مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية

اسم المقال: فاعلية برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري
اسم الكاتب: فاطمة عيد العدوان، موسى عبدالخالق جبريل
رابط ثابت: https://political-encyclopedia.org/index.php/library/8850
تاريخ الاسترداد: 2026/11/01 23:19 +03

الموسوعة السياسيّة هي مبادرة أكاديمية غير هادفة للربح، تساعد الباحثين والطلاب على الوصول واستخدام وبناء مجموعات أوسع من المحتوى العلمي العربي في مجال علم السياسة واستخدامها في الأرشيف الرقمي الموثوق به لإغناء المحتوى العربي على الإنترنت.
لمزيد من المعلومات حول الموسوعة السياسيّة - Encyclopedia Political، يرجى التواصل على info@political-encyclopedia.org

استخدامكم لأرشيف مكتبة الموسوعة السياسيّة - Encyclopedia Political يعني موافقتك على شروط وأحكام الاستخدام المتاحة على الموقع https://political-encyclopedia.org/terms-of-use

تم الحصول على هذا المقال من موقع مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية ورفده في مكتبة الموسوعة السياسيّة مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكريّة ومتطلبات رخصة المشاع الإبداعي التي ينضوي المقال تحتها.

جامعة الشارقة
ملتقى الحضارات

مجلة جامعة الشارقة

دورية علمية محكمة

للعلوم الإنسانية والاجتماعية



المجلد 11 ، العدد 1
شعبان 1435 هـ / يونيو 2014 م

الترقيم الدولي المعياري للدوريات 1996-2339

فاعلية برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري

فاطمة عيد العدوان

موسى عبدالخالق جبريل

كلية العلوم التربوية - الجامعة الأردنية
عمان - الأردن

تاريخ الاستلام 2012-01-21 **تاريخ القبول 2013-05-20**

ملخص البحث

هدفت الدراسة إلى بناء برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري والتعرف على فاعليته. تكونت عينة الدراسة من (30) شخصاً، وقُسِّمَتْ العينة إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة. استخدمت الدراسة مقياسي الضغوط النفسية، ورودلف للاكتئاب اللذين طُبِّقَا على المجموعتين: التجريبية والضابطة قبل وبعد تطبيق برنامج إرشادي تألف من (20) جلسة إرشادية، وبُنِيَ استناداً إلى النظرية المعرفية السلوكية. طُبِّقَ البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية بمعدل جلستين أسبوعياً، مدة كل جلسة (60) دقيقة. أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين: التجريبية والضابطة إذ انخفض مستوى كل من الضغوط النفسية، وأعراض الاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة التجريبية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة. وخلصت الدراسة إلى استنتاج مفاده أن البرنامج الإرشادي ذو فاعلية في خفض الضغوط النفسية والاكتئاب لدى المجموعة التجريبية مقابل المجموعة الضابطة. وأوصت الدراسة بإجراء المزيد من الدراسات التي تهتم بالبرامج الإرشادية لمرضى السكري في مختلف المستويات العمرية.

الكلمات المفتاحية: برنامج إرشادي علاجي،الضغوط النفسية،الاكتئاب، مرض السكري

مقدمة الدراسة : -

تُعرّف الأمراض المزمنة بأنها أمراض تطول مدتها ولا تنتهي تلقائيا، ونادراً ما يشفى الأفراد منها تماماً، كما أنها تظهر مع تقدم العمر كالسرطان؛ وأمراض القلب؛ والكلى؛ وتؤثر الأمراض المزمنة تأثيراً واضحاً في المرضى، وفي أسرهم وفي المحيط الذي يعيشون فيه. وتختلف استجابات الأشخاص الذين شُخِّصُوا بأمراض مزمنة، فلكل شخص استجاباته الخاصة، وتتراوح هذه الاستجابات بين الغضب؛ والإهمال؛ والقلق؛ والإحباط (Kopp, 1992). وتؤثر الأمراض المزمنة في تنظيم الحياة النفسية وتوجيهها والتحكم بها. ويشكل المرض المزمن ضغطاً نفسياً شديداً على المريض، ما يجعله مشوشاً في التعامل مع ردود فعل الآخرين نحو مرضه المزمن (الحاج، 1984). ونتيجة للإصابة بالسكري؛ فإن الفرد يقع تحت وطأة الصراعات والمعتقدات السلبية حول الذات بسبب المرض، ووجود أفكار سلبية عن صورة الجسم، ومن ثم هناك احتمال أن يقع الفرد فريسة للاضطرابات النفسية، وخصوصا الاكتئاب؛ مما يزيد من خطورة هذه الأمراض. Line, E. Heckbert, S. Rutter, C. Katon, W. Ciecbanowski, P. Ludman, E. Oliver, M. Young, B. Cuollocb, D & Korff, M. 2009

و قامت منظمة الصحة العالمية WHO (1995) بتصنيف داء السكري إلى ما يأتي:

1. داء السكري من النوع الأول Type 1 Diabetes
2. داء السكري من النوع الثاني Type 2 Diabetes
3. أنواع أخرى للسكري Other specific type of diabetes

داء السكري الحملي Gestional Diabetes Mellitus (GDM)

وأوضح الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي للاضطرابات العقلية (2000) أن مرض السكري هو أحد الاضطرابات الجسمية التي تسهم العوامل السيكولوجية بدور في بداية الإصابة به أو في تفاقم الحالة المرضية للفرد(الأمراض السيكوسوماتية).

ويظهر الاكتئاب لدى الأفراد المصابين بمرض السكري، إذ يؤثر سلبياً في نوعية حياتهم؛ لذلك يُرَكَّز على إيصال الخدمات النفسية لهؤلاء المرضى بتكلفة أقل(Kim, M. Pouwer, F. Cuijpers, P. Twisk, J & Snoek, F. 2008).

ويظهر الاكتئاب لدى مرضى السكري من النوع الأول والثاني بالمقارنة مع عامة الناس؛ إذ يعاني (10%) تقريباً من الراشدين المصابين بالسكري من الاكتئاب الرئيس و(10%) آخرين هم أقرب إلى الاكتئاب. ويحتاج علاج الاكتئاب لدى المصابين بالسكري إلى تكاليف عالية. والاكتئاب أشد وطأة لدى مرضى السكر من غيرهم. ومن الممكن أن يصيب الاكتئاب الشخص بعد تشخيص إصابته بمرض السكر، وبعد أن يمر بمشاعر الرفض والغضب أو ربما يصيبه الاكتئاب بعد سنوات من الإصابة بمرض السكر والتعايش معه (توشيت، 2001). يحدث الاكتئاب نتيجة عوامل من أهمها بعض الأحداث المؤلمة والقلق، وتقل قدرة الفرد على مجارات الحياة اليومية وصعوبة التركيز وسرعة الإنهاك، وتزيد هذه الأعراض لدى مرضى الأمراض المزمنة. وأثبت العلاج النفسي فاعليته بشكل أساس في علاج الاكتئاب، إذ يعتبر العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavior Therapy) أحد الأساليب العلاجية الناجحة للاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بالسكري (Kim, et al., 2008). ويشكل موضوع الضغوط النفسية ظاهرة مهمة من ظواهر الحياة الإنسانية، وجانبا مهما من جوانب علم النفس، هذه الظاهرة من طبيعة الوجود الإنساني تحدث لأي فرد في المجتمع فتعيق ممارساته لإعماله الحياتية واليومية (Schafer, 1992).

فضلا عن أن الضغط النفسي له علاقة قوية بالعديد من الأمراض النفسية مثل القلق والاكتئاب والأمراض الجسدية مثل: القرحة، وارتفاع ضغط الدم، والقلب، والسكري وغيرها Magaya, L. Asner, KAND Schreiber, B. 2005

وهناك نوعان من الضغوط:

1– **ضغوط حادة ومؤقتة Acute stressors** مثل: الامتحانات؛ واتخاذ قرار مهني؛ وحادث طريق؛ أو مقابلة عمل.

2 – **الضغوط المزمنة Chronic stressors** لفترات طويلة (أربعة شهور وما فوق) من الزمن التي تسبب استثارة جسمية وانفعالية تظهر على شكل خلافات مستمرة مع العائلة، الحروب (Schafer, 1996). ومن أكثر الضغوط التي يتعرض لها مريض السكري لفترة طويلة هي الضغوط النفسية التي يمكن أن تكون ضغوط عمل، أو عناية بطفل مريض، أو أحد الوالدين، أو مشكلات زوجية، أو ما شابه ذلك. وقد صمم البرنامج الإرشادي المستخدم في هذه الدراسة المستند إلى العلاج السلوكي

المعرفي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى المصابين بالسكري، وقد تكوَّن البرنامج من مهارتي إعادة البناء المعرفي والتحصين ضد الضغوط .

وقد أجرى رضوان (2008)، دراسة هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي تدريبي في خفض الضغوط النفسية لدى مرضى السكري بمحافظة غزة، وبلغ عدد أفراد العينة (24) مريضاً ومريضة. وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطيه بين الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى مرضى السكري، ووجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل إجراء البرنامج وبين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بعد إجراء البرنامج على مقياس التوافق النفسي لصالح الإجراء البعدي، ووجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية وبين متوسطات درجات المجموعة الضابطة في الإجراء البعدي على مقياس الضغوط النفسية ومقياس التوافق النفسي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

أما دراسة كيم وآخرين (Kim, et al. (2008، فقد هدفت إلى التعرف على فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في معالجة المرضى المكتئبين المصابين بالسكري، وذلك لدى عينة مكونة من (286) مريضاً. وأظهرت النتائج انخفاض أعراض الاكتئاب وتحسن سلوك العناية النفسية، ومظاهر الصحة، وأن التدخل ساعد في تحسين المزاج وتخفيض السكري، وبشكل أساسي عدم الراحة الانفعالية للمرضى المصابين بالسكري ولديهم أعراض اكتئابية.

وقام كارلسن وآخرون (Karlsen, et al. (2004، بدراسة هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض مستوى الضغوط النفسية وتحسين مهارات المواجهة لدى مرضى السكري من النوعين (الأول والثاني). وتكونت عينة الدراسة من (63) مريضاً. وأوضحت نتائج الدراسة أن أفراد المجموعة التجريبية انخفض لديهم مستوى الضغوط المتعلقة بمرض السكري، وتحسنت مهارات المواجهة لديهم حسب المقياس المستخدم مقارنة بالمجموعة الضابطة، وبقى التحسن موجوداً لدى أفراد المجموعة التجريبية في الاختبار التتبعي المستخدم في الدراسة.

وقام لوستمان وآخرون (Luostman, et al. (1998، بدراسة هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج سلوكي معرفي في خفض الاكتئاب لدى مرضى السكري من النوع الثاني. أظهرت نتائج الدراسة وجود تحسن واضح لدى أفراد المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج

العلاجي المستند إلى العلاج السلوكي المعرفي، وكذلك استمر التأثير بشكل واضح بعد فترة (6) أشهر، بينما لم يظهر أي تغيير على أفراد المجموعة الضابطة.

وهدفت دراسة روسيلو وآخرين (Rossello, et al. (2006، إلى معرفة فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج الاكتئاب لدى الأشخاص البالغين المصابين بالسكري والبالغ عددهم (11) شخصاً. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن العلاج السلوكي المعرفي أسلوب ناجح مع البالغين المصابين بالسكري، وتوجد لديهم أعراض اكتئابية. وأشارت الدراسة إلى الحاجة إلى إجراء المزيد من البحوث من أجل تطوير هذه المداخلات لتحسين العناية الذاتية والتحكم بسكر الدم.

وهناك دراسة أجراها آلي وآخرون (Ali, et al. (2009،هدفت إلى معرفة العلاقة بين الاكتئاب والسكري لدى عينة من مرضى السكري الآسيويين والأوروبيين البالغ عددهم (6230) شخصاً . وخلصت نتائج الدراسة إلى أن الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري من النوع الثاني توجد لديهم عوامل خطورة للاكتئاب منها: العمر، وارتباط المرض بالعديد من التعقيدات. وأظهرت النتائج أيضا أن الأوروبيين البيض تكيفوا مع الاكتئاب أكثر من الجنوب أسيويين.

وأجرى كاتون وآخرون (Katon, et al. (2008، دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين الاكتئاب والسكري، والمضاعفات الناتجة عنهما التي تسبب الوفاة. وخلصت نتائج الدراسة إلى أن مرضى السكري الذين يوجد لديهم اكتئاب كانت لديهم نسبة أعلى في معدل الوفيات خلال عامين بنسبة (36 – 38 %).

وقام كيولزروآخرون (Kulzer, et al. (2008، بإجراء دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين السكري والاكتئاب. وأظهرت نتائج الدراسة أن مرضى الاكتئاب لديهم نسبة أكبر للإصابة بمرض السكري من النوع الثاني، وأن الاكتئاب له تأثير سلبي على معالجة مرضى السكري، وأن مستوى نوعية الحياة له تأثير في زيادة مضاعفات السكري وارتفاع نسبة الوفاة.

وأجرى إجيدي (Egede (2010، دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين السكري والاكتئاب. إذ أظهرت النتائج أن السكري والاكتئاب يمثلان حالتين سلبيتين شديدتين، يؤثران في صحة المريض، والتسبب في الوفاة، ورفع تكاليف الرعاية الصحية. والاكتئاب

المصاحب للسكري يكون مرتبطاً بتأثير سلبي واضح جداً على صحة المريض، وعلى حياته مع ازدياد ملموس في تكاليف العلاج والرعاية الصحية. كما خلصت النتائج إلى أن السياسات المنظمة للرعاية الصحية ضرورية جداً من أجل تحسين مخرجات العملية الصحية، وتقليل التأثيرات السلبية على للمرضى.

وهدفت دراسة جولي وآخرين (Julie, et al. (2008، إلى فحص العلاقة بين أعراض الاكتئاب وتنظيم مستوى السكر في الدم والعلاقة بين أعراض الاكتئاب والمضاعفات بعيدة المدى للسكري لدى عينة مكونة من (125) مريضًا بالسكري بالغًا من أصل أفريقي. وخلصت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين أعراض الاكتئاب لدى المرضى الذين لديهم عدم تنظيم لمستوى السكر وبين المضاعفات بعيدة المدى للسكري، وأن عدم توافر اهتمام فردي كافٍ، وقلة العناية بتنظيم مستوى السكر، موجود لدى الأمريكيين من أصل أفريقي، كما هما موجود لدى الأمريكيين البيض.

وأجرى إبراهيم (1992)، دراسة هدفت إلى توضيح العلاقة بين الضغوط الحياتية وظهور بعض الأمراض النفسجسمية؛ وبلغ عدد أفراد العينة (40) مريضاً، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المرضى السيكوسوماتيين في تأثرهم بالضغوط الحياتية، إذ تأثر مرضى السكر بالضغوط الانفعالية، والاجتماعية، والبدنية، بينما تأثر مرضى ضغط الدم بالضغوط البدنية، وتأثر مرضى القولون بالضغوط الانفعالية، والبدنية.

وأجرى فيشر وآخرون (Fisher, et al. (2010، دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين الضغط الناتج عن السكري والاكتئاب ومستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري من النوع الثاني. وبلغ عدد أفراد العينه 70 شخصا، وأوضحت النتائج أن هناك علاقة بين الضغوط النفسية الناتجة عن الإصابة بالسكري والسكر التراكمي.

وما تميزت به الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة كونها تمركزت على فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى العلاج السلوكي المعرفي في معالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري من فئة البالغين، في حين لم تتناول الدراسات السابقة هذه المتغيرات مجتمعة حسب علم الباحثة.

مشكلة الدراسة:

يتعرض مرضى السكري إلى بعض الضغوط النفسية والتي تعود إلى أسباب اجتماعية أو مرضية أو علاجية أو أسرية .....إلخ. ويترافق مع ذلك مشاعر اكتئاب ومن هنا جاءت الدراسة الحالية والتي اهتمت بتصميم برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينه من المصابين بالسكري،وتهدف إلى التعرف على أنواع وأشكال الضغوط النفسية ومصادرها وتحديد وتعليم بعض الفنيات التي تساعد على خفض هذه الضغوط، وتسهم في التعامل مع الاكتئاب لدى المصابين بالسكري، ومن هنا تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في محاولة الإجابة عن السؤال الرئيس الآتي :- ما فاعلية برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة أردنية من المصابين بالسكري؟ وذلك من خلال الإجابة عن أسئلة الدراسة الآتية:

أسئلة الدراسة:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α ≤ 0. 05) على مقياس الضغوط النفسية لدى مرضى السكري تعزى إلى البرنامج الإرشادي؟.
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α ≤ 0. 05) على مقياس الاكتئاب لدى مرضى السكري تعزى إلى البرنامج الإرشادي؟.

أهمية الدراسة:

تأتي أهمية الدراسة من جوانب عدة:

1. الإسهام في توفير خدمات نفسية أفضل.
2. تسهم في توفير برنامج علاجي يساعد على خفض أعراض الاكتئاب والضغوط النفسية لدى المصابين بالسكري.
3. توفر معلومات يمكن أن تكون منطلقاً لوضع برامج وقائية وإرشادية لدى الأشخاص المهددين بالإصابة بالسكري.
4. تساعد هذه الدراسة في فتح المجال لمزيد من البحوث والدراسات التي تركز على موضوع السكري، وما يرتبط به من متغيرات وعوامل نفسية أخرى.

محددات الدراسة:

تتحدد نتائج هذه الدراسة بعينتها، وبأدواتها، وبمكان وزمان إجرائها، وبمتغيرات الدراسة، وتعميم النتائج.

مصطلحات الدراسة:

مرض السكري (Diabetes):

مرض مزمن يتميز بارتفاع معدل السكر في الدم؛ نتيجة نقص أو عدم إفراز هرمون الأنسولين. وقد حددت الجمعية الأمريكية لداء السكري (ADA)، معيار الإصابة بالسكري في حال كانت قيمة سكر الدم الصباحي، 126ملغ /100مل3 فما فوق؛ أي بعد صيام ليلة كاملة أي بين (8 – 10 ساعات)، في حين أن القيم الطبيعية لسكر الدم تتراوح بين (70 –8,9 ملغ/100 مل^3).

الاكتئاب (Depression): وهو حالة نفسيه تصاحبها تغيرات جسمية، وعقلية، ومعرفية، ومزاجية. وتتمثل هذه التغيرات في البؤس؛ والحزن؛ واللامبالاة؛ والرغبة في الوحدة والعزلة؛ واضطرابات في النوم؛ والشهية للطعام؛ وانخفاض واضح في مستوى النشاط (Beck, 1980).

ويعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المستجيب على أعراض الاكتئاب في المقياس المستخدم في هذه الدراسة.

الضغوط النفسية: ويعرّف لازاروس وفولكمان Lazarus and Folkman (1984) الضغط النفسي بأنه حالة قلق ناتجة عن أوضاع تتجاوز فيها المسؤوليات والأحداث قدرات الفرد التكيفية، أو علاقة معينة بين الفرد والبيئة، والتي يتم إدراكها من جانب الفرد بوصفها حالة تفوق مصادره، وقدراته، وتعرضه للخطر.

ويعرّف إجرائيًا بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس الضغوط النفسية المستخدم في هذه الدراسة.

البرنامج الإرشادي العلاجي Therapeutic Program: هو إرشاد الطلاب ضمن مجموعات صغيرة تسمى المجموعات الإرشادية ويشترك الطلاب ضمن المجموعة الإرشادية بمشكله متشابهه يسعى المرشد نحو تقديم المساعدة والدعم المشترك لهم جميعا (عبدالله، 2000).

يعرف إجرائيا بالبرنامج الذي أعدته الباحثة بهدف خفض أعراض الاكتئاب والضغوط النفسية الذي استند إلى النموذج المعرفي السلوكي بحيث تشتمل جلساته الإرشادية على

استراتيجيات التحصين ضد الضغوط وإعادة البناء المعرفي.

النظرية السلوكية المعرفية : تفترض النظرية السلوكية المعرفية أن وجود الاضطرابات لدى الفرد مرتبط بوجود تحيز وأخطاء في معالجة المعلومات لديه، كما تفترض وجود أبنية معرفية (مخطوطات) Cognitive Schema كامنة، عاجزة عن التكيف تسيطر على المريض من خلال ما ينتج عنها من أفكار تلقائية تصاحب الاضطراب، وتساعد على استمراره. وإن السلوكيات والمشاعر تتأثر بإدراك الأفراد للأحداث، وأن المواقف ليست هي التي تحدد ما يشعر به الناس، لكن طريقتهم في تفسير هذه المواقف، وعند تغيير الأفكار تتغير السلوكيات والمشاعر (Beck 1995,).

إجراءات الدراسة:

أولاً: أفراد الدراسة:

اختيرت عينة مكونة من (30) مريضاً من المرضى المصابين بالسكري من النوع الثاني، ممن يراجعون مستشفى الجامعة الأردنية والمشخَّصين من قِبَلِها بأنهم مرضى سكري من النمط الثاني، وحصلوا على درجات مرتفعة على مقياسي الضغوط النفسية والاكتئاب، وأبدوا تعاوناً مع إجراءات البحث بعد مقابلتهم والحديث معهم، ووزع الأفراد المتطوعون على كل من المجموعتين: التجريبية؛ والضابطة بشكل عشوائي إذ بلغ عدد أفراد المجموعة التجريبية (15) مريضاً، وعدد أفراد المجموعة الضابطة (15) مريضاً.

أدوات الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على الأدوات الآتية:

1. مقياس الضغوط النفسية التي قامت الباحثة بإعداده.
2. مقياس رودلف للاكتئاب.
3. البرنامج الإرشادي الذي قامت الباحثة بإعداده.

وفي ما يأتي عرض للإجراءات التي اتُّبِعَتْ لبناء هاتين الأداتين.

أولاً: مقياس الضغوط النفسية بهدف إعداد أداة لقياس الضغوط النفسية لاستخدامها في هذه الدراسة، فقد رُوجِعَ الأدب السابق النفسي والمعرفي التربوي والمتعلق بالضغوط النفسية

بشكل عام، وبالأمراض الجسمية بشكل خاص، كمراجعة دراسة: (الحواجري، 2004)، و(معالي،2003) ، و (مدانات، 2008)، و (الشديفات، 2007)، و(المرزوقي، 2007).

ووُجِّه سؤال مفتوح لعينة تجريبية خارج العينة الأصلية من المرضى بلغ عددها (30) مريضاً حول أبرز الضغوط النفسية لدى مرضى السكري في حياتهم اليومية.

– صُنِّفَتْ فقرات المقياس إلى خمسة أبعاد فرعية، ووُزِّعَت الفقرات عشوائياً على المقياس، إذ كانت أرقام الفقرات وفق أبعاد المقياس كما يأتي:

الضغوط الجسمية ،والضغوط الاجتماعية ،والضغوط الانفعالية ،والضغوط المعرفية، والضغوط الاقتصادية. وتُوصِّلَ لصدق البناء لمقياس الضغوط النفسية. وفي ما يأتي مؤشرات هذا الصدق:

1 – صدق المحتوى:

وقد تم استخراجه عن طريق عرضه على أربعة عشر محكماً من الجامعة الأردنية، وجامعة اليرموك، وجامعة البلقاء التطبيقية، وجامعة عمان العربية، وجامعة مؤتة، وجامعة بغداد من الاختصاصين في الإرشاد النفسي، وعلم النفس التربوي ،والقياس النفسي والإحصاء، ومن ثَمَّ اقتراح التعديلات المناسبة من ناحية درجة انتماء الفقرة للبعد؛ وإمكانية قياس الفقرة؛ ودرجة وضوح الفقرة من حيث الصياغة اللغوية. وقد تبين اتفاق تسعة من المحكمين على صلاحية الفقرات بشكل كامل. وبناءً على آراء المحكمين المختصين غُيِّرتْ صياغة العديد من الفقرات، وحُذِفَتْ بعضها، وأُضِيفَتْ أخرى. و الفقرات التي غُيِّرتْ صياغتها: (ألم في المعدة) لتتحول إلى: (أشعر بألم مستمر في المعدة)، وأيضا فقرة: (الالتزام بنظام الحمية) لتتحول إلى: (يزعجني الالتزام بنظام الحمية)، والفقرات التي حُذِفَتْ: (لدي مشكلات صحية)، والفقرة التي أُضِيفَتْ: (أعاني من ألم في الكلية، وأشعر بانعدام الدافعية للسيطرة على السكري).

صدق البناء:كمؤشر على صدق البناء استخرجت معاملات ارتباط فقرات المقياس مع الدرجة الكلية باستخدام معامل الارتباط بيرسون (Pearson)، وذلك لحساب ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية للمقياس بأكمله. بحيث تبين معاملات الارتباط أن جميع الفقرات قد ارتبطت بدرجات تزيد على (0 ,30) مع درجات الأبعاد التي تنتمي لها، وهو مؤشر على صدق البناء للمقياس باستثناء الفقرات التي تحمل الأرقام (3، **18**، 33، 48)، إذ كانت قيم معاملات الارتباط بين هذه الفقرات والدرجة الكلية على المقياس غير دالة إحصائياً؛ لذا حُذِفَتْ هذه الفقرات من المقياس بصورته شبه

النهائية، ليحتوي المقياس بصورته النهائية على (65) فقرة.

3 – الصدق التلازمي:

استُخْرِجَ عن طريق تطبيق مقياس الضغوط النفسية للمصابين بالسكري على عينة مكونة من 52 شخصاً. كما طُبِّقَ مقياس الضغوط النفسية بشكل متزامن مع مقياس الضغوط النفسية وأنماط الشخصية المهنية على العينة ذاتها، ثم أُوجِدَ معامل الارتباط بين درجات المقياسين. وبلغ معامل الصدق التلازمي (0.84) وهو ذو دلالة إحصائية.

2- ثبات مقياس الضغوط النفسية:

أ- الثبات بطريقة الاتساق الداخلي: تُحُقِّقَ من ثبات مقياس الضغوط النفسية لدى مرضى السكري، وذلك بعد تطبيقه على (52) مريضاً ممن لم يشاركوا بالبرنامج الإرشادي، إذ حُسِبَ الثبات بطريقة الاتساق الداخلي للمقياس بأكمله، ولأبعاده الفرعية باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (933,0)

كما حُسِبَت معاملات ثبات الاتساق الداخلي للدلالة الكلية للمقياس ولأبعاده الفرعية باستخدام كرونباخ ألفا كما هو واضح في الجدول رقم (1).

جدول رقم (1)

معاملات ثبات الاتساق الداخلي للأبعاد الفرعية المكونة لمقياس الضغوط النفسية

البُعد	معامل الثبات	عدد الفقرات
المشكلات الجسدية	0.89	15
المشكلات الاجتماعية	0.82	11
المشكلات الانفعالية	0.94	18
المشكلات المعرفية	0.88	9
المشكلات الاقتصادية	0.80	12
الدلالة الكلية للمقياس	0.933	65

يتضح من الجدول أعلاه أن معاملات الثبات للأبعاد الفرعية المكونة للمقياس قد تراوحت بين(0.80_0.94)، وبشكل عام تعتبر معاملات الثبات لمقياس الضغوط

النفسية مقبولة لأغراض الدراسة.

ب- الثبات بالإعادة Test – Retest Reliability: تُحُقِّقَ من ثبات مقياس الضغوط النفسية، وذلك بعد تطبيقه على (52) مريضاً ممن لم يشاركوا بالبرنامج الإرشادي، إذ جرى حساب الثبات بطريقة الإعادة بفترة زمنية مدتها أسبوعان من التطبيق الأول، وكان معامل الثبات بين التطبيقين الأول الثاني، إذ بلغت قيمة معامل الارتباط (0.90).

ثانياً: مقياس رودلف للاكتئاب:

بعد مراجعة أدب البحث المتعلق بالاكتئاب وعلاقته بالأمراض المزمنة بشكل عام والسكري بشكل خاص؛ من أجل الإطلاع على المقاييس الموجودة حول الموضوع، تمت الاستعانة بمقياس رودلف للاكتئاب الذي يتكون من (20) فقرة اختيرت لتعكس كل واحدة منها إحدى المكونات الآتية: المزاج المكتئب؛ والشعور بالذنب؛ وعدم الأهمية؛ والشعور باليأس؛ والشعور بالعجز؛ وإعاقة نفس حركية؛ واضطرابات النوم؛ وفقدان الشهية.

وتجدر الإشارة إلى تمتع المقياس الأصلي بصدق تلازمي كما يتمتع المقياس بالثبات، إذ كان معامل الاتساق الداخلي (0.90) وكان معامل الاستقرار (بطريقة الإعادة) وبفاصل زمني أربعة أسابيع (0.67)أما في ما يتعلق بالصورة الأردنية للمقياس، فقد قامت بتعريب المقياس الباحثة (ذويب، 2006) ؛ واستخرجت دلالات الصدق والثبات كما يأتي:

أولاً: صدق المقياس:

اسْتُخْلِصَ صدق المقياس من خلال استخدام ثلاثة أساليب هي: صدق المحتوى؛ والصدق التمييزي؛ وصدق البناء.

1. صدق المحتوى:

استخرج صدق المحتوى عن طريق عرض المقياس على عشرة محكمين من الاختصاصيين في الإرشاد النفسي وعلم النفس في الجامعات الأردنية؛ وذلك لبيان رأيهم في سلامة اللغة، ودقة التعبير عن محتوى الفقرة. واعتمد معيار اتفاق (80 %) بوصفه معياراً لاعتماد الفقرة أو تعديلها. ولقد أشار المحكمون إلى صلاحية الفقرات وملاءمتها لتبقى ضمن المقياس دون أي إضافة أو تعديل.

1. **الثبات بالإعادة:** جرى حساب ثبات مقياس رودلف للاكتئاب من جانب الباحثة؛ وذلك بعد تطبيقه على (52) مريضاً ممن لم يشاركوا بالبرنامج التدريبي، فقد حُسِبَ الثبات بطريقة الإعادة بمدة زمنية قيمتها أسبوعان من التطبيق الأول، وكان معامل الثبات بين التطبيقين الأول الثاني (0.85) ما يؤكد محافظة المقياس على ثباته.

ولأغراض البحث، احتُسبت الدرجة الكلية على المقياس التي تراوحت بين (20 – 80)، وقد عكست الفقرات الإيجابية لاحتساب هذه الدرجة. ويوصف المفحوص الذي تقترب درجته على المقياس من الحد الأعلى (80) بأنه يعاني من الاكتئاب، ومن تقترب درجته من الحد الأدنى (20) بأنه يتمتع بصحة نفسية جيدة.

ثالثاً: البرنامج الإرشادي: إن بناء برنامج إرشادي يستند إلى النظرية المعرفية السلوكية لخفض الضغوط النفسية والاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسكري، أمر في غاية الأهمية كما أشارت كثير من الدراسات السابقة، والأدب التربوي والمعرفي السابق؛ وذلك لأهداف عدة، منها:

1. التعرف على استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية والاكتئاب للأشخاص المصابين بالسكري والتدريب على مهارة التحصين ضد الضغوط للتعامل مع التوتر والتدريب على مهارة إعادة البناء المعرفي لتطوير أفكار منطقية ومهارات معرفية للتعامل مع المواقف التي تثير التوتر والضغوط النفسية، ومحاولة تحويلها إلى مهارات إيجابية فعالة للحد من هذه الأفكار وتقليل أثرها. ولأجل إعداد برنامج إرشادي يراعي المتغيرات السابقة؛ فقد رجعنا إلى الأدب النظري المتعلق بالتدريب والبرامج الإرشادية ذات الصلة بالتدريب، مثل برامج: (الشطرات، 2001)، و(معالي، 2003)، و (القرالة، 2007)، و (بن جابر، 2008)، و(بسيسو، 2006)، و(الصمادي، 2005)، و(مدانات، 2008)، و(المعايطة، 2006)، و(مقبل،2010) ، و(رضوان، 2008). وبعد مراجعة ما سبق من أدب للموضوع ودراسات سابقة، فقد بُنِيَ البرنامج الإرشادي وفق الخطوات الآتية:

تصميم البرنامج الإرشادي على شكل جلسات إرشادية، شملت كل جلسة تحديد المهارة المنوي التدرب عليها، والهدف الخاص والعام لكل جلسة إرشادية، والمهارات التي أتفق عليها الباحثون عند البحث في الإطار النظري للدراسة. وصمم البرنامج الإرشادي بحيث يناسب فئة الراشدين من (18 – 35). تحديد عدد جلسات البرنامج بعشرين جلسة مدة كل واحدة منها ستون دقيقة، موزعة إلى جلستين أسبوعياً .

منهج الدراسة:

نظرا لطبيعة الدراسة فقد استخدم الباحثان المنهج التجريبي المناسب لأهداف وتساؤلات الدراسة .

نتائج الدراسة ومناقشتها:

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة أردنية من المصابين بالسكري، وذلك من خلال الإجابة عن أسئلة الدراسة الآتية:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) على مقياس الضغوط النفسية لدى مرضى السكري تعزى إلى البرنامج الإرشادي؟.
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) على مقياس الاكتئاب لدى مرضى السكري تعزى إلى البرنامج الإرشادي؟.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

السؤال الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) على مقياس الضغوط النفسية لدى مرضى السكري تعزى إلى البرنامج الإرشادي ؟

الجدول (2) يبين المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية القبلية والبعدية لدرجات الضغوط النفسية لدى مرضى السكري حسب المجموعة.

الجدول (2)

المتوسطات الحسابية القبلية والبعدية للضغوط التي تواجه مرضى السكري حسب المجموعة

الضابطة		القبلي		البعدي	
		التجريبية	الضابطة	التجريبية	
الضغوط الجسمية	المتوسط الحسابي	46.40	48.53	47.40	25.73
	الانحراف المعياري	3.25	2.80	4.32	5.38
الضغوط الاجتماعية	المتوسط الحسابي	41.27	42.53	40.67	21.87
	الانحراف المعياري	2.76	3.72	4.55	3.72
الضغوط الانفعالية	المتوسط الحسابي	61.53	63.27	60.93	32.73
	الانحراف المعياري	4.84	3.01	10.27	5.11

الضغوط المعرفية	المتوسط الحسابي	31.80	32.27	29.53	16.13
	الانحراف المعياري	2.54	1.91	5.36	2.92
الضغوط الاقتصادية	المتوسط الحسابي	42.73	42.67	41.60	22.73
	الانحراف المعياري	3.39	2.79	4.98	2.71
الدرجة الكلية للضغوط	المتوسط الحسابي	223.73	229.27	220.13	119.20
	الانحراف المعياري	7.07	9.39	15.52	16.64

يلاحظ أن الدرجة الكلية للضغوط النفسية قد انخفضت لدى أفراد المجموعة التجريبية من (229.27) إلى (119.20) في حين انخفضت لدى أفراد المجموعة الضابطة من (223.73) إلى (220.13). ويلاحظ أن درجات أبعاد الضغوط النفسية قد انخفضت لدى أفراد المجموعة التجريبية بدرجات أعلى منها لدى أفراد المجموعة الضابطة. ولفحص دلالة الفرق بين متوسط المرضى في المجموعتين، فقد استخرجت نتائج تحليل التباين المشترك الأحادي ANCOVA للدرجة الكلية للضغوط؛ ونتائج تحليل التباين المشترك المتعدد MANCOA و فيما يأتي عرض للنتائج.

الدرجة الكلية للضغوط النفسية:

الجدول (3) يبين نتائج تحليل التباين المشترك الأحادي لفحص الفروق في الدرجة الكلية للضغوط النفسية لدى مرضى السكري بين أفراد المجموعتين (التجريبية. الضابطة).

الجدول (3)

تحليل التباين المشترك الأحادي لفحص الفروق في الدرجة الكلية للضغوط بين المجموعتين التجريبية؛ والضابطة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية للضغوط	32.9	1	32.9	0.1	0.728
المجموعة	67323.4	1	67323.4	252.0	0.000
الخطأ	7213.2	27	267.2		
المجموع	83652.7	29			

ظهر من النتائج في الجدول السابق أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α ≤ 0.05) في الدرجة الكلية للضغوط بين المجموعتين التجريبية، والضابطة فقد بلغت قيمة ف 252.0، وظهر من المتوسطات الحسابية المعدلة في الجدول (4) أن هذا الفرق كان لصالح المرضى في المجموعة التجريبية، إذ بلغ متوسط الضغوط النفسية لديهم (119.56) في حين بلغ للمرضى في المجموعة الضابطة (219.77). ويشير ذلك إلى فاعلية البرنامج التدريبي في خفض الدرجة الكلية للضغوط لدى مرضى السكري.

الجدول (4)

المتوسطات البعدية المعدلة للدرجة الكلية للضغوط النفسية حسب المجموعة

المجموعة	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري
الضابطة	219.77	4.34
التجريبية	119.56	4.34

درجات أبعاد الضغوط:

الجدول (5) يبين نتائج تحليل التباين المشترك المتعدد لفحص الفروق في درجات أبعاد الضغوط النفسية لدى مرضى السكري بين أفراد المجموعتين التجريبية و الضابطة.

جدول (5)

تحليل التباين المشترك المتعدد لفحص الفروق في أبعاد الضغوط بين المجموعتين الضابطة والتجريبية

مصدر التباين	قيمة ولكس لامبدا	قيمة ف	مستوى الدلالة
الضغوط الجسمية	0.72	1.48	0.242
الضغوط الاجتماعية	0.81	0.87	0.522
الضغوط الانفعالية	0.88	0.53	0.748
الضغوط المعرفية	0.67	1.89	0.145
الضغوط الاقتصادية	0.85	0.65	0.665
المجموعة	0.08	42.34	0

بينت النتائج في الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في درجات أبعاد الضغوط النفسية بين المرضى في المجموعتين الضابطة والتجريبية. قد بلغت قيمة ف (42.34). ولفحص في أي الأبعاد ظهرت هذه الفروق، استخرجت نتائج تحليل التباين المشترك الأحادي لكل بعد من الأبعاد. والجدول (6) يبين النتائج.

الجدول (6)

تحليل التباين المشترك الأحادي لفحص الفروق في أبعاد الضغوط بين المجموعتين التجريبية الضابطة

المتغير التابع	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الضغوط الجسمية	الضغوط الجسمية	5.6	1	5.6	0.2	0.646
	الضغوط الاجتماعية	13.2	1	13.2	0.5	0.485
	الضغوط الانفعالية	22.7	1	22.7	0.9	0.361
	الضغوط المعرفية	18.0	1	18.0	0.7	0.415
	الضغوط الاقتصادية	28.9	1	28.9	1.1	0.303
	المجموعة	2916.7	1	2916.7	111.7	0.000
	الخطأ	600.3	23	26.1		
	المجموع	4187.4	29			

المتغير التابع	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الضغوط الاجتماعية	الضغوط الجسمية	6.6	1	6.6	0.4	0.529
	الضغوط الاجتماعية	5.1	1	5.1	0.3	0.580
	الضغوط الانفعالية	0.1	1	0.1	0.0	0.935
	الضغوط المعرفية	73.5	1	73.5	4.5	0.044
	الضغوط الاقتصادية	8.6	1	8.6	0.5	0.474
	المجموعة	2116.3	1	2116.3	130.3	0.000
	الخطأ	373.5	23	16.2		
	المجموع	3133.9	29			
الضغوط الانفعالية	الضغوط الجسمية	153.8	1	153.8	2.2	0.153
	الضغوط الاجتماعية	63.9	1	63.9	0.9	0.351
	الضغوط الانفعالية	2.5	1	2.5	0.0	0.852
	الضغوط المعرفية	27.4	1	27.4	0.4	0.539
	الضغوط الاقتصادية	26.3	1	26.3	0.4	0.547
	المجموعة	5402.8	1	5402.8	76.6	0.000
	الخطأ	1622.5	23	70.5		
	المجموع	7806.2	29			

المتغير التابع	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الضغوط المعرفية	الضغوط الجسمية	2.2	1	2.2	0.1	0.734
	الضغوط الاجتماعية	0.3	1	0.3	0.0	0.900
	الضغوط الانفعالية	2.4	1	2.4	0.1	0.723
	الضغوط المعرفية	14.3	1	14.3	0.8	0.394
	الضغوط الاقتصادية	22.6	1	22.6	1.2	0.286
	المجموعة	1138.5	1	1138.5	60.1	0.000
	الخطأ	435.5	23	18.9		
	المجموع	1868.2	29			
الضغوط الاقتصادية	الضغوط الجسمية	44.7	1	44.7	2.7	0.112
	الضغوط الاجتماعية	0.3	1	0.3	0.0	0.900
	الضغوط الانفعالية	10.9	1	10.9	0.7	0.422
	الضغوط المعرفية	2.3	1	2.3	0.1	0.712
	الضغوط الاقتصادية	5.5	1	5.5	0.3	0.567
	المجموعة	1916.3	1	1916.3	117.3	0.000
	الخطأ	375.8	23	16.3		
	المجموع	3120.2	29			

ظهر من النتائج في الجدول السابق أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في درجات جميع أبعاد الضغوط النفسية بين المجموعتين التجريبية والضابطة، وقد بلغت قيم ف (111.7، 130.3، 76.6، 60.1، 117.3) على التوالي. وأظهرت المتوسطات الحسابية المعدلة في الجدول (7) أن هذه الفروق كانت جميعها لصالح المرضى في المجموعة التجريبية، إذ انخفضت درجات الضغوط لديهم في جميع الأبعاد مقارنة بالمرضى في المجموعة الضابطة.

الجدول (7)

المتوسطات البعدية المعدلة لدرجات أبعاد الضغوط النفسية حسب المجموعة

		المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري
الضغوط الجسمية	الضابطة	47.47	1.39
	التجريبية	25.66	1.39
الضغوط الاجتماعية	الضابطة	40.56	1.10
	التجريبية	21.98	1.10
الضغوط الانفعالية	الضابطة	61.68	2.29
	التجريبية	31.99	2.29
الضغوط المعرفية	الضابطة	29.65	1.19
	التجريبية	16.02	1.19
الضغوط الاقتصادية	الضابطة	41.01	1.10
	التجريبية	23.33	1.10

السؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) على مقياس الاكتئاب لدى مرضى السكري تعزى إلى البرنامج الإرشادي ؟

الجدول (8) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية القبلية والبعدية لدرجات الاكتئاب لدى مرضى السكري حسب المجموعة.

الجدول (8)

المتوسطات الحسابية القبلية والبعدية لدرجات الاكتئاب لدى مرضى السكري حسب المجموعة

	القبلي		البعدي	
	الضابطة	التجريبية	الضابطة	التجريبية
المتوسط الحسابي	57.67	57.13	57.93	34.47
الانحراف المعياري	9.95	4.14	5.54	7.46

يلاحظ أن درجة الاكتئاب قد انخفضت لدى أفراد المجوعة التجريبية من (57.13) إلى (34.47) في حين زادت درجات الاكتئاب لدى أفراد المجموعة الضابطة من (57.67) إلى (57.93) فقط. ولفحص دلالة الفرق بين متوسط المرضى في المجموعتين، استخرجت نتائج تحليل التباين المشترك الأحادي ANCOVA. الجدول (9) يبين تلك النتائج.

جدول (9)

تحليل التباين المشترك الأحادي لفحص الفروق في درجة الاكتئاب بين المجموعتين التجريبية والضابطة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
القبلي	236.3	1	236.3	6.6	0.016
المجموعة	4053.5	1	4053.5	112.6	0.000
الخطأ	972.3	27	36.0		
المجموع	5338.8	29			

ظهر من النتائج في الجدول السابق أن هناك فرقا ذا دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في درجة الاكتئاب بين المجموعتين الضابطة والتجريبية، فقد بلغت قيمة ف 112.6، وظهر من المتوسطات الحسابية المعدلة في الجدول (10) أن هذا الفرق كان لصالح المرضى في المجموعة التجريبية إذ بلغ متوسط الاكتئاب لديهم (34.6) في حين بلغ للمرضى في المجموعة الضابطة (57.8). ويشير ذلك إلى فاعلية البرنامج التدريبي في خفض درجة الاكتئاب لدى مرضى لسكري.

الجدول (10)

المتوسطات البعدية المعدلة لدرجة الاكتئاب حسب المجموعة

المجموعة	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري
الضابطة	57.8	1.6
التجريبية	34.6	1.6

مناقشة النتائج:

هدفت هذه الدراسة إلى البحث في فاعلية برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة أردنية من المصابين بالسكري، وذلك من خلال الإجابة عن أسئلة الدراسة الآتية:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 5.0$) على مقياس الضغوط النفسية لدى مرضى السكري تعزى إلى البرنامج الإرشادي ؟.
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 5.0$) على مقياس الاكتئاب لدى مرضى السكري تعزى إلى البرنامج الإرشادي؟.

أظهرت نتائج الدراسة، من خلال استخدام تحليل التباين المشترك الأحادي لفحص الفروق في درجات أبعاد الضغوط النفسية لدى أفراد الدراسة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (5.0) في الأداء بين المجموعتين التجريبية و الضابطة على مقياس الضغوط النفسية ولصالح المجموعة التجريبية، ما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية. وتبين أيضا من خلال استخدام تحليل التباين المشترك الأحادي لفحص الفروق في درجات أبعاد الاكتئاب لدى أفراد الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (5.0) في الأداء بين المجموعتين: التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب ولصالح المجموعة التجريبية، ما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية. وقد اتفقت نتيجة هذه الدراسة مع نتيجة دراسة رضوان (2008) ودراسة كارلسن وآخرين ((Karlsen, et al., 2004. وهذه النتيجة تتفق مع دراسة كيم وآخرين (Kim et al, (2008؛ ودراسة روسيلو وآخرين (2006)؛ ودراسة كلارك (1992) التي أشارت إلى انخفاض الاكتئاب لدى الأفراد الذين خضعوا للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي مما يشير إلى فاعلية المهارات، والتدريبات، والمخططات المعرفية، والواجبات التي تستند إلى النظرية المعرفية السلوكية، التي تضمنها البرنامج الإرشادي لتعديل الأفكار السلبية والتي كانت العامل المؤثر في انخفاض مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية. كما اتفقت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة سنوك وآخرين 2002) .Snoek ,et al) ؛ ودراسة لوستمان آخرين(1998) .Lustman, et al ؛ ودراسة كارلسن وآخرين ,Karlsen et al. (2004) ودراسة رضوان (2008). في استخدامها لاستراتيجيات إعادة البناء

المعرفي. ويبدو أن التوصل إلى هذه النتيجة مرتبط بتحسن التفكير العقلاني لدى الأفراد الذين تعرضوا للتدريب على المفاهيم المعرفية المشتقة من العلاج المعرفي السلوكي، حيث إن وعي الفرد بالعلاقة بين أفكاره ومشاعره وسلوكه، يساعد في بناء أنماط التفكير الإيجابي الداعم للذات، وتدعيمه، وإن ما يشعر به الأفراد من مشاعر سلبية أو إيجابية، إنما بسبب حديثهم الذاتي، وإن هذا الحديث خاضع لسيطرة الفرد وتحكمه، وذلك من خلال استراتيجية مراقبة الحديث، كما أن إكساب الفرد مهارة التعليل والتفكير يساعده على تحدي الأفكار اللاعقلانية وتفنيدها، واستبدالها بأفكار عقلانية ((Digiuseppe &Be-nard, 1990.

واستهدفت التدريبات المعرفية العمل على تعديل طرق التفكير التي يستخدمها مرضى السكري من التفكير السلبي إلى التفكير الإيجابي. واتفقت كذلك نتيجة الدراسة مع دراسة بوج (2005) Bugg على فاعلية الاسترخاء حيث يقوم هذا الأسلوب على مسلمة مفادها أن الاسترخاء يعمل كاستجابة مضادة للضغط والقلق، فالشخص لا يمكن أن يكون مسترخياً ومتوتراً في نفس الوقت، بمعنى أن استجابة الاسترخاء تعمل على منع ظهور استجابة التوتر، ومن ثَمّ فإن تدريب الفرد على الاسترخاء يخفض من الشعور بالضغط، ومن أعراض الاستثارة الفسيولوجية الناتجة عن الضغط ويقلل من درجة التوتر العضلي ويقلل من سرعة نبضات القلب ومعدل سرعة التنفس وضغط الدم، فعند الاسترخاء يندفع الدم بسهولة ويقل الضغط على الأوعية الدموية ويقل النبض كما يتم الاحتفاظ بالطاقة ويقل الإجهاد والإرهاق (Blonna, 2000). ويمكن أن تعزى نتيجة هذه الدراسة إلى استخدام مهارة التحصين ضد الضغوط، والذي يعتبر بمثابة أسلوب يقدم الحماية النفسية بنفس الطريقة التي يقدمها التلقيح (التطعيم) الطبي للأمراض الجسمية. والذي يزود الفرد بوقاية مستقبلية، ومهارات للتعامل مع المواقف المسببة للتوتر Cormier & Cormier, 1991)). والذي يتضمن ثلاثة عناصر، هي:

1. تعليم الفرد وتثقيفه حول طبيعة ردود الأفعال الناتجة عن التوتر.
2. تدريب الفرد على مهارات التكيف الجسدية والمعرفية.
3. مساعدة الفرد على تطبيق هذه المهارات عند مواجهة المواقف المسببة للتوتر.

وهو أسلوب ناجح وفعال في التعامل مع ردود الأفعال الناتجة عن القلق، ومساعدة الأفراد

الذين يعانون من الصداع المزمن، والربو، وضغط الدم، ومرض القلب، والسكري. ويقدم مساعدة للأفراد لتعلم مواجهة الآلام الجسمية. ويشمل أسلوب التحصين ضد التوتر، تدريبات إرشادية متعددة تتضمن مهارة جمع المعلومات حول المواقف الضاغطة، ومهارة إعادة البناء المعرفي، ومهارة الاسترخاء، ومهارات التكيف المعرفية (Clayton & Ladd, 2000). لقد أبرزت نتائج هذه الدراسة فاعلية عالية للبرنامج الإرشادي، ويمكن تفسير فاعلية البرنامج لما يحتويه من تدريبات معرفية سلوكية متعددة ومتنوعة، مثل تدريب الأعضاء المشاركين على مهارات التعامل مع الضغوط النفسية وكيفية الاستجابة لها، وإن هذا البرنامج يحتوي على جانب معرفي تثقيفي للأعضاء حول الضغوط النفسية، والتعامل مع الأفكار السلبية المرتبطة بالمواقف الضاغطة الناتجة عن التعامل مع مرض السكري، وكيفية تحويلها إلى أفكار إيجابية، وتدريب الأعضاء على الاسترخاء العقلي والجسدي. وكذلك فإن برنامج التحصين ضد التوتر لا يهدف ضمن تدريباته إلى خفض مستوى الضغوط النفسية فقط، بل يهدف إلى تدريب الأعضاء على مهارات تكيفيه تساعدهم على التعامل والتكيف مع السكري كمهارة التسكين وطرق الهرب، والتكيف مع الضغوط، وتنفيس المشاعر، وكذلك تدريب المشاركين على مهارة إعادة البناء المعرفي ونمذجة أفكارهم السلبية والإيجابية داخل الجلسة الإرشادية ومن خلال الواجبات البيتية (Cormier& Cormier, 1999). وتتضح فاعلية البرنامج الإرشادي العلاجي الذي طبق على عينة من المصابين بالسكري، إذ انخفضت درجة الضغوط النفسية والاكتئاب، وإن دور البرنامج الإرشادي الجمعي للمجموعة التجريبية التي تعرضت للتدريب كان بأخذ العوامل المساعدة في النتيجة التي توصلت الباحثة إليها. فبرنامج الإرشاد الجمعي يمتاز بتنوع جلساته الإرشادية وبساطتها، وإلى طبيعة الاستراتيجيات التي طُبِّقَتْ في البرنامج الإرشادي كالاسترخاء، والتحصين ضد الضغوط، والمناقشة التي كان لها الأثر الكبير في زيادة التفاعل بين المشاركين في البرنامج الإرشادي والذي ضم مجموعة من الأشخاص يعانون تقريباً من المشكلة نفسها، وما ساعد على تحقيق هذه النتيجة اهتمام الباحثة في الواجبات البيتية ومراجعتها وتنوع الأنشطة، إذ أعطت انطباعاً أن الواجبات البيتية هي جزء من عملية التغير التي ساعدت على تحقيق أهداف البرنامج. وقد يكون لطول تطبيق البرنامج أثر، إذ طُبِّقَ على مدار شهرين ونصف؛ بواقع جلستين في الأسبوع، مدة الجلسة ستون دقيقة، ومن ثم فقد أتاح طول التطبيق الفرصة أمام المشاركين للتدريب على المهارات وأداء الواجبات البيتية التي رفعت من قدرتهم في خفض أعراض الضغوط النفسية والاكتئاب.

التوصيات:

1. إجراء دراسات مقارنة بين أكثر من أسلوب علاجي لبيان أثر كل منها في علاج الاكتئاب لدى المصابين بالسكري .
2. عقد ورش عمل لتقديم خدمات الإرشاد النفسي للمصابين بالسكري لمساعدتهم على تخفيف حدة الضغوط النفسية المترتبة على مرض السكري.
3. عمل دراسات مشتركة بين المجال الطبي والنفسي على فئة مرضى السكري.

المراجع العربية : -

إبراهيم، علي إبراهيم (1992). الضغوط الحياتية وعلاقتها ببعض الأمراض السيكوسوماتية **مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر**.(1). 187_190.

بسيسو، حياة تيسير(2006)، **بناء برنامج إرشادي سلوكي وقياس فاعليته في خفض القلق، وقلق الموت والاكتئاب لدى مرضى السرطان في الأردن**. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.

بن جابر، البندري محمد (2008)، **فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض**. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.

توشيت، نانسي (2001)، **مرض السكري الأسئلة والأجوبة**. بيروت: الدار العربية للعلوم.

الحاج، فائز محمد (1984)، **الصحة النفسية**، ط2، المكتبة الإسلامية.

الحواجري، عبدالله (2004). **العلاقة بين الضغوط النفسية والإصابة بالقرحة الهضمية.** رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.

الحاج، فائز محمد (1984)، **الصحة النفسية**، ط2، المكتبة الإسلامية.

رضوان، عبد الكريم سعيد (2008). **فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق النفسي لدى مرضى السكري بمحافظة غزة**. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، مصر.

الشديفات، بادي محمد (2007). **الضغوط النفسية التي تواجه الأطفال المصابين بالنوع الأول من السكري وعلاقتها ببعض المتغيرات.** رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.

الشطرات، وليد محمد (2001). **فاعلية برنامج إرشادي جمعي سلوكي معرفي في معالجة الأرق وخفض التوتر.** رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.

الصمادي، انتصار يوسف (2005). **أثر برنامج إرشادي على مستوى مفهوم الذات ودرجة القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى عينة من النساء المجهضات**. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.

عبدالله، عادل (2000)، **العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات**. القاهرة. دار الرشاد.
القرالة، عبد الناصر موسى(2007). **بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي وقياس أثره في التخفيف من حدة القلق والاكتئاب لدى والدي الأطفال المصابين بالسرطان**. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.

منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط (1995)، **دليل السكري للعاملين الصحيين في الرعاية الصحية الأولية**. الإسكندرية، مصر.

مدانات، منار ماجد (2008). **فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض الضغوط النفسية وزيادة الوعي بالحاجات لدى أمهات الأطفال المصابين بالشلل في الأردن**. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية، الأردن.

معالي، إبراهيم باجس، (2003). **أثر التحصين ضد التوتر والتدريب على حل المشكلات في خفض الضغوطات النفسية وتحسين مستوى التكيف لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة**. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.

مقبل، مرفت عبد ربه (2010). **التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.

المعايطة، خليل عبد الرحمن (2006). **فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض مستوى**

الضغوط النفسية لدى إخوة وأخوات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة وتغير اتجاهاتهم نحوها. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية، الأردن.

المرزوقي، جاسم محمّد (2007). **علاقة القلق والاكتئاب والضّغط النّفسي والتفكير اللاعقلاني بمستوى السّكر في الدّم لدى مرضى السّكري.** رسالة دكتوراه غير منشورة. الجامعة الأردنيّة. الأردن.

المراجع الاجنبية : -

Ali,S. Davies,M. Taub,N. Ston,M.& Khunti.(2009). Prevalence of Diagnosed Depression in South Asian and White European People with Type 1 and Type 2 Diabetes Mellitus in a UK Secondary Care Population. **Post Graduat Medical Journal**.v 85 ,Issue 1003 p 238 – 243.

Aldwin,N & Carolyn, B. (1994), **Stress, Coping and Development: An Intergrative Perspective**. (2 th ed). LONDON & New York: the Guilford Press.

American Psyciation Association (2000). **Diagnostic and Statistical**

ManualofMentalDisorders(4thed,textrev)Washington,DC:Author.

Blonna, R. (2000), **Coping with Stress in Changing World, nd edition**, McGraw-Hill companies, Boston. ed). Brooks/ Cole Publishing Company, California.

Beck, A (1980), **Depression: Causes and Treatment**, USA: University of Pennsylvania Press.

Beck. S(1995), **Cognitive Terapy: Besic and Beyond**. New York. Guilford.

Bugg, C&kely (2005),Cognitive Behavior therapy manual to address glocose levels in aging diabetics : Apilot study. www.proqest Dissertation Theses

Cormier, H. & Cormier, L. (1991). **Interviewing Strategies for Helpers**,

Clayton, E& Ladd, T (2000). **Psychological Self-Help**. Mental Health Net.

Digiuse, P& Bernard, M (1990). The Application of Rational Emotive Theory and Therapy to School- Aged Children. **School – Psychology – Review**, 19 (3). 268-286.

Diagnostic and Statistical Mental Disorders, DSM-IV-TR (2000), Washington, D.C: **American Psychiatric Association.**

Egede, L &Ellis,C(2010),Diabetes and Depression : Global perspectives. Journal homopage. **WWW.Olsovior. com /locato/ diabres. n87pp 302 – 312.**

Fisher, L. Glasgow, R &Strycker, L. (2010).The Realationship Between Diabetes Distress and Clinical Depression with Glycemic Control among Patients with Type 2 Diabetes. **Diabetes Care**, v 33 n 5p1034.

Julie, A. Wagner. Gina, L. Heapy, A &yong, L. (2009). Deopressive Symptoms and Diabetes Control in African Americans. **Immi-**

grant Minority Health. 11: 66-70.

Katon, W. Fan, M. Unuzer, J. Taylor, J. Pincus, H& Schoenbaum, M. (2008)**.** Depression and Diabetes**: A Potentially Lethal Combination**. 23(10): p 1571-1575.

Kulzer, (2008). **Diabetes and Depression**. Diabetologe 4: 129-142.

Kim, M. Pouwer, F. Cuijpers, P. Twisk, J & Snoek, F. (2008). Web-based cognitive Behavioral therapy (W-cbt) For diabetes patients with co-morbid depression: design of a randomized controlled trial. **BMC Psychiatry Journal** V 8. No5. P101-162.

Karlsen, B. Dirdal, I. Rokne, H. &Bru, E. (2004).Effects of Group based counseling program on diabetes related stress, patient education and counseling, **American Nephrology Association Journal** 53(3), pp299-308.

Kopp, J. (1992), Psychosocial Factors Correlated to Diabetes Renal Dysfunction, **American Nephrology Association Journal**, Vol. (19), No5.p432-437.

Line, E. Heckbert, S. Rutter, C. Katon, W. Ciecbanowski, P. Ludman, E. Oliver, M. Young, B. Cuollocb, D & Korff, M. (2009).Depression and Increased Mortality in Diabetes: Unexpected Causes of Death. Annual of Family Medicine**. www. Annfammed. org**. Vol7. No. 5.

Lustman, p. Grififth, L. Klssel, S. Clouse, R. (1998). Cognitive Behavior Therapy for Depression in Type 2 Diabetes Mellitu**s**.

Arandomized Controlled Trial Journal. 129 (8): 613-21.

Lazarus, R & Folkman, S. (1984), **Stress, Appraisal and Coping**. New York Springer Publishing Company, Inc.

Magaya, L. Asner, KAND Schreiber, B. (2005). Stress and Coping Strategies among Zimbabwean adolescents, **British Journal of Educational Psychology**, V 75, 661-671.

Rossello, J. Chafey, M. (2006).Cognitive-Behavioral Group Therapy for Depression in Adolescent with Diabetes: Apilot Study. **Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology.** V. 40, N. 2pp. 219-226.

Schafer, W. (1992).**Stress Management for Wellners**. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Schafer, W. (1996). **Stress Management for Wellners**. Horcourt Brace Jovanorich College Publishers: NY.

The Efficacy of a Counseling Program in Treating Psychological

Stress and Depression in a Sample of Diabetic Patients

Fatima E. Aladwan
Musa A. Jibril
Faculty of Educational Science - University of Jordan
Amman - Jordan

Abstract

This study aimed at investigating the efficacy of a counseling program in treating psychological stress and depression in a sample of diabetic patients. The sample consisted of (30) patients,. Two measurement scales were used as the pre-post scales in the study. The sample was divided into two groups: experimental group and control group. The therapeutic program consisted of (20) counseling sessions based on the behavioral-cognitive theory. Each session lasted for (60) minutes and was administered at the rate of two sessions per week. Results showed statistically significant differences in the level of psychological stress and depression between the two groups in favor of the experimental group. It was concluded that the therapeutic program was effective in reducing psychological stress and depression among the patients in the experimental group against the patients in the control group. Finally, the study recommended conducting more research in this area for different ages.