Vol. 14, No. 2, May, 2021 ISSN: 2090-5890 & 2735-3222

فعالية برنامج إرشادي في تخفيف الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى عينة من مرضى السكر من طلاب الجامعة

أ/ أميرة الدمرداش الزفتاوي
باحثة ماجستير- قسم الصحة النفسية
كلية التربية- جامعة طنطا

الملخص

هدفت الدراسة الحالية الى بحث فعالية برنامج معرفي/ سلوكي لخفض الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى عينة من مرضى السكر من طلاب الجامعة. وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٠) فرداً من مرضى السكري والذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد صدمة التشخيص تم اختيارهم بطريقة مقصودة. وقد قامت الباحثة بإعداد مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص للتعرف على درجة الضغوط لدى أفراد العينة، كما قامت الباحثة بإعداد برنامج معرفي سلوكي، للتخفيف من أعراض ضغوط ما بعد صدمة التشخيص لدى أفراد العينة. واستخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي (ذو التصميم الواحد)، الذي يتضمن عينة تجريبية واحدة دون اللجوء الى وجود مجموعة ضابطة، وقد تم تطبيق البرنامج على عينة مرضى الضغوط التالية لصدمة التشخيص الذين تم اختيارهم، وقد تضمن البرنامج (٢٠) جلسة علاجية بواقع (٣) جلسات كل أسبوع، واستغرق البرنامج مدة (٧) أسابيع.

وأسفر التحليل الإحصائي للبيانات عن النتائج الآتية:-

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠،٠٥) بين متوسطي درجات أفراد عينة الدراسة على درجات مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص قبل وبعد تطبيق البرنامج تعزى للبرنامج المعرفي السلوكي.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠،٠٥) بين متوسطي درجات أفراد عينة الدراسة على درجات مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص في القياسين البعدي والتتبعي تعزى للبرنامج المعرفي السلوكي.

الكلمات المفتاحية: *برنامج إرشادي- الضغوط التالية لصدمة التشخيص- مرضى السكر.*

Abstract:

The study aimed at exploring The Effectiveness of the Cognitive/ Behavioral Program to reduce Diagnostic Truma among a sample of Diabetic University Students. **The study sample** consists of (20) participants from Diabetic who suffer from Diagnostic Truma disorder were chosen deliberately. the researcher prepared scale of Diagnostic Truma to identify the degree of concern among members of the sample; the researcher prepared a program of cognitive behavioral therapy to relieve the symptoms of Diagnostic Truma among participant of the sample. The researcher has used the quasi-experimental (design one), which includes a sample of one experimental and the application program without resorting to the presence of a control group, and then the program, applied on the sample (patients with Diagnostic Truma who have been selected.) The program includes 20 therapeutic session by three sessions each week and took the program for seven weeks.

The statistical analysis of data indicates the following results:

1- There are statistically significant differences at level (α = 0. 05) between the average scores of the sample of the study on the Diagnostic Truma scale before and after the implementation of the guidance program referred to the Cognitive/ Behavioral Program.

2- No statistically significant differences were found at level (α = 0. 05) between the average scores of the sample of the study on the Diagnostic Truma scale at the follow – up and distance measures referred to the Cognitive/ Behavioral Program.

Key Words: Counseling Program- Diagnostic Truma- Diabetic.

أولاً:ـ مقدمة:

مرض السكر هو أحد أمراض الغدد الصماء فهو اضطراب في عمليتي هدم الكربوهيدرات وبنائها، وهو من أكثر الأمراض في نسب الانتشار على مستوى العالم، حيث يبلغ المصابين به حوالي ٣٥٠ مليون نسمة، ويبلغ عدد المصابين به في مصر وحدها حوالي ٧,٥ مليون نسمة، وذلك طبقاً لإحصائيات وزارة الصحة والسكان واللجنة القومية للسكر لسنة ٢٠١٥.

وأصبح ينظر الى داء السكرى على أنه من الأمراض المزمنة التي يمتد تأثيرها ليطال الحياة النفسية لدى المصاب، خاصة عندما يبدأ لديه في سن المراهقة، حيث يواجه حالة طويلة الأمد تهدد حياته. فقد أكد (Roy& Roy, 1994) أن الاضطرابات النفسية والمشكلات الاجتماعية تظهر بشكل أكبر بين مرضى السكر وذلك من خلال مقارنته لمجموعة من مرضى السكر المعتمد على الأنسولين بمجموعة من الأصحاء من خلال درجاتهم على مقياس الاكتئاب، ومن خلال خبرتهم عن أحداث الحياة المثيرة للألم، حيث وجد أن درجة مرضى السكر مرتفعة على مقياس الاكتئاب عن درجة الأصحاء، وأن خبرتهم عن أحداث الحياة المثيرة للألم أكثر خلال الشهور الستة السابقة للدراسة.

وقد تعددت الدراسات النفسية التي أجريت على علاقة مرض السكر بالعوامل النفسية، سواء كسبب أو نتيجة، والتي خلصت جميعاً إلى أن العلاقة واضحة، فمن ناحية ربطت بعض الدراسات بين الإصابة بمرض السكر، والضغوط التالية لصدمة التشخيص أو الضغوط التالية للصدمة بشكل عام كدراسات كل من (Horsch et al; 2007)، (Landolt et al; 2002) (Sismanlar et al; 2012)، (Jacob et al; 2013) التي أكدت ارتفاع مستوى الضغوط التالية للصدمة لدى مرضى السكر.

ومن ناحية أخرى فقد كان هناك فئة من الدراسات التي حاولت استخدام أساليب وبرامج تدخل نفسي مع مرضى السكر بهدف علاج المتغيرات النفسية الناتجة أو المسببة للمرض، أو بهدف ضبط نسبة السكر في الدم والإدارة الجيدة لهذا المرض كدراسات كل من (Snoek et al; 2001)، (Rossello & chafey; 2006) (Amsberg et al; 2009)، (Petrak et al; 2010), (Weinger et al; 2011)، (Markowitz et al; 2012)، (Davazdah emamy et al; 2013) وغيرها من الدراسات التي أشارت الى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في ضبط مستوى الجلوكوز وتحسن المتغيرات النفسية لدى مرضى السكر.

ثانياً:ـ مشكلة الدراسة:

وتتمثل المشكلة في الإجابة على التساؤل الرئيسي التالي:

ما فعالية برنامج إرشادي في تخفيف الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى عينة من مرضى السكر من طلاب الجامعة؟

وتتفرع منه عدد من التساؤلات؛ وهي:

١- هل تُوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠,٠٥) بين متوسطي رُتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص لصالح القياس البعدي؟

٢- هل تُوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠,٠٥) بين متوسطي رُتب درجات المجموعة التجريبية في القياسيين البعدي والتتبعي على مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص؟

ثالثاً:- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

١- الكشف عن العلاقة بين الإصابة بالسكر وضغوط ما بعد صدمة التشخيص.

٢- بناء مقياس لقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص.

٣- تقديم شكل من أشكال الإرشاد النفسي لفئة من مرضى الأمراض المزمنة وهي فئة مرضى السكر في شكل برنامج يهدف الى تقليل الضغوط التالية لصدمة التشخيص.

رابعاً:- أهمية الدراسة:

ومن العرض السابق فإن الباحثة توضح أهمية الدراسة الحالية في:

١- حجم الفئة المصابة بهذا المرض على مستوى العالم أو داخل مصر، والتي أكدت عدة إحصائيات حديثة أن عددهم يبلغ حوالي ٧ مليون مريض، أي ما يعادل حوالي ٨ % من حجم عدد السكان في مصر، وهو عدد لا يُستهان به حيث يمثل عبئاً اجتماعياً واقتصادياً وإنسانياً على حياة كثير من الأفراد والأسر، وبالتالي فإن دراسة الأساليب الأمثل لرعايتهم أمر يستحق البحث والدراسة.

٢- اتفاق الدراسات السابقة على فاعلية التدخل بأساليب نفسية لضبط نسبة السكر في الدم ولخفض مضاعفات العوامل النفسية المصاحبة لمرض السكر والتي تعود هي الأخرى بتأثير سلبي على ضبط السكر لدى المرضى

٣- محاولة تقليل حاجات المريض للأدوية من خلال محاولة ضبط السكر بأساليب نفسية.

٤- زيادة وعي المرضى بهذا المرض حتى لا تتفاقم مضاعفاته والتي تؤثر على كثير من أجهزة الجسم.

٥- أن إدارة الأعراض النفسية المرتبطة بالصدمة الأولى لتشخيص المرض تشكل انعكاساً هاماً للتعامل مع المرض ككل فيما بعد.

ومن خلال مراجعة الباحثة لأعداد المصابين بمرض السكر بين طلاب الجامعات، استطاعت الوصول لإحصائية مبدئية عن الطلاب المصابين بجامعة طنطا وذلك قبل تطبيق الشق التجريبي للدراسة وكان العدد بجامعة طنطا كما هو موضح بالجدول التالي:

الجدول (١) بيان بأعداد الطلاب مرضى السكر من طلاب جامعة طنطا

م	الكلية	عدد الطلبة
١	كلية التجارة	٤٨ طالب
٢	كلية الآداب	٣٧ طالب
٣	كلية الحقوق	٣٠ طالب
٤	كلية التربية	١٩ طالب
٥	كلية الصيدلة	١٢ طالب
٦	كلية الطب	٨ طالب
٧	كلية التربية الرياضية	٦ طالب
٨	كلية التمريض	٥ طالب
٩	كلية طب الأسنان	٤ طالب
١٠	كلية الزراعة	٣ طالب
١١	كلية التربية النوعية	٢ طالب
١٢	كلية الحاسبات	٢ طالب
١٣	كلية العلوم	٢ طالب
١٤	المعهد الفني الصحي	١ طالب

أما بخصوص الجامعات الأخرى فلم توافق أي جامعة على إعطاء الباحثة إحصائية دقيقة بأعداد المصابين مثل جامعات المنصورة، كفر الشيخ، المنوفية، دمنهور. مما سبق يتضح أهمية دراسة هذه الفئة وذلك من أعداد انتشارها.

خامساً:- فروض الدراسة:

١- تُوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠,٠٥) بين متوسطي رُتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص لصالح القياس البعدي في الاتجاه الافضل.

٢- لا تُوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠,٠٥) بين متوسطي رُتب درجات المجموعة التجريبية في القياسيين البعدي والتتبعي على البعد الثاني والثالث من مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص.

سادساً:- الإطار النظري:

١- مرض السكر: Diabetes Melluties

مرض مزمن، فيه يرتفع مستوى الجلوكوز بالدم عن المستوى الطبيعي بسبب عدم قدرة البنكرياس على إفراز الأنسولين، أو لخلل ما لا يستطيع الجسم الاستفادة من هرمون الأنسولين، أي: وجود عوامل مضادة لعمل الأنسولين. (إسماعيل عويس، ٢٠٠٢: ٦)

وتعرفه الباحثة إجرائيا بالدرجة ما فوق وما تحت الحد الطبيعي بناء على القياسات الطبية التي تقيس السكر

بالدم، حيث أن الدرجة الطبيعية للفرد هي من نسبة (٧٠-١١٠) في الدم.

وينقسم مرض السكري الى الأنواع التالية:-

١) **النوع الأول (Type 1):-** ويسمى النوع المعتمد على الأنسولين Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM) وكان سابقا يدعى بمرض السكر ذات البداية في سن صغير Juvenile Onset Diabetes وفى هذه الحالة لا يمكن للبنكرياس إفراز الأنسولين نهائيا إذ أن خلايا بيتا في جزر لانجرهانز تكون مدمرة ويعالج هذا المريض بحقن الأنسولين. ٢٠%من مرضى السكر هم من النوع الأول ويكونون نحيلين. (عقيل حسين عيدروس، ١٩٩٣ :٤٥)

٢) **النوع الثاني (Type 2)**:- ويسمى بمرض السكر غير المعتمد على الأنسولين Non –Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDD) وفى هذا النوع يفرز البنكرياس كمية من الأنسولين ولكنها قد تكون غير كافية أو مفعولها منخفضا في ضبط السكر بالدم وعادة تظهر أعراض المرض بعد سن الأربعين ويكون المريض سمينا في العادة وأعراضه تظهر بشكل تدريجي وفى هذا النوع يستجيب المريض في الغالب للأقراص الخافضة للسكر. (يوسف أبو الحجاج، ٢٠٠٩ : ٤٧).

٣) **سكرى الحمل:** والذي يظهر خلال فترة الحمل نتيجة للمتطلبات الضرورية في مرحلة الحمل ويطلق عليه البعض "عدم تحمل الكربوهيدرات في الدم".

٤) **داء السكري المصاحب للأعراض الأخرى**: ويحدث نتيجة لتعاطي أدوية، أو اضطراب هرموني، أو أمراض أخر. (Brunner & Suddarth, 1982:640)

٢- مرض السكر والضغوط النفسية:

أوضح Polonsk, 1999 وجود علاقة بين ضبط غلوكوز الدم، والضغوط النفسية الخاصة بمرضى السكري، ومثل هذه الضغوط النفسية قد تحدث في أثناء الاستجابة لأي من مختلف الأحداث الطارئة البيئية، أو الشخصية، أو الاجتماعية، أو المادية، أو الأسرية، أو العلاجية، وتؤدي إلى ظهور مشاعر الاكتئاب والإحساس بالقهر أو الإنكار.(ممدوح مختار علي، ٢٠٠١: ٢٥)

وقد أجريت دراسات عديدة حول علاقة الضغوط بمرض السكري، فقد قام (Mcveigh, Mostashari et al; 2003) بتقييم معدل انتشار، وتأثير الضغوط النفسية الشديدة لدى الأشخاص المصابين بالسكري في مدينة نيويورك فوجد أن الأفراد المصابين بالسكري لديهم ضغوط نفسية أكثر من الأفراد العاديين، وأيضا الأفراد المصابون بالسكري ومصابون بأمراض أخرى مثل الربو، والضغط لديهم ضغوط نفسية أكثر من الأفراد المصابين بالسكر لوحده.

وأشارت (فوقية أحمد السيد، ٢٠٠٨: ١٨٧) الى أن إصابة الأطفال بالسكر يصاحبها العديد من الضغوط منها حقن الأنسولين التي يعتبرها الأطفال نوع من العقاب، واختبار البول بصفة دورية وما يصاحبه من الشعور بالقلق تجاه نتائجها. أي أن مصدر الضغوط يكمن في وعى الطفل وإدراكه للخطر والخوف من انخفاض الجلوكوز في الدم وما يتبعه من آثار سلبية.

كما تناول (Neal, 1995) العلاقة بين ضغوط الحياة ومرض السكر خلال بيانات مسح اجتماعي تمّ تطبيقه على عينة من الشباب حيث وجد أن الضغوط الاجتماعية ترتفع في الأدوار الاجتماعية الهامة للبالغين، حيث يرتبط مرض السكرى بالضغوط الاجتماعية أكثر من ارتباطه بالأدوار الاجتماعية الأقل أهمية، كما دلت النتائج على أن نقص الدعم الاجتماعي يؤثر على صحة

الفرد المصاب بمرض السكر، كما تؤثر ضغوط الحياة على غالبية الأدوار الاجتماعية.

وفى دراسة أخرى قام بها (Auslander, 1993) هدفت الى معرفة مدى تأثير الضغوط النفسية والعائلية على مستوى السكر في الدم لدى عينة مكونة من (٥٣) طفلا تم تشخيصهم حديثا كمصابين بالمرض, أظهرت النتائج وجود علاقة بين مستوى الضغط النفسي العالي وتدنى الإمكانيات الأسرية بمستوى التحكم في نسبة السكر في الدم.

كما أكدت (رغداء نعيسة، رولا رضا شريقي، ٢٠١٣: ١٤١) أن الضغوط التي تصاحب أعراض ومضاعفات وطبيعة مرض السكرى والاستمرار في الالتزام بالعلاج والحمية تتطلب مستوى مرتفعا من الدخل المادي لدى المريض في بعض الأحيان، مما يولد لدى المريض ضغوطا تنعكس على حالته الصحية والنفسية والانفعالية فيما بعد.

وفي هذا السياق أشار(محمد بن سعد الحميد، ٢٠٠٧: ٣٨) الى أن الضغوط تؤثر على مستوى السكر في الدم بطريقتين:-

- عندما يعانى الإنسان من ضغوط كبيرة فإنه من السهل انقطاعه عن العمل الاعتيادي الذى انتظم عليه، وقد تؤدى الضغوط الى التقليل من مزاولة الرياضة، وتناول القليل من الأغذية المفيدة صحيا للجسم، وعدم الانتظام في فحص مستوى السكر في الدم وبالتالي فإن الضغوط قد تؤدى بشكل مباشر الى زيادة مستوى السكر في الدم.

- كذلك قد تؤدى الى رفع مستوى السكر في الدم أيضا بشكل مباشر وكما هو الحال بالنسبة للضغوط الناتجة عن مرض عضوي، فإن زيادة الضغوط العاطفية إذا طالت قد تحفز الجسم لإنتاج هرمونات تقاوم عمل الأنسولين. وهذا بدوره يؤدى الى زيادة مستوى الجلوكوز في الدم. وتحدث تلك التغيرات بشكل أكثر شيوعا فى المرضى الذين يعانون من الإصابة بالنوع الثاني من السكر.

٣- مرض السكر وضغوط ما بعد الصدمة (Post – Trumatic Stress):

لقد صنّفت جمعية الطب النفسي الأمريكية ما بين (١٩٨٠، ١٩٨٧، ١٩٩٤) ضغوط ما بعد الصدمة بأنه اضطراب يحدث للفرد ويتبع تعرضه لحدث مؤلم جدا (صدمة) يتخطى حدود التجربة الإنسانية، ويجعل الشخص يعايش الصدمة نفسها بعد فترة من تعرضه للصدمة وكأنه يعايشها الآن. وتتمثل أعراضه التشخيصية بإعادة التجربة مثل ذكريات الماضي والكوابيس، تجنب المثيرات المرتبطة بالصدمة مثل الأماكن أو الأحاديث التي تذكر بالحدث الصادم، وزيادة الاستثارة مثل صعوبة النوم أو البقاء نائمًا، والغضب، والتهيج، وصعوبة التركيز.(Ahmad, 2010: 73)

ويتضمن اضطراب ضغط ما بعد الصدمة مجموعة من الأعراض البيولوجية والنّفسيّة يلخصها الباحثون في: الارتعاش، التعرق، سرعة خفقان القلب، تسارع في الدورة الدموية، وأما الأعراض النّفسيّة فيمكن تلخيصها في الخوف، والتوجس وتوقع الشر، إضافة إلى تدني الوظائف النّفسيّة والبيولوجية بصفة عامة، حيث يشعر الفرد بالتعب والإنهاك. كما يترافق مع الأعراض الأولية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أعراض ثانوية وأهمها: الاكتئاب، والقلق، وقلق الموت، والسلوك الاندفاعي، سوء استخدام العقاقير والمخدرات، الأعراض الجسمية النفسية، وحالة من تغير الإحساس بالزمن والتغير في وظائف الأنا. (فؤاد صبيرة وآخرون، ٢٠١٩: ١٤٥)

ويتنوع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة حسب مدة استمرار الأعراض السابق ذكرها الى:

١- اضطراب ما بعد الصدمة النفسية الحاد (Acute-PTSD) إذا استمرت أعراض هذا الاضطراب (١-٣) أشهر.

٢- اضطراب ما بعد الصدمة النفسية المزمن (Chronic- PTSD)إذا استمرت أعراض هذا الاضطراب (٣) اشهر فأكثر.

٣- اضطراب ما بعد الصدمة النفسية المتأخر الظهور(Delayed-PTSD) إذا ظهرت علامات الاضطراب بعد ستة أشهر ولم تظهر قبلها. (محمد محمود بني يونس، ٢٠٠٥: ٥٨٣)

ويذكر كل من (علال بن العزمية، عيسى المحتسب، ٢٠١٤: ٢٥٨) و(وحيدة محمد مراد، ٢٠١٥: ٢٨) المراحل التي يمر بها الشخص المصاب باضطراب ما بعد الصدمة كالآتي:-

١- مرحلة الرفض: وتتميز بالانفعال الشديد والصراخ.

٢- مرحلة الإنكار: وتختلط فيها مشاعر النقمة والخوف.

٣- التجنب: يحاول الأشخاص المصابون بالاضطراب عما يذكرهم بالتفاصيل.

٤- محاولة الانسحاب والسيطرة على القلق: ربما تترافق هذه المرحلة بتعاطي الكحول أو المخدرات أو الإفراط بالتدخين وتناول المهدئات.

٥- التأرجح بين النكران والتبلد.

٦- التقبل والاحتواء: وهي المرحلة الأخيرة، وفيها يحدث التحسن في الاستجابة، مع اضطراب المزاج، وكثيرون يبدون تكيفا مع الحالة، وتتحسن أحوالهم مع تطور العلاج.

وفيما يتعلق بطلبة الجامعة يوضح (عبد الفتاح سعيد الخواجة، ٢٠١٠: ١٢٩) أنهم كغيرهم من الأفراد يستخدمون استيراتيجيات انفصالية مثل تجنب تذكر المعلومات وما يتصل بها من أفراد كاستجابة منهم للتكيف السلبي والتوافق.

وقد أوضحت العديد من الدراسات العلاقة بين مرض السكر والضغوط التالية لصدمة التشخيص أو الضغوط التالية للصدمة بشكل عام كدراسة كل من (landolt et al; 2002)، و(Horsch et al; 2007)، وكذلك دراسة (Sismanlar et al; 2012) التي اكدت نتائجها على أن الضغوط التالية للصدمة هو عرض منتشر بين مرضى السكر بداية من مرحلة ما بعد تشخيص المرض مباشرة. كما أكد Jacob et al; (2013) على ارتفاع في معدل الإصابة بالضغوط التالية للصدمة لدى مرضى السكر، وكذلك دراسة (Ciocca et al; 2015)التي أوضحت استراتيجيات مواجهة الضغوط التالية للصدمة لدى مرضى النمط الثاني من السكر، وأكدت نتائجها على ارتفاع مستوى الضغوط التالية للصدمة لدى مرضى السكر وارتباط هذه الضغوط بأحداث المرضى كلحظة التشخيص، وأحداث انخفاض وارتفاع مستوى السكر بالدم وحدوث الغيبوبة coma.

٤- الإطار النظري للبرنامج العلاجي لمرضى السكر

أ-العلاجات النفسية لمرضى السكر

ب- ضغوط ما بعد الصدمة (Post – Trumatic Stress): لقد تعددت الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة سواء لدى الكبار أو لدى الأطفال وكان العلاج المعرفي السلوكي أكثر هذه الأساليب شيوعا وذلك من خلال فنياته المتعددة مثل: التعرض وأساليب التحكم بالقلق كالاسترخاء والتدريب على توكيد الذات، وتصحيح الأفكار الخاطئة المرتبطة بالصدمة. وتتراوح عدد جلسات العلاج المعرفي السلوكي في معظم الحالات بين (٤- ١٤) جلسة. ومن أهم العلاجات المعرفية والسلوكية المستخدمة ما يلي:

- العلاج المعرفي السلوكي وفق إيلرز Ehlers

- العلاج بالمواجهة وفق فوا Foa
- خفض حساسية حركات العين لشابيرو

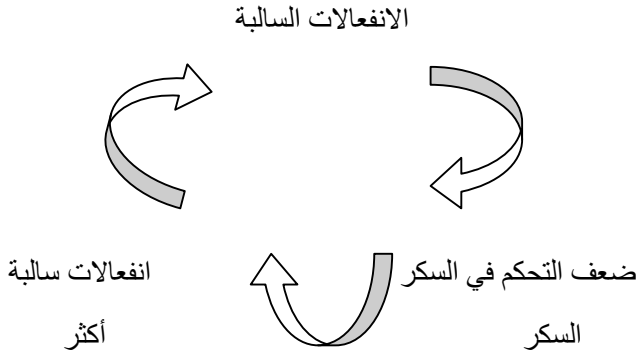
(وحيدة محمد مراد، ٢٠١٥: ٣٠:٣٣).

٥- البرنامج الإرشادي لمرضى السكر

أ-البرنامج المعرفي السلوكي وضغوط ما بعد صدمة تشخيص مرض السكر:-

هو شكل من أشكال الإرشاد النفسي الجماعي الذى يهدف إلى تدريب وتعليم المرضى والذى طوره Snoek, et al في جامعة Vrije في هولندا بمساعدة Jacobson,et al العاملين في مركز Joslin Diabetes center، وصمم هذا البرنامج الإرشادي ليقدم إلى المرضى الخارجين Out Patients في المواجهة الفعالة لمرضى السكر بهدف تحسين وضبط السكر، ولتدعيم السعادة النفسية، وقد اعتمد هذا البرنامج على المبادئ الأساسية للإرشاد المعرفي السلوكي، والإرشاد العقلاني الانفعالي باستخدام فنيات معرفية مثل: إعادة البناء المعرفي Cognitive restructuring وإدارة الضغوط Stress – management لمساعدة المرضى في تقليل الضغوط المتصلة بمرضى السكر، وتحسين مهارات المواجهة، وتدعيم جوانب إدارة الذات، مما يؤدي في النهاية إلى تحسين سلوك رعاية الذات، وبالتالي تحسين مستوى glycoemic control.

وقد أوضح (Snoek et al; 2001) أن السبب الأساسي لعدم الالتزام بمتطلبات المرض هو (المعتقدات التشاؤمية) فالفشل المتتالي في ضبط السكر ممكن أن يؤدي إلى ظهور مشاعر (الإحباط، اليأس، الغضب) والشعور بالذنب ممكن أن يتطور من اعتقاد المريض بأنه ربما يفعل شيء خاطئ، مثل هذا الشعور الضاغط يدعم الاتجاهات السلبية تجاه المرض، ويقاوم سلوك رعاية الذات، وبالتالي يدعم الدائرة السلبية.



شكل (١) النموذج المعرفي لمرضى السكر

وقد تحدثت النماذج المعرفية أيضاً عن (خبرات الماضي الخاصة بمرضى السكر) وهي خبرات ممكن أن تؤدي إلى ظهور تشوهات معرفية لأحداث الحاضر، فعندما تكون خبرات الماضي ذات طابع سلبي ستستثير بسهولة الأفكار السلبية الأوتوماتيكية والتي تؤدي بالتالي إلى ظهور انفعالات سلبية تجاه السكر وإلى سوء إدارة المرض.

ومن الأمثلة على التشوهات المعرفية الحادثة لدى المرضى:

ـ الاعتقاد بأن مستوى جلوكوز الدم يعتمد على الحظ ولا دخل للشخص فيه.

ـ الاعتقاد بأن الالتزام في العلاج والمداومة عليه لن يؤدي إلى أثر موجب على مستوى جلوكوز الدم.

ـ الاعتقاد بأن عدم ضبط السكر لن يؤدي إلى مضاعفات في المستقبل.

ـ الاعتقاد بأن الفرد لن يستطيع الوفاء بكل متطلبات المرض.

مثل هذه المعتقدات تؤدي بسهولة إلى انفعالات سالبة وإلى ضعف إدارة المرض.

ب- التدريب على الوعي بمستويات الجلوكوز في الدم

لقد عرف (Cox et al; 2001) التدريب على الوعي بمستويات الجلوكوز فى الدم: Blood Glocous Awarness Training (BGAT) بأنه أحد الاساليب العلاجية المستندة الي نظريات التنظيم الذاتي وإدارة الذات والذي يهدف إلى تقليل تقلبات مستوي الجلوكوز في الدم.

ويهدف التدريب على الوعي بمستويات الجلوكوز في الدم الى:

أولا: زيادة قدرة المريض على التنبؤ بوقت ارتفاع أو انخفاض معدل الجلوكوز فى الدم وأن يعرف كيف يمنع حدوث هاتين الحالتين.

ثانياً: نأمل أن يساعد هذا التدريب على إدراك الأعراض التي من شأنها توضيح ما إذا كان الجلوكوز مرتفع أو منخفض فى الدم.

وأخيرا: كيفية التعامل مع حالات عدم التوازن في معدل الجلوكوز سواء بالزيادة أو النقصان

سابعاً:- الدراسات السابقة:

١. دراسات تناولت الضغوط التالية لصدمة التشخيص:

أ- دراسة (Landolt et al; 2002) والتي هدفت الي تحديد اعراض الضغوط التالية للصدمة لدى أمهات وآباء الاطفال المشخصين حديثا بالإصابة بالسكر على عينة بلغت (٣٨ من الآباء والأمهات) وأشارت النتائج أن ٥١% من الأمهات، ٤١% من الاباء لديهم مستوى مرتفع من الضغوط التالية للصدمة، وأن ارتفاع الضغوط التالية للصدمة مرتبط ببيئة الأسرة وبالمستوى الاجتماعي الاقتصادي وبنوع جنس الطفل.

ب- دراسة (Horsch et al; 2007) عن القلق والاكتئاب والضغوط التالية للصدمة لدى أمهات الأطفال المصابين بالنمط الأول من مرض السكر، حيث هدفت الدراسة إلى قياس الفروق الفردية في المتغيرات السابقة لدى (٦٠) من أمهات الأطفال المصابين بالسكر، وتم تشخيص المتغيرات السابقة من خلال معايير DSM – IV، وأوضحت نتائج الدراسة أن ١٥% من الأمهات لديهن مستوى مرتفع من الضغوط التالية للصدمة بشكل حاد، وأن ٥٥% من أفراد العينة ارتفع لديهن مستوى القلق، و ١٧% ارتفع لديهن مستوى الاكتئاب.

ت- دراسة (Sismanlar et al; 2012) عن أعراض الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من الأطفال مرضى النمط الأول من مرض السكر، حيث طبقت أدوات الدراسة على عينة (٥٤) من صغار السن مرضى السكر (٨ ـ ١٨) عام، وركز القياس على قياس أحداث انخفاض السكر فى الدم hypoglycemia كحدث صادم لدى أفراد العينة، وتم أيضاً تطبيق قائمة بيانات ديموغرافية، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن ١٨,٥% من أفراد العينة أظهروا أعراضاً مرتبطة بالضغوط التالية للصدمة بشكل مرتفع، وأظهر ٥١,٩% مستوى متوسط من الضغوط التالية للصدمة، لخصت الدراسة نتائجها بأن الضغوط التالية للصدمة هو عرض منتشر بين مرضى السكر بداية من مرحلة ما بعد تشخيص المرض مباشرة.

ث- دراسة (Jacob et al; 2013) عن أعراض الصدمات النفسية لدى مرضى النمط الثاني من

السكر من حيث: الانتشار، ضبط الجلوكوز لدى عينة من الأمريكيين بلغت (٣٧٧٦) وأوضحت نتائج الدراسة أن الصدمات النفسية لدى أفراد نفس العينة بلغ (٣١%) أيضاً وأنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين المتغيرين.

ج- دراسة (Ciocca et al; 2015) عن الضغوط التالية للصدمة، واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى النمط الثاني من السكر، حيث بلغت عينة الدراسة ١٠٠ فرد من مرضى السكر (٤٦ إناث، ٥٤ ذكور) وكان ٦٠ من أفراد العينة مصابون بالسكر منذ فترة طويلة،٤٠ مشخصين حديثاً بالإصابة بالسكر، وبعد تطبيق بروتوكولات القياس والتشخيص أوضحت نتائج الدراسة ارتفاع مستوى الضغوط التالية للصدمة لدى هؤلاء الأفراد وارتباط هذه الضغوط بأحداث المرضى كلحظة التشخيص، وأحداث انخفاض وارتفاع مستوى السكر بالدم وحدوث الغيبوبة coma.

٢. دراسات تناولت العلاج المعرفي السلوكي لمرض السكر:

أ- دراسة (Grey, 1999) لتحديد ما إذا كان التدخل السلوكي التدريبي على مهارات التكيف بالإضافة للعلاج المكثف لمرض السكري، يمكن أن يحسن من التحكم في طبيعة المرض ويحسن من جودة الحياة للشباب المصابين بمرض السكري. وتكونت عينة الدراسة من (٧٧) حالة من الشباب تراوحت أعمارهم بين (١٢،٥-٢٠) سنة وعملت الباحثة على تقسيمهم إلى مجموعتين تخضعان للعلاج المكثف بالأنسولين وخضعت إحدى المجموعتين لبرنامج تدريب توافقي من إعداد الباحثة ومجموعة أخرى بقيت كما هي، وأسفرت نتائج الدراسة أن أفراد المجموعة التي خضعت للبرنامج التوافقي يتمتعون بقدرة أكبر على التحكم في نسبة السكر في الدم وانخفاض في مستوى التأثيرات السلبية واشتملت تلك التأثيرات على (القلق، المخاوف، الانفصال...الخ).

ب- دراسة (Snoek et al; 2001) عن التدريب المعرفي السلوكي لعينة من الكبار المصابين بمرض السكر من ضعاف التحكم في السكر، حيث أوضحت الدراسة أن التدخل المعرفي السلوكي هو أسلوب يساعد على زيادة فاعلية المرضى، وقد أجريت الدراسة على (٢٤) مريض بالنمط (١) وتم قياس عدة متغيرات لدى المرضى مثل (HbA1c) بلغ حوالي (٠،٠٨%) بعد ستة شهور من بداية العلاج، أما مستوى الضغوط الانفعالية والسعادة النفسية فقد استمرا كما هما .

ت- دراسة (Rossello& Chafey; 2006) هدفت هذه الدراسة إلى الاختبار الاستطلاعي للنموذج المعرفي السلوكي كعلاج فعال لأعراض الاكتئاب وتحسين glycemic control لدى المراهقين المصابين بالنمط (١) من السكر، وقد بلغ عدد أفراد العينة (١١) مراهق وقد أظهرت نتائج الدراسة تحسن في أعراض الاكتئاب، ومفهوم الذات، والكفاءة الذاتية المتصلة بمرضى السكر، ولاحظت النتائج أيضاً نقص أعراض القلق واليأس، ولم يكن هناك تأثير للبرنامج العلاجي على مستوى (HbA1c) أو سلوك رعاية الذات.

ث- دراسة (عبد الكريم سعيد رضوان، ٢٠٠٨) التي هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي تدريبي في خفض الضغوط النفسية لدى مرضى السكري بمحافظة غزة، وبلغت عينة الدراسة (ن= ٢٤) من مرضى السكرى، منهم (ن= ١٢) يمثلون العينة الضابطة و (ن= ١٢) يمثلون العينة التجريبية، واستخدم الباحث مقياس الضغوط النفسية، ومقياس التوافق النفسي، قائمة تقدير الذات

واختيار المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة الفلسطينية، وبرنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وقد أثبتت نتائج هذه الدراسة فاعلية البرنامج في خفض الضغوط النفسية وتنمية التوافق النفسي لدى العينة التجريبية.

ج- دراسة (Amsberg et al; 2009) والتي هدفت إلى بحث تأثير العلاج المعرفي السلوكي على مستوى (HbA1c) ، وعلى سلوك رعاية الذات وعلى بعض العوامل النفس اجتماعية لدى عينة من مرضى النمط (١) بلغ عددهم (٩٤) مريض قدم لهم برنامج معرفي سلوكي جماعي، وأوضحت نتائج الدراسة وجود فروق دالة فيما بين قبل وبعد البرنامج في مستوى (HbA1c) وفى مستوى السعادة النفسية وفى مستوى الضغوط المرتبطة بمرضى السكر، وتوصلت الدراسة إلى استنتاج هام، وهو أن التدخل المعرفي السلوكي هو أسلوب واعد في تحسين حياة مرضى السكر.

ح- دراسة (Petrak et al; 2010) هدفت هذه الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج معرفي سلوكي مصمم لمرضى السكر بشكل خاص لتحسين جودة الحياة الصحية ولتقليل مستوى الاكتئاب لدى مرضى النمط (٢) من السكر، وقد تضمنت العينة ٦٥ فرد من المصابين بالسكر من النمط (٢) واستغرق تقديم البرنامج العلاجي ١٢ أسبوع، واستمرت فترة متابعة المرضى عام كامل، وقد أوضحت النتائج نقص في أعراض الاكتئاب، وتحسن في مستوى glycemic control.

خ- دراسة (Weinger et al; 2011) عن العلاج المعرفي السلوكي لضعف التحكم في السكر لدى عينة من ضعاف التحكم في المرض، وتكونت عينة الدراسة من عينة مرضى تتراوح أعمارهم من ١٨: ٧٠ عام من مصابي النمط (١)، والنمط (٢) من مرضى السكر والذين بلغت نسبة (HbA1c) أكثر من (٧,٥%) ويتعاطون أنسولين وعقاقير أخرى لمدة أكثر من عام، وأوضحت نتائج الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي الجماعي هو علاج فعال في خفض مستوى (HbA1c) والذى بلغ لدى معظم أفراد العينة ما بين (٧- ٦,٧٥%).

د- دراسة (Markowitz et al; 2012) عن العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب ولضعف الالتزام لدى عينة من مرضى النمط (١) من مرضى السكر، وتكونت عينة الدراسة من (٩) مرضى انطبقت عليهم معايير DSM – IV للاكتئاب، وتم قياس (HbA1c) لدى هؤلاء المرضى والذى كان مرتفعاً إلى حد كبير (٩,٦ ≤) واستغرق البرنامج العلاجي ١٢ جلسة علاجية، وأوضحت نتائج الدراسة نقص في درجة الاكتئاب بشكل دال إحصائياً، وتحسن في مستوى (HbA1c) والذى وصل لدى معظم أفراد العينة إلى (٩) .

ذ- دراسة (Davazdah emamy et al; 2013) عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، والتدريب على إدارة الضغوط لعلاج التحكم في السكر والضغوط النفسية، وجودة الحياة لدى عينة من مرضى النمط (٢) من السكر، وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) مريض بالنمط الثاني (٣٤ إناث، ٢٦ ذكور) متوسط أعمارهم ٤٩,٥ قدمت لهم الجلسات العلاجية كمجموعة واحدة ولمدة عشر جلسات، وأوضحت نتائج الدراسة تحسن مستوى (HbA1c) وتحسن جودة الحياة لدى أفراد العينة.

ر- دراسة (أميرة مشري، ٢٠١٦) والتي هدفت لدراسة أثر العلاج السلوكي المعرفي في التخفيف من الانعصاب لدى مرضى السكرى من النمط الثاني وتكونت عينة الدراسة من (٢٧) حالة من

مرضى داء السكرى من النمط الثاني من الراشدين والمسنين (١٣ رجال) و(١٤ نساء)، واشتملت أدوات الدراسة على المقابلات العيادية، الملاحظات العيادية، وتطبيق الاختبارات النفسية وكذلك من خلال الاطلاع على الملف الطبي الخاص بكل حالة. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن للعلاج السلوكي المعرفي أثر فعال في التخفيف من الضغط لدى مرضى السكري من النمط الثاني.

٣. دراسات تناولت التدريب على إدارة الذات لدى مرضى السكري:

أ- دراسة (Atak et al; 2008) هدفت الى دراسة أثر برنامج ذاتي مختصر للعناية بمرض السكري على فاعلية الذات المدركة وعلى الاتجاهات نحو المرض لدى مرضى السكري من النوع الثانوي، تم تطبيق أدوات الدراسة من مقاييس، وبرنامج على عينة من مرضى السكري (ن=٤٠)، كما تم ضبط المتغيرات الديموغرافية، وأسفرت الدراسة عن أن التدخل أعطى نتائج محدودة لكنها مُشجِّعة خاصة فيما يخص تنمية فاعلية الذات المدركة حيث أنها زادت من قدرة المرضى بفاعليتهم الذاتية فى مواجهة ظروف المرض، ومتطلبات العناية اللازمة لهذا

ب- دراسة (Sherry Grover, 2009) هدفت الى فهم العلاقة بين شعور المريض بالإدارة الذاتية وقدرته على التعلم والاحتفاظ في برامج العناية بمرضى السكري، طبق البرنامج الخاص برعاية مرضى السكري على عينة من مرضى السكري ممن يلتزمون بأنشطة الكنيسة (ن=٤٨) من الجنسين تتراوح أعمارهم بين ١٨-٨٢ سنة، أسفرت النتائج عن أن درجات مرضى السكري فيما يخص المعرفة بالمرض اختلفت بين القياسين القبلي والبعدي، أما ما يخص الاستعداد للتغيير والشعور بالإدارة الذاتية فلم يلحظ أي تغيير، مما يدل على أن زيادة المعرفة بالمرض لا يعني بالضرورة زيادة شعور المريض بالإدارة الذاتية وقدرته على التحكم والسيطرة على سكر الدم والالتزام بالحمية.

ت- دراسة (Azar Toi et al; 2011) هدفت الى تقييم الإدارة الذاتية لدى مرضى السكري من النوع الثاني، استغرقت الدراسة أربعة شهور على عينة (ن=٦٨٨) تراوحت أعمارهم بين ٣٨- ٧٨ وشكّل الذكور ٤٩،٤% من العينة والباقي إناث وبتعليم فوق المتوسط وبفترة مرض من ٣،٨- ٥،٦٢ سنوات، وأسفرت النتائج أن مستوى الإدارة الذاتية لدى مرضى السكري ترتبط بعلاقة دالة إحصائياً بكل من مستوى التعليم والعمر والجنس ومدة المرض بعلاقة عكسية، كما أنها ترتبط بعلاقة سلبية مع الاعتماد على الأنسولين وأنها عنصر هام في إدارة المرض.

ث- دراسة (DePalma Mary et al; 2011) هدفت الى معرفة ما اذا كان مفهوم المسؤولية ولوم الذات له دور في إدارة المرض لدى مرضى السكري بشكل عام، واعتمدت هذه الدراسة على الطريقة المسحية لقياس كل من لوم الذات والغضب والدعم الاجتماعي وإدارة الحياة، حيث جمعت البيانات من (ن=٤٦) من مرضى السكري، وكان لهذه الدراسة بعض النتائج أهمها أن زيادة أعراض مرض السكري ارتبطت بسمة الغضب وارتبطت بزيادة لوم الذات والدعم الاجتماعي السلبي، وارتبط الغضب بعلاقة موجبة بضعف إدارة المرض، أظهرت النتائج أن سمة الغضب، ولوم الذات، والدعم الاجتماعي السلبي يتداخل مع مرض السكرى.

ج- دراسة (Rawson et al; 2011) هدفت الى بحث التقنيات المعتمدة على نظرية التنظيم الذاتي لتطوير

قدرة مريض السكري على التذكر والتعلم، وخاصة المعلومات التي تتعلق بالعناية بمرضهم، وتمت الاستعانة ببعض المواد العلمية المأخوذة من كتب ثقافية وإرشادية حول السكري، وكذلك صمم بعض المقاطع التعليمية من أجل اختبار الذاكرة، أكدت هذه الدراسة في نتائجها على فاعلية التعلم الذاتي في مساعدة مرضى السكري على التعلم، وأن التعلم الذاتي يقوم أساسا على فلسفة الشعور بالفاعلية الذاتية.

وقد أشارت نتائج الدراسات السابقة الى أن الإرشاد المعرفي السلوكي مطلوب استخدامه لخفض الاضطرابات النفسية التي يعاني منها مرضى السكر، وأن الاعتماد فقط على العلاج الطبي قد يفيد في علاج المرض الصحي، ولكن لا يفيد في خفض الاضطرابات النفسية كالاكتئاب، والقلق، والضغوط، والمخاوف وغيرها من الاضطرابات الأخرى.

وتتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في الاعتماد على الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات الانفعالية لدى عينة الدراسة، لما للإرشاد المعرفي السلوكي من أهمية وفعالية مؤكدة في العديد من الدراسات السابقة.

وتختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في اعتمادها على الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الضغوط التالية لصدمة تشخيص مرض السكر، والتدريب على الوعي بمستويات الجلوكوز في الدم، وهو ما لم تتناوله الدراسات السابقة، وقد أفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في اعداد مقياس الضغوط لدى طلاب الجامعة، واعداد البرنامج المعرفي السلوكي وتنفيذه لخفض الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى عينة الدراسة، ومناقشة النتائج التي تم التوصل اليها وتفسيرها.

ثامناً:- إجراءات الدراسة:

اعتمدت الباحثة في تطبيق هذه الدراسة على المنهج شبه التجريبي، حيث ستقوم بتقديم برنامج ارشادي مقترح لعينة من مرضى السكر للتعرف على مدى فاعليته في علاج الضغوط التالية لصدمة التشخيص وذلك من خلال التدريب على مواقف سلوكية ومعرفية واجتماعية.

وقد اتبعت الباحثة الخطوات الآتية في البحث:-

- اعداد الإطار النظري والدراسات والأبحاث السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة.
- اعداد أداة الدراسة والمتمثلة في مقياس الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى مرضى السكر، والتحقق من معاملات صدقه وثباته.
- اختيار عينة من مرضى السكر من طلاب الجامعة، تم تطبيق البرنامج الإرشادي عليها وتُدْعَى المجموعة التجريبية.
- تمّ تطبيق مقياس الضغوط التالية لصدمة التشخيص على المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج.
- تمّ تطبيق البرنامج الإرشادي لخفض الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى مرضى السكر على المجموعة التجريبية.
- تمّ تطبيق مقياس الضغوط التالية لصدمة التشخيص على المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.
- تمّ حساب الفروق بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي للمجموعة التجريبية.
- تمّت إعادة القياس التقييمي بعد شهر ونصف من الانتهاء من تطبيق البرنامج، للتأكد من مدى فاعلية البرنامج واستمرار مكاسبه الإرشادية للمجموعة التجريبية.

١- عينة الدراسة:-

بلغ عدد أفراد عينة البحث (٢٠) مريضا من مرضى السكر بجامعة طنطا.

٢- أدوات الدراسة:-

أولا: مقياس الضغوط التالية لصدمة التشخيص: اعداد الباحثة

- **خطوات بناء المقياس:**

١- **الاطلاع على الإطار النظري:-** حيث قامت الباحثة بالاطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة التي تناولت موضوع مرضى السكر وخاصة الضغوط التي ظهرت بعد التشخيص، ومن أهم المقاييس التي اقتبست الباحثة منها بعض الأبعاد أو البنود هي:-

- مقياس الضغط النفسي من إعداد جاسم محمد المرزوقي (٢٠٠٧)
- مقياس الضغوط النفسية من إعداد بادي محمد الشديفات (٢٠٠٧)
- مقياس الضغوط النفسية من إعداد عبد الكريم سعيد رضوان (٢٠٠٨)
- مقياس الضغوط النفسية من إعداد نعيسة وشريقي (٢٠١٣)
- مقياس الضغوط النفسية من إعداد رانيه علي، ريم سليمون (٢٠١٤)
- استبانة للضغوط النفسية من إعداد نرمين غريب (٢٠١٤)

٢- **تحكيم المقياس**:- تم عرض المقياس على (٩) من المحكمين من أعضاء الهيئة التدريسية بكليتي الآداب والتربية في جامعات (طنطا- المنصورة- بنها) وذلك لتحديد ما يلي:-

- مدى وضوح الأبعاد وملائمتها لقياس ما أعدت لأجله.
- مدى وضوح البنود وملائمتها لقياس ما أعدت لأجله.
- مدى تعلق البند بالبعد الذي يمثله.
- اقتراح حذف أو نقل أو إعادة صياغة البنود.

وقد أسفرت آراء المحكمين على ملائمة المقياس للبحث الحالي ولم يتم استبعاد أي بند من المقياس، لكن تم تعديل بعضها من حيث الأسلوب والصياغة، وبعض البنود التي تحمل أكثر من معنى، وتجنب حروف العطف في عبارات المقياس، وكذلك تجنب كلمات مثل أحيانا/ كثيرا/ دائما/ عادة ضمن عبارات المقياس.

وقد استفادت الباحثة من آراء وملاحظات المحكمين بإجراء التعديلات المناسبة الى أن أصبح المقياس يقيس ما وضع لقياسه.

- **تفسير أبعاد المقياس:** تكون المقياس في البداية من (٧١) عبارة مقسمة الى أربعة أبعاد وهي:-

أولا: ضغوط مرضى السكر:- ويتضمن هذا البعد الضغوط الناتجة عن المعتقدات الخاطئة والأفكار اللاعقلانية السائدة لدى مرضى السكر حول مرضهم كالاعتقاد بأن مرض السكر مرض قاتل، وأن إدارة هذا المرض أمر مرهق، واليأس من وجود علاج لهذا المرض، وأن هذا المرض يشكل عبئا على المجتمع، وعدم الفائدة من ممارسة التمارين الرياضية، وصعوبة الالتزام بعلاج السكر وغيرها من الأفكار التي تؤدي الى مشاعر وانفعالات سلبية كالإحباط، واليأس، وفقدان الأمل، والشعور بالضغط المستمر مما يؤدي الى مشكلات في إدارة مرض السكر.

ثانيا: مضاعفات مرض السكر:- ويتضمن هذا البعد مشاعر القلق والخوف والتوتر التي تصيب مريض السكر جراء المشكلات الصحية الناتجة عن المرض ومضاعفاته كالشعور بالتعب والإنهاك، والخوف من الموت بسبب المرض، والخوف من الإصابة ببعض المضاعفات كالإصابة بالجلطات أو فقدان البصر، أو الإصابة بالفشل الكلوي، أو الإصابة بالجروح الجسمية، وجفاف الفم، والتعرق الزائد، وكثرة التبول، وضعف الشهية، والتنميل، وارتجاف الأطراف، واضطراب

الجهاز الهضمي، وضعف التركيز والانتباه، وكذلك ضعف القدرة الجنسية ، وضعف فرص الإنجاب.

ثالثا: العلاقات الاجتماعية:- ويتضمن المشكلات التي يعاني منها مريض السكر في علاقاته الاجتماعية مع افراد أسرته وأقاربه والتي تشكل تحديدا لعلاقاته الاجتماعية وحدا لتفاعله مع الآخرين وذلك بسبب مشاعر الحرج التي يعيشها بسبب عدم قدرته على التعامل مع المجتمع، أو إصابته بغيبوبة السكر في أي من المواقف الاجتماعية، وملاحظة زملاءه لحالته الصحية، وعم مراعاة أسرته لطبيعة الطعام المناسب له، وفرض السكر عليه عادات مختلفة عن عادات من حوله.

رابعا: محاولات ضبط السكر:- ويتضمن هذا البعد مصدر من مصادر الضغوط النفسية التي يعاني منها مرضى السكر وهو ضبط مستوى السكر في الدم وذلك من خلال معاناتهم من كثرة الفحوصات الطبية، والانتظار في العيادة الصحية، وصعوبة التعامل مع الروتين الغذائي اليومي، وانخفاض الدافعية، والشعور بالضيق والتوتر عند عمل تحليل السكر في الدم، والاضطرار الى تغيير عاداتهم بسبب المرض، واتباع الحمية الغذائية. كما يتضمن مشاعر الخوف والقلق الدائم لدى مريض السكر على مستقبله ومستقبل أسرته وأولاده وذلك لإدراكه بأنه سوف يقضي بقية حياته مصابا بالسكر وبأنه لا يستطيع أن يعيش حياة طبيعية نتيجة مرضه.

- **وصف المقياس:**

تكون مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص في البداية من (٧١) بند موزعة على (٤) أبعاد، ويتضمن كل بعد مجموعة من البنود التي تمثله وهي موضحة في الجدول التالي:-

جدول (٢) أبعاد مقياس ضغوط ما بعد الصدمة وتوزيع بنوده

أبعاد المقياس	عدد البنود	أرقام البنود
١- ضغوط مرض السكر	١٠	١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠
٢- مضاعفات السكر	٢٤	١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥، ١٦، ١٧، ١٨، ١٩، ٢٠، ٢١، ٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٢٨، ٢٩، ٣٠، ٣١، ٣٢، ٣٣، ٣٤
٣- العلاقات الاجتماعية	١٣	٣٥، ٣٦، ٣٧، ٣٨، ٣٩، ٤٠، ٤١، ٤٢، ٤٣، ٤٤، ٤٥، ٤٦، ٤٧
٤-محاولات ضبط السكر	٢٤	٤٨، ٤٩، ٥٠، ٥١، ٥٢، ٥٣، ٥٤، ٥٥، ٥٦، ٥٧، ٥٨، ٥٩، ٦٠، ٦١، ٦٢، ٦٣، ٦٤، ٦٥، ٦٦، ٦٧، ٦٨، ٦٩، ٧٠، ٧١

- **طريقة تطبيق المقياس:**

يتم تطبيق المقياس بشكل فردي أو جماعي، وفي كلتا الحالتين يطلب من مريض السكر أن يقرأ البنود بتمعن بعدها يقوم باختيار التعليمة التي يرى بأنها تنطبق عليها.

- **الخصائص السيكومترية لمقياس الضغوط التالية لصدمة التشخيص:**

قامت الباحثة بإجراء دراسة سيكومترية لمقياس الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى مرضى السكر من طلاب الجامعة من أجل التحقق من صدق وثبات المقياس وصلاحه للتطبيق، واعتماد نتائجه في البحث.

أولا:- صدق المقياس: وهو يعني أن يقيس المقياس ما أعد لقياسه، إذ يشير مفهوم الصدق الى الاستدلالات الخاصة التي نخرج بها من درجات المقياس من حيث مناسبتها، ومعناها، وفائدتها. وتحقيق صدق المقياس معناه تجميع الأدلة التي تؤيد مثل هذه الاستدلالات. (عبد الرحمن عيد المطيري، ٢٠١٦: ١٥٠).

ولقد تم تقويم صدق مقياس الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى مرضى السكر من طلاب الجامعة من خلال الطرائق الآتية:

١- **الصدق الظاهري:**

وذلك بهدف التحقق من صلاح عبارات مقياس ضغوط ما بعد الصدمة لمرضى السكر، حيث تم عرض المقياس على (٩) من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس لبيان رأيهم في صحة كل بند ودرجة ملاءمته للبعد الذي ينتمي اليه، ومدى وضوح الصياغة، فضلا عن ذكر ما يرونه مناسبا من إضافات أو تعديلات، وبناءًا على الآراء والملاحظات لم يتم استبعاد أي بند من المقياس، ولكن تم تعديل بعضها من حيث الأسلوب والصياغة. وقد تم اجراء التعديلات انطلاقا من اتفاق أغلب المحكمين.

٢- **الصدق الذاتي:**

هو صدق الدرجات التجريبية للمقياس بالنسبة للدرجات الحقيقة التي خلصت من أخطاء القياس وبذلك تصبح الدرجات الحقيقة للمقياس هي المحك الذي ينسب إليه صدق المقياس، لذا نجد ان العلاقة بين الصدق والثبات علاقة وثيقة، ويقاس الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات المقياس، والجدول التالي يوضح معاملات الصدق للمقياس.

جدول (٣) معاملات الصدق الذاتي لمقياس الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى مرضى السكر من طلاب الجامعة

الابعاد	معامل الثبات بإعادة التطبيق	الصدق الذاتى
البعد الأول	٠,٩١٢	٠,٩٥٥
البعد الثاني	٠,٩٣١	٠,٩٦٥
البعد الثالث	٠,٩٠٥	٠,٩٥١
البعد الرابع	٠,٩١١	٠,٩٥٤
المقياس ككل	٠,٩٤٢	٠,٩٧١

ومن الجدول رقم (٣) يتضح أن معاملات الصدق الذاتي لمقياس الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى طلاب الجامعة، جميعها مرتفعة وذلك لجميع ابعاد المقياس، وكذلك المقياس ككل، وهذا يؤكد تمتع المقياس وأبعاده بدرجة عالية من الصدق.

٣- **الصدق العاملي:**

تم إجراء تحليل عاملي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلينج لمقياس " الضغوط التالية لصدمة التشخيص" (٦٧ فقرة) على عينة قوامها (١٧٠) من طلاب الجامعة، وبعد التدوير المتعامد بطريقة (الفاريمكس) (Varimax)؛ أسفر التحليل العاملي عن وجود اربعة عوامل مستقلة هي على النحو التالي: - العامل الأول (ضغوط مرضى السكر) والعامل الثاني (مضاعفات مرض السكر) والعامل الثالث (العلاقات الاجتماعية) والعامل الرابع (محاولات ضبط السكر)،ويبين الجدول (٤) أرقام الفقرات وتشبعاتها، والجذر الكامن ونسبة التباين العاملي والتباين الكلى.

جدول (٤) تشبعات الفقرات على العوامل الأربعة لمقياس الضغوط التالية لصدمة التشخيص.

العامل الأول (ضغوط مرضى السكر)		العامل الثاني (مضاعفات مرض السكر)		العامل الثالث (العلاقات الاجتماعية)		العامل الرابع (محاولات ضبط السكر)	
الرقم	التشبعات	الرقم	التشبعات	الرقم	التشبعات	الرقم	التشبعات
١	٠,٣٩٠	٥	٠,٣٩٢	٢٥	٠,٣٩٥	٢٠	٠,٣٥٩
٢	٠,٣٧٦	١٦	٠,٤٨٦	٤٢	٠,٤٤١	٢٣	٠,٤٤٦
٣	٠,٥٠١	١٨	٠,٤١٥	٤٣	٠,٣٠٣	٢٧	٠,٤٣٥
٤	٠,٣١٥	٢١	٠,٣٨٥	٤٤	٠,٤٦٤	٣٢	٠,٣٩٧
٦	٠,٥٣٤	٢٢	٠,٤١٧	٤٥	٠,٥٢٢	٣٤	٠,٣٢٨
٧	٠,٤٧٩	٢٩	٠,٤٢٥	٤٦	٠,٥٧٩	٣٥	٠,٣١٤
٨	٠,٤٣٨	٣٣	٠,٤١١	٤٧	٠,٥٩٣	٣٦	٠,٤٣٠
٩	٠,٦٠٦	٣٧	٠,٣٤٨	٤٨	٠,٤٧٠	٣٩	٠,٣٢٥
١٠	٠,٤٩٢	٣٨	٠,٣٥٥	٤٩	٠,٦٠٧	٥٣	٠,٤٠٤
١١	٠,٤٤٧	٤٠	٠,٣٧٢	٥٠	٠,٤٦٤	٥٤	٠,٥٢١
١٢	٠,٥٩٢	٤١	٠,٥٥٩	٥١	٠,٥٩٣	٥٥	٣٧٥
١٣	٠,٤٨٣	٦٠	٠,٣٧٥	٥٢	٠,٣٣٧	٥٦	٠,٣٧٧
١٤	٠,٤١٤	٦١	٠,٣٧٠	٦٥	٠,٥٤٤	٥٧	٠,٥٧٦
١٥	٠,٤٨٣	٦٢	٠,٤٠٥	٦٦	٠,٤٤٤	٥٨	٠,٤٢٢
١٧	٠,٤٢٩	٦٣	٠,٣٠٥	٦٧	٠,٥٢٠	٥٩	٠,٥٤٢
١٩	٠,٣٧٨	٦٤	٠,٣٩٦				
٢٤	٠,٣٥٦						
٢٦	٠,٤٠٦						
٢٨	٠,٤٩١						
٣٠	٠,٤٥٤						
٣١	٠,٤٤٦						
الجذر الكامن	٦,٣٢	٦,٠٩		٥,٦٤		٤,٥٢	
نسبة التباين العاملي	%١٤,٤٣	%١٤,٠٩		%١٣,٤٢		%١١,٧٥	
التباين الكلى	%٥٣,٧١						

وقد بلغ عدد فقرات العامل الأول (٢١ فقرة) تدور في مجملها حول البعد الاول بعنوان "ضغوط مرضى السكر"، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ٦,٣٢ ، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايزر لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فإن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث أنها أكبر من الواحد الصحيح ، ويفسر هذا العامل نسبة ١٤,٤٣% من التباين الكلى.

وقد بلغ عدد فقرات العامل الثاني (١٦ فقرة) تدور في مجملها حول البعد الثاني بعنوان "مضاعفات مرض السكر"، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ٦,٠٩، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايزر لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فإن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث أنها أكبر من الواحد الصحيح ، ويفسر هذا العامل نسبة ١٤,٠٩% من التباين الكلى.

وقد بلغ عدد فقرات العامل الثالث (١٥ فقرة) تدور في مجملها حول البعد الثالث بعنوان "العلاقات الاجتماعية"، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ٥,٦٤ ، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايزر لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فإن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث أنها أكبر من الواحد

الصحيح ، ويفسر هذا العامل نسبة ١٣,٤٢% من التباين الكلى.

وقد بلغ عدد فقرات العامل الرابع (١٥ فقرة) تدور فى مجملها حول البعد الرابع بعنوان "محاولات ضبط السكر"، وكانت قيمة الجذر الكامن لهذا العامل هي ٤,٥٢ ، ووفق المحكات الأساسية التي وضعها كايزر لقبول العامل وإخضاعه للتفسير فإن قيمة الجذر الكامن لهذا العامل تعتبر جيدة حيث أنها أكبر من الواحد الصحيح، ويفسر هذا العامل نسبة ١١,٧٥% من التباين الكلى.

٤- الاتساق الداخلي:

تم حساب صدق الاتساق الداخلي لمقياس " الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى طلاب الجامعة" على عينة قوامها (ن = ١٧٠) من طلاب الجامعة وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجة الفقرة والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمى إليه، والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك معامل الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس، وفيما يلى جدول (٥) يوضح معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات الأبعاد الاربعة والدرجة الكلية للبعد.

جدول (٥)

معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات الأبعاد الاربعة والدرجة الكلية للبعد في مقياس الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى طلاب الجامعة.

م	ر١	ر٢	م	ر١	ر٢
١	**٠,٥٢٤	**٠,٤٠٦	٣٧	**٠,٤٨٧	**٠,٢٨٧
٢	**٠,٤٧٥	**٠,٣٨٥	٣٨	**٠,٦٥٢	**٠,٣٢٧
٣	**٠,٦٢٤	**٠,٤٩٤	٣٩	**٠,٦٤٢	**٠,٤١٤
٤	**٠,٤٠٨	**٠,٣٣٤	٤٠	**٠,٧٠٨	**٠,٤١٩
٥	٠,٠٤٥	٠,٠٨٥	٤١	**٠,٥٤١	**٠,٤٠٨
٦	٠,١١٥	٠,١٢٦	٤٢	**٠,٦٣٥	**٠,٤٥٧
٧	٠,١٤٢	٠,١٢٤	٤٣	**٠,٦٢٥	**٠,٣٩٠
٨	**٠,٤٢١	**٠,٢٠٨	٤٤	**٠,٧٤٥	**٠,٤٣٢
٩	**٠,٤٧٨	**٠,٥٤٢	٤٥	**٠,٧٠٩	**٠,٣٧٢
١٠	**٠,٣٥٤	**٠,٤٦٩	٤٦	**٠,٥٤٧	**٠,٣٥٦
١١	**٠,٣٠٩	**٠,٤٣١	٤٧	**٠,٦٤١	**٠,٣٣٤
١٢	**٠,٤٤٥	**٠,٥٩٨	٤٨	**٠,٦٣٢	**٠,٤٦٥
١٣	**٠,٦٠٢	**٠,٤٩٩	٤٩	**٠,٧٥٤	**٠,٥٣٥
١٤	**٠,٤٧٨	**٠,٤٢٥	٥٠	**٠,٤٥٥	**٠,٥٦٧
١٥	**٠,٣٤٤	**٠,٥٧٤	٥١	**٠,٤٧٨	**٠,٥٨٢
١٦	*٠,١٧٣	**٠,٤٦١	٥٢	**٠,٦٥٢	**٠,٤٦٨
١٧	**٠,٢٢٣	**٠,٣٨٠	٥٣	**٠,٧٤٩	**٠,٥٧٩
١٨	**٠,٢٧٩	**٠,٤٦٦	٥٤	**٠,٦٤٢	**٠,٤٥٧
١٩	**٠,٤٥٢	**٠,٢٧٧	٥٥	**٠,٥٢٤	**٠,٥٦٠
٢٠	**٠,٢١٢	**٠,٤١٩	٥٦	**٠,٧١٤	**٠,٣٩٠
٢١	**٠,٢١٤	**٠,٢٦٧	٥٧	**٠,٦٦٨	**٠,٣٨٤
٢٢	**٠,٣٩٦	**٠,٣٧٧	٥٨	**٠,٥٦٨	**٠,٥٢٣
٢٣	**٠,٢٠٦	**٠,٣٨٤	٥٩	**٠,٤٧٨	**٠,٣٦٦
٢٤	٠,٠٨٧	٠,٠٩٢	٦٠	**٠,٣٦٥	**٠,٣٦٥
٢٥	**٠,٣٤٢	**٠,٣٢٣	٦١	**٠,٢١٤	**٠,٥٦٤

م	ر١	ر٢	م	ر١	ر٢
٢٦	**٠,٤٢١	**٠,٣١٦	٦٢	**٠,٤١٢	**٠,٤١٠
٢٧	**٠,٣١١	**٠,٤٠٤	٦٣	**٠,٤٤٢	**٠,٥٣٣
٢٨	**٠,١٨٨	**٠,٣٦٨	٦٤	**٠,٤٠٥	**٠,٤٠٣
٢٩	**٠,٤٥٢	**٠,٣٤٩	٦٥	**٠,٤٥٢	**٠,٣٨٧
٣٠	**٠,٥٢١	**٠,٤١٧	٦٦	**٠,٦٤٥	**٠,٤١٦
٣١	**٠,٢١٥	**٠,٣٧٩	٦٧	**٠,٤٢٥	**٠,٢٨٩
٣٢	**٠,٢٢٥	**٠,٥١٠	٦٨	**٠,٦٠٥	**٠,٣٩٠
٣٣	**٠,٤٢٨	**٠,٤٢٣	٦٩	**٠,٤٧٨	**٠,٥٣٩
٣٤	**٠,٣٥٨	**٠,٤٥٧	٧٠	**٠,٣٥٨	**٠,٤٦٠
٣٥	**٠,٥٨٤	**٠,٤٦٢	٧١	**٠,٥٤٧	**٠,٥٠٠
٣٦	**٠,٦٢١	**٠,٢٧٩			

ر١: معامل الارتباط بين درجة الفقرة بالبعد، ر٢: معامل الارتباط بالدرجة الكلية ** دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١ ، *مستوى الدلالة ٠,٠٥

ويتضح من الجدول (٥) أن معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة بدرجة البعد الذى ينتمى إليه وبالدرجة الكلية للمقياس دالة احصائيا عند مستوى (٠,٠١) ما عدا الفقرات رقم (٥، ٦، ٧، ٢٤) فقد كانت معاملات ارتباطها غير دالة، وهو ما يشير إلى مستوى مرتفع من صدق الاتساق الداخلي لفقرات المقياس.

وقامت الباحثة بحساب صدق الاتساق الداخلي لمقياس الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى طلاب الجامعة أيضاً بحساب معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس الضغوط التالية لصدمة التشخيص كما يوضحه جدول (٦):

جدول (٦) معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس الضغوط التالية لصدمة التشخيص.

المقياس	البعد الاول	البعد الثاني	البعد الثالث	البعد الرابع	المقياس ككل
البعد الاول	-	**٠,٦٧٨	**٠,٧٢٥	**٠,٨٤٢	**٠,٧٥٥
البعد الثاني		-	**٠,٨١٤	**٠,٧٩٨	**٠,٦٤٤
البعد الثالث			-	**٠,٧٥٤	**٠,٨٠٢
البعد الرابع				-	**٠,٧٣٣
المقياس ككل					-

**** دالة عند مستوى ٠,٠١**

ومن جدول (٦) يتضح معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية لمقياس الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى طلاب الجامعة وبعضها البعض، وكذلك الدرجة الكلية للمقياس مقبولة ودالة احصائياً، مما يصبغ المقياس بدرجة مرتفعة من الصدق أي أنه يقيس ما أعد لقياسه.

ثانياً: ثبات المقياس: ويشير ثبات المقياس الى دقة واتساق درجاته في قياس ما يجب قياسه وإعطاء نتائج مماثلة أو متقاربة لو كررت عملية القياس على الأفراد نفسهم، وباختلاف العوامل والظروف الخارجية. والثبات بهذا المعنى يعد مؤشرا على درجة التجانس في نتائج المقياس. (زياني محمد، ٢٠١٨: ٢٥)

وقد قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى مرضى السكر من طلاب الجامعة باستخدام كل من طريقة ألفاكرونباخ، وجتمان، وإعادة التطبيق، على عينة قوامها (ن=١٧٠) من الطلاب، وقد جاءت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (٧).

جدول (٧)

معاملات الثبات بطريقة جتمان وألفاكرونباخ وإعادة التطبيق لمقياس الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى مرضى السكر من طلاب الجامعة

الأبعاد والدرجة الكلية	عدد الفقرات	معامل الثبات بإعادة التطبيق	معامل الثبات بطريقة جتمان	معامل الثبات ألفا كرونباخ
البعد الاول	٢١	٠,٩١٢	٠,٧٣٦	٠,٨٠١
البعد الثاني	١٦	٠,٩٣١	٠,٨٦٢	٠,٨٥٣
البعد الثالث	١٥	٠,٩٠٥	٠,٨٠٩	٠,٨٢٨
البعد الرابع	١٥	٠,٩١١	٠,٨١٢	٠,٧٨٠
الدرجة الكلية للمقياس	**٦٧**	**٠,٩٤٢**	**٠,٨٨٦**	**٠,٩٣٠**

ومن الجدول رقم (٧) يتضح أن معاملات الثبات لمقياس الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى مرضى السكر من طلاب الجامعة جميعها معقولة وذلك لجميع أبعاد المقياس، وكذلك الدرجة الكلية وهذا يؤكد تمتع المقياس وأبعاده بدرجة مقبولة من الثبات.

ثانيا:-البرنامج الإرشادي: إعداد الباحثة:

- **تعريف البرنامج الإرشادي:**

تعرف الباحثة البرنامج الإرشادي في هذه الدراسة بأنه "مجموعة من الجلسات الإرشادية التي تستند على فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي، حيث تتضمن كل جلسة من الجلسات الإرشادية على معلومات خاصة بالضغوط التالية لصدمة التشخيص والمواضيع ذات الصلة بها وفق جدول زمني ويحتوي على الإرشاد الجماعي، من أجل تحقيق الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى السكر من طلاب الجامعة في جو نفسي يتيح لهم حرية التعبير وحرية المشاركة الفعالة في البرنامج الإرشادي وابداء رأيهم والمكون من (٢٠ جلسة)" .

- **أهداف البرنامج الإرشادي:**

الهدف العام للبرنامج: يهدف البرنامج بصورة عامة الى خفض درجة الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى مرضى السكري من طلاب الجامعة، وذلك من خلال اقناع المريض بأن أفكاره السلبية المشوهة قد تؤثر سلبياً على الجانب العضوي للمرض، وأن التمادي في هذه الأفكار يؤدي الى المزيد من المضاعفات، والهدف هو تحقيق نوع من التعايش مع المرض، وحل المشكلات الناتجة عن المرض بطرق تفكير إيجابية منطقية.

الأهداف الخاصة للبرنامج: تتحقق هذه الأهداف من خلال العمل المثمر في الجلسات، وكذلك الواجبات المنزلية التي يكلف بها المستهدفين من البرنامج والمتعلقة بالمواقف الضاغطة لديهم من خلال البرنامج النفسي الذي يطبق عليهم وتتلخص هذه الأهداف فيما يلي:-

١- مساعدة مرضى السكر على مواجهة المواقف الضاغطة دون حدوث أي توتر أو قلق قدر الإمكان.
٢- العمل على خفض الضغوط التي يعاني منها مرضى السكر مما يساهم في تخقيق قدر من التوافق النفسي لديهم.
٣- تدريب مرضى السكر على استخدام الطرق العملية التي تم تعلمها أثناء تطبيق البرنامج

الإرشادي النفسي لمساعدتهم في مواجه الضغوط مستقبلا وتجنب الوقوع فيها.

٤- تزويد أفراد المجموعة التجريبية ببعض المعلومات النفسية، وتدعيم الأفكار الإيجابية التي تساعدهم على تخفيف الضغوط لديهم.

٥- تدريب أفراد المجموعة التجريبية على تفنيد المعتقدات السلبية.

- **أهمية البرنامج الإرشادي:**

تأتي أهمية البرنامج الإرشادي الحالي:

١- من الفئة المستهدفة بالتدريب، وهم فئة مرضى السكري، إذ أكد العديد من الدراسات والأبحاث حاجة هذه الفئة للاهتمام بها وعدم التوقف عند العلاج الطبي، لأن هناك حاجة للاهتمام بالناحية النفسية للمرضى.

٢- من كونه يقدم خدمة إرشادية جماعية لمرضى السكري في المراكز الصحية لرعاية مرضى السكري، ويعد هذا البرنامج الإرشادي – في حدود علم الباحثة - أول بحث محلي يهتم بذلك.

٣- من المشكلة النفسية التي يتناولها والتي يعانيها مرضى السكري، ويحتاجون إلى المساعدة النفسية لتجاوزها، وهذه المشكلة أكد وجودها العديد من الأبحاث والدراسات واللقاءات مع مرضى السكري وهي (ضغوط ما بعد صدمة التشخيص).

٤- من خلال وضوح الأسس التي يقوم عليها.

- **الأسس التي يقوم عليها البرنامج الإرشادي:**

يقوم هذا البرنامج الإرشادي على مجموعة من الأسس الهامة والتي يمكن تحديدها فيما يلي:-

١- **الأسس العامة**: وتشمل مراعاة الفروق الفردية للعديل والتغيير، وضرورة الاستمرار في عملية الإرشاد النفسي.

٢- **الأسس النفسية**: المتمثلة في تقديم المساعدة للطالب الجامعي أثناء فهمه ووعيه بخطورة المضاعفات التي قد يتعرض لها نتيجة مرض السكر وذلك من خلال الفنيات الإرشادية، وتحاورهم فيما بينهم ومع الباحثة ومناقشة كل ما يحتويه الموضوع مما يحقق لهم السعادة النفسية وتحقيق التكيف والتوافق مع البيئة والمجتمع.

٣- **الأسس التربوية:** يجب على الباحثة الأخذ بعين الاعتبار مراعاة الخصائص العامة للنمو في المرحلة الجامعية للطالب الجامعي، ومدى استيعابه خلال جلسات البرنامج الإرشادي، ومراعاة الفروق الفردية، واشباع الحاجات النفسية والاجتماعية.

٤- **الأسس الأخلاقية:** وتكمن في حق مرضى السكر في الخدمات الإرشادية التي تعينهم على العيش الكريم بدون مشاكل واضطرابات.

٥- **الأسس الفسيولوجية والعصبية:** تتميز المرحلة العمرية لطلاب الجامعة بمجموعة من المتغيرات النفسية، والفسيولوجية، والجسمية.

٦- **الأسس المعرفية**: وتتركز الى التعرف على الأفكار والمعتقدات الخاطئة، والعمل على تعديلها، واستبدالها بأفكار إيجابية تعمل على مشكلة المريض.

- **اعداد البرنامج الإرشادي:**

اعتمدت الباحثة في اعداد البرنامج على عدة مصادر، منها:

١- الإطار النظري الخاص بالإرشاد المعرفي السلوكي الذي سبق تقديمه.

٢- الدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات العلاقة بالعلاج المعرفي السلوكي لمرضى السكر مثل: (Grey, 1999)، (Snoek et al; 2001)، (Rossello& Chafey; 2006)، (عبد الكريم

سعيد رضوان، ٢٠٠٨)، (Amsberg et al; 2009)، (Petrak et al; 2010)، (Weinger et al; 2011)، (Markowitz et al; 2012)، (Davazdah emamy et al; 2013)، ، (أميرة مشري، ٢٠١٦).

٣- الاطلاع على بعض البرامج الإرشادية العربية والأجنبية التي تناولت الضغوط التالية لصدمة التشخيص مثل: (landolt et al; 2002)، (Horsch et al; 2007)، (Sismanlar et al; 2012)، (Jacob et al; 2013)، (Ciocca et al; 2015).

٤- الاطلاع على بعض الكتب التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي مثل: (لويس مليكة، ١٩٩٠)، (آرون بيك، ١٩٩٩)، (عادل عبدالله محمد، ١٩٩٩)، (عبد الستار إبراهيم،١٩٩٤)، (ألفت كحلة، ٢٠٠٥)، (هوفمان إس جي، ٢٠١٢)، (وردة رشيد بلحسيني، ٢٠١٤).

٥- سؤال عينة البحث عما يريدون ويتوقعون الحصول عليه لقاء تطوعهم للانخراط في البرنامج الإرشادي.

- **الفنيات المعرفية والسلوكية المستخدمة في البرنامج الإرشادي المقترح:**

١- سجل الأفكار السلبية (المشوهة).
٢- البحث عن البديل.
٣- جدول الأنشطة السارة.
٤- التدريب على الاسترخاء العضلي.
٥- التدريب على إدارة الضغوط (تحديد أساليب المواجهة السلبية).
٦- التدريب على إدارة الضغوط (تدعيم التفكير الإيجابي).
٧- التدريب على إدارة الضغوط (تكوين أساليب سلوكية توافقية).
٨- التدريب على إدارة الضغوط (حل المشكلات).
٩- التدريب على إدارة الضغوط (تحكم في حالتك المزاجية) (قائمة مساعدة).

- **صدق البرنامج:**

من أجل التأكد من صدق البرنامج عُرض على مجموعة من المحكمين بلغ قوامها (٩) من المتخصصين في مجالات علم النفس والصحة النفسية من جامعة طنطا، وجامعة المنصورة، وجامعة بنها لمعرفة مدى مناسبة البرنامج من حيث الأهداف، والأنشطة، والزمن الذي يحتاجه لتحقيق الأهداف، وأية تعديلات أخرى، وفي ضوء آراء المحكمين أُجريت بعض التعديلات اللغوية، وزيادة مدة الجلسة من ساعة الى ساعتان، وتوضيح الأهداف بشكل أكثر دقة.

- **محتوى جلسات البرنامج الإرشادي: انظر الجدول رقم (٨)**

يحتوي البرنامج الإرشادي المعد لهذه الدراسة في صورته النهائية على (٢٠) جلسة إرشادية على مدى (٧ أسابيع)، مدة الجلسة ساعتان، بمعدل ثلاث جلسات اسبوعياً، باستثناء آخر أسبوع تم تنفيذ جلسة واحدة. وطُبقت الجلسة العشرون (التقييم المؤجل) بعد مرور شهر ونصف على تطبيق البرنامج. وقد ركزت جلسات البرنامج على أربعة موضوعات وأفكار رئيسية وهي:

١- الطريقة التي تؤثر بها المعارف على الانفعالات والسلوكيات (تطوير هذا النموذج بشكل خاص لمرضى السكر).
٢- الضغوط وضعف التحكم في السكر (طرق مواجهة المواقف الضاغطة).
٣- مضاعفات السكر في المستقبل.
٤- السكر، والعلاقات الاجتماعية.

جدول (٨) يوضح جلسات البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية

الجلسة	المستهدف	الفنيات	الواجب المنزلي
الجلسة رقم (١)	التعارف والتقديمات.	المناقشة	
الجلسة رقم (٢)	توضيح أهداف البرنامج وشرح النموذج المعرفي السلوكي.	المحاضرة	
الجلسة رقم (٣)	تطبيق النموذج المعرفي السلوكي على مرضى السكر.	المحاضرة	
الجلسة رقم (٤)	ضغوط مرضى السكر.	- تسجيل الأفكار المشوهة. - التدريب على إدارة الضغوط (تدريب أساليب المواجهة السلبية).	- التدريب على ملء سجل الأفكار المشوهة في مواقف الحياة العادية.
الجلسة رقم (٥)	ضغوط مرضى السكر.	- تسجيل الأفكار المشوهة. - التدريب على إدارة الضغوط (تدعيم التفكير الإيجابي).	- سجل الأفكار المشوهة - الاسترخاء.
الجلسة رقم (٦)	ضغوط مرضى السكر.	- تسجيل الأفكار المشوهة. - التدريب على إدارة الضغوط (تكوين أساليب سلوكية توافقية).	- سجل الأفكار المشوهة - الاسترخاء.
الجلسة رقم (٧)	ضغوط مرضى السكر.	- تسجيل الأفكار المشوهة. - التدريب على إدارة الضغوط (حل المشكلات)	- سجل الأفكار المشوهة - الاسترخاء.
الجلسة رقم (٨)	المضاعفات في المستقبل.	- العلاج البديلي. - التدريب على الأنشطة السارة.	الاسترخاء
الجلسة رقم (٩)	المضاعفات في المستقبل.	- العلاج البديلي. - التدريب على الأنشطة السارة.	الاسترخاء
الجلسة رقم (١٠)	المضاعفات في المستقبل.	- العلاج البديلي. - التدريب على إدارة الضغوط (تحكم في حالتك المزاجية) (قائمة مساعدة)	
الجلسة رقم (١١)	العلاقات الاجتماعية.	- تسجيل الأفكار المشوهة. - المناقشة.	
الجلسة رقم (١٢)	العلاقات الاجتماعية.	- تسجيل الأفكار المشوهة. - المناقشة.	
الجلسة رقم (١٣)	مواجهة صدمة التشخيص.	- التدريب على إدارة الضغوط. (تكوين أساليب سلوكية توافقية).	

الجلسة	المستهدف	الفنيات	الواجب المنزلي
الجلسة رقم (١٤)	مواجهة صدمة التشخيص.	- التدريب على إدارة الضغوط. (تدعيم التفكير الإيجابي).	
الجلسة رقم (١٥)	مواجهة صدمة التشخيص.	- التدريب على إدارة الضغوط.(حل المشكلات).	
الجلسة رقم (١٦)	مشكلات ضبط السكر.	- التدريب على الوعي بمستويات الجلوكوز في الدم.	
الجلسة رقم (١٧)	مشكلات ضبط السكر.	- التدريب على الوعي بمستويات الجلوكوز في الدم.	
الجلسة رقم (١٨)	مشكلات ضبط السكر.	- التدريب على الوعي بمستويات الجلوكوز في الدم.	
الجلسة رقم (١٩)	ختام الجلسات والقياس البعدي.		
الجلسة رقم (٢٠)	القياس البعدي٢.		

التطبيق القبلي لأدوات البحث:

تم تطبيق أدوات البحث قبلياً وهى مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص وعدد مرات تعاطى العلاج أو كمية العلاج لدى عينة الدراسة للمجموعة التجريبية، وتم حساب قيم المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة الدراسة والجدول التالي يوضح تلك النتائج.

جدول (٩) المتوسطات والانحرافات المعيارية على مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص لدى عينة الدراسة قبلياً.

المقياس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
ضغوط ما بعد صدمة التشخيص	٢٠	١٧٣,٢٥	٨,٥٨

يتضح من الجدول السابق ما يلى:

- قيم المتوسطات والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية على مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص لدى عينة الدراسة في القياس القبلي.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

استخدمت الباحثة الاساليب التالية للتحقق من صحة فروض البحث من خلال برنامج الاحصاء SPSS.V21 وهى:

- معامل ارتباط بيرسون.
- المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغيرات الدراسة التابعة
- اختبار "ويلككسون" للمجموعتين المرتبطتين Wilcoxon Ranks Test
- مربع ايتا لقياس حجم التأثير

تاسعاً:- نتائج الدراسة ومناقشتها:-

١- نتائج الفرض الاول:

ينص الفرض على أنه: **تُوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq$ ٠,٠٥) بين متوسطي رُتب درجات مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسيّن القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.**

ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب متوسطي رُتب درجات القياسين القبلي والبعدي لدى افراد المجموعة التجريبية، واستخدمت الباحثة أسلوبا إحصائيا لابارامتري متمثلا في "اختبار ويلكوكسون TestWilcoxon " للأزواج المرتبطة، على مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص كما يلي في جدول (١٠):

جدول(١٠)

دلالة الفروق بين متوسطي رُتب درجات المجموعة التجريبية للقياسين القبلي والبعدي على مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص.

المقياس	القياس	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة الإحصائية
ضغوط ما بعد صدمة التشخيص	الرتب السالبة	٢٠	١٠,٥٠	٢١٠,٠٠	٣,٩٢	٠,٠٥
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	المتساوية	٠				
	المجموع الكلي	٢٠				

مستوي الدلالة عند (٠,٠١) = ٢,٥٨ مستوي الدلالة عند (٠,٠٥) = ١,٩٦

يتضح من الجدول (١٠) أن قيمة Z المحسوبة لأبعاد مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص لدى عينة الدراسة قيم أكبر من القيمة الحدية (١,٩٦) مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوي دلالة (٠,٠٥) بين متوسطي رُتب المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي (في الاتجاه الافضل)، مما يعني تحسن أفراد المجموعة التجريبية بعد تعرضهم لجلسات البرنامج، وبذلك يتم قبول الفرض الاول التالي:

تُوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رُتب درجات ضغوط ما بعد صدمة التشخيص لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسيّن القبلي والبعدي لصالح البعدي (في الاتجاه الافضل).

حجم التأثير: استخدمت الباحثة مقياس مربع إيتا " η2" لتحديد حجم تأثير المتغير المستقل وهو: استخدام برنامج ارشادي معرفي سلوكي على المتغير التابع وهو: ضغوط ما بعد صدمة التشخيص.

وباستخدام الأساليب الإحصائية لحساب قيمةη2. جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول (١١) حجم التأثير للبرنامج الارشادي المعرفي السلوكي على ضغوط ما بعد صدمة التشخيص لدى عينة الدراسة

المحور	ضغوط ما بعد صدمة التشخيص
مربع ايتا "η2"	٠,٧٩
حجم التأثير	كبير

وبملاحظة قيمة من "η2" يتضح أن حجم تأثير البرنامج الارشادي المعرفي السلوكي كان كبيراً في ضغوط ما بعد صدمة التشخيص حيث تراوح كان (٠,٧٩) وذلك لأن قيمة "η2 أكبر من (٠,١٥)، وهذه النتيجة تعنى أن ٧٩% من التباين الكلي للمتغير التابع

(ضغوط ما بعد صدمة التشخيص) يرجع إلى المتغير المستقل (البرنامج الارشادي المعرفي السلوكي).

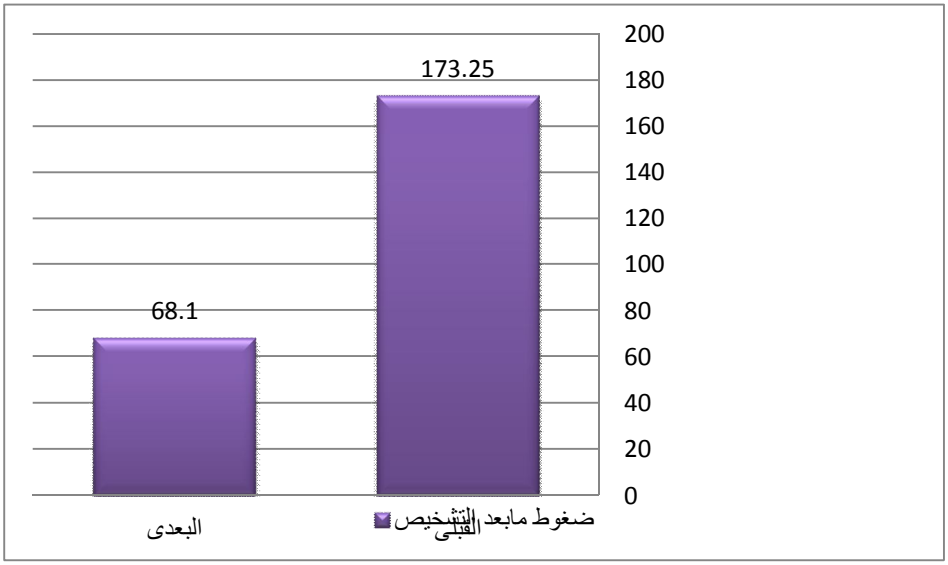
فمن الجدولين رقم (١٠)، (١١) يتضح أن قيمة (Z) دالة احصائيا، وكذلك حجم تأثير المتغير المستقل (البرنامج الارشادي المعرفي السلوكي) كبير على المتغير التابع (ضغوط ما بعد صدمة التشخيص)، وهذا يدل على فعالية استخدام برنامج ارشادي معرفي سلوكي في تخفيف ضغوط ما بعد صدمة التشخيص لدى عينة الدراسة.

ويوضح الجدول (١٢) الآتي قيم متوسطي درجات مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص وضغوط ما بعد صدمة التشخيص لدي افراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي.

جدول (١٢) قيم متوسطي درجات افراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي البعدي للأداء على مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص لعينة الدراسة

المقياس / المجموعة	الإحصاء الوصفي	ضغوط ما بعد صدمة التشخيص
قبلي	المتوسط	١٧٣,٢٥
	الانحراف المعياري	٨,٥٨
بعدي	المتوسط	٦٨,١٠
	الانحراف المعياري	١١,٧٥

ويوضح الشكل (٢) الآتي التمثيل البياني لقيم متوسطي درجات أبعاد مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص وضغوط ما بعد صدمة التشخيص لدي افراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي.



شكل (٢) التمثيل البياني لمتوسطي درجات افراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للأداء على مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص

يتضح من شكل (٢) أن التمثيل البياني لقيم متوسطي أبعاد مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص وضغوط ما بعد صدمة التشخيص لدى عينة الدراسة يظهر فروق بين افراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي (في الاتجاه الافضل).

ويمكن تفسير النتيجة السابقة بالتحسن الملحوظ نتيجة التدريب واتّباع البرنامج الإرشادي، مما يبرهن على أهمية البرنامج الإرشادي ومدى فعالية التدريبات والأنشطة المعتمدة، فضلا عن المعلومات التي قدَّمها البرنامج الإرشادي عن أهمية خفض مستوى الضغوط النفسية وعن الفائدة التي تعود على المريض نتيجة ممارسته لسلوكيات تقلل من مستوى الضغوط لديه، وضبط نسبة السكر في الدم.

فقد أظهر البرنامج الإرشادي تأثيرًا وفاعلية إيجابية على خفض مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى السكري من أفراد العينة التجريبية إذ أنهم كانوا يعانون بشكل واضح العديد من مظاهر الضغوط النفسية متعددة الأسباب والدوافع، وهذا يدل على أهمية الإرشاد النفسي لدى الأفراد الذين يعانون الأمراض المزمنة بشكل عام ومرضى السكري بشكل خاص لما لآثار ارتفاع مستوى الضغوط النفسية من مخاطر جمَّة على صحة مرضى السكري، والتي تنعكس سلبًا على مستوى السكر في دمهم وبالتالي صعوبة التحكم في أعراض المرض بشكل عام.

وتعزو الباحثة النتائج السابقة الى ما يوليه الإرشاد المعرفي السلوكي من أهمية تعليم الأفراد النظر الى أفكارهم باعتبارها فروضا قابلة للاختبار والاستبدال أكثر منها حقائق لا تقبل الجدل، فقد عبَّر الطلبة الذين سجَّلوا درجات مرتفعة على مقياس الضغوط التالية للصدمة بأنهم يشعرون بالقلق والتوتر من المستقبل، ومن خلال قيام الباحثة بفحص الأفكار السلبية لهؤلاء الطلبة فقد تبيّن وجود أعراض اليأس والخوف من المستقبل التي تظهر من خلال أفكارهم التي جاءت (أشعر بالخوف من مضاعفات مرض السكر، لا أتوقع وجود علاج لمرض السكر، أخاف الموت بسبب مرض السكر، أشعر بعدم السيطرة على مجريات حياتي، أشعر باليأس من السيطرة على السكر في المستقبل، أخاف على مستقبل أولادي،.....وغيرها من الأفكار السلبية)، فناقشت الباحثة أسباب اليأس والخوف من المستقبل مع أفراد المجموعة، والتوصل في النهاية الى أن المستقبل بيد الله وحده، ولا يستطيع أحد أن يحدد أجله، ثم مناقشة البدائل المتاحة مع هؤلاء الطلبة بضرورة الاستمتاع بالحياة من خلال القيام أنشطة سارة، وممارسة تمارين الاسترخاء، وعندما يشعر الطالب بنجاح في أداء هذه الأنشطة فإن رغبته في الحياة كانت تزداد، وتتغير هذه النظرة التشاؤمية، لأن الحلول البديلة تُركز على جعل الفرد واعيًا بالتعارض في افتراضاته واعتقاداته.

كما تعزو الباحثة نتائج هذه الفرضية أيضا الى كون الإرشاد المعرفي السلوكي أسلوبًا علاجيًا يحاول تعديل سلوك المريض من خلال التأثير في المعارف والأفكار، فالأشخاص من وجهة نظر (Beck) يستجيبون للأحداث والمواقف وفقًا للمعاني التي يعطونها لها، وهذا ما يجعل استجاباتهم نحو الموقف الواحد متباينة، بل تختلف عند الشخص الواحد في أوقات مختلفة. فالفكرة التي تؤدي الى اليأس أو الحزن أو الغضب اذا اشتملت على تشويش للواقع، فإنه ينتج عنها اكتئاب أو قلق أو غيرها من الاضطرابات النفسية.

ويُفَسَّر هذا التقدم الذي أحرزته أفراد عينة الدراسة في خفض الضغوط التالية للصدمة ولصالح القياس البعدي في ضوء الأساليب والفنيات المستخدمة في البرنامج الإرشادي فقد ساهمت التقنيات العديدة للجلسات الإرشادية في إعطاء المريض الفرصة للقيام بالأنشطة التي ساعدته على اكتساب بعض المهارات والمعارف، فقد ساهمت تقنية المحاضرة والمناقشة الجماعية في توسيع مدى فهم مرضى السكري لمعاني المشاعر الإيجابية والمشاعر السلبية والضغوط النفسية وأساليب مواجهتها، وكذلك مدى أهمية أن يكون الشخص راضيًا عن حياته ومتوافقًا مع مرضه، فأسلوب المحاضرة والمناقشة الجماعية تُستَخْدَم بنجاح في فهم

وتعديل مفاهيم المرضى عن طريق رؤية واضحة لنتائج الأفعال والمفاهيم، حيث وُجِد أن المريض في الموقف الجماعي ينشط اجتماعيًا ونفسيًا وعقليًا.

كما أن فنية التدريب على إدارة الضغوط التي اعتمدت عليها الباحثة لا تهدف ضمن تدريباتها الى خفض مستوى الضغوط النفسية فقط، بل تهدف الى تدريب الأعضاء على مهارات تكيفية تساعدهم على التعامل والتكيف مع السكري، وتعديل السلوكيات والانفعالات غير المتوافقة مع المجتمع من خلال فنيات تحديد أساليب المواجهة السلبية، وتدعيم التفكير الإيجابي، وتكوين أساليب توافقية، وفنية حل المشكلات التي اعتمدت عليها الباحثة أثناء تطبيق جلسات البرنامج.

وقد ساعدت فنية التدريب على الوعي بمستويات الجلوكوز في الدم التي اعتمدت عليها الباحثة أفراد العينة على تعلم عدة مهارات جديدة كالتعرف على معدل الجلوكوز في الدم سواء المرتفع أو المنخفض عاجلا وبصورة دقيقة، ومعالجة هذا المعدل سواء المرتفع أو المنخفض بصورة أكثر فاعلية، وكذلك التنبؤ باحتمالية ارتفاع أو انخفاض معدل الجلوكوز في الدم، وتجنب معدل الجلوكوز في الدم سواء المرتفع أو المنخفض كل هذه المهارات أدت الى تحسين نوعية الحياة لديهم. .

كما اهتمت الباحثة بجداول الأنشطة السارة حيث أن مرضى السكري يعيشون في نقد الذات بسبب انسحابهم عن المجتمع وانعزالهم عنه وأنهم لا يتسموا بالنشاط ويبررون ذلك الانسحاب وعدم التفاعل مع المجتمع بأنهم ليس لهم أهمية في المجتمع أو أنهم يشعرون بالعبء على الآخرين مما جعلهم في حالة من الانعزال والسلبية، ولذلك عملت الباحثة على دفعهم الى ممارسة الأنشطة حتى يشعروا بالنجاح عند انجازها وبالتالي يكون لديهم الدافعية لأداء أنشطة أخرى وبذلك يتحقق لديهم تقديرًا ايجابيًا للذات مما يساعدهم على التغلب على مرضهم حيث أنَّ النشاط يساعد الفرد على الاستمتاع والإحساس بالقدرة على التحكم في أمور حياته.

ومن الأسباب التي تُفسِّر فعالية البرنامج في خفض درجة الضغوط استخدام الباحثة لفنية الواجب المنزلي الذي يحتوي على عنصر مهم، وهو المراقبة الذاتية فقد كان يُطْلَب من الطلبة تسجيل الألفاظ والعبارات الذاتية التي يرددونها قبل تعرضهم الى المواقف الضاغطة التي يمرون بها وفي أثناءها وبعدها، والتي قد تؤدي الى حدوث أو عدم حدوث حالة من الضغط النفسي لديهم، فضلا عن أنَّ مراجعة الباحثة للواجب المنزلي أعطى للمفحوصين انطباعًا أنَّ الواجبات المنزلية هي جزء من عملية التغيير التي ساعدت على تحقيق أهداف البرنامج.

وهناك عناصر إضافية ساعدت على تحقيق التحسن وانخفاض مستوى الضغوط وهي تمارين الاسترخاء التي ترى الباحثة أنها أصبحت ضرورة من ضرورات الحياة لابد من تعلُّمها لمواجهة الضغوط والتغلب عليها لما لها من فوائد كثيرة ذكرتها العديد من الدراسات كتحقيق الثبات الانفعالي للفرد وتجنبه المواقف الضاغطة العصيبة. وكان لها تأثيرها على تحسن مستوى مقاومة الأنسولين في دراسة (Tsujiuchi et al; 2002) كما أنها ساعدت على درجة ضبط الجلوكوز لدى مرضى النمط الثاني من السكر في دراسة (Surwit & Schneider, 1993).

وقد يكون لطول تطبيق البرنامج أثر، إذ طُبِّق على مدار (٧ أسابيع) بواقع (٣ جلسات) في الأسبوع، مدة الجلسة ساعتان، ومن ثم فقد أتاح طول التطبيق الفرصة لأفراد العينة للتدريب على المهارات وأداء الواجبات المنزلية التي رفعت من قدرتهم في خفض أعراض الضغوط النفسية.

وبالرجوع الى أدبيات الدراسات السابقة تتفق نتيجة الدراسة الحالية التي تشير الى فاعلية استخدام

برنامج تدريبي قائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى مرضى السكر مع دراسات عديدة منها دراسة (Grey, 1999) التي أسفرت عن تمتع أفراد المجموعة التي خضعت للبرنامج التوافقي بقدرة على التحكم في نسبة السكر في الدم وزيادة الكفاءة الذاتية لديهم. وتتفق مع دراسة (Amsberg et al; 2009) في أن التدخل المعرفي السلوكي هو أسلوب واعد في تحسين حياة مرضى السكر. كما أنها اتفقت مع دراسة (Petrak et al; 2010)، ودراسة (Markowitz et al; 2012) التي أوضحت نتائجها نقص في أعراض الاكتئاب بشكل دال احصائيا، وتحسن في مستوى glycemic control نتيجة للبرنامج المعرفي السلوكي المصمم لمرضى السكر. و تتفق مع دراسة كل من: (Snoek et al; 2001), (Weinger et al; 2011) في أن التدريب المعرفي السلوكي هو أسلوب يساعد على زيادة فاعلية مرضى السكر ضُعاف التحكم في مرضهم، كما أنها اتفقت مع دراسة (Davazdah emamy et al; 2013) في استخدامها للتدريب على إدارة الضغوط لإثبات فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الضغوط النفسية لدى مرضى السكر،وكذلك تتفق مع دراسة كل من (عبد الكريم سعيد رضوان، ٢٠٠٨) ودراسة (أميرة مشري، ٢٠١٦) التي أشارت الى وجود فروق ذات دلالة احصائية في الأداء على مقياس الضغوط النفسية لدى مرضى السكري بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي الأمر الذي يؤكد فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية وتحسين مستوى الجلوكوز في الدم لدى مرضى السكر.

وتختلف الدراسة الحالية مع دراسة (Rossello& Chafey; 2006) في بعض جزئياتها والتي أشارت الى عدم تأثير البرنامج العلاجي على مستوى(HbA1c) أو سلوك رعاية الذات، بينما كان للبرنامج تأثير على بعض العوامل النفسية الأخرى كالقلق والاكتئاب.

٢- نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض على أنه: **لا تُوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq$ ٠,٠٥) بين متوسطي رُتب درجات ضغوط ما بعد صدمة التشخيص لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسيّن البعدي والتتبعي.**

ولاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب متوسطي رُتب درجات ضغوط ما بعد صدمة التشخيص لدى افراد المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي – التتبعي)، وقد تم استخدام "اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test" للأزواج المرتبطة، للتحقق من وجود فروق بين متوسطي رتب درجات القياسين (البعدي – التتبعي) لنفس افراد المجموعة التجريبية، ويتضح ذلك في الجدول (١٣) الآتي:-

جدول (١٣) دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين (البعدي – التتبعي) لافراد المجموعة التجريبية على مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص

المقياس	القياس	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة الإحصائية
ضغوط ما بعد صدمة التشخيص	الرتب السالبة	١٥	١٠,٩٣	١٦٤,٠٠	٢,٧٨	٠,٠٥
	الرتب الموجبة	٤	٦,٥٠	٢٦,٠٠		
	المتساوية	١				
	المجموع الكلي	٢٠				

مستوي الدلالة عند (٠,٠١) = ٢,٥٨ مستوي الدلالة عند (٠,٠٥) = ١,٩٦

يتضح من الجدول (١٣) أن قيمة Z المحسوبة لمقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص لدى عينة الدراسة قيم اكبر من القيمة الحدية (١,٩٦)، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي رُتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لصالح التتبعي (في الاتجاه الأفضل)، مما يعني استمرار تحسن أفراد المجموعة التجريبية بعد تعرضهم لجلسات البرنامج وبعد فترة المتابعة، بينما، وبذلك يتم رفض الفرض الصفري الثاني أي أن:

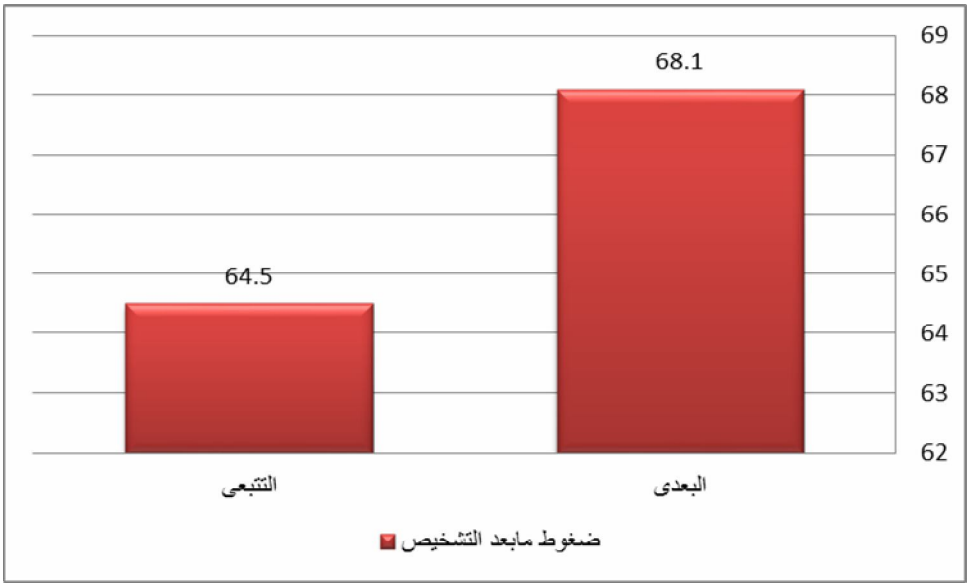
١) يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسطي رتب درجات مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسيّن البعدي والتتبعي لصالح التتبعي.

ويوضح الجدول (١٤) الآتي قيم متوسطي أبعاد مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي.

جدول (١٤) قيم متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص

أبعاد المقياس / القياس	الإحصاء الوصفي	ضغوط ما بعد صدمة التشخيص
البعدي	المتوسط	٦٨,١٠
	الانحراف المعياري	١١,٧٥
التتبعي	المتوسط	٦٤,٥٠
	الانحراف المعياري	١١,٦٤

ويوضح الشكل (٣) الآتي التمثيل البياني لقيم متوسطي درجات أبعاد مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص لدي افراد المجموعة التجريبية للقياسين (البعدي – التتبعي).



شكل (٣) قيم متوسطي درجات افراد المجموعة التجريبية للقياسين (البعدي – التتبعي) على مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص

يتضح من التمثيل البياني السابق أن التمثيل البياني لأبعاد مقياس ضغوط ما بعد صدمة التشخيص وضغوط ما بعد صدمة التشخيص لدى عينة الدراسة يظهر فروق بين افراد المجموعة التجريبية للقياسين

(البعدي – التتبعي)، وهذا مؤشر قوي يعود الى أثر وفعالية البرنامج الإرشادي المتبع والتحسن الكبير الذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية خلال أيام التدريب من جهة، والى انتقال أثر التدريب واستمراره خلال الفترة المخصصة للقياس المؤجل من جهة ثانية، كما يعطي مؤشرا على استمراره فيما بعد.

وتعزو الباحثة نتيجة هذا الفرض الى استفادة أفراد المجموعة التجريبية من البرنامج الإرشادي بما تضمنه من تدريبات ومناقشات متعددة، فضلا عن نجاحهم في توظيف المعارف والمهارات التي تم التدرب عليها من أجل خفض مستوى الضغوط في المواقف اليومية التي تمر بهم، والعائد الإيجابي نتيجة لذلك سمح باستمرار أثر التدريب، ومناسبة الفنيات والتدريبات والإجراءات المختلفة التي تضمنها البرنامج لتحقيق أهدافه، ومن هذه الأهداف خفض مستوى الضغوط لدى المشاركين فيه، وتوزعها على الجلسات، وكذلك ترتيب الجلسات وتكاملها في تنمية المهارات والمعارف.

فمريض السكري عند اكتشافه لمرضه ينتابه الشعور بالخوف والقلق على صحته ولذلك يهتم بصحة جسمه أكثر ويكون أكثر انضباطا في أخذ العلاج بانتظام ومتابعة الطبيب المختص ولكن بعد فترة من الزمن مع اعتبار الفروق الفردية يبدأ مريض السكري يشعر بالملل والإحباط وعدم رغبته بمتابعة الطبيب وأخذ العلاج بانتظام، وبزيادة عمر المريض تقل كل من قدراته الجسمية والنفسية، ومع مرض السكر تضعف أكثر قدرات المريض الجسمية ويكون معرضا لمضاعفات السكر الخطيرة خاصة إذا لم يتبع المريض التعليمات والإرشادات العلاجية، مما يتسبب في زيادة الضغوط لدى المرضى وهذا ما أكدته دراسة (Ciocca et al; 2015) من ارتباط الضغوط التالية للصدمة بأحداث انخفاض وارتفاع مستوى السكر بالدم، وحدوث الغيبوبة Coma لدى أفراد عينة الدراسة.

ومن جانب آخر يجد مريض السكري صعوبة في التقيد بالعادات والتقاليد السائدة، ويشعر بشكل مستمر بأن المجتمع يحمله مسؤولية مرضه إضافة الى خوفه الدائم على مستقبل أولاده وأسرته من المرض ومضاعفاته، وعدم القدرة على المحافظة على أصدقائه علاوة على تفكيره بملازمة المرض له طوال العمر كل هذا يُعد من الضغوط الملازمة له طوال حياته لذلك فهو يحتاج الى إرادة قوية ليعالج هذه الضغوط ويحتاج بذلك الى عدة عوامل منها: استخدام مهاراته وقدراته الموجودة بأقصى طاقة ممكنه وعوامل داعمة كالمساندة الاجتماعية وهذه بدورها تساعد على قوة الإرادة والصبر وتزيد من سمات الشخصية الإيجابية لدى مرضى السكري وأسرهم كما ظهر في دراسة (landolt et al; 2002) من ارتباط الضغوط التالية للصدمة ببيئة الأسرة، وكذلك بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي.

وتفسر الباحثة استمرار المكاسب العلاجية لدى أفراد المجموعة التجريبية في ضوء العملية الإرشادية المعرفية والتي تتمحور حول ادراك أن غاية الإرشاد المعرفي السلوكي هو أن تظل العملية الإرشادية مستمرة التأثير فالإرشاد الناجح يتضمن تعليم الأفراد تبديل طريقة تفكيرهم بطريقة أفضل تهدف الى المنفعة وتؤدي الى نتائج طيبة على المدى البعيد. فهذه المدرسة الإرشادية تسعى لإكساب المرضى فلسفة عقلانية تساعد على حل مشاكلهم الحالية المتمثلة في الضغوط التالية لصدمة التشخيص، وعلى التعامل بنجاح مع هذا الاضطراب في المستقبل.

وتتفق هذه الدراسة مع دراسات كل من (Grey, 1999)، (Amsberg et al; 2009)، (Petrak et al; 2010)، (عبد الكريم سعيد رضوان، ٢٠٠٨)، التي أكدت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين التطبيق

البعدي والتطبيق المؤجل مما يؤكد استمرارية فعالية البرنامج.

بينما لا توجد دراسات اختلفت مع نتيجة هذا الفرض مما يؤكد حاجة مرضى السكري بشكل عام الى الإرشاد النفسي والبرامج الإرشادية في حياته أكثر من حاجتهم للعلاج بالعقاقير فقط وذلك لمساعدتهم على التوافق مع أعراض المرض ومضاعفاته وتقلباته والتعايش معه، وبالتالي ينعكس ذلك على خفض مستوى الضغوط لدى مرضى السكر حيث أن زيادة ضغوط مرضى السكر ينعكس سلبًا على مستوى السكر في دمهم، وزيادة أعراض المرض لديهم.

المراجع:

- **أولا المراجع العربية:**

- آرون بيك. (١٩٩٩). *"العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية"*. ترجمة عادل مصطفي. القاهرة: دار الآفاق.
- اسماعيل عويس. (٢٠٠٢). *"كيف تتعايش مع مرض السكر أسبابه- مشاكله- علاجه- طرق الوقاية منه"*. القاهرة: مكتبة الصفا للنشر والتوزيع.
- ألفت كحلة. (٢٠٠٥). *"العلاج المعرفي السلوكي لمرض الاكتئاب"*. القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر.
- أميرة مشري. (٢٠١٦). "أثر العلاج السلوكي المعرفي في التخفيف من الإنعصاب لدى مرضى السكرى من النمط الثاني". *رسالة ماجستير*. جامعة وهران.
- أمين رويحة. (١٩٧٣). *"داء السكرى أعراضه و أسبابه و طرق مكافحته"*. بيروت، لبنان: دار القلم.
- بادي محمد الشديفات. (٢٠٠٧). "الضغوط النفسية التي تواجه الأطفال المصابين بالنوع الأول من السكري وعلاقتها ببعض المتغيرات". *رسالة ماجستير غير منشورة*. الجامعة الأردنية.
- جاسم محمد المرزوقي. (٢٠٠٧). "علاقة القلق والإكتئاب والضغط النفسي والتفكير اللاعقلاني بمستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري". *رسالة دكتوراه غير منشورة*. الجامعة الأردنية.
- خليفة الحداد. (٢٠٠٨). "مدى فاعلية أسلوب العلاج النفسي الجماعي في تخفيض الاكتئاب النفسي لدى المصابين بمرض السكر". *رسالة ماجستير غير منشورة*. جامعة ٧ أكتوبر، كلية الآداب.
- رانيه علي، و ريم سليمون. (٢٠١٤). "مصادر الضغوط النفسية لدى مرضى السكري (النوع الثاني)" دراسة ميدانية في مدينة اللازقية. *مجلة جامعة البعث*، المجلد ٣٦، العدد ٤، ص ص ١٦٥-١٩٣.
- رغداء نعيسة، و رولا رضا شريقي. (٢٠١٣). "الضغوط النفسية وعلاقتها بالصلابة النفسية دراسة ميدانية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الاذقية". *مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية*، المجلد (٣٥) العدد (١)، ص ص ١٢١- ١٤٧.
- زياني محمد. (٢٠١٨). "الخصائص السيكومترية لمقياس قلق الإمتحان لسارسون لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية". *رسالة ماجستير*. جامعة مستغام.
- سعد جلال. (١٩٨٠). *"في الصحة العقلية"*. القاهرة: دار المعارف.
- عادل عبد الله محمد. (١٩٩٩). *"العلاج المعرفي السلوكي أسس و تطبيقات"*. الزقازيق: دار الرشاد.

- عبد الرحمن عيد المطيري. (٢٠١٦). "الخصائص السيكومترية لاختبار تشخيصي محكي المرجع في مفاهيم القياس والتقويم التربوي لدى عينة من معلمي ومعلمات وزارة التربية بدولة الكويت". *مجلة وادي النيل للدراسات والبحوث، العدد التاسع*، ١٣٥ - ١٧٧.

- عبد الستار ابراهيم. (١٩٩٤). *"العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث"*. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

- عبد الفتاح محمد سعيد الخواجه. (٢٠١٠). "الوحدة النفسية وعلاقتها باضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من طلبة كلية التربية بجامعة السلطان قابوس". *مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والإجتماعية*، المجلد ٨، العدد ١، ص ص ١٢٧-١٥٤.

- عبد الكريم سعيد رضوان. (٢٠٠٨). "فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق النفسي لدى مرضى السكري بمحافظة غزة". *رسالة دكتوراه غير منشورة*. جامعة عين شمس.

- عقيل حسين عيدروس. (١٩٩٣). *"مرض السكر بين الصيدلي والطبيب"*. مكة المكرمة: مؤسسة مكة للطباعة والإعلام.

- علال بن العزمية، و عيسى المحتسب. (٢٠١٤). "مؤشرات الإضطراب النفسي لدى الأطفال والراشدين في مناطق التماس جنوب قطاع غزة". *مجلة جامعة الأقصى*، المجلد ١٨، العدد ٢، ص ص ٢٥٠- ٢٨٦.

- غسان يعقوب. (١٩٩٩). *"سيكولوجية الحرب والكوارث ودور العلاج النفسي"*. بيروت: دار الفارابي.

- فؤاد صبيرة، ريما سعدي، و إيمان بدر. (٢٠١٩). "اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من زوجات الشهداء" دراسة ميدانية في منطقة جبلة". *مجلة جامعة تشرين للآداب والعلوم الإنسانية*، المجلد (٤١)، العدد (٢)، ص ص ١٣٩- ١٥٦.

- فوقية أحمد السيد عبد الفتاح. (٢٠٠٨). "البروفيلات المعرفية والوجدانية للأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين". *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، المجلد الثامن عشر. العدد ٥٩ . ص١٨٣. تصدر عن الجمعية المصرية للدراسات النفسية.

- لويس كامل مليكة. (١٩٩٠). *"العلاج السلوكي وتعديل السلوك"*. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

- محمد بن سعد الحميد. (٢٠٠٧). *"مرض السكر أسبابه ومضاعفاته وعلاجه"*. المكتبة الإلكترونية.موقع القدم السكرية WWW. algadam. Net. ٢- ٧- ٢٠١٥.

- محمد محمود بني يونس. (٢٠٠٥). "مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي في خفض مستوى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى عينة من الطلبة المصابين في الجامعة الأردنية". *دراسات العلوم الإنسانية والإجتماعية*، المجلد ٣٢، العدد ٣، ص ص ٥٨١- ٥٩٥.

- ممدوح مختار علي. (٢٠٠١). "العلاج السلوكي كآلية احتواء وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض المتغيرات الشخصية". *رسالة دكتوراه غير منشورة*. كلية الآداب، جامعة طنطا.

- نرمين غريب. (٢٠١٤). "استيراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري". *مجلة*

تشرين للبحوث والدراسات العلمية، المجلد ٣٦، العدد ٣. ص ص ٣٠٥- ٣٢٤.

- هوفمان إس جي. (٢٠١٢). *"العلاج المعرفي السلوكي المعاصر (الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية)"*. ترجمة عيسى مراد علي. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- وحيدة محمد مراد. (٢٠١٥). "اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالدعم النفسي دراسة على عينة من الأطفال المهجرين في محافظة دمشق". *رسالة ماجستير غير منشورة*. جامعة دمشق.
- وردة رشيد بلحسيني. (٢٠١٤). *"اضطراب الهلع وثورة العلاج المعرفي السلوكي"*. الأردن، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- يوسف أبو الحجاج. (٢٠٠٩). *"٢٥٠ وصفة لمواجهة السكر بالغذاء والأعشاب والنباتات الطبيعية"*. القاهرة: كنوز للنشر والتوزيع.

- **ثانيا:- المراجع الأجنبية:**

- AHMAD, A. (2010). War and Post-Traumatic Stress Disorder in Children: *A Review. Health and the Environment Journal*, 1, (2),73-79.
- Allen. M. (1986). Post – traumatic stress disorder among Black Vietnam veterans, *Hospital & Community Psychiatry*, 37(1),pp 55-61.
- Amsberg, S., Anderbro, T., Wredling, R., Lisspers, J., Lins, P., Adamson, U., & et al. (2009). A cognitive behavior therapy- based intervention among poorly controlled adult type 1 diabetes patients—A randomized controlled trial. *Journal of Patient Education and Counseling,77(1)72-80.*
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE et al. The Prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta- analysis. *Diabetes Care* 2001; 24: 1069- 78.
- Auslander, W. F. (1993). Family Stress and Resources: Patential Ares of Intervention in Children Recently Diagnosed With Diabetes. *Health Social work, 18(2), 101-113.*
- Azar Tol, Golamreza Sharifirad. (2011).*Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors.Retrivedfrom:*http://jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=3219. 17-3-2020.
- Ciocca G, Carosa E, Stornelli M, (2015). Posttraumatic stress disorder, coping strategies and type 2 diabetes: psychometric assessment after L'Aquila earthquake. *Acta Diabetol*. 52(3):513-21.
- Cox DJ, Gonder-Frederick L, Polonsky W, Schlundt D, Kovatchev B, Clarke W. (2001) Blood glucose awareness training (BGAT-2): long-term benefits. *Diabetes Care*; 24: 637- 42.
- Dang, lei (2002). Sertraline and

- Grey, M. (1999). Coping skills training for youth with diabetes on intensive therapy . *Journal of applied nursing research* , 12 (1). 3-12.
- Horsch, A., McManus, F., Kennedy, P., & Edge, J. (2007). Anxiety, depressive, and posttraumatic stress symptoms in mothers of children with type 1 diabetes. *Journal of traumatic stress*, 20(5)881-891.
- Jacob MM1, Gonzales KL, Calhoun D, Beals J, Muller CJ, Goldberg J, Nelson L, Welty TK, Howard BV.(2013). Psychological trauma symptoms and Type 2 diabetes prevalence, glucose control, and treatment modality among American Indians in the Strong Heart Family Study. *J Diabetes Complications.* ;27(6):553-7.
- 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.
- Kim, M. Pouwer, F. Cuijpers, P. Twisk, J & Snoek, F. (2008). Webbased 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-cognitive behavior theraby. In treatment of panic disorder. *Chinese Mental health journal*. Vol 16 (5) ، pp: 356- 357.
- Davazdah Emamy MH, Mehrabi A, Attari A, Roshan R. (2013). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management training with Regard to Glycemic Control, Psychological Distress, and Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes. *Practice Clinical Psychology*. January, Volume 1, Number 1.
- DePalma, Mary T.; Rollison, Julia; Camporese, Matthew. (2011). Psychosocial Predictors of Diabetes Management. *American Journal of Health Behavior,* v35 n2 p209-218.
- DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. (2000) Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta- analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med; 160: 2101- 7.*
- Frank B. Hu, JoAnn E. Manson, Meir J. Stampfer, Graham Colditz, Simin Liu, Caren G. Solomon, and Walter C. Willett. (2001). Diet, life style & risk of the type 2 diabetes mellitus in women. *The New England Journal of medicine, 345 (11). 790-797.*

- Nazli Atak, Kenan, Tanju GRKAN. (2008). The Impact of Patient Education on Diabetes Empowerment Scale (DES) and Diabetes Attitude Scale (DAS-3) in Patients with Type 2 Diabetes. *Turk J Med Sci*. 38 (1): 49-57.
- Neal, K. (1995). Stress and Diabetes Mellitus Later Life. *International Journal of Aging & Human Development*, 40(2) 125-143.
- Petrak F, Hautzinger M, Plack K, Kronfeld K, et al. (2010).Cognitive behavioral therapy in elderly type 2 diabetes patients with minor depression or mild major depression: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics* 10:21.
- Rawson, Katherine A.; O'Neil, Rochelle; Dunlosky, John. (2011). Accurate Monitoring Leads to Effective Control and Greater Learning of Patient Education Materials. *Journal of Experimental Psychology:* Applied, v17 n3 p288-302 .
- 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. 2, pp. 219-226.

162.

- Landolt, M, A., Ribi, K., Laimbacher, J., Vollrath, M., Gnehm, H, E., Sennhauser, F, H. Brief Report: Posttraumatic Stress Disorder in Parents of Children With Newly Diagnosed Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology,* Vol. 27, No.7, 2002, PP. 647- 652.
- Lustman, p. Grififth, L. Klssel, S. Clouse, R. (1998). Cognitive Behavior Therapy for Depression in Type 2 Diabetes Mellitus: *Arandomized Controlled Trial Journal*. 129 (8): 613-21.
- Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE et al. (2000). Depression and Poor glycemic control: a meta- analytic review of the Literature. *Diabetes Care, 23: 934- 42.*
- Markowitz SM, Gonzalez JS, Wilkinson JL, Safren SA.(2012). A review of treating depression in diabetes: Emerging findings. *Psychosomatics* ;52:1-18.
- Mcveigh, K, H. Mostashari, F& Thorpe, Le. (2003). serious psychological distress among person with diabetes,201. www.cdc.gov/od/oc/media/mmwrnews /n04112- 6.htm New York: Springer publishing company.

diabetes: a pilot study. *Patient Education Counseling*. 45: 143-148.

- Surwit, R. S., Schneider, M. S. (1993). *Role of stress in the etiology and treatment of diabetes mellitus.* Psychosom Med. 55: 380- 93.
- Tsujiuchi T, Kumano H, Yoshiuchi K et al. (2002). The Effect of Qi-gong relaxation exercise on the control of type 2 diabetes mellitus; a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 25: 241- 2.
- Weinger, K, Beverly, EA, Lee Y, etal. (2011). The effect of a structured behavioral intervention on poorly controlled diabetes: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*; 171:1990-9.
- Roy،M، and Roy، A(1994): Excess of depression symptoms and life events among diabetics، *comparative psychiatry*، vol.35، No. 2، pp 129-131.
- Sherry Grover. (2009). *The effects of Project Power diabetes education program on adult African Americans' diabetes knowledge, empowerment, and readiness to change.* Texas Woman's University.
- Sismanlar S G, Demirbas- Çakir E, Karakaya I, Çizmecioglu F, Yavuz C I, Hatun S, Agaoglu B.(2012). Posttraumatic stress symptoms in children diagnosed with type 1 diabetes. *Italian Journal of Pediatrics*. 38:13.
- Snoek FJ, van der Ven NCW, Lubach CHC, Chatrou M, Ader HJ, Heine RJ, Jacobson AM. (2001). Effects of cognitive behavioral group training (CBGT) in adult patients with poorly controlled insulin-dependent (Type 1)