

# شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين الذي أعانني على إتمام هذه الدراسة، وإنجازها حتى أبصرت النور،

والصلاة والسلام على خاتم الأنبياء سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم.. وبعد:

يطيب للباحثة في نهاية مطاف هذه المرحلة العلمية أن تتوجه بالشكر والتقدير والامتنان إلى من أفاض عليها من وافر علمها، وسديد رأيها، وخبرتها إلى الأستاذة الفاضلة الدكتورة رغداء نعيسة المحترمة التي كانت خير منهل علم ومعرفة.. لها مني كل الأمانى والدعاء الصادق بأن يمد الله في عمرها وصحتها.

كل الشكر والتقدير إلى السادة الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة التحكيم المحترمين على تفضلهم بقبول مناقشة هذه الرسالة، وعلى الجهد والوقت الثمين الذي بذلوه في تقييم وتصويب هذه الرسالة... لهم من كل الاحترام.

بطاقة شكر خاصة إلى المركزين الصحيين في محافظة اللاذقية المتمثلين بإدارتهما وكافة العاملين فيهما، على حسن تعاونهم.

Damascus university

Faculty Of Education

Psychological Counseling Department



# Effectiveness of Counseling Program in Raising the Level of Life Satisfaction of Diabetes Patients

{Experimental Study In Health Centers in  
Latakia Governorate}

**Prepared By**

**Rola reda shreiki**

**Supervised By**

**Dr. Raghdaa Ali Naisaa**

**Assistant professor in Psychological Counseling Department**

*Damascus:*  $\frac{\Delta 1435-1434}{\text{م} 2014-2013}$

العام الدراسي

2013-

2014

إبراهيم الدكتور

رغداء نعيمة

إحسان الطالب

رؤة شريف

**فاعلية برنامج إرشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى**

**السكري**

{دراسة تجريبية في المراكز الصحية في محافظة اللاذقية}

جامعة دمشق

كلية التربية

قسم الإرشاد النفسي





جامعة دمشق  
كلية التربية  
قسم الإرشاد النفسي

# فاعلية برنامج إرشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري

﴿دراسة تجريبية في المراكز الصحية في محافظة اللاذقية﴾

بمشاركة  
مقدم لنيل درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي

إعداد الطالبة:

رولا رضا شريقي

إشراف الدكتورة:

رغداء علي نعيسة

الأستاذة المساعدة في قسم الإرشاد النفسي

1435-1434 هـ

دمشق

2014-2013 م

# الفصل الأول

## التعريف بمشكلة البحث

. تمهيد.

1/1 . مشكلة البحث.

1/2 . أهمية البحث.

1/3 . أهداف البحث.

1/4 . أسئلة البحث.

1/5 . فرضيات البحث.

1/6 . متغيرات البحث.

1/7 . أدوات البحث.

1/8 . حدود البحث.

1/9 . المجتمع الأصلي وعينة البحث.

1/10 . مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائية.

1/11 . الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.

## الفصل الأول

## التعريف بمشكلة البحث

## . تمهيد .

الصحة الجسدية والنفسية غاية كل إنسان لينعم بحياة سعيدة خالية من الأمراض، ولما كان الجسد والنفس في الإنسان وحدة متكاملة غير منفصلة، يؤثر بعضها في الآخر تأثيراً واضحاً، تترافق الأمراض الجسدية بردود أفعال وآثار نفسية متعددة، وأصبحت ضغوط الحياة ظاهرة ملموسة في المجتمعات كافة؛ وإن كان ذلك بدرجات متفاوتة، ويحدد هذا التفاوت عدة عوامل من بينها: طبيعة المجتمعات ودرجة تحضرها وما يفرضه ذلك من شدة التفاعل والاعتماد المتبادل بين المؤسسات والأفراد، وندرة الموارد، وشدة الصراع للفوز؛ وكذلك تعاضم سرعة معدل التغيير في تلك المجتمعات وما تفرضه على نمط الحياة فيها لدرجة دعت الكثيرين لتسمية العصر الحالي بعصر الضغوط. وبالتالي أصبحت الضغوط النفسية سمة العصر، وغدت مظهراً طبيعياً من مظاهر الحياة الإنسانية لا يمكن تجنبه وهو ما يؤدي إلى نشوء الأمراض النفسية كالقلق، والتوتر، والضغوط النفسية، والإجهاد، والفتل، والإحباط ولكن أعراضها تتخذ شكلاً جسدياً، ومن بينها مرض السكري (الحويج، 2008، 2).

يستجيب الإنسان إذا كان لديه مرضاً عضوياً بردود فعل نفسية وسلوكية إزاء هذا المرض مثل الشعور بالإرهاق، والضغط النفسي، والعصبية، والعديد من المشاكل النفسية، كما أن المشكلات النفسية الناجمة عن ضغوط الحياة تصاحبها أعراض جسدية مثل الصداع الشديد، آلام المفاصل، آلام المعدة وظهور الأمراض المزمنة مثل السكري، ارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب (الحويج، 2008، 2).

وإنَّ الارتباط والتأثير المتبادل بين الجسد والنفس يمكن أن يؤدي إلى اضطراب، وصعوبات في عملية التوافق والرضا عن الحياة ولكن العلاقة ليست حتمية، وهي تتحدد بعوامل عديدة منها: نوع مرض المصاب ومدة هذا المرض، والدعم الأسري والاجتماعي، والوضع الاقتصادي، وقوة الشخصية (الأنا) لديه، هذه العوامل قد تكون مساعدة للوصول إلى مستوى جيد من التوافق والرضا عن الحياة أو قد تكون عوامل معوقة لعملية التوافق وتؤدي إلى تدني مستوى الرضا عن الحياة.

ويعد موضوع الرضا عن الحياة (**Life Satisfaction**) من الموضوعات الهامة التي تناولتها العلوم النفسية: كعلم الصحة النفسية، وعلم الأمراض النفسية والعقلية على حد سواء؛ لأنَّ الرضا عن الحياة علامة هامة تدل على مدى تمتع الإنسان بالصحة النفسية السليمة، "إذ إنَّ الرضا عن الحياة يعني تحمس الفرد للحياة، والإقبال عليها، والرغبة الحقيقية في أن يعيشها" (الدسوقي، 1998، 2).

لذا فهو يتضمن صفات متنوعة: كالتفاؤل، توقع الخير، الاستبشار، الرضا عن الواقع تقبل النفس واحترامها، والاستقلال المعرفي والوجداني، فإذا تحققت هذه الصفات لدى الإنسان؛ شعر بالسعادة أكثر من أي وقت آخر، نظراً لأن "السعادة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالرضا عن الحياة" (Lu, 1999, 11).

وقد أكد كينغ ونابا (King & Napa, 1998) ذلك إذ قال: "إن أهم أهداف الإنسان في الحياة البحث عن السعادة على اعتبار أن السعادة والرضا عن الحياة أكثر أهمية من المال" (King & Napa, 1998, 156).

والرضا عن الحياة أقصى ما يطمح إليه الإنسان العاقل الراشد؛ بهدف تجنب الإحباطات والصراعات النفسية، والقلق الذي قد ينتابه؛ نتيجة انفعالاته المختلفة بناء على المواقف التي يمر بها الشخص، ولا يمكن للحياة أن تسير على وتيرة واحدة، بل تعترئها بعض الصعاب التي تنغص على الإنسان سعادته؛ وتجعله يعيش مهموماً لفترة ما، لكن إذا ما نظر الإنسان إلى حقيقة الأمر في هذه الحياة، عندئذ يعيش سعيداً بلا هموم، وهذا الأمر يعيد الإنسان إلى صوابه (أرجايل، 1997، 20)، إضافة إلى أن الرضا عن الحياة "الدرجة التي يحكم فيها الشخص إيجابياً على نوعية حياته الحاضرة بوجه عام، كما تعني حب الشخص للحياة التي يحيها واستمتاعه بها وتقديره الذاتي لها ككل" (Eenhoven, 2001, 14).

ومن مظاهر الرضا عن الحياة: السعادة، العلاقات الاجتماعية، الطمأنينة، الاستقرار الاجتماعي، والتقدير الاجتماعي، لأن من يشعر بهذه الأشياء ويعمل على تحقيقها، وإشباع رغبته منها يكون راضياً عن حياته بصورة إيجابية، إذ إن "السعادة هدف للأفراد برغم تباين إدراك ما يجلب للفرد السعادة" (Franken, 1994, 261).

وتعد العلاقات الاجتماعية من أهم مصادر الدعم الاجتماعي، والحماية من تأثير الضغوطات، بحيث تشكل للفرد درعاً واقياً من الانحرافات والعزلة، مما تجعله يعيش مطمئناً، هادئ النفس، كما تساعده على أن يكون شخصاً فعالاً في المجتمع لينال تقدير المجتمع وإعجابه واحترامه، لأننا اليوم نعيش في عصر يتميز بتغيرات: ثقافية، واجتماعية، واقتصادية، وسياسة متباينة أدت إلى ضعف أساليب التوافق والرضا عن الحياة؛ بسبب ما يتميز به هذا العصر من سمات: كالضغط والتوتر، والتعصب؛ ونتيجة لذلك أصبح الفرد فريسة لضروب شتى كالأضطرابات والانفعالات الشخصية، مما تدفعه إلى الانطواء والعزلة؛ فالشعور بالوحدة النفسية، يمكن أن تصبح نقطة البداية لإصابة الفرد بالعديد من المشكلات التي يمكن أن يعانيها ويشكو منها الفرد "ويتصدرها الشعور الذاتي بعدم السعادة والتشاؤم، فضلاً عن الإحساس بالعجز؛ نتيجة الانعزال الاجتماعي والانفعالي" (علوان، 2008، 478).

ولما كانت أحداث الحياة وضغوطها السلبية تشير إلى تغيرات داخلية وخارجية، فإنها ستؤدي استجابات انفعالية حادة ومستمرة للفرد، وبعبارة أخرى تمثل ضغوط الحياة بما فيها ظروف العمل والخلافات الأسرية والأحداث الداخلية أو التغيرات العضوية كالإصابة بمرض السكري أو التغيرات الهرمونية الدورية ضغوطاً تحد من قدرة الإنسان على التوافق (إبراهيم، 1998، 119). وهذه الضغوط تحتاج إلى أساليب مواجهة لتحقيق قدر كافٍ من الرضا عن الحياة، كما يمكن القول: إن الإحساس بعدم الرضا عن الحياة يمثل إحدى المشكلات الهامة لكافة الأجيال، وليس للأشخاص الذين يعانون من مرض السكري فقط، خاصة في هذا العصر المضطرب والمزدحم بالأحداث الحياتية الضاغطة التي تؤثر شخصية الفرد وصحته الجسمية.

لذلك لقي مفهوم الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري اهتماماً كبيراً من الباحثين والدارسين، فقد تزايدت في الآونة الأخيرة الأبحاث والدراسات التي تبرز الصلة بين الرضا عن الحياة والوظائف النفسية والفسولوجية للفرد، كما بينت دراسة كوبازا وبوكيت (Kobasa & Puccetti, 1983) وجود علاقة دالة وموجبة بين الرضا عن الحياة والمرض الجسدي والاكئاب. وأشار جونسون وساراسون (Johnson & Sarason, 1986) إلى أن هناك تأثيراً لأحداث الحياة الضاغطة على الوظائف النفسية والفسولوجية للفرد.

وفي حالة الإصابة بمرض السكري من الخطير للغاية أن يتعرض المرضى لأي اضطراب انفعالي، إذ ترتفع نسبة السكر في الدم باتباع نظامه الروتيني وحده. لهذا السبب إذا كان المرء يمر بفترة يعاني فيها توتراً واضطرابات نفسية. ولاسيما إذا كان مريضاً بالسكر أو معرضاً للإصابة به فمن الأفضل أن يبحث عن حل لهذا الموقف قبل أن يتدهور به الحال (جوميز، 2005، 210).

هذا البحث سيكون محاولة لإعداد برنامج إرشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة للتخفيف من حدة هذا المرض، ومساعدتهم على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي.

### 1/1 . مشكلة البحث.

لا يخلو شخص في حياته من سوء التوافق فالإنسان يتعرض طوال حياته للعديد من الضغوط والمشاكل الجسدية والنفسية التي تؤثر على عملية التوافق لديه مثل تعرضه للأمراض النفسية أو الجسدية المزمنة؛ حيث يحتاج الفرد لبذل مجهود أكثر للوصول إلى حالة التوافق الكاملة (رضوان أ، 2002، 3) ومن هذه الأمراض، مرض السكري، وتتناول هذه الدراسة مرض السكري بوصفه مرضاً مزمناً يحتاج المصاب به إلى القدرة على التوافق في حياته اليومية مع العلم أن هذا المرض شائع، وينتج عنه أعراض

ومضاعفات حادة ومزمنة في أجهزة الجسم المختلفة، ومن المحتمل أن تؤثر على الحالة النفسية للمريض (مقبل، 2010، 2).

من خلال ملاحظة الباحثة لمعاناة مرضى السكري من مختلف الأعمار والمشاكل الصحية والنفسية التي يعانونها وصعوبة التوافق النفسي لدى بعضهم نظراً لضعف إرادتهم أمام هذا المرض، الذي يصاحبه طول الحياة والذي يشعرون بالإحباط والملل، فضلاً عن تدني مستوى الرضا عن الحياة لديهم؛ ولذلك رأت الباحثة ضرورة معرفة مدى التوافق النفسي لدى مرضى السكري وقوة الأنا وعلاقتها ببعض المتغيرات التي قد يكون لها أثر في زيادة التوافق النفسي أو في قوة الأنا.

ويعد مرض السكري من الاضطرابات السيكوسوماتية التي سجلت معدلات مرتفعة لدى فئات المجتمع المختلفة، ويزداد انتشارها مع تقدم العمر وبخاصة لدى الذكور، وتعد من المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية الشائعة بين شعوب العالم، علاوة على القصور في التنقيف الصحي والوعي الغذائي وقلّة النشاط البدني (مقبل، 2010، 5).

وتأتي هذه المجموعة من الاضطرابات كدليل على وجود علاقة التفاعل بين الجسم والنفس وحدث التأثير المتبادل بينهما فالنفس وعواملها وظروفها تؤثر في الجسم ووظائفه ونموه والعكس صحيح يؤثر الجسم في النفس (الحويج، 2008، 3).

ونظراً لأن كثيراً من أمراضنا ناتجة في الحقيقة من أسلوب حياتنا العصرية الذي يتميز بزيادة الاعتماد على وسائل الراحة وزيادة التوتر والانفعال النفسي وزيادة الإقبال على تناول الوجبات الجاهزة التي تتميز عادة بكثرة الدهون أو السكريات أو وجود كيماويات ضارة، وكذلك زيادة الإقبال على التدخين ولا شك أن هذه العوامل تساعد على الإصابة بالسمنة ومرض السكر، والإصابة بأمراض القلب والشرابين.

يقدر معدل انتشار مرض السكري في سورية بين من تزيد أعمارهم على (15) سنة بـ (19,5%) أي إن عدد المرضى يقارب المليون مريض.

وتشير وزارة الصحة إن نسبة انتشار مرض السكري بين السكان في سورية وصلت إلى (10%)، لتحل سورية المرتبة (13) على مستوى العالم والمرتبة (10) بنسبة السكري غير المكتشف. وأوضح مدير البرنامج الوطني للسكري في وزارة الصحة أن نسبة انتشار مرض السكري بين السكان في سورية وصلت إلى (10%) وترتفع هذه النسبة في أعمار الكهولة لتصل إلى (20%) فيما تبلغ نسبة المرض غير المكتشفة (13%) (وزارة الصحة السورية، 2013).

ففي دراسة قام بها سامي الدريعي (1996) عن الفروق بين مرضى السكر والأسوياء في مدى الاستجابة لضغوط الحياة في المجتمع السعودي أظهرت النتائج أن مرضى السكر أكثر إحساساً بحجم الضغوط وشدتها من العاديين والمرضى العضويين، كما قدمت الدراسات الإكلينيكية العلاجية أدلة إضافية على وجود علاقة سلبية بين التوتر وجليكوز الدم" (عبد الرحمن، 1999، 291).

ويذكر دوهرنويند (Dohrenwend, 1981) أنّ الأحداث الحياتية تواجه باستجابات مختلفة بالنسبة للأفراد، وهذا الاختلاف يرجع إلى مجموعة من العوامل الشخصية والاجتماعية التي يتميز بها كل فرد عن الآخر.

ويشير بعض الباحثين إلى أن مستوى الرضا عن الحياة يلعب دوراً جوهرياً في مرض السكري كدراسة (ليود، 2000؛ هادين، 2001). وعلى العكس من ذلك يعتبر مستوى الرضا عن الحياة عاملاً أساسياً في تحسين الصحة ومنع المرض وعلاجه. إذ يرتبط مرض السكري بحتمية تغيير مستوى الرضا عن الحياة، وهو التغيير الذي يتضمن التحكم في نوع الدواء والتنبه الشديد لعودة الأعراض، وتغيير الأنشطة اليومية، أو عدم تجاوز حدود نمط معين بصفة عامة (ليندزاي وجابول، 2000، 568، 581-582)، وقد أكدت دراسة باولا وآخرون (Paula et al., 2001) انخفاض مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري بشكل عام، وأكدت دراسة يونس (2004) وجود فروق بين منخفضي ومرتفعي المشكلات النفسية في مستوى جودة الحياة لصالح منخفضي المشكلات النفسية، وأشارت دراسة رضوان (2008) إلى وجود علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى مرضى السكري بمحافظة غزة، كما أشارت دراسة سليمان (2009) إلى وجود علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية وأبعاد جودة الحياة.

وأظهرت نتائج الدراسة الاستطلاعية أنّ أكثر الجوانب الحياتية التي يحتاج مريض السكري إلى دعم إرشادي فيها من أجل رفع مستوى الرضا عن الحياة لديه هي: حاجته إلى العلاقات الاجتماعية السعيدة مع الآخرين، وأن يشعر بثقة الآخرين في قدراته، وأن ينظر الناس إليه باحترام وتقدير.

ولأنّ العناية النفسية والاجتماعية لا تقل أهمية عن العناية الصحية، بل ينبغي أن تترافق مع العلاج الطبي ولا تتوقف مع توقفه، فإنّ هذا دفع الباحثة لاختيار البحث الحالي، في محاولة لتقديم المساعدة النفسية لمرضى السكري، وبناء برنامج إرشادي جماعي لتنمية مهاراتهم في مواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية وإدارتها المتعلقة بانخفاض مستوى الرضا عن الحياة.

ونظراً للاعتبارات السابقة، فإنه من الأهمية أن نولي اهتماماً لمرضى السكري من خلال إلقاء الضوء ومعرفة ما إذا كان بالإمكان تحسين مستوى الرضا عن الحياة باستخدام بعض الفنيات المعرفية

والسلوكية؛ ويهدف العلاج العقلاني السلوكي إلى إحداث تغييرات في المعتقدات اللاعقلانية والأفكار غير الواقعية وخفض الاضطرابات الانفعالية إلى أدنى مستوى من خلال العمل على إكسابهم فلسفة عقلانية ذات فائدة في إدارة الحياة ليكون التفكير العقلاني أسلوباً للحياة (عبد الله ب، 2008، 5). ومهمة العلاج المعرفي السلوكي توضيح الأفكار غير المنطقية من خلال الحوار، والإقناع وإحلال الأفكار الأكثر إيجابية وواقعية، وتنمية القدرة على ضبط الذات. ومما سبق تتحدد مشكلة البحث بالسؤال الرئيسي الآتي:

. ما فاعلية برنامج إرشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري في محافظة اللاذقية وفق متغيرات البحث؟

## 1/2 . أهمية البحث.

تتبع أهمية البحث فيما يلي:

أ- الأهمية النظرية:

- 1) لفت الانتباه إلى أن مرضى السكري لا يحتاجون فقط للعلاج الدوائي وإنما يحتاجون لعوامل أخرى نفسية تساعدهم على الاستمرار في التوافق مع المرض ومضاعفاته، مثل: قوة الأنا والبيئة المحيطة بالمرضى. وأيضاً إعداد البرامج النفسية التي من شأنها تحقيق أقصى ما يمكن أن تحققه من العلاجات الصحية الجسمية والنفسية لمرضى السكري.
- 2) يمكن أن تفيد الدراسة الاختصاصيين والمرشدين النفسيين في معرفة التغييرات التي تؤثر في رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري، سواء أكان ذلك في المجال الوقائي أو العلاجي.
- 3) تلقي الضوء على أهمية العوامل النفسية عند مرضى السكري وخطورة المرض الصحية والنفسية على المرضى في العصر الحالي.
- 4) أهمية مفهوم الرضا عن الحياة التي تسعى الدراسة لتحسينه وما ينتج عن ذلك من تخفيف لبعض المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية لمرضى السكري.
- 5) يعد محاولة أولية لدراسة فاعلية البرنامج العلاجي المقترح في القطر العربي السوري.
- 6) تنبيه العاملين في المجال الطبي إلى أهمية العلاج النفسي إلى جانب العلاج الدوائي لمرضى السكري.

## ب- الأهمية التطبيقية:

- 1) أهمية الجانب التطبيقي لهذه الدراسة الذي يمثل بمحتواه قاعدة بداية لكثير من الدراسات التجريبية التي تستهدف لعلاج الكثير من الأمراض المزمنة والتشوهات الجسدية.
- 2) أهمية الإرشاد المعرفي السلوكي في تحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري عبر تطبيق فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي.
- 3) تُساهم في بناء قاعدة بيانات تتعلق بمرض السكري في محافظة اللاذقية خاصةً وسورية بصورة عامة من النواحي الجسمية والنفسية.
- 4) إعداد البرامج النفسية والصحية لمرضى السكري والمتكاملة فيما بينها.

## 1/3 . أهداف البحث.

يسعى البحث الحالي إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. تعرّف مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.
2. تصميم برنامج إرشادي وتطويره والتحقق من صلاحية استخدامه في البيئة السورية.
3. الكشف عن فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في تحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري (في الاختبار البعدي المباشر).
4. الكشف عن استمرار فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي (في الاختبار البعدي المؤجل).
5. تعرف الفروق في مستوى الرضا عن الحياة لدى عينة البحث نتيجة تطبيق البرنامج الإرشادي وفقاً لمتغيرات البحث: (الجنس، نوع السكري، عدد سنوات الإصابة، مستوى الدخل، المستوى التعليمي).

## 1/4 . أسئلة البحث.

يسعى البحث الحالي إلى الإجابة عن السؤالين التاليين:

- 1) ما مستوى الرضا عن الحياة لدى أفراد عينة البحث من مرضى السكري؟
- 2) ما فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في تحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى أفراد عينة البحث من مرضى السكري؟

## 1/5 . فرضيات الدراسة:

يختبر البحث الفرضيات الآتية عند مستوى الدلالة (0.05):

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير الجنس.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير نوع السكري.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير عدد سنوات الإصابة.
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير مستوى الدخل.
5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير المستوى التعليمي.
6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي لمقياس الرضا عن الحياة.
7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي المباشر لمقياس الرضا عن الحياة.
8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي المؤجل في أدائهم على مقياس الرضا عن الحياة.
9. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي ومتوسطات درجات إجاباتهم في القياس البعدي المباشر في أدائهم على مقياس الرضا عن الحياة.
10. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجات إجاباتهم في القياس البعدي المباشر في أدائهم على مقياس الرضا عن الحياة.
11. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي المباشر ومتوسطات درجات إجاباتهم في القياس البعدي المؤجل في أدائهم على مقياس الرضا عن الحياة.

## 1/6 . متغيرات البحث.

يوجد مُتغيران أساسيان في هذه الدراسة:

1 . المتغير المستقل: هو البرنامج الإرشادي الذي يتكون من المهارات المعرفية والسلوكية والاجتماعية بما يناسب حاجات أفراد العينة المستهدفة بالدراسة.

المتغيرات التصنيفية: - الجنس (ذكور، وإناث).

- نوع مرض السكري: (المعتمد على الأنسولين، المعتمد على حبوب السكري، سكر الحمل).

- عدد سنوات الإصابة: (3 سنوات فأقل، أكثر من 3- 7 سنوات، أكثر من 7 سنوات).

- مستوى الدخل المادي: (15000 فما دون، من 16000 - 20000 ل.س، من 21000 - 25000 ل.س، 26000 ل.س فأكثر).

- المستوى التعليمي: (دون الثانوي، ثانوي أو معهد، إجازة جامعية فأعلى).

2 . المتغير التابع: وهو: مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.

## 1/7 . أدوات البحث.

استخدمت الباحثة في هذا البحث عدداً من الأدوات، وهي:

1- برنامج إرشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري (من إعداد الباحثة بعد

الاطلاع على الأدبيات النظرية والدراسات السابقة المتعلقة بالبحث).

2- مقياس مستوى الرضا عن الحياة (من إعداد الباحثة).

## 1/8 . حدود البحث.

- الحدود الزمنية: تمّ تطبيق البرنامج خلال شهر ابتداءً من (2013/11/2م إلى 2013/12/3م)

(أربعة أسابيع)، وبعد مرور شهرين من التطبيق ثم إجراء التطبيق المؤجل بتاريخ (2014/1/18م).

- الحدود المكانية: المراكز الصحية في محافظة اللاذقية.

- الحدود البشرية: اقتصر البحث على عينة من الأفراد (الذكور والإناث) الذين يعانون من مرض

السكري في محافظة اللاذقية.

- الحدود العلمية: مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.

## 1/9 . المجتمع الأصلي وعينة البحث.

- المجتمع الأصلي للبحث: يتكون المجتمع الأصلي للبحث من جميع مرضى السكري المسجلين في مراكز الرعاية الصحية في محافظة اللاذقية، والبالغ عددهم (14000) مريضاً متعالجاً.
  - عينة البحث: بلغ عدد أفراد عينة البحث (40) مريضاً من مرضى السكري بنوعيه في مراكز الرعاية الصحية في محافظة اللاذقية، تتراوح أعمارهم ما بين (16 - 50) سنة.
- موزعين على مجموعتين:

- ◊ المجموعة الضابطة: تضم (20) مريضاً ومريضة من مرضى السكري بنوعيه (المعتمد على الأنسولين، المعتمد على حبوب السكري)، وهم لا يخضعون للبرنامج الإرشادي.
- ◊ المجموعة التجريبية: تضم (20) مريضاً ومريضة من مرضى السكري، وهم يخضعون للبرنامج الإرشادي.

## 1/10 . مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائية.

1/10/1- البرنامج الإرشادي (Counseling Program): هو مجموعة أنشطة علمية مخططة ومنظمة، لتقديم مجموعة من الخدمات الإرشادية المباشرة، وغير المباشرة، (الفردية والجماعية) للمسترشدين، بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي، وتحقيق الصحة النفسية، والتوافق النفسي والتربوي والاجتماعي بشكل سليم، بحيث يقوم بإعداده وتخطيطه وتنفيذه فريق من المختصين في العمل الإرشادي (الزعبي، 2003، 370).

وتعرف الباحثة البرنامج الإرشادي إجرائياً بأنه: مجموعة من الإجراءات والتقنيات المعرفية والسلوكية التي تساعد مرضى السكري على رفع مستوى الرضا عن الحياة، والتزود بحافز للمحافظة على صحتهم، وتقاس فاعليته من خلال مقياس الرضا عن الحياة الذي أعدته الباحثة.

1/10/2- مستوى الرضا عن الحياة (Level of Life Satisfaction): هو تقدير عام لنوعية حياة الفرد حسب المعايير التالية: "السعادة، العلاقات الاجتماعية، والطمأنينة، والاستقرار الاجتماعي، والتقدير الاجتماعي" (علوان، 2008، 480).

وتعرف الباحثة مستوى الرضا عن الحياة إجرائياً بأنه: الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص في مقياس الرضا عن الحياة المستخدم في هذا البحث.

**1/10/3- داء السكري (Diabetes Mellitus):** خلل في عملية تحمل الجلوكوز داخل جسم الإنسان ويكون سبب ذلك هو نقص إفراز الأنسولين من البنكرياس، أو انعدام إفرازه، أو نقص فعالية الأنسولين، مما يسبب زيادة نسبة السكر في الدم، وبالتالي اضطراب في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والبروتينات والدهون (Nettina, 1996, 130). وأنواع مرض السكري هي:

**داء السكري الأول (Diabetes type 1) "IDDM" (Insulin Dependent Diabetes Mellitus):** ويسمى المعتمد على الأنسولين/ أو السكري:

إذ إنه لا يوجد أنسولين يفرز من خلال البنكرياس، وسببه عادة تدمير خلايا (بيتا) الموجودة في البنكرياس والتي تصنع وتفرز الأنسولين، وسكري النوع الأول معظم مرضاه من الأطفال والشباب صغار السن، ويبدأ هذا النوع عادةً بين (11- 13) سنة، ويظهر بشكل طارئ بأعراض شديدة كالغثيان والقيء، والجفاف الحاد ومنهم من يصاب في البداية بزيادة الحموضة في الدم (دليل الأطباء في سورية، 2012، 2).

**داء السكري الثاني (Diabetes type 2) "NIDDM" (Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus):** غير المعتمد على الأنسولين/ أو السكري لدى البالغين:

وهو يشكل حوالي (90%) ممن يعانون من مرض السكري تقريباً، فهو النوع الأكثر شيوعاً ويبدأ عادة بعد سن الأربعين، ويسمى سكري الكبار، ويمكن اكتشافه بالمصادفة نتيجة فحص روتيني عابر أو بعد شكوى المريض من أعراض معينة، حيث ينتج عن نقص نسبي في تركيز هرمون الأنسولين في الدم (دليل الأطباء في سورية، 2012، 2).

**داء السكري الحلمي (Gestational Diabetes):** حالة مرضية تُصيب (50%) من الحوامل، يحدث في النصف الثاني من الحمل؛ حيث ينقص التحسس للأنسولين أثناء الحمل بسبب تأثير هرمونات المشيمة خاصةً عند النساء ذات الاستعداد وراثياً للإصابة بداء السكري، وتؤثر على الجنين و(80%) منهن يصبين بداء السكري بعد الولادة (دليل الأطباء في سورية، 2012، 2).

**عدد سنوات الإصابة بداء السكري:** هي عدد سنوات معرفة الفرد لإصابته بداء السكري وبدء تلقيه الأدوية والعلاج المناسب للمرض.

**- مستوى الدخل المادي:** هو متوسط الدخل المادي للأسرة الواحدة أو لمعيل الأسرة، ويتراوح مقدار الدخل المادي لدى أحد أفراد عينة البحث ما بين: (15000 فما دون، من 16000 - 20000 ل.س، من 21000 - 25000 ل.س، 26000 ل.س فأكثر).

. المستوى التعليمي: هو المؤهل العلمي الذي يحمله مريض السكري أحد أفراد عينة البحث، وقد يكون المؤهل العلمي: (دون الثانوي، ثانوي أو معهد، إجازة جامعية فأعلى).

### 1/11. الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.

تحدد الدراسة الحالية بالأساليب الإحصائية المستخدمة، وهي:

1- الأساليب الإحصائية البارامترية للعينات الكبيرة، المستخدمة في معرفة العلاقة بين المتغيرات، والفروق بين المتوسطات، وكذلك في حساب صدق وثبات مقاييس الدراسة، وهي:

أ- اختبار "ت" ستودنت ومستوى دلالاته لإيجاد الفروق بين المتوسطات.

ب- معامل جيتمان للتجزئة النصفية.

د- معامل ألفا كرونباخ للجزئين.

هـ- معامل ارتباط سبيرمان براون.

و- استخراج النسبة المئوية والانحراف المعياري.

2- الأساليب الإحصائية اللابارامترية للعينات الصغيرة، بحساب الرتب ومتوسط الرتب ومجموع الرتب، وقيمة Z باستخدام اختبار ويلكسون لقياس الفروق بين المجموعات المترابطة، وقيمة U باستخدام اختبار مان وتني لقياس الفروق بين المجموعات غير المترابطة.

# الفصل الثالث

## الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري

- تمهيد.

- 3/1 . نشأة علم النفس الإيجابي وتطوره.
- 3/2 . مفهوم الرضا عن الحياة.
- 3/3 . مصادر الرضا عن الحياة.
- 3/4 . أبعاد الرضا عن الحياة.
- 3/5 . مبادئ الرضا عن الحياة.
- 3/6 . النظريات المفسرة للرضا عن الحياة.
- 3/7 . مظاهر الرضا عن الحياة.
- 3/8 . مقومات الرضا عن الحياة.
- 3/9 . كيفية الوصول إلى الرضا عن الحياة.
- 3/10 . قياس مستوى الرضا عن الحياة.

## الفصل الثالث

## الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري

. تمهيد:

مرض السكري هو الاسم المعطى لمجموعة من الحالات المختلفة التي فيها الكثير من الجلوكوز في الدم. لأن البنكرياس لا يمكنه إنتاج الأنسولين أو الأنسولين الذي ينتجه ليس كافياً ولا يمكن أن يعمل بشكل صحيح. ودون قيام الأنسولين بعمله، يتراكم الجلوكوز في الدم مما يؤدي إلى ارتفاع مستويات الجلوكوز في الدم مما يسبب المشكلات الصحية المرتبطة بمرض السكري.

ومرض السكري من الأمراض السيكوسوماتية التي تصيب الإنسان وهو داء منتشر في كل زمان ومكان في العالم، وهو ليس مرضاً عرضياً أو مرضاً محدد الأسباب والاتجاهات والعلاج إنما هو مرض متشعب ويصعب تحديد معالمه (رضوان، 2008، 51).

وتحدث (80%) من وفيات السكري في البلدان منخفضة الدخل والبلدان متوسطة الدخل، ولقد تجاوز عدد المصابين بالسكري (227) مليون نسمة في العالم عام (2010م) نتيجة قلة الاهتمام الشخصي بمراقبة تطور المرض ويسجل نصف وفيات السكري تقريباً بين من تقل أعمارهم عن (68) سنة، وتسجل (55%) من تلك الوفيات بين النساء. وتشير توقعات منظمة الصحة العالمية إلى أن وفيات السكري ستضاعف في الفترة بين عامي 2010 و 2030 م، فعالمياً بلغ عدد المصابين بداء السكري (171000000) مصاباً عام (2000) ومن المتوقع أن يبلغ عدد المصابين (366000000) مصاباً عام (2030)، ومحلياً في سورية بلغ عدد المصابين بداء السكري (627000) مصاباً عام (2000)، ومن المتوقع أن يبلغ عدد المصابين (2313000) مصاباً عام (2030) أي سيتضاعف العدد ثلاثة أضعاف (Who, 2010, 16).

وسيقبل من ذلك اتباع نظام غذائي صحي وممارسة النشاط البدني بانتظام والحفاظ على وزن معقول. وتجنب تعاطي التبغ وهذه أمور يمكنها الإسهام في ارتفاع السكري أو تأخير ظهوره أو الحد من تفاقمه على أقل تقدير.

وقد أكد رئيس المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة في الأردن أن نسبة انتشار السكري في العالم العربي تبلغ نحو (30%) بينما تزيد نسبة البدانة عن (60%) (وزارة الصحة الأردنية، 2010). وأشار إلى ارتفاع نسب الإصابة بالسكري إذ بينت دراسة طبية أميركية جديدة عام (2010) أن هناك إصابة جديدة تشخص في الولايات المتحدة الأميركية كل عشرين ثانية، وقال: إن السكري بات وباء،

معيداً انتشاره إلى أسباب عديدة أدت إلى تغيرات نمط الحياة، والافتقار إلى الحركة وحرق الدهون في الجسم (Parlow, 2010, 229).

وتعد قارة آسيا الأكثر إصابة بمرض السكري وتشكل نسبة (61%) من مرضى السكري في العالم، ويزيد عدد المرضى عن (66) مليون مريض، أما في الولايات المتحدة الأمريكية فتشير الدراسات إلى أن عدد مرضى السكري (18) مليون مريض تقريباً وهو ما يشكل نسبة (6.3%) من عدد السكان (Koliopoulos, 2005, 135).

وانتشار مرض السكري لا يقتصر على جنس دون الآخر أو على عمر محدد، ولكن الاختلاف يكون في درجة الاستجابة والتعايش مع المرض، وليس بطبيعة المرض، وبعض الدراسات أثبتت أن مرضى السكري الذكور لديهم القدرة للتعايش مع المرض من الناحية السلوكية والنفسية والاجتماعية والجسدية بدرجة أكبر من الإناث، كدراسة (Gravels, 2006) لأن عوائق المرض بالنسبة لهم تمثل حوافز لتحسين التوافق مع المرض (Rubin & Peyrot, 1998, 181).

### 3/1 - نشأة علم النفس الإيجابي وتطوره.

يعدُّ الرضا عن الحياة واحداً من أهم مصادر السعادة، والمكون الأساسي لها، وقد استُخدم هذا المصطلح مترادفاً مع مكونات علم النفس الإيجابي الأخرى مثل: "الهناء، والهناء النفسي، وجودة الحياة، والسعادة، والانفعالات الإيجابية والسلبية" (المالكي، 2011، 43).

اهتم علماء النفس في الماضي بدراسة الأمراض العقلية والنفسية والتركيز على التخفيف من الأعراض التي تجعل الحياة تعيسة أكثر من تركيزهم على صنع الأحوال التي تجعل الحياة تستحق أن تعاش. ولكن منذ النصف الثاني من القرن العشرين، لفت كثير من الموضوعات أنظار علماء النفس والمعالجين النفسيين وهي الموضوعات التي تبحث عن راحة الإنسان وسعادته. فقد ركزت اتجاهات عدّة على دراسة طبيعة الإنسان الخيرة، وترجع أهمية دراسة طبيعة الإنسان الخيرة إلى أنّ الكثير من الأشخاص يعانون في الوقت الحالي شعور الإحباط وعدم الرضا، بحكم طبيعة الحياة التي يعيشونها، وبحكم ظهور العديد من المتغيرات في المجتمع. وذلك كان الطريق المؤدي إلى نشأة "علم النفس الإيجابي" والذي تطور من التفكير الإيجابي إلى علم نفس إيجابي على يد (مارتن سيلجمان)، فقد ذكر أنّ علم النفس لا يجب أن يهتم بدراسة المرض والضعف والتلف فقط، بل يفترض أن يهتم أيضاً بدراسة مكامن القوة والفضائل الإنسانية، كالسعادة والطمأنينة والأمل والاستقرار النفسي والتقدير الاجتماعي والقناعة، بهدف التغلب على الضغوط التي تؤدي بالإنسان إلى اضطرابات في الصحة النفسية، ولا سيما أنها تقع على الطرف الآخر لأكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً كالقلق والاكتئاب واليأس وعدم تقدير الذات، أما الجانب المهم في علم النفس الإيجابي يبرز في تقوية مكامن القوة المؤدية إلى دور وقائي

لمن يعيش بحالة جيدة من التوافق النفسي. ولعل من أهم المجالات التي يركز عليها علم النفس الإيجابي من وجهة نظر كل من (سيلجمان وبيترسون) هي:

1. دراسة السمات الفردية الإيجابية وبصورة رئيسة دراسة القوى والفضائل والقدرات كالذكاء والنشاط.
2. دراسة المؤسسات الإيجابية التي تنمي وتطور هذه الخبرات، مثل العائلات المترابطة والصحافة الحرة.
3. دراسة الخبرات الشخصية الإيجابية: القناعة وتخص الماضي، والعزم، والسعادة والاستمتاع وتخص الحاضر، والتفاؤل والإيمان وتخص المستقبل (سيلجمان، 2008).

فالخبرات الإنسانية بعضها فردي محض كالثقة بالنفس، والأمل، والثقة بالآخرين، ولا تظهر هذه الخبرات الإنسانية الإيجابية إلا عندما تكون الحياة صعبة بالنسبة للفرد. أما بعضها الآخر فهو ذو صلة بعلاقة الفرد بالآخرين وتتضمن المحبة، والقناعة بالعمل، ومساعدة الآخرين، وتقدير الحياة خارج المستوى الشخصي، ومعرفة العالم الاجتماعي والفردية. ويتضمن مجال دراسة المؤسسات المجتمعية دراسة كل من الإعلام الحر والديمقراطية والعائلة، وهذه لا تبرز إلا في أوقات المشكلات والكوارث.

ويشير سيلجمان إلى أن علم النفس الإيجابي ليس بديلاً للعلوم النفسية التي تركز على الحاجات والاهتمامات بنواحي القصور لدى الفرد. فهو يرى أن هدف علم النفس الإيجابي تطوير تقنيات نفسية اجتماعية مناسبة لكل فرد اعتماداً على نواحي القوة المتوفرة لديه للعيش في أعلى مراتب السعادة (أبو تركي، 2008، 36).

ولم يعد الاهتمام بالفرد مقصوراً على توفير المقومات المادية اللازمة لحياته فقط، بل امتد ليشمل كل ما يدخل في إطار زيادة جودة الحياة لديه ورضاه عنها، ومساعدته على تحقيق التوافق النفسي، وإعادة التوازن أمام الضغوط النفسية المتصاعدة في حياته، في ظل عصر الضغوط والأزمات النفسية الذي نعيش فيه حالياً، فالرضا عن الحياة لدى الفرد هي إحدى دلائل الصحة النفسية لديه، كما أن انخفاضها يعني بالضرورة أن هناك خللاً ما في توافقه النفسي أو الاجتماعي، ومن هذا المنطلق زاد الاهتمام مؤخراً بهذا المجال (عيسى ورشوان، 2006، 47).

ومثل أي مصطلح في العلوم الإنسانية تعددت التعريفات التي تناولت مصطلح الرضا عن الحياة أو جودة الحياة، فكل منها ينظر إلى جانب من جوانبه في محاولة لتفسيره، وسنحاول إجمال هذه التعريفات فيما يلي:

فمن خلال اطلاع الباحثة على الجهود السابقة في هذا المجال، وجدت أن الدراسات تناولت موضوع الرضا عن الحياة (Satisfaction with Life) من خلال زاويتين متقاربتين، الأولى من خلال مصطلح الرضا عن الحياة، والثانية من خلال مصطلح جودة الحياة، وقد تناول بعض الباحثين

المصطلحين بالمعنى نفسه، في حين يوضح (أبو حلاوة، 2007، 8) أنّ جودة الحياة تعبر عن التوافق النفسي كما تعبر عن السعادة والرضا عن الحياة كنتاج لظروف الحياة المعيشية للأفراد وعن الإدراك الذاتي للحياة، إذ ترتبط جودة الحياة بالإدراك الذاتي للحياة لكون هذا الإدراك يؤثر في تقييم الفرد للجوانب الموضوعية للحياة كالتعليم والعمل والمرض ومستوى المعيشة والعلاقات الاجتماعية من ناحية، وأهمية هذه الموضوعات بالنسبة للفرد في وقت معين وظروف معينة من ناحية أخرى، وتأثيرها في رضاه عن نفسه كنتيجة إجمالية لهذه العوامل المختلفة.

### 3/2 - مفهوم الرضا عن الحياة.

يعرف المدهون الرضا عن الحياة بأنه: "حالة داخلية في الفرد تظهر في سلوكاته واستجاباته وتتمثل في الطمأنينة والاستقرار الاجتماعي والتقدير الاجتماعي والسعادة والقناعة" (المدهون، 2009، 4).

وتعرف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة بأنها: "انطباع الفرد تجاه حياته ضمن النسق والمعايير الثقافية في مجتمعه ومستوى العلاقة بين تحقيق أهدافه وتوقعاته وفق مفاهيم معيارية محددة لديه، ومن وجهة نظر أخرى هي عملية الدمج والتكامل بين جوانب صحة الفرد الفيزيولوجية والنفسية ومستوى عدم الاعتمادية والعلاقات الاجتماعية، وعلاقة ذلك بما يبرز في المستقبل من أحداث بيئية" (World Health Organization, 2001, 58).

ويعرف سليمان الرضا عن الحياة بأنه: درجة تقبل الفرد لذاته، بما حقق من إنجازات في حياته الماضية والحاضرة، ويفصح هذا التقبل عن نفسه في توافق الفرد مع ذاته والآخرين، وجوانب الحياة المختلفة، ونظرته المتفائلة عن المستقبل (سليمان، 2003، 13).

وفي جانب آخر من جوانب الرضا يعرف رجيعة بأنها: حالة كلية ذاتية توجد عندما يتوازن داخل الشخص مدى واسع من المشاعر منها: الحيوية والإقبال على الحياة، الثقة في الذات، الصراحة والأمانة مع الذات ومع الآخرين، البهجة والمرح، السعادة، الهدوء، والاهتمام بالآخرين (رجيعة، 2009، 189).

ويذكر منصور أنّ الرضا عن الحياة ينقسم إلى بعدين الأول وهو الرضا العام عن الحياة، والثاني الرضا عن مجالات حياتية نوعية مثل: العمل، الزواج، التعليم، السكن وغيره (منصور، 2009، 42).

ويشير ملكوش إلى أنّ من الجوانب الهامة للشعور بالرضا عن الحياة جوانب الحياة الصحية، والراحة المادية، والعلاقات الحميمة، والأطفال، والأسرة، والصدقة، والمجتمع، والدراسة، وتنمية وفهم الذات، ووسائل الإعلام، والاستجمام (ملكوش، 1995، 56).

ويرى دينر وآخرون (Diener et al., 2003) أنّ الحكم على مستوى الرضا عن الحياة يعتمد على مقارنة الفرد لظروفه بالمستوى المثالي الذي يفترضه لحياته، وهذا يعني أنّ الحكم على مدى رضا الفرد عن شؤونه الحالية يعتمد على مقارنته بمستوى مثالي يضعه الفرد نصب عينيه، وهذا المستوى المثالي ليس إجبارياً، وهو علامة مميزة للصحة النفسية.

وعرف بوليت (Polit) الرضا عن الحياة بأنه: منظور شخصي متعدد الأبعاد والمفهوم الشمولي الذي يتضمن الأبعاد الروحية والاجتماعية والنفسية والبيولوجية، هذه المجالات تنظر فيما يتعلق بمستوى استخدام حالة الرضا الشخصي بمجالات الحياة المختلفة (Polit, 2007, 9).

ويُعرف المجدلاوي الرضا عن الحياة بأنه: شعور الفرد بالفرح والسعادة والراحة والطمأنينة وإقباله على الحياة بحيوية نتيجة لتقبله لذاته ولعلاقاته الاجتماعية ورضاه عن إشباع حاجاته (المجدلاوي، 2012، 211).

وتُعرف نعيسة الرضا عن الحياة بأنه: ذلك البناء الكلي الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات التي تهدف إلى إشباع الفرد بمؤشرات موضوعية تقيس الإمكانيات المتدفقة على الفرد، ومؤشرات ذاتية تقيس مقدار الإشباع الذي تحقق (نعيسة، 2012، 151).

أما الدسوقي فيعرف الرضا عن الحياة بأنه: "تقييم الفرد لنوعية الحياة التي يعيشها طبقاً لنسقه القيمي، ويعتمد هذا التقييم على مقارنة الفرد لظروفه الحياتية بالمستوى الأمثل الذي يعتقد أنه مناسب لحياته" (الدسوقي، 1998، 21).

ويرى جود (Goode) (1994) أنّ جودة الحياة كجانب من جوانب الرضا هي: "نتائج لتفاعلات فريدة بين الفرد والمواقف الحياتية الخاصة، وعرفها بأنها درجة استمتاع الفرد بإمكانياته الهامة في حياته، أو بصورة أخرى إلى أي حد يرى الفرد حياته جيدة، ويضيف أنّ بعضهم يرى أنّ جودة الحياة مفهوم يعكس مواقف الحياة المرغوبة لدى الفرد في ثلاثة مجالات رئيسية للحياة هي: الحياة الأسرية والمجتمعية، المهنة أو العمل، والصحة، ويعتمد هذا الحكم على الإدراك الذاتي للفرد، ومواقف الحياة الضاغطة، وإدراك الآخرين المهمين للفرد" (Goode, 1994, 65).

أما علوان فتري أنّ الرضا عن الحياة يتضمن صفات متنوعة: كالتفاؤل، وتوقع الخير، والاستبشار، والرضا عن الواقع، وتقبل النفس واحترامها، والاستقلال المعرفي والوجداني، فإذا تحققت هذه الصفات لدى الإنسان فإنه عندئذ يشعر بالسعادة أكثر من أي وقت آخر، وأنّ السعادة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالرضا عن الحياة (علوان، 2008، 477).

ويعرف الرضا عن الحياة بأنه: مفهوم شامل يلم بكل ما يحيط بالفرد من متغيرات وحاجات متنوعة كما يدركها هو، ويشمل مدى إشباع الفرد لهذه الحاجات والمتغيرات المحيطة به، والتي تؤدي إلى توافقه مع ذاته ومع المجتمع (عيسى، 2013، 54).

وهناك ثلاثة أشياء رئيسية لتحقيق السعادة لكي يتمتع الفرد بصحة نفسية وجسمية سليمة وهي: (التقبل والحب والإنجازات)، وبالتالي فإن الرضا عن الحياة يشتمل على ثلاثة جوانب وهي تقبل حب الحياة، والإنجازات، وتقبل الذات والآخرين (سليمان، 2003، 11).

غير أن ثمة من ينظر لمفهوم الرضا عن الحياة من خلال ثلاثة اتجاهات رئيسية وهي الاتجاه الاجتماعي والاتجاه الطبي والاتجاه النفسي.

ويعرف أصحاب الاتجاه الاجتماعي الرضا عن الحياة من منظور يركز على الأسرة والمجتمع، وعلاقات الأفراد والمتطلبات الحضارية والسكان والدخل والعمل، وضغوط الوظيفة والمتغيرات الاجتماعية الأخرى.

أما الاتجاه الطبي فقد اعتمد على تحديد مؤشرات رضا الفرد عن حياته بمعيار الجودة ولم يحدد تعريفاً واضحاً لهذا المفهوم، وقد زاد اهتمام الأطباء والمتخصصين في الشؤون الاجتماعية والباحثين في العلوم الاجتماعية بتعزيز ورفع جودة الحياة لدى المرضى من خلال توفير الدعم النفسي والاجتماعي لهم.

بينما يركز الاتجاه النفسي على إدراك الفرد كمحدد أساسي للمفهوم وعلاقة المفهوم بالمفاهيم النفسية الأخرى، وأهمها القيم والحاجات النفسية وإشباعها، وتحقيق الذات ومستوى الطموح لدى الأفراد (أحمد، 2010، من الانترنت الموقع "<http://alami.ae/125.html>").

والرضا عن الحياة يعد دالة للمقارنة بين ما حققه الفرد وما يأمل في تحقيقه وما حققه الآخرون، والدراسات المبكرة في هذا المجال تناولت الشعور بالسعادة كبديل للرضا عن الحياة ولكن الدراسات الحديثة تركز على مصطلح الرضا عن الحياة نظراً لأنه يتضمن المكون المعرفي بجانب المكون الوجداني الذي يتضمنه مفهوم السعادة وينظر بعضهم إلى المفهومين على أنهما مترادفين وهو ما أدى إلى تداخل في تفسير كثير من النتائج التي توصلت إليها الدراسات والبحوث السابقة (عيسى ورشوان، 2006، 59).

وعلى هذا فلا ينبغي الخلط بين مفهوم جودة الحياة ومفهوم مستوى المعيشة والذي يستند أساساً على الدخل، بدلاً من ذلك لا تشمل مؤشرات قياس جودة الحياة فقط الثروة وفرص العمل إنما تشمل أيضاً البيئة العمرانية والصحة البدنية والعقلية، والتعليم، والترفيه، وقضاء وقت الفراغ.

وقد ميزت الدراسات الحديثة بعداً عاماً تضمن حالة عامة من الشعور بحسن الحال، وهذا يختلف إلى حد ما عن السعادة كحالة انفعالية إيجابية، والعناء كحالة سلبية، ويمكن تعريفه على أنه تقدير عقلي لنوعية الحياة التي يعيشها الفرد ككل، أو حكم بالرضا عن الحياة، ويمثل هذا البعد خلفية عامة للعديد من المقاييس النوعية للرضا، كالرضا عن العمل، أو الزواج، أو الصحة (أرجايل، 1993، 15).

وقد اقترح ايفانس (Evans) أنموذجاً بني على الوجهة التكاملية للأطر النظرية، ويتضمن هذا الأنموذج سمات الشخصية: (تقدير الذات، التفاؤل، العصابية، الانبساطية)، وهي سمات تابعة من داخل الفرد، وتشتمل على الأبعاد المعرفية والانفعالية في الشخصية. والهناء الشخصي ويتضمن (الانفعال الإيجابي أو السلبي ويكون داخلي المصدر، ومكوّناً انفعالياً معرفياً، وعبر عن الرضا عن الحياة بأنه داخلي المصدر ومكون معرفي). كما قدم فينهوفن (Veenhoven) أنموذجاً مكوّناً من أربعة مفاهيم مرتبة تتضمن:

### 1. فرص الحياة (Life chance): وتنقسم إلى بعدين:

أ - جودة الحياة المنبثقة من البيئة الخارجية (Livability): وتشير إلى الظروف البيئية الجيدة، وغالباً ما يستخدم مصطلح جودة الحياة والهناء بهذا المعنى المحدد.

ب - جودة الحياة المنبثقة من الداخل (Life-ability): وتشير إلى البيئة الداخلية للفرد من إمكانات وقدرات تُعده لمجابهة المشكلات الشخصية بطريقة أفضل، ويستخدم جودة الحياة والهناء للإشارة إلى معنى محدد.

### 2. نتائج الحياة (Life result): وتنقسم إلى قسمين هما:

أ - الفائدة والمنفعة (الجودة في البيئة الخارجية): وهي تشير إلى جودة الحياة من خلال المحصلة، ويمكن الحكم عليها في ضوء قيم الفرد والبيئة أي استغلال البيئة الخارجية، وهي تمثل رؤية الحياة على أنها جيدة أكثر من كونها كذلك.

ب - تقويم أو تقدير الحياة (وهي منبثقة من الداخل): ويشير إلى جودة الحياة كما يراها الفرد حيث التقدير الذاتي لها مثل: الهناء الشخصي، الرضا عن الحياة، السعادة. وقد ذكرت فنتجودت وآخرون أنّ الرضا عن الحياة هو أحد مكونات جودة الحياة الذاتية، وأنه نابع من داخل الفرد كأن يسأل نفسه بوجود تطابق بين ما يريده من الحياة وبين ما تعطيه، فكلما زاد التطابق بينهما زاد رضاه عن حياته (منصور، 2007).

ومن وجهة نظر التحليل النفسي أشار فرويد إلى أنه يمكن تحقيق السعادة من خلال الحب والعمل. فقد أجاب عن السؤال حول معيار الصحة النفسية بقوله أنها: "القدرة على الحب والحياة، فالإنسان السليم نفسياً هو الإنسان الذي تمتلك الأنا لديه قدرتها الكاملة على التنظيم والإنجاز، ويمتلك

مدخلاً لجميع أجزاء الهو ويستطيع ممارسة تأثيره عليه، كما لا يمكن الفصل بين الأنا والهو في حالة الصحة ولا يوجد عداً بينهما" (أبو تركي، 2008، 26).

ويعد استعراض أهم ما تناوله الباحثون من تعريفات لمصطلح الرضا عن الحياة بكافة جوانبه، وخاصة الجوانب التي كان عليها اتفاق وإجماع، ترى الباحثة الرضا عن الحياة بأنه:

شعور الفرد وتقديراته المعرفية لجودة حياته والذي ربما يعكس تقديره العام لنواح معينة في حياته كالمرض أو الأسرة أو المجتمع. وهي بنية نفسية متعددة الأبعاد ترتبط بالعديد من المتغيرات النفسية الهامة كالضغوط والأمراض الجسدية وتقدير الذات والأمل وتعد هذه البنية المؤشر الأساسي للنجاح في التوافق مع ظروف الحياة المتغيرة.

وبناءً على ما سبق فإن الرضا عن الحياة ما هو إلا مكون معرفي للسعادة، ويتمثل في كل ما لدى الفرد من عمليات إدراكية ومعتقدات وأفكار تتعلق بموضوع الاتجاه، ويشمل ما لديه من حجج تقف وراء تقبله لموضوع الاتجاه، ويرتبط إلى حد كبير باعتدال الحالة المزاجية للفرد وتحقيقه لذاته. وهو حالة معرفية تعتمد بشكل أساسي على الحكم الذاتي للفرد في حياته.

ويراه بعضهم بأنه قدرة الفرد على التكيف مع المشكلات التي تواجهه، ويراه آخرون بأنه إحساس داخلي يعبر عن الصحة النفسية للفرد ويظهر ذلك في سلوكه واستجاباته. ويراه ثالث بأنه تقدير لنوعية حياته اعتماداً على حكمه الشخصي. ويراه غيره بأنه استخدام نقاط القوة المميزة في الشخصية ومن خلالها يحصل على الإثبات في مجالات الحياة الرئيسية مثل الزواج، العمل. ويراه غيره بأنه مبني على معتقدات الفرد عن موقعه في الحياة في ضوء المسار الثقافي في المجتمع الذي يعيش فيه. وأشار بعضهم إلى أنه الكيفية التي يقيم الأفراد بها حياتهم بجميع أبعادها. وعبر بعضهم عن الرضا بأنه داخلي المصدر ومكوّن معرفي. وأن الفرد مزود بطاقة ذاتية تسعى للنمو المستمر وتحقيق السعادة (السيبي، 2007، 48).

إلا أنّ مفهوم الرضا عن الحياة يواجه الكثير من اللبس والغموض، لتعدد تفسيراته والعوامل المؤدية إليه، فالفرد يكون غير راضٍ عن حياته في جانب معين، مع أنه راضٍ عن حياته كلها. وأنّ بعض الناس قد يعاني الاكتئاب، أو من بعض الحالات العاطفية العابرة ويبدون في هذه الحالات غير سعداء، إلا أنهم راضون عن حياتهم، وهذا يفسر فشل الرضا عن الحياة في عكس حالات الأفراد العاطفية (السيبي، 2007، 49).

## 3/3 - مصادر الرضا عن الحياة.

حدد كرومباخ وموليش (Crumbangh & mohalish,1969) أربعة مصادر يجد الإنسان فيها ما يحقق له الرضا عن جودة حياته، وهي:

1. القناعة في الحياة.
2. القدرة على وضع أهداف محددة وإنجازها.
3. أن تكون لدى الفرد قدرة للسيطرة على حياته.
4. الاستثارة والحماسة والجد في الحياة.

أما بريجر (Preger, 1998) فحدد مصادر الرضا عن الحياة بالتالي:

- 1- النمو الشخصي كما يتجلى في تحقيق معارف أكثر وتطوير الإمكانيات العقلية.
- 2- يظهر في خدمة أو مساعدة الآخرين.
- 3- العلاقات المتبادلة مع الآخرين.
- 4- العيش طبقاً لمعتقدات محدودة.
- 5- التعبير والإبداع من خلال الفن، الجمال، الموسيقى، الشعر، التأليف.
- 6- النواحي المادية من خلال حيازة الممتلكات وأسباب الرفاهية.
- 7- التوجه الوجودي القائم على اللذة والمتعة (حسن، 2006، 41).

## 3/4 - أبعاد الرضا عن الحياة.

من خلال التعريفات المتعددة لهذا المفهوم يمكن تمييز ثلاثة أبعاد له وهي:

- 1- الموضوعية: تشمل هذه الفئة الجوانب الاجتماعية لحياة الأفراد والتي يوفرها المجتمع من مستلزمات مادية.
  - 2- الذاتية: يقصد بها مدى الرضا التشجعي بالحياة، وشعور الفرد بجودة الحياة.
  - 3- الوجودية: تمثل الحد المثالي لإشباع حاجات الفرد، واستطاعته العيش بتوافق روحي ونفسي مع ذاته ومع مجتمعه (نعيسة، 2012، 153).
- أما في موسوعة علم النفس فيتم تعريف الرضا عن الحياة على أنه مفهوم ذو أبعاد عديدة أوضحها بيترمان وسيلا (Peterman and Silas) في سبعة محاور وهي كالآتي:

1. التوازن الانفعالي ويتمثل في ضبط الانفعالات الإيجابية والانفعالات السلبية.
2. الحالة الصحية العامة للجسم.

3. الاستقرار المهني إذ يمثل الرضا عن العمل بعداً هاماً في الرضا عن الحياة.
4. الاستقرار الأسري وتواصل العلاقات داخل البناء العائلي.
5. استمرارية وتواصل العلاقات الاجتماعية خارج نطاق العائلة.
6. الاستقرار الاقتصادي وهو ما يرتبط بدخل الفرد الذي يعينه على مواجهة الحياة.
7. التواءم الجنسي ويرتبط بذلك ما يتعلق بصورة الجسم والرضا عن المظهر والشكل العام (عزب، 2004، 583).

ويتضمن الرضا عن الحياة الأبعاد التالية:

- 1) **تقبل الذات**: تشير إلى قدرة الفرد على تقبل ذاته إلى أقصى مدى تسمح به إمكاناته، والنضج الشخصي، والاتجاه الإيجابي نحو الحياة.
- 2) **العلاقات الإيجابية مع الآخرين**: تشير إلى القدرة على إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين قائمة على الثقة والود، والقدرة على التوحد مع الآخرين، والقدرة على الأخذ والعطاء مع الآخرين.
- 3) **الاستقلالية**: تشير إلى القدرة على تقرير مصير الذات، والاعتماد على الذات، والقدرة على ضبط وتنظيم السلوك الشخصي.
- 4) **الكفاءة البيئية (السيطرة على البيئة)**: تشير إلى القدرة على اختيار وتحليل وتخيل البيئات المناسبة، والمرونة الشخصية أثناء التواجد في السياقات البيئية.
- 5) **هدفية الحياة**: تشير إلى أن يكون للفرد هدف في الحياة، ورؤية توجه تصرفاته وأفعاله نحو تحقيق هذا الهدف مع المثابرة والإصرار.
- 6) **النمو الشخصي**: تشير إلى قدرة الفرد على تنمية قدراته وإمكانياته الشخصية لإثراء حياته (رجب، 2009، 189).

ومما سبق نجد أن أبعاد الرضا عن الحياة تتجلى في النمو الشخصي، والمهني، والاستقرار الاقتصادي للفرد، فضلاً عن العلاقات الأسرية، والعلاقات مع الأفراد الآخرين في المجتمع.

### 3/5 - مبادئ الرضا عن الحياة.

إنَّ جودة الحياة والرضا عنها تعتمد على مجموعة من المبادئ منها:

- 1- أنَّ جودة الحياة مرتبطة بمجموعة من الاحتياجات الرئيسة للإنسان، وبمدى قدرته على تحقيق أهدافه في الحياة.
- 2- أنَّ معاني جودة الحياة تختلف باختلاف وجهات النظر الإنسانية، بمعنى أنها تختلف من شخص لآخر، ومن عائلة إلى أخرى، ومن مريض إلى آخر.

- 3- أن مفهوم جودة الحياة له علاقة وطيدة ومباشرة بالبيئة التي يعيش فيها هذا الإنسان أو ذلك.
- 4- أن مفهوم جودة الحياة يعكس التراث الثقافي للإنسان والأشخاص المحيطين به (الهنداوي، 2011، 36).

وعلى هذا نجد أن هناك مجموعة من المبادئ التي يجب الانطلاق منها لتحقيق مستوى مرتفع من الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري، ومن أهمها: تأمين الاحتياجات الأساسية للإنسان في حياته، واحترام ثقافة الفرد وثقافة البيئة التي يعيش فيها.

### 3/6 - النظريات المفسرة للرضا عن الحياة.

قام علماء النفس بوضع نظريات للرضا عن الحياة ليحددوا مصادره، فذهب بعضهم إلى أن الرضا عن الحياة هو نتيجة بعض الظروف الموضوعية كالزواج والعمل والصحة وغير ذلك. في حين يرى فريق آخر أن الرضا عن الحياة ينتج عن المشاعر الإيجابية نتيجة الخبرات السارة. وفيما يلي تعرض الباحثة بعض هذه النظريات، وهي:

#### 1. نظرية المقارنة الاجتماعية:

يرى صاحب هذا الاتجاه إيسترلين (Easterlin, 2007) أن الأفراد يقارنون أنفسهم مع الآخرين ضمن الثقافة الواحدة، ويكونون أكثر سعادة إذا كانت ظروفهم أفضل ممن يحيطون بهم، فالمقارنة تخلق درجات مختلفة من الرضا ضمن المجتمع والثقافة الواحدة، فالرضا عن الحياة يعتمد على المقارنة بين المعايير الموضوعية أو المتوقعة، الفردية أو الثقافية أو الاجتماعية أو المادية من ناحية، وما تمّ تحقيقه على أرض الواقع من ناحية أخرى، وقد تكون المقارنة بين الأفراد أو الجماعات المحيطة أو بين الدول والمجتمعات، وبالتالي تختلف درجة الرضا عن الحياة باختلاف المعايير الذاتية والاجتماعية والاقتصادية (سليمان، 2003، 15-16).

ومع أن هذه النظرية تعد واحدة من مصادر الحكم على الشعور بالرضا عن الحياة إلا أنها ليست المصدر الوحيد، فقد يعاني الفرد من مشكلة ما فيقارن نفسه بمن هم أقل منه حالاً، فيقل ذلك من أثرها عليه ولكن لا يلغي هذا الأثر (السيبي، 2007، 51).

#### 2. نظرية التكيف:

يتصرف الأفراد بشكل مختلف تجاه الأحداث الجديدة في الحياة، اعتماداً على نمط شخصياتهم، وردود أفعالهم، وأهدافهم بالحياة، ولكن نتيجة التأقلم مع الأحداث وبمرور الوقت يعودون إلى النقطة الأساسية التي كانوا عليها قبل الأحداث، فنتائج الدراسات تشير إلى أن الأفراد من مختلف الأعمار وبغض النظر عن الجنس لا يختلفون في الشعور بالسعادة أو الرضا عن الحياة ويرجعون السبب إلى

مدى التكيف والتأقلم مع الأوضاع الجديدة، فقد وجد أنّ الأفراد الذين أصيبوا بإعاقات نتيجة الحوادث كانوا في البداية غير سعداء ثم أصبحوا أكثر سعادة فيما بعد نتيجة التكيف مع الأوضاع الجديدة (العش، 2002، 38).

### 3. نظرية المعايير:

يرى أصحاب هذه النظرية أنّ الشعور بالرضا يمكن قياسه من خلال العديد من المعايير، وأحد هذه المعايير يعتمد على الفرد ومزاجه والثقافة والقيم السائدة، وذلك أنّ الظروف المحيطة تؤثر على الشعور بالرضا، فالأفراد لا يفكرون عادة بمرضهم إلا إذا تواجدوا مع أحد الذين يعانون من نفس المرض (سليمان، 2003، 15-16).

وقد أشارت الدراسات إلى وجود فروق في درجات الرضا بين الأفراد في الثقافات الفردية التي يعد فيها الأفراد وحدة مستقلة والتي تركز على الحريات الفردية، والعدالة والثقة بالنفس، وتتوفر فيها أسباب الحياة الكريمة، حيث يقيم الأفراد حياتهم فيها بناءً على مشاعرهم أو احتياجاتهم الفردية، بخلاف الثقافات الجماعية حيث يعتمد أفراد هذه المجتمعات على الدعم الاجتماعي في تحقيق أهدافهم، أو تحقيقها ضمن الجماعة (Jusoff et al., 2009, 27).

### 4. نظرية القيم والأهداف والمعاني (نظرية الظروف الموضوعية):

تقوم هذه النظرية على فرضية مفادها، أنّ الفرد يرضى عن حياته عندما يعيش في ظروف طبيعية، ويشعر بالأمن والنجاح في تحقيق ما يريد من أهداف، فيجد الصحة الطيبة ويتزوج المرأة الصالحة ويسعى ليكون أسرة متماسكة، والحصول على العمل الجيد والمعافاة في البدن، وبذلك يتمتع بالصحة النفسية (المالكي، 2011، 45).

### 5. نظرية الخبرات السارة (الإدراكية):

يرى أصحاب هذه النظرية أنّ الفرد يمكن أن يحقق الرضا عن الحياة عندما تكون خبراته فيها سارة وممتعة بما تولده من مشاعر إيجابية، وليست هذه الظروف هي نفسها مصدر الرضا بل يتوقف الرضا على مدى إدراك الفرد للخبرة السارة في هذه الظروف، ويعد هذا الإدراك مسألة نسبية تختلف من شخص إلى آخر وفق ما يدركه كل فرد من خبرات ممتعة أو غير ممتعة في هذا الموقف، وقد تبين أنّ مجرد وضع الأشخاص في حالة مزاجية حسنة يزيد من تعبيرهم عن الشعور برضاهم عن الحياة ككل، وتبين من بعض التجارب أنّ الحالات المزاجية العابرة لها تأثير كبير على أحكام الشعور بالرضا، وأنّ التفكير المتصل والمدعم بصورة عينية يزيد من الشعور بالرضا (Parlow, 2010, 289).

## 6. نظرية الفجوة بين الطموح والإنجاز (الذات المثالية/الواقعية):

تشير هذه النظرية أن الفرد يرضى عن حياته عندما يحقق طموحاته، أو عندما تكون إنجازاته قريبة من طموحاته، وغالباً ما تقوم الطموحات على المقارنة مع الآخرين ومع خبرة الفرد الماضية، ولكن عندما يضع الفرد طموحات وأهدافاً أعلى من قدراته وإمكانياته لا يستطيع الوصول إلى أهدافه، وبالتالي يجد نفسه غير راضٍ عن حياته (Wu et al., 2009, 274).

وبذلك يؤدي الطموح الزائد مع ضعف الإمكانيات إلى الإحباط والقلق المستمر على المستقبل، لذلك يجب الموازنة بين طموح الفرد وإمكانياته حتى يستطيع تحقيق أهدافه ويشعر بالنجاح والرضا، ومع ذلك فليس من المؤكد أن الفجوة بين الطموح والإنجاز هي التي تحقق الرضا أو العكس (المالكي، 2011، 47).

## 7. نظرية فورديس "الإشباع" (Fordyce):

إنَّ جودة الحياة تتحقق عندما تشبع حاجات الفرد وأنَّ جودة الحياة لا تعني حالة مؤقتة بل هي إحساس طويل المدى، وتعني القناعة بالحياة، والاستقرار الانفعالي حتى تصبح خبرة ينتج عنها التفاعل بين عوامل كثيرة ومتنوعة، وقد يكون مصطلح جودة الحياة مماثل لمصطلحات أخرى كثيرة منها الرضا عن الحياة، والمتعة في الحياة، والإنجاز، والقناعة، والشعور بالراحة والسعادة في الحياة (حسن، 2006، 43).

ومن خلال استعراض النظريات التي اهتمت بمفهوم الرضا عن الحياة نجد اختلافاً يعود إلى تنوع الزوايا التي نظر من خلالها كل من أصحاب تلك النظريات، فنظرية المقارنة الاجتماعية نظرت للمشهد بشكل عام من خلال وجود الفرد داخل مجتمعه وكيفية مقارنة نفسه مع الآخرين، وتشابهت معها أيضاً نظرية التقييم التي فسرت مفهوم الرضا عن الحياة لدى الفرد من خلال عدة معايير يقيم من خلالها الفرد مفهومه للرضا عن حياته، أما نظرية القيم والأهداف فسرت مفهوم الرضا من خلال تحقيق الفرد لأهدافه وطموحاته، في حين أن نظرية الخبرات السارة فسرت الرضا من خلال الذكريات السابقة للفرد، فمتى كانت الذكريات سارة ومحبة للنفس تولدت عنها مشاعر إيجابية تولد شعوراً عاماً بالرضا، وفسرت نظرية الفجوة بين الطموح والإنجاز تفسيراً مشابهاً لنظرية الأهداف والمعاني إذ إنَّ الرضا يعتمد على تحقيق الأهداف المرجوة وإنجازها.

هذا وتمثل النظريات السابقة تفسيرات جزئية للرضا عن الحياة، إلا أنه يمكن إيجاد بعض جوانب التوافق والتكامل فيما بينها، فهي تشير إلى:

- أن يعيش الفرد في ظروف طبيعية وصحية تشعره بالأمن والطمأنينة.

- أن يدرك الخبرات السارة التي تمتعه وتسره.
- أن يحقق أهدافه في الحياة، ويتغلب على الصعوبات التي تواجهه.
- أن تكون طموحاته في مستوى قدراته وإمكاناته، حتى لا يتعرض لمواقف الإحباط.
- أن يحقق النجاح في دراسته أو عمله، حتى يشعر بالكفاءة والجدارة وتقدير الذات.

### 3/7 - مظاهر الرضا عن الحياة.

للرضا عن الحياة العديد من المظاهر، أهمها:

#### (1) العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال:

- العوامل المادية الموضوعية: تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده، إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية والزوجية والصحية والتعليمية.
- حسن الحال: يعد بمثابة مقياس عام للرضا عن الحياة، كما يعد مظهراً سطحياً للتعبير عن الرضا عن الحياة (الهنداوي، 2011، 42).

#### (2) إشباع الحاجات والرضا عن الحياة:

- إشباع وتحقيق الحاجات: هو أحد المؤشرات الموضوعية للرضا عن الحياة، فعندما يتمكن الفرد من إشباع حاجاته فإن جودة حياته تزداد وترتفع فيزداد رضاه عنها.
- الرضا عن الحياة: هو درجة تقبل الفرد لذاته، بما حقق من إنجازات في حياته الماضية والحاضرة، ويفصح هذا التقبل عن نفسه في توافق الفرد مع ذاته والآخرين، وجوانب الحياة المختلفة، ونظرته المتفائلة عن المستقبل (سليمان، 2003، 13).

#### (3) إدراك الفرد للقوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة:

- القوى المتضمنة والحياتية: فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لا بد لهم من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الابتكارية الكامنة داخلهم.
- معنى الحياة: فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع والآخرين، وشعر بإنجازاته ومواهبه، أدى ذلك إلى إحساسه بجودة الحياة (الهنداوي، 2011، 42).

#### (4) الصحة الجسدية والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة:

- الصحة الجسدية والبناء البيولوجي: تمتع الفرد بصحة جسدية سليمة تزيد من نسبة رضا الفرد عن حياته ونظرته التفاؤلية للمستقبل.

- السعادة: هي حالة من التوازن الداخلي يسودها عدد من المشاعر الإيجابية كالرضا والابتهاج والسرور، والتي ترتبط بالجوانب الأساسية للحياة مثل الأسرة والعمل والعلاقات الاجتماعية (القاسم، 2011، 40).

### 5) جودة الحياة الوجودية:

"إنَّ جوهر الإنسان يتمثل في عمق الفطرة وثنائها وفيه إمكانيات الإنسان الكامنة، وطاقته المتأصلة، تلك التي تجسد الطبيعة الإنسانية وتعطي للإنسان معنى لوجوده وهدفاً لحياته، فيه تحقيق لإنسانيته وإعلاء لنفسه فوق مادياتها" (الفرماوي، 1999، 215).

وهكذا نجد أنَّ مظاهر الرضا عن الحياة تخضع لثلاثة تأثيرات هي: الشخصية والجوانب الاجتماعية والعوامل البيئية. فمن الناحية الشخصية يتمتع الراضون عن حياتهم: بالسعادة، والصحة الجسدية، والشعور بالطمأنينة، والشعور بالتقدير الاجتماعي. وتتضمن الجوانب الاجتماعية: العمل، والزواج، والأصدقاء، والعوامل البيئية: الدخل والتعليم والمراكز الصحية. فالفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية والسعادة والرضا، هو الفرد القادر على التوافق الشخصي والتوافق الاجتماعي، وهي قدرته على أن يصل إلى درجة من التوافق مع نفسه، أي مع قيمه وأهدافه التي ارتضاها لنفسه.

### 3/8 - مقومات الرضا عن الحياة.

تتمثل مقومات الرضا عن الحياة في حالة المعافاة الكاملة بدنياً وعقلياً ونفسياً واجتماعياً، ووفق تعريف منظمة الصحة العالمية فإنَّ للصحة عناصر عديدة هي:

1. الصحة الجسدية: القدرة على القيام بوظائف الجسم الديناميكية وحالة مثلى من اللياقة البدنية.
2. الصحة النفسية: القدرة على تعرف المشاعر والتعبير عنها، وشعور الفرد بالسعادة والراحة النفسية دون اضطراب أو تردد.
3. الصحة الروحية: هي صحة تتعلق بالمعتقدات والممارسات الدينية للحصول على سلام مع النفس.
4. الصحة العقلية: هي صحة تتعلق بالقدرة على التفكير بوضوح وتناسق والشعور بالمسؤولية، وقدرة على حسم الخيارات واتخاذ القرارات وصنعها.
5. الصحة الاجتماعية: هي القدرة على إقامة العلاقات مع الآخرين والاستمرار بها والاتصال والتواصل مع الآخرين واحترامهم.
6. الصحة المجتمعية: هي القدرة على إقامة العلاقة مع كل ما يحيط بالفرد من مادة وأشخاص وقوانين وأنظمة (نعيسة، 2012، 146).

أما (الهمص، 2010) فيرى أنّ الرضا عن الحياة تعريف نسبي يختلف من شخص لآخر حسب ما يراه من معايير تقييم حياته، وتوجد عوامل كثيرة تتحكم فيه:

- 1- القدرة على التفكير وأخذ القرارات.
- 2- القدرة على التحكم.
- 3- الصحة الجسمانية والعقلية.
- 4- الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.
- 5- المعتقدات الدينية - القيم الثقافية والحضارية.
- 6- الأوضاع المالية والاقتصادية والتي في ضوءها يحدد كل شخص الشيء الأهم بالنسبة له والذي يحقق سعادته في الحياة التي يحياها.

ويتضمن التفسير الدقيق للفروق الفردية في السعادة ثلاثة تأثيرات تشمل: الشخصية والجوانب الاجتماعية والعوامل البيئية. فمن الناحية الشخصية يتمتع الراضون عن حياتهم بالسعادة، والصحة الجسدية، والشعور بالطمأنينة، والشعور بالتقدير الاجتماعي. وتتضمن القناعة الجوانب أو العلاقات الاجتماعية: العمل، الزواج، الأصدقاء والجيران. والعوامل البيئية أو الديموغرافية: العمر والدخل والتكيف الاجتماعي. وهي قدرته على أن يصل إلى درجة من التكيف مع نفسه، أي مع قيمه وأهدافه التي ارتضاها لنفسه، وأن يصل إلى درجة لا بأس بها من التكيف مع الجماعة التي يعيش فيها. وكذلك شعوره بتقبله لذاته، وتقبل الآخرين له، وشعوره بالسعادة والارتياح تجاه ما يقوم به من تصرفات وسلوكيات، كذلك يظهر التكيف الاجتماعي في استمتاع الفرد بحياته وعمله وأسرته وأصدقائه وشعوره بالطمأنينة والسعادة وراحة البال (فهيم، 1995، 72).

كما ذكر بوليت (Polit, 2007, 12) أنّ الرضا عن الحياة يشمل ثلاثة مستويات: المستوى الأول: يتضمن تقييم الشخص للرضا العام عن حياته، المستوى الثاني: يتضمن تحقيق الرضا في مجالات الحياة المختلفة مثل: الجانب الروحي والاقتصادي والاجتماعي والنفسي والبيولوجي، المستوى الثالث: يتضمن تركيز النظر على مستويات كل مجال مثل المرض والأعراض.

ويمكن تلخيص أهم عوامل الرضا عن الحياة فيما يلي:

**1) السعادة:** ربط علماء النفس السعادة بالصحة النفسية وبالإشباع البيولوجي والاجتماعي والنفسي؛ حيث اتفقوا على أنّ الصحة النفسية حالة يشعر فيها الإنسان بالسعادة والأمن والاستقرار النفسي. لكنهم اختلفوا في تحديد معنى السعادة والأمن والاستقرار النفسي، فجعلها بعضهم في الخلو من الانحرافات، والتوترات، والأخطاء، وجعلها بعضهم الآخر في تحقيق التوازن بين مطالب الجسم والنفس والروح، ومطالب الفرد والجماعة، وجعلها آخرون في تحقيق التوافق بين الفرد والمجتمع.

وأكد ماسلو عندما رأى إشباع الحاجات الأساسية يعد مصدراً مباشراً للشعور بالسعادة والبهجة (علام، 2008، 82).

وعرف أرجايل السعادة بأنها: شعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات وأنها شعور بالبهجة والاستمتاع واللذة. كما يرى فوللي (Fowlie et al., 1998) أنّ السعادة هي شعور عام بالرضا عن الحياة، يزدهر ويستمر على مدار فترات زمنية طويلة (سيلجمان، 2008).

**(2) الصحة:** ترتبط الصحة بالرضا والسعادة وهي واحدة من أهم أسبابها الرئيسية وتقوى الصلة بين الصحة والرضا عن الحياة مع التقدم في العمر. فكلما تقدم الفرد في العمر وهو يتمتع بصحة عامة كان أكثر رضا وسعادة. وتعرف منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها: "حالة من تكامل الإحساس الجسدي والنفسي والاجتماعي، وليست فقط الخلو من الأمراض والعاهة". كما تمثل الصحة حالة من الإحساس الإيجابي، أي أنّ الصحة لا تتحقق بصورة آلية دون سعي الفرد نحو تحقيقها إنما تتوافر كمحصلة فعلية ولمموسة لما يقوم به الفرد خلال رحلة حياته كلها من خلال المحافظة على القدرات الاجتماعية، والنفسية، والجسدية، وترميمها (رضوان، 2002).

**(3) الطمأنينة:** يأتي الشعور بالطمأنينة والأمن وعدم التهديد من خلال الوالدين مع بداية الحياة. لذلك نجد أن الطفل الذي حظي بمعاملة ودية تتسم بالسيطرة والتسلط قلما ينعم بالطمأنينة والشعور بالسعادة والرضا فهو يشكو من شدة القلق والهم، ويلاحقه شعور دائم بالتقصير وعدم الإنجاز، وعندما يصبح شاباً يشبع هذه الحاجة من خلال الأسرة والزواج، أو الثروة والممتلكات إلى غير ذلك من الأساليب التي يرى فيها الأفراد ما يحقق لهم الأمن والطمأنينة في الحاضر أو المستقبل.

**(4) التقدير الاجتماعي:** يزداد الرضا عن الحياة لدى الفرد كلما حظي بتقدير اجتماعي مرتفع، ويعني ذلك أنّ الآخرين مستعدون لإشباع حاجات الفرد الأساسية من الانتباه والحب والتقدير (سليمان، 2003، 48).

**(5) العمل:** تعد العلاقات الاجتماعية من أهم مصادر الشعور بالرضا عن الحياة، لأنها تقدم للفرد الفرصة للإفصاح عن الذات، والرفقة، والمساندة الاجتماعية وقت الأزمات، بالإضافة إلى الشعور بالانتماء ولعل من أهم هذه العلاقات علاقات العمل، فالرضا عن العمل قد يأتي متأخراً بعد الصداقة والزواج، لكنه من أكثرها أهمية (مبروك، 2007).

لا يضر العمل بالإنسان لأنه صور نشاطه الطبيعية، فالفرد الذي يزاول مهنة أو عملاً فنياً تتاح له الفرصة لاستغلال كل قدراته وتحقيق أهدافه الحيوية، أكثر من المجالات الأخرى، وهو الأمر الذي يحقق له الشعور بالراحة والرضا والسعادة النفسية.

(6) الزواج: يعد الزواج من أهم العلاقات الاجتماعية المؤثرة في رضا الفرد عن حياته. إذ يتمتع المتزوجون بالرضا المرتفع بوجه عام، والسعداء في زواجهم بشكل خاص. ومن المؤكد أنّ تحقيق الحب من أوضح الأمثلة على علاقة أكثر رضا وإشباعاً للطرفين، إذ هو أشد العلاقات وأكثرها عمقاً، وهو الذي يستثير أشد المشاعر الإيجابية. فالزواج المستقر والعمل والأولاد من أهم مصادر الرضا عن الحياة. وتتوقف فوائد الزواج على نوعيته (من حيث كونه سعيداً أو غير سعيد) فإن الرضا عن الزواج يرتبط ارتباطاً قوياً بالشعور العام بالرضا أو السعادة (مرسي، 2000، 44).

(7) الأصدقاء والجيران: أما العلاقات الاجتماعية الأخرى كالأصدقاء والجيران فلها الأثر الأكبر في الرضا عن الحياة، إذ يُشير العديد من البحوث إلى أنّ من يملك عدداً أكبر من الأصدقاء يميل إلى أن يكون أكثر سعادة ورضاء، وتصل الصداقة إلى أقصى درجات أهميتها عند الشباب بدءاً من المراهقة وحتى الزواج. ثم تظهر أهمية الصداقة مرة أخرى مع التقدم في العمر، إذ يؤدي التقاعد عن العمل وفقدان الأجزاء إلى زوال العلاقات الاجتماعية الأخرى، وبين هاتين المرحلتين تستحوذ الأسرة والعمل على قسط أكبر من الاهتمام والوقت. ويشكل الرضا عن الجيران مصدراً من مصادر الرضا، فالحديث العابر، والتعاون في المسائل الأكثر جدية ذات الطابع المحلي مثل تنظيف المرافق العامة، والمستوى المرتفع من المساعدة في الأمور الأقل أهمية مثل إعاره الأشياء. وتبرز أهمية الجيران للأفراد الذين يقضون معظم أوقاتهم في البيت، لذلك يشكل الجيران أهمية أكبر لدى من هم أكبر في السن (أرجايل، 1993).

(8) العمر: يزداد الشعور بالرضا عن العمل ويتضاءل دور النشاطات السارة وتتنخفض شدة المشاعر مع التقدم في العمر. ويتبين أنّ كبار السن أكثر رضا عن الحياة، ويزيد الشعور بالرضا على الشعور بالسعادة لدى المتقدمات في العمر وخصوصاً غير المتعلمات، وقد يرجع ذلك إلى افتقادهن الطموحات المرتفعة في الصغر، وتعودهن على تقبل الأمور كما هي، وقد عبر الأفراد من متوسطي العمر عن أعلى درجة من الحيوية، بمعنى أنهم يجدون الحياة أكثر تشويقاً ويشعرون بفائدتها ويرون الحياة على أنها ممتلئة ومفعمة بالأمل ويعون ثراء حياتهم الراهنة. كما يزداد تأثير الدخل والشعور بالرضا المستمد منه مع التقدم في العمر. ويزداد أيضاً الشعور بالرضا مع التقدم بالزواج مع العمر، وخصوصاً في مرحلة الرشد، وينخفض عند التقدم في العمر من ناحية الصحة والجنس والجاذبية الجسمية. كذلك يعد الأكبر سناً أكثر شعوراً بالرضا ويرجع ذلك إلى تحسن الأحوال المادية والاستمتاع بمستوى أفضل من المعيشة، وينجحون في التلاؤم مع بيئتهم وظروفهم، إما بتغييرها أو تغيير أنفسهم، وكذلك تقترب طموحاتهم وتوقعاتهم من واقع حالهم (أرجايل، 1993).

وعلى هذا ترى الباحثة أن الشخص الذي يتمتع بالسعادة والرضا هو شخص قادر على ممارسة الحياة ممارسة سعيدة، فيها تفاؤل ورضا وصبر وتحمل عند تعرضه لبعض الضيق والتوتر النفسي الذي تطول مدته أو تقصر، فهو لا يلبث أن يزول فتعود حالته النفسية إلى ما كانت عليه من سلاسة ويسر فهو صاحب إرادة قوية في مواجهة الأزمات ومتفائل في المواقف الصعبة ويسعى إلى الأفضل ويعمل من أجل النجاح.

### 3/9 - كيفية الوصول إلى الرضا عن الحياة.

يتم الوصول إلى الرضا عن الحياة من خلال:

1. تحقيق الفرد لذاته وتقديرها: إنَّ السعي وراء تحقيق الذات هو بمثابة الهدف الأسمى والنهائي للطموح الإنساني، وتحقيق الفرد لذاته يزداد إقباله على الحياة ويرتفع مستوى رضاه عن الحياة.
2. إشباع الحاجات: إنَّ إشباع حاجات الفرد بشكل سليم ومتوازن يؤدي لزيادة رضاه عن الحياة، وأي إعاقة تمثل سبباً مهماً من أسباب انخفاض الرضا عن الحياة (الهنداوي، 2011، 44).
3. الوقوف على معنى إيجابي للحياة: إنَّ تحمل المشقة والصبر وعدم الجزع يعطي للحياة معنى إيجابياً ويرفع من قيمتها، والإيمان بهدف الحياة يجعل الفرد أكثر قدرة على العطاء والإنتاج.
4. وجود علاقات اجتماعية ودعم اجتماعي: العلاقات الاجتماعية من الركائز الأساسية للصحة النفسية السليمة والتوافق النفسي، وأحد العوامل المهمة في تحقيق الرضا عن الحياة.
5. توافر الصلابة النفسية: هي مجموعة من السمات تتمثل في اعتقاد أو اتجاه عام لدى الفرد في فاعليته وقدرته على استغلال كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة ليدرك بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة الشاقة إدراكاً غير محرف أو مشوه، ويفسرها بواقعية وموضوعية ومنطقية، ويتعايش معها على نحو إيجابي، وتتضمن ثلاثة أبعاد هي: الالتزام، والتحكم، والتحدى (سيد، 2012، 6).
6. المعتقدات الدينية: إنَّ المعتقدات الدينية تعطي لحياة الفرد معنى إيجابياً، ويجعله أكثر قدرة على تحمل الضغوط والصدمات والصبر بلا جزع، ويقيه من الأمراض النفسية المختلفة، ويجعله أكثر توافقاً مع نفسه ومع المجتمع.
7. التوجه نحو المستقبل: إنَّ اطمئنان الفرد نحو مستقبله يمثل عاملاً مهماً من عوامل تحقيق الرضا عن حياته، والخوف من المستقبل يمثل أحد أسوأ أنواع القلق وهو القلق من المجهول، مما يسبب حالة من التشاؤم والاكتئاب وانخفاض درجة الرضا عن الحياة (عيسى، 2013، 62).

وترى الباحثة أنَّ الشخص الذي لديه مستوى عالٍ من الرضا لا يخلو تماماً من الخوف، والقلق، والصراع، والشعور بالذنب، بل إنَّ الذي يميزه عن غيره هو طريقته في مواجهة هذه المشاعر، فهو الذي يتعلم أن يواجه صراعاته وإحباطاته بالحكمة بدلاً من الشعور بالعداوة، أو الخوف، أو الازدراء المرضي.

وهو الذي يصبح الشعور بالذنب عنده عاملاً يتحدى أمانته مع نفسه ومع الآخرين ونذيراً له بضرورة تعديل سلوكه.

### 3/10 - قياس مستوى الرضا عن الحياة.

لما لم تكن هناك معايير واضحة ومحددة لقياس مفهوم الرضا عن الحياة، كان هناك حذر شديد لعمل قياس للرضا عن الحياة مع ضرورة هذا القياس ولتخصيص مصادر للرعاية الصحية ( King & Hinds , 1996).

والأبحاث التي تتعلق بالرضا عن الحياة أظهرت الفرق بين تقييم جودة الحياة الذي يقوم به مقدمو الخدمات الصحية وبين المرضى.

وعند مناقشة مفهوم الرضا عن الحياة من المهم أن نميز هذا المفهوم عن مفاهيم ذات علاقة ولكنها تختلف من حيث المضمون مثل: الصحة الجيدة، الحالة الصحية، الرضا عن الحياة، والأمل ومن المهم تقييم العلاقة بين الثقافة والرضا عن الحياة لأن إدراك الرضا عن الحياة ذو ارتباط وثيق مع الحدود الثقافية التي تختلف من مجتمع لمجتمع.

ومما يجدر ذكره جهداً قليلاً تم بذله في الأبحاث التي توضح العلاقة بين القضايا الثقافية والرضا عن الحياة من حيث تأثير الثقافة عليها (Fowlie et al., 1989, 55).

وهناك بعض الأمور التي يمكن من خلالها قياس الرضا عن الحياة وهي أمور يمكن قياسها مثل: الحالة الصحية، وقابلية الحركة، وجودة المنزل وغيرها.

وهناك أمور أخرى لقياس الرضا عن الحياة عن طريق الحصول على معلومات دقيقة عن حياة الشخص أو مدى كفاءة وفعالية النظام الذي يحياه الإنسان مثل: توزيع الدخل، توفر الوصول إلى الخدمات الصحية وغيرها.

وهناك سؤال آخر عن قياس جودة الحياة ويكون هذا القياس مستنداً على قيمة الجودة مثل: مدى قدرة الإنسان على الاستقلالية والتحكم مما يُعد مؤشراً على جودة حياة جيدة وقد توصف لبعض الأشخاص وليس للجميع (Rapheal et al., 1996).

إن تقييم نوعية الرضا عن الحياة أمر معقد وذلك بسبب الحقيقة التي ترى أنه لا يوجد تعريف عالمي واضح أو متفق عليه للرضا عن الحياة.

واستخدم مقياس الرضا عن الحياة للتمييز بين مرضى مختلفين أو مجموعات مختلفة من المرضى وذلك للتنبؤ بالنتائج المختلفة للأفراد، وكذلك لتقييم فعالية البدائل والطرائق العلاجية التي تم استخدامها.

تقييم وعمل قياس للرضا عن الحياة: من الممكن أن يكون له العديد من الاستخدامات المختلفة في مساعدة العلاج السريري الروتيني إذ يساعد الأطباء في (وضع المشكلات ذوات الأولوية، التخاطب بصورة أفضل مع المرضى، البحث واكتشاف المشكلات المحتملة، وكذلك معرفة الأشياء والأمور التي يفضلها المريض) (Berlim & Fleck, 2003, 249- 252).

يوجد هناك منطقة أخرى تختص الرضا عن الحياة وهي (الصحة المرتبطة بجودة الحياة health related to quality of life (HRQOL))، وهذا الجانب من التقييم والقياس الصحي يختص بتقييم جودة الحياة المتعلقة بالصحة بالنسبة للأفراد، مثل تأثير الحالة الصحية للفرد على مقدرته للقيام بالوظائف المختلفة بالوظائف المختلفة في جوانب مهمة ومتعددة في حياته تشمل إحساس المريض بحالته الصحية والتي تشتمل على جوانب وظيفية (HRQOL) ومجمل الأمر متعددة مثل: السيكولوجية، الاجتماعية، الجسدية، وكذلك الأمر الجوانب التي تتعلق بالمرض والتي تعكس الإحساس بمدى تأثير مرض معين على الوظائف الرئيسة الثلاث السيكولوجية الاجتماعية، الجسدية لهذا الشخص (Trief et al., 2002, 11).

من منظور المرضى هناك فرق بين الرضا عن الحياة والحالة الصحية المحسوسة للمرضى، إذ وجد أن الرضا عن الحياة والحالة الصحية لكل منها تركيبه المميز الخاص به، وعندما نعطي معدلاً للرضا عن الحياة نجد أن المرضى يركزون على الحالة العقلية أكثر من تركيزهم على الوظائف الجسدية.

وهذا النمط عكس التقييم للحالة الصحية؛ حيث تكون الحالة الجسدية أكثر أهمية من الحالة العقلية، بمعنى أن الرضا عن الحياة والحالة الصحية كل منهما له وصفه وتركيبه الخاص به ولا يجب التبادل في استخدام هذين المصطلحين (Smith, 1999, 447).

من خلال العرض السابق لمفهوم الرضا عن الحياة نجد أن هناك علاقة وثيقة بين الإحساس بالرضا عن الحياة والشعور بالاطمئنان النفسي، فغالباً يتطلع الفرد إلى ما يحقق له الانسجام مع مطالبه والالتزان مع رغباته، واقتناء كل ما ينمي له صحته ومعارفه وعلاقاته وأحبائه، فكلما سعى الإنسان لإرضاء حاجاته النفسية والعضوية، زاد ذلك من حيويته ونمو قدراته وتطلعه المستمر في طلب المزيد من ذلك الذي أعاد إليه الراحة والصحة والسعادة والطمأنينة. أما عدم حصوله على هذا الالتزان وعدم إشباع حاجاته فهو ما يشعره بالاكنتاب الذي يظهر من خلال تحوله إلى آلة صماء لا يقوى على التفاعل السليم لعدم وضوح شبكة علاقاته الاجتماعية، وعندها يفقد الإحساس بالحياة. كما أن الإحساس بعدم الرضا عن الحياة يؤثر في شخصية الفرد وصحته وتوافقه وعلاقاته داخل المجال الاجتماعي الذي يعيش فيه.

## . خلاصة:

من خلال العرض السابق نجد أنّ مفهوم الرضا عن الحياة يمثّل واحداً من أهم مصادر السعادة في الدنيا، والمكون الأساسي لها. ويعد مطلباً من المطالب المهمة التي يسعى الأفراد إليها وملماً من ملامح الشخصية السوية، إذ يشعر الإنسان بمدى انعكاس هذا الشعور بالرضا على سلوكاته وتصرفاته وصحته الجسدية وعلاقاته الاجتماعية. كما يُعد الرضا عن الحياة نوعاً من التقدير والتأمل لمدى حسن سير الأمور. وعلى الإنسان أن يكون راضياً عن حياته كما هي، وأن يسعى إلى تنميتها، وأن يرضى ويرضى نفسه بها من أجل صحته النفسية التي تقوم على الرضا عن مظهره وصحته الجسدية وزواجه وأسرته وعمله وأصدقائه وجيرانه، أي الرضا عن ذاته وبيئته. كما تقوم على العلاقات الاجتماعية التي تتصف بدرجة عالية من الدعم كالزواج والعلاقات الوثيقة الأخرى، فهي تعد واحدة من أهم مصادر السعادة للتخفيف من عناء المرض الجسدي.

# الفصل الخامس

## الإرشاد المعرفي السلوكي

- تمهيد.

- 5/1 - الإرشاد المعرفي السلوكي.
- 5/2 - مفهوم الإرشاد المعرفي السلوكي.
- 5/3 - نشأة الإرشاد المعرفي السلوكي.
- 5/4 - أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي.
- 5/5 - مبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي.
- 5/6 - مراحل الإرشاد المعرفي السلوكي.
- 5/7 - فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي.

## الفصل الخامس

## الإرشاد المعرفي السلوكي

## . تمهيد:

يستند البرنامج إلى النظرية السلوكية المعرفية، فقد قامت الباحثة بدمج التقنيات السلوكية المعرفية من أجل رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.

بدأ الإرشاد السلوكي في عام 1950 بدمج الطرق المعرفية المتنوعة ويرجع ذلك إلى سببين:

- لقد توصل العديد من المعالجين السلوكيين إلى أن الطرق السلوكية تكون محددة بهدف معين يؤثر على المشكلات التابعة.
- إن التقارب بين المناهج السلوكية والمعرفية لم يحدث نتيجة اكتشافات مفاجئة، إلا أنه يبدو أنه حدث نتيجة اعتراف السلوكيين بأنهم يتعاملون فعلاً مع عمليات معرفية مثل الأفكار والإدراكات والحديث الداخلي.
- إن كل التدخلات العلاجية تتضمن بعض العمليات المعرفية، ولكن بعض الإجراءات توجه بخاصة إلى إحداث تعديلات في أبنية معرفية غير متوافقة أو محددة، وتكون هذه الإجراءات ما يعرف بالإرشاد السلوكي المعرفي، وهو ما يعرف بأنه فهم علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهري من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى الطفل.
- ويهدف العلاج العقلاني السلوكي إلى إحداث تغييرات في المعتقدات اللاعقلانية والأفكار غير الواقعية وخفض الاضطرابات الانفعالية إلى أدنى مستوى من خلال العمل على إكسابهم فلسفة عقلانية ذات فائدة في إدارة الحياة ليكون التفكير العقلاني أسلوباً للحياة (عبد الله ب، 2008، 5).
- ومهمة العلاج العقلاني توضيح الأفكار غير المنطقية من خلال الحوار، والإقناع، وإحلال الأفكار الأكثر إيجابية وواقعية، وتنمية القدرة على ضبط الذات.

## 5/1 . الإرشاد المعرفي السلوكي:

يعد الإرشاد المعرفي السلوكي من أكثر الاتجاهات شيوعاً في الوقت الراهن في تناوله مختلف المشكلات حيث يتميز هذا الأسلوب الإرشادي بتأكيد على الأنشطة المعرفية مثل: المعتقدات والتوقعات والعبارات الذاتية وحل المشكلات.

ويشير النجار (2005، 147) إلى أن الإرشاد المعرفي السلوكي يعتمد على العمليات المعرفية وتأثيرها على الانفعالات والسلوك معاً، ويتجه الفكر الإرشادي لهذا النوع من الإرشاد على أن المشكلات النفسية إنما تتبع من اضطراب في حالات التفكير.

وقد وضع بك (Beek A) الشكل الرئيس للإرشاد المعرفي السلوكي الذي يعتمد على فعالية وتأثير الأفكار في تعديل الانفعالات والسلوك، حيث يقوم على الوصول بالمسترشد إلى أنه تبنى أفكاراً غير منطقية وخاطئة، وأن هذا يسبب عدم تكيفه أو فهمه الخاطئ للواقع ومحاولة تعديل هذا الفكر الخاطئ بأخر سليم صحيح أكثر ملاءمة عما سبق، ويختلف الإرشاد المعرفي السلوكي في أنه لا يدرس العلاقة بين المثير والاستجابة فقط، ولكن يدرس العمليات المعرفية التي تتوسط هذه العلاقة، فعندما يتعرض الإنسان لمثير ما فيعطي تفسيراً له ويستجيب له معتمداً على معنى المثير من وجهة نظره، وفي ضوء ذلك يحاول معدلوا السلوك المعرفي تغيير السلوك المعرفي من خلال التركيز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات البيئية، وكيفية تفسيره لها.

ويؤكد حتاملة على أن الإرشاد المعرفي السلوكي من أكثر أنماط الأساليب الإرشادية شيوعاً في الوقت الراهن في تناول مختلف المشكلات حيث تطرق هذا الأسلوب إلى كافة المشكلات تقريباً، حيث أكدت دراسات عديدة أن الإرشاد المعرفي السلوكي يعد هو الأكثر فاعلية قياساً بأساليب الإرشاد الأخرى، وذلك في ت تناول مختلف المشكلات، وأنه يعتبر الأفضل على الإطلاق فيما يتعلق بالنتائج المرجوة على المدى الطويل حيث تقل بدرجة كبيرة احتمالات حدوث انتكاسة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي (حتاملة، 2006، 43).

وقد يرجع ذلك إلى أنه يستخدم عدة استراتيجيات للمواجهة كما أنه يركز على المكونات المعرفية والوجدانية والسلوكية التي يتضمنها أي اضطراب، ومن ثم تتنوع الفنيات المستخدمة خلال البرنامج الإرشادي لتشمل كل هذه المكونات معاً، وبالتالي نجد أن هناك تنوعاً في الاستراتيجيات المستخدمة بين الاستراتيجيات المعرفية والاستراتيجيات الانفعالية والاستراتيجيات السلوكية. كما أنه يركز على حدوث تغيير في السلوك يتم من جراء تصحيح وتعديل الأفكار المشوهة والاعتقادات المختلة وظيفياً التي تكمن خلف هذا السلوك وتعد هي المسؤولة في الأساس بدرجة كبيرة عن حدوث ذلك السلوك (حتاملة، 2006، 43).

ويضيف الخطيب (2002، 113) أن باندورا Bandura (1977) قد أكد على أن هذا الإرشاد يمكن أن يعمل على تقوية تقدير الفرد لذاته وشعوره بفعاليته الذاتية الأمر الذي يجعله ينمي أهدافاً تلبية طموحاته وتنعكس إيجاباً على علاقاته بمحيطه بالاعتماد على تقنيات سلوكية كما أن كنفير وجولدستين Kanfer & Goldstein (1986) قد توصلوا من خلال الدراسات المسحية التي قاما بها إلى أن حوالي (40%) من المرشدين الحديثين وصفوا توجهاتهم النظرية بطريقة معرفية سلوكية.

ويشير عبد الله (2000، 19) إلى أن هذه النظرية تعد من النظريات التي جمعت بين كل من أساليب النظرية السلوكية والنظرية المعرفية في الإرشاد.

وترى الباحثة بأن تعديل السلوك المعرفي يعد إضافة تطويرية تغطي جانباً من الجوانب التي لم تهتم بها البرامج التقليدية لتعديل السلوك، وهو العمليات المعرفية، وقد ظهر نتيجة الانتقادات التي وجهت إلى المدخل السلوكي الذي يركز على السلوك الظاهر دون النظر إلى العمليات المعرفية، إضافة إلى أن التعديل الذي يحدث انطلاقةً من الذات نفسها يكون أبقى وأكثر استقراراً إذا ما قورن بالتعديل الذي يحدث من خلال آخرين باستخدام معززات خارجية علماً أن أحد الانتقادات التي وجهت لتعديل السلوك هي أن السلوك المرغوب فيه يبقى ماثلاً حال وجود المعززات، وقد يرجع السلوك إلى حاله السابق حال اختفاء المعززات.

إن التغيير الذي يحدث من خلال الذات يعد تعزيزاً داخلياً، والتعزيز الداخلي هو جزء من السلوك وليس خارجاً عنه كما هو الحال بالنسبة للتعزيز الخارجي فضلاً على أنه أكثر فاعلية.

إن تعديل السلوك المعرفي يهدف إلى تغيير السلوك المشكل من خلال تغيير الأفكار الخاطئة أو الإدراكات الخاطئة، لذلك كان فاعلاً في حل المشكلات الشخصية وفي إطار علم النفس الاجتماعي.

وتتفق هذه الرؤية مع ما ذهب إليه الخطيب (2003، 52) في إشارته إلى أن كثيراً من المشكلات السلوكية هي نتيجة لإدراكات خاطئة، ويمكن للمدخل المعرفي أن يعدل أو يطفئ المشكلات من خلال تصحيح الإدراك الخاطئ للمثيرات البيئية، ويمكن القول أن تعديل السلوك المعرفي هو عملية ذاتية موجهة تعتمد على إعادة التنظيم للمجال الإدراكي، أو تغيير الأفكار الخاطئة وغير العقلانية لتخفيف أو إطفاء أنماط السلوك المشكل، ومن هنا يمكن النظر إلى الإرشاد على أنه عملية تعلم داخلية تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة.

وهكذا فإن دراسة العلاقة بين المثيرات والاستجابات بحد ذاتها لا تكفي، ولكن لابد من دراسة العمليات المعرفية التي تتوسط هذه العلاقة. فالإنسان عندما يتعرض لمثير معين فهو يعطي تفسيراً له، والاستجابة التي تصدر عنه تعتمد بالضرورة على معنى المثير والتفسير الذي يعطيه الإنسان له.

ويبرز عبدالله (2000، 48) خصائص استخدام الإرشاد المعرفي السلوكي بقوله: "ومن الملاحظ أن الإرشاد المعرفي السلوكي يعطي للمعالجين حرية لتطبيق مدى واسع من الأساليب الإرشادية، بالإضافة إلى مرونة خاصة بتطبيق أساليب إرشادية تتناسب مع شخصيات وخلفيات المسترشدين، حيث يقوم المرشد أثناء تعامله مع المشكلات باستخدام العديد من الإجراءات الاستكشافية للتعرف على البناء الهرمي للقدرات المعرفية للمسترشد والاستراتيجيات والانفعالات المطلوبة لتأدية المهمة بشكل جيد وذلك بالاعتماد على العديد من الفنيات والأساليب التي تستخدمها النظرية السلوكية المعرفية، والتي تتناسب مع شخصيات

وخلفيات المسترشدين ونوعية المشكلات التي يعانون منها، لذلك فإننا نجد تنوعاً كبيراً في الأساليب السلوكية المعرفية واستخدامات متعددة له".

## 5/2 . مفهوم الإرشاد المعرفي السلوكي:

### 5/2/1 . تعريف النظرية السلوكية (Behavior Cuonsling):

لقد اختلف السلوكيون فيما بينهم حول تحديد مفهوم للإرشاد السلوكي، فمنهم من يذهب إلى أن الإرشاد السلوكي يمكن تطبيقه في نظريات التعلم فقط، ومنهم من يرى أنه يمكن الاستفادة منه في مجالات أكثر لأنه يستقي مبادئه من مبادئ ونظريات علم النفس كله، كما اختلف السلوكيون في استخدام فنيات هذا النوع من الإرشاد (العزب، 1981، 8).

أما زهران (1977، 237) فيعرف الإرشاد السلوكي بأنه أسلوب يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم الإرشادي النفسي، ويعتبره محاولة لحل المشكلات السلوكية بأسرع ما يمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد.

والإرشاد السلوكي يقوم على نظرية أن السلوك الخاطئ يرجع إلى تعلم وتكيف خاطئين ومن ثم يهدف إلى إزالة السلوك الخاطئ وإعادة التعلم والتكيف (الحنفي، 1994، 93).

ويشير كامل (2005، 572) الإرشاد السلوكي المعرفي بأنه: "محاولة دمج الفنيات المستخدمة في الإرشاد السلوكي التي أثبتت نجاحها في التعامل مع السلوك مع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه". بالإضافة إلى ذلك يهتم الإرشاد المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمسترشد وبالسياق الاجتماعي من حوله، من خلال استخدام استراتيجيات معرفية سلوكية انفعالية اجتماعية بيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه.

ويضيف بيك (2000، 12) أن الإرشاد المعرفي السلوكي عبارة عن مظلة تنطوي على العديد من أنواع الأساليب التي تتشابه في جوهرها وتختلف في مدى تأكيدها على أنواع معينة من الفنيات. ويؤكد حداد (2003، 46) أنه من الممكن رصد أكثر من عشرين نوعاً من هذه الأنواع إلا أن أشهرها ما يلي:

1. التصورات الشخصية لكيلي (Kelly).
2. الإرشاد العقلاني الانفعالي لإيليس (Ellis).
3. الإرشاد المعرفي لبيك (Beck).
4. أسلوب حل المشكلات عند جولد فريد وجولد فريد (Goldfried & Goldfried).
5. تعديل السلوك المعرفي عند ميكنباوم (Meichenbaum).

إن الإرشاد السلوكي ببساطة يهدف إلى تحقيق تغيرات في الفرد تجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر فاعلية، ويستخدم لتحقيق هذا الهدف الحقائق العلمية والتجريبية في ميدان السلوك الإنساني ويستند هذا الإرشاد على المدرسة السلوكية التي تعتقد أن السلوك الإنساني ما هو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد أو اكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة، ويتحكم في تكوينها قوانين الكف والاستثارة، اللتان تسببان حدوث مجموعة من الاستجابات الشرطية، نتيجة للعوامل البيئية التي يتعرض لها الفرد، ويرى السلوكيون أن الاضطراب الانفعالي ناتج عن أحد العوامل الآتية:

- 1) الفشل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب.
- 2) تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة.
- 3) مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب.
- 4) ربط استجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة الاستجابة (أبو عيطة، 1998، 102).

### 5/2/2 . النظرية المعرفية (Cognitive theory):

يرى أصحاب النظرية المعرفية أن اكتساب السلوك من البيئة أكبر من أن يكون نتيجة ارتباط استجابات خاصة بمثيرات خاصة مهما كانت قوة الاشتراط. فالإنسان عند تولمان Tolman والذي اشتق علم النفس المعرفي أساساً من أعماله، له هدف وغرض، والفرضية (Purposive) عنده تذهب إلى أبعد من التفسير الميكانيكي لاكتساب السلوك.

وهو يقترب جداً من التعلم الإشاري (Sign – Learning) فالمثير عنده يعمل كإشارة تستحدث توقعاً ما، وعلى حد قول أصحاب النظرية المعرفية، فإن أصحاب النظرية السلوكية لم يناقشوا ما يحدث ما بين المثيرات والاستجابات، وهذا ما اهتمت به النظرية المعرفية حيث أخذت في الاعتبار الجوانب المعرفية التي تثيرها الأحداث والمواقف لدى الفرد، كالأفكار والتوقعات والمعتقدات والتخيلات ... الخ، وقد أخذت النظرية المعرفية في الاعتبار الجوانب المعرفية التي تثيرها الأحداث والمواقف لدى الفرد (عمر، 1994، 50).

وطبقاً لكل من بيك (Beck, 1960)، إنجرام وآخرون (Ingram et al., 1990) فإن الناس لا يتعلمون من خلال القواعد التشرطية أو التعلم الاجتماعي فقط، بل يتعلمون من خلال التفكير في المواقف، ومن خلال إدراكهم وتفسيراتهم للحوادث، وطبقاً لكل من ميشيل (Misechel, 1973)، إنجرام وآخرون (Ingram et al., 1990) فإن هناك أبعاداً معرفية رئيسية يجب الانتباه إليها عند التعامل مع المشكلات النفسية بشكل عام:

1. الكفاءة أو القصور المعرفي.
2. مفهوم الذات وما تحمله من اعتقادات خاصة عن إمكانياتنا الشخصية وقدراتنا.

3. المواقف والاتجاهات التي نتبناها عن المواقف والأشخاص.
4. التوقعات التي نتبناها عند التفاعل مع المواقف الخارجية واستمرارها (محمد، 2004، 33).
- وقد أكد إيليس (Ellis, 1963) على دور العوامل المعرفية في المشكلات الانفعالية وخاصة القلق وقد طور مكينباوم (Michenbaum, 1977)، هذا التكنيك واستخدمه في تعديل اضطرابات أخرى.
- وتسلم نظريات التعلم المعرفي بأن الناس لا يتعلمون فقط من خلال القواعد التشريطية، أو التعلم الاجتماعي بل من خلال التفكير في المواقف ومن خلال إدراكنا وتفسيرنا للحوادث التي نمر بها (إبراهيم وآخرون، 1993، 50).

ثم ظهر الاتجاه المعرفي السلوكي كنتيجة عدة عوامل أهمها:

- 1) كرد فعل على الانتقادات الموجهة للمدرسة السلوكية، وأنها ركزت على تغيير السلوك فقط دون الاهتمام بالنواحي المعرفية للمسترشد.
  - 2) تزايد الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية وعلاقتها بالوظائف النفسية.
  - 3) جهود بعض العلماء والمفكرين مثل (جان بياجيه) الذي ربط بين النمو العقلي والنمو الخلفي وأوضح ذلك من خلال عرضه لمفهوم الامتصاص والمواءمة.
  - 4) الثورة العلمية الحديثة والتكنولوجيا (الشناوي وعبد الرحمن، 1998، 211).
- وقد أشار ماهوني وأركنوف (Mahoney & Arnroff, 1998, 120) أن هناك على ما يبدو ثلاثة صور من أشكال الإرشاد المعرفي السلوكي وهي:

1. الإرشاد العقلاني الانفعالي.
2. الإرشاد الذي يتناول تحسين مهارات التعامل والمواجهة.
3. الإرشاد من خلال حل المشاكل.

### 5/3 . نشأة الإرشاد المعرفي السلوكي (Cognitive - Behaviour- Therapy):

تمتد جذور المدخل المعرفي السلوكي في الخدمة الاجتماعية إلى منتصف القرن الماضي ومنذ كتابات ويرمر (Weramer) عن النظرية المنطقية والتي تفترض أن مشكلة الإنسان تكمن في المعاني والأفكار الخاطئة وكتابات إيليس (Ellis) عن قيمة الإرشاد بالمنطق الإنساني بإرادة الإنسان وسلوكه العقلي والاجتماعي (عثمان والسيد، 1991، 183).

وقد استخدم الاتجاه المعرفي السلوكي كأحد التيارات الإرشادية التي يعتمد عليها العاملين في الحقل الاجتماعي والنفسي والتي تتناول:

(1) المدخل العقلاني (التركيز على الأفكار والعمليات العقلية).

(2) المدخل الواقعي (التركيز على الحاضر).

(3) التركيز على السلوك (Wineh & Senge, 1986, 22).

إن واضع هذه النظرية هو دونالد هيربرت ميتشنيوم (Mcichenbaum) لمرضى الفصام أثناء دراسته للدكتوراه على تنمية نوع من الحديث الصحي وذلك باستخدام أساليب الاشتراط الإجرائي.

وقد قام مكينباوم تأسيساً على البحوث التي أظهرت أن الأحاديث الخاصة (الذاتية) الظاهرة والداخلية تؤثر على سلوك الأفراد، بالتعرف على إمكانية استخدام التدريب على التعليمات الذاتية مع الأفراد ذوي السلوك العدواني وقد تبين أن الأفراد العدوانيين في الدراسات المعملية قد استخدموا حديثهم الخاص بطريقة مختلفة عما استخدمه الأفراد غير العدوانيين، وقد طور ميتشنيوم برنامجاً لتدريب الأفراد العدوانيين ليتحدثوا إلى أنفسهم بشكل متميز، بحيث يمكنهم أن يفهموا المهام التي تدخل في المشكلات التي يتعاملون معها بشكل أفضل، وأن يطوروا أساليب ووسائل لفظية ويستخدمونها في توجيه ومراجعة وضبط سلوكهم (مسعود، 2002، 38).

ويعرف الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه مدخل يتم من خلاله تحديد وتقييم وتتابع السلوك ويركز هذا المدخل على تطور وتكيف السلوك وأيضاً نتيجة السلوك غير التكيفي، من خلال هذا المدخل يتم تعديل العديد من المشكلات الإكلينيكية مثل: القلق والاكتئاب والعدوان وغيرها من المشكلات، ويستخدم هذا التكنيك في تعديل سلوك كل الأشخاص، ويشمل ذلك الأطفال والمراهقين والكبار وفي أماكن مختلفة في المنزل وفي المدرسة والعمل. وقد وجد تداخل بين كل من الأساس المعرفي (Cognitively) للإرشاد السلوكي المعرفي والنظرية المعرفية حيث أن كل منهما يتضمن نفس المحتوى، حيث أنهما يعتمدان على العمليات المعرفية وتخيل السلوك المشكل ووضع خطة للعمل على علاجه، حيث أن الإرشاد السلوكي المعرفي يعمل على تغيير السلوك بعدة طرق واضحة هي: التدخل المعرفي - لعب الدور - التعزيز الإيجابي (حمزة، 2004، 86).

ويشير عبد الهادي والعزة (2001، 73) أن بيك (1976) صاحب أكثر النظريات المفسرة للإرشاد المعرفي شيوياً، حيث يعرف الإرشاد المعرفي السلوكي على أنه "مجموعة من المبادئ والأسس التي تؤثر في السلوك" وتتمثل هذه المبادئ في:

١. العوامل المعرفية (تفكير - تخيل - ذكريات) ذات علاقة بالسلوك المختل وظيفياً.

٢. تعديل هذه العوامل يكون ميكانيكياً هاماً لإنتاج وتغيير السلوك، فالسلوك المختل ناتج عن نماذج تفكير منحرفة تم الإبقاء عليها، ولفهم الإرشادي المعرفي السلوكي عن (بيك)

يجب تقديم ثلاثة مفاهيم:

- أ- الأحداث المعرفية (Cognitive Events).
- ب- العمليات المعرفية "السيرورة" (Cognitive Processes).
- ت- التركيبات المعرفية (Cognitive).

ويعرف الإرشاد المعرفي السلوكي في المعجم الموسوعي لعلم النفس: إنه شكل من أشكال الإرشاد النفسي الذي يستخدم عند إساءة تأويل الواقع، لذلك تكون الأولوية الرئيسية في الإرشاد المعرفي تصحيح التصورات الخاطئة، وبالتالي يتم استئصال الأفكار السالبة عن التعلم الخاطئ ويركز هذا الإرشاد على المحتوى الفكري للمسترشد (Rom & Royer, 1983, 301).

فيما يعرف جلاس وشيا (Class & Shea, 1986, 317) الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه: أحد التيارات الإرشادية الحديثة التي تهتم بصفة أساسية بالإرشاد من خلال الاهتمام بالاتجاه المعرفي للمشكلات النفسية ويقوم هذا النوع من الإرشاد بإقناع المسترشد أن معتقداته غير المنطقية وأفكاره السالبة وعبارته الذاتية الخاطئة هي التي تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التكيف بهدف تعديل الجوانب المعرفية المشوهة، والعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملاءمة للتفكير من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية ووجدانية لدى العميل.

ويعرف مليكه (1990، 119) الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه: "أحد المناهج الإرشادية التي تهدف إلى تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير عن طريق:

١. التدريب على مهارات المواجهة.

٢. التحكم في القلق.

٣. أسلوب صورة الذات المثالية.

٤. التحصين ضد الضغوط.

٥. التدريب على حل المشكلة.

٦. وقف الأفكار السالبة.

٧. التعلم الذاتي.

ويحدث التعديل السلوكي من خلال تغيير المعرفيات (الاتجاهات - الأفكار - مفهوم الذات).

ويعرف استيفن وبيك (Steven & Beak, 1995, 442) الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف المشكلات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية.

ويعرفه الجليبي، واليحيى (1996، 261) بأنه نوع من الإرشاد النفسي الذي يرى أن الخلل يحدث في جزء من العملية المعرفية وهي الأفكار أو التصورات عن النفس والآخرين والحياة، ويستند على نظريات علم النفس المعرفي ونظريات معالجة المعلومات، ونظريات علم النفس الاجتماعي.

وتعرف شقير (2000، 265) الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه أحد أنواع الممارسات السلوكية التي يتم من خلاله تقييم وتحديد ومتابعة السلوك والتركيز على تطور السلوك، ويتم تعديل العديد من المشكلات الإكلينيكية، مثل القلق والاكتئاب والعدوان وغيرها من المشكلات ويستخدم في تعديل سلوك الأشخاص، ويشمل ذلك الأطفال والمراهقين والكبار.

من خلال التعريفات السابقة يمكن وضع تعريف إجرائي للإرشاد المعرفي السلوكي يتضمن:

- أنه شكل من أشكال الإرشاد النفسي الحديث.
- يعتمد على نظريات التعلم، وتعديل السلوك.
- يهدف إلى تعديل السلوك غير التوافقي، وغير الصحيح.
- يقوم على فكرة أساسية وهي تأثير الأفكار في الانفعالات والسلوكيات.
- كما أن الإرشاد المعرفي يركز على أن المعتقدات غير المنطقية، والأفكار السلبية التي تسبب الاضطراب للفرد هي نتاج سوء توافق، وتكيف يعيشه الفرد.
- إن الإرشاد يكمن في تعديل أساليب تفكير وإدراك الفرد إلى أساليب وطرق أخرى تكون فاعلة وأكثر وإيجابية.

وترى الباحثة أن الإرشاد المعرفي السلوكي استطاع من خلال اهتمامه بالأفكار والمشاعر تضيق الفجوة بين الإرشاد السلوكي التقليدي وبين الممارسات الديناميكية معتمداً في ذلك على فنيات تستند إلى أسس علمية قابلة للتطبيق والتقويم، كما أن الإرشاد المعرفي يتسم بالفاعلية والتنظيم، لأنه محدد بوقت معين.

وتؤكد استراتيجيات الإرشاد المعرفي السلوكي على:

١ - عملية التعلم وإمكانية إحداث تأثير في البيئة.

التركيز على إستراتيجية تشغيل المعلومات (kendall, 1994, 167).

لقد وجد أن الإرشاد المعرفي السلوكي يؤكد على عملية تغيير الأفكار لدى الفرد، كما أثبتت العديد من الدراسات فعالية هذا النوع من الإرشاد عند استخدامه لمدة قصيرة من الزمن حيث أنه يؤدي إلى تغيير السلوك لدى الأفراد (حداد، 2002، 18).

#### 5/4 . أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي:

يهدف الإرشاد المعرفي السلوكي إلى مساعدة الفرد على النمو وتطور المهارات المعرفية من خلال الأساليب المختلفة (حل المشكلات - النموذج المعرفي - تصحيح المعتقدات الخاطئة) من خلال إعادة البناء المعرفي بالإضافة إلى ممارسة السلوك الصحيح الذي تم تعديله من خلال الأساليب الأخرى (لعب الدور - الواجب المنزلي) وبذلك فهو يهدف إلى التعديل المعرفي والسلوكي في آن واحد.

ويتميز الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه لا يحتاج إلى فترات طويلة، ويمكن استخدامه لفترة قصيرة من الزمن وقد تصل عدد جلساته إلى جلسة واحدة فقط بهدف تعديل المعارف السالبة (Negative Cognition)، من خلال إعادة البناء المعرفي (Cognition Restructuring) (حسين، 2004، 121).

ويهدف الإرشاد المعرفي السلوكي إلى نمو وتطور مهارات التحكم الذاتي، وحل المشكلات ويمكن استخدامه لمدة قصيرة من الزمن، فقد أثبتت العديد من الدراسات فعاليته في تغيير السلوك (السطيحة، 1997، 40).

ويلخص معوض (1996، 345) أهداف الإرشاد السلوكي المعرفي في:

1. تعديل إدراكات العميل المشوهة، ويعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملاءمة للتفكير وذلك من أجل إحداث تغييرات سلوكية ومعرفية وانفعالية لدى العميل.
2. محاولة إكساب الطلاب ممارسة فنيات معرفية وسلوكية متنوعة تساعد على التخلص من مشكلاتهم الحالية ومواجهة أية مشكلات نفسية أخرى في المستقبل.
3. ملاحظة مدى التحسن والتغيير الذي يطرأ على الطلاب أثناء الجلسات الإرشادية والعمل على زيادة دافعيتهم لأداء الواجبات المنزلية.
4. تدريب الطلاب على أن يكونوا مرشدين لأنفسهم في المستقبل.

ويشير الغامدي (2005، 97) أن جاننت زارب (Janet Zarb, 1992) تلخص الأهداف الرئيسية للإرشاد المعرفي السلوكي فيما يلي:

- 1) مساعدة الطالب للتوصل إلى منظور لفهم مشكلته.
- 2) تعليم الطالب كيف أن معارفه يمكن أن تساعد في تفسير أسباب نشوء وجود استجاباته الانفعالية والسلوكية التي تتسم بسوء التكيف.
- 3) يشرح له أن التغيير المعرفي له أهمية رئيسية في الإرشاد.

4) يقوم كل من المرشد والطالب بتنفيذ وتحليل النتائج المعرفية السلوكية (غير السوية) بشكل مستمر، كما يتم تحديد احتمالات حدوث التدعيم الذي يحافظ على وجود السلوكيات غير المرغوبة، ويتم تطبيق أساليب الإرشاد من أجل تغيير تلك الاحتمالات.

5) إن الممارسات المعرفية السلوكية نشطة وقائمة على الوصول للأهداف وتشمل الطرق التعليمية مثل: وضع جدول الأعمال وإعادة البناء، والتوضيح، وردود الفعل والانعكاسات، والتمرين، والواجبات المنزلية.

6) إنشاء علاقة تشاركية بين المرشد والمسترشد، حيث يتم تشجيع المسترشدين على تجريب ما تعلموه حديثاً من سلوكيات في حياتهم اليومية على أساس أنهم سيكونون أقل معارضة لاقتراحات التغيير إذا ما أمكن حثهم على تجربة سلوكيات جديدة يكون لها نتائج أكثر جلباً للفائدة.

وتشير السقا (2005) إلى أهداف العلاج المعرفي السلوكي بأنها:

1. تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات.
2. تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشويهات معرفية.
3. تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات، ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير باستخدام الحوار الداخلي.
4. تعديل الأفكار التلقائية والمخططات أو المعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب (التغير المعرفي - السلوكي).
5. مساعدة المتعالج على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.
6. تعليم المتعالجين كيفية تقييم أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة (السقا، 2005، 68).

مما سبق يلاحظ أن الهدف من الإرشاد المعرفي هو تصحيح نمط التفكير لدى المسترشد، بحيث تصحح صورة الواقع في نظره ويصبح التفكير منطقياً، ويركز الإرشاد السلوكي المعرفي على حل المشكلات.

### 5/5 . مبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي:

يشير النجار (2005، 84) أن الإرشاد المعرفي السلوكي يعتمد على مبادئ أساسية منها:

- 1) التغيير المعرفي، مما يجعل الفرد نشطاً، وبالتالي نجاح الإرشاد.
- 2) التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله.
- 3) تقديم الخبرة المتكاملة بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية.

ويرى مليكه (1989، 240) أن الكثير من الأفراد يستطيعون التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومة، كالمدرس والطبيب والأب ومن خلالهم يمكن تقديم الخبرة المتكاملة، وهو مبدأ هام يعتمد عليه الاتجاه المعرفي.

ويعد المعرفيون مثل آرون بيك أن المعرفة هي وسيلة كي يفهم الفرد ذاته والعالم حوله ويتوصل إلى حقائق الأشياء والتشويه المعرفي، وأن تحريف التفكير عن الذات والعالم والمستقبل وراء المشكلات النفسية.

ويستند الإرشاد المعرفي لعدة مبادئ لعل أهمها هو مساعدة المسترشد على التخلص من الأفكار المحرفة غير الملائمة، واستبدالها بأخرى أكثر فعالية ومنطقية وتصحيح المفاهيم الخاطئة المختلة وظيفياً (معوض، 1996، 230).

ويرى الطيب (2000، 12) أنه يمكن تحديد مبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي في الآتي:

1. الإرشاد المعرفي يعتمد على النموذج المعرفي للمشكلات الانفعالية.
2. تعتبر العلاقة الإرشادية السليمة شرطاً ضرورياً للإرشاد المعرفي الفعال.
3. الإرشاد هو مجهود تعاوني بين المرشد والمسترشد.
4. يستخدم الإرشاد المعرفي في بداية الطريق.
5. يعتبر الإرشاد المعرفي علاجاً بنائياً موجهاً.
6. يقوم الإرشاد المعرفي على نموذج تربوي.
7. يكون الإرشاد المعرفي موجهاً نحو المشكلة.
8. تعتمد فنيات الإرشاد المعرفي على الطريقة السقراطية.
9. تعتمد فنيات الإرشاد المعرفي على إقامة مصداقية وثيقة.
10. لا تاريخ، فالتركيز على الآن وهنا.
11. الوضوح.
12. الواجبات المنزلية.

وتشير أبو السعود (2002، 3) إلى أن النموذج المعرفي السلوكي يدمج بين أمرين هما:

- (1) الحقائق النظرية التي توصل إليها الاتجاه الذي أخذ من البنية المعرفية والعمليات العقلية إطاراً مرجعياً وأساساً نظرياً لتفسير الشخصية والسلوك الإنساني فكان التفكير والتذكر والتخيل والاستنباط والاستنتاج والعمليات العصبية وما يكون عليه العقل من بنية وحداته التفسيرية.
- (2) الأنساق الفكرية والنظريات التي أقرتها النظرية السلوكية فكان المثير والاستجابة والارتباط بينهما والتكرار وتكوين العادة والارتباط الشرطي الكلاسيكي والإجرائي والثواب والعقاب والأثر الناتج عنهما وكذلك قوى البيئة ومؤثرات المجال وهي وحدات تفسيرية لتفسير الشخصية والسلوك الإنساني

والعمليات النفسية الأخرى حيث يصعب إرجاع شخصية الفرد وسلوكه إلى واحدة من هذه الوحدات بعينها دون غيرها ولكن إلى تفاعلها الكلي الديناميكي.

ويؤكد مليكه (1994، 171) على أن الإرشاد المعرفي السلوكي عند آرون بيك طريقة إرشادية تتلخص في افتراضين:

○ أن العوامل المعرفية (التفكير، المعارف، الصور الذهنية، الذكريات... إلخ) لها علاقة وثيقة بالسلوك.

○ إنه لتعديل تلك العوامل المعرفية لا بد من إحداث تغيير في السلوك.

ويرى الشناوي أن مبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي هي:

1. السلوك المعرفي سلوكٌ مرّن، ثم من السهل تعديله لإعادة التعلم وفق هدف مبيّن.

2. إن السلوك السوي واللاسوي يخضع لمبادئ التعلم نفسها.

3. يتعين أن يبدأ العلاج بأفكار المسترشد عن مشكلته وأحاديثه الداخلية التي تؤثر على السلوك المراد تعديله. وقد اعتمد البرنامج في أساسه النظري على نظرية ميكنباوم، وتهتم هذه النظرية بما يقوله الناس لأنفسهم ودور هذا الحديث في تحديد سلوكهم. وبذلك فإن محور الإرشاد يرتكز على تغيير الأشياء التي يقولها المسترشد لنفسه، وذلك بشكل ضمني، الأمر الذي ينتج عنه سلوك وانفعالات تكيفية بدلاً من السلوك والانفعالات غير المتكيفة. وبذلك فإن العلاج ينصب على تعديل التعليمات الذاتية التي يواجهونها (الشناوي، 1996، 138-139).

ويؤكد ميكنباوم أن التفكير يؤثر في السلوك، وبالتالي علينا أن نفكر قبل أن نعمل، إذا أردنا تغيير سلوكنا يجب أن نفكر ثم نعمل. ويقوم الكلام الداخلي بالتقليل من آلية النشاط السلوكي غير المتوافق وبالتالي يؤثر في البنى المعرفية ويغيرها.

ويتألف الإرشاد المعرفي السلوكي في رأي عراقي (1991، 11) من الآتي:

1. العلاقة الموجهة بين المرشد والمسترشد.

2. تحديد مجالات المشكلة بدقة.

3. اختزال المشكلة.

4. معرفة السبب الأصلي وراء المشكلة وتحويل الأعراض إلى مشكلات مستهدفة.

5. المراقبة الذاتية للأحداث التي تسبق المشكلة.

6. النظر إلى التفكير باعتباره فروضاً أكثر منها حقائق.

7. اختبار الفروض بالأساليب السلوكية والمعرفية.

8. بيان أن هذه القواعد والفروض تؤلف الاعتقاد غير الصحيح.

### 5/6 . مراحل الإرشاد المعرفي السلوكي:

لخص العقاد (2001، 43) مراحل الإرشاد السلوكي المعرفي فيما يلي:

- **المرحلة الأولى:** مساعدة المسترشد على أن يحدد مشاكله وأن يصبح واعياً ليكتشف أفكاره ومشاكله الحاضرة ولكي يغير السلوك اللا توافقي يجب على المسترشد أولاً ملاحظة حدوثه، وبعد ذلك يقاطعه ويصبح واعياً بالبيانات وثيقة الصلة بالموضوع التي كانت من قبل مهمة أو متجاهله، وأنواع الأفكار والمشاعر التي تسبق وتصاحب المشكلة.

- **المرحلة الثانية:** مساعدة المسترشد أن يطور السلوكيات والأفكار التكيفية المتعارضة ويتعلم أن ينجز سلوكيات جديدة مركبة.

- **المرحلة الثالثة:** المساعدة على استمرار التغيير السلوكي والتعميم وتجنب العودة للأفكار السلبية وهذه المراحل الثلاث متداخلة.

وترى الباحثة أن النموذج المعرفي السلوكي يهتم بالربط بين السلوك والمعرفة حيث يؤثر الرصيد المعرفي في مشاعر الأفراد وتفكيرهم والحالة المزاجية واستجاباتهم السلوكية للمواقف والأحداث، فالمشكلات النفسية من وجهة نظر المرشد المعرفي السلوكي هي مشكلات في التفكير وفي تفسير الواقع وفي نظرة المسترشد نحو نفسه ونحو العالم مما ينتج عنه انفعالات مختلة وظيفياً وصعوبات سلوكية ويكون دور المرشد مساعدة المسترشد على تحديد التفكير والمفاهيم والتوقعات الخاطئة أو غير الواقعية ثم اختبارها ثم تحديد البدائل التي تحقق السلوك الايجابي فلا بد من مساعدته وأخذة بعيداً عن استنتاجاته غير الملائمة، ليدرك أن مصدر مشكلته هو معرفته الخاطئة وهذه المعرفة الخاطئة تقيد دافعيته وسلوكه وبالتالي يتوجب مساعدة الفرد وتوجيهه إلى حسن استخدام قدراته واستعداداته واستثمارها لإحداث تغيير في المواقف السلبية ليصبح أكثر إيجابية.

### 5/7 . فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي:

الإرشاد المعرفي السلوكي هو أحد الأساليب الإرشادية الحديثة التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للمشكلات النفسية ويهدف هذا الأسلوب إلى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكرب وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وتحديدتها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها.

ويتوقف تحقيق هذا الهدف على وجود علاقة إرشادية دافئة بين المرشد والمسترشد، تتصف بالقبول والتقبل والود والدفء والتعاون والمشاركة الوجدانية، وأن يقوم المرشد بتدريب المسترشد وتعليمه على كيفية التعرف على المشكلات وحلها وعلى مكوناتها الأساسية وأسبابها وعلاقتها بالاضطراب (كمال، 1994، 67).

كما أن الإرشاد المعرفي السلوكي يتميز بتعدد فنياته المعرفية، وقد استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية الإرشاد المعرفي السلوكي نظراً للأسباب التالية:

- الهدف من البرنامج: تقديم معلومات للطلاب عن الذات وعن المهنة، وسوق العمل، وفرص العمل، ومن ثم ترجمة هذه المدخلات إلى مخرجات تتمثل في الاختيار السليم.
- إن هذا النوع من الإرشاد يركز على دور الباحثة.
- إنه يستخدم فنيات متعددة تحقق أهداف هذه الدراسة تتمثل في: النمذجة والمناقشة وتبادل الحوار، التمثيل (أداء الدور) التعزيز (التدعيم) الواجبات المنزلية.

وفيما يلي عرضاً موجزاً لأهم الفنيات التي يستخدمها الإرشاد المعرفي السلوكي:

### (1) النمذجة:

يعد التعلم بالنمذجة من أهم الأساليب الإرشادية والإرشادية التي تعمل على تدريب الأفراد على العديد من المهارات الاجتماعية التي من الممكن أن تكسب الفرد السلوك من خلال التعلم الاجتماعي من خلال التعرف على النماذج السوية والافتداء بها، أي ما يسمى التعلم بالقدوة حيث يعرض على الأفراد النماذج المرغوب تعلمها في سلوكهم من خلال قصص، أو نماذج حية أو رمزية (حمزة، 2004، 31).

وتعتمد هذه الفنية على نظرية التعلم الاجتماعي (Social Learning Theory) لصاحبها إيليرت باندورا، الذي أولى اهتماماً خاصاً للتعلم عن طريق النمذجة، ويرى أنه لا بد من وجود أربع عمليات أساسية متسلسلة لحدوث التعلم بالنمذجة تتمثل في:

أ - عملية الانتباه (Attentional Processes): حيث يوصي بضرورة الانتباه للنموذج السلوكي لكي يتم التعلم بالملاحظة، ولا بد للنموذج أن يكون مؤثراً على القائم بالملاحظة، حتى ينتبه للسلوك المراد تعلمه، وبالتالي يتوفر قدر من درجة إدخال المثيرات النموذجية كي يحدث التعلم.

ب - عمليات الاحتفاظ (Retention Processes): أن يتوفر لدى الفرد القدرة على الحفظ، حيث أن الفرد لا يتأثر بسلوك النموذج المشاهد إلا إذا تذكر السلوك المراد تعلمه.

ج - عمليات الأداء الحركي (Motor reproduction Processes): إن الملاحظة بمفردها لا تؤدي إلى تعلم المهارات كما أن المحاولات والأخطاء لا تساعد وحدها في تعلم العمليات الحركية، ولكن لا بد من

عملية الممارسة، ثم التغذية المرتدة لهذا الأداء الممارس، والذي يفيد في إرشاد القصور في بعض جوانب السلوك المتعلم، وتكرار الممارسة وهذا ما يسمى بلعب الدور والتغذية المرتدة.

د - **عمليات الدافعية (Motivational Processes):** التي توفرها العوامل الباعثة لأداء الاستجابة المتعلمة، حيث أنه من المحتمل أن تنطفئ الاستجابات المتعلمة عن طريق الملاحظة إذا لم يتم تدعيمها (عمر، 1994، 213).

ويضيف إبراهيم (1994، 151) أن الاقتداء ومحاكاة النماذج مهمة في تعديل بعض جوانب القصور في السلوك الاجتماعي كالتعبيرات الحركية ومهارات الحديث ومهارات الحركة.

## (2) المناقشة وتبادل الحوار:

أكد العديد من الباحثين على فعالية المناقشة في الموقف التعليمي، وما لها من آثار إيجابية تتمثل في إثارة اهتمام الطلاب نحو المتحدث، وتركيز الانتباه وعدم تشتته، وتساعد على فهم أعمق لمحتوى الدرس وتنظيم المعلومات، واكتساب العديد من المهارات والمفاهيم، وتنمية مهارات التفكير الابتكاري لدى التلاميذ، كما أنها تساعد في تثبيت المعلومات، وكسر حدة الملل وشروذ الذهن لدى التلاميذ، كما أنها في الوقت نفسه تعمل على توجيه الصحيح للقيام بنشاط معين من قبل التلميذ (زيتون، 1994، 244).

(3) **أسلوب إيقاف التفكير:** يستخدم هذا الأسلوب عندما تراود الفرد أفكاراً وخواطر لا يستطيع السيطرة عليها، ففي البداية يطلب منه أن يفكر ملياً بالأفكار التي تزعجه، وبعد فترة قصيرة يصرخ المرشد قائلاً: " توقف عن ذلك " أو يحدث صوتاً مزعجاً منفرداً، وتستمر هذه العملية حتى يصبح الفرد قادراً على أن يتحدث هو مع نفسه في نهاية الأمر (الروسان، 2000، 35).

(4) **أسلوب حل المشكلات:** يعمل هذا الأسلوب على تطوير مهارات حل المشكلات من خلال تطوير استراتيجيات عامة مناسبة للتعامل مع المشكلات وإيجاد الحلول لها في حالة مواجهتها، وتسير هذه العملية عبر الخطوات الاعتراف بالمشكلة وإدراكها، تعريف المشكلة وتحديدتها، اقتراح الحلول الممكنة اختيار أحد الحلول، التنفيذ.

(5) **الإرشاد العقلي العاطفي:** يعد هذا الأسلوب الأكثر شيوعاً، وقد طوره إليس بناء على الافتراض بأن المشكلات النفسية إنما هي نتاج للتفكير غير العقلاني لدى الإنسان، لذلك فإن السبيل للحد من المعاناة الإنسانية هو التخلص من أنماط التفكير الخاطئة وغير العقلانية (الخطيب، 1994، 67).

(6) **الضبط الذاتي:** يعمل الفرد في هذا الأسلوب على إحداث تغيير في سلوكه عن طريق إحداث تعديلات في العوامل الداخلية والخارجية المؤثرة على هذا السلوك، وتقع على المسترشد في هذا الأسلوب مسؤولية

كبيرة، وتزيد قدرته على ضبط البيئة من حوله والتأثير فيها مما يزيد من دافعيته للتحسن (طنوس، 1994، 15).

(7) **ضبط المثير**: يقصد بضبط المثير التحكم بالمثيرات البيئية التي تسبق حدوث السلوك والممهدة له بهدف ضبط ذلك السلوك، ويعمل المسترشد على التعرف على هذه المثيرات من أجل تجنبها أو استبدالها (الكنج، 2005، 42).

(8) **الاسترخاء العضلي**: طور هذا الأسلوب جاكوب سون (Jacobson) ويهدف الاسترخاء إلى إحداث توتر واسترخاء في مجموعات عضلية معينة على نحو متعاقب، ومساعدة المسترشد على التمييز بين حالة الاسترخاء وحالة التوتر، ويعتبر الاسترخاء مهارة يحتاج المسترشد التدريب عليها (Cormier & Cormier, 1991, 14).

ويؤكد الطحان (1987، 49) على أن الاسترخاء من الفنيات الهامة التي يعتمد عليها الإرشاد المعرفي السلوكي، وتختلف إجراءات الاسترخاء العضلي، فبعض التدريبات قد تستغرق مدة طويلة والبعض الآخر قد يستغرق بعض دقائق ويدخل في اعتبارات هذه المدة خبرة الشخص، خاصة في ممارسة التمرينات، كما أن هذا الأسلوب هام كواجب منزلي وتتضح أهمية استخدامه في جلسات الإرشاد المعرفي السلوكي في بداية كل جلسة بعد التدريب عليها في الجلسة السابقة.

ويضيف النجار (2005، 148-150)، والشربيني (2005، 532-536) عدداً من الفنيات:

1. **التدعيم (التعزيز)**: الأفعال والسلوكيات التي يقوم بها الإنسان محكومة بنتائج هذه السلوكيات إما بتكرارها أو الابتعاد عنها، فإذا كانت نتائجها غير مرغوب فيها سوف يؤدي بالتالي إلى الانطفاء وعدم تكرارها، أما إذا كانت نتائجها جيدة ومرغوبة ومقبولة من الآخرين، فإن ذلك سيكون السبيل لإعادة فعلها وسلوكها مرة أخرى، وقد استخدم أسلوب التعزيز (التدعيم) كأسلوب لتعديل وتشكيل السلوك في أداء المهام المستهدفة بالتدريب، حيث يتم التعزيز مقابل الإنجاز والاستجابة للتعليمات فوراً وبعد حدوث السلوك المراد تعليمه للطفل وفي الوقت الذي يظهر فيه تحسن في الأداء والسلوك.
2. **التسجيل الذاتي**: في هذه الفنية يتعلم المسترشد الذي يعاني من اضطراب تقييم سلوكه بطريقة فعالة وصحيحة، وتشمل كتابته لمذكراته ووضعها داخل جداول معدة لهذا الغرض، وعادة ما تسمى هذه الجداول بجدول الأنشطة السارة (Event Schedule Pleasant) بالإضافة إلى أن هذه الجداول لها دوراً هاماً في تحديد أعراض الاضطراب، كما أن لها دوراً آخر وهو تقدير الاضطراب ذاته عن طريق إقرار الفرد نفسه للأنشطة والحركات والأفعال اليومية ويقوم بتسجيلها.

3. أداء الدور: وهذا الأسلوب يعتمد على وجود نموذج أو قدرة ملائمة وبمرور الوقت يتحول الدور الذي يلعبه الفرد إلى واقع يعيشه في الحياة حتى يستطيع تعلم مهارات اجتماعية تساعده في أداء دوره على مسرح الحياة.
4. الواجبات المنزلية: وتتمثل في تنفيذ العميل لبعض الواجبات خارج غطاء الجلسة بما يساعده من تأكيد التحسينات السلوكية التي يكون الفرد قد حققها أثناء الجلسة الإرشادية، كما أنها تفيد في نقل التغييرات الإيجابية إلى واقع الحياة والممارسة العملية، ويجب أن تكون الواجبات المنزلية مرتبطة ارتباطاً دقيقاً الصلة بالهدف الإرشادي الذي ننشده في عملنا مع الفرد الذي يعاني من المشكلات والمشكلات السلوكية.
5. التحصين ضد التوتر: قام ميكنباوم وكاميرون (Meichenbaum & Camaron) بتطوير هذا الإجراء لاستخدامه في مساعدة الأفراد الذين لديهم ردود فعل ناتجة عن الخوف المرضي للسيطرة على القلق في المواقف الضاغطة، وقد وصف هذا الأسلوب بأنه يقدم الحماية السيكولوجية بطريقة تشبه التفويض الطبي، فهي تعطي الفرد مجموعة من المهارات للتكيف مع الحالات المستقبلية. ويتكون التحصين ضد التوتر من ثلاثة مكونات هي: تثقيف الفرد حول طبيعة ردود الفعل الناتجة عن التوتر، وتدريب الفرد على مهارات التكيف الجسدية والمعرفية، ومساعدته على تطبيق هذه المهارات عند التعرض للتوتر.
6. التأمل: يعد هذا الإجراء محاولة واعية لتركيز الانتباه والتدريب على مواصلة التفكير أو التأمل لفترات طويلة، كما يهدف إلى توجيه الانتباه الداخلي إلى مستويات أكثر دقة من الأفكار.
7. التخيل الانفعالي: ينطلق هذا الأسلوب من المبدأ بأنه إذا استطاع الفرد التحكم بمخيلته فإنه يستطيع التحكم بالاضطراب لديه، ويعتمد نجاح هذا الأسلوب على قابلية الفرد للإيحاء، ويعمل هذا الأسلوب على استثارة ذاكرة الفرد الانفعالية والنمذجة لمواقف يطمح الإرشاد للوصول لها.

ويضيف الغامدي (2005، 105) عدداً من الفنيات:

#### 1) فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها:

يقصد بالأفكار التلقائية، تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار وهذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية، وأحياناً دون أن يلاحظها الشخص، وهي أفكار غير معقولة، وتكون السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين، والأفكار التلقائية هذه دائماً ما تكون ذات صفة سلبية لحدث أو حالة معينة، وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية، وتهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف على تلك الأفكار ومن ثم تبديلها بأفكار إيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة، ولذلك يطلب من المسترشد أن يسجل

الواجبات اليومية على ورقة ويدون فيها كل الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به، وتعتبر هذه الواجبات اليومية جزء من الإرشاد.

### (2) فنية المتصل المعرفي:

في هذه الفنية يطلب من المسترشد أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الآخرين، على سبيل المثال يطلب من المسترشد الذي لديه الاعتقاد (أنا شخص عديم الفائدة) أن يعرف المقصود بعديم الفائدة ثم يطلب منه أن يشير أين سيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة يبدأ بصفر (عديم الفائدة تماماً) و100% (فعال جداً) وهي فنية مفيدة لاستبدال الأفكار التلقائية وكذلك الاعتقادات الأساسية، وتفيد في التعامل مع التفكير الثنائي كل شيء أو لا شيء.

### (3) فنية الجدل المباشر:

وهذه الفنية إحدى الفنيات المعرفية، فرغم أن الإرشاد المعرفي يؤيد التوجيه نحو الاكتشاف الموجه أكثر من المواجهة المباشرة لآراء المسترشد، إلا أنه في بعض الأحيان لابد للمعالج من المواجهة المباشرة، ويظهر هذا الأسلوب عندما يكون للمسترشد شعور بالانتحار بالتالي يجب على المرشد أن يعمل بسرعة وبشكل مباشر على مواجهة هذا الشعور باليأس كما تكون المواجهة المباشرة نافعة في المواقف التي يتدخل المرشد فيها للإرشاد بشكل سريع في الوقت الذي لا يكون للمسترشد الرغبة أو القدرة على المشاركة الفعالة في عملية الإرشاد فالتنفيذ والنقاش الحاد يعتبر في جوهره من الأدوات الخطيرة، وذلك لأنه من الصعب أن تقدم جدلاً مقنعاً دون أن تسبب للمسترشد نوعاً من الدونية والهزيمة والضييق، كما أنها بلا نقاش سوف تتحول ببساطة إلى نزاع معرفي وبشكل عام فإن فكرة تأكيد المعلومات بأكثر قدر ممكن من التعاون أفضل من مجرد إرسال مبادئ مجردة أو فلسفية، ثم يتم بعد ذلك التحول إلى أسلوب التوجيه نحو الاكتشاف بمجرد أن يكون هذا ممكناً.

### (4) فنية التعريض:

هو مكون رئيسي في الإرشاد المعرفي السلوكي وكذلك في الإرشاد السلوكي لاضطرابات القلق، وهو يتضمن تعريض الفرد للموقف أو المواقف التي تسبب له القلق، فقد وجد الباحثون في هذا المجال، أن التعريض المستمر على المثبرات التي تسبب القلق ينتج عنه تشتت استجابة القلق لدى الفرد الذي يعاني من القلق، فالتعريض له عدة أشكال يتخذها منها: التعريض التخيلي، والتعريض المتدرج، والتعريض في الواقع وهذا النوع من التعريض يكون بدون تدرج، ولا بد من توفر شروط لهذا النوع من التعريض من أهمها موافقة المسترشد كما يوجد أنواع أخرى من التعريض منها التعريض بمساعدة المرشد للموقف الذي يسبب القلق بطريقة مباشرة.

## (5) فنية صرف الانتباه:

تستخدم فنية صرف الانتباه في الإرشاد المعرفي السلوكي لأهداف محددة وقصيرة المدى ومثال ذلك أن يطلب من المسترشد الذي يعاني من القلق القيام بسلوك يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها، لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءاً.

ويستطيع المرشد المعرفي السلوكي استخدام فنية صرف الانتباه في بداية الإرشاد لكي يجعل المسترشد يدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها وهذه خطوة مهمة جداً في الإرشاد، وقد تستخدم هذه الفنية في مراحل متأخرة من الإرشاد للتعامل مع الأعراض عندما يكون المسترشد في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية التلقائية، مثل ذلك: عندما تأتي المسترشد الأعراض وهو يتحدث مع شخص ما ففي هذه الحالة بإمكان المسترشد طرد الأفكار السلبية من خلال الاقتراب أكثر من الشخص الذي يتحدث معه بما يغطي المجال البصري للمسترشد، أو التركيز على المحادثة نفسها بدلاً من الأفكار المتعلقة بتقويمه لنفسه.

ومن الممكن استخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية للمسترشد، فقد يطلب المرشد من المسترشد عندما يكون قلقاً خلال الجلسة أن يصف بصوت مسموع محتويات الغرفة ومن ثم يستخدم الأسئلة ليوضح للمسترشد كيف أن تمرينات صرف النظر تخفف من القلق مما يدل على أن الأفكار تلعب دوراً كبيراً في ظهور الأعراض لديه.

## (6) فنية الأسئلة السقراطية والاكتشاف الموجه:

الإرشاد المعرفي السلوكي عملية تجريبية تعاونية يشترك فيها المرشد والمسترشد في وضع أهداف المرشد وجدول أعمال كل جلسة وجمع الأدلة المنظمة لصالح أو ضد اعتقادات المسترشد بطريقة تشبه الطريقة العلمية لفحص الفروض، ويتم فحص هذه الفروض باستخدام الأسئلة السقراطية (نسبة إلى سقراط) من قبل المرشد بدلاً من التحدي المباشر لأفكار المسترشد واعتقاداته إلى جانب الفنيات المعرفية السلوكية الأخرى.

يبدأ المرشد باستخدام الأسئلة السقراطية مع بداية الإرشاد ويستمر في ذلك طيلة الجلسات الإرشادية حتى نهاية الإرشاد، وإلى جانب هذه الفنية الأساسية يطرح المرشد أسئلة مباشرة لجمع معلومات حول تكرار وشدة وديمومة (مدة) المشكلة وتدخلات أخرى مثل: العكس والإيضاح والتغذية الراجعة، وتتقيد المسترشد حول النموذج المعرفي وحول ما يفيد في التغلب على مشكلته ثم يبدأ أو يعود إلى استخدام الأسئلة السقراطية. وتستخدم الأسئلة السقراطية بأسلوبين مختلفين تبعاً لظروف المسترشد وظروف المرشد.

في الأسلوب الأول يقدم المرشد وجهة النظر البديلة على المسترشد مباشرة كأن يشير إلى عدم التناسق ووجود أخطاء في التفكير ويسأل المسترشد عن مدى موافقته وفهمه لذلك.

أما في الأسلوب الثاني فيكون الهدف من الأسئلة السقراطية:

- توجيه المسترشد إلى تفحص جوانب وضعها (المسترشد) خارج نطاق الفحص والتدقيق.
- مساعدة المسترشد في اكتشاف خيارات وحلول لم يأخذها بعين الاعتبار من قبل.
- تعويد المسترشد على التروي والتفكير وطرح الأسئلة (على نفسه) في مقابل الاندفاع التلقائي وتمكينه بذلك من البدء في تقويم اعتقاداته وأفكاره المختلفة بموضوعية.

ويعتبر الأسلوب الأول أقل فائدة من الأسلوب الثاني، لأن فيه انتهاك للقاعدة التعاونية التي تعتبر من أساسيات الإرشاد المعرفي السلوكي، ولكن قد يضطر المرشد إلى استخدامه (والاستفادة منه) إذا لاحظ أن الأسئلة السقراطية التي ترمي إلى أن يكتشف المسترشد بنفسه (الاكتشاف الموجه) المعلومات الغائبة عنه في الوقت الراهن ومن ثم يتفحص اعتقاداته في ضوء ما تم اكتشافه تحدث إريكاً للمسترشد.

#### (7) فنية اختيار الدليل:

وهذه الفنية إحدى فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي، وهي من إحدى الفنيات الفعالة لمواجهة الأفكار الخاطئة، بحيث تدعم أو لا تدعم الفكرة بواسطة الحدث المتاح حتى إذا ما كانت هناك بعض التأويلات الأخرى التي تكون مناسبة بشكل أكثر لهذا الدليل، فالعملية لا تشمل فقط مجرد اختبار للدليل ولكنها تضع في الاعتبار أيضاً مصدر تلك المعلومات ومدى صلاحية استخدام الآراء التي انتهى إليها المسترشد بالإضافة إلى التفكير فيما إذا كان المسترشد قد أغفل معلومات متاحة والكثير من المرضى يبدأ بإصدار الحكم النهائي مثل: (أنا لست شخص جيد) ثم بعد ذلك يختار الأحداث التي تدعم وجهة نظره والرأي الذي انتهى إليه.

الهدف من هذه الفنية التأثير على الأعراض السلبية بإطفائها وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية ومواجهة سلوك التجنب الذي هو معزز للأعراض السلبية من ناحية أخرى.

ويضيف عمار (2006، 62) أن مساعدة المسترشد في التعرف على تحريفاته وتصحيحها هي عملية تتطلب استخدام مبادئ معينة ينقلها المرشد إلى المسترشد بصورة مباشرة منها:

أولاً: أن إدراكه للواقع ليس هو الواقع نفسه.

ثانياً: أن تأويلاته للمدخل الحسي تتوقف على عمليات معرفية من قبل دمج المؤثرات وتجميعها وتفريقها وهي عمليات بطبيعتها عرضة للخطأ، وإن العمليات والمدخلات الفسيولوجية قد تغير إدراكنا للواقع تغييراً كبيراً.

وقد عرض بيك بعض الفنيات التي يستخدمها في الإرشاد المعرفي والتي يمكن تلخيصها كما يلي:

#### أ- الإبعاد وفض المركزية:

تسمى قدرة المسترشد على التعرف إلى أفكاره التلقائية، والوقوف موقفاً موضوعياً منها، وتأملها عملية " الإبعاد " أو " الإقصاء " أو " فرض مسافة " (Distancing) فالشخص الذي يملك القدرة على تفحص أفكاره الأوتوماتيكية بوصفها ظواهر يوصف بأنه قادر على أخذ المسافة، مثل ذلك المسترشد الذي تساوره فكرة تقول " هذا الرجل عدواني " فهو لو جعل هذه الفكرة بلا تردد مساوية للواقع، تكون قدرته الإبعادية ضعيفة، وأما إذا كان قادراً على أن ينظر إلى فكرته بوصفها فرضاً أو استدلالاً أكثر مما يسلم بها كحقيقة، فإن قدرته الإبعادية جيدة، أو هو قادر على أخذ مسافة من أفكاره وتسمى التقنية التي يتم بها صرف المسترشد عن النظر إلى نفسه بوصفها بؤرة كل الأحداث باسم " فض المركزية " (Decentering) حيث ينشأ التحريف الفكري الجسيم في عديد من الأمراض النفسية) مثل: القلق، الاكتئاب، حالات البارانويا مثل: ولع المسترشد بشخصنة (PERSONALIZATION) الأحداث التي لا تمت إليه بصلة سببية. ومثل ذلك الرجل الاكتابي الذي يرمي على نفسه باللوم لأن النزهة العائلية التي حدد موعدها تعين إلغاؤها بسبب الأمطار، ومثل تلك المرأة المصابة بالقلق إذا شهدت مبنى يحترق فهجس في بالها أن منزلها ربما شب فيه حريق أيضاً.

#### ب- التثبت من النتائج (الاستنتاجات):

عادة ما يكون لدى المسترشد استدلالات متعسفة وتعميمات مفرطة وتهويلات، ويميل الناس إلى اعتبار استدلالاتهم مكافئة للواقع، وإلى التسليم بفروضهم كما لو كانت حقائق صلبة ومن ثم فإن مهمة المرشد هي أن يشترك مع المسترشد في تطبيق قواعد الاستدلال الصحيح وهي التحقق أولاً من صدق الملاحظات ثم تتبع المسار المنطقي الذي يؤدي إلى النتائج.

#### ت- تغيير القواعد:

يقوم الناس بتفسير وتقييم الأمور وفقاً لمجموعة من القواعد، وحين تكون هذه القواعد مصاغة في حدود مطلقة أو تكون غير واقعية كثيراً ما تؤدي إلى سوء التوافق، ويطلق إليس (1962) على مثل هذه القواعد اسم " الأفكار اللاعقلانية " (Irrational Ideas)، المفاهيم (concepts)، البناءات (constructs)، لتشير إلى ما نعنيه بلفظ القواعد بحيث تكون أكثر مرونة وأقل تمركزاً على الذات، وفيما يلي أمثلة لبعض القواعد الجامدة التي تعرض الناس للحزن أو الاكتئاب:

- لكي أكون سعيداً يتحتم أن أكون ناجحاً في أي شيء أقوم به.
- لكي أكون سعيداً يتحتم أن أكون مقبولاً، محبوباً، ومحط إعجاب من كل الناس.

- إذا لم أكن على القمة فأنا فاشل ساقط.
- إذا ما ارتكبت خطأ فهذا يعني أنني غشيم.
- إذا ما اختلف معي شخص ما في الرأي، فهذا يعني أنه لا يحبني.
- لا بد أن أكون قادراً على إيجاد حل سريع لأي مشكلة.
- لا بد أن أكون دائماً في أوج الكفاءة والفاعلية (بيك، 2000، 63).

ويبين الخطيب أن هناك عدة متغيرات معرفية ذات تأثير بالغ على السلوك الإنساني منها:

1. **الانتباه (Attention):** يشير إلى وعي الفرد ببيئة محددة، ونظراً لكون الانتباه عملية انتقائية فإن المثيرات التي ينتبه إليها الفرد هي التي تؤثر على سلوكه كما يرى معدلوا السلوك المعرفيون مثل: باندورا (Bandura, 1969)، وماهوني (Mahoney, 1974) ولهذا فإن عملية تعديل السلوك المعرفي تركز على المثيرات البيئية ذات العلاقة.
  2. **العمليات الوسيطة (Mediated Processes):** وهي العمليات الإدراكية التي تشمل التمثل المعرفي للأحداث البيئية التي يتم الانتباه إليها ومن العمليات الوسيطة التي يهتم بها الباحثون هنا العمليات اللفظية والتي ترتبط بالتعليمات التي يتلقاها الفرد وبالحديث الذاتي الذي يقوله الفرد لنفسه، حيث تفترض الاتجاهات المعرفية أن ما يقوله الفرد لنفسه هو العامل الرئيسي الذي يوجه سلوكه. ويهتم الباحثون أيضاً بالعمليات التخيلية المرتبطة بالتخيل والدور الذي يمكن أن يلعبه في عملية تعديل السلوك، وبناء عليه تم تطوير بعض الأساليب الإرشادية المعرفية والتي تتمثل بالأساليب الخفية أو الداخلية.
  3. **الذخيرة السلوكية (Behavioral Repertoire):** حيث أن الانتباه والإدراك بمفردهما لا يكفيان لتأدية السلوك، فلا بد أن تتوفر لدى الفرد المهارات اللازمة لذلك، وهذا ما يطلق عليه اسم الذخيرة السلوكية أو العناصر السلوكية.
  4. **الظروف المحفزة (Incentive Condition):** يهتم معدل السلوك المعرفي بأثر العوامل الخارجية على السلوك وبخاصة أثر نتائج السلوك وهنا نشير إلى أن الاهتمام يكون على ما يتوقعه الفرد من نتائج للسلوك وليس على النتائج بحد ذاتها (الخطيب، 1994، 63-64).
- وترى الباحثة بأن ميدان تعديل السلوك المعرفي ذو قاعدة نظرية وفلسفية عريضة ونظراً لتباين الاتجاهات المعرفية المختلفة، فإن الحصول على اتفاق تام على جميع الافتراضات يعتبر أمراً يصعب الوصول إليه، إلا أن معظم النظريات المعرفية تشترك في الافتراضات التالية:
1. أن الأفراد يستجيبون للبيئات المعرفية المستقاة من أحداث البيئة، وليس للأحداث بحد ذاتها.

2. يتأثر التعلم بالعمليات الوسيطة المعرفية (Cognitively Mediated) كما أن العمليات المعرفية تتشكل تبعاً لمبادئ التعلم الإنساني العامة.
3. إن المعرفي (Cognition) يتوسط الاضطراب السلوكي والانفعالي والمثيرات ذات العلاقة.
4. هناك بعض أشكال المعارف التي يمكن رصدها.
5. هناك بعض أشكال الإدراك على الأقل يمكن استبدالها.
6. كنتيجة طبيعية للافتراضات (3، 4، 5) فإن تغيير أو استبدال المعرفي يمكن أن يغير الاضطراب السلوكي والانفعالي.

ويشير تركي (2004، 22-23) إلى أن للإرشاد السلوكي المعرفي إسهامات عدة حيث تناولت العلاجات المعرفية السلوكية القلق وضبط الغضب والألم والإدمان والمشكلات الجنسية وإدمان الكحول، وعلاج الاكتئاب، وقد تزايدت الأبحاث مؤخراً حول إمكانية تطبيق الإجراءات السلوكية - المعرفية في التعامل مع المشكلات الأكاديمية التقليدية، مثل تطبيقها في حل مشكلات القراءة والاستيعاب ومشكلات الرياضيات والمشكلات المتعلقة بالإبداع، واستخدم ميتشنيوم التدريب على المهارات مثل التدريب على مهارات التحصين ضد التوتر.

كذلك فقد تم استخدام هذه الإجراءات من قبل المرشدين المعرفيين السلوكيين مع الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد، كما قدمت إسهامات كبيرة في علم النفس الرياضي وخاصة في إعداد وتدريب لاعبي القوى، كما أظهر هذا الأسلوب فاعليته في التعامل مع علاج مشكلات مثل: زيادة الوزن، والألم المرافق للصداع المزمن وكذلك علاج الصداع التوتر، وتوتر الرقبة المزمن، والاكتئاب داخل المستشفيات أو في العيادات الخارجية، وعلاج اكتئاب المراهقة، وتم استخدام الاسترخاء العضلي المتقدم في علاج المشكلات الجنسية، واستخدمت الإجراءات السلوكية المعرفية في التعامل مع اضطرابات الأطفال، وخاصة اضطرابات النطق مثل: التأناة والمشكلات الانفعالية الناتجة عن تدني مفهوم الذات، والمخاوف الاجتماعية والقلق الاجتماعي (تركي، 2004، 23).

ويضيف حتاملة (2006، 32) أننا نجد تنوعاً كبيراً في الأساليب المعرفية السلوكية واستخدامات متعددة له فقد اعتمد بيك وزملاءه (Beck et al., 1967) على إجراءات الإرشاد المعرفي في علاج الاكتئاب، وتحدث إليس وجريجر (Ellis & Grieger, 1973) عن إجراءات إعادة البناء المعرفي في الإرشاد العقلاني الانفعالي.

واستخدم مكينباوم التدريب على المهارات مثل التدريب على مهارات التحصين ضد التوتر كما تناول سوين وريتشاردسون (Suinn & Richardson, 1971) تدريبات إدارة القلق، وكذلك درزوريا

وجولدفريد (Dzurilla & Gooldfried, 1971)، تدريبات حل المشكلات واستخدام كارولي وكانفر (Karoly & Kanfer, 1982) إجراءات الضبط الذاتي.

### . خلاصة:

من خلال العرض السابق للعلاج المعرفي السلوكي نستطيع القول بأن مؤسس هذا الإرشاد هو أرون بيك الذي بدأ باستخدام الإرشاد المعرفي مع مرضى الاكتئاب ونظراً للنجاح الذي حققه هذا الأسلوب، جعله يستخدمه مع اضطرابات أخرى غير الاكتئاب، ويعتبر هذا الأسلوب من أحدث الأساليب الإرشادية، وأكثرها استخداماً في مجال الإرشاد النفسي، فهو عبارة عن مظلة تتطوي على العديد من أنواع الإرشادات التي تتشابه في جوهرها، وتختلف في مدى تأكيدها على أنواع معينة من الفنيات، على الرغم من أنه من الممكن رصد أكثر من عشرين نوعاً من هذه الإرشادات إلا أن أشهرها هو التصورات الشخصية لكيلى (Kelly)، والإرشاد العقلاني الانفعالي لإيليس (Ellis)، والإرشاد المعرفي لبيك (Beck)، وأسلوب حل المشكلات عند جولد فريد وجولد فريد (Gold Fried & Gold Fried)، ولكن بعض العلماء يرى أن الإرشاد المعرفي السلوكي ارتبط باسم أرون بيك (Beck, A).

وهذا النوع من الإرشاد يقوم على الدمج بين نوعين من الأساليب الإرشادية، أحدها أسلوب الإرشاد المعرفي، والآخر الإرشاد السلوكي وسمي بالإرشاد المعرفي السلوكي.

وهذا الأسلوب يركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات الخارجية المختلفة وتفسيراته لها، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة، ويرى بيك أن هذا الأسلوب الإرشادي يقوم على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه إضافة إلى اتجاهاته وآرائه ومثله تعد جميعاً بمثابة أمور هامة وذات صلة بسلوكه الصحيح، وأن ما يكتسبه الفرد من خلال حياته من معلومات ومن مفاهيم وصيغ للتعامل يستخدمها جميعاً في التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التي قد تعترض حياته.

ويقوم هذا الأسلوب الإرشادي أيضاً على إعادة تشكيل البنية المعرفية للمسترشد من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تقوم على العوامل المعرفية التي تؤثر في السلوك وبذلك نجد أن هذا الأسلوب الإرشادي منطقي وعملي في علاج المشكلات النفسية.

والإرشاد المعرفي السلوكي هو نوع من أنواع الإرشاد النفسي الذي يهتم بحل المشكلات، ويتم فيه تعلم مهارات محددة يتم استخدامها في بقية الحياة وتهتم هذه المهارات بإبراز التفكير المشوه وتعديل الاعتقادات الخاطئة، والتعامل مع الآخرين بطرق جديدة، وتعديل السلوك الغير مرغوب فيه، وثبتت فعالية هذا الإرشاد في العديد من الدراسات العلمية.

كما أن الإرشاد المعرفي السلوكي يعتمد على النظرية المعرفية، وتعني أن طريقة رؤيتنا وتفسيرنا للموقف أو الحالة هي التي تؤثر على كيفية شعورنا ونوعية أحاسيسنا.

فالموقف بحد ذاته ليس هو الذي يؤثر على مشاعرنا وإنما طريقة تفكيرنا وكيفية تحليل الموقف وطريقة رؤيتنا له، وعندما يتعرض الناس لضيق فإنهم غالباً لا يفكرون بطريقة واضحة وصحيحة وتكون أفكارهم مشوهة بطريقة أو بأخرى.

فالإرشاد المعرفي يساعد الناس على التعرف على أفكارهم المشوهة وطريقة تفكيرهم الخاطئة واختبار مدى منطقية هذه الأفكار، ثم يتعلمون كيف يغيرونها، وعندما تتغير الأفكار للاتجاه الصحيح تتبعها المشاعر وكذلك السلوك.

ويؤكد المحارب (2000، 2-3) أن هذا الأسلوب الإرشادي يتميز عن غيره بأنه:

الأكثر انسجاماً مع مستجدات البحوث التي تصدر عن الباحثين في علم النفس المعرفي، وعلم النفس الجنائي، وغيرها من العلوم ذات العلاقة بالعمليات المعرفية لدى الإنسان.

كما أن بيك وزملاؤه قد طوروا نظرية معرفية يعتمد عليها الإرشاد المعرفي السلوكي كأساس يحدد على ضوءه نوع الفنيات التي تستخدم في هذا الإرشاد، وإن من نقاط القوة لهذا الأسلوب أن بيك تفحص ما هو متوفراً من أنواع الإرشادات النفسية باختلاف منطلقاتها النظرية واستفاد من العديد من الأفكار والأساليب التي يرى أنها تساعد في نجاح أسلوبه دون الإخلال بالمسلمات التي بنى عليها نظريته.

ومن ذلك مفهوم فرويد حول البناء الهرمي للاستغراق (عمليات أولية، وعمليات ثانوية) ومحاولة اكتشاف خيوط مشتركة في انفعالات وأقوال المسترشد، وكذلك مفهوم ما قبل الشعور كما استفاد من مفهوم نظرية التطورات الشخصية لكيلي، واستفاد أيضاً من التركيز على مشكلات محددة في اللحظة الراهنة عند كل من رجز وإليس (Riggs & Ellis)، وأسلوب روجرز في طرح الأسئلة في الإرشاد المتركز حول العميل كما استفاد أيضاً من المدرسة السلوكية في بناء المقابلة وجدول الجلسات واستحثات وجهات نظر المسترشد وتحديد الأهداف وتعريف المشكلة إجرائياً، وفحص الفرضيات والواجبات المنزلية.

ومن مميزات هذا الأسلوب الإرشادي أنه يتعامل مع كل حاله حسب ظروفها، حيث تتم صياغة مشكلة كل حالة بناء على النموذج المعرفي الخاص بالمشكلات التي يعاني منها كما

وقد استخدمت الباحثة بعضاً من هذه الفنيات، التي تساعد على تحقيق أهداف الدراسة الحالية، والمناسبة لعينة الدراسة، وظروف البرنامج الإرشادي وهي: (المحاضرات والمناقشات الجماعية، والنمذجة، ولعب الدور، والتعزيز، وفنية الواجبات المنزلية).

# الفصل الرابع

## مرض السكري

- 4/1. تعريف مرض السكري.
- 4/2. نشأة مرض السكري.
- 4/3. التفسير العلمي لمرض السكري.
- 4/4. أنواع مرض السكري.
- 4/5. أسباب مرض السكري.
- 4/6. مضاعفات مرض السكري.
- 4/7. علاج مرض السكري.
- 4/8. الاستجابات النفسية لدى المصابين بداء السكري.
- 4/9. مرض السكري والرضا عن الحياة.

## الفصل الرابع

### مرض السكري

#### 4/1 . تعريف مرض السكري.

هو عبارة عن خلل في عملية تحمل الجلوكوز داخل جسم الإنسان ويكون سبب ذلك نقص إفراز الأنسولين من البنكرياس، أو انعدام إفرازه، أو نقص فعالية الأنسولين، مما يسبب زيادة نسبة السكر في الدم، واضطراباً في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والبروتينات والدهون ( Nettina, 1996, 1303).

وقد عرف علي مرض السكري بأنه: "اضطراب مزمن في عملية التمثيل الغذائي يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم، والمسؤول عن ذلك الارتفاع هو النقص المطلق أو النسبي للأنسولين" (علي، 2001، 9).

ويعرف مرض السكري بأنه: "هو اضطراب إقلابي (Trouble métabolique) ناتج إما عن عجز في إفراز هرمون الأنسولين أو عن مقاومة غير عادية في الجسم ضد هذا الهرمون الشيء الذي يؤدي إلى ارتفاع نسبة تركيز السكر في الدم عن المعدل العادي لتصل إلى ما فوق (1.26 غ/ل) في حالة الصوم" (Polonovski, 2000, 240).

#### 4/2 . نشأة مرض السكري.

عُرف مرض السكري منذ نحو ثلاثة آلاف عام وأطلق عليه في القرن الثاني الميلادي كلمة (Diabetes Mellitus)، وهو تعبير لاتيني وتعني كلمة (Diabetes)، تمرير الشيء وكلمة (Mellitus) بمعنى العسل، وهذا إشارة على إدرار كميات كبيرة من البول الحلو، إذ إن مرض السكري حالة يزيد فيها معدل السكر في الدم "الجلوكوز" عن حد معين وذلك لقصور في مقدرة الجسم عن الاستفادة من الكربوهيدرات نتيجة لأي سبب (المخللاتي، 1984، 174)

أما بالنسبة لانتشار مرض السكري تبعاً للجنس فأشارت الدراسات أن نسبة الرجال والنساء في التعرض لمرض السكري متساوية تقريباً، وخاصة في الأماكن الحضرية (رضوان ب، 2002، 57).

يقدر معدل انتشار مرض السكري في سورية بين من تزيد أعمارهم على (15) سنة بـ (19,5%) أي إن عدد المرضى يقارب المليون مريض عام 2010م.

وتشير تقارير وزارة الصحة إن نسبة انتشار مرض السكري بين السكان في سورية وصلت إلى (10%)، لتحثل سورية المرتبة (13) على مستوى العالم والمرتبة (10) بنسبة السكري غير المكتشف.

وأوضح مدير البرنامج الوطني للسكري في وزارة الصحة أن نسبة انتشار مرض السكري بين السكان في سورية وصلت إلى (10%) وترتفع هذه النسبة في أعمار الكهولة لتصل إلى (20%) فيما تبلغ نسبة المرض غير المكتشفة (13%).

ويعد مرض السكري من أكثر الأمراض انتشاراً بين الناس، وتبلغ نسبة الإصابة به نحو (10%) في جميع أنحاء العالم، وسبب هذا المرض إخفاق البنكرياس جزئياً أو كلياً في إفراز هرمون الأنسولين مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الجسم أكثر من المستوى الطبيعي (مقبل، 2010، 29).

وكشف تقرير لمنظمة الصحة العالمية أن نحو (80%) من حالات الوفاة التي تحدث بين مرضى داء "السكري"، تقع في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط الدخل، وهو ما يعني إما نقص الأدوية اللازمة لعلاج السكري في تلك البلدان، أو عدم مبالاة السكان بخطورة المضاعفات الناجمة عن المرض. وذكرت المنظمة الأممية في بيان لها بمناسبة الاحتفال بـ "اليوم العالمي للسكري"، أن "عدد المصابين بداء السكري في جميع أنحاء العالم حالياً يبلغ حوالي (220) مليون شخص" محذرة من أن ذلك العدد قد يزداد بنسبة تفوق الضعف، بحلول عام (2030)، إذا لم تُتخذ الإجراءات للحيلولة دون ذلك (WHO, 2001, 77).

وبحسب الإحصائيات التي طرحها مؤتمر الجمعية اللبنانية للغدد الصم المنعقد في بيروت من (3-6) حزيران عام (2005م) الذي نظّمته مؤسسة سانوفيا فانتييس العالمية وبمشاركة أطباء من سورية ولبنان والأردن والعراق والإمارات ومصر بلغ معدل الوفيات بسبب هذا المرض نحو (3.1%) من معدل الوفيات العام (Annual Report, 2005, 64).

وتأتي أهمية هذا المرض من مضاعفاته التي تشكل نحو (25%) من الحالات المؤدية إلى فشل كلوي و(50%) حالات بتر في الأطراف السفلية كما أن السكري السبب الرئيس لفقد البصر لما يقرب من خمسة آلاف حالة جديدة كل عام (هاتشم وباشا، 1988، 139). ومرض السكري يتعلق مصيره ومصير المصاب به بتصرفات المريض نفسه (رويحة، 1973، 84).

ومما سبق يتضح مدى خطورة مرض السكري ومدى انتشاره في العالم، وأنه لا يقتصر على فترة عمرية محددة أو على جنس دون الآخر، مما يجعل العلماء والأطباء في العالم بأسره يهتمون بهذا المرض والعمل على إجراء الدراسات التي تساعد مرضى السكري للتعايش والتوافق مع هذا المرض والحد من مضاعفاته الخطيرة.

**4/3 . التفسير العلمي لمرض السكري.**

إنَّ مكان الخلل في مرض السكري في غدة البنكرياس، والأنسولين هو واحد من الإفرازات التي يفرزها البنكرياس، وأول وظيفة للأنسولين هو أنه يساعد على استخدام الجلوكوز، وعندما تفقد هذه الوظيفة لسبب ما يظهر مرض السكري (كلارك، 1963، 216).

وتؤكد ذلك (Nettina, 1996, 726) التي أشارت إلى أن الخلل الرئيس في مرض السكري هو في نسبة الأنسولين الذي يفرز من البنكرياس، وتلك النسبة تزداد عند تناول الإنسان للوجبات الثقيلة وخاصة المحتوية على سكريات، وفي حالات غياب الطعام فإن نسبة الأنسولين تقل، وفي كلتا الحالتين تجب المحافظة على النسبة الطبيعية للسكر (الجلوكوز) في الدم.

إنَّ الخلل الذي يحصل في مرض السكري هو واحد من ثلاثة، إما عدم إفراز الأنسولين من البنكرياس كلياً، أو نقص إفرازه عن المستوى المطلوب لحاجة الجسم أو أن الأنسولين المفرز من البنكرياس لا يستخدم في خلايا جسم الإنسان لأي سبب كان (رضوان ب، 2002، 57).

**1/4/3 . غدة البنكرياس وهرمون الأنسولين:**

غدة البنكرياس هي المسؤولة عن إفراز الأنسولين وهي إحدى الغدد مزدوجة العصير، قنوية ولا قنوية، والتي تحدد نسبة إفرازها للأنسولين حسب وضع الجسم ويتدخل العصب الحائر في تكيف ما يلزم إفرازه من الأنسولين للجسم.

وغدة البنكرياس يبلغ طولها (14-18 سم) وتمتد أعلى البطن على شكل منشور فوق الاثنى عشرية من الأمعاء الدقيقة وراء المعدة مباشرة (رويحة، 1973، 10).

**2/4/3 . هرمون الأنسولين:**

الأنسولين هو هرمون بروتيني الأصل تفرزه خلايا بيتا في البنكرياس، ويتأثر إفراز الأنسولين بالزيادة أو النقصان استجابة لعدة أمور منها، زيادة إفراز هرمونات خاصة مثل: الأدرينالين وهرمون النمو وغيرها، فهي تؤدي إلى زيادة احتياج الإنسان للأنسولين، وكذلك الاضطرابات الانفعالية، وأيضاً السمنة تتطلب زيادة إفراز الأنسولين، أما المجهود العضلي والحمية الغذائية فهما يقللان من إفراز الأنسولين (لماضة، 1998، 29-30).

**3/4/3 . وظيفة هرمون الأنسولين:**

أهمية الأنسولين في عملية الأيض اللازمة للكربوهيدرات إذ يستفيد الإنسان من الكربوهيدرات لتزويد الجسم بالحرارة والطاقة اللازمة للقيام بالجهد المطلوب منه (مقبل، 2010، 30).

ويساعد في تحويل الأحماض الدهنية وهي من نواتج الهضم إلى شحوم تختزن في الأنسجة الدهنية بالجسم. ويساعد في تحويل الأحماض الأمينية إلى بروتينات وهي المواد التي تعد دعامة أساسية في بناء الأنسجة والخلايا وفي نموها يزداد حجم العضلات (البكري، 1994، 20).

ولا يستطيع السكر (الجلوكوز) في الحالة الطبيعية الدخول إلى الخلايا إلا بوجود هرمون الأنسولين فإذا نقص هرمون الأنسولين تراكم السكر (الجلوكوز) في الدم (الحمصي، 1985، 152).

مما سبق يتضح مدى أهمية البنكرياس وهرمون الأنسولين المفرز منه والذي يلعب دوراً أساسياً في تنظيم نسبة الجلوكوز في الدم وعلى هذا فإن أي خلل يحصل في تلك العملية سيلعب دوراً هاماً في إحداث مرض السكري أو في زيادة أعراضه ومضاعفاته مستقبلاً.

#### 4/4 . أنواع مرض السكري.

يشير (هاشم وباشا، 1988، 145-148) إلى نوعين من مرض السكري من حيث اعتماده على الأنسولين وهما:

##### 1/4/4 . النوع الأول: ويسمى المعتمد على الأنسولين:

حيث إنه لا يوجد أنسولين يفرز من خلال البنكرياس، وسببه عادة تدمير خلايا بيتا الموجودة في البنكرياس والتي تصنع وتفرز الأنسولين، وسكري النوع الأول معظم مرضاه من الأطفال والشباب صغار السن، وعادة يبدأ هذا النوع بين (11-13) سنة ويظهر بشكل طارئ بأعراض شديدة كالغثيان والقيء، والجفاف الحاد ومنهم من يصاب في البداية بزيادة الحموضة في الدم.

ويتم تشخيص داء السكري المعتمد على الأنسولين تبعاً للمعايير التي اعتمدها الجمعية الأمريكية لمرض السكري (ADA) (American Diabetes Association) (الزهراني، 2006، 13)، أو المعايير المحددة في تقرير منظمة الصحة العالمية (World Health Organization) (NICE, ) (2004, 10).

والمعايير الطبية التي يتم فيها تشخيص داء السكري لدى الأطفال والمراهقين تعتمد على:

- قياس مستوى جلوكوز الدم.
- وجود أو غياب أعراض السكري (Australasian Paediatric Endocrine Group, 2005, ) (31).

## . علاج النوع الأول من مرض السكري:

بالنسبة لمرضى النوع الأول من مرض السكري، فهم بحاجة إلى تعاطي الأنسولين يومياً للبقاء على قيد الحياة، وتعد الحمية الغذائية الصحية لمرضى السكري مشابهة إلى حد كبير بالحمية الغذائية لغير المصابين به، فمريض السكري -كغيره- يجب أن يعرف كيفية توزيع الكربوهيدرات التي يتناولها طوال اليوم توزيعاً مستوياً، وكيفية تقسيم الفترات الزمنية بين الوجبات الرئيسة والخفيفة تقسيماً سليماً للحفاظ على ثبات نسبة السكر في الدم والحيلولة دون ارتفاعها أو انخفاضها أكثر مما ينبغي.

والتمارين الرياضية تساعد جسمك على استخدام الأنسولين وتخفيض نسبة السكر في الدم، كما تساعد التمارين الرياضية والحمية الغذائية الصحية المريض على التخلص من أي زيادة في الوزن. فالحفاظ على الوزن الصحي للجسم يساعد الأنسولين على أداء وظيفته بشكل أفضل، كما يساعد على الوقاية من ارتفاع ضغط الدم والكولسترول ومن الإصابة بأمراض القلب.

## 2/4/4 . النوع الثاني: (غير المعتمد على الأنسولين):

في هذا المرض يحدث أن تفشل خلايا الجسم في امتصاص سكر الغلوكوز من الدم، فيتراكم هذا السكر في السائل الدموي بكميات كبيرة بدلاً من دخوله إلى خلايا الجسم لمدّها بالطاقة الحيوية اللازمة لتقوم بوظائفها الطبيعية، فاستمرار قدرة الخلايا على الحياة الطبيعية يعني الصحة واستمرار الحياة الطبيعية.

وهو ينتشر بين نحو (90%) ممن يعانون من مرض السكري تقريباً، فهو النوع الأكثر شيوعاً ويبدأ عادة بعد سن الأربعين، يسمى سكري الكبار، ويمكن اكتشافه بالمصادفة من فحص روتيني عابر أو من شكوى المريض من أعراض معينة، حيث ينتج عن نقص نسبي في تركيز هرمون الأنسولين في الدم.

## 3/4/4 . العوامل المؤهلة للإصابة بالنمط الثاني للسكري:

عند المصابين بـ "مقدمات السكري" - التي قد تتفاقم وتتحول إلى السكري من النوع الثاني - والسكري من النوع الثاني، تقاوم الخلايا تأثير عمل الأنسولين بينما يفشل البنكرياس في إنتاج كمية كافية من الأنسولين للتغلب على هذه المقاومة. في هذه الحالات، يتجمع السكر ويتراكم في الدورة الدموية بدلاً من توزيعه على الخلايا في مختلف أعضاء الجسم. والسبب المباشر لحدوث هذه الحالات لا يزال غير معروف، لكن يبدو أنّ الدهون الزائدة - وخاصة في البطن - وقلة النشاط البدني عوامل مهمة في حدوث ذلك. ولا يزال الباحثون يبحثون عن إجابة حقيقية ودقيقة للسؤال التالي: لماذا تصيب حالاتنا

"مقدمات السكري" والسكري من النوع 2 أشخاصاً محددين بعينهم دون غيرهم. ومع ذلك، هنالك عدة عوامل من الواضح أنها تزيد من خطر الإصابة بمرض السكري، بينها:

- الوزن الزائد.
- قلة النشاط الجسماني.
- التاريخ العائلي.
- السن: يزداد خطر الإصابة بالمرض مع التقدم في السن، وخاصة فوق سن (45) (لجنة تنقيف المرضى وأسرهم، 2013، 46).

وهناك حالات أخرى يمكن أن تكون لها علاقة بالإصابة بمرض السكري، تشمل:

- فرط ضغط الدم.
  - فرط الكوليسترول الضار (LDL).
  - المستوى المرتفع من ثلاثي الغليسريد، وهو نوع آخر من الدهون الموجودة في الدم.
- عندما تظهر هذه العوامل - فرط ضغط الدم، فرط سكر الدم ودهنيات في الدم أعلى من المستوى الطبيعي - سوية مع السمنة (الوزن الزائد) تنشأ علاقة بينها، معاً، وبين مقاومة الأنسولين

ونلخص العوامل بما يلي:

- 1- وجود استعداد وراثي عائلي.
- 2- البدانة والزيادة المطردة في الوزن.
- 3- الهرم والشيخوخة أحياناً.
- 4- اضطراب الاستقلاب العام في الجسم كحدوث ارتفاع شحوم الدم والكوليسترول.

ومن الإصابات المرضية التي قد تخفي وراءها وجود إصابة بالسكري ما يلي:

الاحتشاء والإصابات القلبية- الإجهاضات المتكررة - الولادات الميتة - ولادة أطفال ذوي أوزان تزيد على 4 كغ - ارتفاع التوتر الشرياني - الفشل الكلوي - قرحات القدم - اضطراب وظائف الجهاز العصبي كالخدر والنمل وفرط الألم وزوال الإحساس - الضعف الجنسي والبرود الجنسي - وغيرها.

. ما هي أعراض وعلامات السكري من النمط الثاني؟

أهم ما يميز أعراض النمط الثاني عن السكري من النمط الأول هو بطء حدوثها، فلا تظهر قبل أشهر أو سنوات، وتكون الأعراض غير واضحة، لا تزعم المريض كثيراً، ولا تتبهره للتوجه إلى الطبيب في الوقت المناسب، وقد يعزو المريض ما يشعر به إلى الشيخوخة أو إلى تقدم العمر أو زيادة الوزن أو

كثرة همومه، لذلك قد لا يشعر بالمرض إلا عندما يصبح خطراً جداً ومتلفاً لأعضائه الهامة التي ذكرناها في الفقرة السابقة، وسبب قلة شدة هذه الأعراض أنّ مرضى النمط الثاني لديهم بعض الأنسولين الذي لا يزال يفرز في أجسامهم، وتشمل أعراض النمط الثاني من مرض السكري:

- الظمأ الشديد والتكرار.
- التبول المتكرر خلال الليل.
- غيبش الرؤية.
- الألم أو التميل أو الخدر في الساقين أو القدمين.
- اضطرابات الجلد كالجفاف والتشقق أو الحكة أو التقيح بسهولة.
- الالتئام البطيء للقرحات في القدم.
- كثرة الإصابة بالإنفانات كإنتان المسالك البولية والتناسلية والفطور الجلدية.
- الإرهاق والنعاس في النهار (Lewis, et, al., 2004, 273).

#### . كيف يعالج السكري من النمط الثاني؟

تؤسس المعالجة على النقاط التالية:

- 1- إنقاص الوزن.
  - 2- تنظيم الوارد الغذائي اليومي ضمن وجبات طعام موزعة على اليوم الواحد بحيث تمنع الشعور بالجوع وتمنع حدوث التخمة.
  - 3- التحكم بارتفاع سكر الدم بعد الطعام عن طريق نوع الغذاء واستعمال بعض الأدوية.
  - 4- تنظيم استهلاك السكر في الجسم عن طريق وضع برنامج علاجي رياضي منظم.
  - 5- استعمال بعض الأدوية عن طريق الفم لتحريض إفراز الأنسولين أو تحسين وظيفته.
  - 6- حقن الأنسولين أحياناً.
  - 7- تثقيف مريض السكري لتعلم وسائل مراقبة سكر دمه وتطبيق النظام العلاجي الصحي (لجنة تثقيف المرضى وأسره، 2013، 31).
- إن علاج السكري بشكل صحيح يعني عمراً أطول ونشاطاً أكثر وأداء أفضل في الحياة.
- وأضاف بعض الباحثين نوعين آخرين لمرض السكري وهما:

**سكري الحمل:** والذي يحدث في بعض حالات الحمل نتيجة للمتطلبات الضرورية في مرحلة الحمل وبعضهم يسمي هذا النوع بأنه " عدم تحمل للكربوهيدرات في الدم".

#### مرض السكري المصاحب للأعراض الأخرى:

يظهر هذا النوع نتيجة تعاطي أدوية، أو اضطراب هرموني أو أمراض أخرى ( Branner & Suddarth, 1982, 640).

كل أنواع مرض السكري تكون في النهاية إما معتمدة على الأنسولين، وإما غير معتمدة على الأنسولين وهو لا يعتمد بالضرورة على العلاج بالأنسولين إنما بعقاقير أخرى عن طريق الفم.

#### 4/5 . عوامل مرض السكري.

##### 1/4/5 . عوامل مرض السكري المعتمد على الأنسولين:

إن عوامل حدوث النمط الأول من السكري ما زالت غير مفهومة بشكل كامل، فهناك عوامل متعددة يمكن أن تؤدي إلى حدوثه، ومن أهم هذه العوامل:

**1/1/4/5 - عامل المناعة:** يعد النمط الأول من داء السكري أحد الأمراض المناعية، إذ يقوم الجهاز المناعي بإنتاج مادة كيميائية مناعية تسمى (Cytokines) وتركيبية هذه المادة تكون محددة، لمهاجمة تركيبية أو جسم محدد فقط، لكن لسبب غير معروف لا تستطيع تعرف خلايا البنكرياس المعروفة باسم (Beta cells) ومن ثم تقوم بمهاجمتها بشكل تدريجي ومتسارع، وقد تستغرق هذه العملية، إلى حين ظهور الأعراض المرضية شهراً أو سنوات قبل أن يحس الشخص، وحتى تظهر الأعراض فإن (80-90%) من خلايا البنكرياس يكون قد دُمّر نهائياً (الحميد، 2007، 15).

**2/1/4/5 - العوامل الوراثية:** كما ذكر سابقاً بأنه يُعتقد بأن النمط الأول من داء السكري يحفزه نوع ما من الإنتان (فيروسية بالأساس) أو أنواع أخرى من المحفزات على نطاق ضيق مثل الضغط النفسي أو الإجهاد والتعرض للمؤثرات البيئية المحيطة (مثل: التعرض لبعض المواد الكيميائية أو الأدوية)، وتلعب بعض العناصر الجينية دوراً في استجابة الفرد لهذه المحفزات، وقد تم تتبع هذه العناصر الجينية فوجد أنها أنواع متعلقة بتوجيه كريات الدم البيضاء لأي أجسام مضادة موجودة في الجسم (أي إنها جينات يعتمد عليها الجهاز المناعي لتحديد خلايا الجسم التي لا يجب مهاجمتها من الأجسام التي يجب مهاجمتها) وعلى الرغم من ذلك فإنه حتى بالنسبة لأولئك الذين ورثوا هذه القابلية للإصابة بالمرض يجب التعرض لمحفز من البيئة المحيطة للإصابة بالمرض (وفائي، 2005، 34).

**3/1/4/5 - الأدوية والهرمونات التي تؤثر سلباً على الإنسولين وإفرازه (رضوان، 2008، 55).**

**4/1/4/5 - الإنتانات الفيروسية:** يمكن أن تكون أحد الأسباب المهمة لحدوث النمط الأول من داء السكري، وخصوصاً لدى الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي، وتعمل تلك الفيروسات كعوامل مثيرة أو مساعدة، فعند حدوث الإنتان الفيروسي يقوم الجهاز المناعي بالتعرف عليها كجسم غريب، فيقوم بتكوين الأجسام المضادة المناسبة للقضاء عليها، ولكن لسبب غير معروف فإن تركيبة هذا الفيروس من البروتينات تشبه تركيبة خلايا البنكرياس المعروفة باسم (Beta cells) ولكن الجهاز المناعي لا يتعرف الفرق بينهما، فيقوم بمهاجمة الفيروس كما يقوم في الوقت نفسه بمهاجمة خلايا البنكرياس، وحتى عند انتهاء الإنتان الفيروسي فإن الجهاز المناعي يستمر في إنتاج المضادات، ومن ثم يستمر تدمير خلايا البنكرياس حتى يتم القضاء عليها تماماً، وهناك عدة فيروسات متورطة منها النكاف وفيروس كوكسكي والحصبة الألمانية (ديفيد سون، 2009، 332).

**5/1/4/5 - الحساسية من الحليب البقري:** أظهرت إحدى الدراسات أن الأطفال الذين تم تغذيتهم عن طريق شرب حليب البقرة، خلال ثمانية الأيام الأولى من الولادة، كانوا أكثر عرضة للإصابة بالنمط الأول من داء السكري، بما يعادل مرة ونصف مقارنة بأولئك الذين يعتمدون على الرضاعة الطبيعية من حليب الأم، وقد يكون السبب في ذلك احتواء حليب الأم على مكونات قد تساعد في تنظيم الجهاز المناعي، وبالتالي تمنع الإصابة بالسكري عند أولئك الأطفال، ولما كانت معدة الأطفال الرضع لا تستطيع هضم الأطعمة بما فيها البروتينات بصورة جيدة، فإن البروتينات الكبيرة غير المهضومة تمر عبر جدران الأمعاء إلى الدم، ويعد الجسم مثل هذه البروتينات ومنها بروتين مصل حليب البقر (BSA) مواد غريبة فيقوم بإفراز الأجسام المضادة لمهاجمتها، وقد يحصل خطأ في تعرف خلايا بيتا، فتقوم تلك الأجسام المضادة بمهاجمتها لأنها تشبه بروتين (BSA) وتدمرها، وعلى العموم هناك دراسات تعمل للتحقق من وجود علاقة حقيقة بين حليب الأبقار وداء السكري من النمط الأول (الحמיד، 2007، 17).

وليس معروفاً، حتى الآن، المسبب العيني الحقيقي لمرض السكري من النوع الأول، لكن يبدو أن التاريخ العائلي يلعب على الأرجح دوراً مهماً. فخطر الإصابة بمرض السكري من النوع الأول يزداد لدى الأشخاص الذين لدى أحد والديهم أو أخوتهم أو أخواتهم إصابة بمرض السكري. وهناك عوامل إضافية، قد تكون مسببة لمرض السكري، منها التعرض لأمراض فيروسية.

#### 2/4/5 . أسباب مرض السكري غير المعتمد على الأنسولين:

وهذا النوع تسببه عدة عوامل منها، التقدم في العمر إذ تزداد احتمالية الإصابة بهذا المرض بعد سن الأربعين، والبدانة وزيادة نسبة الدهون في الجسم، العامل الوراثي حيث أثبتت الدراسات أن الاستعداد الوراثي للمرض يورث وليس المرض بذاته.

وقد وجدت الدراسات أنّ التركيبات الوراثية يمكن أن تجعل بنكرياس المريض أكثر استعداداً للتأثر ببعض الفيروسات التي تصيب الغدة النكافية، وفيروس الحصبة (رضوان، 2008، 55).

ويشير (الزطمة، 1985، 12) إلى أنه من العوامل المساعدة على ظهور المرض أيضاً الضغوط النفسية لأنها تزيد من إفراز هرمون الكورتيكوستيرويد في جسم الإنسان والذي بدوره يعمل على زيادة نسبة السكر في الدم، وأيضاً التهابات البنكرياس الحادة والتغذية غير الصحيحة.

ويتضح من العوامل السابقة أنه ليس هناك سبب حقيقي بذاته أو عامل محدد يؤدي إلى ظهور مرض السكري، إنما تتعدد تلك العوامل بدرجات مختلفة، لتساعد على ظهور المرض فيما بعد، وإن كانت هناك بعض العوامل تؤثر بشكل أكبر من عوامل أخرى.

#### 4/6 . مضاعفات مرض السكري:

تحدث مضاعفات مرض السكري لدى نسبة كبيرة من المرضى ولكن بدرجات متفاوتة وتلعب في حدوثها عدة أمور منها تاريخ المرض أو عدد سنوات الإصابة به، وعدم الالتزام بالوصفات العلاجية والزيادة في تناول النشويات (الزطمة، 1985، 8).

ولقد حدد (الجديبة ويونس، 1993، 10) تلك المضاعفات حسب توصيات منظمة الصحة العالمية وتشمل:

- مضاعفات حادة تنتج عن تدهور مفاجئ لمريض السكري مثل: غيبوبة السكر وارتفاع.
- السكر الحاد.

مضاعفات مزمنة: تكون بعد فترة من حدوث المرض وهي:

- 1) التغيرات على الأوعية الدموية.
- 2) التغيرات على الجهاز العصبي.
- 3) التغيرات على عمل الكليتين.

ويضيف (الزطمة، 1985، 22) إلى هذه المضاعفات أيضاً تثبيط المناعة وترسيب الخلايا الدهنية حول جفون العين.

ويشير ماريون (Marion, 1999, 32) إلى أن مرضى السكري الذين لا يحافظون على اعتدال مستوى السكر (الجلوكوز) في الدم لديهم، أشد عرضة لحدوث أمراض القلب وأمراض الأعصاب والفشل الكلوي وارتفاع ضغط الدم، وأمراض العيون.

ويضيف (الحمصي، 1985، 153) للمضاعفات السابقة حدوث اضطرابات عصبية مثل: الضعف العضلي والهزال العام، والحكة وكثرة الإصابة بأمراض الجلد الفطرية واضطراب الوظائف الجنسية خاصة لدى الرجال ما يعادل نسبة (50%) من المرضى وسبب ذلك تصلب الشرايين الحوضية وتؤكد على ذلك دراسة (Siu et al., 2001) التي أظهرت نسبة (63.6%) من مرضى السكري من فئة الرجال يعانون أعراض القصور الجنسي، كما أشارت دراسة (Rubin & Peyrot, 1998) أن مضاعفات مرض السكري تختلف لدى الرجال عن النساء وأن الرجال لديهم القدرة على التعايش مع المرض أكثر من النساء، والمضاعفات لديهم أقل حدة من النساء، وأنها تحدث في مراحل متقدمة من تاريخ المرض.

وهنا لابد من الإشارة على أنه كلما زادت مضاعفات المرض حدة زاد تأثيرها السلبي على صحة المريض، وقل ذلك من مستوى توافقه مع مرضه مستقبلاً والعكس صحيح (رضوان، 2008، 63).

#### 4/7 . علاج مرض السكري.

من المتعارف عليه أنه لا يوجد علاج شاف لمرض السكري، وهدف الإجراءات العلاجية المتبعة إنما هي للتخفيف من وطأة أعراض المرض وللتقليل من المضاعفات المحتمل حدوثها فيما بعد، وبشير (الزطمة، 1985، 7) إلى أن أول خطوة في علاج مرض السكري يجب أن تتجه إلى توعية المرضى وتنقيهم عن مرض السكري وأعراضه ومضاعفاته الحادة والمزمنة.

ومن الإجراءات العلاجية لمرض السكري ما حددته (Nettina, 1996, 743):

- تعريف المريض بالحمية الغذائية وأهميتها في تخفيف حدة المرض ومضاعفاته وذلك من ناحية كمية الغذاء ونوعيته.
  - الرياضة الجسمية المنتظمة والخفيفة وأفضلها رياضة المشي.
  - إعطاء العلاجات المتمثلة بالأقراص عن طريق الفم أو حقن الأنسولين وتعليم المريض خصائص كل علاج وأهميته لمرض السكري.
  - الاعتناء بالنظافة الشخصية.
  - إرشاد المرضى إلى ضرورة مراجعة الطبيب المختص لمراقبة السكري وفاعلية العلاج.
- ويضيف ريتشارد وآخرون (Richard, 1995, 263) إلى الإرشادات السابقة ما يلي:
- على المريض أن يتعرف مرضه ويتعرف ما ينفعه وما يضره.
  - الابتعاد عن القلق قدر الإمكان.
  - الاعتماد على النفس وعدم الاعتماد على الآخرين في تنظيم مستوى السكر (الجلوكوز) في الدم.

➤ التعامل بواقعية مع المرض ومع الناس.

### 1/4/7 . كيفية التعامل مع مرض السكري؟

في النوع الأول والنوع الثاني من مرض السكري، فإن الهدف من علاج السكري هو الحصول على مستويات الجلوكوز في الدم أقرب ما يمكن إلى الهدف.

لمرضى السكري من النوع (1): حقن الأنسولين كل يوم بالإضافة إلى اتباع نمط حياة صحي.

لمرضى السكري من النوع (2): الطعام الصحي والنشاط البدني المنتظم وقد يكون هذا هو كل ما هو مطلوب في البداية، وأحياناً أقرص أو الأنسولين في وقت لاحق.

ومن الناحية المثالية يجب الاحتفاظ بمستويات الجلوكوز في الدم بحيث تبقى أقرب ما يمكن إلى الهدف. وهذا سيساعد على منع الآثار قصيرة الأجل لمستويات الجلوكوز المنخفضة جداً أو المرتفعة جداً في الدم، وكذلك المشكلات طويلة الأجل التي يمكن أن تؤثر على العينين والكليتين والأعصاب.

وعلى هذا ينبغي حفظ ضغط الدم والكوليسترول ضمن النطاقات الموصى بها يساعد على منع المشاكل مثل النوبات القلبية والسكتة الدماغية.

### 2/4/7 . علامات السيطرة على مرض السكري:

1. أن يشعر المريض بأنه في صحة جيدة.
2. أن يستطيع المريض المحافظة على وزن عادي مع استعمال غذاء صحي ومتوازن.
3. أن تكون الفحوصات المخبرية لسكر الدم في الحدود الطبيعية.
4. خلو بول المريض من السكر (كلارك، 1963، 212).

### 4/8 . الاستجابات النفسية لدى المصابين بداء السكري:

#### 1/4/8 . العوامل النفسية المرتبطة بمرض السكر:

وتوجد عوامل أو اضطرابات نفسية ذات علاقة بمرض السكري، مثل: الاكتئاب، القلق والضغوط النفسية، والتوافق النفسي وقوة الأنا، كما أن ما يصيب الإنسان من أمراض حادة أو مزمنة أو إعاقات، لا يؤثر في الناحية الجسدية فقط إنما في نواحٍ مختلفة منها النفسية، العقلية، المعرفية، والانفعالية والاجتماعية (إبراهيم، 2004، 72).

وهناك دراسات تشير إلى أن واحداً من كل أربعة مرضى بالسكري يعاني اضطرابات نفسية وأعراضها بشكل متكرر، وبخاصة عند الذين يعانون عدم التحكم في مستوى السكر في الدم ( Harris & Lustman, 1998, 5).

### 2/4/8 . مرض السكري والاكتئاب:

يعد الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة بين الأشخاص ذوي الأمراض الجسمية المزمنة بصفة عامة ومرضى السكري بصفة خاصة، والاكتئاب كاضطراب نفسي أحياناً يعوق التشخيص الطبي لهؤلاء المرضى إذ إنَّ علاج الأمراض النفسية والجسمية باستخدام الأدوية يمكن أن يتداخل (الطبيب، 1994، 422) والاكتئاب كمرض نفسي يحدث نتيجة بعض الأحداث المؤلمة والقلق، وتقل قدرة الفرد على مجاراة الحياة اليومية وصعوبة التركيز وسرعة الإنهاك، وتزيد هذه الأعراض عند مرضى الأمراض المزمنة، وقد أوضح روث (Roth, 1983, 176) أن الاكتئاب المرتبط بمرض عضوي كالسكري تتداخل فيه الأعراض الفسيولوجية والسيكولوجية.

وقد حاول الباحثون أن يحددوا ما إذا كان مرض السكري يؤدي إلى الاكتئاب أم العكس، فأشار جاكبسون (Jacobson, 1993, 621) إلى أن وجود الاكتئاب لدى مرضى السكري يجعل مضاعفات المرض أكثر، ويجعل التحكم في الجلوكوز ضعيف، ومن الممكن أن يؤدي عدم التحكم في الجلوكوز إلى تطور الاكتئاب فالعلاقة تعد ثنائية الاتجاه أي أن الاكتئاب يؤثر على التحكم في السكر والعكس، وأيضاً وضح (Jacobson, 1993, 623) أن الانتشار المتزايد للاكتئاب عند مرضى السكري لا يكون بسبب الإصابة بالمرض فقط ولكن للتأثير العام والضغط المتزايد بسبب وجود مرض مزمن مدى الحياة، وعند عقد مقارنة في دراسته بين عينة من مرضى السكري وعينة من ذوي الأمراض المزمنة الأخرى كالقلب والرئة وجد أن معدل انتشار الاكتئاب بين مرضى السكري متقارب مع معدل المرضى الآخرين، وتؤكد دراسة (Pouwer & Snok, 2001) في نتائجها، أن العلاقة الارتباطية بين الاكتئاب والسكري وجدت في كل ثلاث حالات من أربعة، وأن هذه العلاقة أقوى لدى النساء، وكذلك دراسة (Lloyd, 2000) وضحت انتشار أعراض الاكتئاب والقلق لدى مرضى السكري، وأن أعراض الاكتئاب كانت عند الذكور مرتفعة أكثر من الإناث.

وهناك دراسات أخرى وضحت مدى انتشار الاكتئاب بين مرضى السكري كدراسة (Guvard & Lustman, 1993, 1167) اللذين قاما بتحليل عشرين دراسة لتحديد مدى انتشار الاكتئاب بين مرضى السكري، وأظهرت النتائج أن معدل انتشاره ظهر من خلال المقابلات التشخيصية مع مجموعات المرضى كان (27.3%) بمتوسط (0.14) في الدراسات التي احتوت على مجموعات ضابطة، وفي الدراسات التي لم تحتو على مجموعات ضابطة وصل معدله (19.9%) وهذا المعدل هو الأقل من

نوعه في الدراسات الخاصة بفئة مرضى السكري، وأيضاً وجدوا أن زيادة معدل الاكتئاب لدى مرضى السكري ذات صلة بالأعراض الجسمية وخطورة الانتشار ذات تأثير سلبي على كفاءة حياة المرضى وكيفية مواجهتهم للمرض.

وأثبتت دراسة روي (Roy & Roy, 1994) أن الاضطرابات النفسية والمشكلات الاجتماعية، تظهر أكثر بين مرضى السكري المعتمدين على الأنسولين وقد تبين ذلك من خلال مقارنة مجموعة من مرضى السكري المعتمدين على الأنسولين مع مجموعة أصحاء وتطبيق مقياس بيك، وكانت درجة الاكتئاب عند مرضى السكري أعلى من الأصحاء.

طبيعة مرض السكري كمرض مزمن تجعل انتشار الاكتئاب واضطرابات نفسية أخرى أكبر، إذ يعاني المريض وبصورة يومية من أعراض متنوعة ومن حقن الأنسولين وأخذ العلاج، واتباع نظام غذائي الأمر الذي يؤثر عليهم على المدى الطويل.

### 3/4/8 . مرض السكري والتوافق النفسي:

يعد مرض السكري من الأمراض المزمنة، ويمثل حالة طويلة الأمد ويحمل دلالات مهددة للحياة وعلى عملية التوافق لدى المريض طوال حياته، وتتحدد كل مرحلة من مراحل التعايش مع مرض السكري من خلال ظروف الفرد التي يعيشها، ومن خلال مشاعره ومفهومه للخبرات السابقة، وردود فعله عند اكتشاف المرض والتي من أهمها الإنكار والرفض والتمرد على العلاج والخوف الشديد من مضاعفات المرض والقلق، وبينت دراسة (حسين، 1987، 63) أن العامل النفسي له دور في الإسراع بالإصابة بالمرض لدى الأطفال الذين لديهم استعداد وراثي للإصابة، و في تحديد شدة المرض عند أول ظهوره حيث وجد غيبوبة السكري أحياناً تكون هي أول ظهور للمرض، وقدرة المريض على التوافق والاستجابة للعلاج عند بدء تشخيص المرض، فسوء التوافق نتيجة العوامل النفسية المختلفة، يقلل من الاستجابة للعلاج والتحكم في خطورة المرض ومضاعفاته، وفي دراسة ماكري (Macrea, 1986) توصلت إلى أن المرضى الذين يتوافقون مع المرض ومضاعفاته تساعدهم عوامل مثل، الدخل المناسب، المساندة الاجتماعية الفعالة وقدرتهم على مقاومة الضغوط.

من خلال العرض السابق ترى الباحثة مدى تأثير مرض السكري على التوافق النفسي للمرضى وصعوبته كذلك، فطبيعة مرض السكري تحتاج من المريض اليقظة والحذر والمحافظة الدائمة على نسبة السكر الطبيعية، والالتزام بالأدوية والغذاء اللازمة خوفاً من مضاعفات المرض الخطيرة على صحة الفرد، وهذا يتطلب مجهوداً كبيراً من المريض مما يؤدي لشعوره بالإحباط وعدم القدرة على الاستمرارية في المحافظة على صحته وتوافقته النفسي خاصة، وبناءً على أن التوافق عملية مستمرة بين الفرد وبيئته يحتاج مريض السكري للمساعدة المستمرة لكي يواجه الصعوبات والتغيرات خلال فترة المرض من

الآخرين خاصة الأسرة والمجتمع والمؤسسات الطبية والنفسية الاجتماعية لكي يحافظ على حالة توازن نسبي تساعده في الاستمرار.

#### 4/4/8 . مرض السكري وقوة الأنا:

طبيعة مرض السكري واحدة للجميع الأفراد، ولكن الاختلاف في ردود الأفعال للمرضى وكيفية استجاباتهم للمرض وكيفية التوافق مع المرض، منذ بدايته والدخول في الأعراض وكيفية مواجهة المرض والوقاية من مضاعفات مرض السكري، وكل هذا يتحدد بعدة عوامل متعددة تختلف من مريض لآخر مثل: مدة الإصابة بالمرض، والمساندة الأسرية والاجتماعية للمريض ودعمه، وعوامل ترجع لذات المريض كتقبله للمرض، وقوة الإرادة لديه والتي تكونت سابقاً في شخصيته في مراحل النمو المختلفة، إذ إن قوة الأنا أو الذات تتكون منذ الطفولة وعبر التعلم والخبرات التي يتعرض لها خلال مراحل العمر المختلفة (عودة، 2002، 74). وأيضاً تعلم الفرد مهارات المواجهة والتكيف مع الظروف الصعبة.

وقوة الأنا أو الذات سمة من سمات الشخصية ومن العوامل النفسية التي تؤثر في سلوك الأفراد، والتصور الجسمي يعد شرطاً ضرورياً لتشكل الأنا (الحديدي، 2002، 54). وأن مجرد الشعور بالاختلاف عن الأشخاص العاديين يسبب للفرد قلقاً نفسياً، وأن مفهوم التصور الجسمي المشحون بالعواطف الانفعالية والذي تعود أصوله إلى خبرات الطفولة، وبالتالي فإن الفرد المصاب بمرض جسدي يكون أكثر عرضة لسوء التوافق والتكيف وعرضة للمشكلات النفسية من غيره وذلك بسبب النقص في المعلومات التي تعاني منه الأنا (سعيد، 2007، 31).

وقد قام عدد من العلماء بإجراء اختبارات نفسية على مرضى السكري في محاولة لتحديد ملامح شخصية مريض السكري، ومنهم دراسة في جامعة كولومبيا، وضعت بعض الملامح النفسية التي يمتاز بها مريض السكري ومنها، الاستسلام لليأس بسرعة، أحاسيس شديدة بالكآبة، شعور بعدم الاستقرار، مشاعر وهمية من التعاسة والظلم، علاقة غير جيدة مع الآخرين وبخاصة الأهل كثرة النقد والشكوى وإثارة الخلافات (الداهري والعبيدي، 1999، 128).

ودراسات أخرى بحثت عن مهارات المواجهة عند مرضى السكري كدراسة (Gravels & Wandell, 2006) حيث تبين أن مهارات المواجهة كانت ضعيفة عند النساء أكثر من الرجال، ولوحظت الانعزالية والانطوائية لديهن أكثر من الرجال وهذا يدل على ضعف قوة الأنا لدى النساء، ودراسة (Rubin & Peyrot, 1998) التي أشارت إلى أن مضاعفات مرض السكري تختلف لدى الرجال عن النساء وأن الرجال لديهم القدرة على التعايش مع المرض أكثر من النساء، والمضاعفات لديهم أقل حدة من النساء.

ويرى بعض المحللين وجود علاقة بين مرض السكري والأمراض العقلية من مبدأ مفاده أن الطاقة التي تقوم بعملية تشغيل الدماغ هي السكر، وزيادة نسبة السكر في الدم دليل على عدم الاستخدام الأمثل لهذه الطاقة، وبالتالي هي دليل على عدم تامين الطاقة الكافية لعمل الدماغ مما يؤثر على قدرات المريض العقلية والإدراكية وبذلك تقل قوة إرادته وتضعف قوة الأنا لديه بسبب اضطراب الإدراك والتفكير (الداهري والعبدي، 1999، 128).

#### 4/9 . مرض السكري والرضا عن الحياة.

ترتبط الصحة بالرضا والسعادة وهي واحدة من أهم أسبابها الرئيسية وتقوي الصلة بين الصحة والرضا مع التقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في العمر وهو يتمتع بصحة عامة يكون أكثر رضا وسعادة. وتعرف منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها: "حالة من تكامل الإحساس الجسدي والنفسي والاجتماعي، وليست فقط الخلو من المرض والعاهة" (رضوان، 2002). كما تمثل الصحة حالة من الإحساس الإيجابي، أي إنَّ الصحة لا تتحقق بصورة آلية دون سعي الفرد نحو تحقيقها وإنما تتوفر كمحصلة فعلية ولموسة لما يقوم به الفرد خلال رحلته حياته كلها من خلال المحافظة على القدرات الاجتماعية، والنفسية، والجسدية، وترميمها.

وأظهرت دراسة الكندري (2009) ميل المعوقين إلى السعادة العامة أكثر من العاديين الذين يميلون أكثر إلى الرضا عن الصحة في الأخير، بينما يأتي الرضا عن الظروف المعيشية والعلاقات والأنشطة الاجتماعية والعمل في المقدمة عند غير المعوقين. وبذلك فإنَّ الصحة العامة الجيدة للفرد تمكنه من بذل الجهد لمواجهة التوتر أو الضغوط، فالذي يعاني إحدى الإعاقات تعتد إعاقة من مصادر الضغط التي تحد من نشاطه وتحول دون تحقيق الكثير من مطامحه وأهدافه وبالتالي عدم تحقيق إشباع حاجاته على وجه مناسب. لذلك نجد نظرية التكيف والتعود تقلل من الشعور بعدم الرضا عن الحياة ولكن لا تلغيه (مبروك، 2007).

وليس من شك في أنَّ ما يصيب الفرد من أمراض لا يؤثر على الناحية الجسمية فقط، وإنما يؤثر في العديد من النواحي منها: العقلية المعرفية، والانفعالية، والاجتماعية (إبراهيم، 2004، 72).

إنَّ كثيراً من المرضى الذين يتأثرون نفسياً من طول مرضهم يصبحون من ذوي الإحساس المفرط يثرون لأقل مثير وينخفض مستوى الرضا عن الحياة لديهم (Davis & Lipps, 1998, 37).

وهنا تشير الدراسات إلى أنَّ مرضى السكري يتوجب عليهم أن يتعايشوا مع وضعهم الصحي والعائلي والاجتماعي بالطريقة الملائمة والمناسبة لطبيعة المرض من أجل الحفاظ على مستوى مقبول من الرضا عن الحياة لديهم (Anderson, 2000, 8). وأنَّ مرضى السكري ربما يحتاجون إلى المرشد

والأخصائي النفسي ليساعدهم على تقييم وضعهم، ويعمل على تغيير سلوكياتهم الحياتية ويشجعهم على مهارات المواجهة مع المرض وتقبل الوضع والتحرر من الضغوط النفسية ورفع مستوى الرضا عن الحياة لديهم (Bayless & Martin, 1998, 33).

وأجريت دراسات عديدة حول علاقة الضغوط بمرض السكري، حيث نظر إليها البعض أنها سبب المرض، فقد وضح (عطية، 1993، 24) أن الأقوال بأن السكري يأتي بعد صدمة مفاجئة أو فقد عزيز، غير صحيح وأن ربط السكري بالصدمات لا يكون بصورة مباشرة، إذ إن الدور الأول للاستعداد الوراثي، وأثر الصدمات يكون في التعجيل بظهور المرض قبل أوانه، وبمتابعة هؤلاء المرضى وجد أن السكري قد يغيب تلقائياً بعد زوال الضغوط الفجائية خاصة عند المرضى الذين يستطيعون الحفاظ على لياقتهم الجسمية، أن الضغوط اليومية أو مشاكل العمل أو الضغوط الأسرية، وأشار ميشيل (Micheal, 1998, 151) أن الضغوط اليومية أو مشاكل العمل أو الضغوط الأسرية، أو الوضع الاقتصادي السيئ الذي يتعرض له مريض السكري تؤثر بشكل سلبي حاد على مستوى السكر في الدم، وكلما زادت هذه الضغوط زاد مستوى السكر في الدم.

ويضيف (Richard, 1995, 257) إلى تلك الضغوط أموراً أخرى تتولد لدى المريض نتيجة عدم تفهم الآخرين لطبيعة مرضه وخبرته مع المرض، وأيضاً خوف المريض من المضاعفات المستقبلية للمرض وهذه الأمور تشكل زيادة في الضغوط التي يتعرض لها مريض السكري وتؤثر عليه سلباً.

والانفعالات النفسية تؤدي إلى إفراز الأدرينالين والنور أدرينالين من الغدة الكظرية وهذا يرفع مستوى السكر في الدم (الفرماوي، 1996، 29)، وتأثيرات الانفعالات النفسية تختلف تبعاً لاختلاف الضغوط التي يتعرض لها مريض السكري ومدى حدتها وتأثيرها على مستوى السكر في الدم مؤدية إلى ظهور أعراض جسدية مختلفة منها سرعة ضربات القلب، وسرعة التنفس وزيادة إفراز العرق والعصبية لأنفه الأسباب وغيرها من المشاكل الصحية المترتبة على مرض السكري (Gifford & Carcier, 2006, 31).

وتشير الدراسات إلى أن مرضى السكري يجب أن يبتعدوا عن الانفعالات والضغوطات النفسية لتأثيرها السلبي على صحتهم (Anderson, 2000, 8).

وترى الباحثة أنه بالرغم من طبيعة مرض السكري وتغيراته إلا أن ردود أفعال المرضى واستجاباتهم للمرض تختلف من فرد إلى آخر ويتباين مستوى الرضا عن الحياة لدى المرضى من مرحلة تشخيص المرض وخاصة عند سماع خبر المرض، وبين الدخول في المرض وتقلباته، وبين مضاعفات المرض، ومن الضروري أن ندرك أن هناك عوامل عديدة تؤثر في مستوى الرضا عن الحياة لدى المريض وتعايشه مع المرض، مما يسهم في خلق صيغة التوافق النفسي والرضا عن الحياة لدى

المريض، ومنها ما هو نابع من مرض السكري وطبيعته، وهناك عوامل أخرى أساسها المجتمع مثل: المعايير الاجتماعية والمعتقدات السائدة حول مرض السكري ومدى تأثير تلك المعايير في مستوى الرضا عن الحياة لدى المريض.

# الفصل السابع

## نتائج البحث عرضها، ومناقشتها، وتفسيرها

## الفصل السابع

. تمهيد.

7/1 - نتيجة أسئلة البحث.

7/2 - نتائج فرضيات البحث ومناقشتها.

7/3 - مقترحات البحث.

## الفصل السابع

### نتائج البحث

#### عرضها، ومناقشتها، وتفسيرها

#### . تمهيد:

تم في هذا الفصل عرض نتائج أسئلة البحث ونتائج فرضيات البحث ومناقشتها إحصائياً وتفسيرها في ضوء الأدب النظري والدراسات السابقة، كذلك تم عرض نتائج فرضيات البرنامج الإرشادي، وفي النهاية قدمت الباحثة مجموعة من المقترحات في ضوء نتائج البحث الميدانية.

#### 7/1 . نتائج أسئلة البحث.

##### 1. ما مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري؟

للإجابة عن هذا السؤال جرى حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي لدرجات إجابات مرضى السكري في مقياس الرضا عن الحياة، وجاءت النتائج على النحو الآتي:

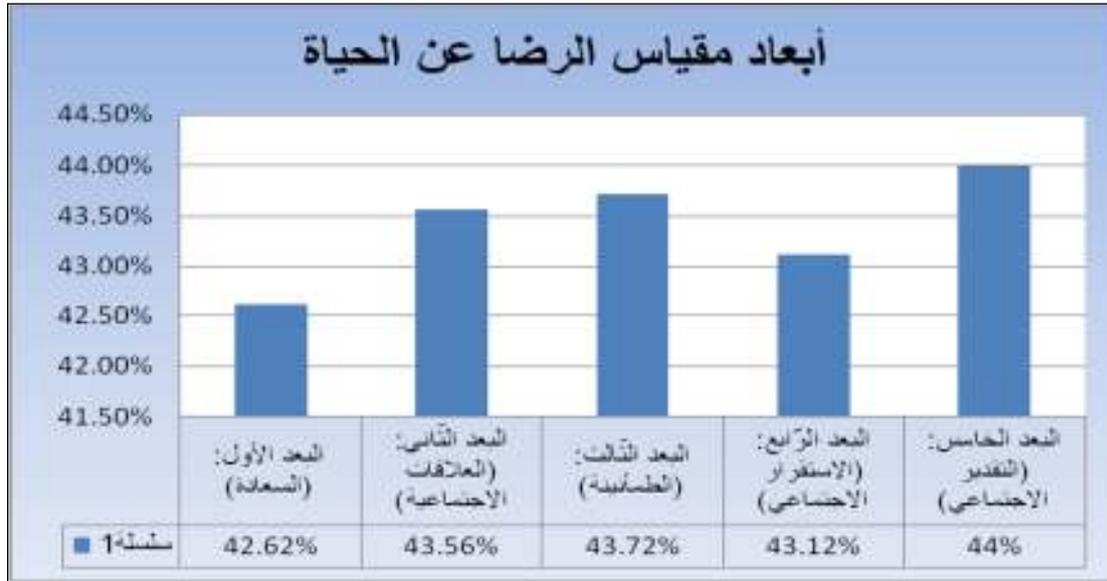
#### الجدول (19)

#### الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد العينة على مقياس الرضا عن الحياة

م	مقياس الرضا عن الحياة	عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الوزن النسبي
1.	البعد الأول: (السعادة)	40	17.05	7.136	5	42.62 %
2.	البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)	40	19.60	8.060	3	43.56 %
3.	البعد الثالث: (الطمأنينة)	40	10.93	4.599	2	43.72 %
4.	البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)	40	10.78	4.300	4	43.12 %
5.	البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي)	40	11.00	4.574	1	44 %
	الدرجة الكلية	40	69.35	27.859		43.34 %

يلاحظ من الجدول رقم (19) أنّ مجموع الأبعاد كلّها، ومجموع بنود كلّ بعد يشير إلى تقييم ضعيف لمستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري، إذ بلغ الوزن النسبي لاستجابة عينة البحث (43.34%). وكان من وجهة نظر أفراد عينة البحث أكثر الأبعاد التي استحوذت رضا المبحوثين هو

البعد المتعلق بالتقدير الاجتماعي الذي جاء في المرتبة الأولى بوزن نسبي بلغ (44%)، وجاء في المرتبة الثانية بُعد الطمأنينة بوزن نسبي بلغ (43.72%)، وجاء في المرتبة الثالثة بُعد العلاقات الاجتماعية بوزن نسبي بلغ (43.56%)، وجاء في المرتبة الرابعة بُعد الاستقرار الاجتماعي بوزن نسبي بلغ (43.12%)، وأخيراً جاء في المرتبة الخامسة بُعد السعادة بوزن نسبي بلغ (42.62%).



الشكل (6)

الوزن النسبي لأبعاد مقياس الرضا عن الحياة

. البعد الأول:

الجدول (20)

النسبة المئوية والمتوسط الحسابي لاستجابة أفراد عينة البحث في البعد الأول لمقياس الرضا عن الحياة

أولاً: السعادة.

ترتيب البنود	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية لإجابات أفراد عينة البحث %					البنود التي تدل على وجود هذا البعد	م
			لا أوافق بشدة	لا أوافق	لا أمري	موافق	موافق بشدة		
2	0.966	2.20	30	27.5	35	7.5	-	أشعر أنني موفق في حياتي اليومية.	1.
7	0.986	2.05	37.5	27.5	27.5	7.5	-	أرى أنني أسعد من الآخرين.	2.
5	1.008	2.10	37.5	22.5	32.5	7.5	-	أعيش حياة أفضل من غيري.	3.
4	1.067	2.13	40	17.5	32.5	10	-	أشعر أن حياتي في الوقت الحالي أفضل من أي وقت مضى.	4.
3	1.122	2.15	40	20	25	15	-	أشعر بالأمان والاطمئنان.	5.

4	1.090	2.13	40	20	27.5	12.5	-	أشعر بالارتياح والرضا عن ظروف الحياة.	6.
1	1.025	2.23	32.5	22.5	35	10	-	أشعر أن حياتي مملوءة بالبهجة والسرور.	7.
6	0.971	2.08	32.5	37.5	20	10	-	أشعر بالسعادة لوجود علاقات طيبة تربطني مع الآخرين.	8.
	7.136	17.05						الدرجة الكلية للبعد الأول	

توصلت الباحثة من خلال الجدول رقم (20) إلى النتائج الآتية:

- ❖ إنَّ قيمة المتوسطات للبنود المتعلقة بمستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري؛ تراوحت في إجابات أفراد العينة بين (2.05 و 2.23)، مما يدل على انخفاض مستوى الرضا عن الحياة لدى معظم أفراد العينة في محور (السعادة).
  - ❖ يمثل البنود اللذان حصلوا على أعلى الرتب من وجهة نظر أفراد العينة في الآتي؛ وهما مرتبان ترتيبياً تنازلياً: أشعر أن حياتي مملوءة بالبهجة والسرور، أشعر أنني موفق في حياتي اليومية.
  - ❖ يمثل البنود اللذان حصلوا على أدنى الرتب من وجهة نظر أفراد العينة في الآتي؛ وهما مرتبان ترتيبياً تصاعدياً: أرى أنني أسعد من الآخرين، أشعر بالسعادة لوجود علاقات طيبة تربطني مع الآخرين.
- . البعد الثاني:

### الجدول (21)

النسبة المئوية والمتوسط الحسابي لاستجابة أفراد عينة البحث في البعد الثاني لمقياس الرضا عن الحياة

ثانياً: العلاقات الاجتماعية.									
م	البنود التي تدل على وجود هذا البعد	النسبة المئوية لإجابات أفراد عينة البحث %					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ترتيب البنود
		موافق بشدة	موافق	لا أمري	لا أوافق بشدة	لا أوافق			
9.	أنسج علاقات طيبة مع الآخرين.	-	10	30	25	35	2.15	1.027	5
10.	أشارك الآخرين في المناسبات الاجتماعية.	-	12.5	30	17.5	40	2.15	1.099	5
11.	أتمتع بحياة اجتماعية سعيدة.	-	5	37.5	30	27.5	2.20	0.911	4
12.	أضفي على الآخرين روح المرح.	-	10	25	27.5	37.5	2.08	1.023	6
13.	أعامل الآخرين معاملة طيبة.	-	7.5	30	25	37.5	2.08	0.997	6

2	1.006	2.25	30	25	35	10	-	أشارك أقربائي في السراء والضراء.	14.
4	1.137	2.20	37.5	22.5	22.5	17.5	-	أدخل على الجلسة المحلية الدعابة والمرح.	15.
1	1.012	2.28	27.5	30	30	12.5	-	يحتذي زملائي بسلوكي الاجتماعي.	16.
3	1.097	2.23	37.5	15	35	12.5	-	يتسم سلوكي مع الآخرين بالتسامح والمرح.	17.
	8.060	19.60						الدرجة الكلية للبعد الثاني	

توصلت الباحثة من خلال الجدول رقم (21) إلى النتائج الآتية:

- ❖ إنَّ قيمة المتوسطات للبنود المتعلقة بمستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري؛ تراوحت في إجابات أفراد العينة بين (2.08 و 2.28)، مما يدل على انخفاض مستوى الرضا عن الحياة لدى معظم أفراد العينة في محور (العلاقات الاجتماعية).
  - ❖ يمثّل البندان اللذان حصلا على أعلى الرتب من وجهة نظر أفراد العينة في الآتي؛ وهما مرتبان ترتيبياً تنازلياً: يحتذي زملائي بسلوكي الاجتماعي، أشارك أقربائي في السراء والضراء.
  - ❖ يمثّل البندان اللذان حصلا على أدنى الرتب من وجهة نظر أفراد العينة في الآتي؛ وهما مرتبان ترتيبياً تصاعدياً: أضي على الآخرين روح المرح، أعامل الآخرين معاملة طيبة.
- . البعد الثالث:

### الجدول (22)

النسبة المئوية والمتوسط الحسابي لاستجابة أفراد عينة البحث في البعد الثالث لمقياس الرضا عن الحياة

ثالثاً: الطمأنينة.									
م	البنود التي تدل على وجود هذا البعد	النسبة المئوية لإجابات أفراد عينة البحث %					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ترتيب البنود
		موافق بشدة	موافق	لا أدري	لا أوافق	لا أوافق بشدة			
18.	أشعر أن معنوياتي عالية.	-	5	35	27.5	32.5	2.13	0.939	4
19.	أقبل نقد الآخرين.	-	7.5	32.5	22.5	37.5	2.10	1.008	5
20.	أتمتع بصحة جسمية جيدة.	-	12.5	30	20	37.5	2.18	1.083	3
21.	أنا نوماً هادئاً.	-	20	22.5	17.5	40	2.23	1.187	2
22.	أنا راضٍ عما وصلت إليه.	-	20	22.5	25	32.5	2.30	1.137	1
	الدرجة الكلية للبعد الثالث						10.93	4.599	

توصلت الباحثة من خلال الجدول رقم (22) إلى النتائج الآتية:

- ❖ إنَّ قيمة المتوسطات للبنود المتعلقة بمستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري؛ تراوحت في إجابات أفراد العينة بين (2.10 و 2.30)، مما يدل على انخفاض مستوى الرضا عن الحياة لدى معظم أفراد العينة في محور (الطمأنينة).
  - ❖ تمثَّل البندان اللذان حصلا على أعلى الرتب من وجهة نظر أفراد العينة في الآتي؛ وهما مرتبان ترتيبياً تنازلياً: أنا راضٍ عما وصلت إليه، أنام نوماً هادئاً.
  - ❖ يمثَّل البندان اللذان حصلا على أدنى الرتب من وجهة نظر أفراد العينة في الآتي؛ وهما مرتبان ترتيبياً تصاعدياً: أتقبل نقد الآخرين، أشعر أن معنوياتي عالية.
- . البعد الرابع:

الجدول (23)

النسبة المئوية والمتوسط الحسابي لاستجابة أفراد عينة البحث في البعد الرابع لمقياس الرضا عن الحياة

رابعاً: الاستقرار الاجتماعي.									
م	البنود التي تدل على وجود هذا البعد	النسبة المئوية لإجابات أفراد عينة البحث %							
		متوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ترتيب البنود	موافق بشدة	موافق	لا أدري	لا أوافق بشدة	
23.	أنا راضٍ عن كل شيء في حياتي.	2.13	1.042	3	-	10	30	22.5	37.5
24.	أرى أن حياتي تقترب من المثالية.	2.05	1.011	5	-	10	22.5	30	37.5
25.	أشعر بالثقة تجاه نفسي.	2.20	1.043	2	-	10	35	20	35
26.	أشعر بالبهجة تجاه مستقبلي في الحياة.	2.33	0.971	1	-	10	37.5	27.5	25
27.	أشعر بالارتياح والرضا عن نتائج سلوكي.	2.08	1.047	4	-	10	27.5	22.5	40
	الدرجة الكلية للبعد الرابع	10.78	4.300						

توصلت الباحثة من خلال الجدول رقم (23) إلى النتائج الآتية:

- ❖ إن قيمة المتوسطات للبنود المتعلقة بمستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري؛ تراوحت في إجابات أفراد العينة بين (2.05 و 2.33)، مما يدل على انخفاض مستوى الرضا عن الحياة لدى معظم أفراد العينة في محور (الاستقرار الاجتماعي).
  - ❖ يمثل البندان اللذان حصلا على أعلى الرتب من وجهة نظر أفراد العينة في الآتي؛ وهما مرتبان ترتيبياً تنازلياً: أنا راضٍ عما وصلت إليه، أشعر بالثقة تجاه نفسي.
  - ❖ يمثل البندان اللذان حصلا على أدنى الرتب من وجهة نظر أفراد العينة في الآتي؛ وهما مرتبان ترتيبياً تصاعدياً: أرى أن حياتي تقترب من المثالية، أشعر بالارتياح والرضا عن نتائج سلوكي.
- . البعد الخامس:

الجدول (24)

النسبة المئوية والمتوسط الحسابي لاستجابة أفراد عينة البحث في البعد الخامس لمقياس الرضا عن الحياة

خامساً: التقدير الاجتماعي.									
م	البنود التي تدل على وجود هذا البعد	النسبة المئوية لإجابات أفراد عينة البحث %					المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ترتيب البنود
		موافق بشدة	موافق	لا أدري	لا أوافق بشدة	لا أوافق			
.28	أشعر بثقة الآخرين بقدراتي.	-	15	27.5	35	22.5	2.35	1.001	1
.29	ينظر الناس لي باحترام وتقدير.	-	15	25	30	30	2.25	1.056	2
.30	أجد احتراماً وتقديراً في الوسط الاجتماعي.	-	7.5	30	25	37.5	2.08	0.997	5
.31	أستطيع اتخاذ القرار وتحمل نتائجه.	-	12.5	30	25	32.5	2.23	1.050	3
.32	أفكاري وأرائي تنال تقدير الآخرين واحترامهم.	-	7.5	32.5	22.5	37.5	2.10	1.008	4
	الدرجة الكلية للبعد الخامس						11.00	4.574	

توصلت الباحثة من خلال الجدول رقم (24) إلى النتائج الآتية:

❖ إنَّ قيمة المتوسطات للبنود المتعلقة بمستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري؛ تراوحت في إجابات أفراد العينة بين (2.08 و 2.35)، ما يدل على انخفاض مستوى الرضا عن الحياة لدى معظم أفراد العينة في محور (التقدير الاجتماعي).

❖ يُمثَّل البدان اللذان حصلوا على أعلى الرتب من وجهة نظر أفراد العينة في الآتي؛ وهما مرتبان ترتيبياً تنازلياً: أشعر بثقة الآخرين بقدراتي، ينظر الناس لي باحترام وتقدير.

❖ يُمثَّل البدان اللذان حصلوا على أدنى الرتب من وجهة نظر أفراد العينة في الآتي؛ وهما مرتبان ترتيبياً تصاعدياً: أجد احتراماً وتقديراً في الوسط الاجتماعي، أفكاري وأرائي تنال تقدير الآخرين واحترامهم.

يتضح من درجات الجدول رقم (24) وجود مستوى ضعيف من الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري فالرضا عن الحياة هو الشعور الذي يبديه الفرد نحو الحياة الاجتماعية، والعائلية، والتعليمية، والصحة، والثروة، والتطور النفسي، ووسائل الإعلام، والخدمات العامة، والعناية الصحية، والبيئة، والسلامة العامة (Seik, 2000, 35). ويقيم الأفراد حياتهم من وجهة نظرهم الخاصة، وهذا التقييم في جانبين الأول: معرفي ويتمثل في إدراك الأفراد وتقييمهم للحياة بشكل عام، أو تقييم جوانب محددة من الحياة مثل الرضا عن الحياة. والثاني تقييم الأفراد لحياتهم بناءً على تكرار الأحداث السارة أو غير السارة التي تسبب إما السعادة والفرح أو التوتر والقلق والاكتئاب؛ وبالتالي الشعور بالرضا أو عدم الرضا بدرجاته المختلفة (Pravet & Dienr, 1993, 168).

**وقد يعود ذلك إلى أهمية الدعم النفسي في التخفيف من عناء الأمراض المزمنة، ف شخصية الفرد هي المسؤولة عن التوفيق بين دوافع الإنسان الفطرية من جهة والواقع الخارجي من جهة أخرى، أي ربط وضبط السلوك على أساس إشباع الحاجات الفردية في حدود معينة مقبولة والقدرة على تحمل الضغوط الداخلية والخارجية، وإن الفرد في حالة المرض تزداد حاجته للتوافق النفسي حتى يحدث الاتزان في شخصيته، وهذا لن يحدث إلا إذا كان الفرد راضياً عن ذاته متقبلاً لها ولديه قدرة على تحمل المواقف الإحباطية، وهكذا يصل إلى التوافق النفسي (عطية، 1993، 30). فضلاً عن أهمية الدعم الاجتماعي في التخفيف من عناء المرض، وزيادة الشعور بالسعادة، كما يوفر تقديراً للذات والثقة بها، ويولد المشاعر الإيجابية، ويقلل من التأثير السلبي للأحداث الخارجية "والعلاقات الاجتماعية عموماً من أهم مصادر السعادة التي يحتاج إليها الإنسان يومياً خلال حياته العملية مع الأصدقاء، وفي العمل، وبهذا يوفر لنفسه السعادة والراحة النفسية (الإمارة، 1995، 26). وبهذا تعد العلاقات الاجتماعية واحداً من أهم مصادر السعادة والرضا عن الحياة والتخفيف من عناء المرض، كما تزيد العلاقات الاجتماعية من السعادة بتوليد البهجة، وتوفير المساعدة، وذلك من خلال الأنشطة المشتركة، وهي تحمي بذلك من**

الانفعالات السلبية. والعامل الحاسم في تخفيف العناء عن الشخص وامتلاكه لأنا قوية يتمثل في إقامة العلاقات الاجتماعية، والدعم الاجتماعي، إذ يشعر الفرد أن هناك من يهتم به اهتماماً كبيراً وعميقاً؛ مما يساعده على الاندماج مع الآخرين والتخفيف من متاعب المرض (أرجايل، 1993، 44)، كما أن الشعور بالطمأنينة يكون نتيجة طبيعية للأمن النفسي، والتحرر من الخوف، فمرضى السكري عندما يضمنوا حقوقهم الصحية والاقتصادية والاجتماعية يشعرون بالسعادة، وتزداد علاقاتهم الاجتماعية دفتاً واحتراماً مع الآخرين، كما أن زيادة الشعور بالطمأنينة يعد مؤشراً من مؤشرات الصحة النفسية؛ لأنه يجنب الشخص العلل، والمتاعب النفسية فلا يستسلموا لليأس، ولا يقعون فريسة القلق والاكتئاب، فمن دلائل الطمأنينة لديهم، الكف عن الشكوى، والتسليم والرضا بأمر الله الذي هو من أهم سمات ومزايا النفوس المطمئنة ومما يدل على ارتفاع مستوى الرضا عن الحياة لديهم. وقد أكدت دراسة (الراشد، 2002) أن مرض السكري أدى إلى تدهور مستوى الحياة لدى المرضى. إذ أدرك المرضى تأثير المرض من حيث إحساسهم بالإرهاق الجسدي وعدم تحسين الحالة، والتقيد بنمط غذائي غير مفضل، والشعور بالغث من التبول المتكرر، والمعاناة من نوبات انخفاض السكر بالدم.

ومما لا شك فيه أن موضوع الرضا عن الحياة من الموضوعات الهامة التي تناولتها العلوم النفسية: كعلم الصحة النفسية، وعلم الأمراض النفسية والعقلية على حد سواء؛ باعتبار الرضا عن الحياة علامة هامة تدل على مدى تمتع الإنسان بالصحة النفسية السليمة، "إذ إن الرضا عن الحياة يعني تحمس الفرد للحياة، والإقبال عليها، والرغبة الحقيقية في أن يعيشها" (الدسوقي، 1998، 2)، لذا فهو يتضمن صفات متنوعة: كالتفاؤل، توقع الخير، الاستبشار، الرضا عن الواقع، تقبل النفس واحترامها، والاستقلال المعرفي والوجداني، قوة الأنا في شخصه، فإذا تحققت هذه الصفات لدى الإنسان؛ شعر بالسعادة أكثر من أي وقت آخر، نظراً لأن "السعادة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالرضا عن الحياة" (Lu, 12, 1999)، وقد أكد كينغ (king, 1998) ذلك حيث قال: "إن أهم أهداف الإنسان في الحياة البحث عن السعادة على اعتبار أن السعادة والرضا عن الحياة أكثر أهمية من المال" (علوان، 2008، 477). وهذا يتفق مع دراسة غاتمان - بايمان وآخرون (Guttman-Bauman et al., 1998) التي بينت وجود علاقة عكسية بين نوعية الحياة ومستوى تسكر خضاب الدم، فكلما ارتفعت الدرجة على مقياس نوعية الحياة (نوعية حياة جيدة) انخفض مستوى تسكر خضاب الدم. دراسة هوي وآخرون (Hoey et al., 2001) التي بينت وجود ارتباط المستوى المنخفض لتسكر خضاب الدم مع ضعف في تأثير داء السكري، مخاوف قليلة، وهو ما يشير إلى الرضا العالي عن الحياة والإدراك الجيد للصحة.

2 . ما فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في تحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري؟

استخدمت الباحثة للإجابة عن هذا السؤال من تحقق فاعلية البرنامج الإرشادي قانون بلاك (Black) للكسب المعدل، إذ حدّد بلاك الحد الأدنى لقبول نسبة الكسب واعتبارها فعّالة إذا بلغت النسبة ما بين الواحد الصحيح وبين الاثنين (1-2) وذلك وفق المعادلة الآتية:

$$\text{نسبة الكسب المعدل} = \frac{م_1 - م_2}{ع - م_1} + \frac{م_1 - م_2}{ع} \text{ حيث إن:}$$

م<sup>1</sup> : متوسط درجات التطبيق القبلي للبرنامج الإرشادي (المجموعة التجريبية).

م<sup>2</sup> : متوسط درجات التطبيق البعدي للبرنامج الإرشادي (المجموعة التجريبية).

ع : الدرجة العظمى لأداء المقياس المطبّق (Black, 1992, 20).

وبين الجدول رقم (25) نسبة الكسب المعدل لمرضى السكري نتيجة خضوعهم للبرنامج الإرشادي وفق قانون بلاك للكسب المعدل.

#### الجدول (25)

نسبة الكسب المعدل لمرضى السكري نتيجة خضوعهم للبرنامج الإرشادي وفق قانون بلاك للكسب المعدل

أداة القياس	متوسط درجات التطبيق القبلي	متوسط درجات التطبيق البعدي	الدرجة العظمى لأداة القياس	نسبة الكسب المعدل	الفاعلية
البرنامج الإرشادي لمرضى السكري	71.05	117.8	160	0.81	0.50

يتضح من الجدول رقم (25) أنّ البرنامج الإرشادي المقترح لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري يتصف بالفاعلية المتوسطة فيما يختص برفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري حيث بلغت نسبة الكسب المعدل وفق قانون بلاك (0.81) في اختبار الرضا عن الحياة، وهي نسبة تقل عن الحد الأدنى الذي حدّده بلاك للفاعلية وهو ما بين (1 - 2).

ويتضح في ضوء النتائج السابقة لنسب الكسب المعدل وفق قانون بلاك أنّ البرنامج الإرشادي المقترح لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري يتصف بالفاعلية المتوسطة.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى تغيب بعض أفراد عينة البحث عن بعض جلسات البرنامج الإرشادي.

7/2 . نتائج فرضيات البحث ومناقشتها.

تمّ اختبار الفرضيات عند مستوى الدلالة (0.05):

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير الجنس.

للتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة، تعزى إلى متغير الجنس (ذكور، وإناث)، وذلك باستخدام اختبار ت ستيودنت (t-test)، وجاءت النتائج كما يشير إليها الجدول رقم (26):

الجدول (26)

نتائج اختبار ت ستيودنت لدرجات المرضى تبعاً لمتغير الجنس فيما يتعلق بالرضا عن الحياة

أبعاد الرضا عن الحياة	متغير الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة	القرار
البعد الأول: (السعادة)	ذكور	20	15.65	6.343	38	1.250	0.219	غير دالة
	إناث	20	18.45	7.756				
البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)	ذكور	20	18.25	7.326	38	1.061	0.295	غير دالة
	إناث	20	20.95	8.709				
البعد الثالث: (الطمأنينة)	ذكور	20	10.05	3.734	38	1.211	0.234	غير دالة
	إناث	20	11.80	5.278				
البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)	ذكور	20	9.95	3.748	38	1.221	0.230	غير دالة
	إناث	20	11.60	4.740				
البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي)	ذكور	20	10.10	3.611	38	1.253	0.218	غير دالة
	إناث	20	11.90	5.310				
الدرجة الكلية	ذكور	20	64.00	23.733	38	1.222	0.229	غير دالة
	إناث	20	74.70	31.138				

مناقشة الفرضية: من خلال الجدول رقم (26) نلاحظ أن قيمة (ت) قد بلغت (1.222) وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)؛ وبالتالي تقبل الفرضية الصفرية وترفض الفرضية البديلة لأنه لا توجد فروق بين متوسطات درجات المرضى على مقياس الرضا عن الحياة تُعزى إلى متغير الجنس.

ويُمكن تفسير ذلك بأن مرض السكري يؤثر بشكل هام على المصابين به سواءً أكانوا ذكوراً أم إناثاً، وارتبطت الإصابة به مع الإصابة باضطرابات نفسية واضطرابات المزاج وانخفاض مستوى الرضا عن الحياة، وأن الذكور والإناث يتعرضون تقريباً للظروف والضغوط ذاتها المرتبطة بمرض السكري، من حيث طرائق العلاج، والفحوصات، ونظم التغذية وغيرها من التأثيرات على مختلف جوانب حياة المريض الاجتماعية والاقتصادية والأسرية، فضلاً عن التأثيرات المتعلقة بالجوانب النفسية من مشاعر القلق والانزعاج، فكل هذه الأمور قد تُساهم في انخفاض مستوى الرضا عن الحياة لدى المريض من كلا الجنسين. وقد أظهر العديد من الدراسات زيادة في انتشار الاضطرابات النفسية وعدم الرضا لدى المصابين بمرض السكري (Dantzer et al., 2003)، فالفرد المصاب بمرض السكري تحدث في حياته تغييرات كثيرة، تتطلب منه تنظيم حياته وهذا ينعكس على نوعية حياته ويؤثر بدوره على مستوى رضاه عن الحياة، وقلقه المتعلق بمرضه والصعوبات التي يواجهها في ضبط مستوى سكر الدم، والإجراءات العلاجية المتبعة والقيود المتعلقة بالحمية كل هذه الأمور قد تؤدي إلى انخفاض مستوى الرضا عن الحياة عموماً، ففي دراسة (Grey et al., 1998) تبين أن المصابين بمرض السكري كانوا أقل شعوراً بالرضا عن الحياة، ويشعرون أن المعالجة كانت صعبة بالنسبة إليهم، بالإضافة إلى أنهم استخدموا بعض استراتيجيات التكيف غير الفعالة. وهذا ما يتفق مع دراسة (فهد، 2012) التي أكدت عدم وجود فروق دالة إحصائية في نوعية الحياة وفق متغير الجنس. ويختلف مع نتيجة دراسة (Gravels, 2006) التي أشارت إلى أن مهارات المواجهة لدى النساء ضعيفة أكثر من الرجال ولوحظ انتشار الانعزالية لدى الإناث أكثر من الرجال، ودراسة (بونس، 2004) التي أظهرت أن مستوى جودة الحياة لدى الذكور أعلى مما لدى الإناث، ودراسة (رضوان، 2002) التي أظهرت وجود فروق دالة في القلق لدى مرضى السكري تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث. وبينت دراسة (عبد الله أ، 2008) ودراسة (عبد الرحمن وخضر، 2009) بأنه لا يوجد تأثير دال إحصائياً لعامل الجنس (ذكور \_ إناث) في الشعور بجودة الحياة بشكل عام، بينما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث من مرضى السكر في الشعور بجودة الحياة النفسية لصالح الإناث. وأكدت دراسة (سليمان، 2009) وجود فروق دالة بين الذكور والإناث من مرضى السكر في الشعور بجودة الحياة لصالح الإناث. كما أكدت دراسة (الزهراء، 2011) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس طريقة الحياة تبعاً لمتغير الجنس لصالح الذكور.

وهذا ما يختلف مع نتيجة دراسة كل (Hood et al., 2006) التي بينت وجود فروق في الاكتئاب ونوعية الحياة لدى مرضى السكري لصالح الإناث. وتتفق مع نتيجة دراسة (Oesterle et al., 1999) التي لم تظهر فروقاً بين الجنسين. ودراسة فالكنر (Faulkner, 2003)، دراسة هوي وآخرون (Hoey

2001, et al.) التي بينت أن المخاوف لدى الإناث كانت مرتفعة، وأن هناك انخفاضاً في الرضا عن الحياة وضعفاً في إدراك الحالة الصحية بشكل أكبر بالمقارنة مع الذكور.

**الفرضية الثانية:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير نوع السكري.

للتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير نوع مرض السكري: (المعتمد على الأنسولين، المعتمد على حبوب السكري، سكر الحمل)، وذلك باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي أنوفا (ANOVA)، وجاءت النتائج كما يشير إليها الجدول رقم (27):

### الجدول (27)

#### الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير نوع السكري

أبعاد الرضا عن الحياة	متغير نوع السكري	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
البعد الأول: (السعادة)	المعتمد على الأنسولين	16	19.25	7.514
	المعتمد على حبوب السكري	17	16.24	6.879
	سكر الحمل	7	14.00	6.164
البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)	المعتمد على الأنسولين	16	21.56	8.687
	المعتمد على حبوب السكري	17	19.12	8.115
	سكر الحمل	7	16.29	5.851
البعد الثالث: (الطمأنينة)	المعتمد على الأنسولين	16	12.44	4.647
	المعتمد على حبوب السكري	17	10.29	4.753
	سكر الحمل	7	9.00	3.416
البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)	المعتمد على الأنسولين	16	12.25	4.509
	المعتمد على حبوب السكري	17	10.24	3.945
	سكر الحمل	7	8.71	4.030
البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي)	المعتمد على الأنسولين	16	11.50	5.164
	المعتمد على حبوب السكري	17	11.06	4.493
	سكر الحمل	7	9.71	3.592
الدرجة الكلية للرضا عن الحياة	المعتمد على الأنسولين	16	77.00	29.665
	المعتمد على حبوب السكري	17	66.94	27.435
	سكر الحمل	7	57.71	22.522

الجدول (28) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي أنوفا لدلالة الفروق بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير نوع السكري

أبعاد المقياس	مجموع المربعات	درجة الحرية	مجموع المتوسط	F	القيمة الاحتمالية	القرار
البعد الأول: (السعادة)	بين المجموعات	2	76.921	1.553	0.225	غير دالة عند (0.05)
	داخل المجموعات	37	49.515			
	المجموع	39	1985.900			
البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)	بين المجموعات	2	71.235	1.102	0.343	غير دالة عند (0.05)
	داخل المجموعات	37	64.625			
	المجموع	39	2533.600			
البعد الثالث: (الطمأنينة)	بين المجموعات	2	34.654	1.697	0.197	غير دالة عند (0.05)
	داخل المجموعات	37	20.418			
	المجموع	39	824.775			
البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)	بين المجموعات	2	34.744	1.973	0.153	غير دالة عند (0.05)
	داخل المجموعات	37	17.608			
	المجموع	39	720.975			
البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي)	بين المجموعات	2	7.815	0.361	0.699	غير دالة عند (0.05)
	داخل المجموعات	37	21.632			
	المجموع	39	816.000			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	2	991.365	1.297	0.286	غير دالة عند (0.05)
	داخل المجموعات	37	764.496			
	المجموع	39	30269.100			

نلاحظ من الجدول رقم (28) أن قيمة (F) بلغت (1.297) والقيمة الاحتمالية (0.286)، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0,05)؛ مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير نوع مرض السكري في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية.

وقد يُعزى ذلك إلى أن الرعاية الصحية المقدمة في مختلف المراكز الصحية سواءً أكان الحكومية منها أم الخاصة أم المؤسسات غير حكومية فجميعها تقدم العلاج مجاناً أو بسعر زهيد، والرعاية اللازمة لكل مريض السكري وحسب نوع مرض السكري، وإن افتقد المريض علاجاً ما في مركز من المراكز الصحية وجده في مكان آخر لذلك لا يتأثر رضا مريض السكري عن الحياة بنوع مرض السكري. فضلاً عن وجود مؤسسات صحية ونفسية داعمة للمريض السكري في تقديم العلاج الدوائي أو في المشورة النفسية والأسرية فهذه المؤسسات لا تفرق في تقديم الخدمة بحسب نوع مرض السكري. وهذا ما أكدته نتيجة دراسة (يونس، 2004) حيث وضحت دراسته تأثير المشكلات النفسية والاجتماعية على جودة الحياة لدى مريض السكري بمختلف أنواعه وأظهرت وجود فروق بين منخفضي ومرتفعي المشكلات النفسية في مستوى جودة الحياة لصالح منخفضي المشكلات النفسية. وتتفق مع نتيجة دراسة (مقبل، 2010) بعدم وجود فروق في التوافق النفسي تبعاً لنوع المرض.

وقد يُعزى ذلك أيضاً إلى أنه أياً كان نوع مرض السكري فإنّ عدة أعراض تظهر فيعانيها المريض بنسب متفاوتة بحسب حدة المرض وليس لها علاقة بنوع مرض السكري، ومرض السكري بأنواعه المختلفة يعد من الضغوط الملازمة للمريض طوال حياته، لذلك فهو يحتاج إلى إرادة قوية ليعالج هذه الضغوط ويحتاج بذلك إلى عدة عوامل منها: استخدام مهاراته وقدراته الموجودة بأقصى طاقة ممكنة وعوامل داعمة كالمساندة الاجتماعية والسلوك الديني وهذه بدورها تساعد على قوة الإرادة والصبر وتزيد من سمات الشخصية الإيجابية لدى مريض السكري. وهذا ما أكدته نتيجة في دراسة (مقبل، 2010). فمستوى الرضا عن الحياة لا يتحدد بنوع المرض سواءً أكان سكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين أم كان الثاني المعتمد على الحبوب أم كان سكري الحمل. والشكل الآتي يوضح المتوسط الحسابي لإجابات أفراد عينة البحث وفق متغير نوع مرض السكري:



الشكل (7)

متوسط إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير نوع السكري

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير عدد سنوات الإصابة.

للتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير عدد سنوات الإصابة: (3 سنوات فأقل، أكثر من 3-7 سنوات، أكثر من 7 سنوات)، باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي أنوفا (ANOVA)، وجاءت النتائج كما يشير إليها الجدول رقم (29):

الجدول (29)

الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير عدد سنوات الإصابة

أبعاد الرضا عن الحياة	متغير عدد سنوات الإصابة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
البعد الأول: (السعادة)	3 سنوات فأقل	17	13.53	5.234
	أكثر من 3-7 سنوات	10	12.10	3.446
	8 سنوات فأكثر	13	25.46	2.332
البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)	3 سنوات فأقل	17	15.39	6.042
	أكثر من 3-7 سنوات	10	14.00	2.789
	8 سنوات فأكثر	13	29.15	2.968
البعد الثالث: (الطمأنينة)	3 سنوات فأقل	17	8.59	3.203
	أكثر من 3-7 سنوات	10	7.80	2.348
	8 سنوات فأكثر	13	16.38	1.660
البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)	3 سنوات فأقل	17	8.94	3.211
	أكثر من 3-7 سنوات	10	7.60	1.897
	8 سنوات فأكثر	13	15.62	2.256
البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي)	3 سنوات فأقل	17	9.06	3.631
	أكثر من 3-7 سنوات	10	7.60	2.066
	8 سنوات فأكثر	13	16.15	1.864
الدرجة الكلية للرضا عن الحياة	3 سنوات فأقل	17	55.71	4.875
	أكثر من 3-7 سنوات	10	49.10	3.391
	8 سنوات فأكثر	13	102.77	9.057

الجدول (30) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير عدد سنوات الإصابة

أبعاد المقياس	مجموع المربعات	درجة الحرية	مجموع المتوسط	F	القيمة الاحتمالية	القرار
البعد الأول: (السعادة)	بين المجموعات	2	687.767	41.692	0.000	دالة عند (0.01)
	داخل المجموعات	37	16.496			
	المجموع	39	1985.900			
البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)	بين المجموعات	2	886.895	43.189	0.000	دالة عند (0.01)
	داخل المجموعات	37	20.535			
	المجموع	39	2533.600			
البعد الثالث: (الطمأنينة)	بين المجموعات	2	288.990	43.326	0.000	دالة عند (0.01)
	داخل المجموعات	37	6.670			
	المجموع	39	824.775			
البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)	بين المجموعات	2	231.278	33.114	0.000	دالة عند (0.01)
	داخل المجموعات	37	6.984			
	المجموع	39	720.975			
البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي)	بين المجموعات	2	262.483	33.370	0.000	دالة عند (0.01)
	داخل المجموعات	37	7.866			
	المجموع	39	816.000			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	2	10892.181	47.498	0.000	دالة عند (0.01)
	داخل المجموعات	37	229.317			
	المجموع	39	30269.100			

نلاحظ من الجدول رقم (30) أنَّ قيمة (F) بلغت (47.498) والقيمة الاحتمالية (0.000)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,01)؛ مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير عدد سنوات الإصابة بمرض السكري في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية، كما تبين بعد تطبيق اختبار (LSD) لمقارنة الفروق بين المتوسطات (وهو اختبار

إضافي للتعرف على المجموعة أو المجموعات التي تسببت في هذا الفرق، وتسمى هذه الاختبارات الإضافية "بالاختبارات اللاحقة"، ولا يتم إجراؤها إلا بعد اختبار تحليل التباين الأحادي أنوفا، والاستنتاج بأنَّ هناك فرق معنوي إحصائياً بين المتوسطات)، أنَّ الفروق كانت لصالح المرضى الذين كانوا يعانون الإصابة من فترة (7 سنوات فأكثر).

الجدول (31)

نتائج اختبار (LSD) لمقارنة الفروقات بين متوسطات الإجابات لعينة البحث تبعاً لمتغير عدد سنوات الإصابة

أبعاد المقياس	متغير البحث (1)	متغير البحث (2)	اختلاف المتوسطات	قيمة (sig)	مستوى الدلالة
البعد الأول: (السعادة)	3 سنوات فما دون	7 - 3 سنوات	1.429	0.383	غير دالة
	7 - 3 سنوات	7 سنوات فأكثر	*11.932	0.000	دالة عند (0.01)
		7 سنوات فأكثر	*13.362	0.000	دالة عند (0.01)
البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)	3 سنوات فما دون	7 - 3 سنوات	1.588	0.385	غير دالة
	7 - 3 سنوات	7 سنوات فأكثر	*13.566	0.000	دالة عند (0.01)
		7 سنوات فأكثر	*15.154	0.000	دالة عند (0.01)
البعد الثالث: (الطمأنينة)	3 سنوات فما دون	7 - 3 سنوات	0.788	0.449	غير دالة
	7 - 3 سنوات	7 سنوات فأكثر	*7.796	0.000	دالة عند (0.01)
		7 سنوات فأكثر	*8.585	0.000	دالة عند (0.01)
البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)	3 سنوات فما دون	7 - 3 سنوات	1.341	0.211	غير دالة
	7 - 3 سنوات	7 سنوات فأكثر	*6.674	0.000	دالة عند (0.01)
		7 سنوات فأكثر	*8.015	0.000	دالة عند (0.01)
البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي)	3 سنوات فما دون	7 - 3 سنوات	1.459	0.200	غير دالة
	7 - 3 سنوات	7 سنوات فأكثر	*7.095	0.000	دالة عند (0.01)
		7 سنوات فأكثر	*8.554	0.000	دالة عند (0.01)
الدرجة الكلية	3 سنوات فما دون	7 - 3 سنوات	6.606	0.281	غير دالة
	7 - 3 سنوات	7 سنوات فأكثر	*47.063	0.000	دالة عند (0.01)
		7 سنوات فأكثر	*53.669	0.000	دالة عند (0.01)

ويمكن تفسير ذلك بأنه عند اكتشاف الفرد لمرض السكري يشعر بالخوف والقلق على صحته ولذلك يهتم بصحة جسمه أكثر ويكون أكثر انضباطاً في أخذ العلاج بانتظام ومتابعة الطبيب المختص ولكن بعد فترة من الزمن مع اعتبار الفروق الفردية يبدأ مريض السكري يشعر بالملل وعدم رغبته بمتابعة الطبيب وأخذ العلاج بانتظام وتوصلت الباحثة لهذا الرأي من خلال التعامل مع المرضى وسؤالهم عن عدم التزامهم بالمحافظة على صحتهم الجسمية.

وعندما تزيد سنوات الإصابة بمرض السكري ويزداد معها عمر المريض فمن الطبيعي أن تقل قدراته الجسمية والنفسية، ومع مرض السكري تضعف أكثر قدرات المريض الجسمية ويكون معرضاً

لمضاعفات السكري الخطيرة خاصةً إذا لم يتبع المريض التعليمات والإرشادات العلاجية، مما يتسبب في انخفاض مستوى الرضا عن الحياة لدى المرضى. هذا فضلاً عن ظهور أعراض القصور الجنسي وحدتها التي تزداد بزيادة عدد سنوات المرض فهذه الأعراض تقلل من مستوى الرضا عن الحياة لدى المريض، كما أظهرت دراسة سيو وآخرون (Siu et al., 2001)، وتتفق مع نتيجة دراسة (يونس، 2004) حيث وجدت انخفاض مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري كلما زاد عدد سنوات الإصابة بالمرض ولا سيما في الجوانب النفسية والجسدية. فمع مرور الزمن على وجود مرض مزمن كالسكري يتوجب على المريض الالتزام بالعلاج وبنظام غذائي مدى الحياة، وتفكير بملازمة المرض طول العمر وهذا يشعر المريض بالملل والإحباط إذا لم يستطع الالتزام بكل التعليمات؛ مما يتسبب في انخفاض مستوى الرضا عن الحياة.

**وقد يُعزى ذلك إلى أن الفرد تعرض للعديد من المواقف الصعبة وضغوطات الحياة المختلفة مع زيادة عدد سنوات إصابته، وتتطلب هذه الحالات من الفرد بذل جهد أكبر للتوافق معها، ويحتاج مريض السكر لمجهود مستمر ومتواصل ليحافظ على توازنه النفسي والصحي، وعندما تزداد سنوات الإصابة بالمرض ويزيد معها عمر المريض من الطبيعي أن تقل قدراته الجسمية والنفسية ويضعف مستوى الرضا عن الحياة لديه، ومع مرض السكري تضعف أكثر قدرات المريض الجسمية ويكون معرضاً لمضاعفات السكري الخطيرة إذا لم يتبع المريض التعليمات العلاجية كما أشار (مقبل، 2010) ومع زيادة عدد سنوات الإصابة بمرض السكري وعدم انتظام نسبة السكر في الدم تزيد نسبة الإصابة بمضاعفات السكري، كما أشار (الزطمة، 1985، 8) ومن المعلوم أنّ مضاعفات مرض السكري تحدث لعدة عوامل منها تاريخ المرض وعدد سنوات الإصابة وعدم الالتزام بالعلاج، من هنا يتضح أن عدد سنوات الإصابة بمرض السكري من أسباب تدهور الوضع الصحي والنفسي وضعف مستوى الرضا عن الحياة لدى المريض وبخاصةً إذا أصيب بإحدى مضاعفات السكري وإذا كان يعيش في مجتمع معرض باستمرار لضغوط اجتماعية واقتصادية وأعباء الحياة وأعباء المرض؛ مما يؤثر على توافقه النفسي العام وشخصيته، وعلى مستوى رضاه عن الحياة. وهذا ما يتفق مع دراسة (رضوان ب، 2002) التي أكدت وجود فروق دالة في القلق تعزى لمتغير تاريخ المرض، لصالح أفراد المجموعة (أكثر من 18 سنة). والشكل الآتي يوضح المتوسط الحسابي لإجابات أفراد عينة البحث وفق متغير عدد سنوات الإصابة:**



الشكل (8)

المتوسط إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير عدد سنوات الإصابة الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير مستوى الدخل.

للتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير مستوى الدخل المادي: (15000 فما دون، من 16000 - 20000 ل.س، من 21000 - 25000 ل.س، 26000 ل.س فأكثر)، وذلك باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي أنوفا (ANOVA)، وجاءت النتائج كما يشير إليها الجدول رقم (32):

الجدول (32)

الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير مستوى الدخل

أبعاد الرضا عن الحياة	متغير مستوى الدخل المادي	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
البعد الأول: (السعادة)	15000 فما دون	9	11.78	3.073
	من 16000 - 20000 ل.س	10	13.40	5.038
	من 21000 - 25000 ل.س	6	12.00	2.683
	26000 ل.س فأكثر	15	24.67	4.135
البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)	15000 فما دون	9	14.00	5.172
	من 16000 - 20000 ل.س	10	14.90	5.174
	من 21000 - 25000 ل.س	6	14.67	3.502
	26000 ل.س فأكثر	15	28.07	4.574

2.179	8.00	9	15000 فما دون	البعد الثالث: (الطمأنينة)
3.327	8.20	10	من 16000 – 20000 ل.س.	
1.862	7.67	6	من 21000 – 25000 ل.س.	
2.651	15.80	15	26000 ل.س فأكثر	
2.205	8.11	9	15000 فما دون	البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)
2.914	8.40	10	من 16000 – 20000 ل.س.	
1.549	8.00	6	من 21000 – 25000 ل.س.	
3.283	15.07	15	26000 ل.س فأكثر	
1.878	7.56	9	15000 فما دون	البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي)
3.945	8.30	10	من 16000 – 20000 ل.س.	
2.317	8.83	6	من 21000 – 25000 ل.س.	
2.344	15.73	15	26000 ل.س فأكثر	
12.320	49.44	9	15000 فما دون	الدرجة الكلية للرضا عن الحياة
19.205	53.20	10	من 16000 – 20000 ل.س.	
10.998	51.17	6	من 21000 – 25000 ل.س.	
15.783	99.33	15	26000 ل.س فأكثر	

الجدول (33) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير مستوى الدخل

أبعاد المقياس	مجموع المربعات	درجة الحرية	مجموع المتوسط	F	القيمة الاحتمالية	القرار
البعد الأول: (السعادة)	بين المجموعات	3	468.870	29.138	0.000	دالة عند (0.01)
	داخل المجموعات	36	16.091			
	المجموع	39				
البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)	بين المجموعات	3	574.811	25.573	0.000	دالة عند (0.01)
	داخل المجموعات	36	22.477			
	المجموع	39				
البعد الثالث: (الطمأنينة)	بين المجموعات	3	190.481	27.068	0.000	دالة عند (0.01)
	داخل	36	7.037			

				المجموعات		
				39	824.775	المجموع
دالة عند (0.01)	0.000	19.096	147.584	3	442.753	بين المجموعات
			7.728	36	278.222	داخل المجموعات
				39	720.975	المجموع
دالة عند (0.01)	0.000	23.988	181.304	3	543.911	بين المجموعات
			7.588	36	272.089	داخل المجموعات
				39	816.000	المجموع
دالة عند (0.01)	0.000	30.109	7214.370	3	21643.111	بين المجموعات
			239.611	36	8625.989	داخل المجموعات
				39	30269.100	المجموع

نلاحظ من الجدول رقم (33) أنَّ قيمة (F) بلغت (30.109) والقيمة الاحتمالية (0.000)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,01)؛ مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير مستوى الدخل المادي للمريض في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية، كما تبين بعد تطبيق اختبار (LSD) لمقارنة الفروق بين المتوسطات أنَّ الفروق لصالح المرضى الذين كان مستوى دخلهم المادي (26000 ل.س فأكثر).

الجدول (34)

نتائج اختبار (LSD) لمقارنة الفروقات بين متوسطات الإجابات لعينة البحث تبعاً لمتغير الدخل المادي

مستوى الدلالة	قيمة (sig)	اختلاف المتوسطات	متغير البحث (2)	متغير البحث (1)	مقياس الرضا عن الحياة
غير دالة	0.385	-1.622	من 16000 - 20000 ل.س	15000 ل.س فما دون	البعد الأول: (السعادة)
غير دالة	0.917	0.222	من 21000 - 25000 ل.س		
دالة عند (0.01)	0.000	*-12.889	26000 ل.س فأكثر		
غير دالة	0.503	1.400	من 21000 - 25000 ل.س	من 16000 - 20000 ل.س	
دالة عند (0.01)	0.000	*-11.267	26000 ل.س فأكثر		
دالة عند (0.01)	0.000	*-12.667	26000 ل.س فأكثر		
غير دالة	0.682	-0.900	من 16000 - 20000	15000 فما دون	البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)
غير دالة	0.791	-0.667	من 21000 - 25000 ل.س		
دالة عند (0.01)	0.000	*-14.067	26000 ل.س فأكثر		
غير دالة	0.925	0.233	من 21000 - 25000 ل.س	من 16000 - 20000 ل.س	
دالة عند (0.01)	0.000	*-13.167	26000 ل.س فأكثر		
دالة عند (0.01)	0.000	*-13.400	26000 ل.س فأكثر		
غير دالة	0.871	-0.200	من 16000 - 20000 ل.س	15000 ل.س فما دون	البعد الثالث: (الطمأنينة)
غير دالة	0.813	0.333	من 21000 - 25000 ل.س		

دالة عند (0.01)	0.000	*-7.800	26000 ل.س فأكثر		
غير دالة	0.699	0.533	21000 - 25000 ل.س	من 16000 - 20000 ل.س	
دالة عند (0.01)	0.000	*-7.600	26000 ل.س فأكثر		
دالة عند (0.01)	0.000	*-8.133	26000 ل.س فأكثر	من 21000 - 25000	
غير دالة	0.822	-0.289	من 16000 - 20000	15000 ل.س فما دون	البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)
غير دالة	0.940	0.111	من 21000 - 25000 ل.س		
دالة عند (0.01)	0.000	*-6.956	26000 ل.س فأكثر		
غير دالة	0.782	0.400	من 21000 - 25000 ل.س	من 16000 - 20000 ل.س	
دالة عند (0.01)	0.000	*-6.667	26000 ل.س فأكثر		
دالة عند (0.01)	0.000	*-7.067	26000 ل.س فأكثر	من 21000 - 25000	
غير دالة	0.559	-0.744	من 16000 - 20000	15000 فما دون	
غير دالة	0.384	-1.278	من 21000 - 25000 ل.س		
دالة عند (0.01)	0.000	*-8.178	26000 ل.س فأكثر		البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي)
غير دالة	0.709	0.533	من 21000 - 25000 ل.س	من 16000 - 20000 ل.س	
دالة عند (0.01)	0.000	*-7.433	26000 ل.س فأكثر		
دالة عند (0.01)	0.000	*-6.900	26000 ل.س فأكثر	من 21000 - 25000	
غير دالة	0.601	-3.756	من 16000 - 20000 ل.س	15000 فما دون	
غير دالة	0.834	-1.722	من 21000 - 25000 ل.س		
دالة عند (0.01)	0.000	*-49.889	26000 ل.س فأكثر		
غير دالة	0.801	2.033	من 21000 - 25000 ل.س	من 16000 - 20000 ل.س	
دالة عند (0.01)	0.000	*-46.133	26000 ل.س فأكثر		الدرجة الكلية
دالة عند (0.01)	0.000	*-48.167	26000 ل.س فأكثر	من 21000 - 25000	

ويمكن تفسير ذلك بأن المستوى الاقتصادي الجيد، يساعد على تأمين متطلبات العلاج ونفقاته بشكل أيسر مع الاستفادة مما تقدمه العيادات السكرية من خدمات علاجية للمرضى، كما يساعد على تحسين مستوى الرفاهية لمرضى السكري، مما يولد لديهم شعوراً بالأمن والاستقرار والطمأنينة، وإقامة العلاقات الاجتماعية السليمة، باعتبارها عمليات تقوية واستقرار وتدعيم تهدف لتحقيق الخير للإنسان، ومن الطبيعي أن يأتي الاستقرار الاجتماعي تنوياً للسعادة والرضا عن الحياة. أما منخفضي الدخل فيكون اعتمادهم الأكبر على خدمات العيادات السكرية التي تكون غير قادرة على المساهمة المادية لمساعدة مريضها على العلاج مما يزيد من الضغوط الحياتية التي تتعرض لها أسر المرضى. كما يمكن تفسير ذلك بأن القيمة المادية التي يتقاضاها الإنسان كمقابل لخدماته التي يؤديها في مهنته، تُعد من أهم العوامل التي تؤثر في حياة الإنسان وسعادته إذ يعتبر عند الكثيرين المصدر الوحيد للرزق، والتوافق الشخصي يحتاج لمستوى دخل جيد ليشبع الفرد حاجاته الأولية والثانوية ليحافظ على توازنه وتوافقته، ومستوى دخل أقل لا يكفي لإشباع حاجات الفرد الشخصية خاصة للفرد المريض بمرض مزمن، وكما ورد في الإطار النظري فالتوافق الشخصي يتطور تبعاً لتطور مراحل الحياة المختلفة، وفي أثناء المرض تزداد الحاجة للتوافق الشخصي حتى يحدث الاتزان في شخصية الفرد (الشحومي، 1989، 20)،

ومستوى الدخل القليل في ظل غلاء المعيشة في مجتمعنا لا يكفي لسد احتياجات الفرد الشخصية؛ وبالتالي يؤثر على مستوى رضاه عن الحياة.

وهذا يتفق مع دراسة لوارا وآخرون (Loara et al., 2006) التي بينت أن الوضع الاجتماعي الاقتصادي المرتفع يرتبط مع ضبط جيد لسكر الدم، ونوعية حياة أفضل. والشكل الآتي وضح المتوسط الحسابي لإجابات أفراد عينة البحث وفق متغير مستوى الدخل المادي:



الشكل (9)

متوسط إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير مستوى الدخل

الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير المستوى التعليمي.

للتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي: (دون الثانوي، ثانوي أو معهد، إجازة جامعية فأعلى)، باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي أنوفا (ANOVA)، وجاءت النتائج كما يشير إليها الجدول رقم (35):

الجدول (35)

الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	متغير المستوى التعليمي	أبعاد الرضا عن الحياة
2.659	11.55	11	دون الثانوي	البعد الأول: (السعادة)
3.546	12.43	14	ثانوي أو معهد	
2.293	25.40	15	إجازة جامعية فأعلى	

2.656	13.36	11	دون الثانوي	البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)
4.416	14.50	14	ثانوي أو معهد	
2.815	28.93	15	إجازة جامعية فأعلى	
1.758	7.09	11	دون الثانوي	البعد الثالث: (الطمأنينة)
2.259	8.21	14	ثانوي أو معهد	
1.580	16.27	15	إجازة جامعية فأعلى	
1.804	7.64	11	دون الثانوي	البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)
1.961	8.00	14	ثانوي أو معهد	
2.127	15.67	15	إجازة جامعية فأعلى	
2.248	7.64	11	دون الثانوي	البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي)
2.038	8.00	14	ثانوي أو معهد	
1.792	16.27	15	إجازة جامعية فأعلى	
9.275	47.27	11	دون الثانوي	الدرجة الكلية للرضا عن الحياة
12.063	51.14	14	ثانوي أو معهد	
8.442	102.53	15	إجازة جامعية فأعلى	

الجدول (36) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس

الرضا عن الحياة وفق متغير المستوى التعليمي

أبعاد المقياس	مجموع المربعات	درجة الحرية	مجموع المتوسط	F	القيمة الاحتمالية	القرار
البعد الأول: (السعادة)	بين المجموعات	2	839.072	100.878	0.000	دالة عند (0.01)
	داخل المجموعات	37	8.318			
	المجموع	39				
البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)	بين المجموعات	2	1049.311	89.256	0.000	دالة عند (0.01)
	داخل المجموعات	37	11.756			
	المجموع	39				
البعد الثالث: (الطمأنينة)	بين المجموعات	2	346.288	96.919	0.000	دالة عند (0.01)
	داخل المجموعات	37	3.573			
	المجموع	39				

دالة عند (0.01)	0.000	72.932	287.548	2	575.096	بين المجموعات	البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)
			3.943	37	145.879	داخل المجموعات	
				39	720.975	المجموع	
دالة عند (0.01)	0.000	82.491	333.261	2	666.521	بين المجموعات	البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي)
			4.040	37	149.479	داخل المجموعات	
				39	816.000	المجموع	
دالة عند (0.01)	0.000	130.842	13259.735	2	26519.471	بين المجموعات	الدرجة الكلية
			101.341	37	3749.629	داخل المجموعات	
				39	30269.100	المجموع	

نلاحظ من الجدول رقم (36) أن قيمة (F) بلغت (130.842) والقيمة الاحتمالية (0.000)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,01)؛ مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للمريض في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية، كما تبين بعد تطبيق اختبار (LSD) لمقارنة الفروق بين المتوسطات أن الفروق كانت لصالح المرضى الذين كان مستواهم التعليمي (إجازة جامعية فأعلى).

#### الجدول (37)

نتائج اختبار (LSD) لمقارنة الفروقات بين متوسطات الإجابات لعينة البحث تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

أبعاد المقياس	متغير البحث (1)	متغير البحث (2)	اختلاف المتوسطات	قيمة (sig)	مستوى الدلالة
البعد الأول: (السعادة)	دون الثانوي	ثانوي أو معهد	0.883	0.452	غير دالة
	ثانوي أو معهد	إجازة جامعية فأعلى	*-13.855	0.000	دالة عند (0.01)
		إجازة جامعية فأعلى	*-12.971	0.000	دالة عند (0.01)
البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)	دون الثانوي	ثانوي أو معهد	-1.136	0.416	غير دالة
	ثانوي أو معهد	إجازة جامعية فأعلى	*-15.570	0.000	دالة عند (0.01)
		إجازة جامعية فأعلى	*-14.433	0.000	دالة عند (0.01)
البعد الثالث: (الطمأنينة)	دون الثانوي	ثانوي أو معهد	-1.123	0.149	غير دالة
	ثانوي أو معهد	إجازة جامعية فأعلى	*-9.176	0.000	دالة عند (0.01)
		إجازة جامعية فأعلى	*-8.052	0.000	دالة عند (0.01)
البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)	دون الثانوي	ثانوي أو معهد	-0.364	0.652	غير دالة
	ثانوي أو معهد	إجازة جامعية فأعلى	*-8.030	0.000	دالة عند (0.01)
		إجازة جامعية فأعلى	*-7.667	0.000	دالة عند (0.01)
البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي)	دون الثانوي	ثانوي أو معهد	-0.364	0.656	غير دالة

إجازة جامعية فأعلى	*-8.630	0.000	دالة عند (0.01)
إجازة جامعية فأعلى	*-8.267	0.000	دالة عند (0.01)
ثانوي أو معهد	-3.870	0.346	غير دالة
إجازة جامعية فأعلى	*-55.261	0.000	دالة عند (0.01)
إجازة جامعية فأعلى	*-51.390	0.000	دالة عند (0.01)

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى أن مستوى رضا الفرد عن حياته وشعوره بالطمأنينة مرتبط بطموحه، فالطمأنينة "إشعاع فردي يضرم نار الحيوية في الإنسان، فإذا أوجدت الطمأنينة جسماً قوياً ينبض بالعافية، وحلماً وصبراً؛ يكون الإشعاع إيماناً يمكن صاحبه من احتمال الناس ومعاملتهم بالحسنى، فلا تستطيع النوائب عندئذ أن تزحج طمأنينته" (علوان، 2008، 523). أضف إلى ذلك أن مرحلة التعليم العليا (إجازة جامعية فما فوق) تساعد الفرد على تكوين صداقات كثيرة تتميز بالاستمرارية والصفاء؛ لأنها لم تقم على مصلحة معينة، ومثل تلك الصداقة تساعد على الطمأنينة والرضا عن الحياة وذلك من خلال تذكير المريض بالصبر والاحتساب، ومتابعة الزيارات له وعدم انقطاعها، والواقع شاهد على ذلك. كما تعد نتيجة منطقية من وجهة نظر الباحثة؛ لأن الإنسان كلما ارتقى في مستواه التعليمي نظر إليه المجتمع نظرة احترام وتقدير أكبر؛ نظراً لمكانته العلمية، فإذا تعلق الأمر بمرض السكري فإنه يزيد من التقدير والتعاطف الاجتماعي له، ويقسم التقدير الاجتماعي إلى: القبول الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي، والولاء الاجتماعي، إذ يسعى الفرد إلى التفكير بالتقدير الاجتماعي من خلال حصوله على مركز اجتماعي مرموق، كالحصول على درجة علمية، أو وظيفة مرموقة، أو تحصيل علمي عالٍ، يدعو الإنسان إلى التقدير الاجتماعي والاحترام والإعجاب (منسي، 1998، 15).

وقد يُعزى ذلك إلى أن مرضى السكري الحاصلين على شهادة الإجازة الجامعية لديهم توافق شخصي أكثر من المرضى غير المتعلمين أو الحاصلين على شهادات أقل من الثانوية العامة وأيضاً الحاصلين على شهادات الثانوية العامة وذلك يرجع لعدة عوامل منها: أن التعليم يزيد قدرات الفرد على التفكير السليم والتفاعل والإبداع وقدرات الفرد المعرفية والثقافية، والتعليم يزيد فهم الفرد للظواهر المحيطة به ويكسبه مهارات حل المشكلات والتكيف معها، لذلك يستطيع مريض السكري صاحب المستوى التعليمي المرتفع فهم طبيعة مرض السكري وأعراضه وما معنى مضاعفات السكري الخطيرة، ويساعده على تقبل الإرشادات والعلاج والاستمرارية به طول حياته، وهذا يؤثر على توافقه الشخصي والصحي ورفع مستوى الرضا عن الحياة لديه.

ويستطيع المريض المتعلم أن يفهم أفراد أسرته ومدى حرصهم عليه عندما يقدمون له النصائح في إتباع العلاج والنظام الغذائي، مما يزيد التفاعل بين أفراد الأسرة وشعور المريض بمحبة أسرته والسعادة معهم مما يؤثر على توافقه الأسري. كما يساعد التعليم الجامعي على المرونة في تقبل المواقف الجديدة

في حياة الفرد بحكم المعرفة المتنوعة التي حصل عليها والمواقف المختلفة في التعامل مع الآخرين، والفرد الذي يتقبل المواقف الجديدة ويصدر استجابات ملائمة نحوها يكون مستوى الرضا عن الحياة لديه مرتفعاً وأكثر توافقاً في الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه أكثر من الفرد الذي يوصف بالجمود العقلي والفكري.

إن عالم الطب الحديث معقد جداً، وإذا كان الفرد يفتقر لمهارات الكتابة والقراءة وفهم الأرقام فسيكون من الصعب عليه فهم الأمور المتعلقة بصحته، وهذا ما يتفق مع دراسة (مقبل، 2010) التي أكدت وجود فروق لصالح مرضى السكري أصحاب المستوى التعليمي المرتفع. كما أظهرت دراسة ويليامز (Williams, 2007) أن الأمريكيين الذين لم يحصلوا على الشهادة الثانوية يتراجع مستواهم الصحي بمرتين ونصف مقارنة بالأكثر تعليماً (نقلاً عن مقبل، 2010). وأيضاً تتفق مع دراسة تيليشيفكا وآخرين (Telishevka et al., 2001) التي بينت أن الأسباب الكامنة وراء ارتفاع معدل الوفيات لدى مرضى السكري تتمثل في قلة وعي المرضى بمرضهم ومضاعفاته وبما ينبغي عليهم اتباعه وقلة وعيهم مرتبطة بمستواهم التعليمي. كما أكدت دراسة (الصغير، 2000) أن للمستوى التعليمي تأثيراً موجباً على مستوى الرضا عن الحياة. والشكل الآتي يوضح المتوسط الحسابي لإجابات أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير المستوى التعليمي:



الشكل (10)

متوسط إجابات أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

الفرضية السادسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي لمقياس الرضا عن الحياة.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات إجابات أفراد عينة البحث (المجموعتين الضابطة والتجريبية) في القياس القبلي على مقياس الرضا عن الحياة، وذلك باستخدام اختبار مان ويتني، وجاءت النتائج كما يشير إليها الجدول رقم (38):

الجدول (38)

الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث في القياس القبلي لمقياس الرضا عن الحياة

أبعاد الرضا عن الحياة	متغير المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
السعادة	الضابطة	20	16.17	6.216
	التجريبية	20	17.40	8.101
العلاقات الاجتماعية	الضابطة	20	19.15	7.169
	التجريبية	20	20.05	9.029
الطمأنينة	الضابطة	20	10.70	3.868
	التجريبية	20	11.15	5.324
الاستقرار الاجتماعي	الضابطة	20	10.40	3.619
	التجريبية	20	11.15	4.955
التقدير الاجتماعي	الضابطة	20	10.70	4.156
	التجريبية	20	11.55	4.828
الدرجة الكلية للرضا عن الحياة	الضابطة	20	67.65	23.620
	التجريبية	20	71.30	31.819

الجدول (39) نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على

مقياس الرضا عن الحياة في القياس القبلي

قبلي	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U مان ويتني	قيمة Z	مستوى الدلالة	القرار
السعادة	الضابطة	20	21.53	430.50	179.500	0.556	0.578	غير دالة
	التجريبية	20	19.48	389.50				
العلاقات الاجتماعية	الضابطة	20	21.33	426.50	183.500	0.477	0.655	غير دالة
	التجريبية	20	19.68	393.50				
الطمأنينة	الضابطة	20	21.28	425.50	184.500	0.422	0.673	غير دالة
	التجريبية	20	19.73	394.50				
الاستقرار الاجتماعي	الضابطة	20	20.63	412.50	197.500	0.068	0.946	غير دالة
	التجريبية	20	20.38	407.50				

غير دالة	0.839	0.204	192.500	402.50	20.13	20	الضابطة	التقدير الاجتماعي
				417.50	20.88	20	التجريبية	
غير دالة	0.552	0.595	178.00	432.00	21.60	20	الضابطة	الدرجة الكلية
				388.00	19.40	20	التجريبية	

يُلاحظ من الجدول رقم (39) أن (قيمة Z المقابلة لقيمة U مان ويتي) لأبعاد المقياس والمجموع الكلي ( $Z= 0.595$ )، والقيمة الاحتمالية ( $P= 0.552$ )، وبالتالي تقبل الفرضية الصفرية وترفض الفرضية البديلة، لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي لمقياس الرضا عن الحياة. وهذا يعطينا مؤشراً واضحاً وهاماً على تجانس وتكافؤ أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة فيما يتعلق بمستوى الرضا عن الحياة، وهو ما يتطلبه البحث العلمي مما يعزز الثقة بنتائج البحث. الفرضية السابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي المباشر لمقياس الرضا عن الحياة. وللتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات إجابات أفراد عينة البحث (للمجموعتين الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي المباشر على مقياس الرضا عن الحياة، باستخدام اختبار مان ويتي، وجاءت النتائج كما يشير إليها الجدول رقم (40):

#### الجدول (40)

الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث في القياس البعدي المباشر لمقياس الرضا عن الحياة

أبعاد الرضا عن الحياة	متغير المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
السعادة	الضابطة	20	18.55	5.615
	التجريبية	20	28.90	3.726
العلاقات الاجتماعية	الضابطة	20	20.90	6.215
	التجريبية	20	33.70	2.736
الطمأنينة	الضابطة	20	11.55	3.720
	التجريبية	20	18.60	2.664
الاستقرار الاجتماعي	الضابطة	20	10.95	3.561
	التجريبية	20	18.25	2.552
التقدير الاجتماعي	الضابطة	20	11.10	4.025
	التجريبية	20	18.35	2.852
الدرجة الكلية للرضا عن الحياة	الضابطة	20	73.05	20.712
	التجريبية	20	117.80	8.383

الجدول (41) نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الرضا عن الحياة في القياس البعدي المباشر

القرار	القياس الاحتمالية	قيمة Z	U مان ويتني	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	المجموعة	البعدي المباشر
دالة عند (0.01)	0.000	4.409	37.500	247.50	12.38	20	الضابطة	السعادة
				572.50	28.63	20	التجريبية	
دالة عند (0.01)	0.000	4.789	24.000	234.00	11.70	20	الضابطة	العلاقات الاجتماعية
				586.00	29.30	20	التجريبية	
دالة عند (0.01)	0.000	4.535	33.000	243.00	12.15	20	الضابطة	الطمأنينة
				577.00	28.85	20	التجريبية	
دالة عند (0.01)	0.000	4.615	30.000	240.00	12.00	20	الضابطة	الاستقرار الاجتماعي
				580.00	29.00	20	التجريبية	
دالة عند (0.01)	0.000	4.321	41.000	251.00	12.55	20	الضابطة	التقدير الاجتماعي
				569.00	28.45	20	التجريبية	
دالة عند (0.01)	0.000	4.750	24.500	234.00	11.73	20	الضابطة	الدرجة الكلية
				585.00	29.28	20	التجريبية	

يُلاحظ من الجدول رقم (41) أن (قيمة Z المقابلة لقيمة U مان ويتني) لأبعاد المقياس والمجموع الكلي ( $Z = 4.750$ )، والقيمة الاحتمالية ( $P = 0.000$ )، وبالتالي تقبل الفرضية البديلة وترفض الفرضية الصفرية، لوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي المباشر لمقياس الرضا عن الحياة لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

وبذلك نلاحظ الفرق الكبير بين المجموعتين يعود إلى أثر وفعالية البرنامج الإرشادي المتبع والتحسين الذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية خلال أيام التدريب؛ بينما بقيت المجموعة الضابطة على حالها.

وهذا يعود إلى التحسن الكبير الذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية خلال أيام التدريب بسبب أثر وفعالية البرنامج الإرشادي المتبع؛ بينما بقيت المجموعة الضابطة على حالها ولم يطرأ عليها تحسناً ملحوظاً.

ونلاحظ الفرق الواضح بين المجموعتين وقد يعود ذلك إلى طبيعة الحياة العملية اليومية للمجموعة التجريبية والاختلاط في العمل والتدريب اليومي مما قد يفرض تحسناً لدى المجموعة التجريبية بحكم الواقع خلال أيام التدريب؛ بينما بقيت المجموعة الضابطة على حالها إن لم تتراجع حالتها سوءاً.

**وقد تُعزى هذه النتيجة إلى تطبيق البرنامج الإرشادي بتقنياته المختلفة، فالمجموعة التجريبية خضعت للبرنامج الإرشادي، بينما بقيت المجموعة الضابطة على حالها من دون أي تدخل إرشادي.**

ولقد وفر البرنامج الإرشادي فرصاً إيجابية ومناسبة للتفاعل الإيجابي بين أفراد المجموعة التجريبية، وبينهم وبين الباحثة، إذ شارك المرضى في أنشطة البرنامج بنشاط ولم يكونوا مستقبلين للمعلومات النظرية فحسب.

كما أتاح البرنامج الفرصة لممارسة الخبرة النفسية الاجتماعية من خلال تقنيات البرنامج كلعب الدور والنمذجة، وقد أسفرت الجلسات عن زيادة الإحساس بروح الجماعة؛ وكان لتنوع الأنشطة المستخدمة دوراً في إبقاء حماسة الأفراد، وتتنوع الأنشطة المستخدمة في البرنامج، وأنشطة كسر الجليد، وكانت هذه الأنشطة مصدر تشويق للمرضى مما أثار في نفوس المرضى الدافعية للمشاركة والمتابعة، وزاد من ثقتهم بأنفسهم، وحسن اعتمادهم على أنفسهم، ومبادرتهم، وكذلك كان للجو النفسي الملائم في أثناء الجلسات الإرشادية الدور الأكبر في التحسن الإيجابي، إذ حرصت الباحثة على أن تتسم علاقتها مع المرضى بالحب والمودة والتقبل، وتمنحهم الثقة بالنفس، وتسمح بحرية الحركة في جو من المحبة، كان لها الأثر الطيب في تحفيز السلوك الإيجابي وتحسين النمو النفسي؛ فقد أمن البرنامج للمجموعة التجريبية المحيط الذي يتسم بوجود العلاقات الإنسانية الإيجابية الذي يعد محيطاً مناسباً وجيداً لرفع مستوى الرضا عن الحياة.

ولقد كان الجو المحيط الذي أمنتها الجلسات الإرشادية مفعماً بالتفاهم واحترام إنسانيتهم والاهتمام بمشاعرهم وأحاسيسهم، وقد دعم البرنامج الإرشادي أيضاً شعور المرضى بالانتماء إلى المجموعة الإرشادية، ويُعد التقدير الاجتماعي فائق الأهمية بالنسبة لمرضى السكري، وكذلك ساعد البرنامج على فهم المريض لذاته والاستبصار بقدراته واحترامها، كل ذلك ساعد على تنمية السلوك النفسي الاجتماعي بأبعاده الأربعة: الثقة بالنفس، والاستقلالية، والإنجاز، والمبادرة. وهي أبعاد مترابطة متكاملة ضمن مجالات النمو الاجتماعي، وبالتالي فإن تنميتها تؤدي إلى رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.

والرضا عن الحياة أقصى ما يطمح إليه الإنسان العاقل الراشد؛ بهدف تجنب الإحباطات والصراعات النفسية، والقلق الذي قد ينتابه؛ نتيجة انفعالاته المختلفة المرافقة للمرض المزمن؛ وبناء على المواقف التي يمر بها الشخص المريض، ولا يمكن للحياة أن تسير على وتيرة واحدة، بل تعثرها بعض

الصعاب التي تنغص على الإنسان سعادته؛ وتجعله يعيش مهموماً لفترة ما، لكن إذا ما نظر الإنسان إلى حقيقة الأمر، عندئذ يعيش سعيداً بلا هموم (أرجايل، 1997، 20)، إضافة إلى أن الرضا عن الحياة " الدرجة التي يحكم فيها الشخص إيجابياً على نوعية حياته الحاضرة بوجه عام، كما تعني حب الشخص للحياة التي يحيها واستمتاعه بها وتقديره الذاتي لها ككل" (Eenhoven, 2001, 14).

وهذا ما يتفق مع دراسة (المدهون، 2009) التي بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة على مقياس الرضا عن الحياة البعدي لصالح المجموعة التجريبية. ودراسة (رضوان، 2008) التي بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي لصالح أفراد المجموعة التجريبية. والشكل الآتي يوضح نتائج الاختبار البعدي المباشر للمجموعتين: الضابطة والتجريبية:



الشكل (11)

متوسط إجابات أفراد عينة البحث في القياس البعدي لمقياس الرضا عن الحياة

**الفرضية الثامنة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي المؤجل في أدائهم على مقياس الرضا عن الحياة. وللتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات إجابات أفراد عينة البحث (للمجموعتين الضابطة والتجريبية) في القياس البعدي المؤجل على مقياس الرضا عن الحياة، وذلك باستخدام اختبار مان ويتي، وجاءت النتائج كما يشير إليها الجدول رقم (42):

الجدول (42)

الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث في القياس البعدي المؤجل لمقياس الرضا عن الحياة

أبعاد الرضا عن الحياة	متغير المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
السعادة	الضابطة	20	20.20	4.663
	التجريبية	20	29.55	3.591
العلاقات الاجتماعية	الضابطة	20	22.55	5.568
	التجريبية	20	34.35	2.978
الطمأنينة	الضابطة	20	12.40	3.455
	التجريبية	20	18.95	2.523
الاستقرار الاجتماعي	الضابطة	20	11.85	3.360
	التجريبية	20	18.75	2.511
التقدير الاجتماعي	الضابطة	20	12.25	3.537
	التجريبية	20	18.85	2.758
الدرجة الكلية للرضا عن الحياة	الضابطة	20	79.25	18.235
	التجريبية	20	120.45	9.047

الجدول (43) نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على

مقياس الرضا عن الحياة في القياس البعدي المؤجل

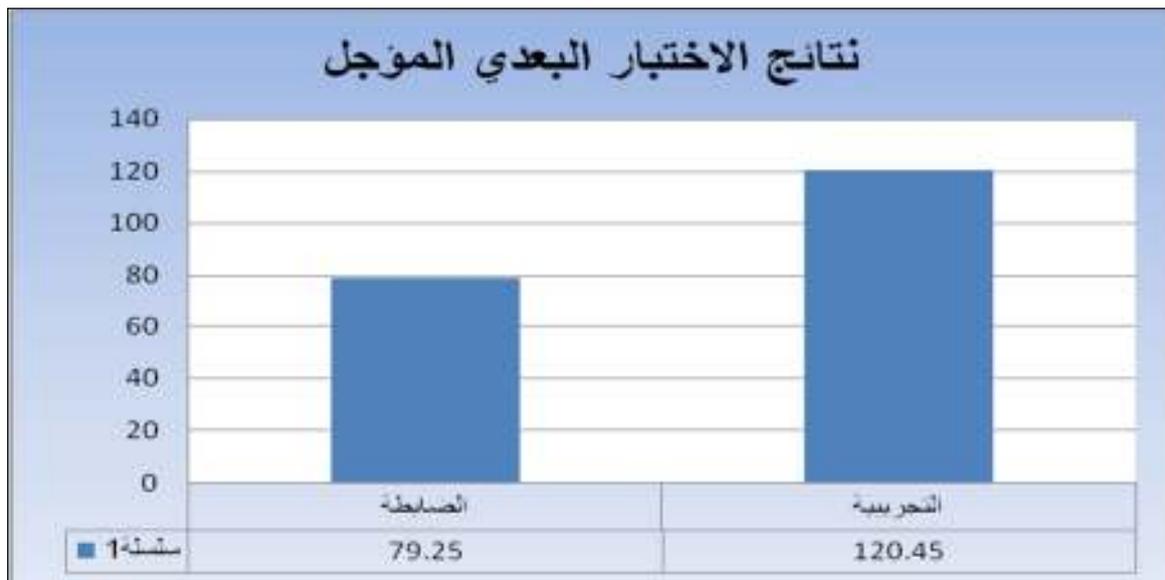
القرار	مستوى الدلالة	قيمة Z	U مان ويتني	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	المجموعة	البعدي المؤجل
دالة عند (0.05)	0.000	4.612	30.000	240.00	12.00	20	الضابطة	السعادة
				580.00	29.00	20	التجريبية	
دالة عند (0.05)	0.000	4.899	19.500	229.50	11.48	20	الضابطة	العلاقات الاجتماعية
				590.50	29.53	20	التجريبية	
دالة عند (0.05)	0.000	4.713	26.500	236.50	11.83	20	الضابطة	الطمأنينة
				583.50	29.18	20	التجريبية	
دالة عند (0.05)	0.000	4.698	27.000	237.00	11.85	20	الضابطة	الاستقرار الاجتماعي
				583.00	29.15	20	التجريبية	
دالة عند (0.05)	0.000	4.360	39.500	249.50	12.48	20	الضابطة	التقدير الاجتماعي
				570.50	28.53	20	التجريبية	
دالة عند (0.05)	0.000	4.872	20.000	230.00	11.50	20	الضابطة	الدرجة الكلية
				590.00	29.50	20	التجريبية	

يُلاحظ من الجدول رقم (43) أن (قيمة Z المقابلة لقيمة U مان ويتي) لأبعاد المقياس والمجموع الكلي ( $Z= 4.872$ )، والقيمة الاحتمالية ( $P= 0.000$ )، وبالتالي تقبل الفرضية البديلة وترفض الفرضية الصفرية، لوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي المؤجل لمقياس الرضا عن الحياة لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

وهذا مؤشر قوي على وجود مستوى منخفض من الرضا عن الحياة لدى أفراد المجموعة الضابطة، وبذلك نلاحظ الفرق الكبير بين المجموعتين، يعود إلى أثر وفعالية البرنامج الإرشادي المتبع والتحسين الكبير الذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية خلال أيام التدريب من جهة؛ وإلى انتقال أثر التدريب واستمراره خلال الفترة المخصصة للقياس المؤجل من جهة ثانية، كما يعطي مؤشراً على استمراره فيما بعد، بينما بقيت المجموعة الضابطة على حالها، ولم يطرأ عليها تحسن ملحوظ، وهذا يقدم دليلاً جيداً على فعالية البرنامج الإرشادي المتبع.

وقد يُعزى ذلك إلى استفادة أفراد المجموعة التجريبية من البرنامج الإرشادي بما تضمنه من تدريبات ومناقشات متعددة بشكل عام، ومن تمارين دحض الأفكار اللاعقلانية، والتعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية.

التشجيع والدعم لأفراد المجموعة التجريبية على المشاركة والحديث أمام الآخرين وإبداء الرأي والتعبير عن المشاعر أدى إلى تخفيف مشاعر الاكتئاب وبالتالي رفع مستوى الرضا عن الحياة لديهم. والشكل الآتي يوضح نتائج الاختبار البعدي المؤجل بين المجموعتين الضابطة والتجريبية:



الشكل (12)

متوسط إجابات أفراد عينة البحث في القياس البعدي المؤجل لمقياس الرضا عن الحياة

الفرضية التاسعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي ومتوسطات درجات إجاباتهم في القياس البعدي المباشر في أدائهم على مقياس الرضا عن الحياة.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي المباشر على مقياس الرضا عن الحياة، باستخدام اختبار ويلكسون (وهو البديل اللامعلمي لاختبار مان وتني للعينات المترابطة)، وجاءت النتائج كما يشير إليها الجدول رقم (44):

الجدول (44) الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث (المجموعة الضابطة) في القياس القبلي والبعدي المباشر لمقياس الرضا عن الحياة

أبعاد الرضا عن الحياة	متغير القياس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
السعادة	قبلي	20	16.70	6.216
	بعدي مباشر	20	18.55	5.615
العلاقات الاجتماعية	قبلي	20	19.15	7.169
	بعدي مباشر	20	20.90	6.215
الطمأنينة	قبلي	20	10.70	3.868
	بعدي مباشر	20	11.55	3.720
الاستقرار الاجتماعي	قبلي	20	10.40	3.619
	بعدي مباشر	20	10.95	3.561
التقدير الاجتماعي	قبلي	20	10.70	4.156
	بعدي مباشر	20	11.10	4.025
الدرجة الكلية للرضا عن الحياة	قبلي	20	67.65	23.620
	بعدي مباشر	20	73.05	20.712

الجدول (45) نتائج اختبار ويلكسون لدلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي المباشر للمجموعة الضابطة على مقياس الرضا عن الحياة

أبعاد الرضا عن الحياة	التطبيق	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	W ويلكسون	قيمة Z	مستوى الدلالة	القرار
السعادة	قبلي	20	17.68	353.50	353.500	1.537	0.124	غير دالة
	بعدي	20	23.33	466.50				

غير دالة	0.058	1.899	340.500	340.50	17.03	20	قبلي	العلاقات الاجتماعية
				479.50	23.98	20	بعدي	
غير دالة	0.250	1.151	368.000	368.00	18.40	20	قبلي	الطمأنينة
				452.00	22.60	20	بعدي	
غير دالة	0.425	0.799	381.000	381.00	19.05	20	قبلي	الاستقرار الاجتماعي
				439.00	21.95	20	بعدي	
غير دالة	0.592	0.536	390.500	390.50	19.53	20	قبلي	التقدير الاجتماعي
				429.50	21.48	20	بعدي	
غير دالة	0.060	1.166	330.000	330.00	16.50	20	قبلي	الدرجة الكلية
				490.00	24.50	20	بعدي	

يُلاحظ من الجدول رقم (45) أن (قيمة Z المقابلة لقيمة W ويلكسون) لأبعاد المقياس والمجموع الكلي ( $W= 1.166$ )، والقيمة الاحتمالية ( $P= 0.060$ )، وبالتالي تقبل الفرضية الصفرية وترفض الفرضية البديلة، بسبب عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي ومتوسطات درجات إجاباتهم في القياس البعدي المباشر على مقياس الرضا عن الحياة.

وقد يُعزى ذلك إلى عدم تلقي المجموعة الضابطة أي تدريب أو أي برنامج إرشادي، وبالتالي لم يتحسن مستوى رضاها عن الحياة فبقي مستوى الرضا كما هو. ولا سيما أنّ المراكز الصحية لا تقدم أية برامج علاجية نفسية لهم إنما تكتفي بإعطاء العقاقير والعلاجات الخاصة بالمرض فقط، أي المتابعة الصحية للمرضى دون الالتفات إلى النواحي النفسية والأسرية والاجتماعية... الخ. وهذا يؤكد ضرورة البرامج الإرشادية لهؤلاء المرضى وحاجتهم الماسة إليها. فأفراد المجموعة الضابطة قد حرّموا من خبرات ومعارف ومهارات سلوكية مما انعكس سلبياً على مستوى رضاهم عن الحياة.

**الفرضية العاشرة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجات إجاباتهم في القياس البعدي المباشر في أدائهم على مقياس الرضا عن الحياة.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي المباشر على مقياس الرضا عن الحياة، باستخدام اختبار ويلكسون (وهو البديل اللامعلمي لاختبار مان وتني للعينات المترابطة)، وجاءت النتائج كما يشير إليها الجدول رقم (46):

الجدول (46) الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث (المجموعة التجريبية) في القياس القبلي والبعدي المباشر لمقياس الرضا عن الحياة

أبعاد الرضا عن الحياة	متغير القياس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
السعادة	قبلي	20	17.40	8.101
	بعدي مباشر	20	28.90	3.726
العلاقات الاجتماعية	قبلي	20	20.05	9.029
	بعدي مباشر	20	33.70	2.736
الطمأنينة	قبلي	20	11.15	5.324
	بعدي مباشر	20	18.60	2.664
الاستقرار الاجتماعي	قبلي	20	11.15	4.955
	بعدي مباشر	20	18.25	2.552
التقدير الاجتماعي	قبلي	20	11.55	4.828
	بعدي مباشر	20	18.35	2.852
الدرجة الكلية للرضا عن الحياة	قبلي	20	71.30	31.819
	بعدي مباشر	20	117.80	8.383

الجدول (47) نتائج اختبار ويلكسون لدلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي المباشر للمجموعة التجريبية على مقياس الرضا عن الحياة

أبعاد الرضا عن الحياة	التطبيق	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	W ويلكسون	قيمة Z	مستوى الدلالة	القرار
البعد الأول: (السعادة)	قبلي	20	11.73	234.50	234.500	4.769	0.000	دالة عند (0.01)
	بعدي	20	29.28	585.50				
البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)	قبلي	20	10.98	219.50	219.500	5.170	0.000	دالة عند (0.01)
	بعدي	20	30.03	600.50				
البعد الثالث: (الطمأنينة)	قبلي	20	12.43	248.50	248.500	4.400	0.000	دالة عند (0.01)
	بعدي	20	28.58	571.50				
البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)	قبلي	20	12.13	242.50	242.500	4.554	0.000	دالة عند (0.01)
	بعدي	20	28.88	577.50				
البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي)	قبلي	20	12.58	251.50	251.500	4.317	0.000	دالة عند (0.01)
	بعدي	20	28.43	568.50				
الدرجة الكلية	قبلي	20	10.60	212.00	212.000	5.360	0.000	دالة عند (0.01)
	بعدي	20	30.40	608.00				

يُلاحظ من الجدول رقم (47) أن (قيمة Z المقابلة لقيمة W ويلكسون) لأبعاد المقياس والمجموع الكلي ( $W= 5.360$ )، والقيمة الاحتمالية ( $P= 0.000$ )، وبالتالي تقبل الفرضية البديلة وترفض الفرضية الصفرية، أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجات إجاباتهم في القياس البعدي المباشر على مقياس الرضا عن الحياة والفروق كانت لصالح القياس البعدي المباشر.

وقد تعزى تلك الفروق إلى التحسن الملحوظ نتيجة التدريب واتباع البرنامج الإرشادي، مما يبرهن على أهمية البرنامج الإرشادي ومدى فعالية التدريبات والأنشطة المعتمدة. وهذا يتوافق مع نتائج بعض الدراسات التي قدمت برامج لرفع مستوى الرضا عن الحياة كدراسة كل من: (المدهون، 2009، رضوان، 2008)، فضلاً عن المعلومات التي قدمها البرنامج الإرشادي عن أهمية رفع مستوى الرضا عن الحياة وعن الفائدة التي تعود على الشخص نتيجة ممارسته لسلوكات ترفع من مستوى رضاه عن الحياة.

وأظهر البرنامج الإرشادي تأثيراً وفاعلية إيجابية على رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري من أفراد العينة التجريبية إذ إنهم كانوا يعانون - بشكل واضح - العديد من مظاهر عدم الرضا عن الحياة متعددة الأسباب والدوافع. وهذا يدل على أهمية الإرشاد النفسي لدى الأفراد الذين يعانون الأمراض المزمنة بشكل عام ومرض السكري بشكل خاص لما لآثار انخفاض مستوى الرضا عن الحياة من مخاطر جمة على صحة مرضى السكري، والتي تتعكس سلباً على مستوى السكر في دمهم وبالتالي صعوبة التحكم في أعراض المرض بشكل عام.

وقد ساهمت التقنيات العديدة للجلسات الإرشادية في إعطاء المريض الفرصة للقيام بالأنشطة ضمن المراكز الصحية، مما ساعد المريض على اكتساب بعض المهارات والمعارف، وقد ساهمت تقنية المحاضرة والمناقشة الجماعية في توسيع مدى فهم مرضى السكري لمعاني المشاعر الإيجابية والمشاعر السلبية والضغوط النفسية وأساليب مواجهتها، ومفهوم الرضا عن الحياة. وكذلك مدى أهمية أن يكون الشخص راضياً عن حياته ومتوافقاً مع مرضه، فأسلوب المحاضرة والمناقشة الجماعية يستخدم بنجاح في فهم وتعديل مفاهيم المرضى عن طريق رؤية واضحة لنتائج الأفعال والمفاهيم، حيث وجد أن المريض في الموقف الجماعي ينشط اجتماعياً ونفسياً وعقلياً.

كما ساعدت تقنية الحوار الذاتي على تعديل السلوكات والانفعالات غير المتوافقة مع المجتمع من خلال: إن ما يقوله المريض لذاته بشكل مباشر أو غير مباشر يلعب دوراً هاماً في تعديل السلوكات والانفعالات غير المتوافقة.

وهذا ما يتفق مع دراسة (المدهون، 2009) التي أكدت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرضا عن الحياة في القياسين القبلي والبعدي

المباشر لصالح القياس البعدي المباشر. والشكل الآتي يوضح نتائج الاختبار القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية:



الشكل (13) متوسط إجابات أفراد عينة البحث (المجموعة التجريبية) في القياس القبلي والبعدي المباشر لمقياس الرضا عن الحياة

الفرضية الحادية عشرة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي المباشر ومتوسطات درجات إجاباتهم في القياس البعدي المؤجل في أدائهم على مقياس الرضا عن الحياة.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي المؤجل على مقياس الرضا عن الحياة، باستخدام اختبار ويلكسون (وهو البديل اللامعلمي لاختبار مان وتني للعينات المترابطة)، وجاءت النتائج كما يشير إليها الجدول رقم (48):

الجدول (48) الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث (المجموعة التجريبية) في القياس البعدي المباشر والمؤجل لمقياس الرضا عن الحياة

أبعاد الرضا عن الحياة	متغير القياس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
السعادة	بعدي مباشر	20	28.90	3.726
	بعدي مؤجل	20	29.55	3.591
العلاقات الاجتماعية	بعدي مباشر	20	33.70	2.736
	بعدي مؤجل	20	34.35	2.978

2.664	18.60	20	بعدي مباشر	الطمأنينة
2.523	18.95	20	بعدي مؤجل	
2.552	18.25	20	بعدي مباشر	الاستقرار الاجتماعي
2.511	18.75	20	بعدي مؤجل	
2.852	18.35	20	بعدي مباشر	التقدير الاجتماعي
2.758	18.85	20	بعدي مؤجل	
8.383	117.80	20	بعدي مباشر	الدرجة الكلية للرضا عن الحياة
9.047	120.45	20	بعدي مؤجل	

الجدول (49) نتائج اختبار ويلكسون لدلالة الفروق بين القياس البعدي المباشر والبعدي المؤجل للمجموعة التجريبية على مقياس الرضا عن الحياة

أبعاد الرضا عن الحياة	التطبيق	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	W ويلكسون	قيمة Z	مستوى الدلالة	القرار
السعادة	بعدي	20	19.28	385.50	385.500	0.668	0.504	غير دالة
	مؤجل	20	21.73	434.50				
العلاقات الاجتماعية	بعدي	20	19.05	381.00	381.000	0.793	0.428	غير دالة
	مؤجل	20	21.95	439.00				
الطمأنينة	بعدي	20	19.55	391.00	391.000	0.519	0.604	غير دالة
	مؤجل	20	21.45	429.00				
الاستقرار الاجتماعي	بعدي	20	18.90	378.00	378.000	0.877	0.380	غير دالة
	مؤجل	20	22.10	442.00				
التقدير الاجتماعي	بعدي	20	19.40	388.00	388.000	0.603	0.547	غير دالة
	مؤجل	20	21.60	432.00				
الدرجة الكلية	بعدي	20	18.73	374.50	374.500	0.962	0.336	غير دالة
	مؤجل	20	22.28	445.50				

يُلاحظ من الجدول رقم (49) أن (قيمة Z المقابلة لقيمة W ويلكسون) لأبعاد المقياس والمجموع الكلي (W= 0.962)، والقيمة الاحتمالية (P= 0.336)، وبالتالي تقبل الفرضية الصفرية وترفض الفرضية البديلة، لعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي المباشر ومتوسطات درجات إجاباتهم في القياس البعدي المؤجل على مقياس الرضا عن الحياة.

وقد يُعزى ذلك إلى التحسن الذي طرأ على المجموعة نتيجة لاتباع البرنامج الإرشادي الذي استخدم فيه العديد من فنيات العلاج السلوكي والمعرفي من جهة؛ واستمرار أثر التدريب والاحتفاظ بالمعارف والخبرات والمهارات التي تم التدريب عليها واكتسابها من جهة ثانية. وهذا يتوافق مع نتائج بعض الدراسات التي أكدت فعالية البرامج الإرشادي في رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري. فضلاً عن تجاوب أفراد المجموعة التجريبية مع التدريبات المتنوعة التي تناولت مجموعة من المهارات لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.

وفضلاً عن نجاح أفراد المجموعة التجريبية في توظيف المعارف والمهارات التي تمّ التدريب عليها من أجل رفع مستوى الرضا عن الحياة في المواقف اليومية التي تمر بهم، والعائد الإيجابي نتيجة لذلك سمح باستمرار أثر التدريب، ومناسبة التقنيات والتدريبات والإجراءات المختلفة التي تضمنها البرنامج لتحقيق أهدافه، ومن هذه الأهداف رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى المشاركين فيه، وتوزيعها على الجلسات، وكذلك ترتيب الجلسات وتكاملها في تنمية المهارات والمعارف.

وقد يكون العائد الإيجابي الذي تلقوه من تطبيق البرنامج الإرشادي من حيث رفع مستوى الرضا عن الحياة، قد شجعهم على متابعة تطبيق ما تعلموه.

وهذا يؤكد حاجة مرضى السكري بشكل عام إلى الإرشاد النفسي والبرامج الإرشادية في حياتهم أكثر من حاجتهم للعلاج بالعقاقير فقط أي الجانب البيولوجي من المرض؛ لمساعدتهم على التوافق مع أعراض المرض ومضاعفاته وتقلباته والتعايش معه، وبالتالي ينعكس ذلك على رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري، وإنّ عدم الرضا عن الحياة لدى المرضى ينعكس سلباً على مستوى السكر في دمهم، وزيادة اضطراب أعراض المرض لديهم. وهذا يتفق مع دراسة (المدهون، 2009) التي بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرضا عن الحياة في القياسين البعدي والتتبعي. ويتفق مع دراسة (رضوان، 2008) التي أكدت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين التطبيق البعدي والتطبيق المؤجل.

### 7/3 . مقترحات البحث.

في ضوء النتائج التي توصل إليها البحث تقترح الباحثة ما يلي:

- إجراء المزيد من البحوث والدراسات التي تتعلق بالرضا عن الحياة لدى مرضى السكري والاستراتيجيات التي يستخدمونها للتوافق مع ظروفهم وتجنب الوقوع بالخطأ ورفع مستوى الرضا عن الحياة.

- عمل برامج تدريبية للأخصائيين في المجال الطبي والنفسي لمتابعة مرضى السكري في بيوتهم خاصة مرضى السكري من النوع الأول المعتمد على الأنسولين نظراً لصغر سنهم وخوفهم من المرض.
- مشاركة أصحاب القرار في وزارة الصحة بالدراسات التي بحثت موضوع مرضى السكري، لزيادة الاهتمام بشريحة مرضى السكري في المراكز الصحية وتوفير العلاج للمرضى.
- توفير معلومات دقيقة ومبسطة لجميع شرائح المجتمع عن مرضى السكري.
- الاهتمام بمرضى السكري وتقديم الدعم المادي والمعنوي لهم، للتخفيف مما قد يتعرضون له من ضغوط اجتماعية، مع التركيز على خدمات الإرشاد الأسري.
- الاهتمام بالبرامج الوقائية وبرامج التوعية لمرضى السكري لزيادة كفاءة المرضى الذاتية التي تشجع في نفوسهم التفاؤل والأمل، وتساعدهم على تقبل وضعهم الصحي، ومقاومة الإحباطات التي قد تصادفهم من جراء خطورة وضعهم الصحي؛ وبالتالي رفع مستوى رضاهم عن الحياة.
- تنشيط برامج التوعية الاجتماعية حول مرض السكري.
- إجراء المزيد من الدراسات على مرضى السكري الذين تتجاوز سنوات الإصابة لديهم أكثر من خمس سنوات، وكذلك مرضى السكري من أصحاب الدخل المنخفض، وحاملي الشهادات العلمية الأقل من الثانوي والأمين.
- القيام بأبحاث ودراسات طويلة تتناول موضوع الرضا عن الحياة لدى الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة وبشكل خاص الأفراد المصابين بمرض السكري.
- توفر نتائج البحث الحالي رؤية تستطيع من خلالها تأكيد أهمية ترافق العلاج الطبي الموجه للمصابين بمرض السكري، بمراقبة مستمرة للنواحي النفسية لما لذلك من أهمية في استقرار مستوى تسكر خضاب الدم، وبالتالي إمكانية تأخر حدوث المضاعفات الناجمة عن هذا الداء.
- تفعيل دور الإرشاد النفسي على نطاق واسع في المراكز والعيادات الطبية بشكل فعال يساهم في رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى المرضى ويخفف من وطأة الضغوط التي يسببها مرض السكري.
- ينبغي نشر الوعي بين الناس والعاملين في المجال الطبي وتوجيههم إلى ضرورة الدعم النفسي للمرضى المصابين بداء السكري، وقبول واقع وأهمية الجانب النفسي كمقوم أساسي من مقومات نجاح العلاج الطبي.
- وأخيراً نتيجة وجود بعض الصعوبات في الحصول على المعلومات التي تشكل متغيرات مهمة في هذا البحث، تم اقتراح أن يتم تسجيل هذه المعلومات الخاصة بالمصابين بداء السكري في أضايرهم ضمن المراكز، ليتم الرجوع إليها ودراسة أثرها في الأبحاث اللاحقة مثل: (عدد مرات دخول المراكز الصحية والمشافي، عدد نوبات ارتفاع السكر وانخفاضه،... الخ).

# الفصل السادس إجراءات البحث وأدواته

. تمهيد.

- 6/1 - منهج البحث وإجراءاته.
- 6/2 - متغيرات البحث.
- 6/3 - المجتمع الأصلي للبحث وعينته.
- 6/4 - أدوات البحث.
  - 6/4/1 - مقياس الرضا عن الحياة.
  - 6/4/2 - البرنامج الإرشادي.
- 6/5 - الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.

## الفصل السادس

## إجراءات البحث وأدواته

## . تمهيد:

يختص هذا الفصل بمنهج البحث المعتمد وإجراءاته، وتحديد العينة المعتمدة، وكيفية اختيارها، وذكر أدوات البحث وكيفية استخراج معامل الصدق والثبات لها.

## 6/1 . منهج البحث وإجراءاته.

اعتمدت الباحثة في تطبيق هذا البحث على المنهج التجريبي لتعرف مدى فاعلية البرنامج الإرشادي في رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.

واستخدمت الباحثة المنهج التجريبي في هذا البحث لأنه يناسب هدف البحث، وهو اختبار فاعلية البرنامج الإرشادي في رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري من خلال التدريب على مواقف سلوكية معرفية واجتماعية. والبحث التجريبي هو تغير متعمد ومضبوط للشروط المحددة للظاهرة وملاحظة نواتج التغير في الظاهرة موضوع الدراسة (عباس وآخرون، 2007، 79).

وقد اتبعت الباحثة الإجراءات الآتية في البحث:

1. اختيرت عينة من مرضى السكري من الذكور والإناث وتم تقسيمها إلى مجموعتين:
  - مجموعة تم تطبيق البرنامج الإرشادي عليها وتدعى المجموعة التجريبية.
  - مجموعة لم يتم تطبيق البرنامج الإرشادي عليها وتدعى المجموعة الضابطة.
2. تمّ تطبيق مقياس الرضا عن الحياة على المجموعة الضابطة والتجريبية قبل تطبيق البرنامج.
3. تمّ تطبيق البرنامج الإرشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري على المجموعة التجريبية فقط.
4. تمّ تطبيق مقياس الرضا عن الحياة على المجموعة الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج.
5. تم حساب الفروق بين نتائج القياس القبلي للمجموعتين الضابطة والتجريبية للتأكد من تماثل المجموعتين.
6. تمّ حساب الفروق بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي للمجموعة الضابطة، والمجموعة التجريبية.

7. تمّ حساب الفروق بين نتائج القياس البعدي لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.
8. تمّت إعادة القياس التقييمي بعد شهرين من الانتهاء من تطبيق البرنامج، للتأكد من مدى فاعلية البرنامج واستمرار مكاسبه الإرشادية للمجموعة التجريبية.

### 6/2 . متغيرات البحث.

- . المتغير المستقل: هو البرنامج الإرشادي الذي يتكون من المهارات المعرفية والسلوكية والاجتماعية بما يناسب حاجات أفراد العينة المستهدفة بالدراسة.
- المتغيرات التصنيفية: - الجنس (ذكور، وإناث).
- نوع مرض السكري: (المعتمد على الأنسولين، المعتمد على حبوب السكري، سكر الحمل).
- عدد سنوات الإصابة: (3 سنوات فأقل، أكثر من 3 - 7 سنوات، أكثر من 7 سنوات).
- مستوى الدخل المادي: (15000 فما دون، من 16000 - 20000 ل.س، من 21000 - 25000 ل.س، 26000 ل.س فأكثر).
- المستوى التعليمي: (دون الثانوي، ثانوي أو معهد، إجازة جامعية فأعلى).
- المتغير التابع: وهي: مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.

### 6/3 . المجتمع الأصلي للبحث وعينته.

#### 1. مجتمع الدراسة:

يتكون المجتمع الأصلي للبحث من جميع مرضى السكري المسجلين في مراكز الرعاية الصحية في محافظة اللاذقية، والبالغ عددهم (14000) مريضاً متعالجاً.

#### الجدول (1)

يبين توزيع المجتمع الأصلي لأفراد عينة البحث

الرقم	اسم المركز	المنطقة	العدد	المجتمع الأصلي
1	المركز الصحي لمرض السكري	اللاذقية	20 (مجموعة تجريبية)	9400 مريض
2	شعبة مرض السكري	اللاذقية	20 (مجموعة ضابطة)	4600 مريض

2. عينة البحث: بلغ عدد أفراد عينة البحث (40) مريضاً من مرضى السكري في مراكز الرعاية الصحية في محافظة اللاذقية، تراوحت أعمارهم بين (16 - 50) سنة وهم من مرضى السكري: (المعتمد على الأنسولين، المعتمد على حبوب السكري، سكر الحمل).

## الجدول (2)

## توزع أفراد عينة البحث وفق العمر الزمني

المتغير	الفئة	عدد المرضى	النسبة
العمر الزمني لأفراد عينة البحث	من 16 - 25 سنة	12	30 %
	من 26 - 35 سنة	13	32.5 %
	من 36 - 45 سنة	10	25 %
	46 سنة فأكثر	5	12.5 %
	المجموع الكلي	40	100 %

## . خطوات اختيار عينة البحث:

قامت الباحثة بالعديد من الإجراءات للوصول إلى عينة البحث وهي:

- تمّ تطبيق مقياس الرضا عن الحياة على عينة من مرضى السكري في محافظة اللاذقية.
- ثمّ تطبيق مقياس (الرضا عن الحياة)، على عينة من مرضى السكري في المركزين الصحيين في محافظة اللاذقية لمرضى السكري، وقد بلغ عددهم (40) مريض ومريضة من مرضى السكري في محافظة اللاذقية.
- أعطي كل مفحوص رقماً سجل على استمارة البيانات العامة المرفقة مع المقياس، وقد تمّ تخصيص سجل دُونَ عليه اسم المفحوص والرقم الذي أعطي له، للتغلب على مشكلة عدم معرفة اسم المفحوص، عند اختيار عينة البحث (المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية) من مرضى السكري المتعالجين الذين تمّ تطبيق أدوات البحث عليهم.
- وضعت على استمارة المفحوص الموافق على اتباع البرنامج الإرشادي المعد من قبل الباحثة، إشارة تدل على الموافقة.
- تمّ الحصول على النتائج الإحصائية للمقياس المطبق، وقد اختير أفراد عينة البحث (المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة)، ممن طبّق عليهم المقياس بطريقة العينة المقصودة، وبلغ عدد أفراد عينة البحث (40) مريضاً ومريضة.

المجموعة التجريبية (Experiment Group): وهي التي تتعرض للمتغير المستقل.

المجموعة الضابطة (Control Group): وهي المجموعة التي لا تتعرض للمتغير المستقل وعلى افتراض التكافؤ بين المجموعتين فإن الاختلاف بينهما بعد التجربة يُمثل أثر المتغير المستقل.

وقد تمت مراعاة الأمور الآتية عند اختيار أفراد عينة البحث:

- استبعاد مرضى السكري ممن طبق عليهم المقياس وحصلوا على درجات مرتفعة على مقياس الرضا عن الحياة.
- موافقة المرضى على المشاركة في البرنامج الإرشادي، والتأكد من الرغبة لديهم في الخضوع لبرنامج تدريبي.
- الحصول على الوعد بالالتزام بالمواعيد المحددة للجلسات، والتعهد بعدم الغياب إلا لأسباب خارجة عن السيطرة، وبعد إطلاع الباحثة على سبب الغياب.
- التكافؤ والتجانس بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية.

#### . التحقق من التكافؤ بين المجموعتين الضابطة والتجريبية:

- قامت الباحثة بالتحقق من التكافؤ بين أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية من حيث:
- التجانس في خصائص أفراد المجموعة الضابطة وخصائص أفراد المجموعة التجريبية، وشمل التجانس: (الجنس، نوع المرض، عدد سنوات الإصابة، مستوى الدخل المادي، المستوى التعليمي). من حيث الجنس بلغ عدد الذكور (20) مريضاً و(10) مرضى في المجموعة الضابطة و(10) مرضى في المجموعة التجريبية، وبلغ عدد الإناث (20) مريضة و(10) مريضات في المجموعة الضابطة و(10) مريضات في المجموعة التجريبية، ومن حيث الظروف الصحية والاقتصادية تلقى أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية العلاج نفسه والتعليمات نفسها والرعاية نفسها من المراكز الصحية، ونشابهت فيهما القوانين وظروف العلاج.
  - نتائج التطبيق القبلي لمقياس الرضا عن الحياة، وذلك قبل تطبيق البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية، باستخدام اختبار مان ويتي. والجدول رقم (1) يوضح تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية في مستوى الرضا عن الحياة.

## الجدول (3)

تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية في درجة الرضا عن الحياة

القرار	مستوى الدلالة	قيمة ت	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	متغير المجموعة	الرضا عن الحياة
غير دالة	0.705	0.382	38	23.65	67.65	20	الضابطة	الدرجة الكلية
				71.05	71.05	20	التجريبية	

من خلال الجدول رقم (3) نلاحظ أن قيمة (ت) قد بلغت (0.382) وهي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.05)؛ وبالتالي تقبل الفرضية الصفرية وترفض الفرضية البديلة لأنه لا توجد فروق بين متوسطات درجات المرضى في المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الرضا عن الحياة، وهذا يشير إلى تجانس المجموعة التجريبية والضابطة.

## الجدول (4)

توزع أفراد كلٍّ من العينة التجريبية والضابطة

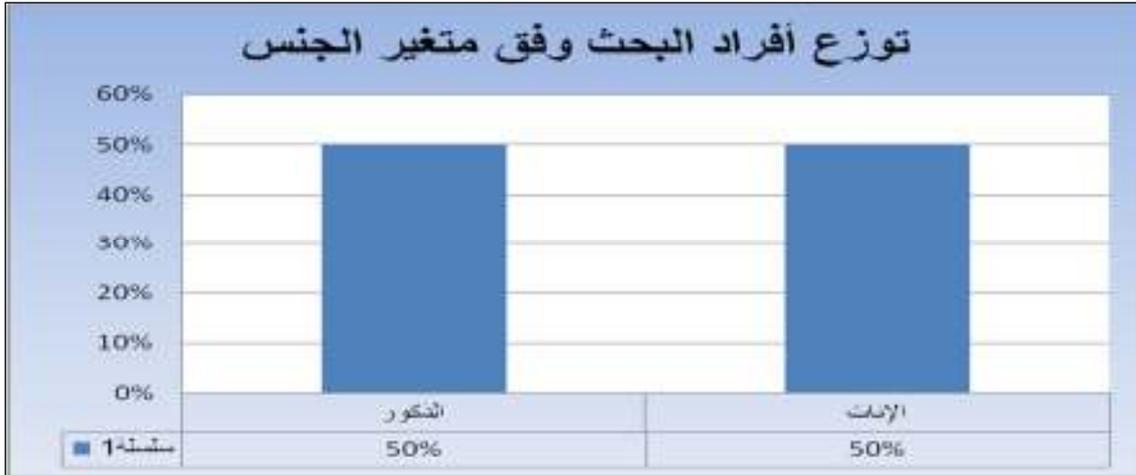
المجموعة	الإناث	الذكور	العينة
20	10	10	تجريبية
20	10	10	ضابطة
40	20	20	المجموع

## الجدول (5)

توزع أفراد عينة البحث وفق متغير الجنس

المتغير	الفئة	عدد المرضى	النسبة
الجنس	الذكور	20	50 %
	الإناث	20	50 %
	المجموع الكلي	40	100 %

يُلاحظ من الجدول رقم (5) أن نسبة (50%) من أفراد عينة البحث هم من (المرضى الذكور)، في حين أن (50%) من أفراد عينة البحث هم من (المرضى الإناث). والشكل الآتي يوضح توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير الجنس:



الشكل (1)

توزيع أفراد عينة البحث متغير الجنس

الجدول (6)

توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير نوع المرض

المتغير	الفئة	عدد المرضى	النسبة (%)
نوع السكري	المعتمد على الأنسولين	16	40%
	المعتمد على حبوب السكري	17	42.5%
	سكر الحمل	7	17.5%
	المجموع الكلي	40	100%

يُلاحظ من الجدول رقم (6) أنَّ نسبة (40%) من أفراد عينة البحث كان نوع مرض السكري لديهم هو (المعتمد على الأنسولين)، وأنَّ (42.5%) من أفراد عينة البحث كان نوع مرض السكري لديهم هو (المعتمد على حبوب السكري)، في حين أنَّ (17.5%) من أفراد عينة البحث كان نوع مرض السكري لديهم هو (سكر الحمل). والشكل الآتي يوضح توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير نوع مرض السكري:



الشكل (2)

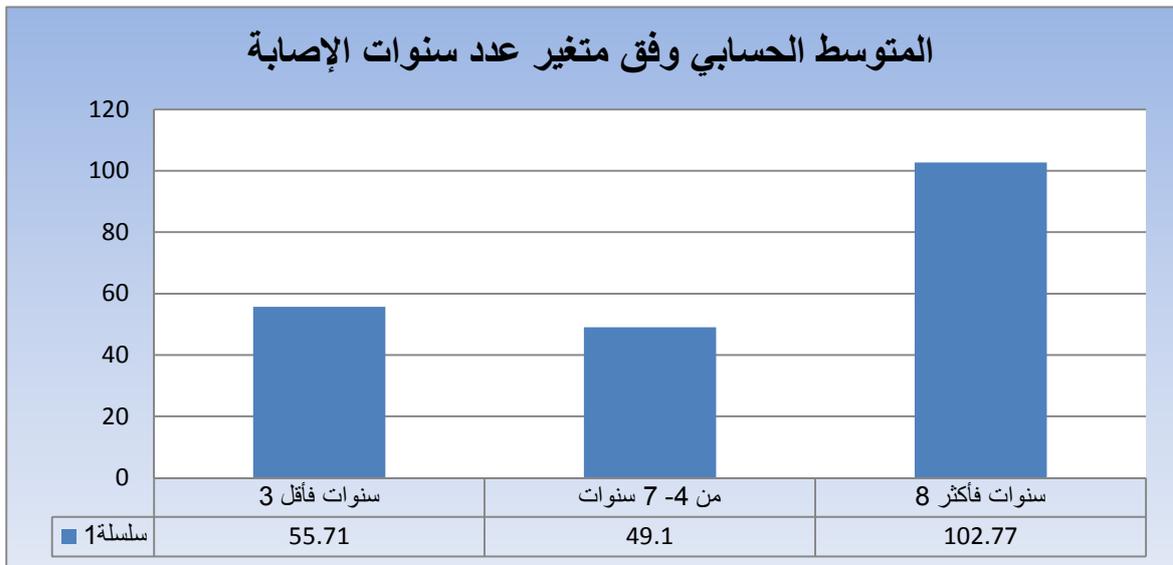
توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير نوع المرض

## الجدول (7)

توزع أفراد عينة البحث وفق متغير عدد سنوات الإصابة

المتغير	الفئة	عدد المرضى	النسبة
عدد سنوات الإصابة	1 - 3 سنوات	17	42.5 %
	4 - 7 سنوات	10	25 %
	8 سنوات فأكثر	13	32.5 %
	المجموع الكلي	40	100 %

يُلاحظ من الجدول رقم (7) أنّ نسبة (42.5%) من أفراد عينة البحث يعانون مرض السكري منذ فترة (3 سنوات فأقل)، وأنّ (25%) من أفراد عينة البحث يعانون مرض السكري منذ فترة (4 - 7 سنوات)، في حين أنّ (32.5%) من أفراد عينة البحث يعانون مرض السكري منذ فترة (8 سنوات فأكثر). والشكل الآتي يوضح توزع أفراد عينة البحث وفق متغير عدد سنوات الإصابة:



## الشكل (3)

توزع أفراد عينة البحث وفق متغير عدد سنوات الإصابة

## الجدول (8)

## توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير مستوى الدخل

المتغير	الفئة	عدد المرضى	النسبة
مستوى الدخل المادي	أقل من 15000 ل.س.	9	22.5 %
	15000 - 20000 ل.س.	10	25 %
	21000 - 25000 ل.س.	6	15 %
	أكثر من 25000 ل.س.	15	37.5 %
	المجموع الكلي	40	100 %

يُلاحظ من الجدول رقم (8) أنّ نسبة (22.5%) من أفراد عينة البحث مستوى دخلهم المادي (أقل من 15000 ل.س.)، وأنّ (25%) من أفراد عينة البحث مستوى دخلهم المادي ما بين (15000 - 20000 ل.س.)، وأنّ (15%) من أفراد عينة البحث مستوى دخلهم المادي ما بين (21000 - 25000 ل.س.)، في حين أنّ (37.5%) من أفراد عينة البحث مستوى دخلهم المادي (أكثر من 25000 ل.س.). والشكل الآتي يوضح توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير مستوى الدخل المادي للمرضى:



## الشكل (4)

## توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير مستوى الدخل

## الجدول (9)

## توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير المستوى التعليمي

المتغير	الفئة	عدد المرضى	النسبة
المستوى التعليمي	دون الثانوي	11	27.5 %
	ثانوية أو معهد	14	35 %
	إجازة جامعية فأعلى	15	37.5 %
	المجموع الكلي	40	100 %

يُلاحظ من الجدول رقم (9) أنّ نسبة (27.5%) من أفراد عينة البحث مستواهم التعليمي (دون الثانوي)، وأنّ (35%) من أفراد عينة البحث مستواهم التعليمي (ثانوية أو معهد)، في حين أنّ (37.5%) من أفراد عينة البحث مستواهم التعليمي (إجازة جامعية فأعلى). والشكل الآتي يوضح توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير المستوى التعليمي للمرضى:



## الشكل (5)

## توزيع أفراد عينة البحث وفق متغير المستوى التعليمي

## 6/4 . أدوات البحث.

## 6/4/1 . مقياس الرضا عن الحياة:

. الإطار المرجعي للمقياس: قبل البدء ببناء مقياس الرضا عن الحياة، قامت الباحثة بدراسة مفهوم الرضا عن الحياة نظرياً من خلال المراجع العربية- مع ندرتها- من جهة، والاطلاع على أكبر عدد ممكن من المراجع والدراسات الأجنبية من جهة ثانية؛ وبخاصة الأبحاث المنشورة على الإنترنت،

وذلك بهدف تكوين خلفية نظرية شاملة وواضحة حول مفهوم الرضا عن الحياة وعلاقته بكثير من المتغيرات الأخرى، وبما يُساعد على إعداد المقياس من جهة والبرنامج الإرشادي من جهة أخرى؛ وبالأخص الدراسات والأبحاث التي تخص مرضى السكري. وقد اختارت الباحثة الدراسات المحلية والعربية الحديثة في هذا المجال كونها تقترب في بيئتها من بيئة البحث الحالي، وكان الهدف من الرجوع إليها معرفة أبعاد الرضا عن الحياة التي تناولها الباحثون في دراساتهم وخصوصاً ما يتعلق منها بمرض السكري.

وقامت بمراجعة مجموعة من المقاييس من أجل إعداد مقياس البحث الحالي، ومن هذه المقاييس:

- مقياس الرضا عن الحياة من إعداد مجدي الدسوقي (1998).
- مقياس نوعية الحياة من إعداد محمد الراشد (2002).
- مقياس جودة الحياة من إعداد إبراهيم يونس (2004).
- مقياس الرضا عن الحياة من إعداد منال السبيعي (2007).
- مقياس الرضا عن الحياة من إعداد نعمات علوان (2008).
- مقياس جودة الحياة من إعداد حنان سليمان (2009).
- مقياس الرضا عن الحياة من إعداد سوزان بسيوني (2011).
- مقياس الرضا عن الحياة من إعداد رانيا المالكي (2011).
- مقياس الرضا عن الحياة من إعداد ماهر المجدلاوي (2012).
- مقياس الرضا عن الحياة من إعداد حسين عيسى (2013).

وقد تمّ الاطلاع على عدد من التعريفات المختلفة لأبعاد المقياس، إذ لم يتمّ العثور على مقياس مستقل يتضمن فقرات لقياس الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري (في حدود علم الباحثة)، وبعد الاطلاع على هذه المقاييس تمت صياغة مقياس يتألف من (32) بنداً، وتمّ الاطلاع على مجموعة من الأدبيات التي تُظهر الأعراض النفسية لمرضى السكري، كما قامت الباحثة باستفتاء العاملين في المراكز الصحية والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين في هذه المراكز لاختيار أهم مظاهر الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري، بالإضافة إلى ملاحظة الباحثة وتسجيل بعض مظاهر الرضا أو عدم الرضا عن الحياة من خلال الزيارات المتكررة للمراكز الصحية، وبعد ذلك:

عرض المقياس على المحكمين: تم عرض المقياس بصورته الأولية على عدد من المُحكِّمين المختصين بلغ عددهم (8) محكمين، لإضافة أو حذف البنود المناسبة وغير المناسبة من المقياس، ومدى صلاحها لقياس ما وضعت لأجله (انظر الملحق رقم 1/ ص/227).

ويتضمن المقياس صفحة للتعليمات تهدف إلى إيضاح الهدف من المقياس وتوضيح طريقة الإجابة على بنوده، وتأكيد سرية الإجابة انظر الملحق (2/ ص/228) ويتكون المقياس من (32) بنداً، كما هو موضح في الجدول الآتي:

### الجدول (10)

#### أبعاد مقياس الرضا عن الحياة وتوزع بنوده

أرقام البنود	عدد البنود	أبعاد المقياس
1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8	8	البعد الأول: (السعادة).
9، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17	9	البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية).
18، 19، 20، 21، 22	5	البعد الثالث: (الطمأنينة).
23، 24، 25، 26، 27	5	البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي).
28، 29، 30، 31، 32	5	البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي).

#### . طريقة تصحيح مقياس الرضا عن الحياة:

تتم الإجابة على عبارات المقياس بوحدة من الإجابات الخمس التالية: (موافق بشدة، موافق، لا أدرى، لا أوافق، لا أوافق بشدة). فالعبارات تُعطى درجاتها وبالترتيب السابق على النحو التالي: (5-4-3-2-1).

. الدراسة الاستطلاعية الأولى: كان الهدف من الدراسة الاستطلاعية الأولى التأكد من وضوح التعليمات والعبارات عموماً للمفحوصين، بهدف تحديد الوقت اللازم فعلياً لتطبيق المقياس إضافة إلى الكشف عن الصعوبات التي قد تظهر في أثناء تطبيق المقياس. وقد تم تطبيق المقياس على عينة مؤلفة من 16/ مريضاً ومريضة من مرضى السكري في المراكز الصحية بمحافظة اللاذقية وهذه العينة لم تشمل ضمن عينة التطبيق النهائي للبرنامج الإرشادي، إذ قدمت الباحثة لمحة موجزة عن الغاية من التطبيق وكيفية القيام بذلك، وأجابت عن الاستفسارات، كما تم تسجيل أرقام العبارات التي تم الاستفسار عنها، والكلمات غير الواضحة، وتم حساب الوقت اللازم للإجابة بحدود 20/ دقيقة تقريباً.

. إجراء التعديلات في ضوء ملاحظات المحكمين والدراسة الاستطلاعية الأولى: 1- تم تحويل صيغة العبارات جميعها إلى صيغة المتكلم بدلاً من صيغة المخاطب. 2- استبدال بعض المفردات بمفردات أخرى. 3- إعادة صياغة بعض العبارات وتعديلها لتتوافق والبيئة المحلية من جهة، ولتكون أكثر انسجاماً وملاءمة لواقع الحياة اليومية لمرضى السكري.

- **الدراسة الاستطلاعية الثانية:** أجريت الدراسة الاستطلاعية الثانية بعد /16/ يوماً من الدراسة الاستطلاعية الأولى، وعلى العينة نفسها؛ وتم شرح أبعاد المقياس وفقراته لأفراد العينة الاستطلاعية، وكان الهدف من هذه الدراسة التأكد من وضوح العبارات والمفردات بعد التعديل من جهة، والتأكد من صدق المقياس وحساب ثبات المقياس.

### . الخصائص السيكومترية لمقياس الرضا عن الحياة:

قامت الباحثة بإجراء دراسة سيكومترية لمقياس الرضا عن الحياة من أجل التحقق من صدق وثبات المقياس وصلاحه للتطبيق، واعتماد نتائجه في البحث.

. **صدق المقياس:** يُعرّف الصدق بأنه درجة قدرة المقياس على قياس ما وضع لقياسه (مخائيل، 2003، 255). وقد تم تقويم صدق المقياس من خلال استخدام الطرائق التالية:

#### 1- الصدق المحتوى (الصدق التمثيلي):

صدق المحتوى أو الصدق التمثيلي كما يُسمى عادةً، يقوم ببساطة على دراسة محتوى الاختبار وتفحص بنوده المختلفة للتأكد مما إذا كان الاختبار بكليته عينة ممثلة لمحتوى الموضوع ومجال السلوك الذي يراد قياسه (مخائيل، 2003، 257).

وليس هناك صيغة كمية يُمكن استعمالها للتحقق من صدق المحتوى أو تعبير عددي يمكن استعماله للدلالة عليه، فهذا النوع من الصدق يعتمد على التحليل المنطقي والمقارنة أو المطابقة بين محتوى الموضوع المقيس، لذا يشار إليه في كثير من الأحيان بالصدق المنطقي (مخائيل ج1، 2006، 145).

وبهدف التحقق من صلاح عبارات مقياس الرضا عن الحياة تم عرض المقياس على ثمانية محكمين من أعضاء الهيئة التدريسية بكلية التربية في جامعتي دمشق وتشرين، لبيان رأيهم في صحة كل بند، ودرجة ملاءمته للبعد الذي ينتمي إليه، ومدى وضوح الصياغة، فضلاً عن ذكر ما يرونه مناسباً من إضافات أو تعديلات، وبناءً على الآراء والملاحظات ولم يتم استبعاد أي بند من المقياس، ولكن تم تعديل بعضها من حيث الأسلوب والصياغة، وتمت إضافة بعضها الآخر، وبالتالي بلغ المجموع النهائي

لبنود هذه المقياس بصورته النهائية (32) عبارة تم توزيعها بصورة منتظمة على أبعاده. انظر الملحق (رقم /2/ ص/228/).

وقد تم إجراء التعديلات انطلاقاً من اتفاق أغلب المحكمين، وفي ضوء تلك الملاحظات والاقتراحات السابقة التي أبدتها المحكمون عدلت الباحثة المقياس قبل توزيعه على العينة الاستطلاعية. ويشير الجدول رقم (9) إلى أبرز تعديلات المحكمين:

الجدول (11) بنود المقياس التي تم تعديلها

البنود قبل التحكيم	البنود بعد التحكيم
أشعر بالسعادة لوجود علاقات مع الآخرين.	أشعر بالسعادة لوجود علاقات طيبة تربطني مع الآخرين.
أتمتع بحياة اجتماعية جيدة.	أتمتع بحياة اجتماعية سعيدة.
أجد قبولاً في الوسط الاجتماعي.	أجد احتراماً وتقديراً في الوسط الاجتماعي.
أنا راضي عن كل شيء في صحي.	أنا راضي عن كل شيء في حياتي.
أفكاري وأرائي تعجب الآخرين.	أفكاري وأرائي تتال تقدير الآخرين واحترامهم.

البنود التي تم إضافتها: (أشعر بالسعادة لوجود علاقات طيبة تربطني مع الآخرين، يتسم سلوكي مع الآخرين بالتسامح والمرح).

2- الصدق الذاتي: قامت الباحثة بحساب الصدق الذاتي للمقياس (الجذر التربيعي لمعامل ثبات المقياس) وقد بلغت درجة صدق المقياس الكلي (0.91) درجة أما درجة الصدق لكل بعد، فقد تراوحت بين (0.87 - 0.92) كما هو موضح في الجدول رقم (12):

الجدول (12)

درجة الصدق الذاتي لمقياس الرضا عن الحياة

أبعاد مقياس الرضا عن الحياة	الصدق الذاتي	القرار
البعد الأول: (السعادة)	0.88	دالة عند (0.05)
البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)	0.87	دالة عند (0.05)
البعد الثالث: (الطمأنينة)	0.92	دالة عند (0.05)
البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)	0.90	دالة عند (0.05)
البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي)	0.92	دالة عند (0.05)
الدرجة الكلية	0.91	دالة عند (0.05)

يتضح من الجدول أن جميع قيم الصدق الذاتي مرتفعة، ودالة عند مستوى الدلالة (0.05) مما يدل على صدق المقياس، الأمر الذي يجعله صالحاً للاستخدام.

**3- صدق البناء الداخلي:** تم حساب معاملات الارتباط بين درجات مفردات كل بعد والدرجة الكلية المصححة للبعد الذي تنتمي إليه هذه المفردات، إذ تشير الدرجة المصححة إلى الدرجة الكلية للبعد بعد حذف درجة المفردة للحصول على معاملات ارتباط غير متأثرة بدرجة المفردة، ويتناسب معامل الارتباط الذي نحصل عليه مع قوة قياس تلك المفردة للتكوين المقصود أي (البعد)، وذلك على اعتبار أن الدرجة الكلية تقيس، هذا التكوين، وعلى هذا الأساس يمكن استبعاد المفردات ذات الارتباط الموجب المرتفع بالدرجة الكلية، واستبعاد أو تعديل المفردات ذات الارتباط المنخفض، أو ذات الارتباط السالب (أبو علام، 2003، 326-328).

وقامت الباحثة باستخراج صدق الاتساق الداخلي بطريقتين هما:

#### . صدق الفقرة:

قامت الباحثة باستخراج صدق الفقرة من خلال تطبيق المقياس على عينة البحث الاستطلاعية، وبعد أن تم حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس (السعادة، العلاقات الاجتماعية، الطمأنينة، الاستقرار الاجتماعي، التقدير الاجتماعي) كانت معاملات الارتباط لجميع الأبعاد مرتفعة ودالة عند مستوى الدلالة (0.05) كما هو موضح في الملحق (رقم 3/، ص 230/).

#### . علاقة درجة البعد بالدرجة الكلية للمقياس:

قامت الباحثة بإيجاد معاملات الارتباط بين درجات المرضى الفرعية على كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس، وكانت جميع معاملات الارتباط مرتفعة، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الصدق، والجدول رقم (13) يوضح ذلك:

#### الجدول (13)

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للبعد مع الدرجة الكلية لمقياس الرضا عن الحياة

أبعاد مقياس الرضا عن الحياة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	القرار
البعد الأول: (السعادة)	0.975	0.000	دالة عند (0.05)
البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)	0.980	0.000	دالة عند (0.05)
البعد الثالث: (الطمأنينة)	0.977	0.000	دالة عند (0.05)
البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)	0.953	0.000	دالة عند (0.05)
البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي)	0.964	0.000	دالة عند (0.05)

4- الصدق التمييزي:

من أجل التأكد من صدق المقياس تم إجراء الصدق التمييزي الذي يُعرف بأنه: "مفهوم كمي وإحصائي، يعبر بلغة العدد عن درجة تلك الحساسية ومدى قدرة البند على التمييز أو التفريق بين الأفراد في ذلك الجانب أو المظهر من السمة التي يتصدى لقياسها، ولا شك في أن القدرة التمييزية للبنود تتصل مباشرة بصدق تلك البنود ونجاحها في قياس ما وضعت لقياسه، وذلك من خلال مقارنة الفئات المتطرفة في المقياس نفسه" (مخائيل، 2006، 86).

حيث قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية بلغ عددها (16) مريضاً ومريضة للتأكد من صدق المقياس، وتم اختبار الصدق التمييزي على الأبعاد الخمسة للمقياس: (السعادة، العلاقات الاجتماعية، الطمأنينة، الاستقرار الاجتماعي، التقدير الاجتماعي). وتم إجراء الصدق التمييزي على المقياس بين الربيع الأعلى، وهم (4) مرضى من أفراد الدراسة الاستطلاعية، والربيع الأدنى، وهم (4) مرضى من أفراد الدراسة الاستطلاعية لاستجابات أفراد عينة البحث، وفق درجاتهم الكلية على مقياس الرضا عن الحياة والبنود الكلية لكل بُعد، وإهمال درجات (8) مرضى الذين كانت درجاتهم في الوسط، حيث رتبت البنود تصاعدياً وعولجت النتائج إحصائياً باستخدام معامل (مان - وتني) اللابرامتري لدلالة الفروق بين الربيعين الأعلى والأدنى، وكانت النتائج كما يشير إليها الجدول رقم (14):

الجدول (14)

الصدق التمييزي لمقياس الرضا عن الحياة وأبعاده

مستوى الدلالة	قيمة Z	مان وتني U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	المجموع	الصدق التمييزي
0.018	2.366	0.000	26.00	6.50	4	1.00
			10.00	2.50	4	4.00
					8	المجموع
البعد الأول: (السعادة)						
0.021	2.309	0.000	26.00	6.50	4	1.00
			10.00	2.50	4	4.00
					8	المجموع
البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)						
0.017	2.381	0.000	26.00	6.50	4	1.00
			10.00	2.50	4	4.00
					8	المجموع
البعد الثالث: (الطمأنينة)						
0.019	2.337	0.000	26.00	6.50	4	1.00
			10.00	2.50	4	4.00
					8	المجموع
البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)						

0.019	2.337	0.000	26.00	6.50	4	1.00	البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي) المجموع
			10.00	2.50	4	4.00	
					8		
0.021	2.309	0.000	26.00	6.50	4	1.00	المجموع الكلي المجموع
			10.00	2.50	4	4.00	
					8		

يُلاحظ من الجدول السابق أن (قيمة Z المقابلة لقيمة U مان ويتني) لأبعاد المقياس والمجموع الكلي ( $U=2.309$ ) وليس هناك مشاهدات مشتركة بين الفئة العليا والفئة الدنيا ومستوى الدلالة ( $P=0.021$ )، وهناك فروق بين الفئتين، إذاً فالصدق التمييزي للمقياس مرتفع، ويُمكن اعتماد الأداة لإنجاز البحث.

. ثبات المقياس: يعرف الثبات على أنه مدى إعطاء المقياس الدرجات نفسها لأفراد العينة أنفسهم عند إعادة تطبيقه عليهم (طه، 1993، 265). واعتمدت الباحثة في حساب ثبات المقياس على الطرائق التالية:

. إعادة التطبيق: تم حساب معامل الثبات عن طريق تطبيق المقياس وإعادة تطبيقه على نفس العينة بعد أسبوعين، وقد أظهرت النتائج تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات بلغت ( $0.90$ ).

### الجدول (15)

#### معامل الترابط (بيرسون) في التطبيقين الأول والثاني لمقياس الرضا عن الحياة

القرار	معامل الارتباط (بيرسون)	أبعاد مقياس الرضا عن الحياة
دالة عند (0.05)	0.913	البعد الأول: (السعادة)
دالة عند (0.05)	0.897	البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)
دالة عند (0.05)	0.934	البعد الثالث: (الطمأنينة)
دالة عند (0.05)	0.871	البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)
دالة عند (0.05)	0.885	البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي)
دالة عند (0.05)	0.904	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول أن جميع قيم معاملات الترابط مرتفعة، ودالة عند مستوى الدلالة (0.05) مما يدل على ثبات المقياس. الأمر الذي يجعله صالحاً للاستخدام.

. طريقة ألفا كرونباخ:

الجدول (16)

ثبات مقياس الرضا عن الحياة وفق قانون (ألفا كرونباخ)

أبعاد مقياس الرضا عن الحياة	عدد أفراد العينة	عدد البنود	معامل (ألفا كرونباخ)
البعد الأول: (السعادة)	16	8	0.84
البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)	16	9	0.81
البعد الثالث: (الطمأنينة)	16	5	0.85
البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)	16	5	0.86
البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي)	16	5	0.87
الدرجة الكلية	16	32	0.85

قامت الباحثة بتطبيق قانون ألفا كرونباخ لمعرفة درجة تباين البنود جميعها من جهة، وتباين المقياس ككل من جهة أخرى، وتبين أن قيمة ثبات المقياس في الدرجة الكلية (0.85) وهي قيمة مرتفعة، وتدل على صلاح الأداة للاستخدام.

. طريقة التجزئة النصفية:

طبقت الاستبانات على العينة الاستطلاعية، وتمّ حساب التجزئة النصفية، وجاءت النتائج كما يشير إليها الجدول رقم (17):

الجدول (17)

ثبات التجزئة النصفية لمقياس الرضا عن الحياة

أبعاد مقياس الرضا عن الحياة	التجزئة النصفية	القرار
البعد الأول: (السعادة)	0.465	دالة عند (0.01)
البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)	0.429	دالة عند (0.01)
البعد الثالث: (الطمأنينة)	0.481	دالة عند (0.01)
البعد الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)	0.453	دالة عند (0.01)
البعد الخامس: (التقدير الاجتماعي)	0.394	دالة عند (0.01)
الدرجة الكلية	0.441	دالة عند (0.01)

يلاحظ من الجدول رقم (17) أنّ جميع قيم معاملات الثبات مرتفعة وتدل على ثبات الأداة، وتسمح بإجراء البحث.

## 6/4/2 . البرنامج الإرشادي:

مقدمة:

انصب اهتمام الكثير من الباحثين في الإرشاد النفسي وعلم النفس على إعداد البرامج الإرشادية والتدريبية وقياس فاعليتها، وذلك بهدف تنمية وتطوير إمكانيات الفرد من مختلف النواحي عموماً؛ والعمل على تحسين قدرة الفرد على إيجاد الحلول للمشاكل التي قد تعترض سبيله، وتعوق توافقه مع البيئة التي ينتمي إليها، وفي هذا السياق تأتي محاولة الباحث إعداد برنامج إرشادي لخفض العجز المكتسب.

## أولاً . إعداد البرنامج الإرشادي في صورته الأولية:

بعد الإجراءات العديدة التي تم استعراضها بهدف الحصول على المعلومات والتحضير للأنشطة والتمرينات، قامت الباحثة بإعداد البرنامج بصورته الأولية وفق المراحل الآتية:

## 1. تحديد جلسات البرنامج وإعدادها وفق الآتي:

1/1- تحديد مضمون وتسلسل الجلسات (عنوان كل جلسة):

تمّ توزيع ما تمّ تحضيره من المعلومات النظرية والأنشطة على جلسات البرنامج الإرشادي. وتحديد عنوان لكل جلسة، وتسلسل هذه الجلسات بما يحقق الفائدة والترابط في المعلومات، والبناء على ما يتم التدريب عليه من المهارات، وقد سميت كل جلسة بعنوان يدل على أهدافها.

## 2/1- تحديد الأهداف الخاصة لكل جلسة:

صياغة أهداف كل جلسة من جلسات البرنامج بعبارات سلوكية واضحة قابلة للتطبيق والملاحظة.

## 3/1- تحديد الأنشطة والتدريبات المستخدمة في كل جلسة:

حددت الباحثة أنشطة كل جلسة بحيث تحقق أهدافها المحددة، وما يحقق الفائدة من خلال التنوع والتباين في مستوياتها، وفي الجوانب التي تعمل على تنميتها (سلوكية، معرفية، انفعالية). وتحديد الواجب المنزلي، واستمارة التقييم لكل جلسة.

## 4/1- تحديد الأجهزة والأدوات التي تستخدم في كل جلسة:

تمّ تحديد الأدوات والمواد اللازمة لتنفيذ البرنامج الإرشادي بشكل عام من أدوات ومواد وقرطاسية (أقلام، أقلام تلوين، أوراق، لوح قلاب، أوراق تستخدم للوح القلاب، لاصق للأوراق)، وحاسوب، (C.D).

ثم حددت الباحثة بدقة كل ما تحتاج إليه في تنفيذ كل جلسة من جلسات البرنامج وكل نشاط على حدة، مثل: (بطاقات، لوحة لعرض الرسوم، مواد تساعد في لعب الدور، الموزعات الخاصة بكل تمرين، استمارات التقويم اليومية، الواجبات المنزلية... الخ).

## 2- تحديد الوقت اللازم لتنفيذ البرنامج الإرشادي:

تكون البرنامج الإرشادي الحالي من (14) جلسة إرشادية على مدى شهر ونصف، ومدة كل جلسة (2.30) ساعتان ونصف الساعة. تنفذ عبر (3) جلسات في كل أسبوع.

ويعد تحديد المدة الزمنية المناسبة، بحيث يمكنها تغطية محتوى البرنامج، كما أن اختيار التوقيت المناسب للبرنامج من حيث بدايته ونهايته وفترات الاستراحة وطول الجلسة الواحدة، من المقومات الأساسية لنجاح البرنامج (الطعاني، 2007، 57).

## 3- اختيار المكان الذي سينفذ فيه البرنامج الإرشادي:

تم تنفيذ البرنامج الإرشادي في المراكز الصحية لرعاية مرضى السكري، وقد حصلت الباحثة على موافقة إدارة المراكز الصحية لتطبيق البرنامج، وخصصت لذلك قاعة للتدريب تتناسب مع عدد المشاركين بالبرنامج، ومع التدريبات والمهام والأنشطة المتعددة. وتتميز القاعة بأنها:

- واسعة تتناسب مع عدد المشاركين وأسلوب العمل في البرنامج الإرشادي. ويوجد فيها عدد من الطاولات الصغيرة والكراسي. مما يسمح بإمكانية تحريكها بسهولة من أجل تغيير طريقة جلوس المشاركين، وفق أسلوب التدريب والأنشطة والتمارين أثناء الجلسة.
- جيدة الإضاءة والتهوية والتدفئة المناسبة بها.

وقد تم اعتماد طريقة جلوس المشاركين بالبرنامج الإرشادي، على شكل حرف U أثناء المناقشة والحوار والأسئلة. وعند توزيع المشاركين إلى مجموعات عمل صغيرة كانت طريقة الجلوس تختلف بحيث تنفرد كل مجموعة بطاولة مستقلة. وعند لعب الأدوار يبعد عدد من الطاولات إلى جانب في القاعة ويترك المجال للمشاركين.

## ثانياً . عرض البرنامج الإرشادي بصورته الأولى على المحكمين:

تم تحكيم البرنامج، بغية التأكد من ملاءمة جلساته لتحقيق أهدافه في ضوء الهدف العام للبرنامج، لتقديم مقترحاتهم لتحسين أدواته وفنياته، وتعرف مدى ملاءمة البرنامج الإرشادي للفئة المستهدفة من

البرنامج. وتعرف مدى كفاية عدد الجلسات الإرشادية، والزمن المناسب لكل جلسة. حيث تم عرضه على عدد من أساتذة علم النفس والإرشاد النفسي في كلية التربية - جامعة دمشق.

### ثالثاً . التجريب الاستطلاعي للبرنامج الإرشادي:

#### A. أهداف التجريب الاستطلاعي للبرنامج الإرشادي:

- تعرف مدى ملاءمة البرنامج الإرشادي لعينة البحث.
- تعرف وضوح الفنيات والأنشطة وإمكانية تطبيقها على عينة البحث.
- تجريب أدوات البرنامج، لاكتساب المهارة في استخدامها في أثناء التدريب.
- تعرف الصعوبات التي يمكن أن تواجه الباحثة عند تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية، والتخطيط لتجاوزها.
- التدريب على تطبيق البرنامج وعلى التواصل مع عينة البحث بما يخص تنفيذ البرنامج.
- حصول الباحثة على التغذية الراجعة للتأكد من نقاط القوة ونقاط الضعف في البرنامج الإرشادي، ومن مهاراتها في إدارة جلسات البرنامج، وتنفيذ إجراءاته، وأنشطته، ومن التفاعل الإيجابي مع عينة البحث.
- ملاءمة تصميم البرنامج الإرشادي في مدته وعدد جلساته بحيث يتناسب مع ظروف عينة البحث كونها تتواجد في المركز خلال فترة العلاج وهي محددة بمدة لا تزيد على ثلاثة أسابيع.
- تحديد وقت تنفيذ الجلسة بما يتناسب ونظام المركز الصحي والنشاط اليومي فيه، ووقت الاستراحة، ووقت الزيارات.
- تعرف آراء المحكمين بالبرنامج وملاحظاتهم الإيجابية والسلبية، بما يخص مضمونه وتنفيذه بعد عرضه على عدد من السادة المحكمين.

#### B. عرض البرنامج بصورته الأولية على السادة المحكمين:

تم عرض البرنامج على عدد من السادة المحكمين لإبداء آرائهم؛ والاستفادة من ملاحظاتهم في تعديله وتطويره (راجع الملحق رقم/ 1 / ص /227/). وقد عملت الباحثة على الاستفادة من هذه الملاحظات:

- ما يتعلق بمدة الجلسة - طول الفترة بين الجلسة والتي تليها- تحديد الأهداف بدقة أكبر - تقليل عدد الفنيات المستخدمة في كل جلسة- زيادة عدد المواقف المستوحاة من بيئة المتدربين.

**C. إجراءات التطبيق الاستطلاعي التجريبي:**

- بعد الاستفادة من ملاحظات السادة المحكمين؛ قامت الباحثة بتطبيق البرنامج تطبيقاً استطلاعياً تجريبياً، على عينة من المتطوعين عددها /10/ مرضى، /5/ ذكور، /5/ إناث.
- تم تنفيذ جلسات البرنامج البالغ عددها (14) أربع عشرة جلسة، بمعدل جلستين أسبوعياً (السبت والخميس) واستمر التطبيق لمدة /7/ أسابيع أي /14/ يوماً.
- تم التقيد بمحتويات البرنامج والعمل على تطبيقها كاملة مع تسجيل جميع الملاحظات، وخاصة تلك التي أثارها المتدربون، بهدف الاستفادة منها في تطوير البرنامج لاحقاً.

**D. نتائج التطبيق الاستطلاعي:**

أهم الملاحظات في التطبيق الاستطلاعي التجريبي والتعديلات التي تمت:

- الصعوبة البالغة جداً في تطبيق البرنامج على مدى /7/ أسابيع لأسباب عديدة أهمها: انشغال المتدربين في النشاطات والإجراءات التدريبية اليومية المقررة، التي يستحيل غالباً تأجيلها أو إلغاؤها فضلاً عن الغياب عنها، مما اضطر الباحثة عدة مرات لتأجيل الجلسة لساعات عن موعدها المقرر؛ بعد جهد كبير لمنع تأجيلها أو إلغاؤها؛ لذلك وبناء على ما سبق اضطر الباحث إلى تطبيق البرنامج في مرحلة التنفيذ الحقيقي بشكل ثلاثة أيام في الأسبوع، وذلك لمدة أربعة عشر يوماً بعد اختيار الفترة الأكثر ملاءمة من حيث قلة عدد الإجراءات المطلوبة، كما تم اختصار فترة المتابعة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج إلى شهرين فقط.
- المسألة الثانية التي لا تقل أهمية عن الأولى تتجلى في صعوبة - إن لم نقل استحالة- منع المتدربين من أخذ عطلة أو إجازة عادية طوال فترة تنفيذ البرنامج- الطويلة نسبياً- هذا إذا لم نأخذ في الحسبان احتمالية اضطرار أي متدرب للغياب لأسباب قاهرة -.
- ضرورة زيادة الزمن المحدد لمناقشة الواجب المنزلي في أغلب جلسات البرنامج من /10/ دقائق إلى /20/ دقيقة.
- المرونة في التوقيتات: ضرورة زيادة الزمن المحدد لكل جلسة أو على الأقل عدم التقيد بزمن ثابت لكل الجلسات، وإنما لكل جلسة وقتها الخاص استناداً لمحتوياتها، حيث تستدعي أغلب الجلسات زيادة الزمن المخصص لها إلى (3) ثلاث ساعات.
- ضرورة وجود استراحة لمدة /5/ دقائق خلال الجلسة تلافياً للملل.

- التقيد بالإجراءات المحددة لضمان عدم الخروج عنها والانجرار وراء نقاشات لا طائل منها.
- ضرورة إغناء البرنامج بالملاحظات والمقترحات التي أبدأها المتدربون.

#### رابعاً . البرنامج الإرشادي في صورته النهائية:

بعد التعديلات التي أجريت على البرنامج الإرشادي نتيجة آراء المحكمين، وبعد التطبيق الاستطلاعي التجريبي قامت الباحثة بالتعديلات المطلوبة، وبذلك تمَّ الحصول على البرنامج الإرشادي في صورته النهائية وهو قابل للتطبيق التجريبي وقد بلغ عدد جلساته (14) جلسة. وتوزعت جلسات البرنامج الإرشادي كما يُشير إليها الجدول رقم (18):

#### الجدول (18)

#### جلسات البرنامج الإرشادي لمرضى السكري

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	تاريخ الجلسة
الجلسة الأولى	التعارف بين أعضاء المجموعة التدريبية، والتعريف بالبرنامج الإرشادي، وبمفهوم الرضا عن الحياة.	2013/11/2م
الجلسة الثانية	تعرف الضغوط النفسية والتفريغ الانفعالي.	2013/11/5م
الجلسة الثالثة	مواجهة الضغوط النفسية.	2013/11/7م
الجلسة الرابعة	التعبير عن المشاعر الإيجابية.	2013/11/9م
الجلسة الخامسة	التعبير عن المشاعر السلبية.	2013/11/12م
الجلسة السادسة	التغلب على مشاعر عدم الرضا عن الحياة.	2013/11/14م
الجلسة السابعة	التدريب على الحوار الذاتي الإيجابي.	2013/11/16م
الجلسة الثامنة	التدريب على دحض الأفكار اللاعقلانية.	2013/11/19م
الجلسة التاسعة	مهارات الاسترخاء.	2013/11/21م
الجلسة العاشرة	لحل المشكلات أكثر من طريقة.	2013/11/23م
الجلسة الحادية عشرة	إدارة الضغوط في تعامله مع الآخرين.	2013/11/26م
الجلسة الثانية عشرة	المساندة الاجتماعية وتطويرها.	2013/11/28م
الجلسة الثالثة عشر	التقييم البعدي.	2013/11/30م
الجلسة الرابعة عشر	التقييم المؤجل.	2014/1/18م

## خامساً . إجراءات تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية:

## (1) التحضير للتطبيق:

التقت الباحثة جميع أفراد المجموعة التجريبية من المتطوعين الراغبين بالانضمام والمشاركة في البرنامج الإرشادي، بهدف تعرفهم بشكل جيد وتوضيح الخطوط العريضة للعمل ومعرفة ظروفهم بشكل دقيق، بغية العمل على ضمان سير البرنامج بانتظام ومعرفة أنسب الأمور التي تساعد على الاتفاق بشأن البدء بالبرنامج.

وقبل تطبيق البرنامج الإرشادي، قامت الباحثة بالاستعدادات التي تجلت في إعداد كراس خاص بالبرنامج، واللوح القلاب، بالإضافة إلى حقيبة تحتوي على مستلزمات تنفيذ البرنامج الآتية:

- الموزعات الخاصة بكل جلسة: أوراق خاصة بالإجابات على التدريبات.
- ورق أبيض، الأقلام للكتابة، وأقلام تلوين للأنشطة التي تحتاج لذلك.
- استمارات التقييم لكل جلسة من جلسات البرنامج، واستمارة تقييم البرنامج النهائية.
- جهاز التسجيل.

(2) تحديد زمن جلسات التدريب على البرنامج: تم تنفيذ البرنامج في الفترة ما بين (2013/11/2م لغاية 2013/11/30م). تم خلالها تنفيذ أربع عشرة جلسة تدريبية إرشادية، بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً، باستثناء آخر أسبوع تمّ تنفيذ جلسة واحدة. وكانت مدة كل الجلسة ساعتين ونصف. وطُبقت الجلسة الرابعة عشرة وهي جلسة: (التقييم المؤجل) بتاريخ (2014/1/18م).

## (3) مرحلة التطبيق للمقياس:

تم تطبيق مقياس البحث (مقياس الرضا عن الحياة) قبل البدء بتطبيق البرنامج على عينة البحث (أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية). وبلغ عدد أفراد المجموعة التجريبية (20) فرداً من المتعالمين من مرض السكري في المراكز الصحية لرعاية مرضى السكري، وبلغ عدد أفراد المجموعة الضابطة (20) فرداً. والهدف من التطبيق القبلي:

- تحديد مستوى ودرجة الرضا عن الحياة لدى العينة قبل البدء بالتدريب على البرنامج الإرشادي.
- إجراء المقارنة والتحقق من تجانس المجموعتين: التجريبية والضابطة.
- المقارنة بين نتائج التطبيق القبلي ونتائج التطبيق البعدي والتتبعي لتحديد مدى فعالية البرنامج الإرشادي إحصائياً.

## 4) مرحلة تطبيق البرنامج الإرشادي:

## 1/4- التمهيد مع المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي:

تعد الدافعية لدى العينة التجريبية ركناً مهماً في نجاح البرامج الإرشادية، وللتأكد من رغبة أفراد المجموعة التجريبية في المشاركة، قامت الباحثة، بعد أن حصلت على نتائج المقياس، ونتيجة دراسة استمارة البيانات، وبعد اختيار المجموعة التجريبية، بمقابلة كل فرد من أفرادها. وقدمت لمحة عن محتوى البرنامج الإرشادي، ومدته وعن أهمية التفاعل الإيجابي، والتعاون بين أفراد المجموعة التجريبية والمدرية، والالتزام بالجلسات... الخ، وقد وجدت تجاوباً من أفراد المجموعة التجريبية، ورغبة في المشاركة، وقد طرحوا تساؤلات عديدة، وهذه أمثلة عن التساؤلات التي طرحوها على الباحثة؟

- هل يقدم في هذا البرنامج علاج دوائي مثل الذي يقدمه الأطباء؟

- هل سأتوقف عن الدواء عند المشاركة في البرنامج؟

- ماذا سأفعل في أثناء المشاركة في البرنامج؟

- السؤال الأهم وهو: هل المشاركة في البرنامج الإرشادي ستساعدني على تحسين وضعي النفسي؟

وقد أجابت الباحثة عن جميع أسئلتهم وشجعتهم على المشاركة.

وحرصاً من الباحثة على دقة التنفيذ، قامت بتنظيم سجل خاص، دونت به ملاحظاتها، وما حصلت عليه من معلومات من مقابلاتها للمتعالجين في المركز الصحي، وللاطباء المختصين العاملين في المركز الصحي.

ويضم هذا السجل ملفاً خاصاً لكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية، ويحوي هذا الملف على جميع المعلومات التي جمعتها عن كل فرد من خلال:

- معلومات من سجله الخاص وبياناته عند دخوله المركز الصحي. ورأي الأطباء والاختصاصيين.
- المعلومات التي حصلت عليها في أثناء تطبيق المقياس، الأسئلة التي طرحها، والأمور التي توقفت عندها، وتعليقاته في أثناء الإجابة، والبنود في المقياس التي أبدى اهتمامه بها.
- جمعت المعلومات التي حصلت عليها الباحثة نتيجة اطلاعها على نتائج المقياس، ومن دراستها لاستمارة البيانات الشخصية.
- جمعت المعلومات نتيجة المقابلة التمهيدية مع أفراد المجموعة التجريبية، وما طرحوه عند الحوار معهم، والمهارات التي يحتاج إليها كل منهم للتدريب عليها - وفق رأيه- وأولويات الفرد الحالية في حل مشكلاته.

## 2/4 - آلية سير النشاطات والفعاليات في جلسات البرنامج الإرشادي:

## الجلسة الأولى:

- بدأت الباحثة الجلسة بتحية المتدربين، وشكرهم على الانضمام والمشاركة في البرنامج الإرشادي، وقام بإعطاء الوقت الملائم لكل منهم ليقدم نفسه أمام المجموعة بهدف التعارف فيما بينهم وللتشجيع على الكلام وكسر الجليد. - تم التعريف بالبرنامج الإرشادي وأهدافه وأهميته وإمكانية الاستفادة منه على صعيد الحياة اليومية والعملية للمتدربين. - تم شرح وتوضيح المعلومات المتعلقة بسير الجلسات ومواعيدها وطبيعة النشاطات والمهام التي ستنفذ في أثناء التدريب أو بعده كواجب منزلي. - تم سؤال المتدربين عما يتوقعونه من البرنامج الإرشادي ومناقشة ذلك. - تم الاتفاق على قواعد العمل (الجلسة) الإرشادي؛ من خلال السؤال عن القواعد التي يرون أنها تتيح للمجموعة العمل والحديث بحرية وانطلاق دون خجل أو خوف.

## 3/4 - الأمور التي تمت مراعاتها في أثناء تطبيق البرنامج الإرشادي:

- تشجيع أفراد المجموعة التجريبية على المشاركة، والتفاعل الإيجابي مع الأنشطة والتدريبات. وتقدير أدائهم ومشاركتهم.
- تشجيع أفراد المجموعة التجريبية على التعبير عن مشاعرهم وإبداء آرائهم في المواقف المختلفة، وإتاحة الفرصة للمناقشة وتقويم أداء مجموعات العمل الصغيرة.
- الحرص على توجيه الملاحظات ويتم التقويم من قبل الباحثة أو من قبل أفراد المجموعة التجريبية فيما بينهم للسلوك والأداء وليس إلى الشخص مثل: (تصرفاتك في موضوع كذا لم يعجبني، ولست أنت الذي لم يعجبني)، (لقد أزعجني قولك أو ما فعلت...، ولست أنت الذي أزعجتني...).
- تشجيع أفراد المجموعة التجريبية على أن يستخدموا "أنا"، مثل: "أنا أرى..."، "أنا لا أوافقك على..."، وليس "أنت"، مثل: "أنت لا تفهم ما أقول".
- التنوع في توزيع أفراد المجموعة التجريبية على مجموعات العمل، بشكل يتيح لكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية أن يشارك مع الجميع (يتم التبديل في كل مرة بين المشاركين).
- تشجيع أفراد المجموعة التجريبية على قبول بعضهم، والاحترام المتبادل بين الجميع، مما يسمح بالمشاركة والتعاون مع بعضهم.
- الاستفادة من كل موقف يمر به أفراد المجموعة التجريبية وتوظيفه لتطبيق المهارات التي تدربوا عليها، كما يتم تكليفهم بواجبات تناسب ظروفهم.

- تقديم التعزيز والتدعيم المناسب بعد تنفيذ التدريب.
- تأكيد ممارسة كل مهارة يتم التدريب عليها في جلسة معينة في الجلسات اللاحقة، وخارج الجلسات، وعدم الاكتفاء بممارستها لجلسة واحدة.
- تشجيع المتدربين على المبادرة بالحديث والحوار والمناقشة، وإبداء الرأي وطرح الأسئلة، في أثناء الجلسة بحضور باقي أفراد المجموعة التجريبية، وليس بعد انتهاء الجلسة.
- الالتزام بقواعد المجموعة الإرشادية التي تم الاتفاق عليها، وتحديدتها في الجلسة الأولى من قبل المتدربين أنفسهم وعدم الخروج عنها.
- الابتعاد عن توجيه الانتقادات مطلقاً سواء من المدربة أو من المتدربين فيما بينهم.
- الحرص كل الحرص على عدم إضاعة الوقت في مناقشة مواضيع جانبية أو مسائل شخصية خارج موضوع البرنامج- في الوقت المخصص للجلسة- مع لفت أنظار المتدربين لإمكانية مناقشة أي موضوع خارج أوقات الجلسات.
- إبراز الاهتمام والحرص الشديد من المدربة على إنجاز وتحقيق أهداف البرنامج الإرشادي، بمختلف الطرائق والوسائل، وخاصة من خلال إقامة العلاقة الإرشادية الصحيحة القائمة على التقبل والتفهم والتعاطف والاحترام الإيجابي غير المشروط.
- العمل على تشجيع جميع المتدربين على المشاركة في جميع النشاطات وإبداء الرأي والحوار والمساهمة في إغناء جلسات البرنامج بالمقترحات والآراء الفعالة.
- الابتعاد قدر الإمكان عن تقديم النصائح أو الأجوبة أو الحلول الجاهزة لأي موقف، وتشجيع الجميع على طرح أفكارهم وآرائهم.
- التعزيز اللفظي وتدعيم الاستجابات والمواقف الصحيحة التي تصدر عن المتدربين، والتي تعزز الانطلاق والتفاعل الاجتماعي فيما بينهم.
- تغيير طريقة وترتيب جلوس المتدربين خلال الجلسات حرصاً على تحقيق أكبر قدر من التفاعل والتعاون والتواصل بين جميع أفراد المجموعة.

## 4/4 - ملاحظات الباحثة حول تطبيق البرنامج الإرشادي:

- أبدت إدارة المركز الصحي تعاوناً جيداً مع الباحثة في مراحل العمل كافة، وسهلت لها العمل، بما قدمته من توجيهات لاستقبال الباحثة والسماح لها بالتطبيق، ولقاء المرضى.
- التزام جميع أفراد المجموعة التجريبية بحضور الجلسات كافة، والتزامهم بمتابعة البرنامج بالكامل.
- اهتم أفراد المجموعة التجريبية بتنفيذ الواجبات المنزلية التي كلفوا بها.
- ساد جو من الألفة والثقة بين أفراد المجموعة التجريبية، مع توالي جلسات البرنامج وهذا ساعدهم على المشاركة الفعالة في التدريبات وعلى انفتاحهم وارتياحهم والتعبير عن مشاعرهم.
- أبدى أفراد المجموعة التجريبية تعاوناً فيما بينهم ملفتاً، وقد ظهر ذلك في التشجيع الذي ظهر فيما بينهم على التدريب في أثناء توزيعهم للعمل في مجموعات صغيرة، وفي إعطاء الدور لبعضهم للكلام في أثناء مناقشة ما أنجزته المجموعة.
- التفاعل الإيجابي لأفراد المجموعة التجريبية مع محتوى البرنامج الإرشادي وما ضمه من تدريبات على المهارات المتنوعة.
- كان البرنامج الإرشادي محفزاً للمجموعة التجريبية، وملبياً لاحتياجاتها بما قدمه من تدريبات متنوعة، ومعلومات، وأنشطة هدفت لتنمية مهاراتهم المتعددة. وهذا ما عبر عنه أفراد المجموعة التجريبية، وما ظهر في تجاوزهم مع أنشطته ومع الباحثة في أثناء تطبيق البرنامج الإرشادي.
- تعاون الأطباء المختصون في المركز الصحي لرعاية مرضى السكري مع الباحثة، وأبدوا رغبتهم في التدريب على البرنامج الإرشادي والحصول على نسخة منه، لحاجتهم إليه في ممارسة عملهم.
- تعاون مدير المركز الصحي في تقديمه التسهيلات اللازمة لتطبيق البرنامج الإرشادي.
- أظهر المتدربون اهتماماً بالعمل والتدريب وتفاعلاً إيجابياً مع الباحث وفيما بينهم، خلال سير البرنامج ومع التقدم في جلساته، وتجلّى ذلك في الالتزام بالحضور في المواعيد المحددة، ومتابعة المحاضرات، والاشتراك في المناقشات، وأداء الأدوار المطلوبة خلال الجلسات، والقيام بالواجبات المنزلية، ونقل ما تعلموه وتدريبوا عليه إلى الحياة اليومية، وإعطاء الملاحظات حول الجلسات من خلال استمارة التقييم المرحلي.
- في البداية كان عدد المشاركين بالنشاطات والمناقشات قليلاً ثم ما لبث أن ازداد خلال الجلسات التالية، بفضل تشجيع المدربة، ومن خلال جو المحبة والتعاطف والقبول والتفهم الذي أبدته المدربة، وكذلك روح المحبة والألفة والتعاون والثقة التي أظهرها المتدربون فيما بينهم.

- بالرغم من اختصار زمن البرنامج الكلي وعدد أيام تطبيقه ليكون على مدار خمسة أسابيع (ثلاثة أيام في الأسبوع)، إلا أن ذلك لم يؤثر على سير البرنامج الإرشادي؛ فلا ملل وليس هناك تقصير في الواجبات المنزلية.

- بالرغم من عدم التوحيد المطلق لمدة الجلسات خلال البرنامج؛ تبين أن ذلك لم يؤثر على مضمون الجلسات وحسن سير النشاطات فيها؛ كما أدى ذلك إلى عدم الجمود وإضاعة الوقت على حساب الفاعلية والموضوعية في التنفيذ.

- في البداية ظهرت بعض معالم الخجل والخوف من الانفتاح والمشاركة في الحوار والمناقشات؛ ثم ما لبثت هذه المظاهر أن زالت، بفضل تشجيع المدرب، وتمكن الجميع من الانخراط في جو صحي وصحيح آمن المشاركة الفعالة خلال الجلسات المتتالية.

#### 4/5- الصعوبات التي واجهت في الباحثة أثناء تطبيق البرنامج الإرشادي:

- التقيد بسرية البيانات والمعلومات التي حصلت عليها الباحثة من المركز الصحي. وعدم نشرها أو توظيفها في أي بحث إلا بإذن من المركز.

- عدم التواصل مع عينة البحث والاتصال مع أفرادها - عند المتابعة- إلا بالحضور إلى المركز والاتصال منه.

- تعديل في الواجب المنزلي بحيث يقوم المتدرب بتنفيذها ثم يتحدث عما نفذه دون أن يسجل ما قام به.

- صعوبة تأمين قاعة أنموذجية لتنفيذ البرنامج بالشكل الأمثل بحيث تناسب طريقة جلوس المجموعة المحددة في البرنامج، فضلاً عن إمكانية تزويدها بما يلزم من أجهزة وأدوات ضرورية للتدريب.

- بعض معالم الخجل والخوف من الانفتاح والمشاركة في الحوار والمناقشات في بداية البرنامج.

#### ومن العوامل التي يسرت تطبيق البرنامج الإرشادي:

1- التعاون الكبير الذي أبداه مدير المركز الصحي في محافظة اللاذقية لجهة بعض التسهيلات التي قدمت للمشاركين أنفسهم، أو لجهة الدعم المعنوي والنفسي للمدرب والحرص على إنجاز العمل وتحقيق الفائدة للمتدربين.

2- تأمين قاعة تدريبية مناسبة إلى حد ما، والسماح بتجهيزها بما يتلاءم والشروط اللازم توفرها لتأمين تنفيذ البرنامج بالشكل الأمثل.

3- الرغبة الصادقة من المتدربين في اتباع البرنامج الإرشادي والاستفادة القصوى منه؛ والتعاون الجيد فيما بينهم من جهة ومع المدرب خاصة مع تلمسهم للحرص الشديد من المدرب على تقديم كل ما بوسعه في سبيل تحقيق ذلك.

4- جو الثقة والمحبة، إضافة للتفاعل الإيجابي الذي أبداه المتدربون مع نشاطات البرنامج الإرشادي والواجبات المنزلية.

#### 6/4- مرحلة القياس البعدي لمقياس الرضا عن الحياة:

تم تطبيق مقياس الرضا عن الحياة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي في الجلسة الأخيرة من جلسات تنفيذ البرنامج الإرشادي، على جميع أفراد عينة البحث (المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية)، من أجل إجراء العمليات الإحصائية وتعرف فاعلية البرنامج الإرشادي المطبق على المجموعة التجريبية. كما تم خلال هذه الجلسة التقييم النهائي للبرنامج من خلال تقديم استمارة تقييم شاملة للبرنامج (تتضمن تقييم كفايات المدرب من عدة جوانب، المعارف والمهارات والخبرات التي تم عرضها، الفنيات والطرائق المستخدمة، مستوى الفائدة من وجهة النظر الشخصية، الملاحظات والمقترحات). (انظر استمارة التقييم النهائي للبرنامج الإرشادي- الملحق رقم/4 ص /232/).

وفي هذه الجلسة أيضاً تم شكر المتدربين لمشاركتهم في البرنامج وحرصهم واهتمامهم الذي تجلى بالنقد التام والالتزام بالحضور في المواعيد المحددة دونما تأخير أو غياب، وكذلك بأداء الواجبات المنزلية والمشاركة الجيدة في أثناء الجلسات، وروح المحبة والتعاون خلال سير العمل، وبعد ذلك تم الوداع على أمل التواصل لاحقاً؛ مع تأكيد الباحثة أن هناك جلسة أخرى بعد مضي شهر ونصف (أي بتاريخ السبت 2014/1/18)، لمتابعة وملاحظة استمرار التحسن من خلال استخدام وتطبيق المقياس مرة ثانية، من أجل متابعة العمل الإحصائي فيما يتعلق بفاعلية البرنامج الإرشادي.

#### 7/4- مرحلة القياس البعدي المؤجل لمقياس الرضا عن الحياة:

بعد مرور (6) أسابيع على القياس البعدي، تم تطبيق القياس البعدي المؤجل على أفراد المجموعة التجريبية، للتأكد من مدى استمرار أثر فاعلية البرنامج الإرشادي على العينة التجريبية.

#### 8/4- تقييم البرنامج الإرشادي:

يقدم تقييم البرنامج معلومات تبين مدى النجاح الذي حققه العمل في البرنامج الإرشادي، من حيث محتوى المادة، ومن حيث الأنشطة والتقنيات، ومن حيث أداء المدربة، ومن حيث الفاعلية التي حققها البرنامج الإرشادي.

وتقييم البرنامج هو عملية نقدية هامة تكشف عن مدى فاعلية البرنامج الإرشادي ومدى نجاحه، وهو عملية يشترك فيها المسؤولون عن البرنامج تخطيطاً وتنفيذاً وحتى الذين يخدمهم البرنامج، ولا يتوقف عمل التقييم لأنه مستمر.

ويتضمن التقييم عادة صياغة الأسئلة واختيار التصميم المناسب للتقييم، وطرائق جمع المعلومات، وإنشاء نظام مراقبة، والتقييم هو الإجراء الذي يساعد المرشد في تحديد نجاح الخدمات التي قدمها، وتحديد نقاط الضعف والقوة، مما يسهم في تقييم التوصيات بشأن البرامج الإرشادية في المستقبل (التغذية الراجعة).

وقد اعتمدت الباحثة لتقييم البرنامج الإرشادي على التقييم القبلي والمرحلي والبعدي:

1. **التقييم القبلي:** شمل تطبيق المقياس قبل تنفيذ البرنامج الإرشادي.
2. **التقييم المرحلي:** شمل تقييم كل جلسة من جلسات البرنامج الإرشادي، من خلال:
  - الاستماع إلى ملاحظات المشاركين، وتشجيعهم على التعبير عن آرائهم والحديث عن مدى إتقانهم للمهارات التي تدربوا عليها، وتفضيلهم لتقنيات معينة وغير ذلك، وذلك بهدف تقييم الجلسات، بالإضافة إلى أن ذلك يعد جزءاً من التدريب على التعبير عن المشاعر والإفصاح عن الرأي والدفاع عنه، والتدريب على المناقشة والحديث أمام الآخرين.
  - توزيع استمارة تقييمية في نهاية كل جلسة تتضمن تقويم كل هدف من أهدافها وكل نشاط فيها.
  - الواجب المنزلي الذي يكلف به أفراد المجموعة التجريبية في نهاية كل جلسة من جلسات البرنامج الإرشادي.
  - ملاحظات الباحثة في أثناء تنفيذ الجلسة التدريبية:
    - ✓ الملاحظات على تنفيذ أفراد المجموعة التجريبية للمهارات المختلفة وأساليب التدريب.
    - ✓ ملاحظات على مدى تطبيق المهارات التي تم التدريب عليها في الجلسات السابقة، ضمن الأنشطة الجديدة.
    - ✓ أسئلة واستفسارات وتعليقات أفراد المجموعة التجريبية في أثناء الجلسة التدريبية.
    - ✓ تفاعل أفراد المجموعة التجريبية مع بعضهم.
    - ✓ فترات الصمت أو المرح ... التي كانت تسود جو التطبيق.

وقامت الباحثة باستخراج أهم الأفكار التي طرحت في المناقشات، وتدوين المفردات الخاصة التي تداولها أفراد المجموعة التجريبية، والجمل التي عبروا بها عن مشاعرهم وآرائهم، ثم تدوين جميع هذه الملاحظات في السجل الخاص بالبرنامج الإرشادي. وتدوين الملاحظات الخاصة بكل فرد من أفراد

المجموعة التجريبية في ملفه. وتتم مراجعة جميع الملاحظات العامة، منها ما يتعلق بتنفيذ البرنامج، والملاحظات الخاصة المتعلقة بكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية.

وقد كان أسلوب المتابعة هذا يُقدّم للباحثة تغذية راجعة ويعطيها مؤشرات عن العمل في كل جلسة إرشادية وبشكل تراكمي عن الجلسات.

### 3. التقييم البعدي المباشر:

شمل التقييم البعدي للبرنامج الإرشادي ما يلي:

- تطبيق مقياس الرضا عن الحياة بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج الإرشادي.
- توزيع استمارة تقييمية عامة للبرنامج الإرشادي تشمل تعرف رأي أفراد عينة البرنامج في: (أهداف البرنامج الإرشادي، المحتوى العلمي للجلسات، المهارات التي تم التدرب عليها، الأنشطة والتمارين، وقت البرنامج، أداء المدربة... الخ).
- تعرف آراء المشاركين بالبرنامج بإعطاء كل مشارك الفرصة للحديث عن المعلومات التي استفاد منها، والمهارات التي تعلمها، والمواقف التي تركت أثراً فيه أثناء تطبيق البرنامج، والتغيير الذي استشعره في ذاته.

4. التقييم البعدي المؤجل: شمل تطبيق مقياس الرضا عن الحياة بعد 6/ أسابيع من التطبيق البعدي المباشر للبرنامج الإرشادي.

### 9/4- الجدول الزمني للبرنامج:

استغرق تطبيق البرنامج مدة شهر ابتداء من (2013/11/2م إلى 2013/12/3م)، وبعد مرور شهر ونصف من التطبيق تم إجراء التطبيق المؤجل بتاريخ (2014/1/18م) للتأكد من استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي الجماعي، وتم توزيع الجلسات على مدى (5) أسابيع بمعدل (3) جلسات كل أسبوع تراوحت مدة كل جلسة (2.5) ساعتين ونصف تتخللها فترات راحة ويتكون البرنامج من (14) جلسة.

### 10/4- توزيع جلسات البرنامج الإرشادي:

تكون البرنامج بصورته النهائية من (62) نشاطاً تم توزيعها على (14) جلسة إرشادية، وتم تقسيم الجلسات إلى ثلاث مراحل، وهي:

- 1- جلسات البدء بالبرنامج: وتتضمن جلسة واحدة والهدف منها التعارف بين الباحثة ومرضى السكري وبث الألفة بينها وبينهم وبين المرضى، والتعريف بأهداف البرنامج وتطبيق مقياس الرضا عن الحياة للتأكد من تدني مستوى الرضا عن الحياة لدى أفراد العينة.

- 2- جلسات مضمون البرنامج: عددها (11) جلسة إرشادية هي جلسات تخفيف حدة الاضطرابات النفسية لدى مرضى السكري بالمركز الصحي في محافظة اللاذقية.
- 3- جلسات إنهاء البرنامج: عددها جلستان، واحدة للتطبيق البعدي، وجلسة للتطبيق المؤجل للمقياس والتي تم تطبيقها بعد شهر ونصف من التطبيق البعدي للبرنامج الإرشادي.

### 11/3- إجراءات تطبيق البرنامج الإرشادي:

- أ- قبل البدء بتطبيق البرنامج الإرشادي الجماعي، قامت الباحثة بتسجيل وكتابة جلسات البرنامج على بطاقات خاصة، وذلك كي يتم تطبيق الجلسات بطريقة سليمة من حيث الأهداف والإجراءات.
- ب- تم تطبيق مقياس الرضا عن الحياة من إعداد الباحثة.
- ت- تطبيق البرنامج:
- تم تطبيق البرنامج بشكل جماعي على أفراد المجموعة التجريبية في المركز الصحي بمحافظة اللاذقية.
- تم تطبيق (12) جلسة إرشادية لتنفيذ البرنامج واستراتيجياته، وهي جلسات مضمون البرنامج.
- تم تطبيق الجلسة (13) للتطبيق البعدي لمقياس البحث على المجموعتين التجريبية والضابطة.
- تم تطبيق البرنامج الإرشادي الجماعي على أفراد المجموعة التجريبية، أما أفراد المجموعة الضابطة، فقد طبقت مقاييس البحث بالنسبة لهم تطبيقاً قليلاً - بعدياً.
- وبعد مرور شهر ونصف من تطبيق البرنامج تم إجراء التطبيق المؤجل لمقاييس البحث الحالي على أفراد المجموعة التجريبية، الجلسة (14).
- أخيراً تم التحقق من صحة فروض البحث باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

### 6/3 . الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.

تحدد الدراسة الحالية بالأساليب الإحصائية المستخدمة، وهي:

- 1- الأساليب الإحصائية البارامترية للعينات الكبيرة، المستخدمة في معرفة العلاقة بين المتغيرات، والفروق بين المتوسطات، وكذلك في حساب صدق وثبات مقاييس الدراسة، وهي:
- أ- اختبار "ت" ستودنت ومستوى دلالاته لإيجاد الفروق بين المتوسطات.
- ب- معامل جيتمان للتجزئة النصفية.
- د- معامل ألفا كرونباخ للجزئين.
- هـ- معامل ارتباط سبيرمان براون.
- و- استخراج النسبة المئوية والانحراف المعياري.

2- الأساليب الإحصائية اللابارامترية للعينات الصغيرة، بحساب الرتب ومتوسط الرتب ومجموع الرتب، وقيمة  $Z$  باستخدام اختبار ويلكسون لقياس الفروق بين المجموعات المترابطة، وقيمة  $U$  باستخدام اختبار مان وتني لقياس الفروق بين المجموعات غير المترابطة.

# الفصل الثاني الدراسات السابقة "معرض وتحليل"

. تمهيد.

2/1- المحور الأول: (بحوث ودراسات تتعلق بالبرنامج

(المقترح) لمرضى السكري).

. أولاً: الدراسات العربية.

. ثانياً: الدراسات الأجنبية.

2/2- المحور الثاني: (بحوث ودراسات تتعلق بالبرنامج

(المقترح) لمستوى الرضا عن الحياة).

. أولاً: الدراسات العربية.

. ثانياً: الدراسات الأجنبية.

2/3- المحور الثالث: (بحوث ودراسات تتعلق بالرضا عن

الحياة لدى مرضى السكري).

. أولاً: الدراسات العربية.

. ثانياً: الدراسات الأجنبية.

2/4. تعليق عام على الدراسات السابقة.

## الفصل الثاني

## الدراسات السابقة "عرض وتحليل"

. تمهيد:

يتناول الفصل الحالي الدراسات السابقة العربية والأجنبية المتعلقة بموضوع الرضا عن الحياة وتلك المتعلقة بمرض السكري، والتي استفادت الباحثة منها في إغناء المعلومات النظرية للبحث، وبناء أدواته، ومناقشة نتائجه. وقد جاء عرض هذه الدراسات ضمن ثلاثة محاور:

أولاً: بحوث ودراسات تتعلق بالبرنامج (المقترح) لمرضى السكري.

ثانياً: بحوث ودراسات تتعلق بالبرنامج (المقترح) لمستوى الرضا عن الحياة.

ثالثاً: بحوث ودراسات تتعلق بالرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.

وتجدر الإشارة إلى أنه تم ترتيب هذه الدراسات وفق تسلسل تاريخي يبدأ من الأقدم، فالأحدث. بعد ذلك عرض هذا الفصل تعقيباً على الدراسات السابقة، في محاولة لتحديد مكانة الدراسة الحالية بينها.

2/1 . المحور الأول: (بحوث ودراسات تتعلق بالبرنامج (المقترح) لمرضى السكري).

أولاً . الدراسات العربية:

1 . دراسة علي (2001) مصر:

عنوان الدراسة: (العلاج السلوكي كآلية احتواء وعلاج للاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة الحالية إلى:

1. تقويم دور التدخلات النفسية (العلاج السلوكي) باستخدام العائد الحيوي لتحقيق الاسترخاء في التخفيف من المصاحبات النفسية لمرض السكري والمحددة بالقلق والاكتئاب في ضوء بعض متغيرات الشخصية.

2. التحقق من مدى إمكانية نجاح التدخلات النفسية (العلاج السلوكي) في تخفيض مستويات الجلوكوز بالدم.

**عينة الدراسة:** قام الباحث بتطبيق دراسته على عيّنتين هما: عينة تجريبية مؤلفة من (52) مريضاً بالسكري من الراشدين المترددين على العيادة الخارجية يتلقون العلاج الدوائي لمرض السكري علاوة على العلاج النفسي، وعينة ضابطة مؤلفة من (52) فرداً من الأسوياء.

**أدوات الدراسة:** قام الباحث بتطبيق أدوات انقسمت إلى قسمين:

1- مقاييس هدفت إلى تحديد الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكري وهي: (اختبار أيزنك للشخصية، ومقياس اكتئاب الحالة ل بيك، واستفتاء الذات الصورة (س-1) قلق الحالة، استفتاء الذات الصورة (س-2) قلق السمة).

2- الأدوات التدخلية (العلاجية) المساعدة لمرضى السكري في احتواء هذه الاضطرابات المصاحبة لمرضهم وهي: (تدريبات الاسترخاء، العائد الحيوي، جهاز قياس نسبة الجلوكوز بالدم).

**نتائج الدراسة:** من أبرز نتائج الدراسة:

- 1) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى السكري في المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس العصابية لصالح المجموعة التجريبية.
- 2) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى السكري في المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الانبساطية لصالح المجموعة التجريبية.
- 3) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى السكري في المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس أيزنك للشخصية (الذهانية) لصالح المجموعة التجريبية.
- 4) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى السكري في المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس القلق كحالة لصالح المجموعة التجريبية.
- 5) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى السكري في المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس القلق كسمة لصالح المجموعة التجريبية.

## 2 . دراسة الحيارى (2002) الأردن:

**عنوان الدراسة:** (مدى تأثير مرض السكري على الأطفال المصابين بالسكري وأسرههم ودور العمل الاجتماعي في تمكينهم من التعامل مع المرض).

**أهداف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى:

1. معرفة مدى تأثير داء السكري على الأطفال المصابين به وأسرههم وتعرف أهم المشكلات التي تعانيها الأم والطفل جراء إصابة الطفل بداء السكري.

2. تعرف الأخصائي الاجتماعي لدى الأطفال المصابين بداء السكري.

**عينة الدراسة:** تكونت العينة من (60) طفلاً من الأطفال المقيمين والمراجعين لمستشفى الجامعة الأردنية والمراجعين للمركز الوطني للسكري، والغدد الصم وأمراض الوراثة ضمن الفئة العمرية (6-12) سنة.

**أدوات الدراسة:** تم تطوير استبانة تحتوي على مجموعة من الأسئلة ومقسمة إلى جزأين الأول موجه للأم، والثاني موجه للطفل المصاب بداء السكري.

**نتائج الدراسة:** من أبرز نتائج الدراسة:

- 1) إن معظم المشكلات التي تعانيها الأم تنازلياً بعد إصابة طفلها تشمل: زيادة أعباء الرعاية الصحية المترتبة على الأم، وصعوبة التعامل مع سلوكيات الطفل داخل المنزل والعصبية الزائدة للطفل، وهناك رفض الطفل لأخذ حقنة الأنسولين، وزيادة الأعباء المادية على الأسرة جراء إصابة الطفل بداء السكري.
- 2) أما أهم المشكلات التي يعانيها الطفل فكانت على التوالي: الغضب من مراقبة الوالدين لسلوكه باستمرار، ومن الحماية الزائدة التي يُحاط بها، وعدم تفضيل الطفل معرفة أصدقائه بإصابته.
- 3) هناك ضرورة لوجود الأخصائي الاجتماعي لمحاولة التخفيف من الضغوط الناتجة عن هذا الداء على الطفل وأسرته، إذ يُساعد وجود الأخصائي الاجتماعي الأهل على حسن التعامل مع الداء في مراحله الأولى وخصوصاً في مرحلة الصدمة الأولى من تشخيص الطفل بداء السكري لما لها من أثر إيجابي على حسن تعامل الأسرة مع الطفل في المراحل اللاحقة من مرضه.

### 3 . دراسة رضوان (2002 ب) فلسطين:

**عنوان الدراسة:** (القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات).

**أهداف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى تعرف مستوى القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة، وعلاقة ذلك بمتغيرات السلوك، وتاريخ المرض، والجنس.

**عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة (267) مريضاً ومريضة من مرضى السكري.

**أدوات الدراسة:** استخدم الباحث اختباراً للقلق وللسلوك الديني من إعداده.

**نتائج الدراسة:** أظهرت نتائج الدراسة ما يأتي:

- 1) إن مرضى السكري يعانون آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات السكري.
- 2) وجود فروق دالة إحصائياً في القلق لدى مرضى السكري تعزاً لمتغير الجنس وذلك لصالح الإناث.

- (3) وجود فروق في السلوك تعزا لمتغير الجنس لصالح الذكور.
- (4) توجد فروق دالة في القلق تعزى لمتغير تاريخ المرض، لصالح أفراد المجموعة (أكثر من 18 سنة).
- (5) إن هناك علاقة ارتباطيه سالبة بين القلق والسلوك لدى مرضى السكري بمحافظة غزة.
- 4 . دراسة حسن (2006) الكويت:

عنوان الدراسة: (مرض السكري وعلاقته ببعض العوامل النفسية والسمات الشخصية).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

1. الاستدلال على العلاقة بين مرض السكري وبعض العوامل النفسية مثل: (نمط السلوك A والذي ينبئ بمرض الشريان التاجي للقلب، والعصابية، والعدوان، والغضب).

عينة الدراسة: تكونت العينة من (239) فرداً، منهم (122) من مرضى السكري (51 من النمط الأول، و 71 من النمط الثاني) من العيادات الخارجية لمرضى السكري، في حين أنّ عدد أفراد العينة الضابطة من غير المرضى (117) فرداً، تراوحت أعمار العينة بين (13- 73) سنة.

أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة أربعة مقاييس لجمع بيانات الدراسة وهي: نمط السلوك (A)، والعصابية، والعدوان وحالة الغضب وسمته والتعبير عنه.

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة ما يلي:

(1) إنّ العمر ارتبط إيجابياً بنمط السلوك (A) وضبط الغضب، لكنه ارتبط سلبياً بالعصابية والعدوان، وحالة الغضب، وسمة الغضب، وإظهار الغضب.

(2) إنّ مدة الإصابة بالمرض (للعينة المرضية) ليس لها علاقة بأي من متغيرات الدراسة.

(3) حصل مرضى السكري على درجات أعلى على مقياس نمط السلوك (A)، في حين حصل غير المرضى على درجات أعلى على كل من: حالة الغضب، وسمة الغضب، وإظهار الغضب. كما أنّ مرضى السكري من النوع الأول حصلوا على درجات أعلى على مقياس العدوانية وحالة الغضب مقارنةً بمرضى السكري من النمط الثاني.

5 . دراسة المرزوقي (2008) الإمارات العربية المتحدة:

عنوان الدراسة: (الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر "السكر").

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

1. معرفة أثر الأمراض النفسية على مستوى السكر في الدم لدى المرضى المصابين بداء السكري من النمط الثاني.

**عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من المرضى المصابين بالنمط الثاني من المواطنين والمقيمين المستفيدين من الخدمات الطبية التي يقدمها مستشفى القاسمي ومستشفى الكويت والعيادات الخارجية التابعة لهما في إمارة الشارقة، وبلغ عددهم (119) مصاباً بالسكري.

**أدوات الدراسة:** اشتملت على مقاييس القلق، والاكتئاب، والضغط النفسي، ومقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية.

**نتائج الدراسة:** توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- 1) عدم وجود علاقة طردية بين مستوى السكر في الدم ومستوى القلق.
- 2) وجود علاقة طردية بين مستوى السكر في الدم والاكتئاب.
- 3) عدم وجود فروق تُعزى إلى متغير الأفكار اللاعقلانية على مستوى السكر في الدم.
- 4) وجود فروق في مستوى السكر في الدم تُعزى لمتغير الضغط النفسي لدى مرضى السكري من النمط الثاني.
- 5) إنَّ متغيرات الجنس، والعمر، ومدة الإصابة، والمستوى التعليمي لم يكن لها أثر في تفسير نسبة التباين في مستوى السكر في الدم.

## 6 . دراسة المدهون (2009) فلسطين:

**عنوان الدراسة:** (فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية وتحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى طلبة جامعة فلسطين بغزة).

**أهداف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية وتحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى طلبة جامعة فلسطين من أجل تعديل سلوكهم بعد تعرف مصادر الضغوط وأساليب مواجهتها وطرائق التغلب عليها وتبصيرهم بالحلول البديلة التي تساهم في مواجهة مشكلاتهم المتعددة، وإيجاد الحلول المناسبة لها، وتحسين مستوى الرضا عن الحياة.

**عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (28) طالباً من كلية التجارة بجامعة فلسطين وهم الأعلى درجات في مقياس مواقف الحياة الضاغطة، والأدنى درجات في مقياس الرضا عن الحياة.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياس مواقف الحياة الضاغطة الذي أعدته زينب شقير (1998)، ومقياس الرضا عن الحياة الذي أعده مجدي الدسوقي (1999) ويتكون من (30) فقرة.

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

- 1) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس مواقف الحياة الضاغطة في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.
  - 2) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرضا عن الحياة في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.
  - 3) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة على مقياس الرضا عن الحياة البعدي لصالح المجموعة التجريبية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس الرضا عن الحياة في القياسين البعدي والتتبعي.

#### 7 . دراسة الزهراء (2011) الجزائر:

عنوان الدراسة: (النمط السلوكي (ف) (F) المرتبطة بالإصابة بالسكري).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الإجابة عن الأسئلة التالية:

1. هل يتميز المصابون بالسكري بنمط سلوكي معين يمكن الكشف عنه من خلال اختبار طريقة الحياة؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في تركيب النمط السلوكي للمصابين بالسكري؟
3. هل توجد فروق بين النوع الأول والنوع الثاني من السكري في تركيب النمط السلوكي للمصابين بالسكري؟

عينة الدراسة: شملت عينة الدراسة (306) من الأفراد الذين تراوحت أعمارهم بين (18-79) سنة، بمتوسط عمري قدره (49) سنة.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس طريقة الحياة للكشف عن النمط السلوكي للمصابين بالسكر من إعداد الباحث، ويتكون المقياس من ستة أبعاد هي: (الصحة الجسدية، الصحة النفسية، الاستقلالية الذاتية، العلاقات الاجتماعية، البيئة والمحيط، الجانب الديني والتوجه نحو الحياة).

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

- 1) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد نوعي السكر الأول والثاني على مقياس طريقة الحياة.
- 2) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس طريقة الحياة تبعاً لمتغير الجنس لصالح الذكور.
- 3) تبين من متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة أنّ أعلى متوسط حصل عليه أفراد العينة على مقياس طريقة الحياة كان في البعد الخاص بالجانب الديني والتوجه نحو الحياة بدرجة بلغت (44.65).

### 8 . دراسة غالي (2012) سورية:

عنوان الدراسة: (المناخ الأسري وعلاقته بالتوافق النفسي للأطفال المصابين بداء السكري).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

1. تعرف طبيعة العلاقة بين المناخ الأسري والتوافق النفسي للأطفال المصابين بداء السكري.
  2. دراسة الفروق لكل من المناخ الأسري والتوافق النفسي للأطفال المصابين بداء السكري وفقاً لمتغير: (الجنس، مستوى ضبط السكر، والمستوى الاقتصادي للأسرة).
- عينة الدراسة: تكونت عينة البحث من (55) طفلاً وطفلة من الأطفال المصابين بداء السكري المراجعين للعيادات السكرية الشاملة في مركز طرطوس التابع لمديرية صحة محافظة طرطوس، ولعدد من عيادات الأطباء المتخصصين بأمراض الغدد الصم في محافظة طرطوس.
- أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة الأدوات الآتية:

1- مقياس المناخ الأسري من إعداد علاء الدين كفاي (2002).

2- مقياس التوافق النفسي (من إعداد الباحثة).

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة ما يلي:

- 1) إنّ بعد الحب الحقيقي من أكثر أبعاد المناخ الأسري السوي السائدة بين الأطفال المصابين بداء السكري.
- 2) إنّ بعد التوافق الأسري من أكثر أبعاد التوافق النفسي السائدة بين الأطفال المصابين بداء السكري.
- 3) وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بداء السكري على أبعاد مقياس المناخ الأسري ومتوسطات درجاتهم على مقياس التوافق النفسي.

- (4) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بداء السكري على مقياس المناخ الأسري ومقياس التوافق النفسي لمتغير الجنس.
- (5) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بداء السكري على مقياس المناخ الأسري ومقياس التوافق النفسي وفقاً لمتغير ضبط السكر لصالح المستوى المقبول.
- (6) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بداء السكري على مقياس المناخ الأسري وفقاً لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة لصالح المستوى المتوسط.
- (7) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بداء السكري على مقياس التوافق النفسي وفقاً لمتغير المستوى الاقتصادي.

### 9 . دراسة نعيصة وشريقي (2013) سورية:

عنوان الدراسة: (الضغوط النفسية وعلاقتها بالصلابة النفسية "دراسة ميدانية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة اللاذقية").

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

1. تعرف طبيعة العلاقة بين الضغوط النفسية والصلابة النفسية.
  2. تعرف الفروق بين إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الضغوط النفسية تبعاً لمتغيري البحث: (مستوى الدخل المادي، المؤهل العلمي).
  3. تعرف الفروق بين إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الصلابة النفسية تبعاً لمتغيري البحث: (مستوى الدخل المادي، المؤهل العلمي).
- عينة الدراسة: تكونت عينة البحث من (750) مريضاً ومريضة من مرضى السكري في محافظة اللاذقية، تراوحت أعمارهم بين (15- 60 سنة).

أدوات الدراسة: استخدمت الباحثتان مقياس الضغوط النفسية ومقياس الصلابة النفسية من إعدادهما.

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

- 1) توجد علاقة ارتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين درجات مرضى السكري على مقياس الضغوط النفسية ودرجاتهم على مقياس الصلابة النفسية.
- 2) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات عينة البحث على مقياس الضغوط النفسية تبعاً لمتغير مستوى الدخل المادي لصالح الأفراد الذين يمتلكون مستوى منخفضاً من الدخل المادي.

(3) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات عينة البحث على مقياس الضغوط النفسية تبعاً لمتغير مستوى المؤهل العلمي لصالح الأفراد الذين يمتلكون مستوى منخفضاً من المؤهل العلمي.

(4) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات عينة البحث على مقياس الصلابة النفسية تبعاً لمتغير مستوى الدخل المادي لصالح الأفراد الذين يمتلكون مستوى مرتفعاً من الدخل المادي.

(5) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات عينة البحث على مقياس الصلابة النفسية تبعاً لمتغير مستوى المؤهل العلمي لصالح الأفراد الذين يمتلكون مستوى مرتفعاً من المؤهل العلمي.

### 10 . دراسة نعيمة وشريقي (2013) سورية:

عنوان الدراسة: (التوافق النفسي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى مرضى السكري "دراسة ميدانية على عينة من مرضى السكري بمحافظة ريف دمشق").

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

1. هدف البحث إلى تعرف مستوى التوافق النفسي لدى مرضى السكري.
2. تعرف السمات الشخصية الأكثر شيوعاً لديهم.
3. تعرف العلاقة بين مستوى التوافق النفسي وسمات الشخصية لدى مرضى السكري.
4. تعرف الفروق في إجابات أفراد عينة البحث على مقياس التوافق النفسي وفق متغيرات البحث: (الجنس، نوع المرض، مستوى الدخل).
5. تعرف الفروق في إجابات أفراد عينة البحث على مقياس سمات الشخصية وفق متغيرات البحث: (الجنس، نوع المرض، مستوى الدخل).

عينة الدراسة: شملت عينة البحث (255) مريضاً ومريضة من مرضى السكري في محافظة ريف دمشق.

أدوات الدراسة: استخدمت الباحثان مقياس التوافق النفسي من إعدادهما، واختبار جاكسون المعدل للشخصية.

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

- (1) مستوى التوافق النفسي لدى مرضى السكري مرتفع، إذ بلغ المتوسط الحسابي لاستجابة عينة البحث (4.17).

- (2) درجة شيوع سمات الشخصية في بعد (التعاونية) لدى أفراد عينة البحث كانت بدرجة شيوع مرتفعة إذ بلغ المتوسط الحسابي (4.36).
- (3) توجد علاقة ارتباطيه إيجابية ذات دلالة إحصائية بين التوافق النفسي والدرجة الكلية لسمات الشخصية لدى مرضى السكري.
- (4) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة البحث على مقياس التوافق النفسي وفق متغير الجنس لصالح الذكور.
- (5) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة البحث على مقياس التوافق النفسي وفق متغير مستوى الدخل لصالح أصحاب الدخل الشهري المرتفع.
- (6) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة البحث على مقياس التوافق النفسي وفق متغير نوع المرض.
- (7) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة البحث على مقياس سمات الشخصية وفق متغير الجنس لصالح الإناث.

### ثانياً . الدراسات الأجنبية:

#### 1 . دراسة بوي (Boey, 1999) الصين:

عنوان الدراسة:

#### **Adaptation to Type II Diabetes Mellitus Depression and Related Factors.**

(التكيف مع النوع الثاني من داء السكري والاكتئاب والعوامل ذات الصلة به).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تعرف العلاقة بين التوافق النفسي لدى مرضى السكري والاكتئاب وذلك على عينة من مرضى السكري الصينيين.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (101) من مرضى السكري، تراوحت أعمارهم بين (20-75) سنة، بواقع (49) أنثى، و(52) ذكراً، وهم مرضى سكريون يعانون المرض منذ فترة طويلة.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياساً لتحديد أعراض الاكتئاب من إعداد (فيرارو).

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

إن أعراض الاكتئاب كانت لدى مرضى السكري أعلى بكثير من الأفراد الذين ليس لديهم مرض السكري مع التجانس في المتغيرات الدخيلة والوسيلة وتبين أيضاً أن أفراد العينة الذين يعانون أعراض الاكتئاب تنتشر لديهم السلبية والانطوائية وصعوبة الاندماج مع المجتمع كما اتضح أيضاً عدم وجود فروق دالة بين أفراد العينة من حيث اختلاف مهارات المواجهة والدعم الاجتماعي.

## 2. دراسة جري (Grey, 1999) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: (التدخل السلوكي التدريبي على مهارات التكيف والعلاج المكثف لمرض السكري).

### Coping Skills Training for Youth with Diabetes on Intensive Therapy.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تحديد 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.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (77) مريضاً ومريضة تراوحت أعمارهم بين (12 - 20) سنة، وقسمت الباحثة المرضى لمجموعتين تخضعان لعلاج مكثف بالأنسولين وأخضعت إحدى المجموعتين لبرنامج تدريبي توافقي من إعداد الباحثة والمجموعة الأخرى بقيت كما هي، وجمعت الباحثة المعلومات قبل البدء بتطبيق البرنامج التوافقي.

أداة الدراسة: استخدمت الباحثة برنامجاً إرشادياً علاجياً، ومعايير إكلينيكية ونفسية.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى ما يلي: إن أفراد المجموعة التي خضعت للبرنامج التوافقي يتمتعون بقدرة على التحكم في نسبة السكر في دمهم، وكانت لديهم كفاءة ذاتية أفضل. وانخفاضاً في مستوى التأثيرات السلبية لمرض السكري (كالقلق والخوف) بالمقارنة مع المجموعة التي بقيت بدون تدخل.

## 3. دراسة ويلبي (Willoughby et al., 2000) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة:

### Coping and psychosocial adjustment of women with diabetes.

(التأقلم والتكيف النفسي والاجتماعي للمرأة مع مرض السكري).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تعرف التوافق النفسي والمواجهة لدى مريضات السكري وإلى بحث العلاقة بين الاثنين.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (115) امرأة مريضة بالسكري من النساء المترددات على عيادات الصحة العامة.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياساً لتحديد مهارات المواجهة وعلاقته بمهارات التوافق الشخصي والاجتماعي من إعداد الباحث.

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

إن هناك علاقة ارتباطيه بين المواجهة والتوافق الشخصي والاجتماعي لدى أفراد العينة، إذ إن أفراد العينة أظهرن نتيجة مفادها أنه كلما كانت مهارات المواجهة أفضل زاد مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي، وأن ذلك ينعكس إيجاباً على صحة المريضات وإذا قلت مهارات المواجهة قل مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي.

#### 4 . دراسة ليود (Lloyd, 2000) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة:

### Prevalence of Symptoms of Depression and Anxiety in Diabetes Clinic Population.

(انتشار أعراض الاكتئاب والقلق في عيادة مرض السكري السكانية).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تعرف مدى انتشار أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى السكري، والذين يعالجون في المستشفيات ومنتظرون في العيادات الصحية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من مرضى السكري الذين ينتظرون المراجعات الطبية في المستشفيات وأعمارهم أكثر من (18) عاماً من الجنسين.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياساً يقيس أعراض القلق والاكتئاب، وعمل الباحث على متابعة أفراد العينة بالرجوع للتقارير الطبية وتعرف مستويات السكر في دمهم.

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

إن نحواً من (28%) من أفراد العينة كان لديهم ارتفاع في أعراض القلق والاكتئاب، ولكن كانت نسبة الذكور مرتفعة في أعراض الاكتئاب أكثر من الإناث بينما أعراض القلق كانت مرتفعة لدى الإناث أكثر من الذكور، وقد لوحظ أن هناك ترابطاً بين الاكتئاب ومضاعفات السكري لدى الذكور بينما لا ينطبق على الإناث، كما وجدت علاقة إيجابية بين الضعف الجنسي ومظاهر القلق والاكتئاب لدى أفراد العينة.

5 . دراسة بوير وسنوك (Pouwer & Snock, 2001) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة:

**Association between Symptoms of Depression and Glycemic Control may be Unstable across Gender.**

(الارتباط بين أعراض الاكتئاب ومراقبة نسبة السكر في الدم قد يكون غير مستقر بين الجنسين).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة مدى ظهور علامات الاكتئاب لدى مرضى السكري وعلاقتها بمستوى التحكم في نسبة السكر في الدم لديهم.

عينة الدراسة: تكونت العينة من الذكور والإناث وعددهم (174) مريضاً ومريضة بالنوع الثاني من السكري.

أدوات الدراسة: استخدم الباحثان مقياساً خاصاً لتوضيح أسباب القلق والاكتئاب لدى المرضى في المستشفى، وأخذ الباحثان بعض المعلومات من السجلات الخاصة بالمرضى.

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

نتج عن الدراسة أن العلاقة الارتباطية بين الاكتئاب والسكري كانت أقوى لدى النساء منها لدى الرجال، إذ وجدت علامات الاكتئاب في كل ثلاث حالات من أربع لدى النساء، وحالة واحدة من كل أربع حالات من الرجال.

6 . دراسة هادين وآخرون (Hadden et al., 2001) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة:

**Obstetric and Diabetic Care of Pregnancy in Diabetic Women (10 years outcome analysis, 1985-1995).**

(رعاية مرضى السكري من الحمل والتوليد لدى النساء المريضات بالسكر وذلك على مدار عشر سنوات من (1985 إلى 1995)).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تحليل النتائج المترتبة على العناية بالسكري لدى النساء المريضات بالسكري أثناء الحمل وذلك على مدار عشر سنوات من (1985 إلى 1995).

**عينة الدراسة:** وتكونت عينة الدراسة من (986) امرأة منهن (753) امرأة كنَّ يعالجن بالأنسولين قبل فترة الحمل، و (131) امرأة كنَّ يعالجن بالأنسولين في أثناء الحمل فقط و (102) من النساء اتبعن نظام حمية غذائية دون علاج بالأنسولين.

**أدوات الدراسة:** اعتمد الباحثون على المعلومات من المراكز الصحية المختلفة.

**نتائج الدراسة:** من أبرز نتائج الدراسة: ارتفاع نسبة وفيات الأجنة لدى النساء الحوامل المريضات بالسكري إذ بلغت (35.8) حالة وفاة بين كل (1000) حالة حمل وذلك في المراكز الصحية الصغيرة، و (75) حالة وفاة بين كل (1000) حالة حمل في المراكز الصحية الكبيرة التي يتم تحويل الحالات إليها، وأيضاً توصلوا إلى أن المخاطر المتوقعة في فترة الحمل لدى النساء المريضات بالسكري تزداد بشكل أكبر من حالات الحمل الطبيعية وأنَّ متابعة الحالات في المراكز الصحية الكبرى أفضل من حيث النتائج من المراكز الصحية المحلية الصغيرة.

7. دراسة هوبتشلر و ليتشليتير (Hoppichler & Lechleitner, 2001) تركيا وأستراليا:

**عنوان الدراسة:**

**Counseling Program and the Outcome of Gestational Diabetes in Austrian and Turkish Women.**

(مدى فاعلية برنامج إرشادي للتعامل مع سكري الحمل لدى النساء الحوامل في أستراليا وتركيا).

**أهداف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج إرشادي للتعامل مع سكري الحمل لدى النساء الحوامل في أستراليا وتركيا.

**عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (39) امرأة من تركيا، و (72) امرأة من أستراليا.

**أدوات الدراسة:** استخدم برنامج إرشادي، وتركز البرنامج الإرشادي على إعطاء النساء الحوامل معلومات هامة عن طبيعة مرض السكري وضرورة الحمية الغذائية.

**نتائج الدراسة:** توصلت الدراسة إلى ما يلي:

- 1) عدم وجود فروق بين النساء التركيات والأستراليات في التحكم الأيضي، والتحكم في مستوى السكر.
- 2) إن البرنامج أثبت فاعلية في إظهار النتائج الإيجابية والمشاركة بين المجموعتين من النساء، وخاصة أن البرنامج أظهر تحسناً في التعامل مع السكري لدى النساء من أستراليا وتركيا من أفراد العينة.

## 8 . دراسة تيشيفكا (Telishevka et al., 2001) أوكرانيا:

عنوان الدراسة:

**Toward an understanding of the high death, rate Among Young People with Diabetes in Ukraine.**

(نحو فهم ارتفاع معدل الوفيات بين الشباب الذين يعانون من مرض السكري في أوكرانيا).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى محاولة فهم الأسباب الكامنة وراء ارتفاع معدل الوفيات لدى مرضى السكري ممن تقل أعمارهم عند الوفاة عن (50) عاماً وخاصة بعدما وجد الباحثون أن تلك النسبة ارتفعت بعد الثمانينات.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (64) حالة وفاة كان لديهم مرض السكري وتقل أعمارهم عن (50) عاماً.

أدوات الدراسة: استخدم الباحثون المقابلة الشخصية مع أقارب وجيران أفراد العينة، وذلك بطرح عدة أسئلة عليهم بخصوص حالة المريض قبل الوفاة.

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

1) وجد الباحثون أن الوفاة لدى أفراد العينة تباينت وأن نسبة (69%) من الوفيات كان بسبب الفشل الكلوي.

2) وأن (9%) من الحالات كان بسبب أمراض القلب، و(9%) كان بسبب السكري ومضاعفاته الأخرى، كما اتضح أن ثلث رجال أفراد العينة كانوا يشربون مشروبات كحولية، وتوصل الباحثون إلى تقديم أسباب محددة لارتفاع نسبة الوفيات لدى مرضى السكري في أوكرانيا والتي تتمثل في قلة وعي المرضى بمرضهم ومضاعفاته وبما ينبغي عليهم اتباعه، وقلة اتباعهم النظام العلاجي، وقلة الرعاية الصحية الكافية المقدمة لهؤلاء المرضى.

## 9 . دراسة جرافيلس و واندل (Gravels &amp; Wandell, 2006) السويد:

عنوان الدراسة:

**Coping strategies in men and women with type II diabetes in Swedish primary care.**

(مهارات المواجهة عند مرضى السكري من كلا الجنسين المصابين بالنوع الثاني من السكري، ومراجعة مراكز الرعاية الأولية بالسويد).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تعرف مهارات المواجهة عند مرضى السكري من كلا الجنسين المصابين بالنوع الثاني من السكري، ويراجعون مراكز الرعاية الأولية بالسويد.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (232) مريضاً بالسكري تراوحت أعمارهم بين (35- 64) سنة.

أدوات الدراسة: استخدم مقياس مهارات المواجهة، والاستعانة بالتقارير الطبية الخاصة بأفراد المجموعة.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى ما يلي:

(1) أن مهارات المواجهة كانت ضعيفة لدى النساء أكثر من الرجال.

(2) لوحظ انتشار الانعزالية والانطوائية والاستسلام لديهن أكثر من الرجال.

10 . دراسة هامبل وأهنسجو (Hummble & Ahnsjo, 2006) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة:

### Personality Changes and Social Adjustment During the First Three Years of Diabetes in Children.

(التغيرات الشخصية والتوافق الاجتماعي في السنوات الثلاث الأولى من الإصابة بمرض السكري النوع الأول).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة لمعرفة التغيرات في الشخصية والتوافق الاجتماعي في السنوات الثلاث الأولى من الإصابة بمرض السكري النوع الأول.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة (64) مريضاً تراوحت أعمارهم بين (4- 17) سنة.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث عدة مقاييس منها فحص الحالة العقلية، تقييم الوضع الاجتماعي، ومقياس للذكاء.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى ما يلي:

(1) لم توجد أية اختلافات في الحالة العقلية لمرضى السكري في بداية الدراسة.

(2) زيادة أعراض العدوانية عند مرضى السكري.

(3) زيادة قلق المرضى على صحتهم، ولكن بعد (3) سنوات بدأت الأعراض تقل.

## 11 . دراسة بور (Power, 2008) إسبانيا:

عنوان الدراسة:

**Factors Influencing the Psychological Adjustment of young Patients with Type 1 Diabetes in the first year after Diagnosis.**

(العوامل المؤثرة في التوافق النفسي لليافعين المصابين بداء السكري الشبابي النمط الأول في السنة الأولى بعد التشخيص).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

1) تعرف العوامل الخاصة بالوالدين والأطفال والمراهقين المؤثرة في التوافق النفسي والحالة الصحية للأطفال والمراهقين المصابين بداء السكري (النمط الأول)، وأمهاتهم خلال فترة ما بعد التشخيص (لمدة 12 شهراً).

2) تعرف التغيرات في كل من التوافق النفسي والحالة الصحية للأطفال والمراهقين المصابين بداء السكري مع مرور الوقت - أي من لحظة التشخيص ولغاية 12 شهراً-.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (62) طفلاً وطفلة (29 ذكراً، و33 أنثى) وأمهاتهم، وتراوحت أعمارهم بين (أقل من سنة - 18) سنة.

أدوات الدراسة: تم استخدام الأدوات التالية:

- مقياس تقييم سلوك الأطفال BASC (Reynolds &amp; Kamphuis, 1992).

- استبانة الصحة العامة GHO (Goldberg, 1978).

- مقياس نمط الحياة للشباب المصابين بالسكري DQOL-Y (Ingersoll &amp; Marrero, 1991).

- مقياس الحماية الوالدية PPS (Thomas &amp; Metz, 1995).

- مقياس الضغط، والقلق، والاكتئاب DASS (Lovibond &amp; Lovibond, 1995).

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة ما يلي:

1) وجود علاقة ارتباطية بين الأعراض النفسية لكل من (الضغط، القلق، الاكتئاب) لدى الأمهات والتوافق النفسي الضعيف لدى الأطفال والمراهقين في فترة ما بعد التشخيص.

2) هناك ضبط كاف لعملية التمثيل الغذائي على الرغم من تراجع مستويات الضبط أكثر من مرة خلال (12) شهراً بعد التشخيص.

3) وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين التوافق النفسي والتقييم الذاتي عند المراهقين والأمهات.

4) وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين التوافق النفسي ونمط الحياة عند المراهقين.

2/2 . المحور الثاني: (بحوث ودراسات تتعلق بالبرنامج (المقترح) لمستوى الرضا عن الحياة).

أولاً . الدراسات العربية:

1 . دراسة السبيعي (2007) السعودية:

عنوان الدراسة: (الشعور بالسعادة وعلاقته بكل من الرضا عن الحياة والتفائل ووجهة الضبط لدى المتزوجات وغير المتزوجات في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

1. تعرف أثر المتغيرات الديموغرافية (الحالة الزوجية، والعمر، ومستوى التعليم، وعدد الأبناء) على متغيرات الدراسة (درجة الشعور بالسعادة، الرضا عن الحياة، التفائل، وجهة الضبط).
2. الكشف عن أساليب جديدة تؤدي إلى زيادة الشعور بالسعادة لدى المرأة السعودية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (204) من العاملات في جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، واللاتي تراوحت أعمارهن بين (25-60) سنة.

أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة الأدوات التالية:

- 1- مقياس الشعور بالسعادة من إعداد الباحثة.
- 2- مقياس دينر وآخرون للرضا عن الحياة، وتقنين العنزي.
- 3- مقياس التفائل من إعداد عبد الخالق (1996).
- 4- مقياس وجهة الضبط من إعداد روتر وترجمة كفاقي وتقنين ابن سيديا.

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

- 1) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الرضا عن الحياة، ودرجة الشعور بالسعادة تبعاً لمتغير العمر لصالح النساء ذوات العمر الأكبر.
- 2) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي لصالح الأعلى تعليماً.
- 3) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير عدد الأولاد لصالح السيدات اللاتي لديهن طفل أو طفلان.

## 2. دراسة عبد الغني (2009) السعودية:

عنوان الدراسة: (أنماط التعلق وعلاقتها بالرضا عن الحياة وأساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى عينة من الزوجات في منتصف العمر بمدينة مكة المكرمة وجدة).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى بحث علاقة أنماط التعلق بكل من الرضا عن الحياة، وأساليب التعامل مع الضغوط النفسية. وتعرف الفروق بين إجابات أفراد عينة الدراسة على الأدوات المستخدمة في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية وهي: (العمر، والمستوى التعليمي، والعمل، وعدد سنوات الزواج، وعدد الأبناء).

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (620) زوجة من الزوجات في منتصف العمر بمدينة مكة المكرمة وجدة.

أدوات الدراسة: لتحقيق أهداف الدراسة، تم تطبيق كل من:

- مقياس أنماط تعلق الراشدين لبيرن وآخرون (Bernann et, al. 1998).
- مقياس الرضا عن الحياة للدسوقي (1999).
- مقياس أساليب التعامل مع الضغوط النفسية للعنزي (1999).

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

1) وجود علاقة سلبية ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة على أبعاد التعلق والقلق ودرجاتهم في متغير الرضا عن الحياة.

2) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة من أنماط تعلق مختلفة في الدرجة الكلية للرضا عن الحياة، إذ وجدت فروق بين أفراد نمط التعلق الآمن من جانب وأفراد نمطي التعلق الخائف والرافض من جانب آخر لصالح أفراد النمط الآمن، كما وجدت فروق بين أفراد نمط التعلق المشغول وكل من أفراد نمطي التعلق الخائف والرافض في اتجاه الأفراد من نمط التعلق المشغول.

## 3. دراسة تفاحة (2009) مصر:

عنوان الدراسة: (الصلابة النفسية والرضا عن الحياة لدى عينة من المسنين "دراسة مقارنة").

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تعرف مستوى الصلابة النفسية ومستوى الرضا عن الحياة لدى عينة من المسنين، وتعرف العلاقة بينهما.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (120) مسناً تزيد أعمارهم على (65) عاماً من الجنسين.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياس الصلابة النفسية ومقياس الرضا عن الحياة من إعدادة.

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

(1) وجود فروق دالة إحصائياً بين المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين بدور الرعاية في كل من الصلابة النفسية والرضا عن الحياة.

(2) وجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين من المسنين المقيمين مع أسرهم والمقيمين بدور الرعاية في كل من الصلابة النفسية والرضا عن الحياة لصالح المقيمين مع أسرهم.

#### 4 . دراسة بسيوني (2011) السعودية:

عنوان الدراسة: (التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها بالإنجاز الأكاديمي والرضا عن الحياة لدى عينة من الطالبات الجامعيات بمكة المكرمة).

أهداف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى تعرف مستوى التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها بالإنجاز الأكاديمي والرضا عن الحياة لدى عينة من الطالبات الجامعيات.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (343) طالبة تراوحت أعمارهم بين (21-25) سنة.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياس الرضا عن الحياة ومقياس التفاؤل والتشاؤم. من اعداد الباحثة.

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

(1) وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين درجات الطالبات الجامعيات على مقياس التفاؤل ودرجاتهن على مقياس الرضا عن الحياة، والإنجاز الأكاديمي.

(2) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مرتفعي ومنخفضي التفاؤل والتشاؤم على مقياس الرضا عن الحياة والإنجاز الأكاديمي لصالح مرتفعي التفاؤل.

#### 5 . دراسة غنيمه (2011) مصر:

عنوان الدراسة: (العنف الأسري الموجه ضد المسنين وعلاقته بالاكنتاب والرضا عن الحياة).

أهداف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى تعرف العنف الأسري الموجه ضد المسنين وعلاقته بالاكنتاب والرضا عن الحياة ومستوى كل من هذه المتغيرات لدى أفراد العينة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (243) من المسنين الذكور والإناث.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياس الرضا عن الحياة من إعداد الدسوقي، ومقياس العنف الأسري من إعداده.

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

- 1) وجود علاقة ارتباطيه دالة سالبة بين درجات أفراد العينة على مقياس العنف الأسري ومقياس الرضا عن الحياة.
- 2) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المسنين مرتفعي ومنخفضي العنف الأسري الموجه ضدهم وذلك في متغيري الاكتئاب والرضا عن الحياة.
- 3) اتجاه المسنين الأكثر عرضة للعنف الأسري في حالة اكتئاب، والأقل عرضة للعنف الأسري في حالة رضا عن الحياة.

#### 6 . دراسة المالكي (2011) السعودية:

عنوان الدراسة: (فاعليات الأنا وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى عينة من السعوديات في مدينة مكة المكرمة في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تعرف العلاقة بين فاعليات الأنا كما افترضها إريكسون وبين الرضا عن الحياة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من عينة من السعوديات العاملات وغير العاملات بلغت (272) سعودية من أعمار مختلفة ومستويات تعليمية مختلفة وأوضاع اجتماعية مختلفة وكانت عينة العاملات من مهن مختلفة.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس فاعليات الأنا من إعداد ماركستروم وآخرون ( Markstrom et, al, 1997)، والذي قام الغامدي (2010) بتقنيه على البيئة السعودية، ومقياس الرضا عن الحياة من إعداد مجدي الدسوقي (1991).

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

- 1) توجد علاقة ارتباطيه قوية موجبة دالة إحصائياً بين درجة الفاعليات مع بعضها من جهة، ودرجة كل فاعلية، ووجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية للفاعليات والرضا عن الحياة.
- 2) توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير العمر لصالح الأكبر (36) سنة فأكثر.

- (3) توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لاختلاف المهنة لصالح العاملات في مدارس حكومية.
- (4) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.
- (5) توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجات.

### 7. دراسة المجدلوي (2012) فلسطين:

**عنوان الدراسة:** (التفاؤل والتشاؤم وعلاقته بالرضا عن الحياة والأعراض النفسجسمية لدى موظفي الأجهزة الأمنية الذين تركوا مواقع عملهم بسبب الخلافات السياسية).

**أهداف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى تعرف مدى شيوع التفاؤل والتشاؤم والرضا عن الحياة والأعراض النفسجسمية لدى عينة الدراسة، وتعرف العلاقة بين التفاؤل والتشاؤم من جهة والرضا عن الحياة والأعراض النفسجسمية من جهة أخرى، وأيضاً معرفة الفروق في متغيرات الدراسة تبعاً للمتغيرات الديموغرافية: (العمر، الدخل، سنوات الخدمة).

**عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (205) من موظفي الأجهزة الأمنية الذين تركوا مواقعهم بسبب الخلافات السياسية.

**أدوات الدراسة:** استخدم الباحث مقياس التفاؤل والتشاؤم من إعداد الباحث، ومقياس الرضا عن الحياة، ومقياس الأعراض النفسجسمية من إعداد الباحث.

**نتائج الدراسة:** من أبرز نتائج الدراسة:

- (1) إنّ (55%) راضون عن حياتهم.
- (2) إنّ (22%) يعانون أعراضاً نفسجسمية.
- (3) لا توجد علاقة كبيرة بين التفاؤل والتشاؤم والرضا عن الحياة والأعراض النفسجسمية من جهة أخرى.
- (4) عدم وجود فروق كبيرة في مقياس التفاؤل والتشاؤم والرضا عن الحياة تبعاً للمتغيرات الديموغرافية.

ثانياً . الدراسات الأجنبية:

1 . دراسة وو وآخرون (Wu et al., 2009) تايوان:

عنوان الدراسة:

### How Do Positive Views Maintain Life Satisfaction?.

(كيفية المشاهدات الإيجابية للحفاظ على رضا الحياة؟).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة كيفية الحفاظ على الرضا عن الحياة والآخرين من خلال ثلاثة مسارات وساطة (وجهة نظر إيجابية، التفاؤل، تعزيز الذات).

عينة الدراسة: وتكونت العينة من (272) طالباً من جامعة العلوم والتكنولوجيا في تايوان.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث الأدوات التالية مقياس لقياس السيطرة، مقياس التفاؤل، مقياس تعزيز الذات، مقياس الرضا عن الحياة.

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

وجود ارتباطات دالة إحصائياً بين هذه المتغيرات، وأن وجهات النظر الإيجابية تؤدي إلى الرضا عن الحياة بوساطة احترام الذات.

2 . دراسة جوزف وآخرون (Jusoff et al., 2009) ماليزيا:

عنوان الدراسة:

### The Life Satisfaction of Academic and Non-Academic Staff in a Malaysian Higher Education Institution.

(الرضا عن الحياة لدى الموظفين الأكاديميين وغير الأكاديميين في مؤسسات التعليم العالي الماليزية).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تعرف مستوى الرضا عن الحياة لدى أفراد العينة، وبيان علاقته بعدد من المتغيرات الأخرى.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (199) من الأكاديميين وغير الأكاديميين في ماليزيا اختيروا بطريقة عشوائية.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياس الرضا عن الحياة من إعداده.

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

- 1) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة الدراسة في مستوى الرضا عن الحياة تعزاً لمتغيري: العمر، وسنوات الخدمة.
  - 2) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير الجنس.
- 3 . دراسة بارلو (Parlow, 2010) الولايات المتحدة الأمريكية:  
عنوان الدراسة:

### The Relationship between Job and Life Satisfaction.

(العلاقة بين الوظيفة والرضا عن الحياة).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تعرف العلاقة بين الوظيفة والرضا عن الحياة، وكذلك بيان علاقته بعدد من المتغيرات الأخرى.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (70) فرداً اختيروا بطريقة عشوائية.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياس الرضا عن الحياة من إعداده.

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

- 1) وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الرضا عن الحياة والدوافع نحو الوظيفة والإنجاز.
- 2) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الرضا عن الحياة تعزاً لمتغيري المؤهل العلمي، ومستوى الدخل المادي.

2/3 . المحور الثالث: (بحوث ودراسات تتعلق بالرضا عن الحياة لدى مرضى السكري).

أولاً . الدراسات العربية:

1 . دراسة الراشد (2002) السعودية:

عنوان الدراسة: (نوعية الحياة عند السعوديين المرضى بالسكري).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقصي وجهات نظر مرضى السكري السعوديين عن نوعية الحياة التي يعيشونها وعلاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية والديموجرافية.

**عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (320) مريضاً من مرضى السكري في مدينة الرياض، والذين يبلغون من العمر (20) عاماً وما فوق.

**أدوات الدراسة:** تم استخدام استبانة مقابلة شخصية لجمع البيانات شملت الخصائص الديموجرافية والتاريخ المرضي، ومقياس نوعية الحياة الخاص بمرضى السكري المكون من (45) مفردة.

**نتائج الدراسة:** من أبرز نتائج الدراسة:

- 1) إنَّ متوسط أعمار المرضى هو (45.77) عاماً، و(71.6%) لا يعانون أي مضاعفات.
- 2) أدى السكري إلى تدهور مستوى الحياة.
- 3) متوسط الدرجة الكلية لنوعية الحياة يساوي (3.768)، وجاء محور أثر المرض أولاً، يليه محور القلق، وأخيراً محور الرضا.
- 4) فيما يتعلق بمحور أثر السكري على الحياة فقد أدرك المرضى تأثير المرض من حيث إحساسهم بالإرهاق الجسدي وعدم تحسين الحالة، والتقيد بنمط غذائي غير مفضل، والشعور بالغضب من التبول المتكرر، والمعاناة من نوبات انخفاض السكر بالدم.
- 5) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة، إذ تبين أنَّ المرضى الأصغر عمراً والمصابين بالنوع الثاني من السكر يتمتعون بنوعية حياة أفضل.

## 2 . دراسة يونس (2004) فلسطين:

**عنوان الدراسة:** (المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مرضى السكري وتأثيرها على جودة الحياة).

**أهداف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى الكشف عن تأثير المشكلات النفسية والاجتماعية على جودة الحياة في محافظة غزة.

**عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (378) مريضاً ومريضة من مرضى السكري.

**أدوات الدراسة:** استخدم الباحث مقياس لتحديد المشكلات النفسية والاجتماعية من إعداده واستخدام مقياس جودة الحياة من إعداد منظمة الصحة العالمية.

**نتائج الدراسة:** من أبرز نتائج الدراسة:

- 1) وجود فروق بين الذكور والإناث من مرضى السكري في مستوى جودة الحياة لصالح الذكور.
- 2) وجود فروق بين منخفضي ومرتفعي المشكلات النفسية في مستوى جودة الحياة لصالح منخفضي المشكلات النفسية.

## 3 . دراسة قريط (2006) الأردن:

عنوان الدراسة: (نوعية الحياة الصحية، الدعم الاجتماعي واستراتيجيات التكيف لدى مرضى النوع الثاني من السكري في دمشق).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

1. تحديد مستويات التكيف، والدعم الاجتماعي ونوعية الحياة الصحية لدى مرضى السكري من النمط الثاني.

2. بحث العلاقة بين المتغيرات الديموغرافية والمتغيرات التالية: استراتيجيات التكيف، الدعم الاجتماعي، ونوعية الحياة.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (151) فرداً تراوحت أعمارهم بين (30- 78) سنة، وقد تم اختيارهم من (8) مراكز صحية.

أدوات الدراسة: استخدمت المقابلة الشخصية، واستمارة عن المعلومات الديموغرافية، وثلاث استبيانات هي: مقياس نوعية الحياة، مقياس الدعم الاجتماعي، استبانة التكيف، من إعداد الباحثة.

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة ما يأتي:

(1) انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي.

(2) عدم وجود علاقة دالة إحصائياً بين مستوى الدعم الاجتماعي وكل من العمر والمستوى التعليمي ووجود سوابق عائلية للمشاركين. بينما وجدت علاقة دالة إحصائياً بين مستوى الدعم الاجتماعي وكل من جنس المشارك والحالة الاجتماعية ووجود عمل ووجود مضاعفات من داء السكري ومستوى الدخل الشهري.

(3) وجود مستوى معتدل من نوعية الحياة.

(4) عدم وجود علاقة دالة إحصائياً بين التكيف ونوعية الحياة.

## 4 . دراسة رضوان (2008) فلسطين:

عنوان الدراسة: (فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق النفسي لدى مرضى السكري بمحافظة غزة).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي تدريبي في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى السكري بمحافظة غزة، وتعديل سلوكهم بعد تعرف مصادر الضغوط

ومواجهتها والتغلب عليها، وتبصيرهم بالحلول البديلة التي تساعدهم على مواجهة مشكلاتهم وإيجاد الحلول المناسبة لهم وتحقيق التوافق النفسي لديهم.

**عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (100) مريض ومريضة من مرضى السكري، منهم (50) مريضاً، و(50) مريضة، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية من المرضى المراجعين لمراكز الرعاية الأولية بوزارة الصحة بغزة.

**أدوات الدراسة:** استخدم الباحث أربع أدوات في هذه الدراسة وهي من إعداد الباحث:

1- مقياس الضغوط النفسية.

2- مقياس التوافق النفسي.

3- استمارة لتقدير المستوى الاقتصادي والاجتماعي.

4- برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

**نتائج الدراسة:** من أبرز نتائج الدراسة:

- 1) وجود علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى مرضى السكري.
- 2) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسط درجاتهم بعد تطبيق البرنامج على مقياس الضغوط النفسية لصالح التطبيق البعدي.
- 3) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسط درجاتهم بعد تطبيق البرنامج على مقياس التوافق النفسي لصالح التطبيق البعدي.
- 4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي لمقياس الضغوط النفسية لصالح أفراد المجموعة التجريبية.
- 5) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي لمقياس التوافق النفسي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.
- 6) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين التطبيق البعدي والتطبيق المؤجل على مقياس الضغوط النفسية.
- 7) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين التطبيق البعدي والتطبيق المؤجل على مقياس التوافق النفسي.

5 . دراسة عبد الرحمن وخضر (2009) فلسطين:

عنوان الدراسة: (المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مريض السكري المراهق).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى مريض السكري المراهق.

عينة الدراسة: بلغت عينة الدراسة (101) من مرضى السكري المراهقين تراوحت أعمارهم بين (13 - 21) عاماً، وعينة إكلينيكية تكونت من (4) حالات.

أدوات الدراسة: استخدم الباحثان مقياس المساندة الاجتماعية، ومقياس جودة الحياة لمريض السكري وكلاهما من إعدادهما، واستخدمت استمارة دراسة الحالة.

نتائج الدراسة: من أهم نتائج الدراسة:

- ◇ وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية وأبعاد جودة الحياة.
- ◇ لا توجد فروق دالة إحصائياً لعامل الجنس في الشعور بجودة الحياة بشكل عام بينما وجدت فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في الشعور بجودة الحياة النفسية لصالح الإناث.
- ◇ كشفت الدراسة عن وجود بعض العوامل المؤثرة (الدخل المادي، الدعم العائلي) في شعور مريض السكري بجودة الحياة.

#### 6 . دراسة سليمان (2009) مصر:

عنوان الدراسة: (المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة - نوعية الحياة - (Quality of life) لدى مريض السكري المراهق "دراسة سيكومترية إكلينيكية").

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

1. معرفة أثر جنس المراهق في شعوره بجودة الحياة.
2. تعرف أنواع المساندة المنبئة والمؤثرة على جودة حياة مريض السكري.
3. تعرف أهم العوامل المؤثرة في شعور الفرد بجودة الحياة لدى المراهقين الأعلى والأقل شعوراً بجودة الحياة.

4. تعرف أثر جنس المراهق في إدراكه للمساندة الاجتماعية المقدمة له.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (101) من المصابين بداء السكري من الذكور والإناث، وتراوحت أعمارهم بين (13 - 21) سنة.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس المساندة الاجتماعية لمريض السكر المراهق، ومقياس جودة الحياة لمريض السكر المراهق، واستمارة بيانات أولية عن الأسرة، وكلها من إعداد الباحثة.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- 1) لا يوجد تأثير دال إحصائياً لعامل الجنس في الشعور بجودة الحياة بشكل عام، بينما وجدت فروق دالة بين الذكور والإناث من مرضى السكر في الشعور بجودة الحياة لصالح الإناث.
- 2) كشفت الدراسة الإكلينيكية عن وجود بعض العوامل المؤثرة في شعور المراهق مريض السكري بجودة الحياة.
- 3) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية المقدمة، والدرجة الكلية لجودة الحياة، وجميع أبعاد جودة الحياة.

#### 7 . دراسة مقبل (2010) فلسطين:

عنوان الدراسة: (التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين التوافق النفسي وأبعاده وقوة الأنا وكل من المتغيرات: (عدد سنوات الإصابة بالمرض، نوع مرض السكري، مستوى الدخل، المستوى التعليمي، العمر، والنوع) لدى مرضى السكري.

عينة الدراسة: تم اختيار عينة الدراسة عشوائياً من المرضى المسجلين بمركز شهداء الرمال الحكومي، وبلغت العينة (300) مريض ومريضة.

أدوات الدراسة: قامت الباحثة بتطبيق مقياس التوافق النفسي من إعداد شقير (2003) بعد التأكد من صدق وثبات المقياس، ومقياس قوة الأنا لبارون ترجمة أبو ناهية وموسى (1988) وقامت الباحثة بتطبيق المقاييس على عينة الدراسة.

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

- 1) وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين التوافق النفسي وأبعاده (الشخصي، الصحي، الأسري، الاجتماعي والتوافق النفسي العام) وقوة الأنا لدى مرضى السكري.
- 2) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين عدد سنوات الإصابة بمرض السكري وأبعاد التوافق التالية: (التوافق الشخصي، التوافق الأسري، التوافق الاجتماعي).
- 3) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين نوع الإصابة بمرض السكري (المعتمد على الأنسولين، المعتمد على حبوب السكر، سكر الحمل) بالنسبة لدرجات التوافق النفسي وأبعاده (الصحي، الأسري،

الشخصي، الاجتماعي، النفسي العام) في حين لوحظ وجود فروق دالة إحصائياً بين نوع الإصابة بمرض السكري بالنسبة للتوافق الصحي لدى الإناث.

(4) وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق الشخصي والأسري والنفسي العام وذلك حسب مستويات الدخل الشهرية لمرضى السكري، في حين لوحظ عدم وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق الصحي والاجتماعي حسب مستويات الدخل الشهرية لمرضى السكري.

(5) وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق النفسي وأبعاده المختلفة حسب المستويات التعليمية المختلفة لمرضى السكري.

(6) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في التوافق النفسي وأبعاده والفروق لصالح الذكور.

(7) عدم وجود فروق دالة إحصائياً في قوة الأنا ونوع الإصابة بمرض السكري (المعتمد على الأنسولين، المعتمد على حبوب السكر، سكر الحمل) وعدم وجود فروق دالة إحصائياً في قوة الأنا حسب نوع المرض.

## 8 . دراسة فهد (2012) سورية:

عنوان الدراسة: (الأعراض الاكتئابية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول) "دراسة ميدانية في مدينة دمشق").

أهداف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى:

1. الكشف عن العلاقة بين الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول).

2. الكشف عن الفروق في الأعراض الاكتئابية وفق متغيرات (الجنس، العمر، مدة الإصابة، عدد مرات الدخول إلى المشفى، وجود أفراد في الأسرة مصابين بداء السكري، المضاعفات).

3. الكشف عن الفروق في نوعية الحياة وفق متغيري (الجنس، العمر).

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من الأفراد المصابين بداء السكري (النمط الأول) في محافظة دمشق والبالغ عددهم (100) فرد مصاب بداء السكري من النمط الأول.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياسين وهما: القائمة العربية لاكتئاب الأطفال من تأليف (عبد الخالق، 1991)، والذي قام بتقنيه على البيئة السورية (عبد الخالق ورضوان، 1999).

ومقياس أنديانا لنوعية الحياة لدى الشباب المصابين بداء السكري وهو من إعداد غاري أنغرسول وديفيد مارور (Ingersoll and Marrero, 1991) وقامت بترجمته وتثقينه على البيئة السورية (سها فهد، 2012).

**نتائج الدراسة:** من أبرز نتائج الدراسة:

- 1) وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الأعراض الاكتئابية ونوعية الحياة.
- 2) وجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية وفق متغير الجنس لصالح الإناث.
- 3) وجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية وفق متغير العمر لصالح المجموعة العمرية (16 - 18) سنة.
- 4) عدم وجود فروق دالة في الأعراض الاكتئابية وفق المتغيرات: (مدة الإصابة، عدد مرات الدخول للمشفى، والمضاعفات الناجمة عن داء السكري).
- 5) عدم وجود فروق دالة إحصائياً في نوعية الحياة وفق متغير الجنس.
- 6) وجود فروق دالة في نوعية الحياة وفق متغير العمر لصالح المجموعة العمرية الأكبر (16- 18) سنة.

### 9 . دراسة نعيمة وشريقي (2013) سورية:

**عنوان الدراسة:** (مستوى الرضا عن الحياة وعلاقته بقوة الأنا لدى مرضى السكري في محافظة دمشق).

**أهداف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى:

1. قياس مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.
  2. قياس مستوى قوة الأنا لدى مرضى السكري.
  3. اختبار العلاقة بين مستوى الرضا عن الحياة وقوة الأنا لدى مرضى السكري.
  4. استكشاف الفروق في إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وعلى مقياس قوة الأنا وفق متغيرات البحث: (عدد سنوات الإصابة، مستوى الدخل، المستوى التعليمي).
- عينة الدراسة:** شملت عينة البحث (300) مريض ومريضة في محافظة دمشق.
- أدوات الدراسة:** استخدمت الباحثان أداتي: (مقياس الرضا عن الحياة من إعدادهما، ومقياس قوة الأنا وأعد المقياس من قبل بارون وترجمه للعربية علاء الدين كفاقي (1982)).

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

1) مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري ضعيف، إذ بلغ المتوسط الحسابي لاستجابة عينة البحث (1,60).

2) مستوى قوة الأنا لدى مرضى السكري متوسط، إذ بلغ المتوسط الحسابي لاستجابة عينة البحث (2,04).

3) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير عدد سنوات الإصابة لصالح الأفراد الذين يمتلكون عدد سنوات من الإصابة (1-3) سنوات.

4) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير مستوى الدخل لصالح الأفراد الذين يمتلكون مستوى مرتفعاً من الدخل المادي.

5) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير المستوى التعليمي لصالح الأفراد الذين يمتلكون شهادة دبلوم فما فوق إذ كانت الأنا لديهم مرتفعة وقوية.

6) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد عينة البحث على مقياس قوة الأنا وفق متغير المستوى التعليمي لصالح الأفراد الذين يمتلكون شهادة دبلوم فما فوق إذ كانت الأنا لديهم مرتفعة وقوية.

ثانياً . الدراسات الأجنبية:

1. دراسة غاتمان - بايمان وآخرون (Guttman-Bauman et al., 1998) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة:

**Metabolic Control and Quality -of- Life Self-assessment in Adolescents: with IDDM.**

(ضبط سكر الدم والتقييم الذاتي لنوعية الحياة لدى المراهقين المصابين بداء السكري المعتمد على الأنسولين).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

- تعرف العلاقة بين ضبط سكر الدم ونوعية الحياة لدى المراهقين المصابين بداء السكري المعتمد على الأنسولين.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (69) مشاركاً مصاباً بداء السكري من النمط الأول، وتراوح أعمارهم بين (10 - 20) سنة، مع مراعاة عدم وجود تأخر عقلي أو مرض نفسي.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس نوعية الحياة المتعلق بداء السكري للمراهقين، وتمّ تقييم مستوى الضبط لسكر الدم وذلك بقياس مستوى تسكر خضاب الدم مخبرياً.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) وجود علاقة عكسية بين نوعية الحياة ومستوى تسكر خضاب الدم، فكلما ارتفعت الدرجة على مقياس نوعية الحياة (نوعية حياة جيدة) انخفض مستوى تسكر خضاب الدم.

(2) إنّ التقييم الذاتي هو من أفضل المتنبئات لنوعية الحياة.

(3) إنّ نوعية حياة المراهقين الذين كان لديهم ضبط جيد لسكر الدم، كانت أفضل.

2. دراسة جراي وآخرون (Grey et al., 1998) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة:

**Personal and Family Factors Associated with Quality of Life in: Adolescents with Diabetes.**

(العوامل الشخصية والأسرية المرتبطة مع نوعية الحياة لدى المراهقين المصابين بداء السكري).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم العوامل التي تؤثر في نوعية الحياة لدى المراهقين المصابين بداء السكري.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (52) مراهقاً تراوحت أعمارهم بين (13 - 20) سنة، ومتوسط أعمارهم كان (16 سنة وشهراً)، ومدة الإصابة تراوحت بين (ثلاث سنوات وشهرين إلى ثماني سنوات وشهرين)، و(49%) كنّ من الإناث و(51%) كانوا من الذكور.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة مجموعة من المقاييس منها: مقياس نوعية الحياة، قائمة الاكتئاب للأطفال، مقياس التكيف مع داء السكري، مقياس سلوك العائلة السكرية، مقياس تكيف العائلة وتماسكها،

مقياس الفعالية الذاتية لداء السكري، مقياس التكيف مع المراهقة، بالإضافة إلى قياس تسكر خضاب الدم.

**نتائج الدراسة:** توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) إنَّ المراهقين المصابين بداء السكري كانوا أقل رضا عن الحياة، وشعروا أنَّ المعالجة كانت صعبة، بالإضافة إلى أنهم استخدموا بعض استراتيجيات التكيف غير الفعّالة (المتمردة)، وكانت فعاليتهم الذاتية ضعيفة، وكانت لديهم أعراض اكتئابية أكثر.

(2) إنَّ مستويات تسكر خضاب الدم لم ترتبط مع نوعية الحياة أو أي من العوامل النفسية المتوقعة لدى المراهقين الذين أدركوا أنَّ أسرهم موجهة ومسيطرّة أكثر لكن هؤلاء المراهقين حصلوا على مستويات منخفضة من تسكر خضاب الدم بالمقارنة مع المراهقين الذين كانت أسرهم أقل سيطرة.

**3 . دراسة فرانك (Frank, 2001) انكلترا:**

**عنوان الدراسة:**

**Diet, Life Style & Risk of the Type II Diabetes Mellitus in Women.**

**(النظام الغذائي، ونمط الحياة وخطر النوع الثاني من داء السكري لدى النساء).**

**أهداف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى محاولة تعرف مدى ارتباط حدوث مرض السكري النوع الثاني بالنظام الغذائي وبنظام الحياة لدى النساء.

**عينة الدراسة:** عمل الباحثون على متابعة (84941) مريضة بين سنة (1981- 1996) وكانت تلك السيدات خاليات من أمراض القلب والسكري قبل إجراء الدراسة.

**أدوات الدراسة:** عمل الباحثون على مراقبة أنظمة التغذية وأنظمة الحياة لديهن، وأوضحت نتائج الدراسة التتبعية التي استمرت (16) سنة أموراً تبرزها نتائج الدراسة.

**نتائج الدراسة:** من أبرز نتائج الدراسة:

إن (3300) حالة مرضية بالسكري من النوع الثاني تم تشخيصها، وإن زيادة الوزن أو البدانة كانت المؤشر الأكثر أهمية في حدوث المرض، بالإضافة إلى قلة الرياضة وسوء التغذية والتدخين وشرب الكحول مما سبب زيادة خطر الإصابة بالسكري من النوع الثاني، وجاءت نتائج الدراسة مؤكدة الفرضية التي تشير إلى أن معظم حالات مرض السكري من النوع الثاني يمكنها التوافق مع المرض باتباع نمط حياة أكثر صحة فضلاً عن الرياضة والأمور الأخرى.

## 4 . دراسة باولا وآخرون (Paula et al., 2001) أمريكا:

عنوان الدراسة:

**The Marital Relationship and Psychosocial Adaptation and Glycemic Control of Individuals with Diabetes.**

(العلاقة بين التوافق النفسي والاجتماعي والعلاقة الزوجية ومدى تأثير ذلك على مستوى السكر لدى مرضى السكري).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين التوافق النفسي والاجتماعي والعلاقة الزوجية ومدى تأثير ذلك على مستوى السكر لدى مرضى السكري.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (78) مريضاً بالسكري من الكبار المتزوجين من النوع الأول والنوع الثاني الذين يعالجون بالأنسولين، وتم اختيارهم بالطريقة العشوائية.

أدوات الدراسة: استخدم الباحثون عدة مقاييس في دراستهم مثل: مقياس التوافق الشخصي والاجتماعي وعلاقته بالأزواج، ومقياس جودة الحياة، ومقياس طبي لتحديد مستوى التحكم في السكر لدى المرضى.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى ما يلي: وجود ارتباط موجب بين الرضا الزوجي ومستوى التوافق الشخصي والاجتماعي وأيضاً بين الرضا الزوجي وجودة الحياة، فكلما ارتفع مستوى الرضا الزوجي انعكس إيجابياً على مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي للمريض وعلى جودة الحياة لديهم. ولكن لم تتضح حسب نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين التوافق الزوجي ومستوى التحكم في السكر لدى مرضى السكري أفراد العينة بشكل عام.

## 5 . دراسة هوي وآخرون (Hoey et al., 2001) إيرلندا:

عنوان الدراسة:

**Good Metabolic Control Is Associated With Better Quality of Life in (2101) Adolescents With Type 1 Diabetes.**

(الضبط الجيد لسكر الدم مرتبط مع نوعية الحياة الجيدة لدى (2101) من المراهقين المصابين بالنمط الأول من داء السكري).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم العلاقة بين الضبط الجيد لسكر الدم ونوعية الحياة لدى المراهقين المصابين بداء السكري (النمط الأول).

**عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (2101) مراهقاً، أعمارهم تراوحت بين (10 - 18) سنة، وتم سحب أفراد العينة عشوائياً من (21) مركزاً ضمن (17) بلداً في أوروبا، واليابان، وشمال أمريكا.

**أدوات الدراسة:** تم استخدام مقياس نوعية الحياة للمراهقين المصابين بداء السكري والذي يشمل جوانب (تأثير داء السكري، المخاوف الخاصة بالسكري، الرضا عن الحياة، وإدراك الحالة الصحية)، فضلاً عن قياس مستوى تسكر خضاب الدم كدليل على ضبط سكر الدم.

**نتائج الدراسة:** توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) ارتباط المستوى المنخفض لتسكر خضاب الدم مع ضعف في تأثير داء السكري، مخاوف قليلة، رضا عالٍ عن الحياة وإدراك جيد للصحة.

(2) بالنسبة للإناث كانت المخاوف لديهن مرتفعة، انخفاض في الرضا عن الحياة وضعف في إدراك الحالة الصحية بشكل أكبر بالمقارنة مع الذكور.

(3) إنَّ المستوى المنخفض لتسكر خضاب الدم ارتبط بشكل ملحوظ مع نوعية حياة جيدة لدى المراهقين وانخفاض في العبء الأسري كما هو مقيّم من قبل اختصاصي الصحة والآباء.

## 6 . دراسة فالكنر (Faulkner, 2003) الولايات المتحدة الأمريكية:

**عنوان الدراسة:**

### Quality of Life for Adolescents With Type I Diabetes.

(نوعية الحياة لدى المراهقين المصابين بالنمط الأول من داء السكري).

**أهداف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى:

1. كشف التأثيرات المحتملة للمتغيرات التالية: (الجنس، العمر، العرق، وضبط سكر الدم) على نوعية الحياة والإدراك الذاتي للصحة لدى المراهقين المصابين بداء السكري.

2. مقارنة نوعية الحياة لدى المراهقين المصابين بداء السكري مع المراهقين غير المصابين بمرض مزمن.

**عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (69) مراهقاً مصاباً بالنمط الأول من داء السكري، و(75) مراهقاً غير مصاب بأي مرض مزمن.

**أدوات الدراسة:** تمَّ استخدام مقياس نوعية الحياة للمراهقين المصابين بداء السكري، واستبانة عن الإدراك الذاتي للصحة عند المراهقين، وقائمة تدقيق سلوك الأطفال، فضلاً عن معلومات حول مدة الإصابة

وجرعة الأنسولين وآخر نتيجة لمستوى تسكر خضاب الدم ومعدل تسكر خضاب الدم في السنة الماضية.

**نتائج الدراسة:** توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) إنَّ نوعية الحياة لدى الإناث المصابين بداء السكري منخفضة بالمقارنة مع الذكور، ولم تظهر فروق ضمن العينة بالنسبة للمتغيرات الباقية (العمر، العرق، ضبط سكر الدم).

(2) نوعية الحياة لدى المراهقين المصابين بداء السكري والإدراك الذاتي للصحة منخفضة بالمقارنة مع المراهقين غير المصابين بأي مرض مزمن، وذلك لكلا الجنسين.

7 . دراسة غولدي وآخرون (Goldney et al., 2004) أستراليا:

**عنوان الدراسة:**

### Diabetes, Depression, and Quality of Life.

(السكري، الاكتئاب ونوعية الحياة).

**أهداف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى تقييم انتشار داء السكري والاكتئاب وارتباطهما بنوعية الحياة على عينة ممثلة.

**عينة الدراسة:** تم إجراء الدراسة على عينة ممثلة من المجتمع الأصلي بعمر (15 سنة فما دون) بلغت (3110) وذلك في شمال أستراليا، وتألّفت العينة من ثلاث مجموعات: عينة مصابة بداء السكري والاكتئاب، عينة مصابة بالاكتئاب ولكنها غير مصابة بداء السكري، وعينة مصابة بداء السكري ولكنها غير مصابة بالاكتئاب.

**أدوات الدراسة:** تم استخدام الاستفتاء المصغر لنوعية الحياة الصحية.

**نتائج الدراسة:** توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) بلغ انتشار الاكتئاب لدى العينة المصابة بداء السكري (24%) بالمقارنة مع (17%) بالنسبة لغير المصابين بداء السكري.

(2) وجود تأثيرات واسعة لداء السكري على كل من أبعاد نوعية الحياة بالمقارنة مع المصابين بداء السكري وغير المصابين بالاكتئاب.

(3) إنَّ الاكتئاب لدى المصابين بداء السكري يتطلب عناية ومعالجة لأنَّ له تأثيراً حاداً على مستوى الرضا عن الحياة.

## 8 . دراسة الجدي وآخرون (Eljedi et al., 2006) فلسطين:

عنوان الدراسة:

**Health Related Quality of Life in Diabetic Patients Controls without Diabetes in Refugee Camps in Gaza strip.**

(جودة الحياة لدى مرضى السكري وغير المصابين بمرض السكري في مخيمات اللاجئين في قطاع غزة).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة جودة الحياة لدى مرضى السكري في مخيمات اللاجئين بغزة مقارنة بمجموعة أخرى غير مصابين بمرض السكري.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (197) مريضاً بالسكري في ثلاثة من مخيمات اللاجئين بقطاع غزة، و(197) مريضاً من المخيمات نفسها من غير المرضى مع عمل تجانس في كلتا المجموعتين من حيث العمر والجنس.

أدوات الدراسة: تم تطبيق مقياس جودة الحياة من إعداد منظمة الصحة العالمية.

نتائج الدراسة: من أبرز نتائج الدراسة:

- 1) لوحظ انخفاض مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري بشكل عام مقارنة بالمجموعة الضابطة، وكان ذلك أقوى في الجوانب الجسدية والنفسية.
- 2) لوحظ انخفاض مستوى جودة الحياة لدى مريضات السكري من النساء بشكل أكبر من الرجال وكبار السن من المرضى بشكل أكبر من غيرهم.

## 9 . دراسة لوارا وآخرون (Loara et al., 2006) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة:

**The Role of Socioeconomic Statue, Depression, Quality of Life, and Glycemic Control in Type 1 Diabetes Mellitus.**

(دور الوضع الاجتماعي الاقتصادي، الاكتئاب، نوعية الحياة، وضبط سكر الدم في داء السكري من النمط الأول).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

1. اختبار العلاقة بين الضبط الضعيف لسكر الدم والاكتئاب، ونوعية الحياة، وانخفاض الوضع الاجتماعي والاقتصادي لدى الأفراد.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (222) طفلاً وطفلة والذين تراوحت أعمارهم بين (8- 17) سنة، والذين يعانون النمط الأول من داء السكري.

أدوات الدراسة: تمّ استخدام قائمة الاكتئاب للأطفال، وفهرس العوامل الأربعة لتحديد الوضع الاجتماعي والاقتصادي، واستفتاء نوعية الحياة، وتم اعتبار تسكر خضاب الدم (HbA1C) الأعلى من (8%) كدليل على الضبط الضعيف لسكر الدم.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

(1) بلغ عدد الأطفال الذين يمتلكون ضبطاً جيداً لسكر الدم (110) و(112) طفلاً لديهم ضعف في ضبط سكر الدم.

(2) (9.5%) من المجموعة ضعيفة الضبط لسكر الدم كانت تعاني الاكتئاب، بالمقارنة مع (3%) من المجموعة جيدة الضبط لسكر الدم.

(3) الوضع الاجتماعي الاقتصادي المرتفع ارتبط مع ضبط جيد لسكر الدم، ونوعية حياة أفضل.

(4) مدة الإصابة الطويلة بداء السكري لم ترتبط مع ضعف السيطرة على سكر الدم، كما أنّ نوعية حياة مرضى السكري تدهورت مع ضعف السيطرة على سكر الدم.

## 10 . دراسة ويت وآخرون (Wit et al., 2008) هولندا:

عنوان الدراسة:

### Monitoring and Discussing Health-Related of Life in With Type: 1 With Type 1 Diabetes Improve Psychosocial Well-Being.

(المراقبة الدورية ومناقشة نوعية الحياة الصحية لدى المراهقين المصابين بالنمط الأول من داء السكري ضمن تجربة معدة لهذا الغرض).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

اختبار تأثير مراقبة ومناقشة نوعية الحياة الصحية لدى المراهقين المصابين بالنمط الأول من داء السكري ضمن تجربة معدة لهذا الغرض.

عينة الدراسة: تكونت العينة من مجموعتين من المراهقين المجموعة التجريبية (46) مراهقاً والمجموعة الضابطة (45) مراهقاً، وكانت كلتا المجموعتين تقومان بثلاث زيارات منتظمة ومحددة خلال (12) شهراً، تم اختيارها من أربعة مراكز بشكل عشوائي.

أدوات الدراسة: تم تطبيق مجموعة من المقاييس على المجموعة التجريبية، وهي مقياس نوعية الحياة الصحية، استفتاء صحة الطفل، مقياس النزاع الأسري المحدد لداء السكري، مقياس الدراسات الوبائية للاكتئاب، بالإضافة إلى تقييم الرضا عن العلاج ونوعية الرعاية بالسكري ومقياس تسكر خضاب الدم.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- (1) إن المراقبة الدورية لنوعية الحياة الصحية لدى المراهقين المصابين بالسكري مهم وضروري، وله تأثيرات إيجابية على سعادتهم النفسية ماعدا أولئك الذين لديهم سوء ضبط لسكر الدم.
- (2) الصحة العقلية والنفسية والنشاطات العائلية وتقدير الذات تحسنت لدى المجموعة التجريبية، ماعدا المراهقين الذين كانت نتائجهم على فحص تسكر خضاب الدم عالية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة، ولم تلاحظ فروق مهمة بين المجموعتين بمرور الوقت في مستوى تسكر خضاب الدم.

### 11. دراسة نانسيل وآخرون (Nansel et al., 2008) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة:

#### Quality of life in children with Type 1 diabetes.

(نوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بالنمط الأول من داء السكري).

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

1. تقييم العوامل المركبة لقائمة نوعية الحياة (نموذج داء السكري).
2. مقارنة مقياس نوعية الحياة العامة ومقياس نوعية الحياة الخاص بداء السكري فيما يتعلق بالخصائص النفسية وارتباطها بالنتائج المتعلقة بها.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (447) فرداً ممن تراوحت أعمارهم بين (تسع سنوات وخمس عشرة سنة ونصف)، ممن يعانون النمط الأول من داء السكري.

أدوات الدراسة: تم استخدام المقاييس الأسرية، وتحليل العوامل المكونة الرئيسة، لفحص العوامل المركبة لنموذج نوعية الحياة لداء السكري.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- (1) إنَّ الدرجات على مقياس نوعية الحياة العامة ارتبطت بشكل دال مع الاكتئاب (علاقة طردية) بالمقارنة مع درجات نوعية الحياة الخاصة بداء السكري.

(2) ارتباط مقياس نوعية الحياة الخاص بداء السكري بشكل مرتفع مع مستوى تسكر خضاب الدم (علاقة عكسية)، ولكن ظهر هذا الارتباط بشكل أكبر على المقياس الخاص بالأسرة أكثر من مقياس الطفل.

#### 2/4 . تعليق عام على الدراسات السابقة.

##### 1- يتفق البحث الحالي مع الدراسات السابقة في الجوانب التالية:

- الأداة المستخدمة وهي مقياس الرضا عن الحياة التي اعتمدها أغلب الدراسات السابقة في جمع المعلومات وتحقيق الأهداف.
- دراسة النتائج والآثار النفسية لمرض السكري كدراسة كل من: (علي، 2001؛ رضوان، 2002؛ رضوان، 2008؛ مقبل، 2010؛ الزهراء، 2011؛ نعيمة وشريقي، 2013) و (Boey, 1999; Grey, 1999; Willoughby et al., 2000; Hoppichler & Lechleitner, 2001; Humble & Ahnsjo, 2006; Eljedi et al., 2006).
- دراسة نوعية وجودة الحياة لدى مرضى السكري: (الراشد، 2002؛ يونس، 2004؛ عبد الله، 2008؛ عبد الرحمن وخضر، 2009؛ سليمان، 2009؛ نعيمة وشريقي، 2013).

##### 2- يختلف البحث الحالي مع الدراسات السابقة في الجوانب التالية:

- حدود البحث، إذ تم تطبيق البحث في العام الدراسي (2013/2014م).
  - عينة البحث، وشملت مرضى السكري في محافظة اللاذقية بسورية.
  - استخدام البرنامج الإرشادي في رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.
- 3- أفادت الباحثة من الدراسات السابقة في تعرف مصادر متعددة، وفي تطبيق

#### المنهجية المتبعة، وفي بناء الاستبانة.

#### . ما أفادت منه الباحثة من الدراسات السابقة:

- . الإحساس بوجود مشكلة البحث.
- . تعرف العديد من محركات البحث /الإنترنت، ومراجع علمية/.
- . تنوير الباحثة فيما يتعلق بمنهج البحث، ومراحله، وأدواته، وإجراءات التطبيق الميداني.
- . تعرف أنواع مقاييس البحث المستخدمة في تعرف مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري؛ مما سهل المهمة لإعداد المقياس المناسب.
- . وضع مسوغات لهذا البحث.

## 2/5 . مكانة البحث الحالي بين الدراسات السابقة.

بعد الاطلاع على الدراسات السابقة المحلية والعربية والأجنبية المتعلقة بموضوع البحث، مما أتيج للباحثة، يمكن تحديد موقع الدراسة الحالية بين هذه الدراسات وفق ما يلي:

1. تناول عدد كبير من الدراسات السابقة متغير الرضا عن الحياة بعلاقته مع متغيرات أخرى، كما تناول عدد من الدراسات الأخرى مرض السكري بعلاقته مع متغيرات أخرى، وهذا ما تلتقي به الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة فيما يخص الجانب النظري من البحث الأمر الذي أغنى المعلومات النظرية للدراسة الحالية، فأثبتها بنتائج تلك الدراسات الميدانية السابقة. إلا أنها تختلف عنها في تناولها لمتغيري الرضا عن الحياة ومرض السكري معاً، إذ لم تعثر الباحثة على أي دراسة تناولت فاعلية برنامج إرشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة.

2. تناول عدد كبير من الدراسات السابقة متغير مرض السكري بعلاقته مع متغيرات نفسية وشخصية وصحية تتعلق بالذات والمرحلة العمرية والسمات الشخصية والدخل المادي مثال على ذلك: (علي، 2001؛ رضوان، 2002؛ رضوان، 2008؛ مقبل، 2010؛ الزهراء، 2011؛ نعيصة وشريقي، 2013).

3. أثبتت دراسة (مقبل، 2010؛ عبد الرحمن وخضر، 2009) أن الأفراد الذين لديهم مرض السكري هم أقل توافقاً ورضاً عن الحياة، وقد توقعت الباحثة في الدراسة الحالية أن يكون مرضى السكري أقل توافقاً ورضاً عن الحياة وبالتالي أكثر حاجةً لبرنامج إرشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة، وذلك بسبب تدني مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري الأمر الذي دعا الدراسة الحالية للتأكد من هذا التوقع عن طريق البحث الميداني والبرنامج الإرشادي.

4. تناول عدد كبير من الدراسات السابقة الرضا عن الحياة وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات الأخرى مثال على ذلك: (السيبي، 2007؛ عبد الغني، 2009؛ المدهون، 2009؛ تقاحة، 2009؛ بسيوني، 2011؛ غنيمة، 2011؛ المالكي، 2011؛ المجدلوي، 2012).

ومع أن البحث الحالية اختلفت عن الدراسات السابقة بمتغيراتها وعينتها، فقد اختلفت عن الدراسات السابقة في تناولها لمتغير الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري من حيث الجوانب والأبعاد التي يقيسها. وهو اختلاف في طريقة تناول هذا المتغير بالدراسة والبحث.

## الفهرس

رقم الصفحة	عنوان المحتوى
أ	. شكر وتقدير.
ب	. فهرس المحتويات.
هـ	. فهرس الجداول.
ط	. فهرس الأشكال والرسوم البيانية.
ي	. فهرس الملاحق.

## فهرس المحتويات

رقم الصفحة	عنوان المحتوى
13-1	الفصل الأول: التعريف بمشكلة البحث
2	- تمهيد.
4	1/1- مشكلة البحث.
7	1/2- أهمية البحث.
8	1/3- أهداف البحث.
8	1/4- أسئلة البحث.
9	1/5- فرضيات البحث.
10	1/6- متغيرات البحث.
10	1/7- أدوات البحث.
10	1/8- حدود البحث.
11	1/9- المجتمع الأصلي وعينة البحث.
11	1/10- مصطلحات البحث وتعريفاته الإجرائية.
13	1/11- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.

56 - 14	الفصل الثاني: الدراسات السابقة "عرض وتحليل"
15	- تمهيد.
15	2/1. المحور الأول: (بحوث ودراسات تتعلق بالبرنامج (المقترح) لمرضى السكري).
15	أولاً: الدراسات العربية.
24	ثانياً: الدراسات الأجنبية.
32	2/2. المحور الثاني: (بحوث ودراسات تتعلق بالبرنامج (المقترح) لمستوى الرضا عن الحياة).
32	أولاً: الدراسات العربية.
37	ثانياً: الدراسات الأجنبية.
38	2/3. المحور الثالث: (الدراسات الخاصة بالرضا عن الحياة لدى مرضى السكري).
38	أولاً: الدراسات العربية.
46	ثانياً: الدراسات الأجنبية.
55	2/4. تعليق عام على الدراسات السابقة.
56	2/5. مكانة البحث الحالي بين الدراسات السابقة.
79 - 57	الفصل الثالث: الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري
58	- تمهيد.
59	3/1 - نشأة علم النفس الإيجابي وتطوره.
61	3/2 - مفهوم الرضا عن الحياة.
66	3/3 - مصادر الرضا عن الحياة.
66	3/4 - أبعاد الرضا عن الحياة.
67	3/5 - مبادئ الرضا عن الحياة.
68	3/6 - النظريات المفسرة للرضا عن الحياة.
71	3/7 - مظاهر الرضا عن الحياة.
72	3/8 - مقومات الرضا عن الحياة.
76	3/9 - كيفية الوصول إلى الرضا عن الحياة.
77	3/10 - قياس مستوى الرضا عن الحياة.

98 - 80	الفصل الرابع: مرض السكري
81	4/1 - تعريف مرض السكري.
81	4/2 - نشأة الاهتمام بمرض السكري.
83	4/3 - التفسير العلمي لمرض السكري.
84	4/4 - أنواع مرض السكري.
88	4/5 - أسباب مرض السكري.
90	4/6 - مضاعفات مرض السكري.
91	4/7 - علاج مرض السكري.
92	4/8 - الاستجابات النفسية لدى المصابين بداء السكري.
96	4/9 - مرض السكري والرضا عن الحياة.
125 - 99	الفصل الخامس: الإرشاد المعرفي السلوكي
100	- تمهيد.
100	5/1 - الإرشاد المعرفي السلوكي.
103	5/2 - مفهوم الإرشاد المعرفي السلوكي.
105	5/3 - نشأة الإرشاد المعرفي السلوكي.
109	5/4 - أهداف الإرشاد المعرفي السلوكي.
110	5/5 - مبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي.
113	5/6 - مراحل الإرشاد المعرفي السلوكي.
113	5/7 - فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي.
-126 159	الفصل السادس: إجراءات البحث وأدواته
127	. تمهيد.
127	6/1 - منهج البحث وإجراءاته.
128	6/2 - متغيرات البحث.

128	6/3 - المجتمع الأصلي للبحث وعينته.
135	6/4 - أدوات البحث.
135	6/4/1 - مقياس الرضا عن الحياة.
144	6/4/2 - البرنامج الإرشادي.
158	6/5 . الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.
-160 202	الفصل السابع: نتائج البحث (عرضها ومناقشتها وتفسيرها)
161	. تمهيد.
161	أولاً: نتائج أسئلة البحث.
170	ثانياً: نتائج فرضيات البحث ومناقشتها.
201	ثالثاً: مقترحات البحث.
203	ملخص البحث باللغة العربية
209	مراجع البحث
210	. المراجع العربية.
220	. المراجع الأجنبية.
226	ملاحق البحث
I	ملخص البحث باللغة الأجنبية

## فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الفصل	رقم الجدول
128	توزع المجتمع الأصلي لأفراد عينة البحث.	السادس	1
129	توزع أفراد عينة البحث وفق العمر الزمني.		2
131	تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية في درجة الرضا عن الحياة.		3
131	توزع عدد أفراد كل من العينة التجريبية والضابطة.		4
131	توزع أفراد عينة البحث وفق متغير الجنس.		5
132	توزع أفراد عينة البحث وفق متغير نوع المرض.		6
133	توزع أفراد عينة البحث وفق متغير عدد سنوات الإصابة.		7
134	توزع أفراد عينة البحث وفق متغير مستوى الدخل.		8
135	توزع أفراد عينة البحث وفق متغير المستوى التعليمي.		9
137	أبعاد مقياس الرضا عن الحياة وتوزع بنوده.		10
139	عرضاً لبنود المقياس التي تم تعديلها.		11
139	درجة الصدق الذاتي لمقياس الرضا عن الحياة.		12
140	معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للبعد مع الدرجة الكلية لمقياس الرضا عن الحياة.		13
141	الصدق التمييزي لمقياس الرضا عن الحياة وأبعاده.		14
142	معامل الترابط (بيرسون) في التطبيقين الأول والثاني لمقياس الرضا عن الحياة.		15
143	ثبات مقياس الرضا عن الحياة وفق قانون (ألفا كرونباخ).		16
143	ثبات التجزئة النصفية لمقياس الرضا عن الحياة.		17
148	جلسات البرنامج الإرشادي لمرضى السكري.		18

161	المتوسط الحسابي والوزن النسبي لأبعاد مقياس الرضا عن الحياة.	السابع	19
162	النسبة المئوية والمتوسط الحسابي لاستجابة أفراد عينة البحث في البعد الأول لمقياس الرضا عن الحياة.		20
163	النسبة المئوية والمتوسط الحسابي لاستجابة أفراد عينة البحث في البعد الثاني لمقياس الرضا عن الحياة.		21
164	النسبة المئوية والمتوسط الحسابي لاستجابة أفراد عينة البحث في البعد الثالث لمقياس الرضا عن الحياة.		22
165	النسبة المئوية والمتوسط الحسابي لاستجابة أفراد عينة البحث في البعد الرابع لمقياس الرضا عن الحياة.		23
166	النسبة المئوية والمتوسط الحسابي لاستجابة أفراد عينة البحث في البعد الخامس لمقياس الرضا عن الحياة.		24
169	نسبة الكسب المعدل لمرضى السكري نتيجة خضوعهم للبرنامج الإرشادي وفق قانون بلاك للكسب المعدل		25
170	نتائج اختبار (ت) ستيودنت لدرجات المرضى تبعاً لمتغير الجنس فيما يتعلق بالرضا عن الحياة.		26
172	الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير نوع السكري.		27
173	اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير نوع السكري.		28
175	الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير عدد سنوات الإصابة.		29
176	اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير عدد سنوات الإصابة.		30
177	نتائج اختبار (LSD) لمقارنة الفروقات بين متوسطات الإجابات لعينة البحث تبعاً لمتغير عدد سنوات الإصابة.		31

179	الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير مستوى الدخل المادي.	32
180	اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير مستوى الدخل.	33
181	نتائج اختبار (LSD) لمقارنة الفروقات بين متوسطات الإجابات لعينة البحث تبعاً لمتغير الدخل المادي.	34
183	الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.	35
184	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير المستوى التعليمي.	36
185	نتائج اختبار (LSD) لمقارنة الفروقات بين متوسطات الإجابات لعينة البحث تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.	37
188	الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث في القياس القبلي لمقياس الرضا عن الحياة.	38
188	نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الرضا عن الحياة في القياس القبلي.	39
189	الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث في القياس البعدي المباشر لمقياس الرضا عن الحياة.	40
190	نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الرضا عن الحياة في القياس البعدي المباشر.	41
193	الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث في القياس البعدي المؤجل لمقياس الرضا عن الحياة.	42
193	نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الرضا عن الحياة في القياس البعدي المؤجل.	43

195	الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث (المجموعة الضابطة) في القياس القبلي والبعدي المباشر لمقياس الرضا عن الحياة.	44
195	نتائج اختبار ويلكسون لدلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي المباشر للمجموعة الضابطة على مقياس الرضا عن الحياة.	45
197	الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث (المجموعة التجريبية) في القياس القبلي والبعدي المباشر لمقياس الرضا عن الحياة.	46
197	نتائج اختبار ويلكسون لدلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي المباشر للمجموعة التجريبية على مقياس الرضا عن الحياة.	47
199	الإحصاء الوصفي لإجابات أفراد عينة البحث (المجموعة التجريبية) في القياس البعدي المباشر والمؤجل لمقياس الرضا عن الحياة.	48
200	نتائج اختبار ويلكسون لدلالة الفروق بين القياس البعدي المباشر والبعدي المؤجل للمجموعة التجريبية على مقياس الرضا عن الحياة.	49

## فهرس الأشكال والرسوم البيانية

رقم الصفحة	عنوان الشكل أو الرسم البياني	رقم الفصل	رقم الشكل
132	توزع أفراد عينة البحث متغير الجنس.	السادس	1
132	توزع أفراد عينة البحث وفق متغير نوع المرض.		2
133	توزع أفراد عينة البحث وفق متغير عدد سنوات الإصابة.		3
134	توزع أفراد عينة البحث وفق متغير مستوى الدخل.		4
135	توزع أفراد عينة البحث وفق متغير المستوى التعليمي.		5
162	الوزن النسبي لأبعاد مقياس الرضا عن الحياة.	السابع	6
174	متوسط إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير نوع السكري.		7
179	متوسط إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير عدد سنوات الإصابة.		8
183	متوسط إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير مستوى الدخل.		9
187	متوسط إجابات أفراد عينة البحث تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.		10
192	المتوسط الحسابي لإجابات أفراد عينة البحث في القياس البعدي لمقياس الرضا عن الحياة.		11
194	المتوسط الحسابي لإجابات أفراد عينة البحث في القياس البعدي المؤجل لمقياس الرضا عن الحياة.		12
199	متوسط إجابات أفراد عينة البحث (المجموعة التجريبية) في القياس القبلي والبعدي المباشر لمقياس الرضا عن الحياة.		13

## فهرس الملاحق

رقم الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
227	قائمة بأسماء السادة المحكمين.	1
228	مقياس الرضا عن الحياة.	2
230	النتائج الإحصائية للبحث.	3
232	البرنامج الإرشادي لمرضى السكري.	4

# المراجع

1. المراجع العربية.
2. المراجع الأجنبية.

# المراجع

## قائمة المراجع

### 1. المراجع العربية:

- إبراهيم، عبد الستار. (1994). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه. القاهرة: دار الفجر.
- إبراهيم، عبد الستار. (1998). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث- فهمه وأساليبه علاجه. عالم المعرفة، العدد 239، الكويت.
- إبراهيم، عبد الستار.، الدخيل، عبد العزيز.، رضوى، إبراهيم. (1993). العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته. عالم المعرفة، العدد (180)، الكويت.
- إبراهيم، فيوليت. (2004). سيكولوجيا النمو. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أبو اسعد، أحمد عبد اللطيف. (2011). العملية الإرشادية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- أبو السعود، نادية إبراهيم. (2002). فاعلية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم. رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- أبو تركي، مريم إبراهيم. (2008). علاقة التفاؤل بالرضا عن الحياة والتوافق الزوجي لدى الأزواج والزوجات في فلسطين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.
- أبو حلاوة، محمد السعيد. (2007). جودة الحياة المفهوم والأبعاد. ورقة عمل مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ، مصر.
- أبو علام، رجاء. (2003). التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام برامج spss. القاهرة: دار النشر للجامعات.
- أبو عيطة، سهام محمد. (1998). مبادئ الإرشاد النفسي. عمان: دار الفكر.
- أحمد، سليمان رجب. (2010). جودة حياة ذوي صعوبات التعلم وجودة حياة أسرهم. مجلة عالمي، من الأنترنت: (<http://alami.ae/125.html>).
- أرجايل، مايكل. (1993). سيكولوجية السعادة. ترجمة فيصل عبد القادر يوسف، الكويت: عالم المعرفة.

## المراجع

- أرجايل، مايكل. (1997). سيكولوجية السعادة. ترجمة: فيصل عبد القادر يوسف، مراجعة: شوقي جلال، القاهرة: دار غريب.
- الإمارة، أسعد. (1995). علاقة الضغوط والتعامل معها بالخصائص العصابية لدى طلبة الجامعة. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة المستنصرية، بغداد، العراق.
- بسيوني، سوزان. (2011). التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها بالإنجاز الأكاديمي والرضا عن الحياة لدى عينة من الطالبات الجامعيات بمكة المكرمة. مجلة الإرشاد النفسي، العدد (28)، ص. ص: 68-114.
- البكري، عبد الله. (1994). الغذاء وصحة المجتمع. مكتب التربية العربي، الرياض، السعودية.
- بيك، آرون. (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. ترجمة: عادل مصطفى، القاهرة: دار الآفاق العربية.
- تركي، جهاد عبد ربه. (2004). فاعلية برنامج تعليمي سلوكي معرفي في تطوير مهارات تنظيم الذات لدى الأطفال من ذوي صعوبات التعلم وعلاقة ذلك بسلوكهم الصفي. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- تفاحة، جمال السيد. (2009). الصلابة النفسية والرضا عن الحياة لدى عينة من المسنين "دراسة مقارنة". مجلة كلية التربية بالإسكندرية، المجلد (19)، العدد (3)، ص. ص: 268-318.
- الجدبة، كامل،، يونس، إبراهيم. (1993). المرشد لمرضى السكري. غزة: مجلس الخدمات الصحية.
- الجلي، قتيبة،، يحيى، فهد. (1996). العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي. الرياض: الشركة الإعلامية للتوزيع والنشر.
- جوميز، جوان. (2005). كيف تتعايش مع مرض السكر. إعداد قسم الترجمة بدار الفاروق، القاهرة: دار الفاروق.
- حتاملة، محمد عابد علي. (2006). أثر برنامج إرشادي سلوكي معرفي في تحسين مستوى التماسك الجماعي منخفض التوتر لدى لاعبي كرة الطائرة في الجامعات الأردنية. رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- حداد، عفاف،، أبو سليمان، بهجت. (2003). فاعلية برنامج إرشادي جمعي في التدريب على الضبط الذاتي في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية. مجلة العلوم التربوية، جامعة قطر، العدد (3)، ص. ص: 33-88.

## المراجع

- حداد، عفاف.، عبد الله، سليم. (2002). مدى ممارسة المرشد النفسي لفنيات المقابلة الإرشادية من وجهة نظر المسترشدين. *مجلة أبحاث اليرموك، جامعة اليرموك، المجلد (18)، العدد (1)، ص. ص: 117-141.*
- الحديدي، منى. (2002). مقدمة في الإعاقة البصرية. ط2، عمان: دار الفكر.
- حسن، هدى جعفر. (2006). مرض السكري وعلاقته ببعض العوامل النفسية والسمات الشخصية. *مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد (34)، العدد (1)، جامعة الكويت، ص 50.*
- حسين، ضيائي. (1987). المشكلات النفسية عند الأطفال المصابين بالسكر. *مجلة علم النفس، العدد (3)، ص. ص: 63-65.*
- حسين، طه عبد العظيم. (2004). الإرشاد النفسي النظرية التطبيق التكنولوجيا. عمان: دار الفكر.
- حمزة، دعاء أحمد. (2004). فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في خفض حدة السلوك العدوانى لدى الأطفال المحرومين أسرياً. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا، مصر.
- الحمصي، عصام. (1985). الموسوعة الطبية الموجزة. دمشق: دار النشر.
- الحميد، محمد بن سعد. (2007). مرض السكري: أسبابه ومضاعفاته وعلاجه. الرياض: الدار العربية للعلوم.
- الحنفي، عبد المنعم. (1994). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. ط4، القاهرة: مكتبة مدبولي.
- الحويج، صالح. (2008). الإنسان: نفس وجسم. طرابلس، ليبيا: دار الكتاب.
- الحيارى، عبير ياسين. (2002). مدى تأثير مرض السكري على الأطفال المصابين بالسكري وأسرههم ودور العمل الاجتماعي في تمكينهم من التعامل مع المرض. المجلد الأول، دليل الدراسات والبحوث ذات العلاقة بالأسرة الأردنية. الأردن: المجلس الوطني لشؤون الأسرة.
- الخطيب، جمال. (1994). تعديل السلوك الإنساني "دليل العاملين في المجالات التربوية والنفسية والاجتماعية". ط3، الشرقية، الإمارات العربية المتحدة.
- الخطيب، جمال. (2002). تعديل السلوك الإنساني. عمان: دار الفلاح.
- الخطيب، عبد المنعم. (2003). تنظيم الذات سلسلة التربية الخاصة المعاصرة. العدد الأول، ص. ص: 55-63، عمان: دار وائل للنشر.
- الداھري، صالح.، العبيدي، ناظم. (1999). الشخصية والصحة النفسية. منشورات كلية التربية، جامعة بغداد، العراق.

## المراجع

- الدسوقي، مجدي (1998). مقياس الرضا عن الحياة (دليل التعليمات). الطبعة الثانية، جامعة المنوفية، المنوفية، مصر.
- دليل أطباء في سورية. (2012). مرض السكري. منشورات وزارة الصحة، دمشق.
- الراشد، محمد. (2002). نوعية الحياة عند السعوديين المرضى بالسكري. *المجلة السعودية للإعاقة والتأهيل*، المجلد (8)، العدد (3)، ص. ص: 163-168.
- رجيعه، عبد الحميد. (2009). التحصيل الأكاديمي وإدراك جودة الحياة النفسية لدى مرتفعي ومنخفضي الذكاء الاجتماعي من طلاب كلية التربية بالسويس. *مجلة كلية التربية*، المجلد (19)، العدد (1)، جامعة الإسكندرية، ص. ص: 173-227.
- رضوان، سامر جميل. (2002 أ). الصحة النفسية. عمان: دار المسيرة.
- رضوان، عبد الكريم. (2002 ب). القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات. *رسالة ماجستير غير منشورة*، عمادة الدراسات العليا، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- رضوان، عبد الكريم. (2008). فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة. *رسالة دكتوراه غير منشورة*، عمادة الدراسات العليا، الجامعة الإسلامية، غزة.
- الروسان، فاروق. (2000). تعديل وبناء السلوك الإنساني. عمان: دار الفكر.
- رويحة، أمين. (1973). داء السكري أعراضه وأسبابه وطرق مكافحته. بيروت: دار القلم.
- الزطمة، عدنان. (1985). الداء السكري "النظرة الحديثة في معالجته واختلاطاته". *رسالة ماجستير غير منشورة*، كلية التربية، جامعة دمشق.
- الزعبي، أحمد. (2003). التوجيه والإرشاد النفسي: أسسه نظرياته طرائقه مجالاته برامجه. دمشق: دار القلم.
- الزهراء، إيزروق فاطمة. (2011). النمط السلوكي (ف) (F) المرتبطة بالإصابة بالسكري. *دراسات نفسية وتربوية "مخبر تطوير المعلومات النفسية والتربوية"*، العدد (6)، جامعة البليدة، الجزائر.
- زهران، حامد. (1977). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط3، القاهرة: عالم الكتب.
- زيتون، عايش. (1994). أساليب التدريس الفعالة. عمان: دار الشروق.
- السبيعي، منال. (2007). الشعور بالسعادة وعلاقته بكل من الرضا عن الحياة والتفاؤل ووجهة الضبط لدى المتزوجات وغير المتزوجات في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. *رسالة ماجستير*

## المراجع

- غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، السعودية.
- السطيحة، ابتسام. (1997). استخدام العلاج السلوكي المعرفي والتعلم بالنمذجة في تعديل بعض خصائص الأطفال مضطربي الانتباه. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا، مصر.
- سعيد، محمود. (2007). قوة الأنا والشعور بالمسئولية والضبط الزائد العدائية لدى المراهقين المعوقين بصريا والمبصرين. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- السقا، صباح مصطفى فتحي. (2005). فاعلية برنامج علاجي معرفي - سلوكي في خفض حدة أعراض الاكتئاب (دراسة اكلينيكية شبه تجريبية). رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، سورية.
- سليمان، حنان مجدي صالح. (2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة - نوعية الحياة - (Quality of life) لدى مريض السكري المراهق "دراسة سيكومترية إكلينيكية". رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر.
- سليمان، عادل. (2003). الرضا عن الحياة وعلاقته بتقدير الذات لدى مديري المدارس الحكومية ومديراتها في مديريات محافظات فلسطين الشمالية. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الإدارة التربوية، جامعة النجاح، نابلس.
- سيد، الحسن بن حسين. (2012). الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتضررين وغير المتضررين من السيول بمحافظة جدة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، السعودية.
- سيلجمان، مارتين. (2008). السعادة الحقيقية. ترجمة مكتبة جرير، الرياض، السعودية.
- الشربيني، زكريا أحمد. (2005). الأفكار اللاعقلانية وبعض مصادر اكتسابها "دراسة على عينة من طالبات الجامعة". مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، القاهرة، المجلد (15)، العدد (4)، ص. ص: 531 - 567.
- شقير، زينب محمود. (2000). علم النفس العيادي (الإكلينيكي). القاهرة: مكتبة النهضة العربية.
- الشناوي، محمد محروس. (1996). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: مطبعة دار غريب.
- الشناوي، محمد.، عبد الرحمن، محمد السيد. (1998). العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته. القاهرة: دار قباء.

## المراجع

- الصغير، صالح محمد. (2000). المحددات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والصحية المؤثرة بمستوى الرضا عن الحياة لدى المسنين المتقاعدین "دراسة ميدانية تحليلية بمنطقة الرياض". بحث في قسم الدراسات الاجتماعية، جامعة الملك سعود، الرياض، السعودية.
- الطحان، محمد خالد. (1987). مبادئ الصحة النفسية. دبي: دار القلم.
- طنوس، عادل. (1994). فاعلية أسلوب الاستجابة المنافسة والتنظيم الذاتي في معالجة قضم الأظافر. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- طه، فرج. (1993). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. الكويت: دار سعاد الصباح.
- الطيب، محمد عبد الظاهر. (2000). تيارات جديدة في العلاج النفسي. الإسكندرية: دار المعرفة.
- الطيب، محمد. (1994). مبادئ الصحة النفسية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- عباس، محمد وآخرون. (2007). مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس. عمان: دار المسيرة.
- عبد الرحمن، محمد السيد. (1999). علم الأمراض النفسية والعقلية. القاهرة: دار الفكر.
- عبد الرحمن، محمد، خضر، عبد الباسط. (2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مريض السكري المراهق. مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، المجلد السادس عشر، العدد الثاني، كلية التربية، جامعة الأقصى، غزة، فلسطين.
- عبد الغني، رباب. (2009). أنماط التعلق وعلاقتها بالرضا عن الحياة وأساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى عينة من الزوجات في منتصف العمر بمدينة مكة المكرمة وجدة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، السعودية.
- عبد الله، عادل. (2000). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات. القاهرة: دار الرشد.
- عبد الله، هشام إبراهيم. (2008 أ). جودة الحياة لدى عينة من الراشدين في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية. مجلة دراسات تربوية واجتماعية، العدد (4)، القاهرة، كلية التربية، جامعة حلوان، ص. ص: 1-54.
- عبد الله، هشام إبراهيم. (2008 ب). العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (أسس وتطبيقات التفكير وتأثيره على انفعالات الفرد وسلوكه). القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- عبد الهادي، جودت عزت، العزة، سعيد حسني. (2001). تعديل السلوك الإنساني دليل للآباء والمرشدين التربويين في القضايا التعليمية والنفسية والاجتماعية. عمان: الدار العالمية.
- عثمان، عبد الفتاح، السيد، علي الدين. (1991). نظريات خدمة الفرد المعاصر. القاهرة: مكتبة عين شمس.

## المراجع

- عراقي، صلاح الدين محمود. (1991). العلاج المعرفي السلوكي ومدى فاعليته في معرض الاكتئاب. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر.
- عزب، حسام الدين محمود. (2004). برنامج إرشادي لخفض الاكتئابية وتحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل. بحث مقدم للمؤتمر السنوي الثاني عشر - التعليم للجميع، مصر، ص. 575 - 605.
- العزب، حسام الدين. (1981). العلاج السلوكي الحديث. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- العش، إكرام عبد القادر. (2002). الرضا عن الحياة وعلاقته بأنماط التعلق في المرحلة الوسطى من الرشد. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- عطية، مورييس. (1993). الداء السكري وكيف نتعايش معه. الرياض: دار الشواف.
- العقاد، عصام عبد اللطيف. (2001). سيكولوجية العدوانية وترويضها. القاهرة: دار غريب.
- علام، سحر فاروق. (2008). معدلات السعادة الحقيقية لدى عينة من طلاب المرحلتين الإعدادية والثانوية. مجلة دراسات نفسية، المجلد (18)، العدد (3).
- علوان، نعمات شعبان. (2008). الرضا عن الحياة وعلاقته بالوحدة النفسية "دراسة ميدانية على عينة من زوجات الشهداء الفلسطينيين". مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، المجلد (16)، العدد (2)، غزة، ص. ص: 475-532.
- علي، ممدوح مختار. (2001). العلاج السلوكي كآلية احتواء وعلاج للاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية. رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة طنطا، مصر.
- عمار، طاهر سعد حسن. (2006). فاعلية بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في علاج الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الشباب. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- عمر، أحمد متولي. (1994). أثر استخدام العلاج السلوكي المعرفي والتدريب على المهارات الاجتماعية في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى طلبة الجامعة. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا، مصر.
- عودة، فاطمة. (2002). المناخ النفسي الاجتماعي وعلاقته بالطمأنينة الانفعالية وقوة الأنا لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

## المراجع

- عيسى، جابر محمد،، رشوان، ربيع عبده. (2006). الذكاء الوجداني وتأثيره على التوافق والرضا عن الحياة والإنجاز الأكاديمي لدى الأطفال. مجلة دراسات تربوية واجتماعية، كلية التربية، جامعة حلوان، المجلد (12)، العدد (4)، ص. ص: 45-135.
- عيسى، حسين عبد الحميد. (2013). الذكاء الاجتماعي وعلاقته بالانحياز الانفعالي والرضا عن الحياة لدى أفراد شرطة المرور بمحافظة غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، عمادة الدراسات العليا، الجامعة الإسلامية، غزة.
- غالي، رشا صالح. (2012). المناخ الأسري وعلاقته بالتوافق النفسي للأطفال المصابين بداء السكري. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق.
- الغامدي، حامد أحمد. (2005). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- غنيمية، هناء أحمد متولي. (2011). العنف الأسري الموجه ضد المسنين وعلاقته بالاكنتاب والرضا عن الحياة. المؤتمر السنوي السادس عشر للإرشاد النفسي بجامعة عين شمس (الإرشاد النفسي وإرادة التغيير)، المجلد (1)، ص. ص: 441-513.
- الفرماوي، حمدي علي. (1999). جودة الحياة في جوهر الإنسان. المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس "جودة الحياة"، ص. ص: 215-227.
- الفرماوي، حمدي. (1996). البناء النفسي في الإنسان. القاهرة: زهرة الشرق.
- فهد، سها محمد. (2012). الأعراض الاكتئابية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى الأطفال المصابين بداء السكري (النمط الأول) "دراسة ميدانية في مدينة دمشق". رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق.
- فهمي، مصطفى. (1995). الصحة النفسية دراسات في سيكولوجيا التكيف. القاهرة: مكتبة الخانجي.
- القاسم، موسى بنت محمد. (2011). الذكاء الوجداني وعلاقته بكل من السعادة والأمل لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، السعودية.
- قريط، أمينة عبد الجبار. (2006). نوعية الحياة الصحية، الدعم الاجتماعي واستراتيجيات التكيف لدى مرضى النوع الثاني من السكري في دمشق. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية للعلوم والتكنولوجيا، الأردن.

## المراجع

- كامل، وحيد مصطفى. (2005). فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من طلبة الجامعة. مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، المجلد (15)، العدد (4)، القاهرة، ص. ص: 569 - 598.
- كلارك، مارجوريت. (1963). الطب الحديث. ترجمة محمد نظيف، القاهرة: دار الفكر العربي.
- كمال، علي. (1994). العلاج النفسي قديماً وحديثاً. بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- الكنج، رولا محمد. (2005). فاعلية برنامج سلوكي معرفي في تحسين مستوى الكفاءة الذاتية وخفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من الراشدين المعاقين حركياً في لبنان. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.
- لجنة تثقيف المرضى وأسرهم. (2013). ما هو مرض السكري؟. وحدة الغدد الصماء والسكري، مؤسسة حمد الطبية "صحة، تعليم، بحوث"، قطر، ص. ص: 10 - 383.
- لماضة، محمد. (1998). السكر الصديق للدود. القاهرة: دار النصر للطباعة.
- المالكي، رانيا معتوق. (2011). فاعليات الأنا وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى عينة من السعوديات في مدينة مكة المكرمة "في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية". رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، السعودية.
- مبروك، عزة عبد الكريم. (2007). أبعاد الرضا العام عن الحياة ومحدداته لدى عينة من المسنين المصريين. مجلة دراسات نفسية، المجلد (17)، العدد (2).
- المجدلوي، ماهر يوسف. (2012). التفاؤل والتشاؤم وعلاقته بالرضا عن الحياة والأعراض النفسجسمية لدى موظفي الأجهزة الأمنية الذين تركوا مواقع عملهم بسبب الخلافات السياسية في قطاع غزة. مجلة الجامعة الإسلامية (الدراسات التربوية والنفسية)، المجلد (20)، العدد (2)، ص. ص: 207 - 236.
- محمد، أشرف عبد الغفار. (2004). فاعلية برنامج معرفي سلوكي لعلاج صعوبات التعلم الاجتماعية والانفعالية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
- مخايل، امطانيوس. (2006). القياس النفسي. الجزء الأول، دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- المخلاطي، جلال. (1984). التغذية وصحة الإنسان. منشورات الجامعة الإسلامية، غزة.
- المدهون، عبد الكريم. (2009). فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية وتحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى طلبة جامعة فلسطين بغزة. رسالة ماجستير غير منشورة، الدراسات العليا، جامعة فلسطين، غزة.

## المراجع

- المرزوقي، محمد. (2008). الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر " السكر". القاهرة: دار العلم والإيمان.
- مرسي، كمال إبراهيم. (2000). السعادة وتنمية الصحة النفسية. الجزء الأول، مسؤولية الفرد في الإسلام وعلم النفس، القاهرة: دار النشر للجامعات.
- مسعود، سناء منير. (2002). فعالية برنامج سلوكي معرفي لتحسين تقدير الذات والأداء الأكاديمي لدى التلاميذ ذوي فرط النشاط. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا، مصر.
- معوض، محمد عبد التواب. (1996). أثر كل من العلاج المعرفي النفسي الديني في تخفيف قلق المستقبل لدى عينة من طلاب الجامعة. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة المنيا، مصر.
- مقبل، مرفت عبد ربه. (2010). التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- ملكوش، رياض. (1995). علاقة الرضا عن الحياة بالدخل والتعليم والعمر لدى معلمات رياض الأطفال في الأردن والفروق في الرضا باختلاف تقدير الذات ومركز الضبط والحالة الاجتماعية. مجلة كلية التربية، المجلد (11)، العدد (6)، أسيوط، مصر.
- مليكة، لويس كامل. (1990). العلاج السلوكي وتديل السلوك. الكويت: دار القلم للنشر.
- مليكة، لويس كامل. (1994). دراسة تشخيصية عن طريق الرسم. ط5، القاهرة: مكتبة النهضة العربية.
- منصور، السيد كامل الشرييني. (2009). العفو وعلاقته بكل من الرضا عن الحياة والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية والغضب. دراسات عربية في التربية وعلم النفس، السعودية، المجلد (3)، العدد (2)، ص. ص: 29-101.
- منصور، السيد كامل. (2007). جودة الحياة وعلاقتها بالذكاء الانفعالي وسمة ما وراء المزاج والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية والقلق. المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (17)، العدد (57).
- ميخائيل. امطانيوس. (2003). القياس التقويم في التربية الحديثة. ط4، دمشق: منشورات جامعة دمشق.

## المراجع

- النجار، طارق محمد السيد. (2005). مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعديل سلوكيات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى عينة من الأطفال الصم. رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.
- نعيسة، رغداء علي. (2012). جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق و تشرين. **مجلة جامعة دمشق**، المجلد (28)، العدد (1)، ص. ص: 145-181.
- نعيسة، رغداء. (2011). الصحة النفسية. منشورات جامعة دمشق، دمشق.
- نعيسة، رغداء، شريقي، رولا. (2013). التوافق النفسي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى مرضى السكري "دراسة ميدانية على عينة من مرضى السكري بمحافظة ريف دمشق". بحث قيد النشر في **مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية**، جامعة دمشق، سورية.
- نعيسة، رغداء، شريقي، رولا. (2013). الضغوط النفسية وعلاقتها بالصلابة النفسية "دراسة ميدانية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة اللاذقية". بحث قيد النشر في **مجلة جامعة تشرين للعلوم التربوية**، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.
- نعيسة، رغداء، شريقي، رولا. (2013). مستوى الرضا عن الحياة وعلاقته بقوة الأنا لدى مرضى السكري في محافظة دمشق. بحث قيد النشر في **مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية**، جامعة دمشق، سورية.
- هاشم، محمد، باشا، وائل. (1990). أمراض الغدد الصم والاستقلاب. الجزء 6، دمشق: مطبعة الأمانى.
- الهمص، صالح. (2010). قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، غزة.
- الهنداوي، محمد حامد. (2011). الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً بمحافظة غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة.
- وفائي، محمد ظافر. (2005). داء السكري وقاية وعلاج. بيروت: دار العلم للملايين.
- يونس، إبراهيم. (2004). المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مرضى السكري وتأثيرها على جودة الحياة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الصحة العامة، جامعة القدس، غزة، فلسطين.

## 2 . المراجع الأجنبية:

- Anderson, W. (2000). The Diabetes Empowerment Scale Measure of Psychosocial Self efficacy. **Diabetes Care**, No.20, p: 8-15.
- Annual Report. (2005). the Status of Health in Palestine. **Ministry of Health**, Gaza, Palestine.

## المراجع

- Australasian Paediatric Endocrine Group. (2005). Clinical practice Guidelines - Type 1 diabetes in children and adolescents. Australia: National Health and Medical Research Council.
- Bayless, M., Martin, C. (1998). The Team Approach to Intensive Diabetes Management. **Diabetes Spectrum**, 11(1), p. p: 33-37.
- Berlin, M. T. & Fleck, M. P. (2003). "Quality Of Life": A brandnew Concept for Research and Practice in Psychiatry. **Revista Brasileirs de Psiquiatria**, 25(4), p. p: 249-52.
- Black, G. S. (1992). aClassary of Terms an Education Technology in Romiszowski. Apilot year Book of Educational Instructional Teachnology. P.20.
- Boey, K. W. (1999). Adaptation to Type II Diabetes Mellitus Depression and Related Factors. **International Medical Journal**, vol. 6, No. 2, p. p: 125-132.
- Class, D., shea, A. (1986). Cognitive therapy, and pharmacological treatment for shyness, and social anxiety. In: (W.Hyones,imcheak,&S.R.briggs and treatment,New york,317).
- Cormier, W., Cormier, L. (1991). Interviewing strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions .3rd ed. Brooks/Cole Publishing Company, California.
- Dantzer, C- Swendsen, J- Maurice, Tison S and Salamon, R.(2003). Anxiety and depression in juvenile diabetes: a critical review. **Clinical Psychological Review**. volume 23. number 6. P787–800. France.
- Davis, D., Lipps, J. (1998). Food Obstacles in Intensive Diabetes Therapy. **Diabetes Spectrum**, 11(1), p.p: 37-42.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-being: **Emotional and cognitive evaluations of life**. Annual Review of Psychology, 2003, 54, p. p: 403-425.
- Eenhoven, R. (2001). What We Know about Happiness. Paper presented at the dialogue on "Cross National Happiness: Woudschoten, Zeist". The Netherlands.
- Eljedi, A., Mikolajczyk, RT., Kraemer, A., Laaser, U. (2006). Health Related Quality of Life in Diabetic Patients Controls without Diabetes in Refugee camps in Gaza Strip. **Public Health journal**, vol.6, p268.
- Faulkner, Melissa. (2003). Quality of Life for Adolescents with Type I Diabetes: Parental and Youth Perspectives. **Pediatr Nurs**. Volume 29. Number 5. College of Nursing. Department of Maternal Child Nursing. Chicago.
- Fowlie, M., Berkeley, J. & Dingwall-Fordyce, I. (1989). Quality Of Life In The Advanced Cancer: the benefits of asking the Patients. **Palliative Medicine**, 3, p. p: 55-59.

## المراجع

- Frank, B. (2001). Diet, Life Style & Risk of the Type II Diabetes Mellitus in Women. **The New England Journal of medicine**, vol. 345, No.11, p. p: 790-797.
- Franken, R. (1994). Human Motivation-Cal: Fornia. **Brooks Cole Publishing Company**.
- Gifford, D., Carcier, D. (2006). Diabetes and Stress. **Department of health, Rhode Island**.
- Goldney, Robert D- Phillips, Pat J- Fisher, Laura- Hons, BA and Wilson, David H. (2004). Diabetes, Depression, and Quality of Life. **Diabetes Care**. Volume 27. Number 5. P 1066-1070. Australia.
- Goode, d. (1994): quality of life for persons with disabilities: international perspectives and issues; n: mitchel, d. (1997): book review; journal of intellectual & developmental disability; vol. 22(1), p. p: 63-75.
- Gravels, C. & Wandell, p. (2006). Coping Strategies in Men and Women with Type II Diabetes in Swedish Primary Care. **Diabetes Research and Clinical Practice**, vol. 71, No.3, p. p: 280-589.
- Grey, M. (1999). Coping skills Training for youth with Diabetes on Intensive Therapy. **Journal of Applied Nursing Research**, vol.12, No.1, p. p 3- 12.
- Grey, Margaret- Boland, Faan, Drph- Boland, Elizabeth A- Yu, Chang Sullivan-Bolyai, Susan and Tamborlane, WilliamV. (1998). Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. **Diabetes Care**. Volume 21. Number 6. P909–914. USA.
- Guttman-Bauman-I, I- Flaherty, BP- Strugger, M and McEvoy, RC. (1998). Metabolic control and quality-of-life self-assessment in adolescents with IDDM. **Diabetes Care**. Volume 21. Number 6. P 915–918. USA.
- Hadden, D., Archer, D., Harley, J. (2001). Obstetric and Diabetic Care of Pregnancy in Diabetic Women (10 years outcome Analysis•1985-1995). **Journal of Diabetes-united kingdom**, vol.18, No.7, p. p: 546-553.
- Harris, M., Lustman, P. (1998). The Psychologist in Diabetes Cares. **Journal of Clinical Diabetes**, vol. 16, No.2, pp 1-7.
- Hoey, Hilary- Aanstoot, Henk- Chiarelli, Francesco- Daneman, Denis- Danne, Thomas- Dorchy, Harry. (2001). Good metabolic control is associated with better quality of life in 2,101 adolescents with type 1 diabetes. **Diabetes Care**. Volume 24. Number 11. P1923–1928. Ireland.
- Hood, Korey., Huestis, Samantha., Maher, Allison., Butler, Debbie., Volkening, Lisa., Laffel, Lori. (2006). Depressive Symptoms in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes. **Diabetes care**. Volume 29. Number6. P1389. Boston.

## المراجع

- Hoppichler, F., Lechleitner, J. (2001). Counseling Program and the outcome of Gestational Diabetes in Austrian and Turkish Women. **Patient Education and Counseling**, Austria University Hospital Innsbruck.
- Hummble. K., Ahnsjo. S. (2006). Personality Changes and Social Adjustment During the First Three years of Diabetes in Children. **Act A Paediatrica Journal**, vol.70, No.3, p. p: 321-327.
- Jacobson, A.M. (1993). Depression and Diabetes. **Diabetes Care**, vol. 16, No.12, p. p: 1621-1623.
- Johnson, J & Sarason, G. (1986). Recent Developments Research in Life Stress. In V. Hamilton & D.M. Wilburton (Eds), **Human Stress & Cognition**, Wiley, New York.
- Jusoff, Hj et al., (2009). The Life Satisfaction of Academic and Non-Academic Staff in a Malaysian Higher Education Institution. **MARA University of Technology**, Malaysia.
- KANFER, F. H., GOLDSTEIN, A. P. (1986). Helping people change. (3rd ed). New York, NY: Pergammon Press.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 100–110.
- King, L.A., and Napa, C.K. (1998). What Makes A life Good- ? **Journal of Personality and Social Psychology**, 75(1):156-165. USA.
- Kobasa, S & Puccetti, M. (1983). Personality & Social Resources in Stress Resistance. **Journal of Personality & Social Psychology**, VOL (54), No (4).
- Koliopulos, M. (2005). Holist nurse practioner. **Journal of Personality**, vol. 19, No.3, p. p: 134-137.
- Lewis, S., Weilitz, P., Collier, I. (2004). Medical Surgical Nursing. **Sixth Edition, Mosby Company**, U.S.A.
- Lioyd, E. (2000). Prevalence of Symptoms of Depression and Anxiety in Diabetes Clinic Population. **Journal of Diabetes Medicine**, vol.17, No.3, p. p: 198-202.
- Loara, Robert- Anderson, Barbara and Heptulla, Rubina. (2006). the role of socioeconomic statue, Depression, Quality of life, and glycemc control in type 1 diabetes mellitus. **By science, direct**, Texas Children's Hospital, Baylor College of Medicine, USA.
- Lu, L. (1999). Personal and Environmental Causes of Happiness: A Longitudinal Analysis. U.S.A.
- Macrea, David. (1986). the Person with Diabetes in Psychosocial Context. **Diabetes Care**, vol. 9, No. 2, p. p: 194-206.

## المراجع

- MAHONEY, M. J., & ARNKOFF, D. B. (1998). Cognitive and self-control therapies. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley.
- Marion, J. (1999). Standard of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. **American Diabetes Association**, vol.22, No.1.
- Micheal, A. (1998). The Psychologist in Diabetes. **clinical Diabetes-American Diabetes Association**, vol.16, No.2, p. p: 20-27.
- Nansel, T.R- Weisberg-Benchell, J- Wysocki, T- Laffel, L and B, Anderson. (2008). Quality of life in children with Type 1 diabetes. Journal Diabetes medicine. **Eunice Kennedy Shriver National**. Institute of Child Health and Human Development.
- Nettina, s. (1996). Manual of Nursing Practice. 6th edition, **Lippincott Company**, New York.
- Parlow, D. (2010). The Relationship between Job and Life Satisfaction. University of Wisconsin. Psychology **American Psychologist**, 56(3), 281-226.
- Paula, M., Surwit, R, Zucker, N. & Mc Caskill, C. (2001). The Marital Relationship and Psychosocial Adaptation and Glycemic Control of Individuals with Diabetes. **Diabetes Care**, vol.24.p. p: 35-67.
- Polit, A. (2007). Sense of Coherence and Life Satisfaction in People Suffering from Mental Health Problems. **The University of Bergen, Norway**. Printed by Allkopi.
- Polonovski, J. (2000). Dictionaries De Biology. **Edition CILF**, Paris, 238-239.
- Pouwer, F., Snock, F. (2001). Association Between Symptoms of Depression and Glycemic Control may be unstable across gender. **Journal of Diabetes-united Kingdom**, vol.18, No.7.
- Power, H. (2008). Factors Influencing the Psychological Adjustment of Young patients with Type 1 Diabetes in the First year after Diagnosis. Spain. **Victoria University**.
- Pravet, William & Dienr, Ed. (1993). Review of Satisfaction with Life Scale. **Psychological Assessment**, Vol. (5). No (2). P.p: 164- 172.
- Rapheal, D., Brown, I., Renwick, R.,& Rootman, I.(1996).Quality -1Of Life Indicator and Health: Current Status and Emerging Conceptions. **Center for Health Promotion**, University of Toronto, Canada.
- Richard, S. (1995). The Joslin Guide to Diabetes. Program for Management your Treatment, **Afirsid book**, New York.
- Rom & Royer. (1983). The Encyclopedic dictionary of psychology istedatiol, N.Y Random house press.
- Roth, D. (1983). Effects of Relaxation on Glucose Tolerance in NIDDM. **Diabetes Care**, vol. 6, No. 2, p. p: 176-179.

## المراجع

- Roy, M., Roy, A. (1994). Excess of Depression Symptoms and Life Events among Diabetics. **Comparative Psychiatry**, vol. 35, No. 2, p. p: 129-131.
- Rubin, R. & Peyrot, M. (1998). Men and Diabetes Psychosocial and Behavioral Issues. **Diabetes Spectrum Journal**, vol. 11, No. 2, p. p: 81-87.
- Seik, Tuan. (2000). Subjective Assessment Of urban Quality of Life in Singapora. **Habitat International**, p.p: 31- 49.
- Siu, S., KW Wong, SK., YS Wong, KM. (2001). Prevalence and Risk Factors for Erectile Dysfunction in Hong Kong Diabetic Patients. **Diabetes U.K**, vol.18, p.p: 732-738.
- Smith, K, W et Al., (1999). Distinguishing between Quality of Life and Health Status in quality of Life research: Ameta- Analysis. **Quality of Life Research**, 8(5).
- STEVEN, D., BEEK, A. (1995). Handbook of Psychotherapy and pharmacological and Behavior Change, John Wilay, Sons.
- Telishevka, M., Chenett, L., Mckeet, M. (2001). Toward an understanding of the High Death Rate Among young People with Diabetes in Ukraine. **Journal of Diabetes-united kingdom**, vol.18, No.1, p. p: 3-9.
- Trief, P et Al., (1999). Impact of the work Environment Onglycemic Control and Adaptation to Diabetes, **Diabetes Care**. 22(2), p.p: 569-574.
- Willoughby, D., Kee, C., Demi, A., Parker, V. (2000). Coping and Psychosocial Adjustment of Women with Diabetes. **Diabetes Education**, vol. 26, No, 1, p. p: 105-112.
- WINEH, H., SENGE, F. (1986). Cognitive behavior therapy with substances abusive, social casework, 63, 22.
- Wit, De., Maartje- A, Henriette- Van De, Waal Delemarre- Bokma, Jan Alle- Haasnoot, Krijen- Houdijk, Mieke- Gemke, Reinoud. And Snoek, Frank. (2008). Monitoring and Discussing Health-Related Quality of Life in Adolescents with Type 1. Diabetes Improve Psychosocial Well-Being. **Diabetes Care**. Volume 31. Number 8. P1521–1526. USA.
- Wu, H et al., (2009). How Do Positive Views Maintain Life Satisfaction?. **Social Indicators Research**, v (91), N (2), p. p: 269-281.

# الملاحق

- الملحق الأول: قائمة بأسماء السادة المحكمين.
- الملحق الثاني: مقياس الرضا عن الحياة.
- الملحق الثالث: النتائج الإحصائية للبحث.
- الملحق الرابع: البرنامج الإرشادي لمرضى السكري.

الملحق (1)

قائمة بأسماء السادة المحكمين

م	السيد المحكم	الصفة العلمية	جامعة دمشق
1	أ. د. أمينة رزق	الأستاذة في قسم علم النفس	كلية التربية
2	أ. د. علي النحيلي	الأستاذ في قسم علم النفس	كلية التربية
3	أ.د. كمال بلان	الأستاذ في قسم الإرشاد النفسي	كلية التربية
4	د. أحمد الزعبي	الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي	كلية التربية
5	د. ياسر جاموس	المدرس في قسم القياس والتقويم النفسي والتربوي	كلية التربية
6	د. كارولين المحسن	المدرسة في قسم الإرشاد النفسي	كلية التربية
7	د. فؤاد صبيبة	المدرس في قسم علم النفس	كلية التربية/ جامعة تشرين
8	د. لينا بدور	المدرسة في قسم الإرشاد النفسي	كلية التربية/ جامعة تشرين

الملحق (2)

مقياس الرضا عن الحياة

يرجى قراءة هذه العبارات ووضع الإشارة المناسبة في المكان الذي يحدد درجة انطباق العبارة عليك

. بيانات عامة:

الجنس: ذكر  أنثى

نوع مرض السكري: المعتمد على الأنسولين  المعتمد على حبوب السكر   
سكر الحمل

عدد سنوات الإصابة: 1-3 سنوات  4-7 سنوات   
8 سنوات فأكثر

مستوى الدخل المادي: 15000 فما دون  من 16000 - 20000 ل.س   
من 21000 - 25000 ل.س  260000 ل.س فأكثر

المستوى التعليمي: دون الثانوي  ثانوي أو معهد   
إجازة جامعية فأعلى

شكراً لتعاونكم

م	العبارات	موافق بشدة	موافق	لا أدري	لا أوافق	لا أوافق بشدة
1.	أشعر أنني موفق في حياتي اليومية.					
2.	أرى أنني أسعد من الآخرين.					
3.	أعيش حياة أفضل من غيري.					
4.	أشعر أن حياتي في الوقت الحالي أفضل من أي وقت مضى.					
5.	أشعر بالأمان والاطمئنان.					
6.	أشعر بالارتياح والرضا عن ظروف حياتي.					
7.	أشعر أن حياتي مليئة بالبهجة والسرور.					
8.	أشعر بالسعادة لوجود علاقات طيبة تربطني مع الآخرين.					
9.	أنسج علاقات طيبة مع الآخرين.					
10.	أشارك الآخرين في المناسبات الاجتماعية.					
11.	أتمتع بحياة اجتماعية سعيدة.					
12.	أضفي على الآخرين روح المرح.					
13.	أعامل الآخرين معاملة طيبة.					
14.	أشارك أقرائي في السراء والضراء.					
15.	أدخل على الجلسة المحلية الدعابة والمرح.					
16.	يحتذي زملائي بسلوكي الاجتماعي.					
17.	يتسم سلوكي مع الآخرين بالتسامح والمرح.					
18.	أشعر أن معنوياتي عالية.					
19.	أقبل نقد الآخرين.					
20.	أتمتع بصحة جسمية جيدة.					
21.	أنام نوماً هادئاً.					
22.	أنا راضٍ عما وصلت إليه.					
23.	أنا راضٍ عن كل شيء في حياتي.					
24.	أرى أن حياتي تقترب من المثالية.					
25.	أشعر بالثقة تجاه نفسي.					
26.	أشعر بالبهجة تجاه مستقبلي في الحياة.					
27.	أشعر بالارتياح والرضا عن نتائج سلوكي.					
28.	أشعر بثقة الآخرين بقدراتي.					
29.	ينظر الناس لي باحترام وتقدير.					
30.	أجد احتراماً وتقديراً في الوسط الاجتماعي.					
31.	أستطيع اتخاذ القرار وتحمل نتائجه.					
32.	أفكاري وأرائي تنال تقدير الآخرين واحترامهم.					

### الملحق (3)

#### النتائج الإحصائية للبحث

##### . صدق الفقرة:

قامت الباحثة باستخراج صدق الفقرة من خلال تطبيق المقياس على عينة البحث الاستطلاعية، وبعد أن تم حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس (السعادة، العلاقات الاجتماعية، الطمأنينة، الاستقرار الاجتماعي، التقدير الاجتماعي) كانت معاملات الارتباط لجميع الأبعاد مرتفعة كما هو موضح في الجداول الآتية رقم (1، 2، 3، 4، 5):

الجدول (1) معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية لبعد (السعادة)

البعد الأول: (السعادة)			
معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
0.909	5	0.876	1
0.876	6	0.798	2
0.843	7	0.916	3
0.858	8	0.851	4

الجدول (2) معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية لبعد (العلاقات الاجتماعية)

البعد الثاني: (العلاقات الاجتماعية)			
معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
0.836	5	0.836	1
0.744	6	0.839	2
0.865	7	0.791	3
0.761	8	0.829	4
0.807	9		

الجدول (3) معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية لبعد (الطمأنينة)

البعد الثالث: (الطمأنينة)			
معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
0.787	4	0.796	1
0.825	5	0.791	2
		0.845	3

الجدول (4)

معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية لبعء (الاستقرار الاجتماعي)

البعء الرابع: (الاستقرار الاجتماعي)			
معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
0.832	4	0.767	1
0.784	5	0.751	2
		0.800	3

الجدول (5)

معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية لبعء (التقدير الاجتماعي)

البعء الخامس: (التقدير الاجتماعي)			
معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
0.784	4	0.757	1
0.822	5	0.871	2
		0.837	3

يتضح من الجداول رقم (1، 2، 3، 4، 5) أن جميع معاملات الارتباط في أبعاد المقياس مرتفعة ودالة عند مستوى الدلالة (0.05).

## الملحق (4)

## البرنامج الإرشادي لمرضى السكري

## البرنامج الإرشادي:

## . إعداد البرنامج الإرشادي:

## مقدمة:

انصب اهتمام الكثير من الباحثين في الإرشاد النفسي وعلم النفس على إعداد البرامج الإرشادية والتدريبية وقياس فاعليتها، وذلك بهدف تنمية وتطوير إمكانيات الفرد من مختلف النواحي عموماً؛ والعمل على تحسين قدرة الفرد على إيجاد الحلول للمشاكل التي قد تعترض سبيله، وتعوق توافقه مع البيئة التي ينتمي إليها، وفي هذا السياق تأتي محاولة الباحث إعداد برنامج إرشادي لخفض العجز المكتسب.

## أولاً . التعريف بالبرنامج الإرشادي:

هو مجموعة من الإجراءات المخططة والمنظمة في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية لمرضى السكري بهدف رفع مستوى الرضا عن الحياة لديهم، ويعتمد البرنامج على الدمج بين التقنيات السلوكية، والمعرفية المتمثلة بلعب الدور والمهام المنزلية والمحاضرة والمناقشة والحوار والتعزيز.

## 1 . مواصفات البرنامج الإرشادي:

يعتمد تخطيط وإعداد البرنامج الإرشادي على عدة خطوات، أهمها:

- توضيح أهداف البرنامج الإرشادي.
- توضيح الوسائل والطرائق التي تعمل على تحقيق الأهداف.
- الاستفادة من جهود العاملين في المراكز الصحية التي تطبق بها البرنامج الإرشادي، لضمان شبكة العلاقات الاجتماعية المؤيدة لهذا البرنامج والمؤمنة بفاعليته.
- وضع مراحل التقويم بطريقة سليمة، لتتم المتابعة الواعية لدرجة التنمية المطلوبة (صبحي، 2003، 297).

ومن أجل إعداد البرنامج موضوع البحث الحالي لمرضى السكري، لا بد من توفر البرنامج الذي تتوفر فيه الخصائص المناسبة التي تتناسب مع البيئة المحلية، ويساعد في تحقيق أهداف البرنامج

والغرض الذي أعد من أجله. كما لا بد من توافر الدافعية للعلاج لدى المرضى، وتكون الدافعية للعلاج في مرحلة السحب غير موجودة أو ضعيفة.

وفضلاً عن ذلك فإن البرنامج الحالي يقوم على أساس فنيات الإرشاد السلوكي، وكما يذكر (إبراهيم وآخرون، 1990، 35)، فإن الإرشاد السلوكي هو شكل من أشكال الإرشاد يهدف إلى تحقيق تغيرات في سلك الفرد، تجعل حياته وحياته المحيطين به أكثر إيجابية وفاعلية، والمريض عندما يقوم بسلوك ما ويتقنه ويثاب ويكافأ عليه يميل إلى تكراره، وأن الأساليب السلوكية المتنوعة مثل: التحفيز والتدعيم والإثابة، تكون فعالة ومؤثرة في تحسين السلوكيات المرغوبة لدى مرضى السكري وزيادتها.

وقد وضع في الاعتبار عند إعداد البرنامج حاجات مرضى السكري وقدراتهم وخصائصهم، في القدرة على التعامل مع الآخرين عن طريق الاشتراك في المواقف والخبرات الاجتماعية المناسبة المتكررة والأنشطة المتنوعة في البرنامج.

## 2. أسس بناء البرنامج الإرشادي:

اعتمد البرنامج الحالي على الأسس النظرية المتعلقة بالإرشاد السلوكي المعرفي. وقد أثبت العلاج المعرفي - السلوكي الجماعي بشكل جوهري أنه علاج شديد المصداقية في علاجه للاضطرابات ذات الطبيعة النفسية وأن تأثيره عبر الزمن يتزايد باستمرار. لذا فإن هذا العلاج يُعد من أفضل العلاجات النفسية في الجيل الجديد الذي يتصف بالقوة والنوعية والخصوصية (هوب وهيمبرج، 2003، 230).

وأكد كل من فريدل وجان، وماتسون وبانبورغ، وميللر (Friedel & Jane, 1984; Matson & Banburge, 1997; Miller, 1999) على أن تحقيق أي تغيير سلوكي ملحوظ في أثناء فترة علاج مرضى السكري، مرتبط بشكل وثيق بحل المشكلات ذات الطابع النفسي والاجتماعي، والدافعية المنخفضة لهم. واتفقت معظم البرامج على استخدام أساليب وتقنيات متنوعة كالتعليم، والتدريب، والنمذجة، والتعزيز، والتوجيه، وتنمية المهارات الاجتماعية، وتعديل الأفكار، ومهارات المواجهة لمنع الانتكاس (عبد الوهاب، 2009).

ويعتمد البرنامج الحالي على طريقة الإرشاد النفسي الجماعي، بهدف تأكيد مجموعة من الأسس النفسية والاجتماعية، ومنها:

- الإنسان كائن اجتماعي لديه حاجات نفسية اجتماعية، لا بد من إشباعها في إطار اجتماعي مثل: الحاجة إلى الأمن والنجاح، والاعتراف، والتقدير، والمكانة الاجتماعية، الشعور والإحساس بالمسؤولية، الحب والمحبة والمسايرة، وتجنب اللوم، والانقياد، والسلطة والضببط والتوجيه.... الخ.
- تعد العزلة الاجتماعية سبباً من أسباب المشكلات والاضطرابات النفسية.

- الاهتمام بالقوى الإرشادية في الجماعة، وتوظيفها والاستفادة منها، تلك القوى التي تتمثل في التفاعل الاجتماعي، وما يتطلبه من اندماج وتآزر في النشاط، إلى جانب الخبرة الاجتماعية التي تتيح للفرد الفرصة لتكوين شبكة من العلاقات الاجتماعية من شأنها أن تجعله يشعر بالأمن، وأن في مقدوره أن يقاوم ويناضل ويأخذ ويعطي، ومثل هذه الحركة المستمرة والدائبة تجعله يشعر بقيمته وكيانه.

- التركيز على تحسين اتجاهات صاحب المشكلة نحو أسرته. لأن الأسرة تمثل نظاماً سلوكياً له خصائص مميزة أكثر من كونها مجموعة من الخصائص العضوية والاجتماعية التي تميز أعضائها (أبو سريع، 1993، 107).

وتتفاعل في عملية الإرشاد النفسي الجماعي قوى إرشادية عدّة أهمها:

- التفاعل الاجتماعي بين أفراد المجموعة من خلال المشاركة في الأنشطة المختلفة.
- الخبرة الاجتماعية الخاصة بكل فرد من أفراد المجموعة.
- شعور الفرد بالأمن داخل المجموعة يجعله أكثر انفتاحاً وأكثر قدرة على التعبير عن مشكلاته ولذلك يعبر عما يشعر به دون شعوره بخطر يهدده (سمارة ونمر، 1999، 114).

ويركز (الإرشاد الجماعي) على العلاقات المتبادلة بين الأفراد، والهدف منه هو تسهيل عملية التغيير في السلوك بين الأفراد، والتغيير في الاتجاهات أو الاعتقادات حول الآخرين وكيفية إقامة علاقات معهم. إنَّ العلاج الجماعي مكان يتبادل فيه أعضاء المجموعة العلاقات الشخصية الداخلية لحل مشكلاتهم الخاصة بالعلاقات الشخصية المتبادلة (فريدمان، 1997، 2).

وتعد هذه الطريقة هي المفضلة في علاج مرضى السكري، لأسباب عدة منها ما يرجع لطبيعة مرض السكري ومنها ما يرجع إلى طبيعة المريض نفسه. وتشمل تلك العوامل: دعم الأقران وضغوطهم، وأن يدرك المريض أنه ليس وحده فيما يعنيه، وأن يفهم نفسه ويتوحد بالآخرين من خلال التفاعل معهم على مستوى انفعالي ذي دلالة. وهذه الأسباب هي التي تجعل الإرشاد الجماعي أكثر فاعلية عندما تكون أعراض الاختلال واضحة في مجال العلاقات بالآخرين، خاصة إذا لم يكن واعياً بدور سلوكه واتجاهاته هو نفسه في إحداث تلك الصعوبات (فطيم، 1995، 192).

ويعرف "هولاند وكازوكا" الإرشاد الجماعي بأنه: أي محاولة من قبل شخص أو أشخاص لتعديل سلوك فردين أو أكثر يجتمعون بوصفهم جماعة ومن خلال الاستخدام المنظم لإجراءات ثبت صدقها، وفي إطار يسمح بجمع بيانات ملائمة لتقدير تأثير هذه الإجراءات على أعضاء الجماعة بوصفهم أفراداً وعلى الجماعة ككل.

ويتوقع للإرشاد الجماعي أن يحدث تغييراً في التوازن النفسي الداخلي لكل من المشاركين فيه، إذ تقيم العلاقات التبادلية، والتفريغ، والتبصر، واختيار الواقع، والتسامي توازناً جديداً في بنية الشخصية في الوقت الذي تنقوى فيه الأنا وتتحسن صورة الذات.

وتبرر الباحثة استخدام الإرشاد السلوكي المعرفي في البحث كون الإرشاد النفسي الجماعي لا توجد لديه فنيات مستقلة بذاتها، وكونه من أكثر الطرائق الفعالة والناجحة مع فئة مرضى السكري.

### 3 . أهمية البرنامج الإرشادي:

تأتي أهمية البرنامج الإرشادي الحالي:

- من الفئة المستهدفة بالتدريب، وهم فئة مرضى السكري، إذ أكد العديد من الدراسات والأبحاث حاجة هذه الفئة للاهتمام بها وعدم التوقف عند العلاج الطبي، لأنَّ هناك حاجة للاهتمام بالناحية النفسية للمرضى.
- 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.
- 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: (انخفاض مستوى الرضا عن الحياة)، وذلك بعد قيام الباحثة بإجراء بحث ميداني لتعرف مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.
- من خلال وضوح الأسس التي يقوم عليها.

### 4 . أهداف البرنامج الإرشادي:

الهدف الرئيس من البرنامج الإرشادي هو: (رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى عينة من مرضى السكري لدى أفراد العينة التجريبية باستخدام الإرشاد السلوكي المعرفي). ويهدف أيضاً إلى تعلم خبرات ومهارات واتجاهات وقيم اجتماعية تساعدهم على تصحيح أفكارهم اللاعقلانية إلى أفكار عقلانية تؤدي بالتالي إلى تعديل أفكارهم وسلوكهم، وتحسين مستوى الرضا عن الحياة لديهم، وبالتالي تنمية مهاراتهم في التعامل مع الضغوط النفسية، والعمل أيضاً على خفضها للمستوى المقبول الذي لا يؤثر على صحة المرضى، وسيتم في البرنامج الإرشادي التركيز على تنمية قدرة أفراد العينة التجريبية على التفكير والتفنيذ، وحل المشكلات بالأساليب الواقعية العقلية. وعندما يُطبق البرنامج الإرشادي ويتم التأكد من فاعليته، يُمكن استخدامه من مستويات أخرى.

قد يساعد البرنامج الإرشادي المستخدم على رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري، وتحسين التوافق النفسي لدى مرضى السكري "أفراد المجموعة التجريبية"، وذلك من خلال تغيير اتجاهات المرضى السلبية أو المحبطة للذات باتجاهات أكثر إيجابية وأفكار أكثر عقلانية، ومن ثم محاولة تعديل سلوكهم نحو الأفضل والأكثر فاعلية، وذلك من خلال تعليمهم وتدريبهم على ممارسة مجموعة من المهارات الاجتماعية، والشخصية، والخبرات، واستخدامها في التعامل مع ضغوطهم اليومية.

ومن المتوقع أن يقدم هذا البرنامج إلى المراكز الصحية لرعاية مرضى السكري. وللمؤسسات التي تهتم بعلاج مرضى السكري للاستفادة منه.

**الأهداف الفرعية:** سعى البرنامج لتحقيق مجموعة من الأهداف الإجرائية الفرعية من أجل تحقيق الهدف الرئيس للبرنامج الإرشادي، وهي:

**1- تعريف:** أ- مفهوم الرضا عن الحياة. ب- الأفكار اللاعقلانية وأثرها السلبي على السلوك والانفعال. ج- أهمية مهارة الاسترخاء من خلال التدريب على طرائق مختلفة للاسترخاء. ح- أهمية طلب المريض المساعدة من المقربين منه. خ- المشاعر الإيجابية والمشاعر السلبية. د- أنواع الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها.

**2- تنمية مهارة:** أ- التعبير عن الذات بشكل صريح ومباشر: التعبير عن المشاعر الإيجابية (مدح، تقدير، محبة، إعجاب...الخ). والتعبير عن المشاعر السلبية (احتجاج، لوم، عتاب، غضب، نقد، الكراهية...الخ). ب- خفض المشاعر السلبية والحساسية في العلاقات الشخصية. ج- رفع مستوى الرضا عن الحياة لديهم. ح- التواصل مع الآخرين.

**3- التدريب على:** أ- أن يهتم المريض بأداء واجباته. ب- أساليب مواجهة الضغوط النفسية. ج- مناقشة الأفكار غير العقلانية، ودحضها، وتأكيد أهمية وضع الأفكار الإيجابية في مكان السلبية. ح- تحسين مستوى الثقة بالنفس وتقدير الذات، من خلال تعرف نقاط القوة في شخصية المريض، وما يملكه من خبرات ومهارات وقدرات ليتم توظيفها إيجابياً. خ- السيطرة على مشاعر الخوف والقلق والخجل التي تنتابه في المواقف الاجتماعية. د- طريقة تعرف شبكة العلاقات الاجتماعية الحالية لدى المريض، وأهمية العمل على تطويرها. ر- طرائق حل المشكلات وإدارة الصراعات، بشكل منطقي وإيجابي لمواجهة الصراعات والضغوط النفسية.

**4- تقييم فاعلية البرنامج:** من خلال قيام الباحثة بقياس أثر البرنامج الإرشادي عبر تطبيق القوانين الإحصائية المناسبة لقياس إجابات أفراد عينة الدراسة.

## 5 . مصادر إعداد البرنامج الإرشادي:

1) قامت الباحثة بالاطلاع على مجموعة من البرامج والدراسات التي أجريت في هذا الخصوص، ومنها:

- الاطلاع على عدد من الدراسات والكتب في مجال الرضا عن الحياة ومرض السكري ومنها: (عطية، 1993؛ السبيعي، 2007؛ عبد الرحمن وخضر، 2009؛ المدهون، 2009؛ عبد الغني، 2009؛ مقبل، 2010)(Andreson, 2000).
- الاطلاع على عدد من الدراسات والكتب في العلاج المعرفي السلوكي ومنها: (سعفان، 2006؛ سينف وبرودو، 2009؛ أبو أسعد وعريبات، 2009؛ رتيب، 2010؛ أبو أسعد، 2011).
- وكان من أهم مصادر إعداد البرنامج هو الاطلاع على التراث النظري للأدبيات النفسية والإرشادية، والذي كان الأساس في تحديد فنيات واستراتيجيات البرنامج.

2) استندت الباحثة في بناء وإعداد البرنامج الإرشادي على الأسس النظرية والفلسفية للنظرية السلوكية المعرفية والإرشاد الجماعي، وخاصة فيما يتعلق بمرضى السكري، والتقنيات المستخدمة في تطبيق النظرية السلوكية المعرفية وطريقة الإرشاد الجماعي.

3) زيارة المراكز الصحية لمرضى السكري: لقد استفادت الباحثة من الزيارات المتعددة للمراكز الصحية، وما حصلت عليه من معلومات قيمة من خلال الاطلاع على واقع العمل في المراكز وإجراء عدة لقاءات:

- مديرا المركزين وعدد من الأطباء الاختصاصيين العاملين في المركزين، وقد استفادت من خبراتهم في مجال مشكلات مرضى السكري وعلاج مرض السكري والتعامل مع المرضى.
- مرضى السكري، وتعرفت منهم معلومات عن بياناتهم الشخصية ومستوياتهم التعليمية والاقتصادية والتعليمية، وأسباب مرضهم، والمشكلات التي يعانونها، وعلاقاتهم مع أهلهم، وزملاء العمل، والمحيطين بهم.

4) جمع المعلومات عن الفئة المستهدفة بالبرنامج: بهدف تحديد الاحتياجات التدريبية لمرضى السكري بما يخص مشكلة انخفاض مستوى الرضا عن الحياة: من خلال ما تم الاطلاع عليه من الدراسات والكتب ولقاءات مرضى السكري المتعالجين في المراكز الصحية، وإجراء الأبحاث، وقد قدم كل ذلك معلومات ضرورية لإعداد البرنامج وتطبيقه على عينة البحث.

5) الاستشارة بأراء بعض الأخصائيين في مجال الإرشاد النفسي والعلاج النفسي وعلم النفس ممن لديهم باع طويل في هذا المجال.

6) سؤال عينة البحث عما يريدون ويتوقعون الحصول عليه لقاء تطوعهم للانخراط في البرنامج الإرشادي.

### وأهم خصائص الفئة المستهدفة (مرضى السكري):

إن الفئة المستهدفة من البرنامج هي فئة مرضى السكري، وتتميز بمجموعة من الخصائص، وهي:

- انخفاض مستوى الرضا عن الحياة.
- وجود عوامل أو اضطرابات نفسية ذات علاقة بمرض السكري، مثل: الاكتئاب، القلق والضغط النفسية، والتوافق النفسي وقوة الأنا، والرضا عن الحياة، كما أن ما يصيب الإنسان من أمراض حادة أو مزمنة أو إعاقات، لا يؤثر في الناحية الجسدية فقط وإنما في نواحٍ مختلفة منها: النفسية، العقلية المعرفية، والانفعالية والاجتماعية (مقبل، 2010).

وهذا يعني أن الفئة المستهدفة من البرنامج تعاني بعض الاضطرابات النفسية التي يسعى البرنامج الإرشادي الجماعي إلى التخفيف من حدتها، وهي (تدني مستوى الرضا عن الحياة).

لذلك راعت الباحثة عند إعداد البرنامج الإرشادي الجماعي هذه الأمور بشكل دقيق، وركزت على الأنشطة والوسائل التي تساعد في خفض حدة هذه الخصائص المرتبطة بالاضطرابات النفسية، من خلال اعتمادها على نشاطات متعددة ومتنوعة وسهلة بالنسبة لأفراد عينة البحث.

### 6. الخدمات التي يقدمها البرنامج الإرشادي:

يتوقع أن يقدم البرنامج الإرشادي الخدمات التالية:

#### 1) الخدمات الإرشادية:

يتم تقديم خدمات إرشادية علاجية جماعية، وفردية بصورة مباشرة وغير مباشرة لأفراد عينة الدراسة من أفراد المجموعة التجريبية من أجل رفع مستوى الرضا عن الحياة، والعمل على تحسين التوافق النفسي لديهم.

#### 2) الخدمات الوقائية:

وتتمثل في تدريب أفراد المجموعة التجريبية على استخدام مهارات متنوعة في الإرشاد العقلاني الانفعالي الجماعي تساعدهم في تعرف ذاتهم، والتفاعل بأسلوب مناسب لمواجهة الضغوط النفسية في المستقبل، وبالتالي تحسين مستوى الرضا عن الحياة لديهم.

#### 3) الخدمات الاجتماعية:

فعن طريق تدعيم العلاقات والتفاعلات الاجتماعية بين أفراد المجموعة التجريبية أنفسهم والمدرية بحيث يكون ذلك مبنياً على أساس من الثقة المتبادلة.

#### 4) الخدمات الترويحية:

وتتمثل في توجيه المرضى أفراد عينة الدراسة وحثهم على ممارسة الأنشطة المفيدة سواءً أكانت فنية أم اجتماعية أم غير ذلك، وتشجيعهم على ممارسة ما لديهم من هوايات تبعث السرور والراحة النفسية لديهم.

## ثانياً . تحديد محتوى البرنامج الإرشادي:

**1. فنيات البرنامج الإرشادي:** يتكون محتوى البرنامج الإرشادي من عدة أبعاد ومعارف وعمليات معرفية، وأنشطة، ومهارات (سعفان، 2006، 111). والبرنامج الحالي يتكون من ثلاثة أبعاد هي: المعرفية والسلوكية والانفعالية.

### . الفنيات المعرفية:

- دحض الأفكار غير المنطقية.
- ترديد العبارات الإيجابية الذاتية.
- تقديم معلومات نظرية.
- التعليمات.
- الحوار والمناقشة.
- حل المشكلات.

### . الفنيات السلوكية:

- لعب الدور.
- الاسترخاء بأنواعه.
- الرفض باستخدام فنية "الاسطوانة المشروخة".
- الواجبات الذاتية.
- النمذجة.

### . الفنيات الانفعالية:

- تطبيق المشاعر (التعبير عن المشاعر).
- كتابة رسالة (التعبير عن المشاعر الإيجابية).
- فنية الكرسي العالي (التعبير عن المشاعر السلبية).
- استحضار المواقف المثيرة للقلق وعدم الرضا عن الحياة.
- فنيات مواجهة الضغوط النفسية.

## 2. المعلومات العامة:

تم تحديد المعلومات العامة التي ينبغي أن يتضمنها البرنامج الإرشادي الحالي، بناءً على أهداف البرنامج الإرشادي، وهي:

- إجراء لقاءات مع مرضى السكري بغية تعرف حاجاتهم الإرشادية، والقائمين على العمل معهم.
- مفهوم الرضا عن الحياة والتميز بين الشخص الذي يملك مستوى مرتفعاً من الرضا والشخص الذي يملك مستوى منخفضاً من الرضا عن الحياة.
- مفهوم مرض السكري.
- تعرف أهمية الرضا عن الحياة في علم النفس الإيجابي.
- أهمية التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية.
- تقديم معلومات عن الضغوط النفسية والاجتماعية التي يمكن أن يتعرض لها كل متدرب، والتي قد تجبره على القيام بما لا يرغب فيه أو الامتناع عن فعل ما يريد.
- التعريف بمفهوم المشكلة، وخطوات حل المشكلة.
- التدريب على فنيات مواجهة النقد وغضب الآخرين.
- مفهوم شبكة الدعم الاجتماعي.
- أهمية وجود أشخاص داعمين ومساندين في حياة الإنسان.
- أهمية إدارة العلاقات الاجتماعية، بما يساعد على توفير العلاقات الاجتماعية الفاعلة، وقواعد تقديم النفس، ووضع الحدود لهذه العلاقة، والحفاظ عليها، وتوسيعها عند الرغبة بذلك، أو إنهاء العلاقة.
- وزعت هذه المعلومات على جلسات البرنامج حسب أهدافها، وهي تقدم للتوضيح، بشكل ينسجم مع التمارين والأنشطة والتقنيات المستخدمة.

## 3. تصميم الأنشطة وتدريبات البرنامج الإرشادي:

صممت الأنشطة والتمارين لتحقيق أهداف كل جلسة، وفق فنيات الإرشاد السلوكي المعرفي، وطريقة الإرشاد الجماعي، وقد راعت الباحثة أن تكون هذه الأنشطة متنوعة وواضحة تناسب عينة البرنامج. وأعدت المواقف من واقع الحياة اليومية لعينة البحث في الأسرة ومع الأهل، وفي بيئة الحياة الاجتماعية في العمل ومع العلاقات الاجتماعية. على أن تُسهم الأنشطة المتنوعة في تنمية الجوانب السلوكية والمعرفية والانفعالية لعينة البحث.

ومن هذه الأنشطة:

- إقامة معرض صور.
- "مع، ضد" لاتخاذ القرار.
- "عقبتي" لتحديد المشكلة التي يعانيتها المتدرب.
- "أوراق اللعب" للتدرب على مواجهة الأفكار غير المنطقية.
- لعبة "ساعدني" لتعرف أهمية المساندة الاجتماعية.
- نشاط "تفحص شبكة الدعم الاجتماعي".
- مهارات الاسترخاء الجسدي التدريجي، والاسترخاء الذهني، والاسترخاء عن طريق التنفس.
- فنية "الأصابع الخمسة".
- لعبة الحكيم "للتعبير عن المشاعر الإيجابية".
- فنية كتابة "رسالة شكر لمن نحب".
- الإصرار على الموقف "الأسطوانة المشروخة".
- إذابة الثلج "البدء بطرح فكرة".

#### 4. الفنيات المستخدمة:

يتبنى البرنامج الإرشادي في هذا البحث الاتجاه الإرشاد السلوكي المعرفي والإرشادي الجماعي؛ والذي تعتبر كل الفنيات والاستراتيجيات المستخدمة بالاتجاهات المختلفة في الإرشاد والعلاج النفسي من الفنيات والاستراتيجيات الخاصة بهما، وقد تم استخدام بعض هذه الفنيات والاستراتيجيات في البرنامج الحالي ومن أهمها:

- 1) **التقبل والقبول والتفهم:** وهي من فنيات العلاج المتمركز حول العميل، والمدرسة العقلانية الانفعالية، والعلاج بالواقع، وهي من أساسيات العملية الإرشادية، والشرط الأساسي لإنجاح العلاقة الإرشادية بين المرشد والمسترشد (الشناوي، 1996).
- 2) **إعادة البنية المعرفية:** من فنيات المدرسة المعرفية، والمعرفية السلوكية، وتركز على تعديل تفكير المتدرب واستنتاجه؛ أي المقدمات والفروض أو المعتقدات والاتجاهات التي تبنى عليها معارفه (الشناوي وعبد الرحمن، 1998؛ لازاروس، 2002).

### 3) التعزيز (التدعيم) (Reinforcement):

يعدّ التعزيز (التدعيم) من أهم الفنيات المستخدمة في تعديل السلوك، الحادثة التي تتبع سلوكاً ما، بحيث تعمل على تقوية احتمالية تكراره في مرات لاحقة. ويمكن النظر إليه على أنه نوع من أنواع المكافآت ذات الطابع النفسي والتي ربما تكون داخلية أو خارجية المنشأ (الزغلول، 2005، 105). وهو الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى نتائج إيجابية أو نتائج سلبية، كما يترتب عليه احتمال حدوث السلوك في المواقف التالية (كفافي، 1999، 283).

وللتعزيز عدة أشكال منها:

#### 1- التعزيز الإيجابي (Positive Reinforcement):

يقصد به أي فعل أو حادث يرتبط تقديمه إلى الفرد بزيادة من السلوك المرغوب، ومن خلال هذه التعزيز تتزايد جوانب من السلوك الإيجابي لدى المريض (إبراهيم وآخرون، 1990: 83).

#### 2- التعزيز السلبي (Negative Reinforcement):

ويشير إلى سحب مثير غير مرغوب فيه الموقف، بعد القيام بالسلوك المرغوب فيه، بحيث يعمل على زيادة احتمال السلوك المرغوب فيه (زهران، 2002، 369).

#### 3- التعزيز التفاضلي للسلوك المناسب (Differential Reinforcement of Appropriate Behavioral- DRA):

يعتمد هذا الأسلوب على مبدأ أن تقوية السلوك المناسب قد يؤدي إلى إضعاف السلوك غير المناسب بشكل تلقائي. وبناءً على ذلك فإن هذا الأسلوب يقوم على زيادة السلوك المناسب إلى درجة لا يتوافر معها للفرد متسع من الوقت لتأدية السلوك غير المناسب وبما أن الغرض من هذا النوع من التعزيز هو تهيئة الفرصة لتدعيم السلوك المناسب، إلا أنه لا يؤثر بشكل مباشر على السلوك غير المناسب، وقد يستمر السلوك غير المناسب على الرغم من تدعيم السلوك المناسب.

#### 4- التعزيز التفاضلي للسلوك النقيض (Differential Reinforcement of Incompatible Behavioral- DRI):

يتم في هذا الأسلوب تجاهل الاستجابة غير المناسبة للفرد، وفي الوقت نفسه تعزيز الاستجابة البديلة لها أو غير المتوافقة معها.

ويوجد عدة أنواع من المعززات، وهي:

أ- المعززات الغذائية: وهي ذات أثر بالغ في السلوك إذا ما كان إعطاؤها للفرد متوقفاً مع تأديته السلوك، ويفضل استخدامها في بداية تعليم السلوكات الجديدة والحالات التي تقشل فيها المعززات

الأخرى في حث الفرد على القيام بالسلوك المطلوب، وما يؤخذ على هذا النوع من المعززات إمكانية إشباع الفرد منها خاصة بتقديمها بكميات كبيرة (إبراهيم وآخرون، 1990، 85).

ب- المعززات المادية: كالأشياء التي يحب الفرد أن يكتنيتها أو يستخدمها كالكتب والأقلام.

ت- المعززات الرمزية: هي المعززات القابلة للاستبدال برموز معينة التي يحصل عليها الفرد عند تأديته السلوك المراد تقويته ويستبدالها فيما بعد بمعززات أخرى.

ث- المعززات النشاطية: هي النشاطات المفضلة لدى الفرد والتي يسمح له بممارستها بعد قيامه بالسلوك المرغوب فيه (عبد الهادي والعزة، 2001، 122). وتقدم هذه المعززات وفقاً لقانون بريماك Premack Principle أو قانون الجدة الذي يتضمن إخبار المريض أن عليه القيام بالسلوك المطلوب أولاً ليسمح له بتأدية النشاط المفضل (الخطيب، 2003، 188).

**. شروط التعزيز:**

أ- فورية التعزيز: يجب أن يقدم التعزيز مباشرة بعد حدوث السلوك المرغوب فيه، لأن التأخير في تقديمه سيقال من فاعليته في زيادة تكرار السلوك المرغوب فيه، لذا يجب أن يكون التعزيز فورياً. ويجب أن يكون المعزز محبوباً ومرغوباً فيه بالنسبة للفرد، أي أنه يجب أن تكون له قيمة ما عند الفرد، وهذه القيمة تحدد ما إذا كان الشخص سيبدل جهده للحصول عليه (الخطيب، 2003، 188).

ب- ثبات التعزيز: إذ يتم استخدام التعزيز على نحو منظم وفقاً لقوانين معينة يتم تحديدها قبل البدء بتنفيذ البرنامج الإرشادي.

ت- كمية التعزيز: ينبغي تحديد كمية التعزيز التي تعطى للفرد، فكلما كانت كمية التعزيز أكبر كانت فاعلية التعزيز أكثر، إلا أن إعطاء كمية كبيرة جداً من المعزز في فترة زمنية قصيرة يؤدي إلى إشباع، والإشباع يؤدي إلى فقدان المعزز، لهذا علينا أن نستخدم معززات مختلفة لا معزز واحد (الخطيب، 2008، 157).

ث- التنوع: استخدام أنواع مختلفة من المعزز نفسه أكثر فاعلية من استخدام نوع واحد منه.

ج- الجدة: عندما يكون المعزز شيئاً جديداً بالنسبة للفرد فإنه يكتسب خاصية، لذا ينصح باستخدام أشياء غير مألوفة قدر الإمكان (بطرس، 2008، 222).

#### 4) النمذجة والتقليد (Modeling):

تعني إقامة نموذج سلوكي مباشر للمتدرب، إذ يكون الهدف توصيل معلومات حول النموذج السلوكي المعروف للمتدرب بقصد إحداث تغيير في سلوكه وإكسابه سلوكاً جديداً، فضلاً عن استخدام أسلوب النمذجة في التدريب على المهارات الاستقلالية وكذلك المهارات الاجتماعية.

وتوجد ثلاثة أنواع للنمذجة:

(a) النمذجة المباشرة أو الصريحة: إذ إنّ هناك قدوة فعلية أو شخصاً يؤدي الأنموذج السلوكي المطلوب إتقانه، أو قدوة رمزية من خلال فيلم أو مجموعة من الصور المسلسلة بطريقة تكشف عن خطوات أداء السلوك، أو يقوم الأنموذج بهذا السلوك في مواقف رمزية أو فعلية.

(b) النمذجة الضمنية: وفيها يتخيل المتدرب نماذج تقوم بالسلوكات التي يرغب المدرب في أن يلقنها للمتدرب.

(c) النمذجة بالمشاركة: وفيها يتم عرض السلوك المرغوب فيه بوساطة أنموذج، كذلك أداء هذا السلوك من جانب المتدرب مع توجيهات تقويمية من جانب المدرب (لازاروس، 2002).

#### (5) لعب الدور (Playing Role):

يمثل لعب الأدوار منهجاً آخر من مناهج التعلم الاجتماعي يدرّب بمقتضاه المتدرب على تمثيل جوانب من المهارات الاجتماعية، وتدل التقارير والبحوث على فاعلية هذا الأسلوب، وأنه بالفعل يمثل طريقة ناجحة وفعالة في التدريب على أداء الكثير من المهارات الاجتماعية وأنه يزيد من فاعلية المتدربين على التفاعل الاجتماعي (إبراهيم وآخرون، 1990، 115).

#### (6) التلقين (Prompting):

التلقين هو نوع من المساعدة المؤقتة تستخدم لمساعدة المريض على إكمال العمل بالطريقة المنشودة، وعندما يعجز المريض عن أداء عملية ما يمكن اللجوء إلى مساعدته بقصد إعادته على الأداء. وكلما تعلم المريض أداء العملية التي تعلمها جرى التخفيف من التلقين بالتدريج حتى يتوقف تماماً (بطرس، 2008، 385).

كما أن التلقين يستخدم مثيرات إضافية تساعد على زيادة أداء الفرد للسلوك المطلوب، ولذلك فالتلقين يستخدم كنوع من الحفز أو الدفع للفرد لكي يأتي بسلوك معين، مع التلميح أو الإيحاء بأن السلوك سيدعم (الخطيب، 2008، 382).

وهناك أنواع عدة من التلقين والحث، وهي:

- التلقين الإيحائي: إذ يمكن مساعدة المريض على التعلم باستخدام الإشارة الحركية، ويشمل التلقين الإيحائي الإشارة والنقر، والإشارة المتتابعة وإشارة التنبيه والتصفيق.
- التلقين اللفظي: أي يذكر المريض ما يريد أن يفعله من مهارات باستخدام الكلمات.
- التلقين الجسدي: استخدام اليدين لقيادة المريض في أثناء أدائه لمهارة ما.

- التلقين الإيضاحي: ويتضمن هذا النوع من التعلم بالقوة حيث توضح الأم مثلاً كيف تؤدي المهارة وتنتظر من المريض أن يقلدها. ويمكن أن تستعمل هذا الإيضاح كنوع من التلقين (بطرس، 2008: 385).

#### (7) الاسطوانة المشروخة.

(8) **التفنيد والمناقضة:** تستخدم الباحثة هذه الفنية للكشف عن الأفكار العقلانية واللاعقلانية ويميزها عن بعضها وإحلال الأفكار العقلانية مكان اللاعقلانية.

(9) **التدريب على الاسترخاء:** الاسترخاء من فنيات المدرسة السلوكية والمعرفية، والمعرفية السلوكية، والعقلانية الانفعالية. تقوم فكرته الأساسية على تعرف الفرد عمليتي الشد العضلي، المترافق بالضرورة مع الشد النفسي، والاسترخاء، حيث يترافق الشد النفسي مع الشد العضلي لكل عضلات الجسم، وذلك في حالات التوتر والقلق، وتحويل حالة التوتر وعضلات الجسم المشدودة إلى حالة من الاسترخاء، فإن التوتر النفسي يتحول بدوره إلى استرخاء، الأمر الذي يؤدي إلى انخفاض حالة القلق والتوتر. وتقوم عملية تحويل الشد العضلي إلى استرخاء على عملية "التحكم الذاتي" بعضلات الجسم المؤدي بالضرورة لضبط الحالة النفسية وخفض التوتر. وهي تقوم على تمرينات وتدرجات خاصة بالتنفس وتنظيمه، ثم تدرجات للذراعين، ثم الرجلين، ثم الكتفين، ثم عضلات الوجه (الجبهة، والعينين، والفكين)، ثم عضلات الرقبة، ثم عضلات الصدر، ثم عضلات الظهر، ثم عضلات البطن، وعضلات الرجلين مرة أخرى، حيث تتركز التدرجات على التناوب في حالتي الشد والاسترخاء، مع إمكانية تكرار التدرجات بالترتيب السابق نفسه، بغية الشعور بالفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لعضلات الجسم كلها، والاستمتاع بها، ويقوم الشخص بتكرار صوته لبعض العبارات بشكل مسموع، بغية التركيز أكثر على الشعور والسلوك بحالتي الشد والاسترخاء للعضلات، وبعد التأكد من الدخول بحالة الاسترخاء العميق، يحدث الشخص نفسه عن المواقف الحياتية الحقيقية المرتبطة والمسببة لحالة التوتر والقلق عنده حتى يضعف تأثيرها (ناصر، 2007؛ لازاروس، 2002).

(10) **الإقناع:** يتم إقناع الأفراد المسترشدين بتغيير أفكارهم اللاعقلانية وضرورة الأخذ بأفكار أخرى عقلانية مقبولة.

#### (11) المحاضرات والمناقشة والحوار الجماعي:

تعد المحاضرة والمناقشة والحوار من أساليب وفنيات المدرسة المعرفية، والمدرسة المعرفية السلوكية، والهدف منها هو توضيح فكرة ما، عن طريق تقديم المعلومات النظرية المتعلقة بها، ويجب التخطيط المسبق لها، واختيار موضوع المناقشة، وإعداد دليل لها يشمل النقاط الأساسية الممكنة إثارتها،

ويُطلب فيها من المدرب قيادة المناقشة وإدارة الحوار، وحسن التدخل بما يضمن مشاركة الجميع، ويشجعهم على التعبير الحر عن آرائهم بصراحة (ناصر، 2007؛ الزعبي، 2003).

**12) النصح والإرشاد:** يتم فيها تقديم النصائح للمرضى وإرشادهم إلى كيفية التعامل مع الضغوط النفسية بشكل مناسب وبالتالي تحسين مستوى الرضا عن الحياة لديهم.

**13) التدريب على أسلوب حل المشكلات:** ويشمل القدرة على تحديد المشكلة وتشخيصها واقتراح الحلول الممكنة لها واختيار الحل المناسب منها مع ترك الحلول الأخرى وذلك بغرض الوصول إلى النتائج المرغوبة (رضوان، 2008، 134).

### ثالثاً . إعداد البرنامج الإرشادي في صورته الأولى:

بعد الإجراءات العديدة التي تم استعراضها بهدف الحصول على المعلومات والتحضير للأنشطة والتمرينات، قامت الباحثة بإعداد البرنامج بصورته الأولى وفق المراحل الآتية:

#### 1. تحديد جلسات البرنامج وإعدادها وفق الآتي:

##### 1/1- تحديد مضمون وتسلسل الجلسات (عنوان كل جلسة):

تمّ توزيع ما تمّ تحضيره من المعلومات النظرية والأنشطة على جلسات البرنامج الإرشادي. وتحديد عنوان لكل جلسة، وتسلسل هذه الجلسات بما يحقق الفائدة والترابط في المعلومات، والبناء على ما يتمّ التدريب عليه من المهارات، وقد سميت كل جلسة بعنوان يدل على أهدافها.

##### 2/1- تحديد الأهداف الخاصة لكل جلسة:

صياغة أهداف كل جلسة من جلسات البرنامج بعبارات سلوكية واضحة قابلة للتطبيق والملاحظة.

##### 3/1- تحديد الأنشطة والتدريبات المستخدمة في كل جلسة:

حددت الباحثة أنشطة كل جلسة بحيث تحقق أهدافها المحددة، وما يحقق الفائدة من خلال التنوع والتباين في مستوياتها، وفي الجوانب التي تعمل على تنميتها (سلوكية، معرفية، انفعالية). وتحديد الواجب المنزلي، واستمارة التقييم لكل جلسة.

##### 4/1- تحديد الأجهزة والأدوات التي تستخدم في كل جلسة:

تمّ تحديد الأدوات والمواد اللازمة لتنفيذ البرنامج الإرشادي بشكل عام من أدوات ومواد وقرطاسية (أقلام، أقلام تلوين، أوراق، لوح قلاب، أوراق تستخدم للوح القلاب، لاصق للأوراق)، وحاسوب، (C.D).

ثم حددت الباحثة بدقة كل ما تحتاج إليه في تنفيذ كل جلسة من جلسات البرنامج وكل نشاط على حدة، مثل: (بطاقات، لوحة لعرض الرسوم، مواد تساعد في لعب الدور، الموزعات الخاصة بكل تمرين، استمارات التقويم اليومية، الواجبات المنزلية... الخ).

## 2- تحديد الوقت اللازم لتنفيذ البرنامج الإرشادي:

تكوّن البرنامج الإرشادي الحالي من (14) جلسة إرشادية، مدة كل جلسة (2.30) ساعتان ونصف الساعة. تنفذ عبر (3) جلسات في كل أسبوع.

ويعد تحديد المدة الزمنية المناسبة، بحيث يمكنها تغطية محتوى البرنامج، كما أن اختيار التوقيت المناسب للبرنامج من حيث بدايته ونهايته وفترات الاستراحة وطول الجلسة الواحدة، من المقومات الأساسية لنجاح البرنامج (الطعاني، 2007، 57).

## 3- اختيار المكان الذي سينفذ فيه البرنامج الإرشادي:

تم تنفيذ البرنامج الإرشادي في المراكز الصحية لرعاية مرضى السكري، وقد حصلت الباحثة على موافقة إدارة المراكز الصحية لتطبيق البرنامج، وخصصت لذلك قاعة للتدريب تتناسب مع عدد المشاركين بالبرنامج، ومع التدريبات والمهام والأنشطة المتعددة. وتتميز القاعة بأنها:

- واسعة تتناسب مع عدد المشاركين وأسلوب العمل في البرنامج الإرشادي. ويوجد فيها عدد من الطاولات الصغيرة والكراسي. مما يسمح بإمكانية تحريكها بسهولة من أجل تغيير طريقة جلوس المشاركين، وفق أسلوب التدريب والأنشطة والتمارين أثناء الجلسة.
- جيدة الإضاءة والتهوية والتدفئة المناسبة بها.

وتم اعتماد طريقة جلوس المشاركين بالبرنامج الإرشادي، على شكل حرف U أثناء المناقشة والحوار والأسئلة. وعند توزيع المشاركين إلى مجموعات عمل صغيرة كانت طريقة الجلوس تختلف بحيث تنفرد كل مجموعة بطاولة مستقلة. وعند لعب الأدوار يبعد عدد من الطاولات إلى جانب في القاعة ويترك المجال للمشاركين.

#### رابعاً . عرض البرنامج الإرشادي بصورته الأولى على المحكمين:

تم تحكيم البرنامج، بغية التأكد من ملاءمة جلساته لتحقيق أهدافه في ضوء الهدف العام للبرنامج، لتقديم مقترحاتهم لتحسين أدواته وفنياته، وتعرف مدى ملاءمة البرنامج الإرشادي للفئة المستهدفة من البرنامج. وتعرف مدى كفاية عدد الجلسات الإرشادية، والزمن المناسب لكل جلسة. حيث سيتم عرضه على عدد من أساتذة علم النفس والإرشاد النفسي في كلية التربية - جامعة دمشق.

#### خامساً . التجريب الاستطلاعي للبرنامج الإرشادي:

##### A. أهداف التجريب الاستطلاعي للبرنامج الإرشادي:

- تعرف مدى ملاءمة البرنامج الإرشادي لعينة البحث.
- تعرف وضوح الفنيات والأنشطة وإمكانية تطبيقها على عينة البحث.
- تجريب أدوات البرنامج، لاكتساب المهارة في استخدامها في أثناء التدريب.
- تعرف الصعوبات التي يمكن أن تواجه الباحثة عند تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية، والتخطيط لتجاوزها.
- التدريب على تطبيق البرنامج وعلى التواصل مع عينة البحث بما يخص تنفيذ البرنامج.
- حصول الباحثة على التغذية الراجعة للتأكد من نقاط القوة ونقاط الضعف في البرنامج الإرشادي، ومن مهاراتها في إدارة جلسات البرنامج، وتنفيذ إجراءاته، وأنشطته، ومن التفاعل الإيجابي مع عينة البحث.
- ملاءمة تصميم البرنامج الإرشادي في مدته وعدد جلساته بحيث يتناسب مع ظروف عينة البحث كونها تتواجد في المرصد خلال فترة العلاج وهي محددة بمدة لا تزيد على ثلاثة أسابيع.
- تحديد وقت تنفيذ الجلسة بما يتناسب ونظام المركز الصحي والنشاط اليومي فيه، ووقت الاستراحة، ووقت الزيارات.
- تعرف آراء المحكمين بالبرنامج وملاحظاتهم الإيجابية والسلبية، بما يخص مضمونه وتنفيذه بعد عرضه على عدد من السادة المحكمين.
- تحديد الصعوبات التي قد تحدث عند التطبيق، ومدى إمكانية تجاوزها.

### B. عرض البرنامج بصورته الأولية على السادة المحكمين:

تم عرض البرنامج على عدد من السادة المحكمين لإبداء آرائهم؛ والاستفادة من ملاحظاتهم في تعديله وتطويره (راجع الملحق رقم/1/). وقد عملت الباحثة على الاستفادة من هذه الملاحظات:

- ما يتعلق بمدة الجلسة - طول الفترة بين الجلسة والتي تليها- تحديد الأهداف بدقة أكبر- تقليل عدد الفنيات المستخدمة في كل جلسة- زيادة عدد المواقف المستوحاة من بيئة المتدربين.

### C. إجراءات التطبيق الاستطلاعي التجريبي:

- بعد الاستفادة من ملاحظات السادة المحكمين؛ قامت الباحثة بتطبيق البرنامج تطبيقاً استطلاعيّاً تجريبياً، على عينة من المتطوعين عددها /10/ مرضى، /5/ ذكور، /5/ إناث.
- تم تنفيذ جلسات البرنامج البالغ عددها (14) أربع عشرة جلسة، بمعدل جلستين أسبوعياً (السبت والخميس) واستمر التطبيق لمدة /7/ أسابيع أي /14/ يوماً.
- تم التقيد بمحتويات البرنامج والعمل على تطبيقها كاملة مع تسجيل جميع الملاحظات، وخاصة تلك التي أثارها المتدربون، بهدف الاستفادة منها في تطوير البرنامج لاحقاً.

### D. نتائج التطبيق الاستطلاعي:

أهم الملاحظات في التطبيق الاستطلاعي التجريبي والتعديلات التي تمت:

- الصعوبة البالغة جداً في تطبيق البرنامج على مدى /7/ أسابيع لأسباب عديدة أهمها: انشغال المتدربين في النشاطات والإجراءات التدريبية اليومية المقررة، التي يستحيل غالباً تأجيلها أو إلغاؤها فضلاً عن الغياب عنها، مما اضطر الباحثة عدة مرات لتأجيل الجلسة لساعات عن موعدها المقرر؛ بعد جهد كبير لمنع تأجيلها أو إلغاؤها؛ لذلك وبناء على ما سبق اضطر الباحث إلى تطبيق البرنامج في مرحلة التنفيذ الحقيقي بشكل ثلاثة أيام في الأسبوع، وذلك لمدة أربعة عشر يوماً بعد اختيار الفترة الأكثر ملاءمة من حيث قلة عدد الإجراءات المطلوبة، كما تم اختصار فترة المتابعة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج إلى شهرين فقط.

- المسألة الثانية التي لا تقل أهمية عن الأولى تتجلى في صعوبة - إن لم نقل استحالة- منع المتدربين من أخذ عطلّة أو إجازة عادية طوال فترة تنفيذ البرنامج- الطويلة نسبياً- هذا إذا لم نأخذ في الحسبان احتمالية اضطرار أي متدرب للغياب لأسباب قاهرة -.

- ضرورة زيادة الزمن المحدد لمناقشة الواجب المنزلي في أغلب جلسات البرنامج من /10/ دقائق إلى /20/ دقيقة.

- المرونة في التوقيتات: ضرورة زيادة الزمن المحدد لكل جلسة أو على الأقل عدم التقيد بزمن ثابت لكل الجلسات، وإنما لكل جلسة وقتها الخاص استناداً لمحتوياتها، حيث تستدعي أغلب الجلسات زيادة الزمن المخصص لها إلى (3) ثلاث ساعات.
- ضرورة وجود استراحة لمدة /5/ دقائق خلال الجلسة تلافياً للملل.
- التقيد بالإجراءات المحددة لضمان عدم الخروج عنها والانجرار وراء نقاشات لا طائل منها.
- ضرورة إغناء البرنامج بالملاحظات والمقترحات التي أبدأها المتدربون.
- مثال لجلسة من البرنامج بصورته النهائية:

الجلسة السادسة:

عنوان الجلسة: (التغلب على مشاعر عدم الرضا عن الحياة).

. مكان الجلسة: المركز الصحي.

. زمن الجلسة: (150) دقيقة.

. اليوم:

. التاريخ:

. توقيت الجلسة: (10 - 12.30) صباحاً.

أولاً . أهداف الجلسة:

الهدف العام للجلسة: إكساب المسترشد مشاعر الرضا عن الحياة.

الأهداف الفرعية الإجرائية: تهدف إلى:

- الانتباه إلى مشاعر الخوف وعدم الأمان والقلق التي تسبب عدم الرضا عن الحياة.
- تعرف طرائق إيجابية لتخفيف هذه المشاعر.
- زيادة الجرأة والشعور بالرضا في الحياة.
- التغلب على مشاعر القلق وعدم الرضا عن الحياة.
- التدريب على مواجهة المواقف المسببة لعدم الرضا عن الحياة وعدم التجنب والانسحاب.

ثانياً . الأنشطة والتمارين:

(1) نشاط كسر الجليد . الزمن /5/ د/.

(2) مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. الزمن /10 د./

(3) التمهيد: الزمن /15 د./

- كثير من المواقف الحياتية، تولد لدى بعضهم الشعور بالخوف وعدم الأمان وعدم الرضا عن الحياة.

- القلق وعدم الرضا عن الحياة عبارة عن مشاعر ولكنها تنعكس سلباً على الجسد.

- إن محاولة الهروب من المواقف المسببة للخوف والتوتر النفسي وعدم الرضا عن الحياة تؤدي إلى تركيز وتقوية الخوف، وهذا يمنع الشخص من الوصول إلى تطوير بدائل أكثر فاعلية وإيجابية لمواجهة هذه المواقف ورفع مستوى الرضا عن الحياة.

هناك طرائق تساعد على التخفيف من المشاعر المزعجة وعدم الرضا عن الحياة.

(4) نشاط "استحضار موقف": الزمن /20 د./

الهدف: توليد مشاعر القلق والخوف والتوتر والتدريب للتغلب عليها ورفع مستوى الرضا عن الحياة.

تتم مناقشة هذه المشاعر مع المجموعة، من خلال نشاط "استحضار موقف".

. إجراءات تنفيذ النشاط:

- اجلس بوضع استرخاء، حاول أن تتذكر موقفاً مررت به، وشعرت أنك متوتر نفسياً وفقدت الشعور

بالأمان، وأحسست بعدم الرضا عن الحياة.

- صف شعورك بالضبط.. في هذا الموقف...

- تحدث عن مظاهر الانفعال الجسدية التي لاحظتها في الموقف...

- تحدث عن أفكارك، وماذا كنت تقول لنفسك؟

- ماذا فعلت؟ (ما هو سلوكك في هذا الموقف).

. المناقشة والتقييم:

تتم مناقشة المواقف التي ذكرها المسترشدون واستجاباتهم من حيث: (السلوك، المشاعر، المظاهر الجسدية، والأفكار والحديث الذاتي... الخ).

يتم تسجيل قائمة بردود الأفعال والمشاعر والأفكار والمظاهر الجسدية على لوح ورقي قلاب أمام الجميع.

تناقش هذه القوائم لتعرف تكراراتها لدى المسترشدين.

**5) نشاط "استحضار مشاعر القلق": الزمن /15 د/.**

**الهدف:** التغلب على مشاعر القلق والتوتر النفسي المرافقة للمواقف الحياتية.

يُطلب من المشاركين استحضار هذا الموقف في مخيلتهم، وعليهم أن يشعروا بنفس المشاعر، والتوتر النفسي والخوف وردود الفعل الجسدية.

ثم يتم تنفيذ تمرين استرخاء للتخلص من هذه المشاعر.

**6) الاستراحة. الزمن /15 د/.**

**7) نشاط "الاسترخاء عن طريق التنفس": الزمن /15 د/.**

**الهدف:** التخفيف من مشاعر القلق والتوتر النفسي.

**إجراءات النشاط:**

هذه التقنية للاسترخاء عن طريق التنفس، ويمكن أن يستعملها كل متدرب بمفرده في كل مكان وكل مكان. إن هذه الطريقة مفيدة بشكل خاص للتخلص من التوتر النفسي والجسدي التي يسببها القلق من المرض وعدم الشعور بالرضا عن الحياة. سوف يكون هذا التمرين ناجحاً بشكل فوري مع بعضكم، سوف يحتاج إلى تدريب أكثر ليصل إلى النتيجة نفسها (الاسترخاء).

- اجلسوا بشكل مريح.
- أغلقوا أعينكم وتنفسوا من البطن.
- أدخلوا الهواء من الأنف وأخرجوه من الفم (15 ثانية).
- استنشقوا الهواء من الأنف وأخرجوه من الفم (4 ثوانٍ).
- حافظوا على الهواء في داخلكم وعدوا حتى الرقم (4).
- أخرجوا الهواء وعدوا بالسرعة نفسها حتى الرقم (8).
- عاودوا الكرة في التنفس وعاودوا العد.
- أنتم الآن بحالة جيدة، تشعرون بالراحة التامة.
- قفوا الآن وافتحوا أعينكم ببطء.

**8) نشاط "التدريب المسبق على التصرف": الزمن /20 د/.**

**الهدف:** التخفيف من مشاعر التوتر النفسي والشعور بعدم الرضا عن الحياة من خلال استحضار المواقف التي يشعر بها المسترشد بالقلق والتوتر والتدريب المسبق على الذات.

**إجراءات تنفيذ النشاط:**

بإمكانك أن تتصور وأن تعيش تجارب معينة في خيالك قبل وقوعها بشكل فعلي.

ومن هذه المواقف: (التقدم لعمل جديد، لقاء أشخاص لأول مرة، أو الحديث معهم، القيام برحلات مع الأهل، ... الخ).

إن هذه الإمكانيات الذهنية تمكنك من تجريب أساليب معينة بالتصرف في حال حدوث هذه الحالات التي تخيلتها، وبذلك يمكنك بوساطة عملية التخيل تجريب أو دراسة ما يمكنك القيام به لرفع مستوى الرضا عن الحياة.

مثال: تريد الاتصال مع شخص مهم بالنسبة لك لطلب أمر منه (مساعدة، خدمة، استيضاح أمر، تقديم دعوة له ... الخ).

#### التعليمات:

- ✓ اجلس بحالة استرخاء.
- ✓ في خيالك تناول دفتر الهواتف وابحث عن رقم هاتف الشخص.
- ✓ قم بالاسترخاء في أثناء هذه العملية.
- ✓ الآن تشعر بالراحة والثقة بالنفس.
- ✓ في خيالك تناول سماعة الهاتف واطلب الرقم.
- ✓ قم بالاسترخاء في أثناء القيام بذلك.
- ✓ أنت تشعر بالاسترخاء وشعورك الشخصي جيد.
- ✓ في خيالك، انتظر حتى يقوم الطرف الآخر بتناول السماعة.
- ✓ استرخ، في أثناء عملية الانتظار.
- ✓ أنت تشعر بالاسترخاء والهدوء.
- ✓ في خيالك، قام الطرف الآخر بالرد على الهاتف.
- ✓ استرخ، وأخبره ما تريد منه.
- ✓ قم بالاسترخاء في أثناء الحديث وتحدث في خيالك بشكل هادئ وبلا توتر.
- ✓ الآن حرر نفسك من تخيل الحديث الهاتفي، وتصور أنك تتمدد على الشاطئ تحت الشمس الدافئة وعندك الكثير من الوقت ووضعك النفسي ممتاز.

التعليق: الموضوع هنا هو التدريب. ويجب التدريب على هذه الطريقة حتى يكون النجاح واضحاً، ومن الطبيعي أنه يمكن استعمال هذه الطريقة لمواجهة وضع صعب مثل: (امتحان، التقدم لعمل، التحدث أمام مجموعة من الناس، تعرف شخص جديد... الخ).

9) نشاط بعنوان "المكان الآمن": الزمن /20 د./

إجراءات تنفيذ النشاط: المرحلة الأولى (المرحلة التمهيدية):

- من فضلك أغمض عينيك - وإذا لم تستطع أن تغمض عينيك، انظر إلى نقطة ثابتة في موضع ما.
- ركز تفكيرك حول جسمك، وركز انتباهك كله نحو جسمك.
- تنفس بعمق، وانتظام واسترخاء، خذ شهيقاً وزفيراً (نفس عميق).
- هذا يعني أنك تدخل في الصمت، حينما تتنفس بانتظام ستدخل الصمت.
- ينبغي ألا تفكر أن تقوم بالعمل، دع الأمر يأتي تلقائياً، ويمكنك أن تغير وضع جلوسك.
- إنكم تسمعون الضجة في الخارج، هذه الضجة غير مهمة (لا تهتموا بها).
- وأحياناً في بالنا بعض الأفكار، وهي تأتي وتذهب الآن...

المرحلة الثانية (بداية التمرين):

- اطلب إليكم أن تختاروا مكاناً تشعررون فيه بأنكم بأمان "إنه مكانك الآمن".
- الآن تخيل هذا المكان الآمن، انظر إلى كل الصور التي تأتي إلى فرك الآن، أعط نفسك بعض الوقت، فالصور تأتي تباعاً، انظر إلى كل مكان يأتي ببالك (الأفكار، الصور، المواقف، الراحة)، إن الصور والمواقف التي تأتي إلى مخيلتك كثيرة، وينبغي أن تنتظر قليلاً ربما يأتي مكان واحد هو أكثر مكان تشعر به بالأمان.

أحياناً يأتي مكان واحد أكثر من مرة واحدة، والأهم من ذلك أن تتخذ قراراً باختيار هذا المكان.

المرحلة الثالثة: انظر بالتفصيل (بتفاصيل المكان).

- ما الأشياء التي تراها؟
- ما الألوان التي تراها؟
- ما الأشياء الأخرى التي توجد بهذا المكان؟
- هل تستمع إلى أصوات الضجيج من الخارج. اصغ إلى كل ما يصل إليك من حولك؟
- ماذا تشعر حينما تكون بمكانك الآمن؟
- (قم بعملية النظر، ثم الاستماع، ثم الإحساس بذلك الموقف "المكان"، وربما إنك تستنشق رائحة ذلك المكان).

المرحلة الرابعة (تسمية المكان الآمن):

- ما اسم هذا المكان؟
- أين يوجد هذا المكان؟
- هل يمكنك أن تكون فيه في الواقع؟
- أعط ذاك المكان اسماً لكي تستطيع أن تتذكره؟

#### المرحلة الخامسة:

- ليس من الجميل أن تترك الصورة تمضي، من الأفضل أن تحولها إلى بطاقة بريدية.
- أحضر معك تلك البطاقة البريدية فيمكنك أن تأخذها وأن تحتفظ بهذه الخبرة.
- تنفس بهدوء، ثم افتح عينيك.

المرحلة السادسة: يترك المجال ليتحدث المسترشدون عن رحلة البحث عن المكان الآمن، ووصف المكان، ووصف شعورهم عندما وجدوه.

#### 11) الواجب المنزلي: الزمن 5/د.

- مارس تمرين الاسترخاء عن طريق التنفس قبل المواقف الحياتية المسببة لك التوتر النفسي والقلق.
- انتبه إلى سلوكك وشعورك وأفكارك في المواقف الحياتية، ولاحظ التغيرات.

#### 12) ختام الجلسة: الزمن 10/د.

تلخيص ما ورد فيها من أفكار، وتقييم الجلسة.

\*\*\*\*\*

### . البرنامج الإرشادي في صورته النهائية:

بعد التعديلات التي أجريت على البرنامج الإرشادي نتيجة آراء المحكمين، وبعد التطبيق الاستطلاعي التجريبي قامت الباحثة بالتعديلات المطلوبة، وبذلك تمّ الحصول على البرنامج الإرشادي في صورته النهائية وهو قابل للتطبيق التجريبي وقد بلغ عدد جلساته (14) جلسة.

### سادساً . إجراءات تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية:

#### 1) التحضير للتطبيق:

التقت الباحثة جميع أفراد المجموعة التجريبية من المتطوعين الراغبين بالانضمام والمشاركة في البرنامج الإرشادي، بهدف تعرفهم بشكل جيد وتوضيح الخطوط العريضة للعمل ومعرفة ظروفهم بشكل

دقيق، بغية العمل على ضمان سير البرنامج بانتظام ومعرفة أنسب الأمور التي تساعد على الاتفاق بشأن البدء بالبرنامج.

وقبل تطبيق البرنامج الإرشادي، قامت الباحثة بالاستعدادات التي تجلت في إعداد كراس خاص بالبرنامج، واللوح القلاب، بالإضافة إلى حقيبة تحتوي على مستلزمات تنفيذ البرنامج الآتية:

- الموزعات الخاصة بكل جلسة: أوراق خاصة بالإجابات على التدريبات.
- ورق أبيض، الأقلام للكتابة، وأقلام تلوين للأنشطة التي تحتاج لذلك.
- استمارات التقييم لكل جلسة من جلسات البرنامج، واستمارة تقييم البرنامج النهائية.
- جهاز التسجيل.

**(2) تحديد زمن جلسات التدريب على البرنامج:** تم تنفيذ البرنامج في الفترة ما بين (2013/11/2م لغاية 2013/11/30م). تم خلالها تنفيذ أربع عشرة جلسة تدريبية إرشادية، بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً، باستثناء آخر أسبوع تم تنفيذ جلسة واحدة. كانت مدة الجلسة ساعتين ونصف. وطُبقت الجلسة الرابعة عشرة وهي جلسة: (التقييم المؤجل) بتاريخ (2014/1/18م).

### **(3) مرحلة التطبيق القبلي للمقياس:**

طبّق مقياس البحث (مقياس الرضا عن الحياة) قبل البدء بتطبيق البرنامج على عينة البحث (أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية). وبلغ عدد أفراد المجموعة التجريبية (20) فرداً من المتعالمين من مرض السكري في المراكز الصحية لرعاية مرضى السكري، وبلغ عدد أفراد المجموعة الضابطة (20) فرداً. والهدف من التطبيق القبلي:

- تحديد مستوى ودرجة الرضا عن الحياة لدى العينة قبل البدء بالتدريب على البرنامج الإرشادي.
- إجراء المقارنة والتحقق من تجانس المجموعتين: التجريبية والضابطة. - المقارنة بين نتائج التطبيق القبلي ونتائج التطبيق البعدي والتتبعي لتحديد مدى فعالية البرنامج الإرشادي إحصائياً.

### **(4) مرحلة تطبيق البرنامج الإرشادي:**

#### **1/4- التمهيد مع المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي:**

تعد الدافعية لدى العينة التجريبية ركناً مهماً في نجاح البرامج الإرشادية، وللتأكد من رغبة أفراد المجموعة التجريبية في المشاركة، قامت الباحثة، بعد أن حصلت على نتائج المقياس، ونتيجة دراسة

استمارة البيانات، وبعد اختيار المجموعة التجريبية، بمقابلة كل فرد من أفرادها. وقدمت لمحة عن محتوى البرنامج الإرشادي، ومدته وعن أهمية التفاعل الإيجابي، والتعاون بين أفراد المجموعة التجريبية والمدرية، والالتزام بالجلسات... الخ، وقد وجدت تجاوباً من أفراد المجموعة التجريبية، ورغبة في المشاركة، وقد طرحوا تساؤلات عديدة، وهذه أمثلة عن التساؤلات التي طرحوها على الباحثة؟

- هل يقدم في هذا البرنامج علاج دوائي مثل الذي يقدمه الأطباء؟
  - هل سأتوقف عن الدواء عند المشاركة في البرنامج؟
  - ماذا سأفعل في أثناء المشاركة في البرنامج؟
  - السؤال الأهم وهو: هل المشاركة في البرنامج الإرشادي ستساعدني على تحسين وضعي النفسي؟
- وقد أجابت الباحثة عن جميع أسئلتهم وشجعتهم على المشاركة.

وحرصاً من الباحثة على دقة التنفيذ، قامت بتنظيم سجل خاص، دونت فيه ملاحظاتها، وما حصلت عليه من معلومات من مقابلاتها للمتعالجين في المركز الصحي، وللاطباء المختصين العاملين في المركز الصحي.

ويضم هذا السجل ملفاً خاصاً لكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية، ويحوي هذا الملف على جميع المعلومات التي جمعتها عن كل فرد من خلال:

- معلومات من سجله الخاص وبياناته عند دخوله المركز الصحي. ورأي الأطباء والاختصاصيين.
- المعلومات التي حصلت عليها في أثناء تطبيق المقياس، الأسئلة التي طرحها، والأمر التي توقفت عندها، وتعليقاته في أثناء الإجابة، والبنود في المقياس التي أبدى اهتمامه بها.
- جمعت المعلومات التي حصلت عليها الباحثة نتيجة اطلاعها على نتائج المقياس، ومن دراستها لاستمارة البيانات الشخصية.
- جمعت المعلومات نتيجة المقابلة التمهيدية مع أفراد المجموعة التجريبية، وما طرحه عند الحوار معهم، والمهارات التي يحتاج إليها كل منهم للتدريب عليها -وفق رأيه- وأولويات الفرد الحالية في حل مشكلاته.

## 2/4- آلية سير النشاطات والفعاليات في جلسات البرنامج الإرشادي:

الجلسة الأولى:

- بدأ الباحث الجلسة بتحية المتدربين، وشكرهم على الانضمام والمشاركة في البرنامج الإرشادي، وقام بإعطاء الوقت الملائم لكل منهم ليقدم نفسه أمام المجموعة بهدف التعارف فيما بينهم وللتشجيع على الكلام وكسر الجليد. - تم التعريف بالبرنامج الإرشادي وأهدافه وأهميته وإمكانية الاستفادة منه على صعيد الحياة اليومية والعملية للمتدربين. - تم شرح وتوضيح المعلومات المتعلقة بسير الجلسات ومواعيدها وطبيعة النشاطات والمهام التي ستنفذ في أثناء التدريب أو بعده كواجب منزلي. - تم سؤال المتدربين عما يتوقعونه من البرنامج الإرشادي ومناقشة ذلك. - تم الاتفاق على قواعد العمل (الجلسة) الإرشادي؛ من خلال السؤال عن القواعد التي يرون أنها تتيح للمجموعة العمل والحديث بحرية وانطلاق دون خجل أو خوف. "لأن وصول الجماعة إلى أهدافها، وحل مشكلاتها، وإدارة توترها يتطلب الاتفاق منذ البداية على نوع من الضوابط والقواعد السلوكية، والتي يجب ألا تفرض على الجماعة لتقبل بها، بل أن تقوم الجماعة ببناء قواعد سلوكها لنفسها بنفسها" (حسنين، 2003، 28).

وقد تم الاتفاق على مجموعة من القواعد السلوكية من قبل المجموعة منها:

- 1- المحافظة على سرية المعلومات الشخصية وعدم الحديث نهائياً خارج الجلسة حول ما دار فيها من أمور شخصية خاصة.
- 2- عدم السخرية أو الاستهزاء بالآخرين وبآرائهم مهما كانت هذه الآراء، وعدم الضحك من قبل الزملاء عند طرح أي مشكلة أو موضوع.
- 3- الاحترام المتبادل بين الجميع (عدم المقاطعة في أثناء الكلام، الإصغاء، احترام ما يقوله أو يفعله الآخرون).
- 4- الالتزام بالوقت، والتوقيتات المحددة للجلسات، وعدم الغياب.
- 5- الالتزام بالحوار والمناقشة والمشاركة في جميع الأنشطة والتمارين، والعمل بإيجابية، والتعاون مع المدرب والجماعة.
- 6- التعبير بكل حرية وصدق عما يدور في النفس مع توجيه النقد الموضوعي.
- 7- الالتزام بأداء الواجبات المنزلية ومناقشتها في الجلسة القادمة.
- 8- الحوار والنقد البناء من قبل المشاركين.
- 9- عدم استخدام الهاتف الجوال في أثناء نشاطات الجلسة الإرشادية.

وتمت كتابة هذه المعايير والقواعد السلوكية على لوحة، وعلقت في مكان مناسب في قاعة التدريب طيلة مدة تطبيق البرنامج. وقد تم خلال الجلسة الأولى (الافتتاحية) تطبيق أدوات القياس تطبيقاً قبلياً، ومن ثم متابعة الجلسة كما هو مخطط لها.

#### . آلية سير النشاطات في كل الجلسات:

- أعدت جلسات البرنامج بحيث تسير كل جلسة وفق تسلسل محدد وواضح وهو كالاتي:
- تبدأ الجلسة بالترحيب بالمتدربين.

- يُنفذ نشاط كسر الجليد من وحي مضمون الجلسة وهدفه جذب المشاركين إلى جو البرنامج الإرشادي.

- توزيع المشاركين إلى مجموعات عمل صغيرة لمناقشة الواجب المنزلي، ثم المناقشة الجماعية لأداء الواجب وتقويم ما قدمه كل منهم.
- متابعة تدريبات كل جلسة وفق ما هو مخطط لها في البرنامج الإرشادي.
- هناك استراحة لمدة (15) دقيقة في منتصف الجلسة.
- في نهاية كل جلسة يتم تلخيص أهم الأفكار المطروحة، وأهم الأنشطة الممارسة.
- تحديد الواجب للجلسة.
- تقييم الجلسة من قبل المشاركين.
- يتم توزيع أوراق الواجب المنزلي، ليقوم المتدربون بالتدرب خارج أوقات الجلسة، مع تسجيل استجاباتهم وملاحظاتهم حول الواجب.
- يتم أخيراً شكر المتدربين والتمني لهم بالتوفيق والنجاح؛ مع التذكير بموعد الجلسة التالية، ووداع المتدربين.

#### 3/4 - الأمور التي تمت مراعاتها في أثناء تطبيق البرنامج الإرشادي:

- تشجيع أفراد المجموعة التجريبية على المشاركة، والتفاعل الإيجابي مع الأنشطة والتدريبات. وتقدير أدائهم ومشاركتهم.
- تشجيع أفراد المجموعة التجريبية على التعبير عن مشاعرهم وإبداء آرائهم في المواقف المختلفة، وإتاحة الفرصة للمناقشة وتقويم أداء مجموعات العمل الصغيرة.
- الحرص على توجيه الملاحظات ويتم التقييم من قبل الباحثة أو من قبل أفراد المجموعة التجريبية فيما بينهم للسلوك والأداء وليس إلى الشخص مثل: (تصرفاتك في موضوع كذا لم يعجبني، ولست أنت الذي لم يعجبني)، (لقد أزعجني قولك أو ما فعلت...، ولست أنت الذي أزعجني...).
- تشجيع أفراد المجموعة التجريبية على أن يستخدموا "أنا"، مثل: "أنا أرى..."، "أنا لا أوافقك على..."، وليس "أنت"، مثل: "أنت لا تفهم ما أقول".
- التوزيع في توزيع أفراد المجموعة التجريبية على مجموعات العمل، بشكل يتيح لكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية أن يشارك مع الجميع (يتم التبديل في كل مرة بين المشاركين).
- تشجيع أفراد المجموعة التجريبية على قبول بعضهم، والاحترام المتبادل بين الجميع، مما يسمح بالمشاركة والتعاون مع بعضهم.

- الاستفادة من كل موقف يمر به أفراد المجموعة التجريبية وتوظيفه لتطبيق المهارات التي تدربوا عليها، كما يتم تكليفهم بواجبات تناسب ظروفهم.
- تقديم التعزيز والتدعيم المناسب بعد تنفيذ التدريب.
- تأكيد ممارسة كل مهارة يتم التدريب عليها في جلسة معينة في الجلسات اللاحقة، وخارج الجلسات، وعدم الاكتفاء بممارستها لجلسة واحدة.
- تشجيع المتدربين على المبادرة بالحديث والحوار والمناقشة، وإبداء الرأي وطرح الأسئلة، في أثناء الجلسة بحضور باقي أفراد المجموعة التجريبية، وليس بعد انتهاء الجلسة.
- الالتزام بقواعد المجموعة الإرشادية التي تم الاتفاق عليها، وتحديدتها في الجلسة الأولى من قبل المتدربين أنفسهم وعدم الخروج عنها.
- الابتعاد عن توجيه الانتقادات مطلقاً سواء من المدربة أو من المتدربين فيما بينهم.
- الحرص كل الحرص على عدم إضاعة الوقت في مناقشة مواضيع جانبية أو مسائل شخصية خارج موضوع البرنامج- في الوقت المخصص للجلسة- مع لفت أنظار المتدربين لإمكانية مناقشة أي موضوع خارج أوقات الجلسات.
- إبراز الاهتمام والحرص الشديد من المدربة على إنجاز وتحقيق أهداف البرنامج الإرشادي، بمختلف الطرائق والوسائل، وخاصة من خلال إقامة العلاقة الإرشادية الصحيحة القائمة على التقبل والتفهم والتعاطف والاحترام الإيجابي غير المشروط.
- العمل على تشجيع جميع المتدربين على المشاركة في جميع النشاطات وإبداء الرأي والحوار والمساهمة في إغناء جلسات البرنامج بالمقترحات والآراء الفعالة.
- الابتعاد قدر الإمكان عن تقديم النصائح أو الأجوبة أو الحلول الجاهزة لأي موقف، وتشجيع الجميع على طرح أفكارهم وآرائهم.
- التعزيز اللفظي وتدعيم الاستجابات والمواقف الصحيحة التي تصدر عن المتدربين، والتي تعزز الانطلاق والتفاعل الاجتماعي فيما بينهم.
- تغيير طريقة وترتيب جلوس المتدربين خلال الجلسات حرصاً على تحقيق أكبر قدر من التفاعل والتعاون والتواصل بين جميع أفراد المجموعة.

#### 4/4 - ملاحظات الباحثة حول تطبيق البرنامج الإرشادي:

- أبدأت إدارة المركز الصحي تعاوناً جيداً مع الباحثة في مراحل العمل كافة، وسهلت لها العمل، بما قدمته من توجيهات لاستقبال الباحثة والسماح لها بالتطبيق، ولقاء المرضى.
- التزام جميع أفراد المجموعة التجريبية بحضور الجلسات كافة، والتزامهم بمتابعة البرنامج بالكامل.
- اهتم أفراد المجموعة التجريبية بتنفيذ الواجبات المنزلية التي كلفوا بها.
- ساد جو من الألفة والثقة بين أفراد المجموعة التجريبية، مع توالي جلسات البرنامج وهذا ساعدهم على المشاركة الفعالة في التدريبات وعلى انفتاحهم وارتياحهم والتعبير عن مشاعرهم.
- أبدى أفراد المجموعة التجريبية تعاوناً فيما بينهم ملفتاً، وقد ظهر ذلك في التشجيع الذي ظهر فيما بينهم على التدريب في أثناء توزيعهم للعمل في مجموعات صغيرة، وفي إعطاء الدور لبعضهم للكلام أثناء مناقشة ما أنجزته المجموعة.
- التفاعل الإيجابي لأفراد المجموعة التجريبية مع محتوى البرنامج الإرشادي وما ضمه من تدريبات على المهارات المتنوعة.
- كان البرنامج الإرشادي محفزاً للمجموعة التجريبية، وملبياً لاحتياجاتها بما قدمه من تدريبات متنوعة، ومعلومات، وأنشطة هدفت لتنمية مهاراتهم المتعددة. وهذا ما عبر عنه أفراد المجموعة التجريبية، وما ظهر في تجاوزهم مع أنشطته ومع الباحثة في أثناء تطبيق البرنامج الإرشادي.
- تعاون الأطباء المختصون في المركز الصحي لرعاية مرضى السكري مع الباحثة، وأبدوا رغبتهم في التدريب على البرنامج الإرشادي والحصول على نسخة منه، لحاجتهم إليه في ممارسة عملهم.
- تعاون مدير المركز الصحي في تقديمه التسهيلات اللازمة لتطبيق البرنامج الإرشادي.
- أظهر المتدربون اهتماماً بالعمل والتدريب وتفاعلاً إيجابياً مع الباحث وفيما بينهم، خلال سير البرنامج ومع التقدم في جلساته، وتجلّى ذلك في الالتزام بالحضور في المواعيد المحددة، ومتابعة المحاضرات، والاشتراك في المناقشات، وأداء الأدوار المطلوبة خلال الجلسات، والقيام بالواجبات المنزلية، ونقل ما تعلموه وتدريبوا عليه إلى الحياة اليومية، وإعطاء الملاحظات حول الجلسات من خلال استمارة التقييم المرهلي.
- في البداية كان عدد المشاركين بالنشاطات والمناقشات قليلاً ثم ما لبث أن ازداد خلال الجلسات التالية، بفضل تشجيع المدربة، ومن خلال جو المحبة والتعاطف والقبول والتفهم الذي أبدته المدربة، وكذلك روح المحبة والألفة والتعاون والثقة التي أظهرها المتدربون فيما بينهم.

- بالرغم من اختصار زمن البرنامج الكلي وعدد أيام تطبيقه ليكون على مدار خمسة أسابيع (ثلاثة أيام في الأسبوع)، إلا أن ذلك لم يؤثر على سير البرنامج الإرشادي؛ فلا ملل وليس هناك تقصير في الواجبات المنزلية.

- بالرغم من عدم التوحيد المطلق لمدة الجلسات خلال البرنامج؛ تبين أن ذلك لم يؤثر على مضمون الجلسات وحسن سير النشاطات فيها؛ كما أدى ذلك إلى عدم الجمود وإضاعة الوقت على حساب الفاعلية والموضوعية في التنفيذ.

- في البداية ظهرت بعض معالم الخجل والخوف من الانفتاح والمشاركة في الحوار والمناقشات؛ ثم ما لبثت هذه المظاهر أن زالت بفضل تشجيع المدرب، وتمكن الجميع من الانخراط في جو صحي وصحيح آمن المشاركة الفعالة خلال الجلسات المتتالية.

#### 5/4- الصعوبات التي واجهت الباحثة في أثناء تطبيق البرنامج الإرشادي:

- التقيد بسرية البيانات والمعلومات التي حصلت عليها الباحثة من المركز الصحي. وعدم نشرها أو توظيفها في أي بحث إلا بإذن من المركز.

- عدم التواصل مع عينة البحث والاتصال مع أفرادها -عند المتابعة- إلا بالحضور إلى المركز والاتصال منه.

- تعديل في الواجب المنزلي بحيث يقوم المدرب بتنفيذها ثم يتحدث عما نفذه دون أن يسجل ما قام به.

- صعوبة تأمين قاعة أنموذجية لتنفيذ البرنامج بالشكل الأمثل بحيث تناسب طريقة جلوس المجموعة المحددة في البرنامج، فضلاً عن إمكانية تزويدها بما يلزم من أجهزة وأدوات ضرورية للتدريب.

- بعض معالم الخجل والخوف من الانفتاح والمشاركة في الحوار والمناقشات في بداية البرنامج.

#### ومن العوامل التي يسرت تطبيق البرنامج الإرشادي:

1- التعاون الكبير الذي أبداه مدير المركز الصحي في محافظة اللاذقية لجهة بعض التسهيلات التي قدمت للمشاركين أنفسهم، أو لجهة الدعم المعنوي والنفسي للمدرب والحرص على إنجاح العمل وتحقيق الفائدة للمتدربين.

2- تأمين قاعة تدريبية مناسبة إلى حد ما، والسماح بتجهيزها بما يتلاءم والشروط اللازم توفرها لتأمين تنفيذ البرنامج بالشكل الأمثل.

3- الرغبة الصادقة من المتدربين في اتباع البرنامج الإرشادي والاستفادة القصوى منه؛ والتعاون الجيد فيما بينهم من جهة ومع المدرب خاصة مع تلمسهم للحرص الشديد من المدرب على تقديم كل ما بوسعه في سبيل تحقيق ذلك.

4- جو الثقة والمحبة، إضافة للتفاعل الإيجابي الذي أبداه المتدربون مع نشاطات البرنامج الإرشادي والواجبات المنزلية.

#### 6/4- مرحلة القياس البعدي لمقياس الرضا عن الحياة:

تم تطبيق مقياس الرضا عن الحياة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي في الجلسة الأخيرة من جلسات تنفيذ البرنامج الإرشادي، على جميع أفراد عينة البحث (المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية)، من أجل إجراء العمليات الإحصائية وتعرف فاعلية البرنامج الإرشادي المطبق على المجموعة التجريبية. كما تم خلال هذه الجلسة التقييم النهائي للبرنامج من خلال تقديم استمارة تقييم شاملة للبرنامج (تتضمن تقييم كفايات المدرب من عدة جوانب، المعارف والمهارات والخبرات التي تم عرضها، الفنيات والطرائق المستخدمة، مستوى الفائدة من وجهة النظر الشخصية، الملاحظات والمقترحات). (انظر استمارة التقييم النهائي للبرنامج الإرشادي).

وفي هذه الجلسة أيضاً تم شكر المتدربين لمشاركتهم في البرنامج وحرصهم واهتمامهم الذي تجلى بالنقد التام والالتزام بالحضور في المواعيد المحددة دونما تأخير أو غياب، وكذلك بأداء الواجبات المنزلية والمشاركة الجيدة في أثناء الجلسات، وروح المحبة والتعاون خلال سير العمل، وبعد ذلك تم الوداع على أمل التواصل لاحقاً؛ مع تأكيد الباحثة أن هناك جلسة أخرى بعد مضي شهر ونصف (أي بتاريخ السبت 2014/1/18)، لمتابعة وملاحظة استمرار التحسن من خلال استخدام وتطبيق المقياس مرة ثانية، من أجل متابعة العمل الإحصائي فيما يتعلق بفاعلية البرنامج الإرشادي.

#### 7/4- مرحلة القياس البعدي المؤجل لمقياس الرضا عن الحياة:

بعد مرور (6) أسابيع على القياس البعدي، تم تطبيق القياس البعدي المؤجل على أفراد المجموعة التجريبية، للتأكد من مدى استمرار أثر فاعلية البرنامج الإرشادي على العينة التجريبية.

#### 8/4- تقييم البرنامج الإرشادي:

يقدم تقييم البرنامج معلومات تبين مدى النجاح الذي حققه العمل في البرنامج الإرشادي، من حيث محتوى المادة، ومن حيث الأنشطة والتقنيات، ومن حيث أداء المدربة، ومن حيث الفاعلية التي حققها البرنامج الإرشادي.

وتقييم البرنامج هو عملية نقدية هامة تكشف عن مدى فاعلية البرنامج الإرشادي ومدى نجاحه، وهو عملية يشترك فيها المسؤولون عن البرنامج تخطيطاً وتنفيذاً وحتى الذين يخدمهم البرنامج، ولا يتوقف عمل التقييم لأنه مستمر.

ويتضمن التقييم عادة صياغة الأسئلة واختيار التصميم المناسب للتقييم، وطرائق جمع المعلومات، وإنشاء نظام مراقبة، والتقييم هو الإجراء الذي يساعد المرشد في تحديد نجاح الخدمات التي قدمها، وتحديد نقاط الضعف والقوة، مما يسهم في تقييم التوصيات بشأن البرامج الإرشادية في المستقبل (التغذية الراجعة).

وقد اعتمدت الباحثة لتقييم البرنامج الإرشادي على التقييم القبلي والمرحلي والبعدي:

1. **التقييم القبلي:** شمل تطبيق المقياس قبل تنفيذ البرنامج الإرشادي.
2. **التقييم المرحلي:** شمل تقييم كل جلسة من جلسات البرنامج الإرشادي، من خلال:
  - الاستماع إلى ملاحظات المشاركين، وتشجيعهم على التعبير عن آرائهم والحديث عن مدى إتقانهم للمهارات التي تدربوا عليها، وتفضيلهم لتقنيات معينة وغير ذلك، وذلك بهدف تقييم الجلسات، بالإضافة إلى أن ذلك يعد جزءاً من التدريب على التعبير عن المشاعر والإفصاح عن الرأي والدفاع عنه، والتدريب على المناقشة والحديث أمام الآخرين.
  - توزيع استمارة تقييمية في نهاية كل جلسة تتضمن تقويم كل هدف من أهدافها وكل نشاط فيها.
  - الواجب المنزلي الذي يكلف به أفراد المجموعة التجريبية في نهاية كل جلسة من جلسات البرنامج الإرشادي.
  - ملاحظات الباحثة في أثناء تنفيذ الجلسة التدريبية:
    - ✓ الملاحظات على تنفيذ أفراد المجموعة التجريبية للمهارات المختلفة وأساليب التدريب.
    - ✓ ملاحظات على مدى تطبيق المهارات التي تم التدريب عليها في الجلسات السابقة، ضمن الأنشطة الجديدة.
    - ✓ أسئلة واستفسارات وتعليقات أفراد المجموعة التجريبية في أثناء الجلسة التدريبية.
    - ✓ تفاعل أفراد المجموعة التجريبية مع بعضهم.
    - ✓ فترات الصمت أو المرح ... التي كانت تسود جو التطبيق.

وقامت الباحثة باستخراج أهم الأفكار التي طرحت في المناقشات، وتدوين المفردات الخاصة التي تداولها أفراد المجموعة التجريبية، والجمل التي عبروا بها عن مشاعرهم وآرائهم، ثم تدوين جميع هذه الملاحظات في السجل الخاص بالبرنامج الإرشادي. وتدوين الملاحظات الخاصة بكل فرد من أفراد

المجموعة التجريبية في ملفه. وتتم مراجعة جميع الملاحظات العامة، منها ما يتعلق بتنفيذ البرنامج، والملاحظات الخاصة المتعلقة بكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية.

وقد كان أسلوب المتابعة هذا يقدم للباحثة تغذية راجعة ويعطيها مؤشرات عن العمل في كل جلسة إرشادية وبشكل تراكمي عن الجلسات.

### 3. التقييم البعدي المباشر:

شمل التقييم البعدي للبرنامج الإرشادي ما يلي:

- تطبيق مقياس الرضا عن الحياة بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج الإرشادي.
- توزيع استمارة تقييمية عامة للبرنامج الإرشادي تشمل تعرف رأي أفراد عينة البرنامج في: (أهداف البرنامج الإرشادي، المحتوى العلمي للجلسات، المهارات التي تم التدرب عليها، الأنشطة والتمارين، وقت البرنامج، أداء المدربة... الخ).
- تعرف آراء المشاركين بالبرنامج بإعطاء كل مشارك الفرصة للحديث عن المعلومات التي استفاد منها، والمهارات التي تعلمها، والمواقف التي تركت أثراً فيه أثناء تطبيق البرنامج، والتغيير الذي استشعره في ذاته.

4. التقييم البعدي المؤجل: شمل تطبيق مقياس الرضا عن الحياة بعد /6/ أسابيع من التطبيق البعدي المباشر للبرنامج الإرشادي.

### 9/4- الجدول الزمني للبرنامج:

استغرق تطبيق البرنامج مدة شهرين ابتداء من (2013/11/2م إلى 2013/12/3م)، وبعد مرور شهر ونصف من التطبيق تم إجراء التطبيق المؤجل بتاريخ (2014/1/18م) للتأكد من استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي الجماعي، وتم توزيع الجلسات على مدى (5) أسابيع بمعدل (3) جلسات كل أسبوع تراوحت مدة كل جلسة (2.5) ساعتين ونصف تتخللها فترات راحة ويتكون البرنامج من (14) جلسة.

### 10/4- توزيع جلسات البرنامج الإرشادي:

تكون البرنامج بصورته النهائية من (62) نشاطاً تم توزيعها على (14) جلسة إرشادية، وتم تقسيم الجلسات إلى ثلاث مراحل، وهي:

- 1- جلسات البدء بالبرنامج: وتتضمن (1) جلسة واحدة والهدف منها التعارف بين الباحثة ومرضى السكري وبث الألفة بينها وبينهم وبين المرضى، والتعريف بأهداف البرنامج وتطبيق مقياس الرضا عن الحياة للتأكد من تدني مستوى الرضا عن الحياة لدى أفراد العينة.

- 2- جلسات مضمون البرنامج: عددها (11) جلسة إرشادية هي جلسات تخفيف حدة الاضطرابات النفسية لدى مرضى السكري بالمركز الصحي في محافظة اللاذقية.
- 3- جلسات إنهاء البرنامج: وعددها (2) جلستان، جلسة واحدة للتطبيق البعدي، وجلسة ثانية للتطبيق المؤجل للمقياس والتي تم تطبيقها بعد شهر ونصف من التطبيق البعدي للبرنامج الإرشادي.

### 11/3- إجراءات تطبيق البرنامج الإرشادي:

- أ- قبل البدء بتطبيق البرنامج الإرشادي الجماعي، قامت الباحثة بتسجيل وكتابة جلسات البرنامج على بطاقات خاصة، وذلك كي يتم تطبيق الجلسات بطريقة سليمة من حيث الأهداف والإجراءات.
- ب- تم تطبيق مقياس الرضا عن الحياة من إعداد الباحثة.
- ت- تطبيق البرنامج:
- تم تطبيق البرنامج بشكل جماعي على أفراد المجموعة التجريبية في المركز الصحي بمحافظة اللاذقية.
- تم تطبيق (12) جلسة إرشادية لتنفيذ البرنامج واستراتيجياته، وهي جلسات مضمون البرنامج.
- تم تطبيق الجلسة (13) للتطبيق البعدي لمقياس البحث على المجموعتين التجريبية والضابطة.
- تم تطبيق البرنامج الإرشادي الجماعي على أفراد المجموعة التجريبية، أما أفراد المجموعة الضابطة، فقد طبقت مقاييس البحث بالنسبة لهم تطبيقاً قليلاً - بعدياً.
- وبعد مرور شهر ونصف من تطبيق البرنامج تم إجراء التطبيق المؤجل لمقاييس البحث الحالي على أفراد المجموعة التجريبية، الجلسة (14).
- أخيراً تم التحقق من صحة فروض البحث باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.



**عرض لجلسات  
البرنامج الإرشادي**

## جلسات البرنامج الإرشادي لمرضى السكري

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	تاريخ الجلسة
الجلسة الأولى	التعارف بين أعضاء المجموعة التدريبية، والتعريف بالبرنامج الإرشادي، وبمفهوم الرضا عن الحياة.	2013/11/2م
الجلسة الثانية	تعرف الضغوط النفسية والتفريغ الانفعالي.	2013/11/5م
الجلسة الثالثة	مواجهة الضغوط النفسية.	2013/11/7م
الجلسة الرابعة	التعبير عن المشاعر الإيجابية.	2013/11/9م
الجلسة الخامسة	التعبير عن المشاعر السلبية.	2013/11/12م
الجلسة السادسة	التغلب على مشاعر عدم الرضا عن الحياة.	2013/11/14م
الجلسة السابعة	التدريب على الحوار الذاتي الإيجابي.	2013/11/16م
الجلسة الثامنة	التدريب على دحض الأفكار اللاعقلانية.	2013/11/19م
الجلسة التاسعة	مهارات الاسترخاء.	2013/11/21م
الجلسة العاشرة	لحل المشكلات أكثر من طريقة.	2013/11/23م
الجلسة الحادية عشرة	إدارة الضغوط في تعامله مع الآخرين.	2013/11/26م
الجلسة الثانية عشرة	المساندة الاجتماعية وتطويرها.	2013/11/28م
الجلسة الثالثة عشر	التقييم البعدي.	2013/11/30م
الجلسة الرابعة عشر	التقييم المؤجل.	2014/1/18م

## الجلسة الأولى

عنوان الجلسة: (التعارف بين أعضاء المجموعة التدريبية، والتعريف بالبرنامج الإرشادي، وبمفهوم الرضا عن الحياة).

. مكان الجلسة: المركز الصحي.

. زمن الجلسة: (150) دقيقة.

. اليوم:

. التاريخ:

. توقيت الجلسة: (10 - 12.30) صباحاً.

أولاً . أهداف الجلسة:

الهدف العام للجلسة: تحقيق التعارف بين أعضاء المجموعة التدريبية.

الأهداف الفرعية الإجرائية: تهدف إلى:

➤ التعارف بين الباحثة والمشاركين وبث الألفة بينها وبينهم، وتذكر لهم سبب وجودهم في

غرفة تطبيق البرنامج الإرشادي.

➤ تعريف المشاركين بالبرنامج الإرشادي وأهدافه.

➤ تحديد مفهوم مرض السكري وأنواعه.

➤ تحديد مفهوم الرضا عن الحياة.

ثانياً . الأنشطة والتمارين:

يتم الترحيب بالمشاركين، ثم ننتقل إلى نشاط التعارف. الزمن /10د/

1) نشاط التعارف بين المتدربين، باستخدام نشاط "من أنا". الزمن /15د/

يهدف النشاط إلى:

- كسر الحواجز بين المتدربين، وبناء الثقة المتبادلة بين أعضاء المجموعة التدريبية.

- تعارف المتدربين فيما بينهم.

- إضفاء جو من المرح بين المتدربين.

المواد المطلوبة:

يلزم المدربة في هذه الأنشطة ما يلي من المواد: (أقلام تلوين، أوراق بيضاء، لوحة لعرض الرسوم

عليها، أوراق لاصقة صغيرة ملونة).

### النشاط:

- تطلب المدربة من المسترشدين ما يلي: (ارسم كيف ترى نفسك الآن).  
يمكن أن يرسم المسترشد نفسه أو رمز يمثله أو أي صورة يعبر بها عن نفسه، ويكتب اسمه على رسمه. وتوضع الرسوم على لوحة، بشكل معرض صور، ليشاهدا الجميع، ثم يقدم كل مسترشد نفسه، ويتحدث عن رسمته أمام الآخرين.

(2) نشاط التوصل إلى قواعد الجلسات: الزمن /20د/

### هدف النشاط:

تحديد قواعد وأسلوب التعامل بين المتدربين بعضهم بعضاً.

### المواد:

يتطلب هذا النشاط ما يلي من المواد: (أوراق صغيرة، أقلام، لوحة قلاب عليه أوراق بيضاء كبيرة).

### إجراءات النشاط:

- توزيع أوراق صغيرة على كل مسترشد، ليكتب عليها ما يراه ضرورياً من قواعد يجب أن يتقيد بها المتدربون.
- تجمع الأوراق وتقرأ وتسجل على لوح قلاب القواعد السلوكية المطلوب أن تسود أثناء جلسات البرنامج الإرشادي والتي يتفق عليها المتدربون.
- على الجميع أن يتعهد ألا يخرج عن القواعد التي يتفق عليها.

(3) نشاط التعريف بالبرنامج الإرشادي: الزمن /10د/

تقديم عرض عن البرنامج الإرشادي من حيث: (مضمونه، وأهدافه، وأهميته).

(4) تعريف مرض السكري والتميز بين أنواعه، ومفهوم الرضا عن الحياة.

### ○ التمرين الأول: /20د/

- عرض نماذج وصور لشخصيات مختلفة مهمة في المجتمع وناجحة في حياتها الاجتماعية والمهنية لديها مرض السكري.
- سجل أربع صفات تدل على أن الشخصيات التي شاهدها لديها مرض السكري: (سرعة التعب، الضغط، التوتر النفسي، ...الخ).
- مناقشة إجابات المسترشدين، ويتم التسجيل على اللوح القلاب الصفات التي تكررت في إجاباتهم.

○ التمرين الثاني (تقدير كل متدرب لمستوى الرضا عن الحياة لديه): /20د/

الهدف من التمرين:

- تعرف مفهوم الرضا عن الحياة.

- أن يحدد المسترشد مبدئياً مستوى الرضا عن الحياة لديه.

الإجراءات:

- يُطلب من كل مسترشد أن يضع على محور يتوسطه مفهوم الرضا عن الحياة وعلى

اليمين.

- تتم المناقشة أمام المجموعة.

(5) استراحة. الزمن /15د/

(6) نشاط (تمثيل الأدوار): الزمن /30د/

- تقوم المدربة بتوزيع المسترشدين إلى ثنائيات.

- ثم يقوم كل ثنائي بتمثيل أحد الأدوار في المواقف الواردة في التمرين السابق، ثم يتم قلب

الأدوار ومناقشة ما قام به المسترشدون، وتقييم الأداء بما يتناسب مع سلوك الرضا عن الحياة،

وتقديم التعدييم من قبل المدربة وبقية أعضاء المجموعة التدريبية.

(7) واجب منزلي: الزمن /5د/

- راقب ما يحدث معك، وتصرف بطريقة إيجابية ترفع مستوى الرضا عن الحياة لديك في

المواقف التي تتطلب ذلك.

- راقب سلوك من حولك، مع ملاحظة الاستجابات المختلفة (يوجد رضا، أو عدم رضا عن

الحياة) في المواقف المختلفة.

(8) ختام الجلسة: الزمن /5د/

تلخيص ما ورد فيها من أفكار، وتقييم الجلسة.

\*\*\*\*\*

## الجلسة الثانية

عنوان الجلسة: (تعرف الضغوط النفسية والتفريغ الانفعالي).

. مكان الجلسة: المركز الصحي.

. زمن الجلسة: (150) دقيقة.

. اليوم:

. التاريخ:

. توقيت الجلسة: (10 - 12.30) صباحاً.

أولاً . أهداف الجلسة:

الهدف العام للجلسة: خفض الضغوط النفسية لدى مرضى السكري.

الأهداف الفرعية الإجرائية: تهدف إلى:

➤ أن يتعرف المسترشد على الضغوط النفسية.

➤ أن يحدد المسترشد مصادر الضغوط النفسية.

ثانياً . المواد والأدوات اللازمة لتنفيذ الجلسات:

لوح القلاب، وأقلام للكتابة عليه، أوراق، أقلام، بطاقات النشاط

ثالثاً . الأنشطة والتمارين:

1. نشاط كسر الجليد. الزمن /5 د/

2. مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. الزمن /10 د/

3. النشاط الأول: الزمن /25 د/

بدأت المدربة بالمشاركة بينها وبين المسترشدين، بتحديد مصادر الضغوط التي يعاني منها كل

مسترشد، وأسباب تلك الضغوط.

4. تقديم معلومات نظرية: الزمن /20 د/

قدمت المدربة معلومات عن موضوع الضغوط وأشكالها وأنواعها، وأسبابها، وكيفية وضع الحلول

المناسبة لكل ضغط يواجه الفرد من ضغوط: (اقتصادية، اجتماعية، أسرية...الخ).

5. استراحة. /15 د/.

**6. نشاط "بالونات الضغوط": الزمن /30 د/.**

ستقوم المتدربة بتطبيق أحد الفنيات على المسترشدين المتواجدين وهي "بالونات الضغوط"، وذلك بتوزيع عدد من البالونات على المسترشدين، والطلب منهم نفخ البالونات والكتابة عليها بقلم الفلوماستر الضغوط التي يواجهها كل مسترشد، ثم يقوم المسترشدين بربط البالونات بأقدامهم لتبدأ اللعبة ويبدأ المسترشدون يتسابقون لتفجير بالونات بعضهم البعض، وهذه اللعبة تفيد النشاط الجسمي وتفرغ التوتر النفسي الموجود لديهم.

ثم تقوم المدربة بمناقشة المسترشدين بشكل جماعي لتعرف مصادر الضغوط النفسية لديهم.

**7. نشاط "افتح قلبك": الزمن /25 د/.**

ستقوم المتدربة في هذه الجلسة بالكشف عن كثير من المشكلات التي تواجه المسترشدين، وتتضمن أن يتكلم المسترشد بكل راحة وثقة عن نفسه عن موقف آلمه وأحزنه في حياته أو موقف تعرض له، وبدأوا بتفريغ الطاقة التي بداخلهم من كبت وتوتر نفسي وأحاسيس مؤلمة.

**8. الواجب المنزلي: الزمن /10 د/.**

1- سجل عدد من مصادر الضغوط الأخرى التي تواجهها في حياتك اليومية.

**9. ختام الجلسة: الزمن /10 د/.**

تلخيص ما ورد في الجلسة من أفكار، وتقييمها.

\*\*\*\*\*

### الجلسة الثالثة

عنوان الجلسة: (أساليب مواجهة الضغوط النفسية).

. مكان الجلسة: المركز الصحي.

. زمن الجلسة: (150) دقيقة.

. اليوم:

. التاريخ:

. توقيت الجلسة: (10 - 12.30) صباحاً.

أولاً . أهداف الجلسة:

الهدف العام للجلسة: اكتساب المسترشد أساليب كواجهة الضغوط الحياتية.

الأهداف الفرعية الإجرائية: تهدف إلى:

- أن يواجه المسترشد الضغوط النفسية.
- أن ينفذ المسترشد ما يرغب فعله ولا يخضع لمن يحاول أن يثنيه عما يريد فعله.
- التدريب على الرفض بأسلوب الأسطوانة المشروخة.

ثانياً . المواد والأدوات اللازمة لتنفيذ الجلسات:

لوح القلاب، وأقلام للكتابة عليه، أوراق، أقلام، بطاقات النشاط

ثالثاً . الأنشطة والتمارين:

1. نشاط كسر الجليد. الزمن /5 د.
  2. مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. الزمن /10 د.
  3. التمرين الأول: الزمن /25 د.
- خلال الأسبوع الماضي، هل تذكر أنك قمت نتيجة ضغط أو إلحاح من قبل (قريب، زميل، صديق، شخص غريب ...) بعمل لا تريده؟ ما هو الموقف؟ وماذا شعرت نتيجة ذلك؟
- خلال الأسبوع الماضي، هل امتنعت عن القيام بما لا ترغب به، رغم إلحاح أحدهم عليك بفعل ذلك؟
- متى آخر مرة قلت "لا" رافضاً القيام بما لا تريده، والرضوخ لضغوط الآخرين؟
- يسجل كل مسترشد إجابته، ثم يتم مناقشتها.

4. مناقشة أهمية مواجهة الضغوط النفسية وتقديم معلومات نظرية: الزمن /20 د/.  
يمكن أن تواجه كل شخص بين الحين والآخر مجموعة من الضغوط النفسية، والتي قد تجبره على القيام بما لا يرغب أو الامتناع عن فعل ما يريد. وتعد هذه الضغوط من العوامل المسببة للشعور بالضيق وعدم الرضا عن الحياة والتوتر النفسي، ويكون من المفيد التدرب على مواجهة الضغوط النفسية، وزيادة القدرة على مقاومة تختلف الضغوط النفسية، والرفض واستخدام كلمة "لا" بصراحة وثقة دون تردد.

#### كيفية الرفض:

نبدأ بطريقة تعاطفيه في البداية ثم نصعد في طريقة إعلان الرفض ثم نجعله مباشراً وصارماً لإنهاء الموقف:

1- يجب عدم اختلاق الأعذار وتقديم التبرير.

2- الانتباه إلى اللهجة، الصوت، قل بلهجة حازمة "لا".

3- الوضع الجسدي المريح.

4- التواصل.

5. الاستراحة. الزمن/15 د/.

6. التمرين الثاني: الرفض ببنية "الإسطوانة المشروخة". الزمن /25 د/.

رفض الطلبات غير المرغوب بها بتقنية "الإسطوانة المشروخة".

عرض لطريقة "الإسطوانة المشروخة" في الرفض ومقاومة الضغوط النفسية، والإصرار على الرفض.

فيما يلي مجموعة من المواقف وعليك أن ترفض ما يطلب منك بإصرار:

1- صديق لك يطلب منك استئذنة مبلغاً من المال، ولا تريد إدانته، وتعرف أن هذا الصديق يماطل في تسديد ديونه.

2- قريب لك، اتصل بك لترافقه إلى السوق فوراً، ولديك عمل هام على إنجازه.

3- وأنت تقوم بعملك، طلب منك مديرك أن تترك ما تقوم به، فهناك عمل أهم وهو مساعدة زملائك على إنهاء عملهم.

4- مجموعة من الأصدقاء يغرون أحد أصدقائهم بأن يذهب معهم إلى المطعم وهو يرفض.

(يوزع المشاركون إلى مجموعات صغيرة، ويطلب منها أن تلعب الأدوار المناسبة للموقف)، تؤدي كل مجموعة الموقف أمام الآخرين وتتم المناقشة من قبل الجميع، ويحصل المشاركون على التعزيز المناسب.

#### 7. لعبة "أريد منك". الزمن /30 د/.

الهدف: التدرّب على مواجهة الضغوط النفسية ومحاولة التعزيز.  
إجراءات التنفيذ:

- يوزع المتدربون إلى أربع مجموعات.
- تختار كل مجموعة أحد أفرادها ليلتعد مؤقتاً عن المجموعة.
- يسحب أحد أفراد كل مجموعة، بطاقة مسجل عليها موقف نفسي ضاغط.
- يطلب من المشاركين تصور للموقف والتحضير لتمثيل الأدوار، وعليهم أن يقوموا بالضغط على زميلهم ليقوم بفعل هو غير موافق عليه.
- عليهم أن يستخدموا طرق الضغط النفسي كافة: الإقناع وتقديم حجة مقنعة، الترغيب والإغراء، التهديد، السخرية والهزء، الخداع، .... الخ.
- يطلب من المشارك الذي أبعد عن المجموعة أن يستعد لمقاومة ضغط نفسي من المجموعة عليه. وبطرق متنوعة ومنها طريقة: الإسطوانة المشروخة، الرد بالحج والحزم، التأجيل، الهروب، ... الخ.
- تبدأ كل مجموعة بلعب الأدوار.

#### المواقف هي:

- (a) لدى أحدهم مبلغ من المال أمانة (للأهل أو العمل) ويحاول أصدقائه أخذ هذا المبلغ لتوظيفه في عمل، وكما يقولون ستعود بالفائدة على الجميع وهو لن يتضرر من ذلك. وعليه أن يرفض التفريط في الأمانة.
- (b) مجموعة زملاء العمل يضغطون على أحدهم (كون علاقته جيدة مع المدير) كي يقدم شكوى وبشوه سمعة أحد الأشخاص ويحرض المدير عليه.
- (c) مجموعة من الأصدقاء يحاولون إغراء أحد أصدقائهم بأن يذهب معهم للمطعم وتناول وجبات غير صحية لمرضى السكري .... وهو يرفض.

المناقشة:

- تقديم كل مجموعة ما حضرت له أمام المجموعة الكلية وتسجل الملاحظات.
- تتم المناقشة الجماعية.
- يتم تسجيل نتائج الاستجابات التي تتم نتيجة الضغوط النفسية منها: (ردود فعل نفسية كالقلق والتوتر، الارتباك، الاستسلام والانصياع لرغبات الآخرين، التأجيل والهروب، ...الخ).

8. الواجب المنزلي: الزمن /10 د/.

1- راقب كيف يرفض الآخرون القيام بما لا يرغبون فيه، سجل أربع مواقف.

9. ختام الجلسة: الزمن /10 د/.

تلخيص ما ورد في الجلسة من أفكار، وتقييمها.

\*\*\*\*\*

### الجلسة الرابعة

عنوان الجلسة: (التعبير عن المشاعر الإيجابية).

. مكان الجلسة: المركز الصحي.

. زمن الجلسة: (150) دقيقة.

. اليوم:

. التاريخ:

. توقيت الجلسة: (10 - 12.30) صباحاً.

أولاً . أهداف الجلسة:

الهدف العام للجلسة: اكتساب المسترشد أساليب التعبير عن المشاعر الإيجابية.

الأهداف الفرعية الإجرائية: تهدف إلى:

- أن يتعرف المسترشد المشاعر الإيجابية التالية: (مدح، ثناء، تقدير، محبة، إعجاب).
- أن يقدم المسترشد عبارات (ثناء، مديح) للآخرين على عمل جيد قاموا به، أو فكرة مناسبة قدموها.
- زيادة مهارة المسترشد في تقبل إبداء الإعجاب به وبأعماله من قبل الآخرين.
- تنمية مهارة التعبير عن المشاعر الإيجابية باستجابات توكيدية، دون مبالغة أو تكلف (ببساطة وصدق).
- تنمية مهارة التفريغ الانفعالي لدى المسترشد.

ثانياً . الأنشطة والتمارين:

1- نشاط كسر الجليد. الزمن /5 د.

2- مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. الزمن /10 د.

(يوزع المتدربون على مجموعات صغيرة وتناقش ما نفذته في الواجب المنزلي، ثم تتم مناقشة ذلك أمام الجميع، وتقييم الاستجابات).

3- التمرين الأول: الزمن /25 د.

- اذكر متى كانت آخر مرة أبديت فيها إعجابك أو أثنت على سلوك قام به (صديق، قريب، زميل) وما هو الموقف (يسجل كل متدرب ملاحظاته ويتم مناقشتهم ضمن المجموعة).

4- تقديم معلومات نظرية عن أهمية التعبير عن المشاعر الإيجابية ببساطة وتلقائية وكذلك أهمية حسن تلقي هذه المشاعر من قبل الآخرين. في تقوية العلاقة الاجتماعية وإشاعة جو من المودة والدفء، ومن شأنه أن يعزز مكانة الفرد بالنسبة للآخرين، ومكانتهم بالنسبة إليهم. الزمن /15 د.

5- استراحة. الزمن /15 د.

6- لعبة (الحكيم). الزمن /30 د.

الهدف:

زيادة الترابط بين أفراد المجموعة، والتصرف بثقة، والاهتمام بالصفات الإيجابية للأشخاص الذين نتعامل معهم، واكتشاف المسترشد صفاته الإيجابية من خلال وجهة نظر الآخرين.

تعوّد كثيراً من الناس على تقييم أنفسهم أو تقييم الآخرين بشكل سلبي وناقده، وإظهار الصفات السلبية.

وبذلك يتم المرور على الصفات الإيجابية دون ملاحظتها. إن هذه الطريقة وحيدة الجانب في التقييم تؤدي إلى صراعات عنيفة، أثناء التعامل مع الآخرين، كما تضعف الشعور بالثقة بالنفس أو قيمة النفس. فعندما يكون تقييم الإنسان لنفسه سلبياً يفشل في اكتشاف صفات إيجابية في نفسه كما يصعب عليه تقبلها. ونتيجة لذلك يصاب الإنسان بالدهشة عندما يصفه من يتعامل معهم بإحدى الصفات الإيجابية.

الإجراءات:

- يتم توزيع المجموعات الكلية إلى خمس مجموعات صغيرة مؤلفة من (4) متدربين.
- يطلب من كل مسترشد أن يكتب على ورقة الصفات الإيجابية التي يتمتع بها أفراد المجموعة.
- من الصفات الإيجابية: (المظهر الخارجي الإيجابي، الصفات الإيجابية للتصرف، والصفات الإيجابية للشخصية).

- ويكتب على ورقة أخرى الصفات الإيجابية التي يراها في نفسه.
- يمكن كتابة أمثلة على الصفات الإيجابية على اللوح القلاب:
- المظهر: اللباس الأنيق، الجسم الرياضي، الابتسامة المريحة، الصوت المريح، ...الخ.
- الشخصية: مهذب، حسن المعشر، لطيف، متعاون، واثق بنفسه، يتصرف بحكمة، عنده روح النكتة، ...الخ.
- السلوك: يتكلم بشكل هادئ، صوته واضح، دقيق في مواعيده، يساعد الآخرين، مستمع جيد، يلعب رياضة، له هواية يمارسها، يهتم بصحته، يهتم بعمله.
- بعد ذلك تقوم كل مجموعة صغيرة بتبادل نتائج التقييم بين أفرادها.
- يتم تقييم كل واحد من أفراد المجموعة على حدا ثم يتم الانتقال إلى آخر، وهكذا حتى يتم الانتهاء من الجميع.
- عندها يأتي دور أحد المتدربين عليه فقط الاستماع إلى ما يقوله رفاقه عنه (لا يجب عليه أن يتخذ مواقف).
- يتم قراءة التقييم الشخصي أمام الآخرين.
- يتبادل المتدربون مشاعرهم عن التقييمات.

### المناقشة:

- بعد انتهاء عمل المجموعات الصغيرة، يتم التقييم مع المجموعة الكلية، لا يجب أن يذكر بالتفصيل مع المجموعة الكلية، لا يجب أن يذكر بالتفصيل ما جرى مع المجموعات الصغيرة وإنما التركيز على التجربة الشخصية التي استفاد منها المتدربون فغي لعبة (الحكيم) أي كيف كانت التجربة في الموقف الذي يسمع فيه أشياء إيجابية فقط عن نفسه.
- في عملية تبادل التقييم، لا يعتبر ما يسمعه من الآخرين عن نفسه على أنه تقييم شخصي، لا يجب أن يحكم عليه بأنه صحيح أو خطأ.
- توجه بعض الأسئلة إلى المسترشدين:
- ما هي الصعوبات التي واجهتك؟
- ما هو شعورك عندما امتدحك الآخرون؟
- كم مرة خطر على بالك أثناء حياتك اليومية أن تفكر بصفاتك الشخصية الإيجابية، وصفات من تتعامل معهم؟

ما هو شعورك أثناء البحث عن الصفات الإيجابية وأثناء قراءتها أمام الآخرين، وأثناء الاستماع إلى تقييمك من قبلهم؟  
هل وجد أحد صعوبة في إيجاد صفة إيجابية لهم؟

7- نشاط (كتابة رسالة): الزمن /30 د/.

الهدف:

التدريب على التعبير عن المشاعر الإيجابية، فهذا يدعم العلاقات الاجتماعية، وصفات من نتعامل معهم.

إجراءات النشاط:

اكتب رسالة شكر إلى شخص قدم لك خدمة، أو دعمك مادياً أو معنوياً، أو شخص تحبه، وكان لوجوده أثر طيب على حياتك، ولكنك لا تعرف الآن أين هو، أو هو بعيد، أو قد توفي.  
عليك أن تكتب ما تشعر به بصدق معبراً عن حبك وامتنانك وتقديرك.  
بعد الانتهاء من كتابة الرسالة، يقرأ من يرغب من المتدربين رسالته أمام المجموعة.

8- الواجب المنزلي: الزمن /10 د/.

1. عبر عن مشاعرك الإيجابية للأشخاص الذين تتعامل معهم.
2. راقب تصرفات الآخرين في أثناء تعبيرهم عن مشاعرهم في مواقف مختلفة.  
(اذكر المواقف، الأشخاص).

9- ختام الجلسة: الزمن /10 د/.

تلخيص ما ورد في الجلسة من أفكار، وتقييم الجلسة.

\*\*\*\*\*

## الجلسة الخامسة

عنوان الجلسة: (التعبير عن المشاعر السلبية).

. مكان الجلسة: المركز الصحي.

. زمن الجلسة: (150) دقيقة.

. اليوم:

. التاريخ:

. توقيت الجلسة: (10 - 12.30) صباحاً.

أولاً . أهداف الجلسة:

الهدف العام للجلسة: اكتساب المسترشد أساليب التعبير عن المشاعر السلبية.

الأهداف الفرعية الإجرائية: تهدف إلى:

- تعرف فوائد التعبير عن المشاعر السلبية.
- أن يعبر المسترشد عن مشاعره السلبية (لوم، عتاب).
- أن يظهر المسترشد انزعاجه في المواقف التي يشعر فيها بالإساءة.
- أن يؤدي المسترشد التعبير عن المشاعر السلبية بطريقة تسمح بالمحافظة على العلاقات الاجتماعية.
- أن يكون التعبير عن المشاعر السلبية بحزم، وثقة دون تردد أو خجل.
- أن يؤدي المسترشد استجاباته مع مراعاة لغة الجسد المناسبة.

ثانياً . الأنشطة والتمارين:

(1) نشاط كسر الجليد. الزمن /5 د.

(2) مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. الزمن /10 د.

(3) التمرين الأول: الزمن /25 د.

- اذكر آخر مرة وجهت لوم أو نقد أو عتاب لأحد أفراد: (أسرتك، أصدقائك، زملائك) أو أظهرت انزعاجك أو غضبك من تصرف مجحف بحقك؟  
ما الموقف وكيف كانت استجابتك؟ وما هي النتائج؟

- اذكر موقف حدث معك منذ زمن قريب، وشعرت بأن لديك الرغبة في عتاب أو لوم أو الاحتجاج على (قريب، زميل، صديق، ... الخ) ولم تفعل ذلك، ما الموقف؟ من هو الشخص؟ وماذا شعرت؟

- يسجل كل مسترشد إجابته، ثم تناقش الإجابات. (يتم تحديد الأشخاص الذين لا يستطيع في العادة المسترشد مواجهتهم أو معاقبتهم).

#### 4) تقديم معلومات نظرية عن أهمية التعبير عن المشاعر السلبية: الزمن 20/د.

هناك مواقف عديدة يشعر فيها الفرد بأن لديه الرغبة في التعبير عن مشاعر الاستياء والانزعاج أو النفور أو الاحتجاج، أو التذمر وحتى الغضب من تصرف غير عادل أو غير لائق أو غير مناسب وجه إليه من أحد من يتعامل معهم. (وهناك أشخاص يتعمدون الإزعاج أو الإحراج... الخ).

ما الذي يدفع الإنسان إلى التعبير عن مشاعره السلبية؟

1. يدعم التعبير عن المشاعر السلبية، شعور المتدرب بالثقة بالنفس ويخفف من شعوره بالتوتر والقلق.

2. حتى لا تتكرر السلوكيات المزعجة من قبل الآخرين، المسببة للمشاعر السلبية.

3. التعبير عن المشاعر السلبية، يشعر الفرد بالارتياح، ويقلل من لوم ذاته.

4. التعبير عن المشاعر السلبية ينقي الجو بين الفرد والآخرين. وهذا يسمح بتحسين العلاقات الاجتماعية وتمتينها.

#### . أضرار عدم التعبير والإفصاح عن المشاعر السلبية:

1. عدم معرفة الطرف الآخر أن سلوكه يؤذي.

2. تكرار السلوكات المزعجة، وهذا يسبب أضراراً متعددة للفرد.

3. الشعور بالتوتر والانزعاج والإحساس بالظلم والغبن والنقمة والحدق.

4. يؤدي إلى توتر في العلاقات الاجتماعية وإشاعة جو من عدم الرضا.

5. قد يؤدي إلى انسحاب الشخص وتجنب العلاقات مع الآخرين حتى لا يساء إليه وبذلك يحرم من حقوقه من التفاعل مع الآخرين.

#### طريقة التعبير عن المشاعر السلبية:

1. إيجاد الوقت والمكان المناسب (السياق المناسب).

2. المبادرة بطلب المكاشفة (المصارحة) المعاتبة (عدم الانتظار حتى يسألك الشخص الآخر ماذا بك؟ هل أنت منزعج؟
3. التركيز على (الخطأ) على (السلوك) وليس على الشخص.
4. إظهار المشاعر بطريقة مناسبة: "أنا مستاء... من، تصرفك... نذكر التصرف...، أنا منزعج... من...".
5. الإحتصار وعدم الاسترسال.
6. التعبير عن المشاعر لا يعني الإساءة للطرف الآخر وتوجيه الشتائم أو استخدام أوصاف وتقييمات غير لائقة.
7. يجب أن تكون الطريقة غير مثيرة لمشكلة جديدة بين الطرفين.
8. مراعاة لغة الجسد التي تدعم الموقف (من صوت، نظرات عيون، ...وضع الجسد..).

#### 5) الاستراحة. الزمن /15 د/.

- 6) التعبير عن المشاعر السلبية عن طريق "فنية الكرسي العالي". الزمن /30 د/.
- في كثير من الأحيان نتعامل مع أشخاص نتهيب منهم ولا يمكننا توجيه اللوم أو النقد أو أن نعبر عن غضبنا منهم. ربما يكون أحد هؤلاء الأشخاص: أب، أم، أخ، أخت، صديق، مدير، زميل، أو شخصية لها أهميتها في العائلة.

#### الهدف:

تمدنا هذه الفنية بمخرج أو متنفس للتعبير عن المشاعر السلبية (حزن، توتر، نقمة، غضب، عدم رضا، الكره، ...الخ)، فهي تساعد على تخفيف التوتر والضغط، والحديث مع الشخصيات المتسلطة في حياة المسترشد وتفريغها من هيبتها، وإضعاف مصدر القوة لديها.

#### إجراءات التمرين:

- يوضع كرسي على طاولة أو مكان مرتفع ويجلس المتدربون بشكل حرف (U).
- يوضع كرسي مواجه "الكرسي العالي" ليجلس عليه من يتكلم من المتدربين.
- يطلب منهم أن يسترجعوا من ذاكرتهم صورة شخص، سبب لهم الأذى في مرحلة من مراحل عمرهم. ربما كان هذا الأذى مادياً أو معنوياً أو كليهما معاً، ولم يستطع المتدرب أن يواجهه

لسبب من الأسباب (القوة العضلية، مكانته، سلطته، ...) وعليهم أن يتخيلوه جالساً على هذا الكرسي العالي الموجود أمامهم.

- صورة هذا الشخص محفورة في الذاكرة، وما زالت تسبب المشاعر المؤلمة حتى الآن.
- على كل متدرب أن يستحضر هذه الصورة ولينتذكر تفاصيلها (الشكل، الحركات، الانفعالات، الكلمات والألفاظ التي يستخدمها، لباسه، عمره....).
- من هو هذا الشخص؟ ما درجة قرابته للمسترشد؟
- ما قام به هذا الشخص من أذى وإساءة؟ ما هو الموقف أو المواقف المؤذية التي ترتبط بصورة هذا الشخص؟

- على كل مسترشد أن يستجمع قواه لمواجهة، والتعبير عما بداخله من مشاعر وألم.
- ويسأل الجميع: هل هناك من يجد صعوبة في أن يضع شخصاً ما على الكرسي؟
- بعد فترة من التأمل، يترك للمسترشدين بمخاطبة هذا الشخص الذي يتصف بالسلطة والقوة والمسبب بالأذى، ليعبر كل منهم عما بداخله تجاهه (لوم، عتب، غضب، سخط، خيبة أمل، ...الخ)، ويعرض ما يشكو منه، وجميع الأشياء التي تضايقه من هذا الشخص.

ويقوم كل متدرب بما يلي:

- أ- بوصف هذا الشخص المتخيل.
- ب- يسمح لمشاعره السلبية بأن تتطلق فيوجه له اللوم، عتب، نقد، أو يظهر غضب منه. يؤدي كل متدرب ذلك أمام المجموعة.
- ثم يناقش التمرين، ويتحدث كل متدرب عن شعوره بعد الانتهاء من الأداء.

#### 7) تمرين استرخاء ذهني "التجول على ضفاف النهر". الزمن /25 د/.

تصور نفسك على ضفاف نهر، وأنت تشعر بالتعب والإرهاق والانزعاج، والنقمة، والضيق، والغضب، هذه المشاعر السلبية تحد من حركتك وقدرتك على الاستمتاع بالطبيعة. لذا قررت أن تتخلص من هذه المشاعر وتتركها جانباً أو أن تطرحها في النهر، لتتخلص منها تماماً. بعد أن رميت كل ما يزعجك شعرت بالاسترخاء والسعادة. كرر هذه العملية مرة أخرى بهدف التخلص من مشاعر الخوف والقلق والذنب والحسد. وهكذا حتى تشعر بالرشاقة والخفة لدرجة أنك قادر على أن تطفو فوق الماء.

توجهت إلى حافة النهر بدأت تنتظر إلى المياه الدافئة. في البداية بقيت واقفاً على الضفة، ثم بعد ذلك توجهت نحو الماء لتسبح في مياه النهر الزرقاء الجميلة... إنك تشعر بالراحة والاسترخاء والهدوء...، ردد عباراتك الإيجابية:

أشعر بهدوء تام...

أشعر بسعادة...

في أي وقت يمكنني أن آتي لهذا المكان لأسترخي وأشعر بالسعادة ...

أشعر بالاسترخاء...

### 8) الواجب المنزلي: الزمن /10 د/.

- وجه لوم أو عتب إلى أحد أفراد عائلتك، حين يتصرف بطريقة غير مناسبة معك.
- أبدو احتجاجك، من معاملة تراها غير عادلة.
- عبّر عن غضبك في المواقف التي تشعر بها بالإساءة.
- تذكر المواقف واستجاباتك. ما أثر ذلك على من تتعامل معهم؟ وماذا تشعر؟
- (ملاحظة يراعى عدم إفساد العلاقات الاجتماعية عند التعبير عن المشاعر السلبية).

### 9- ختام الجلسة: الزمن /10 د/.

تلخيص ما ورد في الجلسة من أفكار، وتقييم الجلسة.

\*\*\*\*\*

## الجلسة السادسة

عنوان الجلسة: (التغلب على مشاعر عدم الرضا عن الحياة).

. مكان الجلسة: المركز الصحي.

. زمن الجلسة: (150) دقيقة.

. اليوم:

. التاريخ:

. توقيت الجلسة: (10 - 12.30) صباحاً.

أولاً . أهداف الجلسة:

الهدف العام للجلسة: إكساب المسترشد مشاعر الرضا عن الحياة.

الأهداف الفرعية الإجرائية: تهدف إلى:

- الانتباه إلى مشاعر الخوف وعدم الأمان والقلق التي تسبب عدم الرضا عن الحياة.
- تعرف طرائق إيجابية لتخفيف هذه المشاعر .
- زيادة الجرأة والشعور بالرضا في الحياة.
- التغلب على مشاعر القلق وعدم الرضا عن الحياة.
- التدريب على مواجهة المواقف المسببة لعدم الرضا عن الحياة وعدم التجنب والانسحاب.

ثانياً . الأنشطة والتمارين:

(1) نشاط كسر الجليد. الزمن /5 د/.

(2) مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. الزمن /10 د/.

(3) التمهيد: الزمن /15 د/.

- كثير من المواقف الحياتية، تولد لدى بعضهم الشعور بالخوف وعدم الأمان وعدم الرضا عن الحياة.

- القلق وعدم الرضا عن الحياة عبارة عن مشاعر ولكنها تنعكس سلباً على الجسد.

- إن محاولة الهروب من المواقف المسببة للخوف والتوتر النفسي وعدم الرضا عن الحياة تؤدي إلى تركيز وتقوية الخوف، وهذا يمنع الشخص من الوصول إلى تطوير بدائل أكثر فاعلية وإيجابية لمواجهة هذه المواقف ورفع مستوى الرضا عن الحياة.

هناك طرائق تساعد على التخفيف من المشاعر المزعجة وعدم الرضا عن الحياة.

#### 4) نشاط "استحضار موقف": الزمن /20 د/.

الهدف: توليد مشاعر القلق والخوف والتوتر والتدرب للتغلب عليها ورفع مستوى الرضا عن الحياة.

تتم مناقشة هذه المشاعر مع المجموعة، من خلال نشاط "استحضار موقف".  
. إجراءات تنفيذ النشاط:

- اجلس بوضع استرخاء، حاول أن تتذكر موقفاً مررت به، وشعرت أنك متوتر نفسياً وفقدت الشعور بالأمان، وأحسست بعدم الرضا عن الحياة.
- صف شعورك بالضبط .. في هذا الموقف...
- تحدث عن مظاهر الانفعال الجسدية التي لاحظتها في الموقف...
- تحدث عن أفكارك، وماذا كنت تقول لنفسك؟
- ماذا فعلت ؟ (ما هو سلوكك في هذا الموقف).

#### . المناقشة والتقييم:

تتم مناقشة المواقف التي ذكرها المسترشدون واستجاباتهم من حيث: (السلوك، المشاعر، المظاهر الجسدية، والأفكار والحديث الذاتي...الخ).

يتم تسجيل قائمة بردود الأفعال والمشاعر والأفكار والمظاهر الجسدية على لوح ورقي قلاب أمام الجميع.

تناقش هذه القوائم لتعرف تكراراتها لدى المسترشدین.

#### 5) نشاط "استحضار مشاعر القلق": الزمن /15 د/.

الهدف: التغلب على مشاعر القلق والتوتر النفسي المرافقة للمواقف الحياتية.

يُطلب من المشاركين استحضار هذا الموقف في مخيلتهم، وعليهم أن يشعروا بنفس المشاعر، والتوتر النفسي والخوف وردود الفعل الجسدية.

ثم يتم تنفيذ تمرين استرخاء للتخلص من هذه المشاعر.

#### 6) الاستراحة. الزمن /15 د/.

### 7) نشاط "الاسترخاء عن طريق التنفس": الزمن /15 د.

**الهدف:** التخفيف من مشاعر القلق والتوتر النفسي.

**إجراءات النشاط:**

هذه التقنية للاسترخاء عن طريق التنفس، ويمكن أن يستعملها كل متدرب بمفرده في كل مكان وكل مكان. إن هذه الطريقة مفيدة بشكل خاص للتخلص من التوتر النفسي والجسدي التي يسببها القلق من المرض وعدم الشعور بالرضا عن الحياة. سوف يكون هذا التمرين ناجحاً بشكل فوري مع بعضكم، سوف يحتاج إلى تدريب أكثر ليصل إلى النتيجة نفسها (الاسترخاء).

- اجلسوا بشكل مريح.
- أغلقوا أعينكم وتنفسوا من البطن.
- أدخلوا الهواء من الأنف وأخرجوه من الفم (15 ثانية).
- استنشقوا الهواء من الأنف وأخرجوه من الفم (4 ثوانٍ).
- حافظوا على الهواء في داخلكم وعدوا حتى الرقم (4).
- أخرجوا الهواء وعدوا بالسرعة نفسها حتى الرقم (8).
- عاودوا الكرة في التنفس وعاودوا العد.
- أنتم الآن بحالة جيدة، تشعرون بالراحة التامة.
- قفوا الآن وافتحوا أعينكم ببطء.

### 8) نشاط "التدريب المسبق على التصرف": الزمن /20 د.

**الهدف:** التخفيف من مشاعر التوتر النفسي والشعور بعدم الرضا عن الحياة من خلال استحضار المواقف التي يشعر بها المسترشد بالقلق والتوتر والتدريب المسبق على الذات.

**إجراءات تنفيذ النشاط:**

- بإمكانك أن تتصور وأن تعيش تجارب معينة في خيالك قبل وقوعها بشكل فعلي.
- ومن هذه المواقف: (التقدم لعمل جديد، لقاء أشخاص لأول مرة، أو الحديث معهم، القيام برحلات مع الأهل، ... الخ).
- إن هذه الإمكانية الذهنية تمكنك من تجريب أساليب معينة بالتصرف في حال حدوث هذه الحالات التي تخيلتها، وبذلك يمكنك بوساطة عملية التخيل تجريب أو دراسة ما يمكنك القيام به لرفع مستوى الرضا عن الحياة.

مثال: تريد الاتصال مع شخص مهم بالنسبة لك لطلب أمر منه (مساعدة، خدمة، استيضاح أمر، تقديم دعوة له ...الخ).

### التعليمات:

- ✓ اجلس بحالة استرخاء.
  - ✓ في خيالك تناول دفتر الهواتف وابحث عن رقم هاتف الشخص.
  - ✓ قم بالاسترخاء في أثناء هذه العملية.
  - ✓ الآن تشعر بالراحة والثقة بالنفس.
  - ✓ في خيالك تناول سماعة الهاتف واطلب الرقم.
  - ✓ قم بالاسترخاء في أثناء القيام بذلك.
  - ✓ أنت تشعر بالاسترخاء وشعورك الشخصي جيد.
  - ✓ في خيالك، انتظر حتى يقوم الطرف الآخر بتناول السماعة.
  - ✓ استرخ، في أثناء عملية الانتظار.
  - ✓ أنت تشعر بالاسترخاء والهدوء.
  - ✓ في خيالك، قام الطرف الآخر بالرد على الهاتف.
  - ✓ استرخ، وأخبره ما تريد منه.
  - ✓ قم بالاسترخاء في أثناء الحديث وتحدث في خيالك بشكل هادئ وبلا توتر.
  - ✓ الآن حرر نفسك من تخيل الحديث الهاتفي، وتصور أنك تتمدد على الشاطئ تحت الشمس الدافئة وعندك الكثير من الوقت ووضعك النفسي ممتاز.
- التعليق: الموضوع هنا هو التدريب. ويجب التدريب على هذه الطريقة حتى يكون النجاح واضحاً، من الطبيعي أنه يمكن استعمال هذه الطريقة لمواجهة وضع صعب مثل: (امتحان، التقدم لعمل، التحدث أمام مجموعة من الناس، تعرف شخص جديد...الخ).

(9) نشاط بعنوان "المكان الآمن": الزمن /20 د/.

### إجراءات تنفيذ النشاط:

#### المرحلة الأولى (المرحلة التمهيدية):

- من فضلك أغمض عينيك وإذا لم تستطع أن تغمض عينيك، انظر إلى نقطة ثابتة في موضع ما.
- ركز تفكيرك حول جسمك، وركز انتباهك كله نحو جسمك.

- تنفس بعمق، وانتظام واسترخاء، خذ شهيقاً وزفيراً (نفس عميق).
- هذا يعني أنك تدخل في الصمت، حينما تتنفس بانتظام ستدخل الصمت.
- ينبغي ألا تفكر أن تقوم بالعمل، دع الأمر يأتي تلقائياً، ويمكنك أن تغير وضع جلوسك.
- إنكم تسمعون الضجة في الخارج، هذه الضجة غير مهمة (لا تهتموا بها).
- وأحياناً في بالنا بعض الأفكار، وهي تأتي وتذهب الآن...

#### المرحلة الثانية (بداية التمرين):

- اطلب إليكم أن تختاروا مكاناً تشعررون فيه بأنكم بأمان "إنه مكانك الأمان".
- الآن تخيل هذا المكان الأمان، انظر إلى كل الصور التي تأتي إلى فركك الآن، أعط نفسك بعض الوقت، فالصور تأتي تباعاً، انظر إلى كل مكان يأتي ببالك (الأفكار، الصور، المواقف، الراحة)، إن الصور والمواقف التي تأتي إلى مخيلتك كثيرة، وينبغي أن تتظر قليلاً ربما يأتي مكان واحد هو أكثر مكان تشعر به بالأمان.
- أحياناً يأتي مكان واحد أكثر من مرة واحدة، والأهم من ذلك أن تتخذ قراراً باختيار هذا المكان.

#### المرحلة الثالثة:

- انظر بالتفصيل (بتفاصيل المكان).
- ما الأشياء التي تراها؟
- ما الألوان التي تراها؟
- ما الأشياء الأخرى التي توجد بهذا المكان؟
- هل تستمع إلى أصوات الضجيج من الخارج. اصغ إلى كل ما يصل إليك من حولك؟
- ماذا تشعر حينما تكون بمكانك الأمان؟
- (قم بعملية النظر، ثم الاستماع، ثم الإحساس بذلك الموقف "المكان"، وربما إنك تستنشق رائحة ذلك المكان).

#### المرحلة الرابعة (تسمية المكان الأمان):

- ما اسم هذا المكان؟
- أين يوجد هذا المكان؟
- هل يمكنك أن تكون فيه في الواقع؟
- أعط ذلك المكان اسماً لكي تستطيع أن تتذكره؟

**المرحلة الخامسة:**

- ليس من الجميل أن تترك الصورة تمضي، من الأفضل أن تحولها إلى بطاقة بريدية.
- أحضر معك تلك البطاقة البريدية فيمكنك أن تأخذها وأن تحتفظ بهذه الخبرة.
- تنفس بهدوء، ثم افتح عينيك.

**المرحلة السادسة:**

يترك المجال ليتحدث المسترشدون عن رحلة البحث عن المكان الآمن، ووصف المكان، ووصف شعورهم عندما وجدوه.

**(11) الواجب المنزلي:** الزمن /5 د.

- مارس تمرين الاسترخاء عن طريق التنفس قبل المواقف الحياتية المسببة لك التوتر النفسي والقلق.

- انتبه إلى سلوكك وشعورك وأفكارك في المواقف الحياتية، ولاحظ التغيرات.

**(12) ختام الجلسة:** الزمن /10 د.

تلخيص ما ورد فيها من أفكار، وتقييم الجلسة.

\*\*\*\*\*

## الجلسة السابعة

عنوان الجلسة: (التدريب على الحوار الذاتي الإيجابي).

. مكان الجلسة: المركز الصحي.

. زمن الجلسة: (150) دقيقة.

. اليوم:

. التاريخ:

. توقيت الجلسة: (10 - 12.30) صباحاً.

أولاً . أهداف الجلسة:

الهدف العام للجلسة: إكساب المسترشد مهارات الحوار الذاتي الإيجابي.

الأهداف الفرعية الإجرائية: تهدف إلى:

➤ تعرف أهمية الحوار الذاتي الذي يدور في ذهنه.

➤ تعرف أثر سلوكه ومشاعره في علاقاته مع الآخرين.

➤ تحديد عبارات إيجابية.

➤ التدرّب على العبارات الإيجابية.

ثانياً . الأنشطة والتمارين:

(1) نشاط كسر الجليد. الزمن /5 د/.

(2) مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. الزمن /10 د/.

(3) تدريب "ماذا تقول لنفسك". الزمن /25 د/.

يوزع المسترشدون إلى مجموعات عمل صغيرة، ويتحدث كل منهم عن آخر حديث ذاتي دار في ذهنه.

تتم المناقشة الجماعية، وتصنف الحوارات الذاتية إلى:

- حوارات إيجابية مشجعة، تبعث على الارتياح والسعادة.

- حوارات سلبية محبطة، تثير الانزعاج والتوتر.

(4) نشاط "أهمية الحوار الذاتي الإيجابي". الزمن /25 د/.

إن حديث الفرد مع ذاته، وإلقاءه التعليمات على نفسه، والطريقة التي يستخدمها في الحديث لها ذات الأثر في السلوك. وغالباً تنشأ حالة من الانزعاج والضيق من الطريقة السلبية التي يكلم بها نفسه وتوقعه بالفشل وتقليله من أهمية النجاح الذي يحققه.

لذلك من الضروري أن يحدث الفرد نفسه بأسلوب إيجابي وبنقة وأن يقيم الجمل التي يقولها في أي موقف أو مهمة، وعليه أن يدرب نفسه على الانتقال من الحديث السلبي للنفس إلى الحديث الإيجابي، وإلقاء تعليمات إيجابية على نفسه، وأكثر واقعية وبناء الثقة في الحديث إلى الذات. من الجمل الإيجابية: "أنا بخير، سأستمر بالمحاولة حتى النجاح، إنني أحسن، الذي أقوم به جيد".

(5) الاستراحة. الزمن /15 د/.

(6) علاقة التفكير بالمشاعر وأثره على ذلك: الزمن /25 د/.

تظهر أهمية التعرف إلى الحوار الذاتي والأفكار والعبارات التي تتردد في ذهننا والتوصل إلى التمييز بين المنطقي منها وغير المنطقي.

تدخل العمليات المعرفية أو الذهنية في أي قرار يتخذ حول الأسلوب المناسب للتعامل مع المشكلات ومصادر الضغوط النفسية. إن تفكير الإنسان يرتبط بكل نشاط يقوم به.

وتولد الأفكار السلبية يعطي نتائج سلبية، يقول أحد الفلاسفة الإغريق: "الأحداث لا تزعج الإنسان، بل النظرة التي يتبناها تجاه هذا الحدث".

ولهذا كان الاهتمام بطريقة تفكير الإنسان والأفكار التي تدور بذهنه في المواقف غير السارة. آلية التفكير:

- الحالات (المواقف) تحرض الأفكار، والأفكار تثير المشاعر، والمشاعر تسبب الأفعال. أمثلة:

الأفعال	المشاعر	الأفكار	الحالة (الموقف)
عدم الذهاب للمقابلة.	الحزن، الإحباط.	- لن يقبل أن يشغلني أحد. - بلا فائدة الذهاب أو عدم الذهاب.	مقابلة للحصول على عمل جديد
توجيه ألفاظ غير لائقة. الحديث مع الآخرين بطريقة غير لائقة.	النقمة، الغضب.	- ما حدا فيه خير. - معه ولا يريد أن يرضني.	تطلب نقود ويعتذر قريبك عن إقراضك ما تطلب

وغالباً عندما نحاول تغيير الكثير من مشاعرنا وسلوكنا، نصطدم بأفكارنا غير المنطقية، فمن الضروري، أن نعمل على تغيير الفكرة التي أنتجتها.

**(7) تمرين "أفكار تشجعي": الزمن /25 د/.**

اكتب جمل إيجابية في بطاقات وتدرّب على ترديدها، لتصبح جزء من تفكيرك.

- يكتب كل متدرّب عدة جمل إيجابية مشجعة وداعمة له. ويمكن أن تتناول هذه الجمل جوانب مختلفة مثل: (الدفاع عن الحقوق المشتركة، التعبير عن المشاعر، مقاومة الضغوط النفسية والاجتماعية ومحاولات السيطرة، الجرأة في طرح الأفكار، إقامة علاقات اجتماعية صريحة، دعم الثقة بالنفس لمواصلة العلاج الطبي للمرض).
- تناقش الجمل وتصحح، وبعد ذلك يثبت كل متدرّب جملة وعليه أن يتدرّب على ترديدها، لتصبح جزءاً من شخصيته، وأفكاره.

**(8) الواجب المنزلي: الزمن /10 د/.**

- علق جملك الإيجابية على خزانتك، أو أي مكان تشاهده باستمرار، ودائماً ردها، واستبعد أي حوار يدور في ذهنك يزعجك أو يسبب لك الحزن.
- ماذا تشعر عندما تفعل ذلك.

**(9) ختام الجلسة: الزمن /10 د/.**

تلخيص ما ورد فيها من أفكار، وتقييم الجلسة.

\*\*\*\*\*

## الجلسة الثامنة

عنوان الجلسة: (التدريب على دحض الأفكار اللاعقلانية).

. مكان الجلسة: المركز الصحي.

. زمن الجلسة: (150) دقيقة.

. اليوم:

. التاريخ:

. توقيت الجلسة:

أولاً . أهداف الجلسة:(10 - 12.30) صباحاً.

الهدف العام للجلسة: إكساب المسترشد مهارة دحض الأفكار اللاعقلانية.

الأهداف الفرعية الإجرائية: تهدف إلى:

- تعرف المسترشد إلى العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك.
- أن يحدد المسترشد المعتقدات والأفكار والعبارات غير المنطقية ودورها في خفض مستوى الرضا عن الحياة.
- تعرف أنواع هذه الأفكار اللاعقلانية.
- التدرب على مناقشة الأفكار اللاعقلانية ودحضها.
- التدرب على استبدال الأفكار السلبية بأفكار منطقية واقعية.

ثانياً . الأنشطة والتمارين:

(1) نشاط كسر الجليد. الزمن /5 د/.

(2) مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. الزمن /10 د/.

(3) النشاط الأول: الزمن /20 د/.

- استرجع ما دار في ذهنك، من أفكار وعبارات شعرت بأنها حدثت من قدرتك على توكيد الذات، أو كان لها أثر سيء على عملك، أو أدت إلى ضعف إرادتك، وتدني مستوى رضاك عن الحياة، أو سببت لك المشكلات في علاقاتك الاجتماعية، أو منعتك من تحقيق أمر مهم.
- مناقشة إجابات المسترشدين، مستعرضين للعديد من العبارات السلبية، التي يمكن أن تخطر أذهان العديد من الناس.

4) أساليب التفكير السلبية: الزمن /20 د./

هناك العديد من الطرق التي تصنف أساليب الفرد على أنها انهزامية.

1- كل أو لا شيء: (حسن، سيء)، (صواب، خطأ).

في هذه الطريقة يلزم الشخص نفسه بمهام مستحيلة، وبطريقة قاسية.

فقد ينوي أحد الأشخاص الاتصال بصديق في ساعة معينة فإذا لم يتصل به بسبب ظرف طارئ فإنه لن يتصل به أبداً.

2- التسرع في إصدار الأحكام السيئة: "لن تتحسن حالتي". إذا كان في طريق وشاهد عن بُعد

صديقاً ولم يسلم عليه، يقول: "لقد تحاشى النظر إلى رغم أنه صديقي".

3- الترشيح الذهني: التوقف والتركيز عند الملاحظة والعبارة غير مريحة، وتناسي كل العبارات الجميلة والمشجعة.

4- عدم اعتبار الإيجابيات: التقليل من قيمة ما نقوم به، وكأنه شيء عادي، لا يستحق الحديث عنه.

5- الاستنتاج العاطفي وجلد الذات: "أنا إنسان سيء لأنني قمت بعمل سيء"، "أنا إنسان غبي لأنني تصرفت بغباء".

6- التقييم السلبي: "أنا فاشل"، "أنا بلا قيمة"، "أنا ضعيف".

7- تطبيع الأمور بطابع شخصي واللوم فقط: الشخص إما أن يلوم نفسه على أخطاء وإن لم تكن بسببه، أو يلوم غيره، وكأن الأخطاء بسببه.

8- المبالغة في التعميم: "لن أنجح في أي شيء"، "كل الناس كذابين".

9- استخدام الينبغيات: يجب، يلزم، من الضروري، كان من الواجب توقع ما حدث، أثناء الحديث.

5) الاستراحة. الزمن /15 د./

6) نشاط "مناقشة الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأفكار إيجابية": الزمن /20 د./

طريقة مناقشة الأفكار اللاعقلانية من خلال مجموعة من الأمثلة:

- عليك البحث عن بدائل تنافي طريقة تفكيرك.

- كن أفضل صديق لنفسك، واسألها الأسئلة ذاتها التي كنت ستسألها لصديق بموقفك، فغالباً

ما نكون أكثر لطفاً مع غيرنا من أنفسنا.

- في حال: الواجب، ومن المفروض، لازم. اسأل نفسك لماذا كان يجب عليك فعل ذلك ؟ / لازم...لمن؟ لأنه سيزداد شعورك السيء طالما زدت من الضغوطات على نفسك.
- التسرع في اتخاذ الأحكام: تحدث مع الآخرين، فقد تجد أنك لست الوحيد بتلك المشاعر.
- مثال: التسرع في اتخاذ الأحكام: "لن تتحسن حالتي".
- السؤال: "كيف توصلت إلى ذلك؟"، "هناك كثير من الأشخاص تحسنا".
- الجملة البديلة: "الصبر والاستمرار بالاهتمام بنفسى سيوصلنى إلى ما أريد".
- في المواقف المرضية:

"لن أخضع للحمية الغذائية لأنها لم تفيد في تحسن حالتي الصحية".

الجملة البديلة: "لا بد من الخضوع للحمية الغذائية، ولن أتحسن صحياً إذا لم أحاول"، "كثيراً ممن أعرفهم حاولوا عدة مرات قبل أن يتحسنوا".

#### 7) كيفية التغلب على الأفكار اللاعقلانية: الزمن /20 د/.

- (a) الوعي بما نفكر فيه (الانتباه إلى الأفكار التي تراودنا).
- (b) مراقبة أثر الأفكار السلبية واللاعقلانية على سلوكنا ومشاعرنا.
- (c) التمييز بين الأفكار الجيدة والأفكار الزائفة المنحرفة.
- (d) استبدال الأفكار السلبية بأخرى إيجابية.
- (e) معرفة صحة ما حققناه (التغذية الراجعة).

#### 8) نشاط البطاقات "أوراق اللعب": الزمن /20 د/.

هدف النشاط: التدرب على مناقشة الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار إيجابية.

إجراءات تنفيذ النشاط:

- بطاقات مكتوب عليها عبارة تعبر عن فكرة يمكن أن تدور في بال كثير من الناس، وقد تكون معبرة عن مشاعر الخوف والقلق عند مواجهة الآخرين، وهي أفكار غير منطقية، سلبية.
- يسحب كل متدرب بطاقة من هذه البطاقات المرسوم عليها صورة شخص يردد هذه العبارة.
- توزع بطاقات فارغة لتسجيل العبارة الإيجابية المصححة للعبارة السابقة.
- يقرأ كل متدرب العبارة المكتوبة على بطاقته، ويناقشها بطريقة منطقية وعليه استبدالها بعبارة إيجابية.

- يوزع المتدربون إلى مجموعات، لمناقشة هذه العبارات، وطريقة دحض العبارات البديلة المقترحة.
- تتم مناقشة عمل المجموعات الصغيرة أمام المجموعة الكلية.
- . أمثلة من العبارات التي يمكن أن تكتب على العبارات:
  - الحياة اليومية مع الحمية الغذائية كثيية وموحشة، وبدونها أحلى.
  - إنني أستاهل ذلك، لأنني لا أتابع الأدوية بانتظام.
  - لا يمكنني أن أتحمل ضغوط الحياة مع مرض السكري وحميته الغذائية.
  - من المعيب أن أتحدث عن مشاعري أمام الآخرين.
  - الضعيف من يتحدث عن معاناته أمام الآخرين.
  - لا يوجد إنسان بصحة جيدة.
  - أنا بلا قيمة.
  - لا يحق لي أن أسأل.
  - إذا تكلمت فالجميع سيهاجمني.
  - سأفقد صديقي إذا عاتبته.
  - من المعيب أن أترجع عن رأي مهما كانت النتائج.
  - لا يحق لأحد توجيه ملاحظة أو نقد على سلوكي.
  - لا أحب طلب المساعدة من أحد.
  - مسايرة المدير وتنفيذ ما يطلبه من عمل، حتى لو كان ليس له علاقة بمهامتي يبعدي عن المشكلات والمشاحنات.

### 9) الواجب المنزلي: الزمن /10 د/.

- اذكر ثلاثة مواقف مرت بك، وكان لأفكارك والعبارات (غير المنطقية) السلبية دوراً معوقاً لسلوكك، ومسبباً للإزعاج والتوتر النفسي لك.
  - ارصد كل فكرة لاعقلانية أو عبارة سلبية تردها في ذهنك، وحاول استبدالها بأفكار منطقية.
- 10) ختام الجلسة: الزمن /10 د/.**
- تلخيص ما ورد فيها من أفكار، وتقييم الجلسة.

\*\*\*\*\*

## الجلسة التاسعة

عنوان الجلسة: (مهارات الاسترخاء).

. مكان الجلسة: المركز الصحي.

. زمن الجلسة: (150) دقيقة.

. اليوم:

. التاريخ:

. توقيت الجلسة: (10 - 12.30) صباحاً.

أولاً . أهداف الجلسة:

الهدف العام للجلسة: إكساب المسترشد مهارات الاسترخاء.

الأهداف الفرعية الإجرائية: تهدف إلى:

- تعرف أهمية الاسترخاء، للتغلب على الضغوط النفسية ومشاعر الضيق والقلق.
- تعرف فوائد الاسترخاء.
- التدرّب على الاسترخاء الجسدي.
- التدرّب على الاسترخاء الذهني.
- التدرّب على الاسترخاء عن طريق التنفس.
- التدرّب على ترديد الجمل الإيجابية أثناء عملية الاسترخاء.

ثانياً . الأنشطة والتمارين:

- 1- نشاط كسر الجليد. الزمن /5 د/.
- 2- مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. الزمن /10 د/.
- 3- النشاط الأول "وعي المتدرب بوجود توتر أو إجهاد جسدي": الزمن /20 د/.

الهدف:

أن يعي المسترشد بوجود التوتر والإرهاق في جسمه، والتركيز على إحساسه الداخلي.

إجراءات التمرين:

يطلب من المسترشدين تنفيذ التعليمات الآتية:

اجلس بطريقة مريحة...

لا تمسك بيدك أي شيء...  
 أنت تهتم فقط بما تشعر به في جسمك ...  
 لا تهتم بما تسمعه في الخارج...  
 هل تشعر بالألم ما ...  
 أين تشعر بهذا الألم...  
 هل تشعر بأي توتر أو إجهاد في أي جزء من جسدك...  
 يتم مناقشة ما مصدر التوتر الداخلي لدى كل مسترشد؟

#### 4- تقديم معلومات عن "أنواع التوتر". الزمن /10 د/.

للتوتر ثلاثة أنواع: التوتر والإجهاد البدني، التوتر والإجهاد العقلي، والتوتر النفسي مثل حالات: تقلب المزاج، والقلق، والنسيان، والشعور بأن جميع الأمور خارجة عن نطاق السيطرة. عندما يتعرض الفرد لمواقف تشكل ضغطاً نفسياً عليه مثل: ضغط العمل أو مشكلات في علاقاته مع الآخرين، يمكن لهذه الأنواع الثلاثة من التوتر أن تتفاعل مع بعضها وتنتج حالات شديدة من الضغط النفسي.

#### 5- "فوائد الاسترخاء". الزمن /10 د/.

مناقشة فوائد الاسترخاء، وتقديم معلومات:

#### فوائد الاسترخاء:

- تعد أساليب الاسترخاء وسيلة للتخلص من التوتر والإجهاد غير المرغوب فيهما، من خلال التحكم في الجهاز العصبي المستقل، ومن خلال التخلص بشكل إرادي من التوتر والإجهاد الواقع على العضلات وإعداد بيئة آمنة وهادئة، يمكن للجسم أن يتحول بشكل طبيعي من حالة التوتر إلى حالة الاسترخاء العقلي. ولأن كل من النواحي العقلية والبدنية والانفعالية جميعها مرتبطة بعضها البعض. ويمكن أن يعزز ذلك من عملية الاسترخاء البدني.
- إن شعور الفرد بالاسترخاء والهدوء، يساعده في تحسين الحالة الصحية له، ويشعره بمزيد من السعادة والإنجاز وسيكون أكثر قدرة على التعايش مع الحياة ومع أزماتها المختلفة.
- إحدى ميزات أساليب الاسترخاء التي تركز على الاسترخاء العقلي، تنتج شكلاً من الموجات الدماغية والذي يعرف بموجات ألفا المرتبطة بمشاعر السكينة والهدوء.

- تتسم أساليب الاسترخاء بفاعلية كبيرة، بالإضافة إلى أنها سهلة التعلم، حيث تعد مهارة يمكن لأي شخص أن يتعلمها.
- عند تعلمها يجب أن تمارس بشكل ثابت حتى تصبح عادة الفرد.

#### 6- تمرين الاسترخاء "أسلوب الاسترخاء التدريجي". الزمن /20 د/.

##### أهداف التمرين:

- التدرب على ممارسة أسلوب الاسترخاء التدريجي، للتخلص من التوتر النفسي والإجهاد النفسي.
- التخطيط وتحديد مكان ووقت مناسبين لجلسة الاسترخاء الخاصة بالمتدرب.

##### أسلوب الاسترخاء التدريجي:

إن التخلص من التوتر الواقع على العضلات والجسم، يساعد بشكل كبير على التخلص من القلق والضغط النفسي.

تتسم العضلات جميعها بأنها تقع تحت التحكم الإرادي للإنسان. ولذا فعندما يعمل الفرد على استرخائها، ينتقل هذا الشعور إلى باقي أجزاء الجسم، ويتضمن ذلك جميع الأجهزة التي لا يستطيع الفرد أن يتحكم فيها بشكل إرادي مثل القلب والجهاز الهضمي. أي يشعر الجسم بحالة من الاسترخاء.

يعمل أسلوب الاسترخاء التدريجي من خلال شد أجزاء الجسم أولاً برفق، ثم بعد ذلك إراحة تلك الأجزاء، إن عملية شد الجسم نفسها حتماً ما يتبعها الإحساس ببعض الراحة، وبالتالي الشعور بالاسترخاء في كل جزء من أجزاء الجسم على حدة.

##### مراحل أسلوب الاسترخاء التدريجي:

يتشكل أسلوب الاسترخاء التدريجي من أربع مراحل هي:

1. الوعي بوجود الإجهاد والتوتر: يقوم الفرد خلال هذه المرحلة بالتركيز على جزء معين من الجسم ويتعلم كيفية معرفة وإدراك وجود إجهاد وتوتر في هذا الجزء.
2. شد الجسم لتعزيز الشعور بالإجهاد والتوتر: يقوم الفرد بشد هذا الجزء من الجسم وذلك ليزيد من شعوره بالإجهاد والتوتر إلى أعلى درجة.
3. إراحة الجسم: يقوم الفرد بإراحة جسمه مرة أخرى من خلال إعادته إلى وضعه الطبيعي، وذلك ليتم التخلص من التوتر والإجهاد.

4. الشعور بالاسترخاء: يقوم الفرد خلال هذه المرحلة بتركيز انتباهه على هذا الجزء ويتعلم كيفية الشعور بالاسترخاء الموجود فيه.

تنفيذ الاسترخاء التدريجي:

هذه بعض الإرشادات والتعليمات التي يمكنك ممارستها لتنفيذ هذا التمرين (ويمكنك تكيف التمرين وفق احتياجاتك):

- ركز انتباهك على قدمك اليسرى، من خلال فرد الأصابع إلى الأمام، أرح القدم مرة أخرى، تشعر بالاسترخاء يتدفق منها. كرر هذا التدريب مع قدمك اليمنى.
- ركز انتباهك على قدمك اليسرى، قم بشد رجلك من خلال رفعها عن الأرض حوالي خمسة عشرة سنتيمتر وقم بشد الأصابع أيضاً، ثم بثني القدم للخلف، أعد رجلك إلى الأرض، تشعر أنك تخلصت في هذا الوضع من التوتر والإجهاد الموجود فيها. كرر هذا التدريب مع رجلك اليمنى.
- ركز انتباهك إلى المعدة، قم بإجهادها من خلال شد عضلات المعدة للداخل، ثم بعد ذلك تخلص من هذا الوضع جاعلاً العضلات ترجع إلى وضعها الطبيعي، كرر هذا التمرين مرتين، تشعر بالراحة في معدتك. حيث تكون قد تخلصت من جميع التوتر والإجهاد الموجود فيها. وبالتالي فهي تملأ وتهبط برفق مع عمليتي الشهيق والزفير، لذلك يزيد إحساسك بالاسترخاء.
- ركز انتباهك إلى الظهر والعمود الفقري، اثن العمود الفقري بعض الشيء إلى الأمام باتجاه الأرض، عد إلى الوضع الطبيعي بالتدرج شاعراً بأنه قد تم تدليك كل فقرة من فقرات العمود الفقري وذلك من خلال احتكاكها بالأرض. تشعر بالاسترخاء التام في كل من العمود الفقري والظهر، تشعر بأنك تخلص من التوتر وكأنه قد انتقل إلى الأرض بأسفل.
- انقل اهتمامك إلى الصدر، قم بشد هذه المنطقة من خلال دفعها لأعلى، ثم تخلص من هذا الوضع، بحيث ينخفض الصدر لأسفل، لكنه يظل متسعاً، في أثناء ذلك، تشعر بمزيد من الاسترخاء والهدوء.
- ركز انتباهك على الذراع واليد اليسرى، قم بشدهما من خلال رفعهما إلى أعلى، عد إلى وضعك الطبيعي، تشعر بأنك تخلصت من التوتر وتسترخ بالاسترخاء. كرر ذلك مع اليد اليمنى.

- ركز انتباهك على الكتفين، قم بشدهما من خلال رفعهما تجاه الأذن، ثم أعدهما إلى وضعهما وتخلص من الإجهاد، تشعر بمزيد من الاسترخاء في الكتفين، تشعر بهما وهما ينخفضان.
- توجه للرقبة، اعمل على شعورها بالاسترخاء من خلال إمالة الرأس نحو الصدر، ثم بعد ذلك قم بخفض الرقبة برفق، للتخلص من الإجهاد الموجود في جميع عضلات الرقبة، وفي حالة استمرار الشعور بالتوتر، حرّك رأسك برفق إلى اليسار وإلى اليمين، تشعر بالتخلص من هذا الإجهاد مع كل حركة.
- ركز انتباهك على الوجه والرأس، تشعر بالإجهاد في الجبين، وتشرع بالتخلص منه، وكأن هناك أصابع باردة تربت على هذه المنطقة برفق، تشعر باختفاء الخطوط التي كانت موجودة في الجبين، يمتد هذا الشعور بالاسترخاء ليصل إلى العين، إن الجفون تتلامس مع بعضهما البعض برفق وتشرع بالتخلص من الإجهاد الموجود في جميع العضلات الصغيرة، إنك تشعر بنعومة في الخدود وتشرع بالاسترخاء في جميع أجزاء جسمك بدءاً من أعلى الرأس وحتى أخمص القدم. وتشرع بمزيد من الخفة والرشاقة ومزيد من الاسترخاء. فقد زالت جميع مشاعر التوتر والإجهاد، وأشعر بالاسترخاء التام.
- 7- الاستراحة. الزمن /10 د.
- 8- نشاط "الاسترخاء عن طريق التنفس". الزمن /20 د.

#### أهداف النشاط:

- تعرف فوائد التنفس الصحيح، وفهم العلاقة التي تربط بينه وبين الاسترخاء.
- التدرب على الاسترخاء عن طريق التنفس.
- قيام المسترشد بتمارين التنفس بمفرده.

#### التنفس وأهميته:

- إنّ الغرض من التنفس هو مساعدة الأكسجين للوصول إلى جميع أجزاء الجسم والتخلص من السموم في الجسم.
- إن العلاقة التي تربط بين الضغط النفسي ومشكلات التنفس علاقة وثيقة، فعندما يكون الشخص واقعاً تحت تأثير الضغط النفسي، يصبح تنفسه ضعيفاً وسريعاً. والسبب في ذلك أنه يحاول أن يستنشق الأكسجين بطريقة سريعة. وما يحدث فعلاً هو استنشاق الفرد كميات من الأكسجين، وبالتالي لا يتم التخلص من السموم وتصيب الجسم حالة من الضعف العام، وهذا يؤثر على الفرد تأثيرات متنوعة، فعلى المستوى الذهني، يشعر الفرد بالضعف وانعدام التركيز

والعصبية واضطرابات النوم والاكتئاب، أما على المستوى البدني، فقد يعاني الفرد من عدم القدرة على تجديد أنسجة وتلف في الجلد والشعر وألم في العظام والأسنان ومشكلات في الجهاز الهضمي وفي الكبد والرئة.

### التنفس والاسترخاء:

تعمل الفوائد التي تعود من التنفس بطريقة صحيحة على علاج الكثير من المشكلات، نظراً لأن الطاقة تنتشر في الجسم بأكمله.

هناك علاقة وثيقة بين التنفس والاسترخاء، لأنه في حال وجود صعوبة في التنفس، فإن الجسم لا يستطيع أن يحقق الاسترخاء التام.

وهناك هدفان من وراء استخدام التنفس في عملية الاسترخاء:

**الهدف الأول:** هو تغيير عادات التنفس السيئة وتعلم الطريقة الصحيحة في التنفس.

**الهدف الثاني:** هو العمل على تهدئة معدلات التنفس واستخدام ذلك في تعزيز عملية استرخاء الجسم والعقل.

### . مقومات التنفس الباعث على الاسترخاء:

التنفس الباعث على الاسترخاء، بطيء وعميق وثابت وسهل.

إن معدلات التنفس البطيئة تعطي الفرصة للجسم لامتناس الأكسجين بحوالي من 10 إلى 20 ثانية.

أما التنفس بعمق: فنجد أنه ضروري لكل من عمليتي الشهيق والزفير، ويتم هذا النوع من التنفس من خلال التنفس من الرئتين بأكملها.

أما بالنسبة إلى التنفس بشكل ثابت، فيعني ألا يكون هناك أي توافق أثناء عملية التنفس. وإنما يتم التنفس بشكل سهل ومنظم وثابت. والشيء الأكثر أهمية هو أن التنفس لا يجب أن يحدث فيه إجبار، بل لا بد أن يتم التنفس بسهولة ويسر.

### 9- أساليب الاسترخاء عن طريق التنفس: الزمن /15/

#### التعليمات:

يمكن الجمع بين أساليب التنفس وبعض الأساليب الأخرى: مثل أسلوب الاسترخاء التدريجي، وذلك لتعزيز التجربة من خلال تركيز الانتباه على التنفس من حين لآخر.

### تنفيذ النشاط:

وفيما يلي بعض العبارات التي يمكن استخدامها أثناء التدريبات:

- انتبه إلى طريقة تنفسك.
- الآن تنفس بشكل هادئ.
- خذ شهيق عميق، حاول أن تحتفظ بالهواء.
- أخرج الهواء بهدوء من خلال عملية الزفير.
- في كل عملية شهيق، تقوم بها إنك تشعر بالاسترخاء.
- وفي أثناء عملية الزفير إنك تتخلص تماماً من التوتر والإجهاد.
- يتسم نمط تنفسك بالتناغم، فكل عملية شهيق يتبعها عملية الزفير، وستجد أنك تشعر بالاسترخاء أكثر فأكثر.
- استرح....

### 10- الاسترخاء عن طريق الخيال: الزمن /10 د/.

تقديم معلومات عن أهمية الاسترخاء عن طريق الخيال.

#### نشاط "رحلة في الخيال":

يهدف النشاط إلى تحسين قدرة المسترشد على تقبل الذات وتقبل المشاعر وزيادة القدرة على التركيز.

#### إجراءات تنفيذ النشاط:

- نحن نستخدم الكثير من الطاقة للتغلب على الضغوط النفسية والتوتر الذي نشعر به، ومشاعر الخوف، والقلق، وعدم الشعور بالرضا، والراحة، والمزاج السيء... الخ.
- وكثيراً ما يصاب الإنسان بالعصبية والضييق والتوتر والتشنج، وأحياناً يشعر بالألم والتعاسة بسبب ذلك.
- سيتم ممارسة تمرين يفيد في الاسترخاء الجسدي والذهني، وهذا ما يساعد على إطلاق كثير من الطاقة المسببة للإزعاج.
- اجلسوا بشكل مريح، ليأخذ كل منكم نفساً عميقاً. (يمكن الاستماع إلى موسيقا ترافق عملية الاسترخاء)
- ضعوا أقدامكم على الأرض بشكل ثابت.
- ضعوا اليدين والذراعين على أعلى الفخذ.

- ركزوا بصركم على نقطة معينة.
- انسوا أنكم وسط مجموعة.
- من يريد أن يغمض عينيه فليفعل.
- أنتم الآن بوضع استرخاء كامل تشعرون بالراحة.
- تصوروا أن الوقت هو الصيف وأنكم تجلسون على مرج عشبي أخضر، وتنتظرون إلى السماء، حيث تشاهدون الغيوم.
- تفحصوا هذه الغيوم، هناك غيمات كبيرة وأخرى صغيرة تجوب السماء بهدوء.
- تصوروا بأن جسدكم محاط بوحدة من هذه الغيمات البيضاء المتناثرة والمليئة بالطاقة.
- الغيمة تحيط بجسدكم وتمدكم بالدفء... الآن تشعرون بأن جسدكم في حالة استرخاء.
- الغيمة تشعركم بالراحة النفسية والأمان.
- تشعرون بأنكم تتأرجحون بهدوء داخل هذه الغيمة السحرية والدافئة والناعمة.
- وببطء شديد تقترب هذه الغيمة من الأرض، الآن تلاحظون كيف أنكم تقفون على الأرض ثانياً...

- الآن تستطيعون فتح أعينكم والنظر فيما حولكم.
- تتم مناقشة تنفيذ النشاط.

### 11- الواجب المنزلي: الزمن /10 د/.

- عليك ممارسة الاسترخاء التدريجي، بمعدل مرة واحدة كل يوم لمدة أسبوع، على أن يتم ذلك في بيئة تساعد على الاسترخاء.
- عليك أن تردد جمل إيجابية ومشجعة على الاسترخاء (أثناء عملية الاسترخاء).
- عليك خلال الأيام القادمة أن تكون واع بأجزاء جسدك المعرضة للإصابة بالتوتر النفسي والإجهاد البدني وبالواقف التي تؤدي إلى إصابتك بهذا التوتر النفسي والإجهاد البدني.

### 12- ختام الجلسة: الزمن /10 د/.

تلخيص ما ورد فيها من أفكار، وتقييمها.

\*\*\*\*\*

## الجلسة العاشرة

عنوان الجلسة: (لحل المشكلات أكثر من طريقة).

. مكان الجلسة: المركز الصحي.

. زمن الجلسة: (150) دقيقة.

. اليوم:

. التاريخ:

. توقيت الجلسة: (10 - 12.30) صباحاً.

أولاً . أهداف الجلسة:

الهدف العام للجلسة: إكساب المسترشد مهارة حل المشكلات.

الأهداف الفرعية الإجرائية: تهدف إلى:

➤ أن يتدرب المسترشد على كيفية رصد مشكلاته، وتحديدتها.

➤ التدرب على خطوات حل المشكلة.

➤ التدرب على عملية اتخاذ القرار.

➤ أن يطبق المسترشد طريقة حل المشكلات على المشكلات التي تعترضه في حياته اليومية.

ثانياً . الأنشطة والتمارين:

(1) نشاط كسر الجليد. الزمن /5 د/.

(2) مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. الزمن /10 د/.

(3) تمرين: الزمن /20 د/.

- ما المشكلات والهموم التي تعاني منها حالياً؟

- عبر عن مشكلة تعاني منها حالياً.

التقييم والمناقشة:

- تسجل قائمة لمشكلات المجموعة.

- ما هي المشكلات الأكثر توتراً لدى المجموعة.

- يتم رسم خط بياني لهذه المشكلات.

- كيف عرض المتدربون مشكلاتهم؟  
 - (ما رافق الحديث عن المشكلات من تعبير عن مشاعر وأفكار ومواقف وانفعالات؟).  
**4) نشاط "عقبتي": الزمن /20 د.**

**الهدف:**

- عدم التوقف عند المشكلة التي نتعرض لها، وما تسببه من ألم وخسائر، ومعاناة، بل الاستفادة من دروسها، والتوقف عند ما تعلمناه من تجربتنا مع الصعوبة أو المشكلة التي مرت بنا.  
 - تعرف ما توفره العقبات من اكتشاف نقاط ضعفنا ونقاط القوة لدينا. كما توفر لنا فرصة ثمينة لفحص علاقاتنا الاجتماعية واكتشاف من يهتم بنا ويدعمنا.

**إجراءات النشاط:**

- استرجع ما مر بك خلال حياتك من مشكلات أو محن، توقف عند مشكلة ترى أنها من أكبر المشكلات التي مرت بحياتك، قد تكون المشكلة: (مرض، مشروع عمل قد فشلت فيه، أو أزمات أخرى...الخ).  
 - عليك أن تذكر ما تعلمته من محنتك أو عقبك؟ كيف تطبق هذا التعلم في المستقبل؟  
 مشكلتي:

1- اكتب واحدة من المشكلات التي واجهتها في حياتك:

.....  
 .....

2- اكتب ثلاثة أشياء تعلمتها من المشكلة:

- أ. ....  
 ب. ....  
 ت. ....

3- كيف يمكنك أن تستخدم ما قد تعلمته؟ اكتب ثلاثة أشياء تستطيع أن تأخذها مما تعلمته واطبق هذه الأشياء في المستقبل.

- أنا أستطيع .....
- أنا أستطيع .....
- أنا أستطيع .....

- تتم مناقشة الدروس المستفادة من العقبات، وكيف يمكن للمسترشد أن يوظف ما تعلمه في المستقبل.

(5) تقديم معلومات عن طريقة حل المشكلات: الزمن /20 د./

- يمكن تقديم طريقة لحل المشكلات من خلال تطبيق الحرف الأول من جملة "مشكلة رائد".
- 1. ماهي المشكلة؟ في هذه الخطوة يتم تحديد المشكلة (الشعور بالمشكلة).
- 2. شرح المشكلة: يتم وصف المشكلة وشعور صاحب المشكلة وظروف المشكلة.
- 3. كل الحلول الممكنة: يتم في هذه المرحلة اقتراح العديد من الحلول لهذه المشكلة.
- 4. لخص إلى حل واحد: بعد مراجعة كل الحلول المقترحة، يتم اختيار حل واحد.
- 5. تنفيذ الحل: بعد الاختيار يتم تطبيق الحل على الحياة الواقعية.
- 6. راقب الحل: يجب أن يتم تقييم الحل أثناء تنفيذه، ليتم تصحيح المسار.
- توزيع الورقة التي تمثل طريقة حل المشكلات على جميع المتدربين، ليتم تطبيقها.
- . هناك مشكلات بسيطة ومشكلات معقدة وصعبة ولا بد إلى اللجوء إلى مساعدات: (الحديث مع الأصدقاء، الترويح عن النفس، ممارسة الرياضة، الدعم والمساندة الاجتماعية).

(6) نشاط "تطبيق طريقة حل المشكلات": الزمن /20 د./

- اختر مشكلة من قائمة مشكلاتك التي سجلتها.
- طبق طريقة حل المشكلات التي تعلمتها على هذه المشكلة.
- التقييم: مناقشة ما يقدمه كل مسترشد، ويترك المجال لتعليق ومشاركة المتدربين ومساعدة بعضهم وتقويم طريقة الحل والاستماع إلى رأي الجميع.

(7) الاستراحة. الزمن /15 د./

(8) نشاط "مع - ضد": الزمن /20 د./

- الهدف: التدريب على اتخاذ القرار.
- في حال الحاجة إلى اتخاذ القرار في موضوع ما يمكن اتباع ما يلي:
- خذ ورقة واكتب في أعلى الصفحة القرار الذي اتخذته.
- اقسم الورقة إلى قسمين (بحيث تصبح نصف أيمن ونصف أيسر).
- اكتب في القسم الأيمن الأسباب التي دعتك لاتخاذ قرارك والتي تدعم قرارك، (أسباب مع).
- اكتب في القسم الأيسر الأسباب ضد اتخاذك لهذا القرار، (أسباب ضد).

- يتم مراجعة كلا العامودين، وبهذا تكون أفكارك واضحة ومدونة أمامك، وتستطيع أن تأخذ قرارك.

- إذا ما كنت لا تزال غير قادر على اتخاذ قرارك، يمكنك أن تصنع مقياس تقييمي مؤلف من عشر درجات لكل سبب واجمع بعد ذلك الدرجات.

### الموضوع:

الرقم	أسباب "مع" اتخاذ القرار	أسباب "ضد" اتخاذ القرار
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

### المناقشة:

- بعد الانتهاء من تنفيذ التمرين، يتم عرض ما أنجزه كل مشارك أمام الجميع ومناقشته.

### (9) الواجب المنزلي: الزمن /10 د/.

- طبق على واحدة من المشكلات التي تواجهك طريقة حل المشكلات.
- ما نتائج عليك وعلى من تتعامل معهم؟
- اتخذ قراراً في موضوع تتعرض له، واتبع في ذلك طريقة (مع - ضد).

### (10) ختام الجلسة: الزمن /10 د/.

تلخيص ما ورد فيها من أفكار، وتقييم الجلسة.

\*\*\*\*\*

## الجلسة الحادية عشرة

عنوان الجلسة: (إدارة الضغوط في تعامله مع الآخرين).

. مكان الجلسة: المركز الصحي.

. زمن الجلسة: (150) دقيقة.

. اليوم:

. التاريخ:

. توقيت الجلسة: (10 - 12.30) صباحاً.

أولاً . أهداف الجلسة:

الهدف العام للجلسة: إكساب المسترشد مهارة إدارة الضغوط في تعامله مع الآخرين.

الأهداف الفرعية الإجرائية: تهدف إلى:

➤ أن يتعرف إلى أن متاعبه وهمومه وضغوطه اليومية ليست مخيفة أو محرجة ولكن يمكن الحديث عنها مع الآخرين.

➤ تعرف أهمية الحديث عن الضغوط الشخصية، فهذا يخفف من التوتر والضغط النفسي ويؤدي إلى الارتياح النفسي.

➤ رفع مستوى مهارة المسترشد في التعامل مع الأشخاص الذين يوجهون النقد إليه باستمرار من خلال التدريب على فنيات مختلفة منها:

- التدريب على كيفية الاستجابة لنقد الآخرين.

- التدريب على فنية الاتفاق مع من يوجه النقد (مسايرة من يوجه النقد).

- التدريب على فنية إهمال جزء من النقد والرد على جزء منه فقط.

- التدريب على فنية طلب المزيد من النقد.

➤ رفع مستوى مهارة المسترشد في مواجهة غضب الآخرين من خلال التدريب على الفنيات التالية:

- التدريب على فنية تطويق الغضب.

- التدريب على فنية التركيز على الموضوع.

- التدريب على فنية الإرجاء.

ثانياً . الأنشطة والتمارين:

1) نشاط كسر الجليد. الزمن /5 د.

2) مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. الزمن /10 د.

3) نشاط "حدث معي": الزمن /20 د.

يعتمد هذا النشاط على أن يقوم المتدربون بعملية استرخاء عن طريق التنفس، ثم يطلب أن يقوم كل منهم بتذكر موقف حدث معه وترك أثراً كبيراً عليه، في مرحلة ما من مراحل حياته، ولم ينسه حتى الآن، ربما يكون هذا الموقف مفرحاً أو حزيناً.

على المشارك أن يتذكر الموقف بجوانبه كافة: (الأشخاص المشاركون فيه، من هم، وأهميتهم للمتدرب وصفاتهم، المكان، الزمان، طبيعة العلاقات في هذا الموقف، والأشياء المحيطة...الخ).  
**أهداف النشاط:** التعرف إلى مدى أثر العلاقات الاجتماعية في حياة كل منا.

**خطوات النشاط:**

- يطلب من المشاركين استرجاع مواقف حدثت معهم وما زالت لها تأثير إيجابي أو سلبي حتى الآن.
- يعطي كل مشارك الوقت الكافي والجلوس بشكل منفصل عن المجموعة للاستذكار والتأمل في الموقف.
- يقوم كل مشارك بعرض موقفه أمام المجموعة الكلية والحديث عن سبب اختياره لهذا الموقف موضحاً مشاعره في ذلك الحين والرسائل التي وصلته في ذلك الموقف.

**مناقشة النشاط:**

يتم مناقشة المواقف التي خرجت من المشاركين بالتركيز على:

- عناصر الموقف والأشخاص المشتركين به، والمرحلة العمرية للمتدرب عند حدوث الموقف.
- الممارسات المتبعة من قبل الآخرين.
- ردة فعل المتدرب على هذه الممارسات.
- الأثر الذي تركته ممارسات الأشخاص المشاركين (الأفعال، الأقوال، لغة الجسد من: تعبير الوجه، والحركات، والصوت، ونظرات العيون...الخ) في الموقف، سواء أكانت إيجابية أو السلبية منها.
- بعد خوض النقاش السابق تطرح أسئلة على المشاركين تهدف إلى:

- a. تقييم المشاركين لممارساتهم وعلاقاتهم الاجتماعية.  
 b. تقييم أثر هذه العلاقات الاجتماعية عليهم.  
 c. إمكانية إعادة النظر فيها بعد المرور بهذه الخبرة.

4) تقديم أمثلة عن حالات الضغوط النفسية: الزمن /10 د/.

يمر الإنسان في حياته اليومية بمواقف ضاغطة مختلفة في تعامله مع من حوله، ومن حالات الضغط النفسي:

✓ الشعور بالضغط النفسي والاجتماعي: (ضغط من الأصدقاء والأقارب، ضغوط العمل... الخ).

✓ الشعور بالذنب: (تسبب بأذى للآخرين، تسبب بأذى الذات، إضاعة أموال، الفشل في العمل... الخ).

✓ ضغوط الأهل: (زيادة المصروف العائلي، عدم الالتزام بواجبات المنزل... الخ).

✓ ضغوط زملاء العمل: (خلاف مع الزملاء، مع رئيس العمل، التكليف بأعباء كثيرة إضافية، عدم مناسبة الأجر للعمل... الخ).

المناقشة: تناقش مواقف الصراع وتأثيرها.

5) نشاط: الزمن /20 د/.

- يوجد أشخاص في محيطنا نراهم مهتمين بتوجيه النقد والملاحظات، على كل سلوك يصدر عنا، أو أي كلمة نتقوه بها.

هل سبق لك أن صادفت أحد هؤلاء؟ تحدث عن موقف حدث معك أو مع غيرك...، وكيف كانت الاستجابة له؟

- هل مررت بمشكلات من خلال خبرتك الشخصية، نتيجة الصراعات، كيف كان يتطور الأمر؟

- هل رأيتم من خبرتكم الشخصية أن هناك أشخاصاً لديهم القدرة على مواجهة المشكلات بطرق فعالة، دون خسارة من يتعاملون معهم أو التفريط في حقوقهم؟

- كيف يمكن لكل مشارك أن يواجه أي مشكلة بشكل منظم، بحيث يعالج الصراعات بينه وبين الطرف الآخر على أنها مشكلة اجتماعية يمكن حلها.

يوزع المتدربون إلى مجموعات صغيرة للمناقشة والإجابة عن الأسئلة.

(6) تقديم معلومات: الزمن/10 د./

تقدم الباحثة معلومات عن أهمية التصرف الحسن وتفهم المواقف التي قد يتعرض لها المتدرب، ومواجهة النقد واللوم المستمر الذي يشعر الفرد بأنه محاصر وتحت المراقبة، وعدم الإسراف في المجادلة، أو عدم السماح للآخرين لدفعه إلى ثورات الغضب التي قد تسبب ضرر بالعلاقات الاجتماعية وخاصة حين يكون الطرف الآخر مدير أو شخص له تأثير هام على حياته. وهناك فنيات لمواجهة غضب ونقد الآخرين:

. فنيات مواجهة الغضب:

1. تطويق الغضب: (تهدئة المتحدث ثم الحديث معه).
2. الإرجاء (التأجيل)، مثال: (غداً نتكلم بالموضوع).
3. التريث وعدم الانجرار لغضبه، وعدم الرد، مثال: (توجيه سؤال: ما الذي يغضبك).

. فنيات مواجهة النقد:

- (a) طلب المزيد من النقد (الاستيعاب).
  - (b) التركيز على جانب من النقد وبحثه والرد عليه.
  - (c) الموافقة على ما يقوله الناقد.
  - (d) التعمية والإرياك.
- يوزع المتدربون إلى ثنائيات، ويتم التدريب على مواجهة النقد.

(7) الاستراحة. الزمن /15 د/

(8) نشاط "الهضبة": الزمن /20 د./

- تخيل أنك تصعد جبلاً تحمل حقيبة كبيرة ثقيلة فيها كل خبرات حياتك.
- لديك كل ما تحتاجه لتسلق الجبل، أنت الآن تحاول أن تستمر بالصعود، كيف تتم عملية تسلق الجبل؟
- كم هو ثقيل أن تحمل كل هذه الخبرات، وأنت تتسلق؟
- قبل أن تصل إلى القمة، تجد شجرة، تقرر أن ترتاح فتجلس تحتها، وتنزل الحمل من على ظهرك، وتفتح حقبتك، وتتفحص ماذا يوجد بها، تتمتع في كل ما هو موجود...وتبدأ بالاستغناء عن عدد من الأشياء وترميها، تُبقي في الحقيبة ما هو ضروري بالنسبة لك لمتابعة التسلق... ما هي الأشياء التي تبقى معك في هذه الحقيبة؟

- تتابع رحلة الصعود إلى الجبل... من جديد تبدأ بالشعور بالتعب ما زالت الحقيبة ثقيلة... تبحث عن مكان يمكن أن ترتاح به مجدداً وتجلس مرة أخرى وتفتح حقبتك وتستغني عن كثير من الأشياء...، وتُبقي لديك أشياء لا يمكنك التخلي عنها حتى ولو كانت تزيد رحلة تسلقك الجبل عبثاً وتتابع، تصل القمة وتسعد بذلك، في طريق العودة والنزول تشعر بالفرق بين ثقل الحملين - الحمل الذي كان في حقبتك أثناء الصعود وحملك الآن-، تشعر بأنك أكثر رشاقة في حركتك، وأكثر ثقة بنفسك، وتشعر بالراحة، بسبب ما تخلصت منه، وما بقي معك.

#### مناقشة النشاط:

يتحدث كل مسترشد ماذا كان في حقيبته، ما الذي تخلص منه في المرة الأولى والمرة الثانية، ما هي الأشياء التي تمسك بها ولم يستطع التخلي عنها، يعبر المسترشد عن شعوره عندما كان يحمل حملاً ثقيلًا في حقيبته، وعن شعوره عندما أصبح حملة أخف.

#### 9) نشاط "لعب الدور": الزمن /20 د/.

الهدف: مواجهة نقد وغضب الآخرين.

#### إجراءات النشاط:

كيف تواجه المواقف التالية من خلال لعب الدور، ويتم توزيع المشاركين إلى مجموعات صغيرة:

1- التقيت بأحد أصدقائك، وهو غاضب منك يتكلم بانفعال ويلومك على ما وصله بأنك قد قلته بحقه.

2- يستدعيك مديرك في العمل قائلاً: "لم تنته من العمل الذي كلفتك به منذ يومين وأنت تعمل به".

3- عدت إلى المنزل فواجهتك والدتك غاضبة، قائلة: "ألم أخبرك بأن لدينا ضيوف على الغذاء لماذا تأخرت؟ هذه عادتك كلما عرفت بزيارة أحد الأقرباء...، لو كانوا أصدقائك لكن انتظرتهم".

يقدم المتدربون المواقف وتتم مناقشتها، ويحصل كل متدرب على تقويم لها وعلى التدعيم المناسب من زملائه والمدرية.

#### 10) الواجب المنزلي: الزمن /10 د/.

○ واجه انتقادات الآخرين وملاحظاتهم التي قد توجه إليك، واستجب لها بطريقة مناسبة، ما أثر استجابتك على الطرف الآخر؟

- راقب تصرفات المحيطين بك، وسجل ثلاثة مواقف مختلفة يتم بها توجيه النقد والملاحظات، اذكر كيف وجه النقد؟ وكيف كانت الاستجابة له؟
  - وجه نقد أو ملاحظة إلى أحد الأشخاص مع الذين تتعامل معهم ويتميز بتوكيده لذاته.
  - راقب من حولك في مواقف الغضب وكيف يواجهونها؟
- (11) ختام الجلسة:** الزمن /10 د.
- تلخيص ما ورد فيها من أفكار، وتقييم الجلسة.

\*\*\*\*\*

## الجلسة الثانية عشرة

عنوان الجلسة: (المساندة الاجتماعية وتطويرها).

. مكان الجلسة: المركز الصحي.

. زمن الجلسة: (150) دقيقة.

. اليوم:

. التاريخ:

. توقيت الجلسة:

أولاً. أهداف الجلسة: (10 - 12.30) صباحاً.

الهدف العام للجلسة: إكساب المسترشد مهارات تطوير علاقاته الاجتماعية.

الأهداف الفرعية الإجرائية: تهدف إلى:

➤ تنمية مهارات المسترشد على البدء بالحديث في لقاء يجمع (الأصدقاء، الزملاء، الأهل... الخ).

➤ تنمية مهارات المسترشد في إنهاء الحديث في الوقت المناسب.

➤ توظيف المسترشد للمهارات التي تدرّب عليها في الجلسات السابقة في علاقاته الاجتماعية، مثل: (إبعاد الأفكار السلبية، واستبدالها بأفكار إيجابية، التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية).

➤ تنمية مهارات المسترشد في طلب المساعدة.

➤ أن يتعرف المسترشد إلى شبكة علاقاته الاجتماعية الحالية.

➤ زيادة مهارات المسترشد في تطوير مهاراته الاجتماعية.

ثانياً. الأنشطة والتمارين:

(1) نشاط كسر الجليد. الزمن /5 د.

(2) مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. الزمن /10 د.

(3) نشاط "كيف تقدم نفسك للآخرين": الزمن /20 د.

- ليقدم كل متدرب نفسه أمام المجموعة (ليتحدث بما يرغب عن نفسه، بمدة لا تزيد عن دقيقة).

- يتم مناقشة ما قدمه المشاركون وتقييم الاستجابات وتقديم التدعيم المناسب.

4) تقديم معلومات نظرية: الزمن /10 د./

قامت المدربة بتقديم معلومات عن المساندة الاجتماعية وإدارة العلاقات الاجتماعية، بما يساعد على بدء العلاقات الاجتماعية، وقواعد تقديم النفس، ووضع الحدود لهذه العلاقة، والحفاظ عليها، وتوسيعها عند الرغبة بذلك، أو إنهاء ذلك.

5) الاستراحة. الزمن /15 د./

6) النشاط الثاني (بدء محادثة اجتماعية). الزمن /15 د./

- متى آخر مرة تحدثت مع شخص غريب (التقيت معه لأول مرة)، اذكر: المكان، المناسبة.
  - من بدأ بالحديث؟ ما هي الجملة الأولى في الحديث؟
  - هل حدث أن كنت في حفلة أو مسافراً أو في صالة انتظار... وجلس بجانبك أحدهم، وتمنيت لو تكلمت معه لشعورك بالمطر، وثقل الوقت، ولكنك لم تفعل؟
  - صف الموقف؟ ما الذي منعك؟ ما هي العبارات التي دارت في ذهنك، في ذلك الوقت؟
- تتم مناقشة الإجابات.

7) النشاط الثالث "إنهاء اللقاء أو الحديث": الزمن /15 د./

- عليك بإنهاء اللقاء أو الحديث بطريقة ودية ودون إحراج الطرف الآخر في المواقف التالية:
- لقاء مع صديق في الطريق طال أكثر من اللازم.
  - زارك زميل لك أثناء عملك ولديك عمل تود إنجازه.
  - زيارة لأحد الأصدقاء في بيتك امتدت طويلاً، وتود الخروج لموعد هام.
- تناقش الإجابات، ويتم تقييمها، ويقدم التقييم للمتدربين.

8) نشاط "ساعدني": الزمن /15 د./

الهدف: إبراز أهمية وجود أشخاص داعمين ومساندين في حياة الإنسان.

إجراءات تنفيذ النشاط:

- يقف المتدربون بشكل دائرة ويقف أحد المتدربين في وسط الدائرة ويغمض عينيه، ويقوم المشاركون بالدوران، وأثناء ذلك على الذي يقف في وسط الدائرة أن يرمي نفسه إلى الوراء، وعلى الآخرين أن يمسكوا به، حتى لا يسقط على الأرض.
- يجرب الوقوف داخل الدائرة عدد من المتدربين.

### المناقشة:

يتحدث كل من وقف وسط الدائرة عن شعوره، وهو يرمي نفسه، وعن شعوره عندما أمسك به زملائه، ولم يسقط على الأرض.

ويتحدث أيضاً المتدربون الذين أنقذوا زميلهم من السقوط.

### (9) تقديم معلومات نظرية: الزمن /10 د/.

تقوم المدربة بتقديم معلومات نظرية عن أهمية طلب المساعدة الاجتماعية، ومتى يكون طلب المساعدة ضرورياً، والتعرف إلى شبكة الدعم الاجتماعي لكل متدرب.

- ما المقصود بشبكة الدعم الاجتماعي؟

هناك أشخاص في حياة الشخص، يؤثرون فيه بطريقة إيجابية، فهم إما أشخاص محبوبون يدعموننا، أو أشخاص يتمنون لنا الخير، أو أشخاص يشجعوننا في أعمالنا، أو أشخاص مؤيدين لنا، من الناحية المادية والمعنوية. ونلجأ إليهم في مختلف نواحي حياتنا، إن كنا بحالة مرضية أو جيدة لنتشارك معهم فرحتنا وهم يجعلوننا نشعر بأن هناك من يسعد لسعادتنا، ومن يهتم بنا ويمنحنا من وقته، ويقدم لنا الدعم والتأييد، أو كنا بوضع سيء، نجد من يسمعنا ويخاف علينا وينصحننا ويقدم لنا الدعم.

لكل منا شبكته الخاصة للدعم والمساندة الاجتماعية قد تكون: (أب، أم، أخ، صديق، قريب، جار، زوجة، ابن، زميل عمل، ...الخ).

- ما هي أهمية شبكة الدعم؟

هناك مواقف في الحياة يكون من الجيد أن نتلقى الدعم، ومن هذه المواقف:

(عند تعرضنا لضغوط نفسية، التغلب على المشكلات المتعلقة بالحمية الغذائية لمرض السكر، الشعور بالوحدة، المرور بتجربة فقد شخص عزيز، التعرض لمشكلة، مشاركة أوقات الفراغ وأوقات السعادة).

من المهم أن يحصل الفرد على الدعم والمساندة من الآخرين، وأن يقدم هو الآخر الدعم والمساندة لهم، أي أن يتم تبادل الدعم، فقبول وإعطاء الدعم يساعد الفرد على الشعور بأنه جزء من المجتمع، وتتحسن حالته النفسية مما ينعكس إيجاباً على صحته الجسمية.

من الأهمية أن يعي كل مشارك بالمزايا الآتية:

✓ الشعور برعاية الآخرين واهتمامهم به.

✓ الحصول على الدعم والتشجيع.

✓ تلقي المساعدة في حل المشكلات.

✓ التحدث مع شخص ما حول ما يجول في ذهنه.

✓ الاستمتاع بقضاء الوقت مع الآخرين.

### 10) نشاط "فحص شبكة الدعم الاجتماعي": الزمن /15 د/.

ليقم كل واحد بفحص من هم الأشخاص الذين تضمهم شبكة الدعم الاجتماعي؟

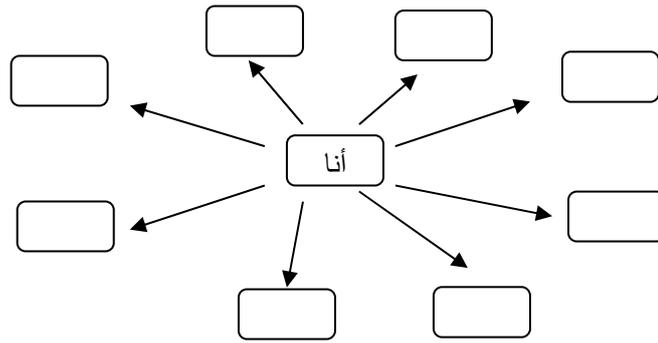
وما هو مقدار الدعم الذي يقدمه كل منهم؟ وكيف يقدم هذا الدعم؟

ليدون كل واحد جميع أنواع الدعم المقدم له، ومقدار الدعم الذي يحصلون عليه من كل فرد وما

الذي يقدمونه في المقابل، فهو بالغ الأهمية في عملية الحفاظ على شبكة الدعم وتطويرها. وهو

يلعب دوراً مهماً في زيادة تقديرهم لذاتهم وإعطائهم الشعور بالانتماء للآخرين.

. ارسم شبكة الدعم الخاصة بك في الوقت الحالي:



- ما هو مصدر الدعم الحالي؟

- كيف يقدم الدعم لي؟

- ما يمكنني تقديمه في المقابل؟

يتم توزيع النموذج:

ما يمكنني تقديمه في المقابل

كيفية دعمه لي

مصدر الدعم الحالي

11) الواجب المنزلي: الزمن /10 د.

○ اهتم بالأشخاص الداعمين لك/ وحاول تطوير علاقتك بهم.

12) ختام الجلسة: الزمن /10 د.

تلخيص ما ورد فيها من أفكار، وتقييم الجلسة.

\*\*\*\*\*

## الجلسة الثالثة عشر

عنوان الجلسة: (التقييم البعدي)

. مكان الجلسة: المركز الصحي.

. زمن الجلسة: (150) دقيقة.

. اليوم:

. التاريخ:

. توقيت الجلسة: (10 - 12.30) صباحاً.

أولاً . أهداف الجلسة:

الهدف العام للجلسة: قياس رأي المسترشدين بالبرنامج الإرشادي.

الأهداف الفرعية الإجرائية: تهدف إلى:

➤ أن يعبر كل مشارك عن رأيه بالبرنامج الإرشادي من حيث:

- الأفكار والموضوعات الواردة به.

- الأنشطة ومدى قدرتها على تعليم المهارات.

- تسلسل الجلسات.

- المدة الزمنية للبرنامج، ولكل جلسة.

- أداء المدربة.

- أثر البرنامج في رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى المسترشد.

➤ إجراء التقييم البعدي لأداة البحث والمتمثلة بتطبيق بعدي لمقياس الرضا عن الحياة لدى

مرضى السكري.

- أدوات الجلسة: مقياس الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.

- المواد المستخدمة: أوراق بيضاء، وأقلام حبر ناشفة.

ثانياً . الأنشطة:

(1) نشاط كسر الجليد. الزمن /5 د/.

(2) نشاط "كيف ترى نفسك الآن". الزمن /10 د/.

يعطى كل متدرب ورقة بيضاء ليرسم كيف يرى نفسه (يرسم صورة، أو شيء يرمز له، أو شيء

يخطر بباله).

توضع الصورة التي رسمها عن نفسه في بداية الجلسة الأولى وتوضع الصورة التي رسمها في هذه الجلسة وتجري المقارنة، والمناقشة أمام الجميع.

(3) ما هو رأيك بالبرنامج الإرشادي؟ الزمن /90 د/.

يعطى كل متدرب مدة خمس دقائق ليعبر عن رأيه بالبرنامج الإرشادي، وفق الأفكار الواردة في أهداف الجلسة، وكل ما يرغب بالحديث عنه، إن كان فيما يتعلق بالجلسات الإرشادية، أو انعكاس التدريب على البرنامج على سلوكه وعلى مستوى رضاه عن الحياة.

(4) تقديم استمارة تقييم للبرنامج الإرشادي بهدف معرفة رأي المشاركين بجوانب التدريب كافة. الزمن /15 د/.

(5) تطبيق مقياس (الرضا عن الحياة) على المتدربين. الزمن /30 د/.

في هذه الجلسة قامت الباحثة بتطبيق مقياس الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري، وتم ملاحظة جميع المسترشدين من قبل الباحثة وقدمت التوجيهات والإرشادات المناسبة لهم. وبعد ذلك قدم التعزيز الرمزي لجميع المرضى لالتزامهم بالتعليمات.

الجلسة الرابعة عشر  
عنوان الجلسة: (التقييم المؤجل)

. مكان الجلسة: المركز الصحي.

. زمن الجلسة: (45) دقيقة.

. اليوم:

. التاريخ:

. توقيت الجلسة: (10 - 10.45) صباحاً.

أولاً . أهداف الجلسة:

إجراء التقييم البعدي المؤجل للبرنامج الإرشادي.

. الإجراءات:

في هذه الجلسة ستقوم الباحثة بتطبيق مقياس الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري بعد مرور شهر ونصف على تطبيق البرنامج الإرشادي. ليصار فيما بعد إلى تطبيق القوانين الإحصائية واستخراج النتائج.

المراجع:

المراجع العربية:

1. إبراهيم، عبد الستار والدخيل وعبد العزيز، عبد الله وإبراهيم، رضوى. (1990). **العلاج السلوكي، أساليبه ونماذج من حالاته**. الكويت، عالم المعرفة، العدد(180).
2. أبو اسعد، أحمد عبد اللطيف. (2011). **العملية الإرشادية**. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
3. أبو أسعد، أحمد، وعربيات، أحمد. (2009). **نظريات الإرشاد النفسي والتربوي**. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
4. أبو سريع، أسامة. (1993). **الصداقة من منظور علم النفس**. سلسلة عالم المعرفة، العدد (179)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
5. بطرس، حافظ بطرس. (2008). **المشكلات النفسية وعلاجها**. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
6. الخطيب، جمال. (2003). **تعديل السلوك الإنساني**. دليل العاملين في المجالات التربوية والاجتماعية. الكويت: دار الفلاح.
7. الخطيب، جمال. (2008). **تعديل السلوك الإنساني**. عمان: دار الفكر العربي.
8. رتيب، ناديا محمد. (2010). **فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي في خفض القلق الاجتماعي**. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق.
9. رضوان، عبدالكريم. (2002). **القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
10. رضوان، عبدالكريم. (2008). **فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة**. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
11. الزغلول، عماد عبد الرحيم. (2005). **مبادئ علم النفس التربوي**. ط5، العين، الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
12. زهران، حامد عبد السلام. (2002). **التوجيه والإرشاد النفسي**. ط3، القاهرة: عالم الكتب.
13. السبيعي، منال. (2007). **الشعور بالسعادة وعلاقته بكل من الرضا عن الحياة والتفاؤل ووجهة الضبط لدى المتزوجات وغير المتزوجات في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية**. رسالة ماجستير

- غير منشورة، قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، السعودية.
14. سعفان، محمد أحمد إبراهيم. (2006). الإرشاد النفسي الجماعي. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
  15. سمارة، عزيز،، نمر، عصام. (1999). التوجيه والإرشاد. ط3، عمان: دار الفكر.
  16. سينف، ولفغانغ،، برودو، ميشيل. (2009). ممارسة العلاج النفسي "الأسس النظرية للتحليل النفسي والعلاج السلوكي". ترجمة سامر رضوان، العين: دار الكتاب الجامعي.
  17. صبحي، سيد. (2003). الإنسان وصحته النفسية. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
  18. الطعاني، حسن أحمد. (2007). التدريب "مفهومه وفعالياته في بناء البرامج التدريبية وتقويمها". عمان: دار الشروق.
  19. عبد الرحمن، محمد؛ خضر، عبد الباسط. (2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مريض السكري المراهق. مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، المجلد السادس عشر، العدد الثاني، كلية التربية، جامعة الأقصى، غزة، فلسطين.
  20. عبد الغني، رباب. (2009). أنماط التعلق وعلاقتها بالرضا عن الحياة وأساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى عينة من الزوجات في منتصف العمر بمدينة مكة المكرمة وجدة. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية.
  21. عبد الهادي، جودت عزة، والعزة، سعيد حسن. (2001). مدى فاعلية برنامج بورتاج في التنمية اللغوية والمعرفية للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة من يعانون أعراض داون. رسالة دكتوراه غير منورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.
  22. عبد الوهاب، خالد. (2009). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات توكيد الذات لدى مرضى الإدمان "دراسة تجريبية مقارنة". مجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام، السعودية.
  23. عطية، مورييس. (1993). الداء السكري وكيف نتعايش معه. الرياض: دار الشواف.
  24. فريدمان، وليم. (1997). ممارسة العلاج الجماعي. ترجمة ناصر إبراهيم عبد الرحمن المحارب. جامعة الملك سعود، الرياض، السعودية.
  25. فطيم، لطفي. (1995). العلاج النفسي الجماعي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
  26. كفاقي، علاء الدين (1999). الإرشاد والعلاج النفسي (المنظور النفسي الاتصالي). القاهرة: دار الفكر العربي.
  27. المدهون، عبد الكريم. (2009). فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية وتحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى طلبة جامعة فلسطين بغزة. جامعة فلسطين، غزة.

28. مقبل، مرفت. (2010). التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة. رسالة ماجستير، كلية التربية، عمادة الدراسات العليا، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
29. مليكة، لويس كامل (1998). الإعاقات العقلية والاضطرابات الانفعالية. القاهرة: دار النهضة العربية.
30. نعيمة، رغداء. (2011). الصحة النفسية. منشورات جامعة دمشق، دمشق.
31. هوب، وهيمبرج. (2003). المخاوف الاجتماعية والقلق الاجتماعي. مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية، دليل علاجي تفصيلي، تحرير ديفيد باولو، ترجمة محمد نجيب الصبوة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
32. يونس، إبراهيم. (2004). المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مرضى السكري وتأثيرها على جودة الحياة. رسالة ماجستير، كلية الصحة العامة، جامعة القدس، غزة، فلسطين.

. المراجع الأجنبية:

33. Anderson, D. (2000). The diabetes empowerment scale measure of psychosocial self efficacy, Diabetes care, No.20, pp 8-15.
34. Friedel, A & Jane, B. (1984). Programs of Improving communication skill for Moderate mental Retardation students. Spcial Education programs, Washington. Dcm U. S. Iowa.
35. Matson, J. L & Banburge, J. (1997). Evaluating Behavioral Techingquesin training Individuals with serves and profound Mental Retardation to use functional Independent living skills. Behavior Modification, Oct.Vol. (11) Issue.
36. Miller, P. (1999). Behavioral Treatment of Alcoholism. Pergamon Press, NEW York.

استمارة تقييم البرنامج الإرشادي في الجلسة الختامية

م	عبارات التقييم	نعم	لا
1.	أصبحت أكثر معرفة بمرض السكري وأعراضه وأسبابه.		
2.	شعرت بالفائدة من أنشطة البرنامج الإرشادي.		
3.	زادت قدرتي على تحمل الضغوط النفسية.		
4.	زاد مستوى الرضا عن الحياة لدي.		
5.	زادت ثقتي بنفسي، وزاد تقديري لها.		
6.	شعرت بتحسين أسلوب حياتي، وطريقة نظرتي للأمور بشكل عام.		
7.	تعلمت تحديد الأفكار اللاعقلانية التي ترتبط بعدم الرضا عن الحياة.		
8.	تعلمت دحض الأفكار اللاعقلانية المسببة لانخفاض مستوى الرضا عن الحياة.		
9.	تعلمت الأفكار العقلانية البديلة لهذه الأفكار اللاعقلانية.		
10.	اكتسبت هذه الأفكار العقلانية.		
11.	تعلمت الاسترخاء عند مواجهة موقف نفسي ضاغط قد يسبب لي التوتر.		
12.	استمتعت بالبرنامج الإرشادي.		
13.	استفدت من البرنامج الإرشادي في حياتي اليومية.		
14.	وجدت صعوبات خلال جلسات البرنامج الإرشادي.		
15.	أظهرت الباحثة المهارة والكفاءة خلال تطبيق الجلسات الإرشادية.		
16.	أظهرت الباحثة تمكنها من التقنيات التي قامت بتطبيقها خلال جلسات البرنامج الإرشادي.		
17.	كان أسلوب الباحثة ممتعاً ومفيداً في رفع مستوى الرضا عن الحياة.		
18.	حقق لي البرنامج الإرشادي الفائدة.		
19.	أظهرت الباحثة تقديراً وتفهماً واحتراماً لنا.		
20.	شجعتنا الباحثة على المشاركة والتفاعل الإيجابي معها، ومع بعضنا البعض.		
21.	تشعر بأن هذا البرنامج الإرشادي ضروري لمرضى السكري.		
22.	يساعد هذا البرنامج الإرشادي على تفهم ذاتي بشكل أفضل.		
23.	تعرفت على مفاهيم جديدة متعددة.		
24.	اكتسبت مهارة في حل المشكلات.		

### استمارة تقييم جلسات البرنامج الإرشادي

عزيزي المسترشد نظراً لأهمية آرائك في الجلسات الإرشادية وإيماناً بأهمية الدور الذي تشكله آراؤك ومقترحاتك في الوصول إلى أفضل أداء للمجموعة، آملة التكرم بالإجابة على أسئلة هذه الاستمارة، وشكراً لاهتمامك ومشاركتك.

1- ما رأيك في هذه الجلسة ومحتوياتها؟

2- ما هي الموضوعات التي أثارت انتباهك في الجلسة؟

3- هل هناك موضوعات مهمة لم تعرض في هذه الجلسة؟

4- هل شعرت باستفادتك من هذه الجلسة؟

5- هل هناك ما كنت تتمنى أن يتحقق في هذه الجلسة ولم يتم؟

6- ما هي جوانب القصور التي تراها في هذه الجلسة؟

# ملخص البحث



. ملخص البحث:

## 1. ملخص البحث باللغة العربية:

فاعلية برنامج إرشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري

{دراسة شبه تجريبية في المراكز الصحية في محافظة اللاذقية}

أولاً: مشكلة البحث.

لا يخلو شخص في حياته من سوء التوافق فالإنسان يتعرض طوال حياته للعديد من الضغوط والمشاكل الجسدية والنفسية التي تؤثر على عملية التوافق لديه مثل تعرضه للأمراض النفسية أو الجسدية المزمنة؛ حيث يحتاج الفرد لبذل مجهود أكثر للوصول إلى حالة التوافق الكاملة (رضوان أ، 2002، 3) ومن هذه الأمراض، مرض السكري، وتتناول هذه الدراسة مرض السكري بوصفه مرضاً مزمناً يحتاج المصاب به إلى القدرة على التوافق في حياته اليومية مع العلم أن هذا المرض شائع، وينتج عنه أعراض ومضاعفات حادة ومزمنة في أجهزة الجسم المختلفة، ومن المحتمل أن تؤثر على الحالة النفسية للمريض (مقبل، 2010، 2).

ويعد مرض السكري من الاضطرابات السيكوسوماتية التي سجلت معدلات مرتفعة لدى فئات المجتمع المختلفة، ويزداد انتشارها مع تقدم العمر وبخاصة لدى الذكور (مقبل، 2010)، وتعد من المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية الشائعة بين شعوب العالم، علاوة على القصور في التنقيف الصحي والوعي الغذائي وقلة النشاط البدني.

وتأتي هذه المجموعة من الاضطرابات كدليل على وجود علاقة التفاعل بين الجسم والنفس وحدث التأثير المتبادل بينهما فالنفس وعواملها وظروفها تؤثر في الجسم ووظائفه ونموه والعكس صحيح يؤثر الجسم في النفس (الحويج، 2008، 3).

وقد قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية على عدد من مرضى السكري في محافظة اللاذقية، لتحديد مستوى الرضا عن الحياة لدى بعض مرضى السكري، وكانت عينة الدراسة تتألف من (15) مريضاً ومريضةً بمرض السكري، وقد تمثلت الوسيلة المعتمدة في الدراسة الاستطلاعية المذكورة بالمقابلة المقيدة، حيث طرح فيها السؤال التالي: رتب أي الجوانب الحياتية بحسب أكثرها حاجة إلى دعم إرشادي لدى مرضى السكري من أجل رفع مستوى الرضا عن الحياة لديهم؟

وأظهرت نتائج الدراسة الاستطلاعية أنَّ أكثر الجوانب الحياتية التي يحتاج مريض السكري إلى دعم إرشادي فيها من أجل رفع مستوى الرضا عن الحياة لديه هو: حاجته إلى العلاقات الاجتماعية السعيدة مع الآخرين، وأن يشعر بثقة الآخرين في قدراته، وأن ينظر الناس إليه باحترام وتقدير. ومما سبق تتحدد مشكلة البحث بالسؤال الرئيسي الآتي:

. ما فاعلية برنامج إرشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري؟

### ثانياً: أهمية البحث:

يمكن تحديد أهمية الدراسة من خلال النقاط الآتية:

- 1) لفت الانتباه إلى أن مرضى السكري لا يحتاجون فقط للعلاج الدوائي إنما يحتاجون لعوامل أخرى تساعدهم على الاستمرار في التوافق مع المرض ومضاعفاته، مثل: قوة الأنا والبيئة المحيطة بالمريض.
- 2) تفيد الدراسة الأخصائيين والمرشدين النفسيين في معرفة التغييرات التي تؤثر في رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.
- 3) أهمية الدراسة من حيث تناولها مرض السكري وخطورته الصحية والنفسية على المرضى في العصر الحالي (سادس مرض في العالم من حيث نسبة الوفيات).
- 4) أهمية الدراسة من حيث تناولها أسلوباً تدخلياً لتحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري من خلال تطبيق فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي.
- 5) إعداد البرامج النفسية التي من شأنها تحقيق أقصى ما يمكن أن تحققه من العلاجات الصحية الجسمية والنفسية لمرضى السكري.

### ثالثاً: أهداف البحث.

سعى البحث إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. تعرّف مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.
2. تصميم برنامج إرشادي يتضمن أساليب معرفية وسلوكية لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى عينة من مرضى السكري.
3. التحقق من فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في تحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.
4. تعرف الفروق في مستوى الرضا عن الحياة لدى عينة البحث نتيجة تطبيق البرنامج الإرشادي وفقاً لمتغيرات البحث: (الجنس، نوع السكري، عدد سنوات الإصابة، مستوى الدخل، المستوى التعليمي).

#### رابعاً: متغيرات البحث:

هناك مُتغيران أساسيان في هذه الدراسة:

1. **المتغير المستقل:** هو البرنامج الإرشادي الذي يتكون من المهارات المعرفية والسلوكية والاجتماعية بما يناسب حاجات أفراد العينة المستهدفة بالدراسة. والمتغيرات التصنيفية هي: (الجنس، نوع السكري، عدد سنوات الإصابة، مستوى الدخل، المستوى التعليمي).
2. **المتغير التابع:** وهو مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.

#### خامساً: أدوات البحث. تطلب البحث الحالي استخدام الأدوات التالية:

- 1- برنامج إرشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري (من إعداد الباحثة بعد الاطلاع على الأدبيات النظرية والدراسات السابقة المتعلقة بالبحث).
  - 2- مقياس مستوى الرضا عن الحياة (من إعداد الباحثة).
- سادساً: حدود البحث. اقتصر البحث على الحدود الآتية:**
- **الحدود الزمنية:** تمّ تطبيق البرنامج خلال شهر ابتداء من (2013/11/2م إلى 2013/12/3م)، وبعد مرور شهر ونصف من التطبيق ثم إجراء التطبيق المؤجل بتاريخ (2014/1/18م).
  - **الحدود المكانية:** المراكز الصحية في محافظة اللاذقية.
  - **الحدود البشرية:** اقتصر البحث على عينة من الأفراد (الذكور والإناث) الذين يعانون مرض السكري في محافظة اللاذقية.
  - **الحدود العلمية:** مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري.

## سابعاً: المجتمع الأصلي وعينة البحث.

- المجتمع الأصلي للبحث: يتكون المجتمع الأصلي للبحث من جميع مرضى السكري المسجلين في مراكز الرعاية الصحية في محافظة اللاذقية، والبالغ عددهم (14000) من المرضى المتعالجين.
- عينة البحث: بلغ عدد أفراد عينة البحث (40) مريضاً من مرضى السكري في مراكز الرعاية الصحية في محافظة اللاذقية، تراوحت أعمارهم بين (16- 50) سنة. موزعين على مجموعتين:
  - ◇ المجموعة الضابطة: تضم (20) مريضاً ومريضة من مرضى السكري، وهم لا يخضعون للبرنامج الإرشادي.
  - ◇ المجموعة التجريبية: تضم (20) مريضاً ومريضة من مرضى السكري، وهم يخضعون للبرنامج الإرشادي.

ثامناً . ملخص نتائج الدراسة الميدانية.

. الإجابة عن السؤال الرئيس للبحث:

ما مستوى الرضا عن الحياة لدى أفراد عينة البحث من مرضى السكري؟

أظهرت النتائج أنّ مجموع الأبعاد كلّها، ومجموع بنود كلّ بُعد تشير إلى تقييم منخفض لمستوى الرضا عن الحياة لدى أفراد عينة البحث من مرضى السكري، إذ بلغ الوزن النسبي لاستجابة العينة (43.34%)، فقد تبين من وجهة نظر مرضى السكري أنّ أكثر الأبعاد التي استحوذت على رضا المبحوثين هو البعد المتعلق بالتقدير الاجتماعي الذي جاء في المرتبة الأولى بوزن نسبي بلغ (44%)، وجاء في المرتبة الثانية بُعد الطمأنينة بوزن نسبي بلغ (43.72%)، وجاء في المرتبة الثالثة بُعد العلاقات الاجتماعية بوزن نسبي بلغ (43.56%)، وجاء في المرتبة الرابعة بُعد الاستقرار الاجتماعي بوزن نسبي بلغ (43.12%)، وأخيراً جاء في المرتبة الخامسة بُعد السعادة بوزن نسبي بلغ (42.62%).

. نتائج فرضيات البحث: تمّ اختبار الفرضيات عند مستوى الدلالة (0.05).

1. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير الجنس.
2. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير نوع السكري.

3. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير عدد سنوات الإصابة لصالح المرضى الذين كانوا يعانون الإصابة من فترة (8 سنوات فأكثر).

4. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير مستوى الدخل لصالح المرضى الذين كان مستوى دخلهم المادي (26000 ل.س فأكثر).

5. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة وفق متغير المستوى التعليمي لصالح المرضى الذين كان مستواهم التعليمي (إجازة جامعية فأعلى).

6. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي المباشر لمقياس الرضا عن الحياة لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

7. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي المؤجل لمقياس الرضا عن الحياة لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

8. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجات إجاباتهم في القياس البعدي المباشر على مقياس الرضا عن الحياة لصالح القياس البعدي المباشر.

9. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات إجابات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي المباشر ومتوسطات درجات إجاباتهم في القياس البعدي المؤجل على مقياس الرضا عن الحياة.

**تاسعاً: مقترحات البحث.** في ضوء النتائج التي توصل إليها البحث تقترح الباحثة ما يلي:

- عمل برامج تدريبية للأخصائيين في المجالين الطبي والنفسي لمتابعة مرضى السكري في بيوتهم ولا سيما مرضى السكري من النوع الأول المعتمد على الأنسولين نظراً لصغر سنهم وخوفهم من المرض.
- مشاركة أصحاب القرار في وزارة الصحة بالدراسات التي بحثت موضوع مرضى السكري، لزيادة الاهتمام بشريحة مرضى السكري في المراكز الصحية وتوفير العلاج للمرضى.

- الاهتمام بالبرامج الوقائية وبرامج التوعية لمرضى السكري، لزيادة كفاءة المرضى الذاتية التي تشيع في نفوسهم التفاؤل والأمل، وتساعدهم على تقبل وضعهم الصحي، ومقاومة الإحباطات التي قد تصادفهم من جراء خطورة وضعهم الصحي؛ وبالتالي رفع مستوى رضاهم عن الحياة.
- تفعيل دور الإرشاد النفسي على نطاق واسع في المراكز والعيادات الطبية بشكل فعّال يُساهم في رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى المرضى ويُخفف من وطأة الضغوط التي يُسببها مرض السكري.
- وأخيراً نتيجة وجود بعض الصعوبات في الحصول على المعلومات التي تشكل متغيرات مهمة في هذا البحث، تمّ اقتراح أن يتم تسجيل هذه المعلومات الخاصة بالمصابين بداء السكري في أضايرهم ضمن المراكز، ليتم الرجوع إليها ودراسة أثرها في الأبحاث اللاحقة مثل: (عدد مرات دخول المراكز الصحية والمشافي، عدد نوبات ارتفاع السكر وانخفاضه، ...الخ).