من الدول التي ينتشر فيها المرض بشكل واسع؛ حيث بلغ عدد المصابين بالمرض (104 آلاف شخص) في عام (2000)؛ أي أن نسبة انتشاره تبلغ 24% من عدد السكان، ومتوقع

أن يزداد هذا الرقم ليصل إلى (319 ألف شخص) في عام (2030) (WHO, 2000).

يستهلك علاج مرضى السكر الحصة الكبرى من موازنة الرعاية الصحية للدول التي ينتشر فيها المرض؛ حيث إن كلفة رعاية مريض السكر تعادل مرتين أو ثلاث مرات كلفة رعاية مريض غير مصاب بالسكر، فهي تقدر بنحو 153 بليون دولار سنوياً، وقد تصل إلى 286 بليون دولار. وقد ترتفع في عام (2025) إلى 213–396 بليون دولار سنوياً عالمياً، مما يعني أن ما بين 7%–13% من الموازنة العالمية للصحة سينفق على رعاية مرضى السكر في عام (2025). وهذه الكلفة هي كلفة مباشرة، أما الكلفة غير المباشرة فهي فقد الإنتاجية لمريض السكر نتيجة للمرض ومضاعفاته، وهي تفوق بكثير الكلفة المباشرة لعلاج المرض (Diabetes Atlas, 2005).

وبدون خطة وقائية أولية فإن انتشار المرض سيزداد. كما أن الأسوأ هو التوقع بأن مرض السكر سيكون أحد الأسباب الرئيسة للإعاقة والوفيات خلال الخمس والعشرين سنة القادمة. لذلك هناك حاجة لاتخاذ إجراءات فورية لتقييد انتشار المرض والوصول إلى علاج أقل كلفة كاستراتيجية للسيطرة على الموقف (Silink, 2005b)، وبخاصة أن الدراسات بينت أن أغلبية الأفراد المصابين بمرض السكر لا يحققون الهدف العلاجي المتوقع (Hassanein, 2005)، وبالذات إذا كان مرض السكر مصحوباً بارتفاع ضغط الدم.

إن مرض السكر من الأمراض الهرمونية الشائعة، ويتصف بخلل في نظام التمثيل الغذائي، ويظهر في شكل ارتفاع مستوى السكر في بلازما الدم، ولذلك فإن جميع مرضى السكر لديهم عامل واحد مشترك، وهو أن نسبة السكر أو الجلوكوز في الدم عالية أو بمستوى أعلى من المستوى الطبيعي، وذلك نتيجة لأحد السببين التاليين أو كليهما، أولاً: أن أجسامهم لا تفرز كمية كافية من هرمون الأنسولين الذي يكون دوره الأساسي هو تسهيل دخول الجلوكوز من الدم إلى الخلايا، فيحترق لتوليد الطاقة. ثانياً: أن أجسامهم لا تستفيد بشكل فعال من الأنسولين المنتج، لأن خلاياهم أقل حساسية للأنسولين، أي أنها تقاوم دخول الأنسولين إليها، فبدون أنسولين لا يمكن لخلايا الجسم أن تستفيد من السكر الموجود في الجسم، ولذا فهي تلجأ إلى هضم الدهون والبروتين بدلاً من السكر؛ مما يؤدي إلى ارتفاع السكر في الدم (Surwit & Schneider, 1993).

ويقسم العلماء مرض السكر إلى نوعين؛ يطلق عليهما النوع الأول والنوع الثاني. **فالنوع الأول** يظهر في مرحلة مبكرة من حياة الإنسان، ويصيب الأطفال والشباب صغار السن، لذلك يسمى سكر الأطفال أو السكر الاعتمادي على الأنسولين (Insulin-Dependent Diabetes Mellitus)، واختصاراً (IDDM). وفي هذا النوع فإن خلايا (بيتا) التي تنتج هرمون الأنسولين في جزر لانجرهانس في البنكرياس يهاجمها الجهاز المناعي للجسم ويدمرها؛ مما يؤدي إلى أن يفشل البنكرياس تماماً في أداء دوره نتيجة لتلف في خلاياه، مما يهدد بشدة حياة الشخص، لذلك يحتاج المرضى المصابون بهذا النوع من السكر إلى حقن بجرعات أنسولين لتعويض عمل البنكرياس وللحفاظ على الحياة (Surwite & Schneider, 1993). ويرى (Silink, 2005a) أن انتشار مرض السكر من النوع الأول يكون عالياً في الدول التي يكون فيها الوعي والخبرة ومصادر توفير الخدمة الصحية محدودة.

أما **النوع الثاني** من السكر فهو يظهر عادة في سن متقدمة من حياة الإنسان، أي بعد سن الأربعين، ولكنه قد يظهر أحياناً قبل هذه السن. ويطلق عليه السكر غير الاعتمادي على الأنسولين (Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus) واختصاراً (NIDDM). وهذا النوع من السكر هو الأكثر شيوعاً وانتشاراً، ويشكل 95% من جميع حالات السكر. ويكون الجسم في هذا النوع من السكر غير حساس للأنسولين بسبب عيوب في خلايا (بيتا)؛ مما يجعلها أقل استجابة لتأثير السكر، أو أن يكون عدد الخلايا السليمة المستقبلة لهرمون الأنسولين منخفضاً. وقد يحدث كذلك اضطراب في إفراز هرمون الأنسولين، فعند بعض المرضى يتم إفراز هرمون الأنسولين بكمية أكبر من المعتاد، ولكن الجسم يقاوم الاستفادة من الأنسولين ولا يستجيب له؛ مما يستنزف وظيفة خلايا (بيتا) المنتجة للأنسولين. أما بعض المرضى الآخرين فإن خلايا أجسامهم لا تقاوم الأنسولين المنتج ولكن إفراز هرمون الأنسولين يكون بكمية قليلة لا تتناسب مع مستوى السكر في الدم، بحيث لا تكفي لحاجة الجسم. وهذا الاضطراب في كفاءة عمل البنكرياس يؤدي إلى عدم قدرته على تحويل معظم السكر الناتج من عملية التمثيل الغذائي إلى طاقة، فترتفع نسبته في الدم والبول، وهذا يزيد من مخاطر ظهور تعقيدات السكر ومضاعفاته مما يستدعي تناول العلاج الذي يساعد على جعل السكر في المستوى الطبيعي. وفي حالة السكر من النوع الثاني فإن المريض يمكن معالجته بتنظيم الأكل، وتخفيف الوزن الذي يقلل من مقاومة الأنسولين، هذا فضلاً عن استخدام

العلاج الفمي الذي يزيد من إفراز هرمون الأنسولين أو يقلل من المقاومة للأنسولين (Bakari & Onyemelukwe, 2005; Rubin & Peyrot, 2001).

لقد تعددت الأسباب التي وضعها المختصون لتفسير سبب حدوث مرض السكر، فقد أرجعها بعضهم إلى عوامل وراثية، في حين أرجعها آخرون إلى وجود فيروس يؤثر في عمل البنكرياس أو يبطله، أما بعضهم الآخر فقد ذكر أن ظهور مرض السكر يعتمد على نمط الحياة التي يعيشها الأفراد؛ فالأفراد الذين يعيشون حياة غير نشطة تقل فيها الحركة، ويزيد فيها استهلاك الأنواع المختلفة من المأكولات وبخاصة الوجبات السريعة والدسمة تزيد نسبة احتمال ظهور السكر لديهم مقارنة بالأفراد كثيري الحركة والنشاط الذين يتبعون نظاماً غذائياً متوازناً. وغالباً ما تتضافر العوامل الوراثية مع العوامل البيئية في ظهور هذا المرض؛ فالأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي لظهور المرض، ويعيشون نمطاً حياتياً يسهل ظهور المرض، يكونون أكثر احتمالاً لظهوره في وقت مبكر من حياتهم (Van Tilburg *et al*., 2001).

ولذلك ينصح مرضى السكر بالحيطة والحذر في الأكل، وأن يكونوا نشطين جسدياً، وهذا يساعد على جعل السكر في المستوى الطبيعي. كما ينصح جميع مرضى السكر بمراقبة مستوى السكر في الدم لديهم؛ لأن المراقبة المستمرة لمستوى السكر تسهل التكيف المناسب للتعامل مع المرض، مثل تغير جرعات الأنسولين والنظام الغذائي، والتمارين الرياضية. لذلك فإن الجهود تهدف إلى الوصول إلى حياة صحية والمحافظة عليها، وهما التحدي الأكبر لجميع مرضى السكر (Rubin & Peyrot, 2001; Vera *et al*., 1997).

وبما أن الدماغ الإنساني يعتمد تماماً على السكر في الحصول على حاجته من الطاقة فإن العمليات الفيزيولوجية تسعى إلى المحافظة على مستوى مناسب من السكر في الدم وإلى منع انخفاضه، ولكن هذه العمليات الفيزيولوجية تخفق في حالة مرضى السكر، ومن ثم تظهر عليهم أعراض المرض ومنها: العطش، وكثرة التبول، والرعشة والارتجاف، والتعرق، والجوع، والدوخة، وأعراض غير محددة من الشعور بالمرض، كما أن انخفاض السكر (Hypoglycemia) يؤدي إلى خلط الأفكار، وتدهور العمليات العقلية والمعرفية مثل عملية اتخاذ القرارات والانتباه والقدرة على التخطيط (McCrimmon, *et al*., 1999)، في حين أن ارتفاع مستوى السكر في الدم (Hyperglycemia) لفترة طويلة يسبب كثيراً من المشكلات الصحية مثل: العمى،

والفشل الكلوي، وتدمير الأعصاب، وأمراض القلب (Al-Rubeean, 2005; Bonora, *et al.*, 2002) ثم إن الضرر الذي يصيب الأوعية الدموية والأعصاب الطرفية يؤدي إلى زيادة مخاطر الإصابة بالغرغرينة التي تؤدي إلى بتر الأطراف السفلى من الجسم (Van Tilburg *et al.*, 2001)، كما أن مضاعفات السكر يمكن أن تؤدي إلى خفض العمر المتوقع وخفض نوعية الحياة (Rubin & Peyrot, 1999). ونتيجة لذلك فإن السكر ليس مرضاً فردياً وإنما هو مجموعة من الأعراض التي تشترك في خاصية واحدة وهي ارتفاع مستوى السكر في الدم.

إن العلاقة بين العوامل النفسية والأمراض الجسمية علاقة متبادلة، حيث إن للعوامل النفسية دوراً مهماً في نشأة العديد من الأمراض الجسمية وتطورها، كما أن للأمراض الجسمية تأثيراً نفسياً على الأفراد؛ فقد أوضح (Songar *et al.*, 1995) أن التأثير النفسي الجسمي للأمراض يؤدي – بشكل مباشر – إلى تغييرات في الشخصية. إن الأمراض المزمنة تعد من العوامل الضاغطة التي تؤثر في الوظائف الانفعالية للمرضى؛ لأنها تغير في أسلوب حياتهم وتفاعلهم مع البيئة والأحداث (Nelms, 1989). واعتماداً على ذلك فإن الدراسات التي اهتمت بعلاقة الأمراض المزمنة بالعوامل النفسية أو السمات الشخصية اتبعت أسلوبين أو طريقتين لتعرف هذه العلاقة؛ الاتجاه الأول اهتم بدراسة العوامل النفسية والسمات الشخصية التي تصاحب الإصابة بالأمراض المزمنة أو تنتج عنها. ووفقاً لهذه النظرة فإن المرض البدني يؤدي إلى مجموعة من السمات الشخصية التي تميز الفرد المصاب بهذا المرض، مثل الشخصية الربوية – وهي الشخصية المصابة بالربو. وفي المقابل فإن الاتجاه الثاني للبحوث يفترض أن العوامل النفسية وبعض السمات الشخصية هي التي تؤدي إلى تطور المرض وظهوره، لذا يتم دراسة الأمراض المختلفة لتعرف العوامل أو الصفات التي تسبق ظهور المرض (Rubin & Peyrot, 2001). ومن هذا المنطلق اهتمت الدراسة الحالية بتعرف بعض العوامل النفسية أو السمات الشخصية المصاحبة لظهور مرض السكر دون محاولة اكتشاف أيهما الأسبق؛ أي دون محاولة تحديد علاقة السبب والنتيجة.

وعلى الرغم من أن بعض الدراسات لم تجد علاقة بين العوامل النفسية ومرض السكر (Bradley, 1979; Naliboff *et al.*, 1985)، فإن دراسات أخرى كشفت عن علاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والإصابة بالمرض، ولكن هذه الدراسات لم تصل إلى تحديد علاقة السبب والنتيجة (Adriaanse *et al.*, 2005; Parveen & Singh, 1994; Wrigley & Mayou, 1991). فهناك دلائل تشير إلى محدودية تأثير الضغوط

على ظهور النوع الأول من مرض السكر، ولكن فيما يخص النوع الثاني من المرض فقد اتفقت معظم الدراسات على أن الضغوط تؤثر على مستوى السكر لدى المرضى (Anderson & Kris, 2003)، واعتماداً على ذلك يمكن القول: إن للضغوط النفسية بعض التأثير على مستوى السكر في الدم لدى الأفراد؛ فبعض الأفراد يرتفع لديهم مستوى السكر عند التعرض للضغوط، في حين أن بعضهم الآخر ينخفض لديهم مستوى السكر عند التعرض للضغوط نفسها، هذه الفروق الفردية في الاستجابة ترجع إلى العوامل الشخصية الخاصة بهؤلاء الأفراد.

هناك نمط سلوك يميز المرضى المصابين بالسكر – وبخاصة من النوع الثاني – حيث يتصفون بأنهم متكدرون، ومتوترون، ومتضايقون، ومتمسكون بالتقاليد (Sanders, *et al*., 1975). كما أنهم أكثر ميلاً لإظهار الغضب والعدوانية ولاسيما في حالة انخفاض السكر (Merbis, *et al*., 1996)، فضلاً عن اتسامهم بالاكتئاب والتقويم المنخفض للذات، وبخاصة بين الذين لا يتمكنون من ضبط مستوى السكر لديهم (Rodin, 1983)، واستخدام وسائل دفاعية غير ناضجة، وتجنب الأحداث المؤذية، وعدم القدرة على تأجيل الإشباع، والصعوبة في التركيز، واستثارة أقل للضغوط (Xu *et al*., 1996) أو الشعور بالعجز وقلة الحيلة من تنظيم أداء وظائف الجسم وتحقيق شعور بالكفاءة الشخصية (Rodin, 1983)، وغلبة العصابية عليهم (Habinakova, & Turcanova, 1975). ففي دراسة (Surridge *et al*., 1984) اتضح أن مرضى السكر يظهر عليهم التعب، وسهولة الاستثارة، والاكتئاب، وتدهور في الجانب النفسي – الجنسي. كما وجد (Choe, 2001) أن التأثير النفسي لمرض السكر يشمل الضغط العام، والخوف، والشعور بالعجز، والاكتئاب، والغضب.

إن الأعراض السابق بيانها تخفض من نوعية الحياة والكفاءة الوظيفية، وتؤثر على الحياة الأسرية. كما أن انخفاض مستوى السكر يؤدي إلى سلبية في المزاج من مثل: زيادة التوتر والقلق، وانخفاض السعادة (Gold, *et al*., 1997). وهؤلاء المرضى أكثر احتمالاً للإصابة بالاضطرابات النفسية مثل: القلق والاضطرابات الانفعالية (Jacobson, *et al*., 1997)، كما أن الخوف من انخفاض السكر ومن مضاعفات المرض على كل من الكليتين والعين والقلب هو المصدر الأساسي للقلق عند مرضى السكر وأقاربهم (Ragonesi *et al*., 1998; Surridge *et al*., 1984). ومن

ذلك نستخلص أن اضطراب مستوى السكر وبخاصة في حالة انخفاضه يثير الحالة المزاجية للمرضى بشكل سلبي، ويؤدي إلى حدة السمات الشخصية السلبية.

لقد حاول عديد من الدراسات التي أجريت على مرضى السكر تحديد السمات الشخصية التي تزيد من احتمالات الإصابة بالمرض، ولكنها لم تفلح في تحديد تلك السمات، وخلصت إلى أنه لا توجد هناك شخصية نمطية محددة مسبقاً لمرضى السكر، فمن المحتمل أن يكونوا أي نمط من أنماط الشخصية المتعارف عليها؛ لأن السمات الشخصية لا يمكن فصلها عن رد الفعل تجاه المرض (d'Alessandro, 1984; Debray, 1984; Kammerer & Reindell, 1977; Tattersall, 1981).

ولكن ظهر بشكل عام أن كلا النوعين من مرض السكر له تأثير سلبي على الرفاهية النفسية للأفراد؛ لأن أعراض المرض وطرق علاجه مرهقة، كما أن مضاعفاته موهنة ومضعفة للأفراد، وتتضمن تهديداً لحياتهم (Jacobson, *et al.*, 1994). وبما أنه مطلوب من مرضى السكر المراقبة الشخصية المستمرة لمستوى السكر لديهم فإن ذلك يفرض قيوداً معينة على أنشطة حياتهم اليومية، كما أنهم يواجهون مخاطر المضاعفات المزمنة للمرض، مثل انخفاض السكر، وأمراض القلب، والجلطات الدماغية، وأمراض الكلى؛ مما يزيد من توترهم وقلقهم وقدرتهم على التكيف الانفعالي للمرض (De Leon, 1995).

لقد أوضحت الدراسات أن السكر من النوع الأول له تأثير سلبي على نوعية الحياة أكثر من السكر من النوع الثاني (Mayou *et al.*, 1990)، وأن مضاعفات الإصابة بالسكر – بوجه عام – ترتبط بالانخفاض الواضح في نوعية الحياة (Jacobson *et al.*, 1994). كما أن العلاج المستخدم لمرضى السكر له تأثير معقد على نوعية حياة الأفراد، فقد خلصت دراسة (Coelho *et al.*, 2003) إلى أن مرضى السكر حصلوا على درجات أقل في مقياس نوعية الحياة مقارنة بغير المرضى، كما أن النساء حصلن على درجات أقل من الذكور على هذا المقياس؛ فالمرضى يرون أن المرض وتأثير التغيرات الناتجة عنه في أسلوب حياتهم هما مصدرا تهديد لحياتهم وليسا مصدراً للتحدي، كما أن نسبة كبيرة منهم يستخدمون التجنب بوصفه أسلوباً للتكيف مما يؤدي إلى انخفاض نوعية الحياة.

أهمية الدراسة:

تحاول الدراسة الحالية معرفة الفروق بين مرضى السكر وغير مرضى السكر على كل من: نمط السلوك (أ)، والعصابية، والسلوك العدواني، وحالة الغضب، وسمة الغضب، وقمع الغضب، وإظهار الغضب، وضبط الغضب.

وتعد الدراسة الحالية أشمل من الدراسات السابقة من ناحية عدد المتغيرات التي تناولتها معاً؛ فمعظم الدراسات السابقة فحصت الفروق بين مرضى السكر وغير مرضى السكر على عدد محدد من المتغيرات وبخاصة القلق والاكتئاب. إن استخدام أكثر من متغير في الدراسة الحالية عن مرض السكر يساعدنا في فهم الجوانب النفسية المرتبطة بالمرض بصورة أكثر وضوحاً ومعرفة الأبعاد النفسية ذات الصلة بالمرض، ومن ثم يمكننا تفهم سلوك مريض السكر والتعامل معه وبخاصة في حالة حدوث نوبات السكر (سواء بالارتفاع أو الانخفاض). كما أن الدراسات السابقة لم تقارن بين مرضى السكر من النوع الأول والنوع الثاني في المتغيرات النفسية. أضف إلى ذلك أن الدراسات التي تناولت الغضب والعدوان والعصابية عند مرضى السكر قليلة جداً، وبخاصة الدراسات العربية على الرغم من انتشار مرضى السكر بشكل لافت للنظر في العالم العربي. في حين أن الباحثة لم تعثر على أية دراسة أجريت في الكويت عن مرض السكر وعلاقته بالعوامل النفسية، ومن ذلك يتضح لنا أهمية إجراء هذه الدراسة في دولة الكويت.

الدراسات السابقة:

يواجه مرضى السكر معدلاً مرتفعاً من الاضطرابات النفسية، ولكنهم لا يختلفون عن غيرهم من الذين يعانون أمراضاً مزمنة أخرى؛ فالقلق والاكتئاب من أكثر الاضطرابات شيوعاً بين مرضى السكر والمرضى الآخرين الذين يعانون أمراضاً مزمنة أخرى. فقد أوضحت دراسة (Lustman *et al.*, 1986) أن 71% من مرضى السكر الذين شملتهم الدراسة كان لديهم تاريخ مرضي نفسي، وأن نسبة الاكتئاب الأساسي والقلق ترتفع لديهم، حيث إن الاكتئاب يرتبط بالارتفاع في مستوى السكر، في حين يرتبط القلق بالانخفاض في مستوى السكر. لذلك اهتم عديد من الدراسات بالعوامل النفسية والشخصية المرتبطة بمرض السكر، وبالمقارنة بين مرضى السكر وغير المرضى في هذه العوامل. وتعرض الفقرات التالية لبعض هذه العوامل.

القلق (Anxiety):

يظهر اضطراب القلق في شكل انفعال مبالغ فيه لاستجابة الخوف للموقف الذي يكون الأفراد فيه. ويُعرف القلق بأنه «خوف أو توتر وضيق ينتج من توقع خطر ما من مصدر مجهول وغير واضح ويكون مصحوباً بعدد من التغيرات الفسيولوجية» (American Psychiatry Association, 1994, p. 435). ويرى (أحمد عبدالخالق، 1994) أن القلق هو «شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديداً غير معلوم المصدر، مع شعور بالتوتر والشد، وبخوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية. كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغاً فيها لمواقف لا تمثل خطراً حقيقياً، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفرد الذي يعاني القلق غالباً ما يستجيب لها كما لو كانت تمثل خطراً ملحاً أو مواقف تصعب مواجهتها» (ص14).

وبالنسبة لمرضى السكر فإنهم يواجهون مستوى عالياً من القلق؛ لأنهم يعيشون مع مصادر القلق ومستويات من الخوف تفوق خبرة غيرهم من الأفراد. إن الخوف من نقص السكر، ومضاعفات السكر، والخوف من تأثير السكر على الحياة اليومية للفرد هي من المخاوف الشائعة بين مرضى السكر، التي تسبب لهم القلق (Anderson *et al*., 2002; Polonsky *et al*., 1995; Rubin & Peyrot, 2001; Welch *et al*., 1997; Wredling *et al*., 1995).

لقد أجمعت الدراسات على أن القلق منتشر بين مرضى السكر بمعدل أعلى من انتشاره بين بقية أفراد المجتمع (Karlsen, Bru, & Hanestad, 2002; Peyrot & Rubin, 1997)، وهو – أي القلق – أكثر ظهوراً عند الراشدين صغار السن من ذوي النوع الثاني، وبمعدل أربع مرات أكثر من ذوي النوع الأول، وقد يعود ذلك إلى أن المرضى من النوع الثاني لديهم مشكلات في تنظيم المرض وإدارته أكثر من المرضى من النوع الأول (Hunt, 1998).

الاكتئاب (Depression):

يشير الاكتئاب إلى «وجود خبرة وجدانية تتبدى في أعراض الحزن، والتشاؤم والشعور بالفشل، وفقدان الاستمتاع، والشعور بالذنب، ومشاعر العقاب، وعدم حب الذات، ونقد الذات، والأفكار الانتحارية، والتهيج والاستثارة، وفقدان الاهتمام، والتردد، وانعدام القيمة، وفقدان الطاقة، وتغيرات في نمط النوم والقابلية للغضب،

وتغيرات في الشهية، وصعوبة التركيز، والإرهاق والإجهاد، وفقدان الاهتمام بالجنس (غريب عبدالفتاح، 2000، ص9).

يشيع ظهور الاكتئاب بين مرضى السكر (Lustman & Ray, 2002; Roy *et al*., 1994; Vera *et al*., 1997)؛ حيث يقدر أن واحداً من بين كل خمسة من مرضى السكر يصاب بالاكتئاب، وهذا يعادل ثلاث مرات انتشاره بين بقية أفراد المجتمع (Gavard *et al*., 1993; Lustman *et al*., 1997). وقد قدرت بعض الدراسات أن نسبة تراوح بين 15% و40% من مرضى السكر تظهر عليهم أعراض الاكتئاب، ولكنهم لا يعدون طبياً مصابين بالاكتئاب (Blazar *et al*., 2002; Carney, 1998; Roy *et al*., 1994; Roy & Roy, 2001; Viinamak *et al*., 1995). وينتشر الاكتئاب بين النساء أكثر من الرجال، وبخاصة بين غير المتزوجات ومن هن في مستوى تعليمي منخفض. كما اتضح أن نسبة انتشاره بين الأطفال المصابين بمرض السكر كانت ضعفيه لدى الأطفال غير المرضى، وكانت نسبة انتشاره لدى المراهقين المرضى ثلاثة أضعاف انتشاره لدى غير المرضى (Grey *et al*., 2002).

إن ظهور نوبات الاكتئاب بصورة متكررة يحدث بسبب الفشل في ضبط مستوى السكر (Goodrick *et al*., 1995; Ragonesi *et al*., 1998)؛ حيث إن ضبط مستوى السكر يسوء بين المكتئبين مقارنة بغير المكتئبين (DeGroot *et al*., 1999; Mazze *et al*., 1984). وقد أوضحت نتائج دراسة (Van Tilburg *et al*., 2001) أن المزاج الاكتئابي وليس الاكتئاب المرضي هو الذي يرتبط بسوء تنظيم السكر وبخاصة عند المرضى من النوع الأول ممن لديهم تاريخ اضطراب نفسي (DeGroot *et al*., 1999)، ولكن حدة المرض النفسي تخفض من قدرة الفرد على التحكم في مستوى السكر في الدم وضبطه (Lustman *et al*., 1986).

وقد أوضح (Forrest *et al*., 2000) أن أعراض الاكتئاب منبئات مستقلة على ظهور أمراض القلب عند مرضى السكر من النوعين الأول والثاني، حيث تعد أمراض القلب مصدراً أساسياً للوفيات بين مرضى السكر؛ لأن الاكتئاب يؤثر على الأنشطة السمبثاوية، وعلى نشاط الصفائح الدموية وتجمعها، وعلى معدل ضربات القلب.

وهناك مجموعة من العوامل التي تسهم في زيادة انتشار الاكتئاب بين المرضى بالأمراض المزمنة ومنها مرضى السكر، ويشمل ذلك تأثير المرض على أنشطة المرضى الجسمية، وعلاقاتهم الاجتماعية، ووظائفهم الحيوية، ونوعية

حياتهم، ورضاهم عن الحياة، ومعنوياتهم (Connell *et al*., 1992; Goodenow *et al*., 1990; Smith *et al*., 1990)؛ فقد بينت دراسة (Ragonesi *et al*., 1998) أن الاكتئاب والقلق، وانخفاض حالة الرفاهية النفسية تعكس صعوبات التكيف مع الأمراض المزمنة. ومن المعلوم أن انعكاسات الأمراض المزمنة على شكل نوعية الحياة لها دور مهم في تنظيم المرض والتكيف معه.

نمط السلوك (أ) (A type behavior):

أصبح مفهوم نمط السلوك (أ) من المفاهيم النفسية الواسعة الانتشار، وبخاصة في علم نفس الصحة؛ وذلك لارتباطه بأمراض القلب التي تتسبب في وفاة عدد كبير من الأفراد ولاسيما في الدول المتقدمة. وقد برهنت عدة دراسات على أن نمط السلوك (أ) ينبئ بمرض الشريان التاجي للقلب (Lichtenstein *et al*., 1989). ويرى (Friedman & Ulmer, 1984) أن أصحاب نمط السلوك (أ) كما لو كانوا في معركة دائمة، ومن ثم فإن أجسادهم تطلق هرمونات الضغوط لإعداد الجسم لمعركة حامية؛ مما يزيد من إمداد القلب والدماغ والعضلات بالدم، ونقصه في الكبد. ونتيجة لذلك تنخفض كفاءة الكبد في التخلص من الكوليسترول والدهون في الدم والقيام بعملية الأيض بالنسبة لهما، ومن ثم تؤدي الوفرة المزمنة للدهون والكوليسترول إلى مرض الشريان التاجي للقلب. (أحمد عبدالخالق، 2000ب).

ويعرف «روزينمان» – نقلاً عن أحمد عبدالخالق (2000أ) – نمط السلوك (أ) بأنه «نشاط وانفعال مركب، يتضمن استعدادات سلوكية مثل: الطموح، والعدوانية، والتنافسية، ونفاد الصبر، فضلاً عن أنواع معينة من السلوك مثل: توتر العضلات، والتنبيه، والأساليب اللفظية السريعة والتوكيدية، والمعدل المتسارع للأنشطة، والاستجابات الانفعالية مثل التهيجية أو الاستثارة والعدائية، وتزايد احتمالات الغضب» (ص: 9).

ويفترض (Friedman, 1996) أن العامل المسبب والمسؤول عن بدء سلوك النمط (أ) واستمراره هو عدم الأمان الداخلي أو الدرجة غير الكافية من تقدير الذات. ويؤدي عدم الأمان وانخفاض تقدير الذات إلى القلق والاكتئاب، مع معاناة الأرق نتيجة الغضب أو الإحباط، فضلاً عن الفشل في تقديم المساعدة للآخرين إذا كانت ستستغرق وقتاً طويلاً، والفشل في عملية التفويض للآخرين ووضع مواعيد نهائية لا حاجة لها، والعدائية الحرة الطليقة، وعلاقات أسرية مختلة، وتوتر زواجي، وتكرار

فقد الشخص لأعصابه في أثناء قيادة السيارة، وعدم القدرة على الشعور بالسرور تجاه إنجازات الآخرين، فضلاً عن عدم تحمل مجرد الأخطاء التافهة، وعدم الاعتقاد في الإيثارية.

وبناء عليه، فإن أصحاب الدرجة المرتفعة على نمط السلوك (أ) يتصفون بما يلي: الطموح، والتنافسية، ونفاد الصبر، والعدوانية، وتزايد احتمالات الغضب والاستثارة (Rosenman, 1990). وإن أكثر الجوانب الملاحظة والظاهرة لسلوك النمط (أ) هي الإحساس بضغط الوقت والسخط والغضب. وإن المظهر الانفعالي الأكثر بروزاً لسلوك النمط (أ) هو العدائية الطليقة (Friedman, 1996).

ويذكر أحمد عبدالخالق (2000أ) أن نمط السلوك (أ) يشير إلى متصل أو بعد ذي قطبين؛ هما: النمط (أ) المتطرف، ويضاده النمط (ب) في القطب المقابل. وقد اختلفت الدراسات في كون نمط السلوك (أ) سمة من سمات الشخصية أو أسلوباً سلوكياً (حصة الناصر، 1996).

واهتمت دراسات كثيرة بعلاقة نمط السلوك (أ) بمرض السكر، وخلصت إلى أن نمط السلوك (أ) يرتبط بدرجة دالة بالإصابة بمرض السكر وبخاصة النوع الثاني (Hu *et al*., 2001)، كما أن خصائص نمط السلوك (أ) مثل: عدم الصبر والغضب من أكثر الخصائص ظهوراً بين مرضى السكر الذين لا يتحكمون في مستوى السكر لديهم (Peyrot & McMurry, 1985). وفي السياق نفسه وجدت دراسات عدة (انظر مثلاً: (Stabler *et al*., 1986, 1987) أن الأطفال من ذوي نمط السلوك (أ) يرتفع لديهم مستوى السكر عند التعرض لمواقف ضاغطة، في حين ينخفض لدى الأطفال من ذوي نمط السلوك (ب) في ظل المواقف الضاغطة نفسها. ولكن دراسات أخرى (انظر: Kager & Holden, 1992; Stabler *et al*., 1988) وجدت أن الاختلاف في مستوى السكر بين الأطفال من ذوي نمط السلوك (أ) و(ب) تظهر عندما يكون مستوى الضغط منخفضاً. فالأطفال من نمط السلوك (أ) يكون رد فعلهم أعلى عندما يتعرضون لمستوى منخفض من الضغوط؛ مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر لديهم، ولكن عندما يكون مستوى الضغط عالياً فإن الأطفال من النمط (ب) يرتفع لديهم مستوى السكر أيضاً، ولذلك ليس نمط السلوك هو الذي يرتبط بمستوى السكر، بل مدى تعرض الأفراد للضغط ومستوى هذا الضغط والعوامل الشخصية الخاصة بالأفراد. وعلى خلاف ذلك فإن دراسة (Sensky & Petty, 1989) لم تكشف

عن أي فروق بين الأفراد من ذوي نمط السلوك (أ) وغيرهم في مستوى ضبط السكر، وعدم انطباق ذلك على كل من الجنسين.

وبما أن معظم الدراسات أجمعت على أن نمط السلوك (أ) يرتبط بالإصابة بأمراض القلب (Cooper *et al*., 1981; Friedman *et al*., 1986)، كما أن ارتفاع مستوى السكر في الدم ومقاومة جسم مريض السكر للأنسولين تعدّ عوامل منبئة بزيادة مخاطر الإصابة بأمراض القلب بين مرضى السكر (Sensky & Petty, 1989)، وقد يفسر ذلك علاقة نمط السلوك (أ) بالإصابة بمرض السكر.

الغضب (Anger):

تمثل خبرة الغضب ظاهرة شائعة في الحياة اليومية. فالغضب هو انفعال عام يوجد عند جميع الأفراد تقريباً، كما أن له تأثيرات إيجابية وسلبية على صحة الفرد (حسين فايد، 2004). والغضب هو «حالة انفعالية تصيب الفرد بصورة حادة أو مفاجئة وتؤثر في سلوكه وخبرته الشعورية ووظائفه الفسيولوجية الداخلية وينشأ في الأصل عن مصدر نفسي» (عبداللطيف خليفة، 1991).

ويرى حسين فايد أن الغضب هو «انفعال يصدر عن الفرد حينما يشعر بالإحباط في تحقيق أهدافه أو يتعرض لمواقف فيها إهانة من شأنها أن تحط من قدره، ولانفعال الغضب صفة الشدة والتكرار، وقد يتفاوت في مدى استمراره من شخص لآخر. ويمكن التعبير عن الغضب في أربع صور، هي: التهجم البدني واللفظي تجاه الناس والأشياء، والغضب الخارجي (التعبير الصريح عن الغضب)، والغضب الداخلي (الشعور بالغضب وقمعه دون التعبير الصريح عنه)، واختلال التحكم في الغضب (حدوث نوبات غضب غير متحكم فيه)» (ص: 419).

ويصنف (Davidson *et al*., 2000) الغضب إلى نوعين: بناء وضار، وكل منهما يمكن أن يقسم إلى ثلاثة أقسام فرعية، وهي: لفظية، وسلوكية، ومعرفية. ذكر (عثمان الخضر، 2004) أن الباحثين وجدوا الأفراد الحاصلين على مستوى عالٍ من الغضب البناء يتمتعون بمستوى صحي من ضغط الدم مقارنة بأقرانهم من الحاصلين على درجات مرتفعة في الغضب الضار.

وكثيراً ما يختلط مفهوم الغضب بمفهوم العدوان، ولكن (Averill, 1994) يرى أن هناك فرقاً بين الغضب والعدوان؛ فالغضب من الناحية النفسية يعني حالة انفعالية تتضمن كلاً من: عزو اللوم لخطأ مدرك، والدافع لتصحيح هذا الخطأ. ومن الناحية

الاجتماعية يعمل الغضب نوعاً من النظام التشريعي الذي يساعد على تنظيم العلاقات بين الأشخاص. أما العدوان فهو توجيه الأذى المقصود للآخرين، الذي يكون ضد رغباتهم وليس لصالحهم. وعلى الرغم من أن الإحباط يثير الغضب دائماً، فليس شرطاً أن تؤدي إثارة الغضب إلى سلوك عدواني إلا إذا توافرت بعض المقتضيات الخاصة، وأهمها تفسير الفرد لموقف الإحباط أو عزوه لسبب الإحباط (Sears *et al*., 1991).

وقد عدّ (Buss & Perry, 1992) الغضب بمنزلة المكون الانفعالي أو الوجداني للسلوك العدواني، ويشمل الاستثارة الفسيولوجية والاستعداد للعدوان، وبخاصة العدوان الغاضب. يستنتج (حسين فايد، 2004) من التفرقة بين الغضب والعدوان، أن الغضب (بوصفه خبرة) يختلف عن العدوان (بوصفه سلوكاً)، وأنهما قد يحدثان معاً، وقد يحدثان بوصفهما حالتين منفصلتين، فليس بالضرورة أن يتحول الغضب إلى سلوك عدواني بطريقة حتمية، كما قد لا يحدث السلوك العدواني نتيجة للغضب، وإن كان في بعض الأحيان تعبيراً عن ذلك.

وقد وجدت دراسة (Deffenbacher & Swaim, 1999) أن هناك ارتباطاً موجباً بين الغضب والاكتئاب وبخاصة الغضب الموجه ضد الذات؛ فهو يؤدي إلى مشاعر اكتئابية أكثر من الغضب الموجه ضد مصادر خارجية؛ أي أن التعبير الصريح عن الغضب يمكن أن يؤدي إلى مشاعر كآبة أقل من مشاعر الغضب المقموع أو الموجه ضد الذات (Robbins & Tanck, 1997). وإذا لم يتم التعبير عن الغضب خارجياً لأي سبب من الأسباب فإن الغضب داخلياً يتحول إلى مشاعر للاكتئاب والذنب والخجل والقلق (Tavris, 1982).

إن التعبير عن الغضب من العوامل المهمة للصحة النفسية والجسمية للأفراد (Spielberger *et al*., 1988)، كما أن هناك أساليب محددة للتعبير عن الغضب والعدوانية ترتبط بعدد من المؤشرات الفيزيولوجية مثل ضغط الدم، وأمراض القلب، وأداء جهاز المناعة (Gjerde *et al*., 1988; Rosenman, 1985). وإن التعبير عن الغضب بطريقة عدائية وعنيفة وبمستوى عالٍ عادة ما يكون مصحوباً بسوء التكيف السلوكي، وعلاقات اجتماعية سيئة، ومشكلات سلوكية ظاهرة. يرى حسين فايد (2004) أن الفرد الذي يعاني مرضاً خطيراً لديه تنبؤ أفضل إذا أصبح غاضباً من حالته إذا أصبح خائفاً أو مكتئباً. والتفسير الممكن لذلك هو أن الشخص الغاضب يكون أكثر احتمالاً لأن يحارب المرض أو يأخذ دوراً نشيطاً في علاجه.

وفيما يخص مرض السكر أجمعت الدراسات على أن مرضى السكر أكثر عرضة لإظهار الغضب عند حدوث نوبات انخفاض السكر (Gonder-Frederick *et al.*, 1989; Merbis *et al.*, 1996; Xu *et al.*, 1996). وقد أوضح (McCrimmon *et al.*, 1999) أن انخفاض مستوى السكر في الدم يزيد من الشعور بالغضب لدى كل من مرضى السكر وغير مرضى السكر، ولكن لا يوجد ارتباط بين التغيير في حالة الغضب وشدة أعراض مرض السكر عند الأفراد استجابة لنقص السكر؛ أي أن انخفاض السكر لا يرتبط بسمة الغضب أو التعبير عن الغضب.

إن حالة الغضب المصاحبة لنوبة انخفاض السكر تفسر رفض مرضى السكر المساعدة لدى الحاجة لعلاجهم عند حدوث نوبة انخفاض السكر مما يؤثر في علاقاتهم الاجتماعية وعلاقاتهم في مجال العمل. ومع ذلك فقد بين عدد من الدراسات أن مرضى السكر – ولاسيما الأطفال – أظهروا كبحاً وقمعاً للانفعالات السلبية مثل الحزن والغضب أكثر من الأطفال الأصحاء (Penza-Clyve, 2000; Phipps & Steele, 2002; Steele *et al.*, 2003).

العنف (Violence):

على الرغم من أن بعض الباحثين يستخدمون كلاً من: مفهوم العدوان والعنف، بوصفهما مترادفين، فإن العديد من الباحثين أجمعوا على أن العنف شكل من أشكال العدوان، وأنه يقتصر على الجانب المادي المباشر المتعمد من العدوان فقط، وعليه فإن العدوان أكثر عمومية من العنف، وإن كل ما هو عنف يعد عدواناً والعكس غير صحيح (طريف شوقي، 1999). فالعنف يعرف بأنه «سلوك يستهدف إلحاق الأذى بالآخر أو الآخرين أو ممتلكاتهم» (عبدالمجيد منصور، وزكريا الشربيني، 2003، ص 154). أو أنه «استجابة متطرفة فجة من السلوك العدواني، تتسم بالشدة والتصلب تجاه شخص أو موضوع ما، ولا يمكن منعه أو إخفاؤه، ومن ثم يمثل العنف سلوكاً يمارسه الإنسان بتأثير من دوافعه العدوانية. وينظر إلى العنف على أنه نهاية المطاف للسلوك العدواني، وكثيراً ما يتخذ صفة التدمير (مصطفى الزعابي، 1996).

إن الدراسات التي اهتمت ببحث علاقة مرض السكر بسلوك العنف وجدت أن الأطفال المصابين بمرض السكر أظهروا بعض الدلائل على العزلة في رسوماتهم، وأن ذلك ارتبط بمؤشرات عن العنف، حيث إن طبيعة مرض السكر تجعل المريض يشعر بالعزلة عن بقية أفراد الأسرة والغضب تجاه أفراد الأسرة الذين لا يتأثرون

بالفرد (Sayed & Leaverton, 1974). وقد فسر (McCrimmon *et al.*, 1999) ذلك بأن هناك عملية مشتركة في العلاقة بين مستوى السكر في الدم والسلوك العنيف، ولكنها ليست علاقة عرضية. فإن الأفراد الذين يواجهون تغيرات فسيولوجية خلال فترة انخفاض السكر – على سبيل المثال – يظهرون تغيراً في حالة الغضب، كما أنهم خلال هذه الفترة يظهرون العنف بسبب أعراض يواجهونها أو يخبرونها وليس بسبب مستوى السكر في الدم.

العدوان (Aggression):

يرى علماء الشخصية أن العداوة سمة من سمات الشخصية، موجودة عند جميع الناس بدرجات متفاوتة (كمال مرسي، 1985)، ويصنف العدوان على متغير متصل يمتد من أشكال السلوك المضاد للمجتمع إلى أشكال السلوك الموالية للمجتمع (معتز سيد عبدالله، وعبداللطيف خليفة، 2001). يذكر عبداللطيف خليفة، وأحمد الهولي (2003) أن العدوان الاجتماعي هو سبب كل عدوان، كما يذكر (Buss) أن العدوان الذي لا يصاحبه غضب هو العدوان الوسيطي الذي يمليه التنافس على مركز أو سلطة أو شيء آخر يقف موضوعاً للتنافس (محيي الدين حسين، 1983، ص107). ويقاس العدوان بمقاييس العداوة الصريحة وغير الصريحة وتدل سمة العدوان على استعداد الشخص لإظهار العدوان في المواقف المختلفة بحسب ما يدركه الفرد فيها من مثيرات، فتفسير الشخص للموقف هو الذي يؤدي إلى ظهور العدوان (كمال مرسي، 1985).

عرف (Buss & Perry, 1992) السلوك العدواني بأنه «أي سلوك يصدره الفرد بهدف إلحاق الأذى أو الضرر بفرد آخر (أو مجموعة من الأفراد) يحاول أن يتجنب هذا الأذى سواء كان بدنياً أو لفظياً، وسواء تم بصورة مباشرة أو غير مباشرة، أو أفصح عنه في صورة الغضب أو العداوة التي توجه إلى المعتدى عليه». وعرفه عبدالمجيد منصور، وزكريا الشربيني بأنه «أي سلوك يصدر عن أفراد (أو جماعات)، صوب فرد آخر (أو آخرين) أو تجاه ذاته، لفظياً كان أم مادياً، إيجابياً كان أم سلبياً، مباشراً كان أم غير مباشر، أملته مواقف الغضب أو الإحباط، أو الدفاع عن الذات والممتلكات، أو الرغبة في الانتقام أو الحصول على مكاسب محددة. وترتب عليه إلحاق أذى بدني أو مادي أو نفسي، بصورة متعمدة بالطرف الآخر أو الأطراف الأخرى» (ص: 154). وينشأ العدوان عندما يتعرض الفرد للإحباط أو يشعر بأن

حريته مقيدة أو في حالة عدم إشباع لرغباته، نظراً لعوامل خارجة عنه (أحمد عبدالخالق وآخرون، 1998).

تتميز الشخصية العدوانية بمجموعة من السمات الشخصية، مثل الرغبة في السيطرة، وحدة المزاج، والاعتزاز بالنفس، وقلة الثقة في كفاءة الآخرين، والرغبة في الجدل، والميل إلى استغلال الآخرين (محمد خليل، 1990). وأوضحت دراسة (Nelson, 1997) أن الأفراد مرتفعي العدوانية يتسمون ببعض الخصائص، منها نقص المهارات الاجتماعية، ونقص التحكم، والاندفاع، وعدم القدرة على تحمل الإحباطات، كما أنهم أقل استبصاراً بالذات وبالآخرين، وترتفع لديهم النزعات العدوانية تجاه الآخرين، وبخاصة تحت ضغط عامل الوقت. وذكرت سهير كامل (1993) أن جميع الأشخاص العدوانيين يتصفون باللامبالاة وعدم الاهتمام بمشاعر الآخرين والميل إلى الاستيلاء على ما يريدون في الحال.

وقد ذكر معتز سيد عبدالله، وصالح أبو عباه (1995) أن العدوان يأخذ شكلين؛ أحدهما مذموم وهو «العدوان المرضي»، والآخر مقبول ومشجع وهو «العدوان الحميد». فالعدوان ضروري للإنسان عندما يكون من أجل الحياة والبقاء والمحافظة على الذات وتحقيق الأهداف الفاعلة. وهو عكس ذلك إذا تحول (بوعي أو بدون وعي) إلى سلاح فتاك يسبب الأذى والموت والخراب سواء للإنسان أو لبيئته على حد سواء.

إن للسلوك العدواني آثاراً سيئة على الفرد والمجتمع، فقد تنعكس آثاره الضارة على نفسية الفرد، وعلى أسرته، بل على المجتمع بأسره. وغالباً ما يكون السلوك العدواني أكثر ضرراً من كثير من الاضطرابات النفسية التي يصاب بها بعض الأفراد؛ ففي حين يؤذي مثل هذه الاضطرابات الفرد نفسه ويقض مضجعه ويضر بسعادته هو، فإن السلوك العدواني الخارجي سلوك يهدف إلى إيقاع الضرر بالآخرين عن نية مبيتة وقصد أكيد (أحمد عبدالخالق وآخرون، 1998)، ومن ثم فإن آثاره تمتد لتصيب الآخرين.

ويعد السلوك العدواني مؤشراً لزملة سلوكية تجمع بين مظاهر الاضطراب النفسي من جوانب عدة؛ فقد بينت دراسة أحمد عبدالخالق وآخرين (1998) أن هناك ارتباطاً إيجابياً بين السلوك العدواني والإصابة بأمراض جسمية أو نفسية. وتوصل (Felsten & Hill, 1999) إلى أن الأشخاص الأكثر عدوانية أظهروا درجة أكبر من

الغضب مقارنة بالأشخاص الأقل عدوانية. كما ارتبط العدوان ببعض السمات السلبية مثل الشعور بالقلق والإحباط. وأسفرت نتائج دراسة (Werner & Crick, 1999) عن وجود علاقة سلبية بين العدوان والتوافق النفسي والاجتماعي، حيث يرتبط السلوك العدواني بعدم قدرة الفرد على التوافق مع الآخرين من أفراد المجتمع. أما دراسة (Edmonson & Bullock, 1998) فقد وجدت علاقة بين العدوان والعنف.

إن السلوك العدواني كأي سلوك إنساني آخر، متعدد الأبعاد، ومتشابك المتغيرات ومتباين الأسباب؛ إذ لا يمكن رده إلى تفسير واحد (نبيل حافظ، ونادر قاسم، 1993). وقد أجمعت الدراسات على أن للسلوك العدواني أبعاداً متعددة هي: العدوان الجسدي، والعدوان اللفظي، والغضب، والعدائية (توفيق توفيق، 2003، معتز سيد عبدالله، وصالح أبو عباه، 1995، يوسف سوالمه، وعفاف حداد، 1996، Buss & Perry, 1992).

وبما أن العدوان سلوك معقد فقد اختلف الباحثون في تفسيره؛ فمنهم من يراه سلوكاً فطرياً يولد مع الفرد، ومنهم من يراه سلوكاً مكتسباً يتعلمه الفرد من البيئة التي يعيش فيها (Lord, 1997). لذلك قامت عدة نظريات لتفسير العدوان؛ فبعضها يرى أن العدوان فطري غريزي غير متعلم (Lombroso)، وهو نتاج التكوين الفسيولوجي والبيولوجي للإنسان، ويكون عادة موروثاً (Fox, 1971) (في كمال مرسي، 1985). أما الاتجاه الآخر في نظريات العدوان فيرى أن العدوان ناتج عن الإحباط الذي يتعرض له الإنسان؛ فالعدوان استجابة فطرية للإحباط نتيجة وجود عائق يمنع الفرد من إشباع دوافعه، وتزداد شدته وتقوى حدته كلما زاد الإحباط وتكرر حدوثه (Myers, 1987). أما نظرية التعلم الاجتماعي (Bandura, 1973) فترى أن العدوان سلوك مكتسب نتيجة ملاحظة نماذج السلوك العدواني في المحيط الاجتماعي للفرد وتقليدها، فإذا تعززت هذه السلوكيات اشتدت وقويت، وإذا لم تتعزز أو ووجهت بعقاب خفت حدتها.

ويرى كمال مرسي (1985) أن العدوان – كأي سلوك – هو محصلة مجموعة من العوامل المتفاعلة، بعضها ذاتي داخلي يكمن في تكوين الإنسان الجسمي والنفسي، وبعضها الآخر بيئي خارجي يكمن في ظروف التنشئة الاجتماعية ومواقف الحياة التي يعيشها الفرد، بما فيها من إحباط وصراع وثواب وعقاب

وإهانات وإثارات، وهذا يعني أن العدوان في جانب منه فطري، وفي جانب آخر مكتسب، إلا أن للعوامل البيئية الدور الأكبر في تنميته.

وتناولت بعض الدراسات السلوك العدواني عند المرضى المصابين بالسكر، فقد قارنت دراسة (Nelms, 1989) الأطفال المصابين بالربو بالأطفال المصابين بالسكر، وتبين أن الأطفال المصابين بمرض السكر أكثر عدوانية من المصابين بالربو، ولكن مجموعة الأطفال المرضى (السكر والربو) لم يختلفوا عن الأطفال الأسوياء في إظهار العدوان، مما يعني أن مجموعتي المرضى ليستا متطرفتين في تقرير العدوان وإظهاره. أما دراسة (Ahnsjo *et al.*, 1981) فقد وجدت أن هناك علاقة بين مرض السكر والسلوك العدواني.

أهداف الدراسة:

بعد استعراض الدراسات السابقة التي اهتمت ببحث علاقة السكر بعدد من العوامل النفسية نلاحظ أن الدراسات العربية الخاصة بمرض السكر وعلاقته بالعوامل النفسية قليلة وبخاصة في الكويت، لذلك تسعى الدراسة الحالية إلى بحث علاقة مرض السكر ببعض العوامل النفسية والسمات الشخصية مثل (نمط السلوك (أ)، والعصابية، والسلوك العدواني، وحالة الغضب، وسمة الغضب، وقمع الغضب، وإظهار الغضب، وضبط الغضب)، لدى عينة من مرضى السكر في الكويت، ومقارنة النتائج بعينة من الأسوياء غير المصابين بمرض السكر دون محاولة البحث عن علاقات السبب والنتيجة. ويمكن تلخيص أهداف الدراسة في الآتي:

1 – تحديد علاقة الارتباط بين العمر والخصائص النفسية والسمات الشخصية موضع الدراسة.

2 – تحديد علاقة الارتباط بين مدة الإصابة بمرض السكر – للعينة المرضية – والخصائص النفسية والسمات الشخصية موضع الدراسة.

3 – الكشف عن الفروق بين مرضى السكر وغير المرضى في بعض الخصائص النفسية والسمات الشخصية.

4 – معرفة الفروق بين مرضى السكر من النوع الأول ومرضى السكر من النوع الثاني في الخصائص النفسية.

5 – تعرف الفروق بين الذكور والإناث في الخصائص النفسية موضع الدراسة.

فروض الدراسة:

1 – يرتبط العمر سلبياً مع كل من: نمط السلوك (أ)، والعصابية، والسلوك العدواني، وحالة الغضب، وسمة الغضب، وإظهار الغضب، ولكنه يرتبط إيجابياً مع قمع الغضب، وضبط الغضب.

2 – ترتبط مدة الإصابة بمرض السكر إيجابياً مع كل من: نمط السلوك (أ)، والعصابية، والسلوك العدواني، وحالة الغضب، وسمة الغضب، وإظهار الغضب، ولكن مدة الإصابة ترتبط سلبياً بقمع الغضب وضبط الغضب.

3 – هناك فروق بين مرضى السكر وغير مرضى السكر في: نمط السلوك (أ)، والعصابية، والسلوك العدواني، وحالة الغضب، وسمة الغضب، وقمع الغضب، وإظهار الغضب، وضبط الغضب.

4 – هناك فروق بين مرضى السكر من النوع الأول ومرضى السكر من النوع الثاني في جميع المتغيرات النفسية موضع الدراسة.

5 – هناك فروق بين الذكور والإناث في متغيرات الدراسة.

منهجية البحث:

العينة:

أجريت هذه الدراسة في دولة الكويت؛ حيث شارك في إجرائها 239 فرداً طواعية. بلغ عدد مرضى السكر 122 (51 من النوع الأول، و71 من النوع الثاني)، في حين كان عدد غير المرضى (117). وفيما يختص بالنوع فقد انقسمت العينة الكلية إلى 134 من الذكور و105 من الإناث، وكان معظم أفراد العينة من المتزوجين (ن=137)، أما البقية فقد توزعوا بين «أعزب» (ن=91) ومطلق (ن=7) وأرمل (ن=4). كما توزع أفراد العينة على المستويات الوظيفية المختلفة، وكانوا يحملون مؤهلات علمية مختلفة ومن جنسيات عربية مختلفة، ولكن معظمهم كانوا من الكويتيين. إن معظم أفراد العينة المرضية كانوا من محافظة العاصمة (ن=91)؛ لأن المستشفى الذي اختيرت منه معظم العينة يقع في هذه المحافظة، وتوزع البقية على باقي المحافظات (انظر جدول 1).

جدول (1)
البيانات الأولية لعينة الدراسة (ن=239)

المتغيرات		ك	%
نوع الحالة	غير مصاب	117	49,0
	النوع الأول	51	21,3
	النوع الثاني	71	29,7
الجنس	ذكر	134	56,1
	أنثى	105	43,9
التاريخ الأسري	نعم	31	26,2
للعينة المرضية (ن=122)	لا	90	73,7
المحافظة	العاصمة	91	38,1
	حولي	60	25,1
	الفروانية	18	7,5
	مبارك الكبير	34	14,2
	الجهراء	12	5,0
	الأحمدي	24	10,0
الوضع الوظيفي	طالب	66	27,6
	موظف حكومي	82	34,3
	موظف قطاع خاص	17	7,1
	عمل حر	7	2,9
	متقاعد	48	20,1
	بدون عمل	19	7,9
الحالة الاجتماعية	أعزب	91	38,1
	متزوج	137	57,3
	مطلق	7	2,9
	أرمل	4	1,7
المؤهل العلمي	أقل من الثانوي	33	13,8
	ثانوي	66	27,6
	دبلوم تطبيقي	31	13,0
	جامعي	99	41,4
	أعلى من الجامعي	10	4,2

كان لدى 73,7% (ن=90) من مرضى السكر تاريخ أسري مع المرض؛ أي أن أحد الأقارب من الدرجة الأولى كان مصاباً بالمرض، في حين لم يكن لدى 26,2% منهم (ن=31) تاريخ أسري للمرض. وراوحت أعمار العينة بين 13 و73 عاماً، بمتوسط 35,64 عاماً وانحراف معياري 14,93. أما مدة الإصابة بالمرض للعينة المرضية فقد راوحت بين شهر و34 عاماً، بمتوسط بلغ 9,3 أعوام وانحراف معياري 7,4.

وقد تم الحصول على أفراد هذه العينة من مراجعي عيادة السكر في المستشفى الأميري في دولة الكويت، ومن رابطة السكر، وبالتعاون مع ثلاثة من الأطباء الذين كانوا يحيلون المرضى إلى الباحثة أو المساعدين الذين شاركوا في جمع البيانات. أما العينة السوية فقد جمعت من المتطوعين الذين طلبت منهم الباحثة المشاركة في الدراسة. وقد اشتملت استمارة جمع البيانات على سؤال مفاده: هل يعاني المشارك السكر أو لا؟ وذلك لتمييز الحالات غير المصابة بالسكر من تلك المصابة. وقد حرصت الباحثة على أن تكون العينة السوية مماثلة للعينة المرضية في خصائصها الديمغرافية من حيث الجنس والسن والحالة الاجتماعية والوظيفية والمؤهل العلمي ومكان الإقامة (المحافظة).

أدوات الدراسة:

طُبِّقَ على عينة الدراسة (المرضية وغير المرضية) استمارة تتضمن أسئلة تهدف إلى جمع بعض البيانات الأولية عن العينة وتشمل العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، والوضع الوظيفي، والمؤهل العلمي، ونوع السكر ومدة الإصابة به (خاص لمرضى السكر). كما اشتملت الاستمارة على أربعة مقاييس تتصف جميعها بأن خصائصها السيكومترية جيدة؛ مما يجعلها أدوات صالحة لجمع البيانات من المجتمع الكويتي، وهي:

1 – مقياس نمط السلوك (أ): تأليف وتقنين أحمد عبدالخالق (2000أ)، ويتكون هذا المقياس من 20 بنداً، يجيب المفحوص عن كل منها باختيار بديل من بين خمسة بدائل تراوح بين (لا)، و(كثيراً جداً). قنن أحمد عبدالخالق (2000أ) المقياس على عينات كويتية من طلبة وطالبات كليتي الآداب والعلوم الاجتماعية في جامعة الكويت، وكان معامل ثبات ألفا لكرونباخ (0,90)، وهو معامل مرتفع، أما معامل الصدق المرتبط بالمحك فقد كان مقبولاً (0,407)، بلغ معامل ثبات ألفا لكرونباخ لهذا المقياس في الدراسة الحالية (0,92) وهو معامل عالٍ.

2 – مقياس العصابية: هو مقياس فرعي من استخبار أيزنك للشخصية. ترجم المقياس إلى اللغة العربية، وقننه أحمد عبدالخالق (1991) على عينة مصرية قوامها (1330) مفحوصاً. وقد استعان بدر الأنصاري (2002) بهذه الترجمة لتقنينها على ثلاث عينات مختلفة من طلبة جامعة الكويت وطالباتها. وقد أوضحت نتائج دراسته أن مقياس العصابية يتسم بصدق تكويني وصدق عاملي مقبول. كما حسب بدر الأنصاري (2002) الصدق التقاربي والاختلافي للمقياس عن طريق ارتباطه بعدد من المقاييس. وقد ظهر أن مقياس العصابية هذا يرتبط إيجابياً مع مقياس العصابية من قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (NEO) ومقياس الخجل والتجنب الاجتماعي والضيق والخجل الاجتماعي. أما معاملات الثبات للعينات الثلاث – سواء ألفا لكرونباخ أو القسمة النصفية – فقد راوحت بين (0,70) و(0,90). بلغ معامل ثبات ألفا لكرونباخ لمقياس العصابية في هذه الدراسة (0,85)، وهو معامل مرتفع.

ويتكون مقياس العصابية المستخدم في هذه الدراسة من 23 بنداً يجاب عنها باختيار أحد البديلين (نعم)، أو (لا). فالشخص النموذجي الذي يحصل على درجة مرتفعة على بعد العصابية يوصف بأنه «شخص قلق، مهموم، متقلب المزاج، يحدث الاكتئاب لديه بشكل متكرر، وهو شخص يعاني صعوبة في النوم، كما يعاني اضطرابات نفسية – جسمية متنوعة، مفرط من الناحية الانفعالية أو هو زائد الانفعال، استجاباته عنيفة جداً لكل أنواع المنبهات، يجد صعوبة في أن يعود إلى حالته الطبيعية بعد المرور بخبرة انفعالية مثيرة، تؤثر استجاباته الانفعالية القوية على حسن توافقه، مما يجعله يسلك سلوكاً غير معقول قد يكون سلوكاً متصلباً» (أحمد عبدالخالق، 1991: 19–20).

3 – مقياس السلوك العدواني: تأليف (Buss & Perry, 1992)، وقد قام أحمد عبدالخالق (1999) بترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية ومن ثم تقنينه. ويتألف المقياس من 29 بنداً يجاب عنها باختيار أحد البدائل الأربعة التي تراوح بين (أعارض بشدة)، و(أوافق بشدة). ويقيس المقياس أربعة أبعاد رئيسة هي: العدوان البدني، والعدوان اللفظي، والغضب، والعدائية. وقد تم التحقق من الصدق العاملي للمقياس في دراسة قام بها كل من حنان الدوخي، وأحمد عبدالخالق (2004) على عينة قوامها (482) فرداً من الكويتيين الذكور والإناث، كما أظهرت الدراسة نفسها أن جميع معاملات ثبات ألفا لكرونباخ للمقياس مرتفعة؛ حيث راوحت بين 0,79 و0,89. أما في الدراسة الحالية فقد بلغ معامل ثبات ألفا لكرونباخ لمقياس السلوك العدواني (0,86)، وهو يعد معاملاً عالياً.

4 – قائمة حالة الغضب وسمته والتعبير عنه: تأليف (Spielberger, 1996)، وقد قام عبدالفتاح القرشي (1997) بتعريب هذا المقياس وتقنينه على 216 طالباً وطالبة من كلية الآداب بجامعة الكويت[1]. ويتكون المقياس من 44 بنداً تقيس حالة الغضب (10 بنود)، وسمة الغضب (10 بنود)، والتعبير عنه (24 بنداً)، ويتم التعبير عن الغضب بثلاث صور هي: ضبط الغضب (8 بنود)، وقمع الغضب (8 بنود)، وإظهار الغضب (8 بنود). ونقلاً عن عبدالفتاح القرشي (1997: 77–78) فإن «سبيلبرجر، وسيدمان» قدما تعريفات للمصطلحات المستخدمة في مقياس الغضب، وقد عُرفت حالة الغضب بأنها: حالة نفسية بيولوجية، تشمل مشاعر ذاتية بالغضب بدرجات متفاوتة من الاستثارة أو الضيق البسيط إلى الغيظ الشديد، يصاحبها تنشيط للجهاز العصبي الذاتي، وتمثل حالة مؤقتة تختلف من وقت إلى آخر، ويستثيرها عادة إدراك الشخص أنه تعرض للإهانة أو الظلم أو الإحباط». أما سمة الغضب «فتعبر عن تكرار تعرض الفرد لحالة الغضب، فالأشخاص الذين تكون لديهم سمة الغضب مرتفعة يدركون مدى واسعاً من المواقف على أنها مثيرة للغضب، وبذلك يتعرضون لحالة الغضب بصورة أكثر تكراراً وأشد حدة المقارنة بالأشخاص الذين تكون سمة الغضب لديهم منخفضة». ويقصد بقمع الغضب «قمع الشخص لمشاعر الغضب، وعدم إظهارها حين يتعرض لحالة الغضب»، وأما إظهار الغضب فيقصد به «إظهار الشخص لمشاعر الغضب في صورة سلوك عدواني لفظي أو غير لفظي». أما ضبط الغضب «فيمثل موقفاً وسطاً في التعامل مع مشاعر الغضب، ويقع بين قمع الغضب، والتعبير عنه في صورة سلوك عدواني. ومعنى ذلك أن التعبير عن الغضب يمثل خطاً متصلاً بين طرفين، يقع عند أحدهما القمع لمشاعر الغضب، ويقع عند الآخر التعبير عن مشاعر الغضب في صورة عنف وتدمير وعدوان، في حين يتوسط الطرفين الضبط المعتدل لمشاعر الغضب». بلغ معامل ثبات ألفا لكرونباخ لمقياس حالة الغضب في الدراسة الحالية (0,89)، ولمقياس سمة الغضب (0,83)، ولضبط الغضب (0,83)، ولقمع الغضب (0,66)، ولإظهار الغضب (0,73) وهي معاملات مناسبة إحصائياً، عدا مقياس قمع الغضب فهو منخفض نسبياً.

(1) لتعرف الخصائص السيكومترية لهذا المقياس على البيئة الكويتية (انظر: عبدالفتاح القرشي، 1997، وعثمان الخضر، 2004).

إجراءات الدراسة:

تطوع جميع أفراد العينة للمشاركة في الدراسة؛ فكانت عينة المرضى تحول من الأطباء بعد فحصهم (سواء أكان ذلك في العيادة الخارجية في مستشفى الأميري أم في الرابطة الكويتية لمرضى السكر) إلى الباحثة أو المساعدين الذين يقومون بشرح الهدف من الدراسة لهم طلباً لمساعدتهم بالاشتراك في الدراسة. وقد اعتذر عدد من المرضى عن المشاركة لأسباب متعددة خاصة بهم. وطبقت استمارات الدراسة بشكل فردي على المرضى، حيث فضل معظمهم – حتى ذوو المؤهلات العالية منهم – أن تُقرأ عليهم بنود المقاييس وأن تشير الباحثة أو المساعدون إلى الإجابة المناسبة بعد تلقيها من المريض. ولهذا السبب طُبعت بدائل الإجابة لكل مقياس بخط كبير جداً على أوراق مستقلة تُعرض على المرضى عند طرح الأسئلة. أما العينة السوية فشاركت طواعية بعد أن شرحت الباحثة للمشاركين الهدف من الدراسة، وطُبقت الاستمارات بشكل فردي على غالبيتهم. واستبعدت الاستمارات غير المكتملة، ثم أدخلت البيانات بعد ذلك إلى الحاسب الآلي، وحللت باستخدام مجموعة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSSwin). وقد أجريت عدة تحليلات إحصائية هي: التكرارات والنسب المئوية، والمتوسطات والانحرافات المعيارية، ومعاملات ارتباط بيرسون، واختبار (ت).

النتائج:

يبين جدول (2) معاملات الارتباط بين مقاييس الدراسة وبينها وبين العمر، وقد ظهرت معظم معاملات الارتباط في الاتجاه المتوقع، فنمط السلوك (أ) ارتبط إيجابياً بقمع الغضب، وضبط الغضب، في حين ارتبطت العصابية سلبياً بضبط الغضب وإيجابياً بكل من السلوك العدواني وحالة الغضب وسمة الغضب وقمع الغضب، وإظهار الغضب. كما ارتبط السلوك العدواني سلبياً بضبط الغضب ولكنه ارتبط إيجابياً بكل من حالة الغضب، وسمة الغضب، وقمع الغضب، وإظهار الغضب. وعلى المنوال نفسه، فقد ارتبطت حالة الغضب إيجابياً بسمة الغضب، وإظهار الغضب، وسلبياً بضبط الغضب، كما أن سمة الغضب ارتبطت إيجابياً بقمع الغضب، وإظهار الغضب وسلبياً بضبط الغضب. أما قمع الغضب فارتبط إيجابياً بإظهار الغضب، وضبط الغضب، في حين ارتبط إظهار الغضب سلبياً بضبط الغضب. وتجدر الإشارة إلى أن ارتباطات مقياس قمع الغضب لم تظهر بالشكل المتوقع؛ فقد ارتبط إيجابياً بنمط السلوك (أ)، وبالعصابية، والسلوك العدواني، وسمة الغضب، وإظهار الغضب.

وفي السياق نفسه اتضح أن العمر ارتبط إيجابياً بكل من نمط السلوك (أ) وضبط الغضب، في حين ارتبط سلبياً بكل من العصابية، والسلوك العدواني، وحالة الغضب، وسمة الغضب، وإظهار الغضب، ولكنه لم يرتبط بقمع الغضب. كما أن طول فترة الإصابة بالمرض – عند العينة المرضية – لم يرتبط بأي من مقاييس الدراسة؛ أي إن طول فترة الإصابة بالمرض لم يكن له علاقة بالخصائص النفسية[2].

جدول (2)

معاملات الارتباط بين العمر ومقاييس الدراسة للعينة الكلية (ن=239)

المتغيرات		العمر	سلوك النمط أ	العصابية	العدوان	حالة الغضب	سمة الغضب	قمع الغضب	إظهار الغضب
العمر	م ع	35,64 14,93	–						
سلوك النمط أ	م ع	72,54 14,17	,32**	–					
العصابية	م ع	11,1 5,19	-,18**	-,03	–				
العدوان	م ع	60,33 13,18	-,18**	,07	,53**	–			
حالة الغضب	م ع	12,75 4,97	-,20**	-,05	,37**	,37**	–		
سمة الغضب	م ع	21,44 5,88	-,18**	,09	,49**	,68**	,39**	–	
قمع الغضب	م ع	19,10 4,50	,12	,17**	,37**	,31**	,05	,29**	–
إظهار الغضب	م ع	16,53 4,58	-,16*	,04	,25**	,61**	,19**	,63**	,16**
ضبط الغضب	م ع	22,14 5,32	,27**	,28**	-,22**	-,34**	-,24**	-,33**	,25**	-,33**

* 0,05

** 0,01.

(2) لم تختلف نتائج العينة المرضية عن النتائج المذكورة هنا، وذلك عندما حسبت بشكل منفصل.

وعند المقارنة بين المرضى وغير المرضى في الجوانب النفسية المقيسة وباستخدام اختبار (ت) تبين أن مرضى السكر حصلوا على درجة أعلى ودالة إحصائياً على مقياس نمط السلوك (أ)، في حين أن غير المرضى حصلوا على درجات أعلى وبمستوى دال إحصائياً على كل من حالة الغضب، وسمة الغضب، وإظهار الغضب، ولم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية على بقية المقاييس (انظر جدول 3).

جدول (3)
الفروق بين غير المصابين (ن=117) والمصابين بالسكر (ن=122)
على مقاييس الدراسة (د.ح=237)

المتغيرات		م	ع	ت	الدلالة
سلوك النمط أ	غير مصاب	69,61	14,40	3,19	,01
	مصاب	75,34	13,41		
العصابية	غير مصاب	11,15	5,52	0,17	غ . د
	مصاب	11,03	4,87		
العدوان	غير مصاب	61,16	13,51	0,95	غ . د
	مصاب	59,54	12,86		
حالة الغضب	غير مصاب	13,79	5,87	3,22	,001
	مصاب	11,75	3,69		
سمة الغضب	غير مصاب	22,46	6,09	2,66	,01
	مصاب	20,47	5,52		
قمع الغضب	غير مصاب	18,78	4,16	1,09	غ . د
	مصاب	19,41	4,81		
إظهار الغضب	غير مصاب	17,25	4,69	2,41	,01
	مصاب	15,84	4,37		
ضبط الغضب	غير مصاب	21,54	4,91	1,71	غ . د
	مصاب	22,71	5,64		

وعند المقارنة بين مرضى السكر من النوع الأول ومرضى السكر من النوع الثاني في الخصائص النفسية التي تقيسها الدراسة، وبتطبيق اختبار (ت)، تبين أن مرضى

السكر من النوع الأول أظهروا عدوانية أكبر وحصلوا على درجة أعلى على مقياس حالة الغضب، ولكن لم تظهر فروق بين المجموعتين على بقية المقاييس (انظر جدول 4).

جدول (4)
الفروق بين النوع الأول (ن=51) والنوع الثاني (ن=71) من مرضى السكر على مقاييس الدراسة (د.ح=120)

المتغيرات		م	ع	ت	الدلالة
سلوك النمط أ	الأول	73,94	12,71	0,98	غ . د
	الثاني	76,35	13,89		
العصابية	الأول	11,78	4,70	1,45	غ . د
	الثاني	10,49	4,95		
العدوان	الأول	63,90	11,13	3,30	,001
	الثاني	56,41	13,17		
حالة الغضب	الأول	12,69	4,64	2,41	,01
	الثاني	11,08	2,67		
سمة الغضب	الأول	21,35	5,55	1,51	غ . د
	الثاني	19,83	5,46		
قمع الغضب	الأول	19,06	4,38	0,68	غ . د
	الثاني	19,66	5,11		
إظهار الغضب	الأول	15,90	3,72	0,14	غ . د
	الثاني	15,79	4,81		
ضبط الغضب	الأول	21,71	5,28	1,68	غ . د
	الثاني	23,44	5,82		

استخدم اختبار (ت) لدراسة الفروق بين الذكور والإناث على مقاييس الدراسة، ويظهر من جدول (5) أن الذكور أعلى وبدلالة إحصائية من الإناث في نمط السلوك (أ)، أما الإناث فقد أظهرن درجة أعلى في العصابية من الذكور، ولم تظهر فروق بين الذكور والإناث على بقية المقاييس. وفي السياق نفسه، فعند المقارنة بين الذكور والإناث من العينة المرضية لم تظهر أي فروق بينهم على مقاييس الدراسة.

جدول (5)
الفروق بين الذكور (ن=134) والإناث (ن=105) في العينة الكلية على مقاييس الدراسة (د.ح=237)

المتغيرات		م	ع	ت	الدلالة
سلوك النمط أ	ذكور	74,99	12,66	2,07	,01
	إناث	69,41	15,39		
العصابية	ذكور	10,16	4,99	3,18	,01
	إناث	12,27	5,21		
العدوان	ذكور	60,24	12,12	0,13	غ . د
	إناث	60,46	14,49		
حالة الغضب	ذكور	12,45	4,82	1,06	غ . د
	إناث	13,13	5,17		
سمة الغضب	ذكور	21,40	5,94	0,14	غ . د
	إناث	21,50	5,83		
قمع الغضب	ذكور	18,87	4,41	0,91	غ . د
	إناث	19,40	4,63		
إظهار الغضب	ذكور	16,64	4,73	0,44	غ . د
	إناث	16,38	4,39		
ضبط الغضب	ذكور	22,48	5,37	1,12	غ . د
	إناث	21,70	5,26		

المناقشة:

بينت نتائج هذه الدراسة أن معاملات الارتباط كانت في الاتجاه المتوقع، حيث ارتبطت السمات المتناقضة سلبياً معاً، في حين ارتبطت السمات المتقاربة إيجابياً معاً، وهذا يدلل – من ناحية معينة – على صدق المقاييس المستخدمة في الدراسة، عدا مقياس قمع الغضب الذي لم يظهر بالشكل المتوقع، فقد ارتبط إيجابياً مع بعض الخصائص التي يفترض أن يرتبط بها سلبياً مثل نمط السلوك (أ)، والعصابية، والسلوك العدواني، وسمة الغضب، وإظهار الغضب، مما يعني عدم انتظام ارتباط هذا المقياس مع المقاييس الأخرى. وهذا يدلل على الحاجة إلى إعادة النظر في هذا

المقياس الفرعي وبخاصة في الصيغة العربية حيث بلغ معامل ثبات ألفا لكرونباخ لهذا المقياس (0,66)، وهو منخفض نسبياً. وهذا يتفق مع دراسة عثمان الخضر (2004) التي أوضحت أن معامل الثبات لمقياس قمع الغضب كان منخفضاً (0,51) مقارنة بالمقاييس الأخرى، كما أن هناك ارتباطاً ضعيفاً بين ضبط الغضب وقمعه، وأن قمع الغضب ارتبط سلبياً مع ضبط النفس، وهذا عكس المتوقع من وجهة نظر الباحثة.

على أي حال، فإن نتائج هذه الدراسة أيدت جزئياً الفروض التي بدأت بها الدراسة. فقد اتضح أن العمر ارتبط إيجابياً بضبط الغضب وسلبياً بالعصابية، والسلوك العدواني، وحالة الغضب، وسمة الغضب، وإظهار الغضب، وهذا يتفق مع الفرض الأول للدراسة، ولكن العمر ارتبط إيجابياً بسلوك النمط (أ) ولم يرتبط بقمع الغضب، وهذا عكس الفرض الأول. نستنتج من ذلك أن التقدم في العمر – بشكل عام – يرتبط بالاستجابات الإيجابية وبالقدرة على التحكم في الانفعالات والتعامل معها. ومن جانب آخر لم تؤيد نتائج الدراسة الفرض الثاني، حيث لم يرتبط أي من مقاييس الدراسة بمدة الإصابة بالمرض أي أن مدة الإصابة لا علاقة لها بالخصائص النفسية، وقد يشير ذلك إلى أن بعض الخصائص النفسية عادة ما تكون سابقة على ظهور المرض. إن النتائج سالفة الذكر تتسق مع نتائج الدراسات السابقة، حيث أوضحت دراسة (Connell, 1991) أن الراشدين الأكبر سناً من مرضى السكر يرون أن للمرض تأثيراً أقل على تقويمهم لذاتهم وللرضا عن الحياة وللسعادة مقارنة بالراشدين الأصغر سناً. كما بينت دراسة (Cheng & Boey, 2000) أن مرضى السكر الأكبر سناً لا يرون أن المرض مصدر للتهديد لأنشطتهم اليومية مقارنة بالمرضى الأصغر سناً، أي أن إدراك المرض بوصفه مصدر تهديد يكون أقل عند المرضى الأكبر سناً، لذلك فإن تدهور الصحة النفسية يكون أبرز عند الأفراد الأصغر سناً من الراشدين مقارنة بالأفراد الأكبر سناً (Karlsen *et al.*, 2002). كما بينت دراسة (Connell *et al.*, 1995) أن الأعراض النفسية السلبية المصاحبة لمرض السكر مثل الاكتئاب تزيد بين الأفراد الأصغر سناً، في حين تنقص بتقدم العمر، وهذا ما أيده الأطباء – اعتماداً على انطباعهم الشخصي – حيث أجمعوا على أن مرضى السكر يصبحون أهدأ عندما يتقدمون في العمر (Deshields *et al.*, 1989).

أضف إلى ذلك أن حدة المرض لها تأثير سلبي على الصحة النفسية للأفراد ولكن مدة الإصابة بالمرض غير مرتبطة بالصحة النفسية مما يعني أن تدهور

الصحة النفسية للأفراد الأصغر سناً من الراشدين المصابين بمرض السكر لا يعود إلى قصر مدة الإصابة أو قلة الوقت للتكيف مع المرض بل قد يعود إلى أن الإصابة حدثت في سن مبكرة، وهي سن الإنتاج والنشاط، وهذا هو السبب في تأثيره السيئ في السن الأصغر. أما الإصابة في الكبر فهذا أمر متوقع حيث إن كبار السن يتوقعون الإصابة بالأمراض المزمنة نتيجة للتقدم في السن، ومن ثم فقد يكونون أكثر تقبلاً للإصابة بمرض السكر أو أي من الأمراض المزمنة الأخرى، فضلاً عن أنهم أكثر تفاؤلاً على الرغم من كثرة المشكلات الصحية التي يواجهونها (Cockerham *et al*,. 1983). هذه النتائج تتفق مع منظور المقارنة الاجتماعية التي ترى أن تأثير المرض ووصمة المرض يكون تأثيرهما أكبر على الراشدين الأصغر سناً؛ حيث يرون أنفسهم أنهم أسوأ من زملائهم في العمر (Connell *et al*., 1995; Singer, 1974)؛ فقد بينت دراسة (Cheng & Boey, 2000) التي أجريت على مرضى السكر الصينيين من كبار السن أنهم لا يرون مرض السكر مهدداً خطيراً لأنشطة حياتهم اليومية، ولذلك فهم لا يظهرون مستوى عالياً من الاكتئاب مقارنة بغير المرضى.

الفرض الثالث تم التحقق منه جزئياً؛ فقد حصل مرضى السكر على درجة عالية على مقياس نمط السلوك (أ)، في حين حصل غير المرضى على درجات أعلى على كل من حالة الغضب، وسمة الغضب، وإظهار الغضب. ولم تظهر فروق بين المجموعتين على أي من المقاييس الأخرى.

إن علاقة مرض السكر بنمط السلوك (أ) أيدته دراسة (Rhodewalt & Marcroft, 1988) حيث ظهر أن مرضى السكر الذين يفشلون في التحكم في مستوى السكر لديهم وتنظيمه هم عادة من أصحاب النمط (أ)، وأنهم يدركون أن المرض يتداخل مع أسلوب حياتهم وأنه يجب مكافحته، كما أنهم يعزون حالة المرض إلى أنفسهم، ومن ثم يكونون أكثر غضباً تجاه ذلك. فقد بين (Jacobs *et al*., 1989) أن التحكم في الغضب يرتبط سلبياً بالقلق ونمط السلوك (أ)، في حين أن التعبير الخارجي عن الغضب يرتبط إيجابياً بالقلق ونمط السلوك (أ).

إن الأفراد من النمط (أ) يختلفون عن الآخرين في محاولاتهم تحقيق الضبط الشخصي، فهم يحاولون – أكثر من غيرهم – تحقيق أهدافهم عندما يواجهون ضغوطاً، ويضاعفون جهودهم من أجل تحقيق التحكم والضبط، ولكن عندما

تواجههم مشكلة مستعصية، فإن جهودهم للسيطرة والضبط والتحكم تقل مقارنة بغيرهم، فهم يستسلمون ويصبحون عاجزين. وأصحاب نمط السلوك (أ) عادة يضعون لأنفسهم أهدافاً طموحة وصعبة مقارنة بغيرهم، ولكنهم عندما يفشلون يكونون أكثر طموحاً وإصراراً. ويمكن تطبيق هذه الملاحظة أو الافتراض على الأفراد من مرضى السكر الذين يواجهون مشكلة الحاجة إلى ضبط مستوى السكر بشكل مستمر منعاً للمضاعفات اعتماداً على مجهودهم الشخصي، مع الأخذ في الاعتبار أن العوامل النفسية تقوم بدور مهم في ضبط مستوى السكر، وهؤلاء الأفراد لديهم هدف يسعون إلى تحقيقه، وهو ضبط مستوى السكر، وهو هدف قد يكون صعباً أحياناً.

إن ارتباط مرض السكر بخصائص نمط السلوك (أ) مثل عدم الصبر والغضب قد يفسر جزئياً انتشار أمراض القلب بين مرضى السكر، حيث بينت الدراسات أن نمط السلوك (أ) يعدّ عامل خطورة مستقلاً في ظهور أمراض القلب (Cooper *et al*., 1981; Friedman *et al*., 1986)، كما أن التعرض لأمراض القلب من المشكلات الصحية المصاحبة لمرض السكر ولمدة طويلة، فارتباط مرض السكر بنمط السلوك (أ) يمكن أن يزيد من مخاطر الإصابة بأمراض القلب.

أما عن علاقة مرض السكر بالغضب فقد تناقضت نتائج الدراسات في ذلك؛ فبعض الدراسات بينت أن عينة المرضى هم أكثر غضباً، في حين أسفرت دراسات أخرى عن العكس. فقد وجدت دراسة (Merbis *et al*., 1996) أن مرضى السكر أكثر ميلاً لإظهار الغضب والعدوانية وبخاصة في حالة انخفاض السكر، كما أوضحت دراسة (Deshields *et al*., 1989) أن مرضى الأمراض المزمنة كانوا أكثر غضباً بشكل عام، كما كانوا يظهرون الغضب مرات أكثر، وكانوا أكثر تعبيراً عن الغضب الصريح الخارجي مقارنة بغير المرضى، وأن مرضى السكر كان متوسط درجاتهم أعلى من العينة غير المرضية على مقاييس حالة الغضب، وسمة الغضب، والتعبير الصريح عن الغضب، والتعبير الكلي عن الغضب.

وعلى النقيض من ذلك فإن دراسة (Steele *et al*., 2003) بينت أن الأطفال المرضى بأمراض مزمنة – منها السكر – أظهروا مستوى منخفضاً من التعبير عن الغضب، ومستوى عالياً من القمع التكيفي، واحتمالاً أقل للتعبير عن المشاعر السيئة مقارنة بالأطفال الأصحاء. كما بينت دراسة (Phipps *et al*., 2001) أن الأطفال

المصابين بأمراض مزمنة كانوا أقل كدراً وأسى من الأطفال غير المرضى، حيث تبين أن الخاصية الأساسية للأفراد الذين يصنفون بوصفهم قامعين أو كابحين هي أن لديهم وعياً قليلاً بالخصائص التي تعترض صورة الفرد عن نفسه بوصفه شخصاً سوياً من الناحية النفسية (Weinberger, 1990)، لذلك فإن مستوى الاكتئاب والقلق والغضب يكون عادة منخفضاً بين الأفراد الذين يصنفون بأنهم كابحون وقامعون سواء أكانوا مرضى أم أصحاء (Steele *et al*., 1999).

والتفسير الأكثر ملاءمة لانخفاض حالة الغضب وسمته وإظهاره عند العينة المرضية هو أن التعبير عن الغضب عادة ما يتم إدراكه بأنه سلوك اجتماعي غير مقبول أو غير صحي (Kennedy *et al*., 1999)، كما أن التعبير الخارجي عن الغضب بطريقة عدوانية وعنيفة وبمستوى مرتفع يرتبط بسلوك عدم التوافق وفقر العلاقات مع الآخرين (Gjerde *et al*., 1988)، لذلك فإن أعراض الغضب تكون أكثر احتمالاً للتعرض للكبت والقمع، فقد أوضحت دراسة (Phipps & Steele, 2002) أنه على الرغم من أن نسبة قليلة من مرضى الأمراض المزمنة – ومنهم مرضى السكر – حصلوا على درجة مرتفعة في الغضب فإن نسبة كبيرة منهم حصلوا على درجة مرتفعة في الكبت مقارنة بالعينة غير المرضية. وقد تبين أن كبح الغضب وكبته بوصفه وسيلة تكيفية منتشر بين مرضى السكر وغيرهم من مرضى الأمراض المزمنة، واستراتيجية الكبت تستخدم أسلوباً تكيفياً طويل المدى. فالأشخاص الذين يستخدمون الكبت أظهروا تحملاً أكبر للإحباط، ومهارات اجتماعية أفضل، وأداء تعليمياً أفضل من أقرانهم الذين لم يستخدموا الكبت.

لقد ذكر (Harburg *et al*., 1991) أن التعبير عن الغضب أو عدم التعبير عنه في حد ذاته ليس هو المسؤول عن العلاقة بين الغضب والنتائج المتعلقة بالصحة، ولكن المسؤول عن ذلك هو فشل الفرد في التوجيه البناء لمشاعر الغضب والعدائية، كما أن العامل الأساسي ليس تعبير الفرد أو عدم تعبيره عن الغضب في وقت حدوث الموقف، ولكن الأهم هو: هل تم حل العدائية بشكل ملائم أو تركت لتولد استياء وغيظاً مستمرين. وبما أن حدة الغضب ترتبط بتأثير المرض على نمط الحياة وأسلوبها (Steele *et al*., 2003)، فقد أشارت دراسة (Chigier, 1992) إلى أن مرضى السكر يجب أن يتعلموا التعايش مع مشاعر الغضب، والوحدة، والحزن، والذنب، والخلل في الهوية.

لقد تحقق الفرض الرابع للدراسة جزئياً؛ فقد أوضحت النتائج أن مرضى السكر من النوع الأول كانوا أكثر عدوانية، كما حصلوا على درجات أعلى على مقياس حالة الغضب من مرضى النوع الثاني، ولم تظهر فروق بين المجموعتين على بقية مقاييس الدراسة. إن العدوانية وحالة الغضب التي ميزت مرضى السكر من النوع الأول قد تفسر ظهور هذه الخصائص السلبية بسبب الإصابة بالمرض، وهي ليست سمة عند هؤلاء المرضى ولكنها نتيجة للمرض. وهذه النتائج تتسق مع الدراسات التي أوضحت أن السكر من النوع الأول له تأثير سلبي أكثر على نوعية الحياة من السكر من النوع الثاني (Jacobson *et al*., 1994).

ولكن نتائج هذه الدراسة تتناقض مع نتائج دراسة (Karlsen *et al*., 2002) التي أوضحت أن هناك فروقاً بين مرضى السكر من النوع الأول ومرض السكر من النوع الثاني في الصحة النفسية، حيث إن المرضى من النوع الثاني كانت صحتهم النفسية أسوأ من المرضى من النوع الأول، كما أن الكدر الانفعالي كان أعلى بين المرضى من النوع الثاني مقارنة بمرضى النوع الأول (Herpertz *et al*., 2001).

إن حصول مرضى السكر من النوع الأول على درجات أعلى في السلوك العدواني وفي حالة الغضب قد يعود إلى أن مرضى النوع الثاني عادة ما يكونون أكبر سناً ومن ثم أكثر هدوءاً، وهذا يتفق مع نتائج الدراسة الحالية التي سبق ذكرها، فقد اتضح أن العمر يرتبط سلبياً بمظاهر السلوك السلبية مثل العصابية، والسلوك العدواني، وحالة الغضب، وسمة الغضب، وإظهار الغضب.

أظهرت النتائج الحالية أن العينة الكلية من الذكور حصلوا على درجات أعلى من الإناث في سلوك النمط (أ)، وهذا يتفق مع دراسة (Shermane & Walls, 1995)، أما الإناث فقد أظهرن درجة أعلى في العصابية مقارنة بالذكور، لكن لم تظهر فروق بين الجنسين على بقية المقاييس الأخرى مما يحقق جزئياً الفرض الخامس من الدراسة. وأيدت دراسة عويد المشعان (1993) بعض نتائج الدراسة الحالية؛ حيث وجدت أن الإناث حصلن على درجة أعلى في العصابية من الذكور. وأوضح أحمد عبدالخالق (1991) أن النساء عادة يحصلن على درجات مرتفعة في العصابية مقارنة بالرجال، ولكن العصابية تنخفض لدى كلا الجنسين مع تقدم العمر ويصبح انحدار الدرجات تبعاً لمرور العمر متوازياً إلى حد كبير بين الجنسين.

والدراسة الحالية تتفق مع نتائج الدراسات السابقة التي أسفرت عن عدم وجود

فروق بين الجنسين في التعبير عن الغضب وقمعه (حسين فايد، 2004؛ Kopper & Epperson, 1996; Newman *et al.*, 1999). ولكن دراسات (عبداللطيف خليفة، وأحمد الهولي، 2003، طريف شوقي، 1999؛ Sherman & Walls, 1995) بينت أن السلوك العدواني يتزايد لدى الذكور أكثر من الإناث، فالذكور أكثر عدواناً بدنياً من الإناث – بسبب التكوين البيولوجي للذكور – (معتز سيد عبدالله، عبداللطيف خليفة، 2001)، وبسبب أساليب التنشئة الاجتماعية (أحمد عبدالخالق، 1998)، في حين أن الإناث أعلى في العدوان اللفظي (توفيق توفيق، 2003).

ولكن عند إجراء المقارنة بين الجنسين في العينة المرضية على مقاييس الدراسة لم تظهر أية فروق بينهما، وهذا يتناقض مع نتائج الدراسات السابقة التي وجدت أن الذكور المصابين بالسكر يميلون إلى التعبير الخارجي الظاهر عن الغضب بدرجة أعلى من الإناث، في حين أن الإناث يملن إلى توجيه الغضب نحو الداخلي (Gjerde *et al.*, 1988; Jacobs *et al.*, 1989)، كما أن ارتباط التعبير عن الغضب بالأعراض الجسمية كان بدرجة أكبر عند الإناث مقارنة بالذكور (Thomas, 1989).

وفي السياق نفسه أوضحت الدراسات السابقة أن الإناث هن أكثر سوءاً في الأعراض المصاحبة لمرض السكر، وأن التأثير السلبي لمرض السكر على الحياة اليومية كان أكبر لدى الإناث منه لدى الذكور؛ فالإناث المصابات بالسكر حصلن على درجات أعلى على مقياس الاكتئاب والقلق من الذكور (Phipps & Steele, 2002; Ragonesi *et al.*, 1998)، كما أظهرن قدرة أقل من الذكور على التحكم في مستوى السكر لديهن (Kager & Holden, 1992) وأظهرن مستوى منخفضاً من الطاقة والنشاط والرفاهية، والتكيف الاجتماعي (Ragonesi *et al.*, 1998)، مع تأثير أكبر على الحياة اليومية (Wredling *et al.*, 1995)، ولكن الإناث كن أكثر تكيفاً مع المرض أكثر من الذكور (Kager & Holden, 1992).

وكما سبق أن أوضحنا فإن مرض السكر من الأمراض المزمنة التي تستمر مع الفرد طوال حياته، وأن له تأثيرات سلبية على نوعية الحياة ورفاهيتها عند الفرد، لذلك يجب أن يتعلم مرضى السكر التكيف مع المرض والتعايش معه وتقبله والتقليل – قدر الإمكان – من مخاطره السلبية والاستمتاع بالحياة على الرغم من وجود المرض.

المراجع:

أحمد عبدالخالق (1991). **استخبار أيزنك للشخصية: دليل تعليمات الصيغة العربية للأطفال والراشدين.** الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

أحمد عبدالخالق (1994). الدراسة التطورية للقلق. **حوليات كلية الآداب**، مجلس النشر العلمي: جامعة الكويت، السنة 14، الرسالة 90.

أحمد عبدالخالق (1999). **الصيغة العربية لمقياس «بص، وبيري» للسلوك العدواني.** (غير منشور).

أحمد عبدالخالق (2000أ). مشكلة العلاقة بين الشخصية ونمط السلوك (أ) مع وضع مقياس لتقديره. **المجلة المصرية للدراسات النفسية**، 27: 9–24.

أحمد عبدالخالق (2000ب). نمط السلوك (أ) دراسة لبعض الارتباطات الاجتماعية والنفسية. **دراسات النفسية**، 10: 485–495.

أحمد عبدالخالق وآخرون (1998). **السلوك العدواني لدى طلبة المدارس الثانوية، بعض العوامل المساهمة في زيادة معدلاته.** الكويت: وزارة التربية.

بدر الأنصاري (2002). الصورة الكويتية لاستخبار أيزنك للشخصية: صيغة الراشدين. **مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية**، مجلس النشر العلمي: جامعة الكويت، 104: 69–113.

توفيق توفيق (2003). المكونات العاملية للسلوك العدواني لدى عينات من طلاب المرحلتين الجامعية والثانوية. **مجلة العلوم الاجتماعية**، مجلس النشر العلمي: جامعة الكويت، 31(2): 321–346.

حسين فايد (2004). الفروق بين الجنسين في العلاقة بين الغضب والاكتئاب، في حسين فايد (محرر)، **دراسات في السلوك والشخصية** (401–448)، الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

حصة الناصر (1996). سلوك النمط «أ» وعلاقته بالعصابية والانبساطية: دراسة للارتباطات بين البنود. **مجلة العلوم الاجتماعية**، مجلس النشر العلمي: جامعة الكويت، 24(4): 24–72.

حنان الدوخي، وأحمد عبدالخالق (2004). الاكتئاب والعدوان لدى عينات من الأحداث الجانحين ومجهولي الوالدين والمقيمين مع أسرهم. **دراسات نفسية**، 14: 451–573.

سهير كامل (1993). السلوك الإنساني بين الحب والعدوان. **مجلة علم النفس**، 27: 14–19.

طريف شوقي (1999). السلوك العدواني، في زين العابدين درويش (محرر)، **علم النفس الاجتماعي: أسسه وتطبيقاته** (327–355)، القاهرة: دار الفكر العربي.

عبدالفتاح القرشي (1997). تقدير الصدق والثبات للصورة العربية لقائمة حالة وسمة الغضب والتعبير عنه لسبيلبرجر، **علم النفس**، 74–88.

عبداللطيف خليفة (1991). الانفعالات، في عبدالحليم السيد وآخرون (محرر). **علم النفس العام**، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

عبداللطيف خليفة، وأحمد الهولي (2003). مظاهر السلوك العدواني وعلاقتهما ببعض المتغيرات لدى عينة من طلاب جامعة الكويت. **مجلة دراسات عربية في علم النفس**، 2: 49–94.

عبدالمجيد منصور، وزكريا الشربيني (2003). **سلوك الإنسان بين الجريمة – العدوان – الإرهاب** (ط1). القاهرة: دار الفكر العربي.

عثمان الخضر (2004). الغضب وعلاقته بمتغيرات الصحة النفسية. **مجلة العلوم الاجتماعية**، جامعة الكويت، 32(1): 69–102.

عويد المشعان (1993). الشخصية وبعض اضطراباتها لدى طلاب جامعة الكويت أثناء العدوان العراقي «دراسة للفروق بين الصامدين والنازحين وبين الجنسين» **مجلة عالم الفكر**، الكويت، 22: 124–152.

غريب عبدالفتاح (2000). **مقياس «بيك» الثاني للاكتئاب**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

كمال مرسي (1985). سيكولوجية العدوان. **مجلة العلوم الاجتماعية**، جامعة الكويت، 13(2): 45–64.

محمد خليل (1990). أساليب المعاملة الزوجية والقلق العصابي وعلاقتهما بالسلوك العدواني لدى الزوجين: دراسة إرشادية. **مجلة كلية التربية**، جامعة الزقازيق، ع12، السنة 5.

محيي الدين حسين (1983). السلوك العدواني ومظاهره لدى الفتيات الجامعيات: دراسة عاملية، في محيي الدين حسين (محرر)، **دراسات في شخصية المرأة المصري**، القاهرة: دار المعارف.

مصطفى الزعابي (1996). **الإرهاب: دراسة مقارنة حول أسبابه وطرق مكافحته.** (بدون دار نشر).

معتز سيد عبدالله، وصالح عبدالله أبو عباه (1995). أبعاد السلوك العدواني: دراسة عاملية مقارنة. **دراسات نفسية**، 5: 521–580.

معتز سيد عبدالله، وعبداللطيف خليفة (2001). **علم النفس الاجتماعي**، القاهرة: دار غريب.

نبيل حافظ، ونادر قاسم (1993). برنامج إرشادي مقترح لخفض السلوك العدواني لدى الأطفال في ضوء بعض المتغيرات. **مجلة الإرشاد النفسي:** جامعة عين شمس، 1: 143–177.

يوسف سوالمه، وعفاف حداد (1996). الخصائص السيكومترية لمقياس (بص وبيري) للعدوان في البيئة الأردنية. **أبحاث اليرموك**، الأردن: جامعة اليرموك، 3: 147–181.

- Adriaanse, M.C., Dekker, J.M., Spikerman, A. M.W., Twisk, J.W.R., Nipels, G., Van der Ploeg, H.M., Heine, R.J., & Snoek, F.J. (2005). Diabetes-related symptoms and negative mood in participations of a targeted population -screening program for type 2 diabetes; The Hoorn Screening study. Quality of life research: *An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation,* 14: 1501-1509.
- Ahnsjo., S., Humble, K., Larsson, Y., Settergren-Carlson, G., & Sterky, G. (1981). Personality changes and social adjustment during the first three years of diabetes in children. *Acta Paediatric Scandinavica*, 70. 321-327.
- Al-Mahroos, F.J., & Al-Roomi, K.A. (2005). Prevalence of diabetic Neuropathy, foot ulceration peripheral vascular disease and potential risk factors among people with diabetes in Bahrain. *International Journal of Diabetes & Metabolism*, 13, 52.

- Al-Rubeaan, K.A. (2005). Epidemiology, Risk factors and chronic complications of diabetes in the Gulf countries. *International Journal of Diabetes & Metabolism*, 13, 34.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic & Statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC. Author.
- Anderson, R.J., Grigsby, A.B., Freedland, K., DeGroot, M., McGill, J., & Clouse, R.E. (2002). Anxiety and poor glycemic control: A meta-analytic review of the literature. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32: 235-247.
- Anderson, U., & Kris, S. (2003). Individual differences in the relationship between stress and blood glucose. Dissertation Abstracts International: Section B: *The Sciences & Engineering*, 63(8-B), 3900.
- Averill, J. (1994). Anger. In V. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (131-140) New York: Academic.
- Bakari, A.G., & Onyemelukwe, G.C. (2005). Insulin resistance in type 2 diabetic Nigerians. *International Journal of Diabetes and Metabolism*, 13: 24-27.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewoad Cliffs, new Jersy: Prentice-Hall.
- Blazar, D.G., Moody-Ayers, S., Craft-Morgan, J., & Burchett, B. (2002). Depression in diabetes and obesity racial ethnic/gender issues in older adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 53: 913-916.
- Bonora, E.F., Formentini, G., Calcaterra, F. et al., (2002). HOMA estimated insulin resistance is an independent predictor of cardiovascular disease in type 2 diabetic subjects: prospective data from the Verona diabetes study. *Diabetes Care*, 25: 1135-1141.
- Bradley, C. (1979). Life events and the control of diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 23: 159-162.
- Buss, A., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality & Social Psychology*, 63: 543-558.
- Carney, C. (1998). Diabetes mellitus and major depressive disorder: An overview of prevalence, Complications and treatment. *Depression Anxiety*, 7: 149-157.
- Cheng, T.Y.L., & Boey, K.W.B. (2000). Coping, social support, and depressive symptoms of older adults with type II diabetes mellitus. *Clinical Gerontologist*, 22: 15-30.
- Chigier, E. (1992). Compliance in adolescents with epilepsy or diabetes. *Journal of Adolescent Health*, 13: 375-379.
- Choe, M., Padilla, G., Chae, Y.R., & Kim, S. (2001). Quality of life for patients with diabetes in Korea: The meaning of health-related quality of life. *International Journal of Nursing Studies*, 38: 673-682.

- Cockerham, W.D., Sharp, K., & Wilcox, J.A. (1983). Aging and perceived health status. *Journal of Gerontology*, 38: 349-355.
- Coelho, R., Amorim, I., & Prata, J. (2003). Coping styles and quality of life in patients with non-Insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 44: 312-318.
- Connell, C.M. (1991). Psychosocial contexts of diabetes and older adulthood: Reciprocal effects. *The Diabetes Educator*, 17: 364-371.
- Connell, C.M., Fisher, E.B. Jr., & Houston, C.A. (1992). Relationship among social support, diabetes outcomes, and morale for older men and women. *Journal of Aging & Health*, 4: 77-100.
- Connell, C.M., Gallant, M.P., & Davis, W.K. (1995). Psychosocial impact of diabetes on depression among young, middle-aged and older adults. *Journal of Metal Health and Aging*, 1: 127-145.
- Cooper, T., Detre, T., & Weiss, S. (1981). Coronary-prone behaviour and coronary heart disease: A critical review. *Circulation*, 63: 1199-1215.
- Davidson, K., MacGregor, M., Wm., Aruhe, J., Dicon, K., & MacLean, D. (2000). Constructive anger verbal behavior predicts blood pressure in a population sample. *Health Psychology*, 19: 55-64.
- d'Alessandro, A. (1984). Struttura di personlita in soggetti diabetici insulino-dipendenti. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 171: 19-29.
- DeLeon, O.A. (1995). Development, Reliability and validation of the diabetes emotional adjustment scale in Spanish: preliminary findings. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 25: 81-92.
- DeGroot, M., Jacobson, A.M., Samson, J.A., & Welch, G. (1999). Glycemic control and major depression in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 46: 425-435.
- Debray, R. (1984). Organisations psychiques chez les diabetiques insulino-dependants: apport du T.A.T. *Psychologie Francaise*, 29: 101-103.
- Deffenbacher, J.L., & Swaim, R. (1999). Anger expression in Mexican American and white non-Hispanic adolescentsí. *Journal of Counseling Psychology*, 47: 61-69.
- Deshields, T.L., Jenkins, J.O., & Tait, R.C. (1989). The experience of anger in chronic illness: A preliminary investigation. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 19: 299-309.
- Diabetes Atlas (2005). *International Diabetes Federation*. Retrieved Oct 23, 2005 from the World Wide Web: http/www.eatlas.idf.org/Costs_of_-diabetes/
- Edmonson, H.M., & Bullock, L.M. (1998). Youth with aggressive and violent behaviors pieces of a puzzle. *Preventing School Failure*, 42: 135-141.
- Felsten, G., & Hill, V. (1999). Aggression questionnaire hostility scale predicts anger in response to mistreatment. *Behavior Research & Therapy*, 37: 87-97.

- Friedman, M., Thorensen, C.E., & Gill, J.J. (1986). Alteration of type A behaviour and its effect on cardiac recurrences in post-myocardial infraction patients: Summary results of the recurrent coronary prevention project. *American Heart Journal*, 112: 653-665.
- Friedman, M. (1996). *Type A behavior: Its diagnosis and treatment*. New York: Plenum.
- Forrest, K.Y.Z., Becker, D.J., Kuller, L.H., Wolfson, S.K., & Orchard, T.J. (2000). Are predictions of coronary heart disease and lower-extremity arterial disease in type I diabetes the same? A prospective study. *Atherosclerosis*, 148: 159-169.
- Gavard, J., Lustman, P., & Clouse, R. (1993). Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. *Diabetes Care*, 16: 1167-1178.
- Gjerde, P.F., Block, J., & Block, H.H. (1988). Depressive symptoms and personality during late adolescence: Gender differences in the externalization-internalization of symptom expression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97: 475-486.
- Gold, A.E., Deary, I.J., & Frier, B.M. 91997). Hypoglycaemia and non-cognitive aspects of psychological function in insulin-dependent (type I) diabetes mellitus (IDDM). *Diabetes Medicine*, 14: 111-118.
- Gonder-Frederick, L.A., Cox, D.J., Bobbitt, S.A., & Pennebaker, J.W. (1989). Mood changes associated with blood glucose fluctuations in insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychology*, 8: 45-59.
- Goodenow, C., Reisine, S.T., & Grady, K.E. (1990). Quality of social support and associated social and psychological functioning in women with rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 9: 266-284.
- Goodrick, P.J., Hency, J.H., & Buki, V.M.V. (1995). Treatment of depression in patients with diabetes mellitus. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56: 128-136.
- Grey, M., Whittemone, R., & Tamborlane, W. (2002). Depression in type I diabetes in children natural history and correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 53: 907-911.
- Habinakova, E., & Turcanova, N. (1975). Psychological investigation of diabetic children. *Psychologia a Patopsychologia Deitana*, 10: 99-114.
- Harburg, E., Gleiberman, L., Russell, M., & Cooper, M.L. (1991). Angercoping styles and blood pressure in black and white males: Buffalo, New York. *Psychosomatic Medicine*, 53: 153-164.
- Hassanein, M.M. (2005). Hypertension and diabetes mellitus: How applicable are the new British hypertension society guidelines. *International Journal of Diabetes & Metabolism*, 13, 47.
- Herpertz, S., Albus, C., Kielmann, R., Hagemann-Patt, H., Lichtblau, K., Kohle, K., Mann, K., & Senf, W. (2001). Comorbidity of diabetes

mellitus and eating disorders: A follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, 51: 673-678.

- Hu, C., Li, L., Lu, M., Bai, Z., & Liu, J. (2001). A case-control study of the relationship between psychological factors and type II diabetes mellitus. *Chinese Mental Health Journal*, 15: 114-116.
- Hunt, L.M., Arar, N.H., & Larme, A.C. (1998). Contrasting patient and practitioner perspectives in type 2 diabetes management. *Western Journal of Nursing Research*, 20: 656-682.
- Jacobs, G.A., Phelps, M., & Rohrs, B. (1989). Assessment of anger expression in children: The pediatric anger expression scale. *Personality & Individual Differences*, 10: 59-65.
- Jacobson, A.M., DeGroot, M., & Samson, J.A. (1994). Quality of life in patients with Type I and Type II diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 17: 167-174.
- Jacobson, A.M., DeGroot, M., & Samson, J.A. (1997). The effects of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with type I and type II diabetes mellitus. *Quality of life research: And International Journal of Quality of life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 6: 11-20.
- Kger, V.A., & Holden, E.W. (1992). Preliminary investigation of the direct and moderating effects of family and individual variables on the adjustment of children and adolescents with diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 17: 491-502.
- Karlsen, B., Bru, E., & Hanestad, B.R. (2002). Self-reported psychological well-being and disease-related strains among adults with diabetes. *Psychology & Health*, 17: 459-473.
- Kennedy-Moore, E., & Watson, J.C. (1999). *Expressing emotion: Myths, realities, and therapeutic strategies*. New York: The Guilford Press.
- Kopper, B., & Epperson, D. (1996). The experience and expression of anger relationships with gender role socialization, depression, and mental health functioning. *Journal of Counseling Psychology*, 43: 158.165.
- Lichtenstein, P., Pedersen, N.L., & Plomin, R. (1998). Type A behavior pattern, related personality traits and self-reported coronary heart disease. *Personality & Individual Differences*, 10: 419-426.
- Lord, C. (1997). *Social psychology*. London: Harcourt Brace and Company.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Clouse R.E., & Cryer, P.E. (1986). Psychiatric illness and diabetes mellitus. Relationship of symptoms to glucose control. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 174: 736-742.
- Lustman, P.J., Griffith, L.S., Freedland, K.E., & Clouse R.E. (1997). The course of major depression in diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 19: 138-143.
- Lustman, P.J, & Ray, E.C. (2002). Treatment of depression in diabetes impact

on mood and medical outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 53: 917-924.

- Mayou, R., Bryant, B., & Turner, R. (1990). Quality of life in non-insulin dependent diabetes and a comparison with insulin-dependent diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 34: 1-11.
- Mazze, R.S., Lucido, D., & D., Shamoon, H. (1984). Psychological and social correlates of glycemic control. *Diabetes Care*, 7: 360-366.
- McCall, A.L., & Moss, J.M. (2005). Cardiovascular risk management in diabetes mellitus. *International Journal of Diabetes & Metabolism*, 13, 31.
- McCrimmon, R.J., Ewing, F.M.E., Frier, B.M., & Deary, I.J. (1999). Anger state during acute insulin-induced hypoglycemia. *Physiology & Behavior*, 67: 35-39.
- Merbis, M.A.E., Snoek, F.J., Kanc, K. & Heine, R.J. (1996). Hypoglycaemia induces emotional disruption. *Patient Education & Counseling*, 29: 117-122.
- Myers, D. (1987). *Social psychology*, (2nd), New York: McGraw-Hill Book Co.
- Naliboff, B.D., Cohen, M.J., & Sowers, D.J. (1985). Physiological and metabolic responses to brief stress in non-insulin dependent diabetic and control subjects. *Journal of Psychosomatic Research*, 29: 367-374.
- Nelms. B.C. (1989). Emotional behaviors in chronically ill children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17: 657-668.
- Nelson, C.M. (1997). Aggressive and violent behavior: A personal perspective. *Education & Treatment of Children*, 20: 250-262.
- Newman J., Cray, E., & Fuqua, D. (1999). Sex differences in the relationship of anger and depression: An empirical study. J*ournal of Counseling & Development*, 77: 198-203.
- Parveen, S., & Singh, S.B. (1994). Role of stress in diabetes mellitus. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 21: 20-22.
- Penza-Clyve, S.M. (2000). Patterns of emotion regulation coping in children with asthma and diabetes. Dissertation Abstracts International: Section B: *The Sciences & Engineering*, 60 (11-B), 5786.
- Peyrot, M., & McMurry, J.F. (1985). Psychosocial factors in diabetes control: Adjustment of insulin-treated adults. *Psychosomatic Medicine*, 47: 542-557.
- Peyrot, M., & Rubin, R.R. (1997). Levels and risk of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care*, 20: 585-590.
- Phipps, S., & Steele, R. (2002). Repressive adaptive style in children with chronic illness. *Psychosomatic Medicine,* 64: 34-42.
- Phipps, S., Steele, R.G., Hall, K., & Leigh, L. (2001). Repressive adaptation in children with cancer: A replication and extension. *Health Psychology*, 20: 445-451.

- Polonsky, W.H., Anderson, B.A., Lohrer, P.A., Welch, G.W., & Jacobson, A.M. (1995). Assessment of diabetes-related emotional distress. *Diabetes Care*, 18: 754-760.
- Ragonesi, P.D., Ragonesi, G., Merati, L., & Taddei, M.T. (1998). The impact of diabetes mellitus on quality of life in elderly patients. *Archieves of Gerontology & Geriaatrics*, 6: 417-422.
- Rhodewalt, F., & Marcroft. M. (1988). Type A behavior and diabetic control: Implications of psychological reactance for health outcomes. *Journal of Applied Social Psychology*, 18: 139-159.
- Robbins, P., & Tanck, R. (1997). Anger and depressed affect interindividual and intraindividual perspectives. *The Journal of Psychology*, 131: 489-500.
- Rodin, G.M. (1983). Psychosocial aspects of diabetes mellitus. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28: 219-223.
- Rosenman, R.H. (1985). Health consequences of anger and implications for treatment. In M.A. Chesney, & R.H. Rosenman, (Eds.) *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders* (103-125).Washington, DC: Hemisphere.
- Rosenman, R.H. (1990). Type A behavior pattern: A personal overview. *Journal of Social Behavior & Personality*, 5: 1-24.
- Roy, A., & Roy, M. (2001). Depressive symptoms in African-American type I diabetics. *Depression & Anxiety*, 13: 28-31.
- Roy, M., Collier, B., & Roy, A. (1994). Excess of depressive symptoms and life events among diabetics. *Comprehensive Psychiatry*, 35: 129-131.
- Rubin, R.R., & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes Metabolism Research & Reviews*, 15: 205-218.
- Rubin, R.R., & Peyrot, M. (2001). Psychological issues and treatments for people with diabetes. *Journal of Clinical Psychology*, 57: 457-478.
- Sanders, K., Mills, J., Martin, F.I., & Horne, D.J. (1975). Emotional attitudes in adults insulin-dependent diabetics. *Journal of Psychosomtic Research*, 19: 241-246.
- Sayed, A.J., & Leaverton, D.R. (1974). Kinetic-Family-Drawings of children with diabetes. *Child Psychiatry & Human Development*, 5: 40-50.
- Sears, D., Peplau, L., & Taylor, S. (1991). *Social psychology*, 7th ed., New Jersey: Englewood Cliffs.
- Sensky, T., & Petty, R. (1989). Type A behaviour pattern and glycaemic control in type I diabetes. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 52: 96-100.
- Sherman, A.C., & Walls, J.W. (1995). Gender differences in relationship of moderator variables to stress and symptoms. *Psychology & Health*, 10: 321-331.
- Silink, M (2005a). Diabetic ketoacidosis. *International Journal of Diabetes & Metabolism*, 13, 35.

- Silink, M. (2005b). The global impact of diabetes. *International Journal of Diabetes & metabolism*, 13, 30.
- Singer, E. (1974). Premature social aging: The social-psychological consequences of a chronic illness. *Social Science & Medicine*, 8: 143-151.
- Smith, T.W., Peck, J.R., & Ward, J.R. (1990). Helplessness and depression in rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 9: 377-389.
- Songar, A., Kocabasoglu, N., Balcioglu, I., Karaca, E., Kocabasoglu, C., Haciosman, M., & Somay, G. (1995). The relationship between diabetics metabolic control levels and psychiatric symptomatology. *Integrative Psychiatry*, 9: 34-40.
- Spielberger, C.D. (1996). *State-trait anger expression inventory STAXI, Professional*. Odessa, Fl: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C.D., Krasner, S.S., & Solomon, E.P. (1988). The experience, and control of anger,. In M.P. Janisse (Ed.), *Health psychology: Individual difference & stress* (pp. 90-1080). New York: Springer-Verlag.
- Stabler, B., Lane, J.D., Ross. S.L., Morris, M.A., Litton, J., & Surwit, R.S. (1988). Type A behavior pattern and chronic glycemic control in individuals with IDDM, *Diabetes Care*, 11: 361-362.
- Stabler, B., Morris, M.A., Litton, J., Feinglos, M.N., & Surwit, R.S. (1986). Differential glycemic response to stress in type A and type B individuals with IDDM. *Diabetes Care*, 9: 550-551.
- Stabler, B., Surwit, R.S., Lane, J.D., Morris, M.A., Litton, J., & Feinglos, M.N. (1987). Type A behavior pattern and blood glucose control in diabetic children. *Psychosomatic Medicine*, 49: 313-316.
- Steele, R.G., Elliot, V., & Phipps, S. (2003). Race and health status as determinants of anger expression and adaptive style in chldren. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 22: 40-58.
- Steele, R.G. Phipps, S., & Srivastava, D.K. (1999). Low-end specificity of childhood measures of emotional distress: Consistent effects for anxiety and depressive symptoms in a non-clinical population. *Journal of Personality Assessment*, 73: 276-289.
- Surridge, D.H.C., Erdahl, W.D.L., Lawson, J.S., Donald, M.W., Monga, T.N., Bird, C.E., & Letenmendia, F.J.J. (1984). Psychiatric aspects of diabetes. British *Journal of Psychiatry*, 145: 269-276.
- Surwit, R.S., & Schneider, M.S. (1993). Role of stress in the etiology and treatment of diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 55: 380-393.
- Tattersall, R.B. (1981). Psychiatric aspects of diabetes: A physicianís view. British *Journal of Psychiatry*, 139: 485-493.
- Tavris, C. (1982). *Anger: The misunderstanding emotion*, New York: Simon and Schuster.

- Thomas, S.P. (1989). Gender differences in anger expression: Health implications. *Research on Nursing & Health*, 12: 389-398.
- Van Tilburg, M.A.L., McCaskill, C.G., Lane, J.D., Edwards, C.L., Bethel, A., Feinglos, M.N., & Surwit, R.S. (2001). Depressed mood is a factor in glycemic control in type 1 diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 63: 551-555.
- Vera, L., Nollet-Clemencon, C., Vila, G., Mouren-Simeon, M.C., & Robert. J.J. (1997). Social anxiety in insulin-dependent diabetic girls. *European Psychiatry*, 12: 58-63.
- Viinamak, H., Niskanen, L., & Uusitupa, M. (1995). Mental well-being in people with non-insulin-dependent diabetes. *Acta Psychiatric Scandinavica*, 92: 392-397.
- Weinberger, D.A. (1990). The construct validity of the repressive coping style. In J. Singer (Ed.). *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology and health* (pp. 337-386). Chicago: University of Chicago Press.
- Welch, G.W., Jacobson, A.M., & Polonsky, W.H. (1997). The problem areas in diabetes scale: An evaluation of its clinical utility. *Diabetes Care*, 20: 760-766.
- Werner, N.E., & Crick. N.R. (1999). Relational aggression and social psychological adjustment in a college sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 108: 615-623.
- WHO *(World Health Organization)* (2000). Retrieved Feb 28, 2005 from the World Wid Web: http/www.WHO.int/diabetes/facts/world_figures/en/print.html.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabees: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes care*, 27: 1047-1053.
- Wredling, R., Stalhammar, J., Adamson, U., Berne, C., Larsson, V., & Ostman, J. (1995). Well-being and treatment satisfaction in adults with diabetes: A Swedish population-based study. *Quality of Life Research*, 4: 515-522.
- Wrigley, M., & Mayou, R. (1991). Psychosocial factors and admission for poor glycemic control: a study of psychological and social factors in poorly controlled insulin dependent diabetic patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 35: 335-343.
- Xu, Z., Fan, X., Hu, P., Li, X., & Feng J. (1996). Study of type II diabetes mellitus behaviour pattern. *Acta Psychlogicl Sinica*, 28: 315-319.

قدم في: مارس 2005.
أجيز في: فبراير 2006

Relationship between Diabetes and some Psychological Factors

Huda J. Hasan*

The aim of this study is to find out the relationship between diabetes and some psychological factors (i.e. Type A behavior, Neuroticism, Aggression and Anger) in Kuwait society. A sample of 239 individuals participated in the study. 122 diabetic patients (51 type 1, and 71 type 2) were recruited from the outpatient diabetes clinic. Whereas, 108 non-diabetic subjects were recruited as a control group. The study used 4 scales to collect data. 1) The Arabic type A behavior scale. 2) The Neuroticism Scale. 3) The Aggression Scale. 4) State-Trait Anger _Expression Inventory. Results show that age correlated positively with type A behavior and anger-control, and it correlated negatively with neuroticism, aggression, anger-state, anger-trait and anger-_expression. Furthermore, the duration of illness (for the patients sample) did not correlate with any of the study factors. Diabetic patients scored higher on type A behavior than the non-diabetic; whereas, the non-diabetic were higher on anger-state, anger-trait and anger-_expression. In addition, Type 1 diabetic patients were found to be more aggressive, and scored higher on anger-state than type 2. Males tended to be more of type A behavior than females, whereas females displayed a higher degree of neuroticism.

Keywords: Diabetes, Type A behavior, Neuroticism, Aggression, Anger

* Associate Professor, Department of Psychology, college of Social Sciences, Kuwait.