

أثر الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي على خفض القلق والاكتئاب وتحسين الدعم الاجتماعي لدى مريضات النوع الثاني من السكري وضغط الدم المرتفع

د. جهاد محمود علاء الدين
كلية العلوم التربوية - الجامعة الهاشمية
أمل غالب الخطيب
مستشفى المفرق الحكومي - المفرق
الأردن

الملخص

هدفت هذه الدراسة التجريبية لاستكشاف أثر الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في خفض مستويات القلق والاكتئاب وتحسين الدعم الاجتماعي بين عينة غرضية من مريضات النوع الثاني من السكري وضغط الدم المرتفع من المترددات على مركز المفرق الصحي الشامل في الأردن. وقسمت المشاركات عشوائياً إلى مجموعتين: المجموعة التجريبية (ن=١٥)، التي تلقت برنامج إرشاد جمعي يستند إلى العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي والمجموعة الضابطة (ن=١٥)، التي لم تتلق أي برنامج إرشادي. وأشارت نتائج التحليلات الإحصائية للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقاييس الدراسة في الاختبار البعدي إلى أن مجموعة المعالجة مقارنة بالمجموعة الضابطة، سجلت وبدرجة دالة مستويات أدنى من أعراض القلق والاكتئاب وأعلى من تصورات الدعم الاجتماعي. كما كشفت نتائج مقارنات القياسات القبلية والبعدية والمتابعة لكل من المتغيرات التابعة لدى المجموعة التجريبية، بأنه في حين أصبحت الدرجات على مقياسي القلق والاكتئاب أدنى بدرجة دالة في الاختبار البعدي مقارنة بالقبلي، واستمرت في التحسن وبدرجة دالة، لتُصبح أدنى في الاختبار التتبعي، فإن الدرجات على مقياس الدعم الاجتماعي التي تحسنت بدرجة دالة في الاختبار البعدي، تراجعت لتُصبح أدنى في القياس التتبعي مقارنة بالبعدي، لكن الفروق لم تكن دالة إحصائياً (١٦٢ كلمة).

المقدمة

لقد تصاعد الانتشار العالمي لمرض السكري (Diabetes Mellitus (DM بشكل ثابت في العقدين الأخيرين، لدرجة أنه بدأ يكتسب الشكل الوبائي، فقد تضاعفت أعداداه خمس مرات أثناء السنوات الخمس عشرة الأخيرة، الأمر

الذي جعله يشكل أحد التهديدات الرئيسية للصحة الإنسانية في القرن الحالي (Khuwaja, Lalani, Dhanani, Azam, Rafique & White, 2010). وغالباً ما تكون اضطرابات السكّري وضغط الدم المرتفع (Hypertension) متزامنة الحدوث، فنسبة تتراوح من (٦٠-٧٠٪) من المصابين بمرض السكّري يعانون من ارتفاع ضغط الدم، و(٣٠٪) من المصابين بارتفاع ضغط الدم يعانون من مرض السكّري (الدهيمات، ٢٠١٥). وتعتبر أمراض السكّري (DM) وضغط الدم المرتفع التي تظهر وتكون واسعة الانتشار بشكل خاص في الدول النامية (Almawi et al., 2008)، من أكثر الاضطرابات الجسمية التي تساهم العوامل السيكلولوجية أو النفسية بدور هام في الإصابة بها، أو في زيادة تدهور وسوء الحالة المرضية للفرد. ويشكل السكّري من النوع الثاني (Diabetes mellitus type 2)، أو سكّري البالغين حوالي ٩٠٪ من حالات المرض وترجع النسبة المتبقية ١٠٪ بشكل أساسي إلى السكّري من النوع الأول وسكّري الحمل. وتتوقع منظمة الصحة العالمية إصابة أكثر من ٣٥٠ مليون شخص بالسكّري وأمراض ضغط الدم المصاحبة بحلول عام ٢٠٢٥، ومن المحتمل أن تزيد إلى ٤٣٨ مليون في العام ٢٠٣٠، وأن ثلاثة أرباعهم ممن يقطنون في العالم الثالث (WHO, 2006)؛ ما جعل العلماء والمهتمين بالجانب الطبي والأطباء ومختصي العلوم الفسيولوجية والمرشدين النفسيين والعاملين في مجالات العلاج والتأهيل النفسي في الميدان الطبي يولون أهمية كبيرة لتطوير برامج الوقاية والعلاج الخاصة بمرض السكّري والضغط المرتفع (Herman et al., 1995).

ووفق أحدث الدراسات والمسوحات الوطنية في المملكة الأردنية الهاشمية للعام ٢٠١٤، فإن نسبة تقدر بـ ٣٦٪ من الأردنيين فوق سن ٢٥ سنة مصابون بالسكّري، كما ويتوقع أن يرتفع عدد المصابين محلياً بالسكّري في العام ٢٠٥٠ إلى نحو ثلاثة ملايين شخص، وأن يكون ثلثا المصابين بالسكّري مصابين أيضاً بالأمراض القلبية والوعائية (Hyassat, AlSitri, Batieha, El-Khateeb & Ajlouni, 2014).

وبالتالي، فليس من المستغرب أن نجد أن الدراسات توصلت إلى أن الاكتئاب والقلق ينتشران بدرجة مرتفعة بين مرضى السكّري وضغط الدم

المرتفع (Anderson et al., 2001; Palizgir, Bakhtiari & Esteghamati, 2013; Simson et al., 2008; Stiefel et al., 2008)، وأن (٧٠,٧٪) من مرضى السكري يعانون من الاكتئاب، وأن (٦٩,٦٪) منهم شُخص أيضاً بالقلق، وأن شيوع الاكتئاب والقلق كان أعلى بين النساء من الرجال (Palizgir et al., 2013). كما أثبتت واحدة من الدراسات (Khuwaja et al., 2010)، أجريت في باكستان على عينة (ن=٨٨٩) من المرضى المصابين بالنوع الثاني من مرض السكري، أن نسبة المشاركين الذين أبلغوا عن معاناتهم من أعراض القلق والاكتئاب قد بلغت (٥٧,٩ ٪؛ ٤٣,٥ ٪) على التوالي، وتبين أن العوامل التي ترتبط بشكل مستقل بالقلق كانت الخمول الجسدي وارتفاع ضغط الدم ومرض القلب، أما التي ارتبطت بالاكتئاب، فكانت أن يكون المريض من النساء، ومن العمر الأكبر، ويُعاني من ارتفاع ضغط الدم ومرض القلب. وتوجد بعض العوامل الحيوية والاجتماعية الاقتصادية التي توضح سبب ارتفاع مستويات الاكتئاب والقلق عند النساء بشكل خاص (Keita, 2007) مثل التغيرات الهرمونية أثناء الحمل، وما بعد الولادة والفترات قبل سن اليأس، والسمنة والضعف الوراثي وأن تكون المرأة تابعة ومعتمدة على الآخرين.

وقد برهنت برامج العلاج والإرشاد النفسي الجمعي المستندة للعلاج المعرفي السلوكي (Lustman, Griffith, Freedland, Kissel & Clouse, 1998; Markowitz, Gonzalez, Wilkinson & Safren, 2011; Snoek, Van der Ven & Lubach, 1999)، والتعليم النفسي (Gan, Brammer & Creedy, 2011)، مع المرضى المصابين بالنوع الثاني من مرض السكري (Type 2 diabetes) بأنها تكون فعالة في تحسين التمسك والالتزام بخطة العلاج وضمان الاستفادة من خدمات العناية الأساسية والثانوية. وأن مزيجاً من العلاج المعرفي السلوكي (CBT) والتعليم عن مرض السكري، يعد نوعاً من المعالجة الفعالة للقلق وللإكتئاب الرئيسي عند المرضى بالنوع الثاني من مرض السكري.

وبالتالي، استناداً إلى هذه الأفكار وانطلاقاً من النقص الواضح في الأدب النفسي العربي في الدراسات التي سعت لفحص تأثيرات تدخلات إرشادية

خاصة بمرضى السكرى وضغط الدم المرتفع وخاصة لدى النساء منهم، تسعى الدراسة الحالية لاستكشاف أثر برنامج للإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي في خفض مستويات القلق والاكتئاب وتحسين مستوى الدعم الاجتماعي لدى عينة من المرضى الإناث المصابات بمرض السكرى من النوع الثاني وضغط الدم المرتفع من اللواتي يقعن في الفئة العمرية (٣٥-٥٥) عاماً، ومن المترددات على أحد المراكز الصحية الحكومية في محافظة المفرق في الأردن.

الإطار النظري والدراسات السابقة

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي الجمعي (Group Cognitive Behavioral Counseling (GCBC) من أشهر العلاجات النفسية التي يمكنها أن تفيد في علاج القلق والاكتئاب عند مرضى السكرى وضغط الدم المرتفع، حيث يهدف لتعديل الأفكار الخاطئة عند المريض حول نفسه وحول الآخرين وحول المستقبل (المالح، ٢٠٠٦). كما يعمل على مساعدة المرضى على تشكيل أفكار واستجابات مفيدة وصحيحة ومن ثم سلوكيات مفيدة من خلال عمليات المجموعة الإرشادية والعلاقة العلاجية الناجحة وفي إطار التدريب على مهارة حل المشكلات. وقد استقطبت تأثيرات الإدراكات ومواقف الأشخاص بخصوص سلوكهم للعناية الذاتية بأنفسهم، إنتباهاً متزايداً من المعالجين والباحثين النفسيين (Snoek et al., 1999) وقدّمت النماذج الإدراكية لسلوك الصحة (Becker, 1974)، مراعاة مدى تعقّد عملية تغيير سلوك الصحة ولفهم بشكل أفضل كيف يكون السلوك مُحدّداً بالمواقف والاعتقادات.

ويفترض نموذج معتقدات الصحة ((The Health Belief Model (HBM) لدى تطبيقه على مرض السكرى، أنه بالإضافة إلى مستوى المعرفة والإلمام بجوانب المرض، ينبغي الوضع في الاعتبار الاعتقادات التي يحملها الأشخاص حول ضعفهم أمام المضاعفات الطبية، والمنافع والموانع التي يدركونها، وتوقعاتهم للكفاءة الذاتية، وبمعنى آخر: ثقتهم في أن يكونوا قادرين على أداء والإبقاء على سلوك العناية الذاتية لإنجاز السيطرة على مستويات السكر. ويتعلّق بهذا مفهوم "الإستعداد

للتغيير" المستمد من النموذج النظري التحولي الذي يتصور تغيير السلوك بأنه عملية مرحلية مؤلفة من عدة مراحل، ويُميز بين مراحل مختلفة للدافعية تتراوح من مرحلة "قَبْلَ التأمل والاعتزام" إلى مرحلة "التنفيذ"، عندما يقوم المريض بتغيير سلوكهم (Ruggiero & Prochaska, 1993). ومن الواضح، أن المريض ينبغي أن يكون لديه استعداد مُعين للتغيير لكسب أي منفعة من تدخل نفسي تعليمي يستهدف تغيير السلوك. وعندما تمثل الموانع الموقفية الإدراكية والاضطرابات العاطفية والاجتماعية، العقبات الرئيسية للإدارة الذاتية لمرض السكري، فإن تدخلات العلاج المعرفي السلوكي (CBT) تصبح الخيار الأمثل. فالمسألة الأساسية لنموذج العلاج المعرفي السلوكي تتضمن وجود تفاعل ثابت بين الإدراكات أو الاعتقادات التي يحملها المريض حول مرض السكري ومشاعرهم وسلوكهم وعلاقاتهم بالأشخاص الآخرين (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012).

وقد نشأ منظور العلاج المعرفي السلوكي (CBT) من العلاج العقلاني العاطفي السلوكي ((Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT)، لألبرت إليس (Ellis, 1994)، والعلاج المعرفي (CT) لآرون بيك (Beck, 1976)، وهما منظوران علاجان متماثلان أستخدمًا بنجاح مع أنواع مختلفة من المشاكل العاطفية والسلوكية، بما في ذلك اضطرابات القلق والاكتئاب. ويزخر الأدب النفسي بالعديد من المحاولات التجريبية الناجحة عن استخدامات هذه المنظورات العلاجية مع مرضى السكري (e.g., Lustman et al., 1998; Zettler, Duran, Waadt, Herschbach & Strian, 1995). ويستند هذان المنظوران العلاجان إلى مسألة أن مشاكل الأشخاص العاطفية تنشأ ضمن نظام من الاعتقادات المعطلة أو المشوهة حول أنفسهم والآخرين والعالم الذي يحيط بهم، وأن هذه الاعتقادات الرئيسية تولّد أفكاراً سلبية آلية تظهر وتُثار بسهولة وسرعة، وتحتوي في أغلب الأحيان على التشويهات الإدراكية، مثل قراءة الأفكار، والمبالغة (التهويل)، الإفراط في التعميم، ووضع فرضيات لا يمكن البرهنة على صحتها، والتفكير من نوع كل شيء أو لا شيء، أو إضفاء الطابع الشخصي (e.g., Hofmann et al., 2012; Hofmann, Asmundson & Beck, 2013).

ويعتبر برنامج التدريب الجمعي على العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Group Training (CBGT)، المطور من قبل سنوك وفان ديرفين ولوباش (Snoek, Van der Ven, and Lubach, 1999)، نموذجاً جيداً على برامج العلاج (CBT) الجمعي والتعليم النفسي لكونه يجمع بين كل من منظوري (CBT) REBT في العلاج النفسي لمرض السكري وبعض العناصر التعليمية، وعلى سبيل المثال تثقيف المرض حول تأثير الإجهاد على جلوكوز الدم. وتتألف مكونات البرنامج الأساسية الثلاثة من: (١) مشاركة المجموعة، (٢) إعادة البناء المعرفي، و(٣) إدارة الإجهاد (Snoek et al., 1999).

وقد أثبتت العديد من المراجعات ودراسات ما بعد التحليل (Harkness, Macdonald, Valderas, Coventry, Gask & Bower, 2010)، والدراسات التجريبية وبرهنت على الكفاءة والتأثيرات الدالة لمجموعات العلاج المعرفي السلوكي (CBT) في التقليل من مستويات الاكتئاب والقلق لدى مرضى السكري وضغط الدم المرتفع في كافة أرجاء العالم، فعلى سبيل المثال، في ألمانيا، أجرى زتلر وآخرون (Zettler et al., 1995)، دراسة لفحص كفاءة العلاج الجمعي السلوكي على مجموعة (ن=١٧) مريضاً بالسكري، بهدف تحسين مهارات التعامل مع القلق والخوف المرتبط بالمضاعفات الطويلة الأمد للمرض، واشتملت المعالجة على استراتيجيات التعرض باستخدام التخيل والتدريب على الاسترخاء وتحليل معتقدات الصحة المعطلة. وأظهرت نتائج المقارنات في القياسات القبلية والبعدي والمتابعة بعد مرور ثلاثة شهور وجود تحسن إيجابي دال على مقاييس القلق والخوف، وقبول المرض المزمن.

وفي أمريكا، أجرى لستمان وزملائه (Lustman et al., 1998) على عينة (ن=٥١) من المرضى بالنوع الثاني من مرض السكري وبالاكتئاب الرئيسي، وتم توزيع المرضى إما إلى المجموعة التجريبية (ن=٢٥) التي شاركت في برنامج تعليم جمعي عن مرض السكري، وتلقّت العلاج النفسي المعرفي السلوكي بالصيغة الفردية لمدة (١٠) أسابيع، أو إلى المجموعة الضابطة (ن=٢٦) التي لم

تتلق أية معالجة ضد الاكتئاب. وأشارت النتائج في القياس البعدي إلى أن النسبة المئوية من المرضى الذين أبلغوا عن تناقص مستويات الاكتئاب، في مجموعة (CBT) مقارنة بالمجموعة الضابطة كانت أكبر بدرجة دالة، كما احتفظ المشاركون بهذه النتائج في قياس المتابعة.

وفي ألمانيا، قام سايمون وآخرون (Simson et al., 2008)، بدراسة لفحص تدخّلات العلاج النفسي للتقليل من أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى السكري، حيث تم توزيع ثلاثين (ن=٣٠) مريضاً ألمانياً مصاباً بمتلازمة القدم السكرية والاكتئاب، عشوائياً إما على مجموعة التدخّل (ن=١٥) باستخدام العلاج النفسي الداعم، أو المجموعة الضابطة (ن=١٥) التي تلقت المعالجة الطبية فقط. وأكمل المرضى مجموعة من الاستبيانات لقياس متغيرات القلق والاكتئاب والمشاكل المتعلقة بمرض السكري، وذلك في القياس القبلي والبعدي بعد انتهاء المعالجة. وأشارت النتائج إلى أن أعراض متلازمة القدم السكرية تحسّنت بشكل دال عند (٧٥٪) من المرضى، وأن أعراض القلق والاكتئاب والمشاكل المتعلقة بمرض السكري عند المرضى في مجموعة التدخّل، تراجعت جميعها بدرجة دالة في القياسات البعدية مقارنة بالقبليّة، في حين لم تنقص هذا الأعراض عند المجموعة الضابطة عند نهاية المعالجة.

وفي سويسرا، أجرى ستيفيل وباحثون آخرون (Stiefel et al., 2008)، دراسة تجريبية لفحص تأثيرات التدخّلات النفسية مع حالات المرض المركّب طبياً، حيث تم اختيار (٢٤٧) مريضاً سويسرياً بالسكري والروماتيزم من المصابين بأمراض مركبة، ممن توزعوا عشوائياً إما إلى مجموعة التدخّل (ن=١٢٥)؛ منهم ٨٤ مريضاً بالروماتيزم و٤١ مريضاً بمرض السكري) أو مجموعة العناية التقليدية (ن=١٢٢)؛ منهم ٧٨ مريضاً بالروماتيزم و٤٤ مريضاً بالسكري). وأشارت النتائج في القياس البعدي التبعي إلى أن شيوع الاكتئاب الرئيسي في مجموعة التدخّل تراجع من ٦١ ٪ (في القياس القبلي) إلى ٢٨ ٪ (في التبعي بعد سنة)، وبقي مستقرّاً في مجموعة العناية التقليدية (٥٧ ٪ في

القبلي إلى ٥٠ ٪ في المتبعي بعد مرور سنة). ومقارنةً بالمجموعة الضابطة، لوحظَ وجود تحسن دال بمرور الوقت في مجموعة التدخل فيما يتعلق بأعراض الاكتئاب والفهم للصحة الجسدية والنفسية ونوعية الحياة. ونزعت التأثيرات إلى أن تكون أقوى عند مرضى السكري، والمرضى بالاكتئاب الرئيسي والمرضى بمستويات معتدلة من الاكتئاب.

وفي شيكاغو بأمريكا، أجرت بنكوفر وآخرون (Penckofer et al., 2012) دراسة لفحص لفحص فاعلية برنامج بعنوان "دراسة عواطف النساء وتقييم التعليم النفسي الجمعي (Study of Women's Emotions and Evaluation of a Psychoeducational (SWEEP))، في تحسين مستويات الاكتئاب والقلق والتعبير عن الغضب. وتوزعت مجموعة (ن=٧٤) من النساء الأمريكيات المريضات بالسكري والمشخصات بالأعراض المرتفعة جداً من الاكتئاب، عشوائياً إلى مجموعات السويب (ن=٣٨) أو الرعاية العادية (ن=٣٦). وأشارت النتائج إلى أن مجموعة السويب (SWEEP) كانت أكثر فعالية بدرجة دالة إحصائية في القياس البعدي من مجموعة العلاج العادي في تخفيض الاكتئاب (متوسط الفروق ١٥ مقابل ٧)، وإنقاص سمة القلق (متوسط الفروق ١٥ مقابل ٥)، وتحسين مستويات التعبير عن الغضب (متوسط الفروق ١٢ مقابل ٥).

وفي المملكة العربية السعودية، أجرى الحايك وزملاؤه (Al Hayek et al., 2013)، دراسة لتقصي تأثير برنامج تعليمي على القلق والاكتئاب والسيطرة على السكر في الدم، والالتزام بالعناية الذاتية والدواء في النوع الثاني من مرض السكري، على مائة وأربعة (١٠٤) مريض سعودي من المترددين على أحد المستشفيات في مدينة الرياض، كان منهم (٧١) واحد وسبعون ذكراً (٣، ٦٨ ٪) و٣٣ (٧، ٣١ ٪) من الإناث، وبلغ متوسط العمر (م=٥٧، ٣؛ ع=١٤، ٤) سنة. وتمت مقابلة المرضى لتقييم مستويات القلق والاكتئاب وخصائص إكلينيكية أخرى باستعمال المقابلة المنظمة في كل من الخط القاعدي (القبلي)، وبعد مرور ٦ شهور من البرنامج. وأشارت النتائج إلى أنه بعد مرور ستة شهور من انتهاء البرنامج التعليمي، تبين

وجود تحسينات دالة في الاكتئاب لكن ليس القلق، وفي خطة المرضى الغذائية، والتمارين الجسدية، والمراقبة الذاتية لجلوكوز الدم والالتزام بالدواء.

وأخيراً، أجرى شريف وآخرون (Sharif et al., 2014)، دراسة لفحص تأثير العلاج المعرفي السلوكي الجمعي على الأعراض الاكتئابية لدى مرضى السكري، على عينة (ن=٦٠) من المرضى تم اختيارهم من عيادات مرض السكري التابعة لجامعة شيراز للعلوم الطبية- جنوب إيران، وتلقت المجموعات التجريبية الثلاثة التي ضمت في كل منها عشرة (١٠) مرضى، ثماني (٨) جلسات من العلاج المعرفي السلوكي الجمعي. وأشارت النتائج إلى أن الفروق في درجات الاكتئاب ما بين قبل العلاج وكل من بعد أسبوعين، و٤ أسابيع، وشهرين بعد التدخل كانت دالة لدى المجموعة التجريبية، لكن ليس لدى المجموعة الضابطة.

يُلاحظ من عرض الدراسات السابقة الواردة أعلاه أنها ألفت الضوء على تأثيرات المشاركة في برامج الإرشاد الجمعي المستندة للعلاج المعرفي السلوكي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى عينات من مرضى السكري، وبالرغم من هذا الاهتمام البحثي، إلا أنه يُلاحظ أن نماذج مماثلة من هذه الدراسات لم تدخل ضمن حيز اهتمام الباحثين في الدراسات الموثقة في البيئات العربية مقارنة بتلك التي أجريت في البيئات الغربية، فلا توجد في حدود علم الباحثين سوى دراسة واحدة (Al Hayek et al., 2013) استهدفت هذه الفئة من مرضى السكري، وبالتالي، فقد أتت الدراسة الحالية لمحاولة سد هذه الثغرة البحثية والتوسع بفحص تأثير برنامج للإرشاد الجمعي على خفض القلق والاكتئاب وزيادة الدعم الاجتماعي المدرك وذلك على عينة من المريضات بالسكري وضغط الدم المرتفع في الأردن.

مشكلة الدراسة

أشارت الدراسات (Ali, Stone, Peters, Davies & Khunti, 2006; Collins, 2011; Corcoran & Perry, 2009; Khuwaja et al., 2010; Markowitz et al., 2011; Roupia et al., 2009)، إلى أن مرضى السكري والاضطرابات الصحية الأخرى

المتزامنة معه كضغط الدم المرتفع، يعانون من القلق والاكتئاب ضعفي ما يحدث مع عامة السكان، ويمدى شيوع يتراوح من (١٢٪-٢٨٪) (Ali et al., 2006)، لكن هذا الوضع يبقى في أغلب الأحيان غير معترف به وبالتالي لا يُعالج (Pouwer, 2009). كما أشارت الدراسات إلى أن عدم الالتزام بالبرنامج العلاجي والغذائي والبدني عند مرضى السكري، يرتبط في أغلب الأحيان بالاكتئاب والقلق والنتائج الصحية الأسوأ (Markowitz et al., 2011)، وبالمقابل برهنت العديد من الدراسات التجريبية على التأثيرات الدالة لمجموعات العلاج المعرفي السلوكي (CBT) في خفض حالات الاكتئاب والقلق لدى المرضى بأمراض السكري وضغط الدم المرتفع، وبالرغم من ذلك خلت البيئة العربية من مثل هذه التدخلات العلاجية، وبالتالي، فإن مشكلة الدراسة الحالية تتمثل في فحص أثر المشاركة في برنامج إرشاد جمعي يستند للعلاج المعرفي السلوكي على عينة من المريضات من اللواتي يعانين من النوع الثاني من مرض السكري وضغط الدم المرتفع، وذلك في تحسين مستويات القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي لديهن.

ويمكن تحديد السؤال الرئيسي للدراسة على النحو الآتي: ما أثر برنامج الإرشاد الجمعي في خفض مستويات القلق والاكتئاب وتحسين مستوى الدعم الاجتماعي لدى عينة من المرضى الإناث المصابات بمرض السكري من النوع الثاني وضغط الدم المرتفع من اللواتي يقعن في الفئة العمرية (٣٥-٥٥) عاماً، ومن المترددات على أحد المراكز الصحية الحكومية في محافظة المفرق في الأردن؟.

أهمية الدراسة

يمكن تلخيص أهمية الدراسة الحالية على الصعيد التطبيقي في النقاط التالية:

- ١ - التحقق وفحص أثر برنامج للإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي لمرضى السكري وضغط الدم المرتفع المُصمَّم والمستخدم لغايات الدراسة الحالية، ودوره في تحسين الأداء النفسي والاجتماعي (بمعنى خفض القلق والاكتئاب وزيادة الدعم الاجتماعي المدرك) لدى مريضات بالسكري وضغط الدم المرتفع.

٢ - تزويد مريضات السكّري وضغط الدم المرتفع بمهارات لمواجهة التغييرات الرئيسية في أنماط المعيشة العائلية وعمليات التغيير المستمرة المرتبطة بالمرض ومطالبه. وتتضمن هذه الأخيرة سلسلة من الانتقالات والتحوّلات في العائلة وإعادة التنظيم الأسري الذي يؤدي لحدوث تغييرات في العديد من سمات حياة الفرد والأسرة، ويتراوح من التغييرات العاطفية والسلوكية إلى التغييرات الاقتصادية وظروف المعيشة المختلفة والمتنوعة جداً.

٣ - توفير أدوات قياس ومادة علمية للبرامج العلاجية للمرشدين العاملين في العيادات والمستشفيات ومراكز رعاية المرأة والأسرة لتطوير البرامج الخاصة بمرضى السكّري وضغط الدم المرتفع مما يكون له أثر فاعل في خدمة مهنة الإرشاد النفسي والأسري.

كما وتنبثق الأهمية للدراسة على الصعيد النظري في ما ستضيفه من معلومات جديدة إلى ميدان الإرشاد النفسي في المجال الطبي وأيضاً الأسري، وقد يكون لها أثر فاعل في توضيح كفاءة بعض استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي في البرامج التدخلية الخاصة بالمرضى المصابين بمرض مزمن وخاصة النساء منهم، واللواتي لم يحظين بالاهتمام المناسب من خلال البحوث التي تم دراستها في نفس المجال. وتعتبر هذه الدراسة هي المحاولة الأولى لفحص أثر برنامج إرشاد جمعي يستند لمنظور العلاج المعرفي السلوكي مع هذه الفئة السكانية وذلك في البيئة الأردنية، ما يكسب الدراسة جودة وجدة وأصالة تضيف الكثير للميدان الخاص بالتدخلات الإرشادية لمرضى السكّري وضغط الدم المرتفع والأمراض المزمنة الأخرى.

فرضيات الدراسة

يستند إجراء الدراسة الحالية لفرضيتين بحثيتين يُمكن صياغتهما على النحو التالي:

الفرضية الأولى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة، في كلٍ من القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي في الاختبار البعدي.

الفرضية الثانية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في كلٍّ من القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي في الاختبار القبلي والبعدي والتتبعي.

هدف الدراسة

يتحدد هدف الدراسة الحالية فيما يلي:

- ١ - إبراز فاعلية برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي في تحسين الصحة النفسية لدى عينة من النساء المريضات بالسَّكَّري وضغط الدم المرتفع.
- ٢ - إثارة الانتباه للحاجات النفسية لدى المرضى ولدور التدخلات الإرشادية في دعم الخطط العلاجية الطبية والنفسية، والترويج لأهمية توفير مثل هذه التدخلات النفسية بشكلٍ متزامن مع الخدمات الطبية والرعاية الصحية لفئات المرضى.

التعريفات الإجرائية لمفاهيم ومتغيرات الدراسة

١ - **الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي** (Group Cognitive Behavioral Counseling GCBC): وهو عبارة عن برنامج الإرشاد الجمعي المستند للعلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي والمصمم لخفض مستويات القلق والاكتئاب وتحسين تصورات الدعم الاجتماعي لمجموعة من المريضات بالسَّكَّري وضغط الدم المرتفع والذي قامت الباحثتان بإعداده، ويتألف من (١٤) جلسة بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً لمدة تتراوح من ساعة إلى ساعة ونصف. واستخدمت فيه استراتيجيات توضيح التصورات والمفاهيم الخاطئة المتعلقة بالمرض (Gazda, Ginter & Horne, 2001; Hofmann et al., 2013; Snoek et al., 1999)، وإعادة البناء المعرفي وتعديل السلوك والتدريب على الإسترخاء ووضع خطة للنشاط (Activity Plan)، باستعمال تكنيكات معيّنة، بينما تسهّل المجموعة الإرشادية عمليات ما بين الأشخاص والاتصال داخل المجموعة وخارجها، وتُعلّم

مهارات التعامل والمواجهة وتدعم تحسين الشعور بالتمكين والتميز والتخفيف من مشاعر القلق والتعاسة والحزن.

٢ - القلق (Anxiety): وهو عبارة عن حالة انفعالية غير سارة، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف، أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد، وكثيراً ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية بعض المظاهر الفسيولوجية، مثل ازدياد ضربات القلب وزيادة التنفس وارتفاع ضغط الدم وفقدان الشهية وزيادة إفراز التعرق، كما يتأثر أيضاً إدراك الفرد للموضوعات المحيطة به في موقف القلق (Lovibond & Lovibond, 1995a). ويعرّف إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها المفحوصة بأسلوب التقدير الذاتي لمستويات القلق على الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية.

٣ - الاكتئاب (Depression): وهو حالة من الحزن الشديد تتاب الفرد نتيجة الإحساس بالعجز والدونية واليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز والانسحاب الاجتماعي والتوقع حول الذات (Lovibond & Lovibond, 1995a). ويعرّف إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها المفحوصة بأسلوب التقدير الذاتي لمستويات الاكتئاب على الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية.

٤ - الدعم الاجتماعي (Social Support): يشمل الدعم الاجتماعي كلاً من الدعم الأسري والدعم الاجتماعي، ويمثل مفهوم الدعم الأسري إدراكات الفرد وتصوراتها عن المساندة والدعم الوارد له من مصادر معينة تشمل الزوج/ الزوجة، وأفراد الأسرة الممتدة، والآباء وأباء الأزواج والأقرباء. أما الدعم الاجتماعي فيمثل تلك العلاقات القائمة بين الفرد والآخرين التي يدركها على أنها يمكن أن تساعد عندما يحتاج إليها، وتتمثل بالأصدقاء والمساعدين والمختصين المحترفين والهيئات والمؤسسات الاجتماعية (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988). ويعرّف إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها المفحوصة بأسلوب التقدير الذاتي على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

٥ - مريضات السكري وضغط الدم المرتفع: وهم عينة السيدات اللواتي

شُخصنَ بالنوع الثاني من مرض السكري وضغط الدم المرتفع وليسَ لديهم أمراض أخرى حسب التشخيص الطبي لهَن من قبل الفريق الطبي العامل في المركز الصحي الذي يترددن عليه في المرفق، ومستقبل المرض لديهم لا يهدد حالياً بالوفاة، ويراجعن بصورة مستمرة مركز المرفق الصحي الشامل في مدينة المرفق، شمالي الأردن، وحصلن على موافقة الطبيب المشرف على الحالة للمشاركة في البرنامج، وهن اللواتي وافقن خطياً على المشاركة في الدراسة وأبلغن عن مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب ونقص تصورات الدعم الاجتماعي.

٦ - مرض السكري (DM): ويقصد به في الدراسة الحالية النوع الثاني من مرض السكري الذي يعتبر اضطراب مزمن في عملية التمثيل الغذائي يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم، ينجم عن عجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب (Vijan, 2010).

٧ - مرض ضغط الدم المرتفع (Hypertension): هو زيادة قوة دفع القلب للدم، أو زيادة حجم الدم بسبب زيادة مقاومة الأوعية الدموية لسريان الدم فيها، نتيجة ضيق الأوعية أو تصلبها. ويطلق عليه أيضاً فرط ضغط الدم الرئوي (Pulmonary Hypertension) وهو ارتفاع ضغط الدم في الشريان الرئوي أو الوريد الرئوي أو الشعيرات الرئوية، ما يؤدي إلى ضيق النفس والدوار والإغماء وأعراض أخرى وكلها تتفاقم مع ازدياد المجهود الجسدي (Simonneau et al., 2004).

منهجية الدراسة

تستند الدراسة الحالية إلى المنهج التجريبي الذي يفحص أثر المتغير المستقل وهو: التعرض لبرنامج الإرشاد الجمعي المعرفي السلوكي على المتغيرات التابعة وهي: درجات المشاركات على مقاييس المتغيرات التالية: القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي. واتبع لتنفيذ ذلك التصميم الإحصائي التالي:

المجموعة التجريبية: تعيين عشوائي - قياس قبلي - برنامج تدخلي - قياس بعدي - قياس تتبعي بعد شهر واحد.

المجموعة الضابطة: تعيين عشوائي - قياس قبلي - لا معالجة - قياس بعدي.

إجراءات الدراسة

أولاً - أفراد الدراسة:

تألف أفراد عينة الدراسة من ثلاثين (٣٠) مريضة تم اختيارهن من المريضات اللواتي يراجعن بانتظام مركز المفرق الصحي الشامل في مدينة المفرق بالأردن، والمُشخصات بالنوع الثاني من مرض السكري (Diabetes Mellitus Type 2)، وارتفاع ضغط الدم (Hypertension)، حسب التقارير الطبية الواردة عنهن، وأبلغن عن ارتفاع مستويات القلق والاكتئاب وتدني مستوى الدعم الاجتماعي. ولقد تبين لدى تحليل المعلومات الديموغرافية الخاصة بأفراد الدراسة فيما يتعلق بتوزيعهم حسب السن، أن المتوسط الحسابي والانحراف المعياري قد بلغا: (م=٤٧,٦٧؛ ع=٥,٨ سنة)، وبمدى عمري تراوح من ٣٥-٥٥ سنة، وحسب الحالة الاجتماعية كانت جميعهن متزوجات حالياً، وفيما يتعلق بالموهلات التعليمية للمريضات توزعت النسب كما يلي: الثانوي (٧٠,٠٪)؛ والإعدادي (١٦,٧٪)؛ والجامعي (١٣,٣٪)، وحسب حالة العمل، لا تعمل (٧٣,٣٪)؛ وتعمل (٢٦,٧٪). وبلغت نسبة المستوى الاجتماعي الاقتصادي (SES) للأسرة كما يلي: المستوى الاقتصادي المتوسط (٧٣,٣٪)، والمنخفض (٢٦,٧٪). كما أشارت درجات أفراد العينة الكلية (ن=٣٠) على مقاييس الدراسة إلى معاناتهن من مستوى مرتفع نسبياً من القلق (م=٣٧,٦؛ ع=٤,٥)، والاكتئاب (م=٣٧,١؛ ع=٦,٠)، ومن مستوى منخفض من الدعم الاجتماعي (م=١٩,٢؛ ع=٥,٢) درجة.

ثانياً - أدوات الدراسة:

١ - مقياس القلق: لتقييم درجة القلق لدى المريضات في الدراسة الحالية، تم استخدام الفقرات الخاصة بقياس القلق المستمدة من النسخة الطويلة لمقاييس داس (DASS-42) التي وضعها كل من لفبوند ولفبوند

(Lovibond, and Lovibond, 1995a). وتتكوّن مقاييس داس من (٤٢) فقرة بأسلوب التقرير الذاتي لقياس القلق والاكتئاب والتوتر، وتكمّل خلال فترة زمنية لا تتجاوز أكثر من خمسة إلى عشرة دقائق، وتعكس كلّ منها مؤشراً على المشاعر السلبية لدى المفحوص. وقد تمّ تطوير هذه المقاييس (Depression Anxiety Stress Scales (DASS في جامعة نيو ساوث ويلز بأستراليا. ولغايات الدراسة الحالية، تمت ترجمة فقرات مقياس القلق وعددها (١٤) فقرة المستمدة من النسخة الطويلة لمقاييس داس (DASS-42)، وذلك من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، ثم تمّ عرضها على إختصاصي في اللغتين العربية والانجليزية للتحقق من مدى دقة الترجمة من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية للتحقق من التطابق والسلامة اللغوية للفقرات.

صدق وثبات المقياس: تم استخراج الصدق الظاهري لمقياس القلق من خلال عرض صورته الأولية على مجموعة من المحكمين المختصين من حملة درجة الدكتوراه في الإرشاد والقياس النفسي والتربوي، بلغ عددهم ثمانية (٨) محكمين من أساتذة الجامعات الأردنية الحكومية والخاصة. وتألّف مقياس القلق بصورته الأولية من (١٤) فقرة، وطلب من المحكمين إبداء رأيهم في هذه الفقرات من حيث مدى ملاءمتها لمفهوم المقياس ولطبيعة المفحوصين وغايات الدراسة، و/أو إجراء تعديل على بعض الفقرات، وإضافة بعض الفقرات أو رفضها إذا كانت مكرّرة. وقد بلغت نسبة الاتفاق على صلاحية فقرات المقياس بين المحكمين (٩٠٪)، مع التوصية بإضافة فقرتين، وبالتالي فقد طرأت على مقياس القلق في صورته النهائية لغايات الدراسة الحالية تعديلات في عدد الفقرات بحيث أصبح يتكون من ست عشرة (١٦) فقرة. كما تم استخراج معاملات ثبات مقياس القلق بطريقتين هما: أ. طريقة الثبات بإعادة الاختبار حيث تم تطبيق مقياس القلق بصورته النهائية، على عينة الدراسة الاستطلاعية المكونة من أربعين (٤٠) مريضة والمستمدة من مجتمع الدراسة الأصلي (من غير أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة)، كما تم تطبيق المقياس على نفس العينة المذكورة مرة أخرى، بعد مرور مدة أسبوعين على التطبيق الأول،

وباستخدام معادلة بيرسون، تم حساب معامل الاستقرار، ووجد أن قيمة الثبات للمقياس الكلي للقلق بلغت ($r=0.883$). ب. الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ): حيث تم استخراج مؤشرات الصدق (الاتساق الداخلي) باستخدام ألفا كرونباخ، بحساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس، وبلغ معامل الثبات (ألفا كرونباخ) للمقياس الكلي ($\alpha=0.873$). وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

طريقة التطبيق والتصحيح: يتألف مقياس القلق المستخدم في الدراسة الحالية من ست عشرة (١٦) فقرة، وتمثله أربع عشرة (١٤) فقرة من فقرات مقاييس داس الأصلية (DASS-42) ذات الأرقام التالية (٢؛ ٤؛ ٧؛ ٩؛ ١٨؛ ١٩؛ ٢٠؛ ٢٢؛ ٢٣؛ ٢٥؛ ٢٨؛ ٢٩؛ ٤٠؛ ٤١). وأضيفت الفقرتان (أخشى من كوني أصبح لا أقوم سوى بأعمال تافهة؛ وأشعر بالارتباك) وهما مستمدتان من نفس الفقرات وتأكيداً عليهم، لتصبح عدد فقرات المقياس (١٦) فقرة حسب توجيهات المحكمين. ويطلب من المفحوصين تقدير استجاباتهم على سلم تقدير ليكرت مؤلف من أربع درجات، تتراوح من دائماً (٣)، وعادة (٢)، وأحياناً (١)، وأبداً (صفر)، (Lovibond & Lovibond, 1995b)، وتتعلق استجاباتهم بمدى التكرار أو شدة خبرات المشاركين خلال الأسبوع الماضي، وتتراوح الدرجة الكلية على مقياس القلق من صفر-٤٨، بحيث تُشير الدرجات المرتفعة على المقياس إلى المستويات العالية من القلق. وحسب توجهات واضعي المقياس وموافقة المحكمين تُشير الدرجات على الفقرات الست عشرة (١٦)، من (صفر-١٦) درجة، إلى مستوى منخفض جداً من القلق، ومن (١٧-٢٠) درجة إلى مستوى منخفض من القلق، ومن (٢١-٢٧) درجة إلى مستوى متوسط من القلق، ومن (٢٨-٣٨) درجة إلى مستوى مرتفع من القلق، ومن (٣٩ درجة وأعلى) إلى مستوى مرتفع جداً من القلق.

٢ - مقياس الاكتئاب: لتقييم درجة الاكتئاب لدى المريضات في الدراسة الحالية، تم استخدام الفقرات الخاصة بالاكتئاب المستمدة من مقاييس داس

(DASS-42) الذي وضعه كل من لفبوند ولفبوند (Lovibond and Lovibond, 1995a). ولغايات الدراسة الحالية، ترجمت فقرات مقياس الاكتئاب وعددها (١٤) فقرة المستمدة من النسخة الطويلة لمقاييس داس (DASS-42)، وذلك من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، ثم تم عرضها على إختصاصي في اللغتين العربية والإنجليزية للتحقق من مدى دقة الترجمة من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية للتحقق من التطابق والسلامة اللغوية للفقرات.

صدق وثبات المقياس: تم استخراج الصدق الظاهري لمقياس الاكتئاب من خلال عرض صورته الأولية على نفس مجموعة المحكمين المختصين (السابق الإشارة إليها) من حملة درجة الدكتوراه في الإرشاد والقياس النفسي والتربوي. وتألف المقياس بصورته الأولية من (١٤) فقرة، وطلب من المحكمين إبداء رأيهم في هذه الفقرات من حيث مدى ملاءمتها لمفهوم المقياس ولطبيعة المفحوصين وغايات الدراسة، و/أو إجراء تعديل على بعض الفقرات، وإضافة بعض الفقرات أو رفضها إذا كانت مكررة. وقد بلغت نسبة الاتفاق على صلاحية فقرات المقياس بين المحكمين (٩٠٪)، مع التوصية بإضافة فقرتين، وبالتالي فقد طرأت على مقياس الاكتئاب في صورته النهائية لغايات الدراسة الحالية تعديلات في عدد الفقرات بحيث أصبح يتكون من ست عشرة (١٦) فقرة. كما تم استخراج معاملات ثبات مقياس الاكتئاب بطريقتين هما: أ. طريقة الثبات بإعادة الاختبار حيث تم تطبيق مقياس الاكتئاب بصورته النهائية، على نفس العينة الاستطلاعية المكونة من أربعين (٤٠) مريضة والمستمدة من مجتمع الدراسة الأصلي، كما تم تطبيق المقياس على نفس العينة المذكورة مرة أخرى، بعد مرور مدة أسبوعين على التطبيق الأول، وباستخدام معادلة بيرسون، تم حساب معامل الاستقرار بين درجات المفحوصين في مرتي التطبيق، ووجد أن قيمة الثبات للقائمة الكلية لمقياس الاكتئاب بلغت ($r=0.939$). ب. الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ): حيث تم حساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس الكلي، وبلغ معامل الثبات (ألفا كرونباخ) للمقياس الكلي ($\alpha=0.887$). وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

طريقة التطبيق والتصحيح: يتألف مقياس الاكتئاب المستخدم في الدراسة الحالية من (١٦) فقرة وتمثله أربع عشرة (١٤) من فقرات مقياس داس الأصلية (DASS-42) ذات الأرقام التالية (٣؛ ١٣؛ ١٥؛ ١٦؛ ١٧؛ ٢١؛ ٢٤؛ ٢٧؛ ٣٠؛ ٣١؛ ٣٤؛ ٣٧؛ ٣٨؛ ٤٢) وأضيفت الفقرتان (وُجِدَتْ صعوبة في المبادرة بالقيام بفعل أشياء؛ أشعر بالاكتئاب فجأة)، حسب توصيات المحكمين، وهما مستمدتان من نفس الفقرات وتأكيداً عليهما، لتصبح عدد فقرات المقياس (١٦) فقرة. ويطلب من المفحوصين تقدير استجاباتهم على سلم تقدير ليكرت مؤلف من أربع درجات، تتراوح من دائماً (٣)، وعادة (٢)، وأحياناً (١)، وأبداً (صفر)، (Lovibond & Lovibond, 1995b)، وتتعلق استجاباتهم بمدى التكرار أو شدة خبرات المشاركين خلال الأسبوع الماضي. وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس من صفر-٤٨، بحيث تُشيرُ الدرجات المرتفعة على المقياس إلى المستويات العالية من الاكتئاب. وحسب توجهات واضعي المقياس وموافقة المحكمين تشير الدرجات على الفقرات الستة عشر (١٦)، من (صفر-١٦) درجة إلى مستوى منخفض جداً من الاكتئاب، ومن (١٧-٢٠) درجة إلى مستوى منخفض من الاكتئاب، ومن (٢١-٢٧) درجة إلى مستوى متوسط من الاكتئاب، ومن (٢٨-٣٨) درجة إلى مستوى مرتفع من الاكتئاب، ومن (٣٩ درجة وأعلى) إلى مستوى مرتفع جداً من الاكتئاب.

٣ - مقياس الدعم الاجتماعي: تم استخدام المقياس المتعدد الأوجه للدعم الاجتماعي المدرك (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Zimet et al., 1988)، المكون من (١٢) فقرة. حيث تُرجمَ المقياس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، ثم تم عرضه على اختصاصي في اللغتين العربية والإنجليزية للتحقق من مدى دقة الترجمة من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية للتحقق من التطابق والسلامة اللغوية للفقرات.

صدق وثبات المقياس: تم استخراج الصدق الظاهري لمقياس الدعم الاجتماعي من خلال عرض صورته الأولية على نفس مجموعة المحكمين المختصين (السابق الإشارة إليها). وتألف مقياس الدعم الاجتماعي بصورته

الأولية من (١٢) فقرة، وطلب من المحكمين إبداء رأيهم في هذه الفقرات من حيث مدى ملاءمتها لمفهوم المقياس ولطبيعة المفحوصين وغايات الدراسة، و/أو إجراء تعديل على بعض الفقرات، وإضافة بعض الفقرات أو رفضها إذا كانت مكررة. وقد بلغت نسبة الاتفاق على صلاحية فقرات المقياس بين المحكمين (٩٠٪)، وبالتالي فقد طرأت على مقياس الدعم الاجتماعي في صورته النهائية لغايات الدراسة الحالية تعديلات في الصياغة اللغوية ولكن بقي يتكون من نفس الفقرات الاثنتي عشرة (١٢) فقرة. كما تم استخراج معاملات ثبات مقياس الدعم الاجتماعي بطريقتين هما: أ. طريقة الثبات بإعادة الاختبار حيث تم تطبيق المقياس بصورته النهائية، على نفس العينة الاستطلاعية المكونة من أربعين (٤٠) مريضة والمستمدة من مجتمع الدراسة الأصلي. كما تم تطبيق المقياس على نفس العينة المذكورة مرة أخرى، بعد مرور مدة أسبوعين على التطبيق الأول، وباستخدام معادلة بيرسون، تم حساب معامل الاستقرار بين درجات المفحوصين في مرتي التطبيق، ووجد أن قيمة الثبات للقائمة الكلية لمقياس الدعم الاجتماعي بلغت ($r=0.829$). ب. الاتساق الداخلي (ألفا كرونباخ): حيث تم حساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس الكلي، وبلغ معامل الثبات (ألفا كرونباخ) للمقياس الكلي ($\alpha=0.861$). وبذلك تكون أداة الدراسة صادقة وثابتة وقابلة للتطبيق لغايات الدراسة الحالية.

طريقة التطبيق والتصحيح: يتألف مقياس الدعم الاجتماعي من (١٢) فقرة، تقيس مستوى إدراك وتصورات المفحوص للدعم الاجتماعي المتوفر لديه. وقد صممت الأداة لقياس إدراكات الدعم الاجتماعي الواردة من مصادر معينة: الأسر (الفقرات: ٣، ٤، ٨، ١١)، والأصدقاء (الفقرات: ٦، ٧، ٩، ١٢)، والآخرين المهمون (الفقرات: ١، ٢، ٥، ١٠). ويطلب من المستجيبين تقدير مستوى إدراكهم للدعم الاجتماعي، على سلم ليكرت للتقدير مكون من خمس درجات تتراوح من لا أوافق بشدة (١) إلى أوافق بشدة (٥). وتتراوح درجات المقياس الكلية من ١٢- ٦٠ درجة (وتشير الدرجات الأعلى إلى مستوى أكبر من الدعم الاجتماعي). وتشير الدرجة من ١٢- ٢٣، إلى مستوى منخفض من الدعم

الاجتماعي، ومن ٢٤-٤٢، إلى مستوى متوسط، ومن ٤٣-٦٠، إلى مستوى مرتفع من الدعم الاجتماعي. وقد استخدمت الدرجة الكلية (دعم الأسرة، دعم الأصدقاء ودعم الآخرين المهمين) على هذا المقياس لغايات الدراسة الحالية.

٤ - برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي: وهو برنامج إرشاد جمعي مصمم لغايات الدراسة الحالية المستند لمنظور العلاج المعرفي والمعرفي السلوكي باستخدام أسلوب الإرشاد الجمعي ومنظور التعليم النفسي حسب النماذج العلاجية المستخدمة من الباحثين في دراسات سابقة مع مرضى السكري الذين يعانون من الاكتئاب والقلق كمجموعة التدريب على العلاج المعرفي السلوكي (Gan et al., 2011; Lustman et al., 1999; Markowitz et al., 2011; Snoek et al., 2001; Van der Ven et al., 1998; Snoek et al., 2005). وقد طبق البرنامج في هذه الدراسة على أفراد المجموعة التجريبية (ن=١٥) خلال أربع عشرة جلسة (١٤) تضمنت المواضيع الآتية:

- الجلسة الأولى: التعارف والتقديم وبناء المصداقية.
- الجلسة الثانية: التعلم حول (CBT) ومرض السكري وتقييم المشكلة حسب بيك.
- الجلسة الثالثة: النموذج المعرفي السلوكي للقلق والاكتئاب (REBT).
- الجلستان الرابعة والخامسة: نموذج السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفياً (Daily Record of Dysfunctional Thoughts).
- الجلستان السادسة والسابعة: مهارات الاتصال ووضع الأهداف وحل المشكلة لزيادة الدعم الأسري والعلاقات ما بين الشخصية/ الدعم الاجتماعي ومرض السكري.
- الجلسة الثامنة: التعليمات الذاتية والحوار الذاتي.
- الجلسة التاسعة والعاشر: الثلاثي المعرفي؛ إعادة البناء المعرفي.
- الجلسات الحادية عشرة والثانية عشرة والثالثة عشرة: مهارات المواجهة للقلق والإجهاد ومرض السكري.
- والجلسة الرابعة عشرة: تقييم التقدم ومراجعة ما تعلمته المجموعة.

وقد تمّ التحقق من الصدق المنطقي لبرنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين المختصين تألفت من ستة (٦) أساتذة من المختصين في الإرشاد النفسي وعلم النفس من حملة شهادة الدكتوراه، من أقسام علم النفس في الجامعات الأردنية، لتحديد مدى مُناسبته للأهداف التي أُعدّ من أجلها، وقد ارتأت لجنة المحكمين أن البرنامج مناسب مع إجراء بعض التعديلات الطفيفة التي تعلقت بزيادة عدد الجلسات، وعلى ضوئه تم تطبيق البرنامج بعد إجراء الإضافات المطلوبة على عدد الجلسات.

إجراءات تطبيق أدوات الدراسة وجمع البيانات

بعد التحقق من صدق أدوات الدراسة وثباتها، واستصدار الموافقة من الجهات الرسمية على إجراء الدراسة في مركز الفرق الصحي الشامل في محافظة المفرق التي تم تحديده ليتم اختيار أفراد الدراسة منها، تم الوصول إلى ثمانين (٨٠) مريضة يعانين من مرض السكري وارتفاع ضغط الدم وذلك بالتنسيق مع الفريق الطبي المختص، ومنهن تم اختيار (٣٠) مريضة ممن يعانين من مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب ومستويات متدنية من الدعم الاجتماعي باستخدام مقاييس الدراسة، وذلك بعد الحصول على نماذج الموافقة الخطية من المريضة وولي الأمر/ الزوج أيضاً على المشاركة في إجراءات الدراسة. وتم اختيار أفراد الدراسة بإتباع أسلوب العينة الغرضية (Purposive Method)، وقد وضعت الشروط التالية لمشاركة السيدات في البرنامج: (١) أن تكون المريضة مشخصة حسب تقارير الأطباء بمرض السكري من النوع الثاني وضغط الدم المرتفع (٢) أن تتراوح أعمارهن ما بين (٣٥-٥٥) عاماً، و (٣) أن تسجل المشاركة مستويات مرتفعة على مقياسي القلق والاكتئاب ومنخفضة على مقياس الدعم الاجتماعي، وأن تعبّر عن رغبتها في تحسين أوضاعها. ومن ثم تم توزيع المريضات (ن=٣٠) مريضة عشوائياً بطريقة القرعة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، بمعدل (١٥) مريضة في المجموعة التجريبية (مجموعة

البرنامج الإرشادي)، و(١٥) مريضة في المجموعة الضابطة (بدون تدخل إرشادي) على قائمة الانتظار. وقد تم تطبيق جلسات البرنامج على أفراد المجموعة العلاجية من السيدات المريضات في إحدى قاعات المركز الطبي المعني خلال شهري أيار وحزيران من العام الجامعي ٢٠١٤-٢٠١٥، وتراوح زمن الجلسة من (٦٠) ستين دقيقة إلى (٩٠) تسعين دقيقة. وقد تولى تنفيذ البرنامج وقيادة المجموعة العلاجية إحدى المرشدات النفسيات من الجهاز العامل في المركز الطبي، وتحمل درجة الماجستير في الإرشاد الأسري وتم تدريبها من قبل الباحثة الرئيسية بشكل عملي على جلسات البرنامج وتزويدها بالمواد الخاصة به، ومتابعة تنفيذ أنشطة جلسات الإرشاد الجمعي وفق إعداد وترتيب مسبق مع الباحثة الرئيسية. كما تم تطبيق القياس البعدي على أفراد المجموعتين التجريبيّة والضابطة مباشرة بعد الجلسة الأخيرة من البرنامج التدخلي، وطبق القياس التتبعي بعد مرور شهر على تطبيق القياس البعدي على أفراد المجموعة التجريبية فقط.

محددات الدراسة

تتحدد إمكانية تعميم نتائج الدراسة الحالية تبعاً للخصائص الديموغرافية والصحية لأفراد عينة الدراسة من السيدات المسجلات المريضات بمرض السكري النوع الثاني وضغط الدم المرتفع من الترددات على مركز المفرق الصحي الشامل في محافظة المفرق، من الفئة العمرية (٣٥-٥٥) سنة، ممن أبلغن عن ارتفاع مستويات القلق والاكتئاب ونقص الدعم الاجتماعي لديهن. وتتحدد إمكانية تعميم نتائج الدراسة الحالية أيضاً، تبعاً للخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة في الدراسة، التي استندت لأسلوب التقرير الذاتي بالإضافة إلى طبيعة وظروف ومدة تطبيق برنامج الإرشاد الجمعي المستخدم في الدراسة الحالية التي امتدت خلال الفترة الواقعة من يوم الاثنين ٢٠١٥/٥/١، وحتى يوم الأربعاء الموافق ٢٠١٥/٦/١. هذا وقد استندت الدراسة أيضاً إلى محددات مكانية (مركز صحي حكومي شامل في مدينة المفرق - الأردن) وموضوعية

(أثر الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي على خفض القلق والاكتئاب وتحسين الدعم الاجتماعي لدى مريضات السكري وضغط الدم المرتفع) وزمانية (الفترة الواقعة ما بين الأشهر تشرين الثاني ٢٠١٤، وحزيران ٢٠١٥) ونتائج الدراسة التي تقتصر على درجة تمثيل أفراد الدراسة لمجتمع الدراسة.

ثالثاً - المعالجة الإحصائية للبيانات:

لتحقيق أهداف الدراسة والتحقق من فرضياتها، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، ولمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياسات البعدية، تم استخدام أسلوب تحليل التباين المصاحب (Analysis of Covariance ANCOVA) (بسبب اختلاف متوسطي المجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبار القبلي)، بالإضافة لاستخدام أحد مقاييس حجم التأثير المعروف باسم مربع ايتا (²) للتعرف على تأثير البرنامج الإرشادي المستخدم على المتغيرات التابعة، كما استخدم تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة (Repeated Measures ANOVA)، للمقارنات القبليّة والبعدية والتتبعية لدى أفراد المجموعة التجريبية، وذلك بواسطة إدخال البيانات الخاصة بالدراسة إلى جهاز الحاسوب ومن ثم معالجتها وتحليلها إحصائياً باستخدام رزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

نتائج الدراسة

فيما يلي عرض للنتائج التي تم الوصول إليها ومناقشتها مصنفة وفقاً لتتابع فرضيتي الدراسة الحالية.

أولاً - النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى للدراسة التي تنصّ على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة، في كلٍ من القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي في الاختبار البعدي". ويوضح الجدول رقم (١) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات

مقاييس الدراسة الثلاثة، في القياسات القبلية والبعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة.

الجدول رقم (١)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياسات القبلية والبعدي

المقياس	المجموعة	العدد	القياس القبلي		القياس البعدي	
			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
القلق	التجريبية	١٥	٣٦,٧٧	١٥,٥	١٦,٣٥	١,٨٤
	الضابطة	١٥	٣٨,٣٨	٣,٧٦	٣١,٨٩	٢,٩٠
الاكتئاب	التجريبية	١٥	٣٥,٨٦	٧,٠٧	١٦,١٥	١,٢٤
	الضابطة	١٥	٣٨,٢٥	٤,٧١	٣١,٥١	٣,٧٣
الدعم الاجتماعي	التجريبية	١٥	٢٠,٤٩	٤,٩٤	٢٩,٣٧	٢,١٩
	الضابطة	١٥	١٧,٩٥	٥,٣١	١٤,٤٢	٣,١٨

(١) درجات القلق:

للتحقق من صحة هذا الجزء المتعلق بالفرضية الأولى الخاصة بالقلق "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية (التي طبق عليها برنامج الإرشاد الجمعي)، والمجموعة الضابطة (التي لم يطبق عليها أي برنامج إرشادي)، في متغير القلق في الاختبار البعدي"، تم حساب المتوسطات الحسابية المعدلة والأخطاء المعيارية المعدلة لدرجات القلق في الاختبار البعدي لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة، كما يتضح في الجدول رقم (٢).

الجدول رقم (٢)

المتوسطات المعدلة والأخطاء المعيارية المعدلة لدرجات القلق البعدي
للمجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري المعدل
التجريبية	١٦,١٨	٠,٦٧٢
الضابطة	٣٢,٠٨	٠,٦٧٢

ويتضح من الجدول رقم (٢) أن المتوسط الحسابي المعدل لدرجات القلق البعدي للمجموعة التجريبية ($M=16,18$) كان أدنى من المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة ($M=32,08$). ويبين الجدول رقم (٣) نتائج تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) لدرجات القلق البعدي وفقاً لمتغير المجموعة.

الجدول رقم (٣)

تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) لدرجات القلق البعدي وفقاً لمتغير
المجموعة (التجريبية والضابطة)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة الإحصائية	قيمة مربع ايتا (η^2)
المتغير المشترك	٠,٢٥٩	١	٠,٢٥٩	٠,٠٤١	٠,٨٤١	٠,٠٠٢
المجموعة	١٦٦٠,٢٧	١	١٦٦٠,٢٧	٢٦٢,٦	٠,٠٠٠	٠,٩١٣
الخطأ	١٥٨,٠٤٤	٢٥	٦,٣٢٢			
الكلية	١٩٤٤٠,٨١	٣٠				
الكلية المصحح	١٩٧٦,٣٢	٢٩				

ويبين الجدول رقم (٣) أن قيمة "ف" بلغت (٢٦٢,٦) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١) ما يؤدي إلى قبول الفرضية البحثية ورفض الفرضية الصفرية. ولتحديد نسبة مساهمة البرنامج الإرشادي في تباين درجات القلق، تم استخراج قيمة مربع ايتا (η^2) لقياس حجم التأثير (Effect Size)، ويبين الجدول رقم (٣) أن هذه القيمة بلغت (٩١,٣ %) وهي قيمة مرتفعة؛ ما يشير إلى وجود أثر ذي دلالة عملية للبرنامج الإرشادي على درجات القلق.

(٢) درجات الاكتئاب:

للتحقق من صحة هذا الجزء من الفرضية الثانية المتعلق بالاكتئاب "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والضابطة في متغير الاكتئاب في الاختبار البعدي". تم حساب المتوسطات الحسابية المعدلة والأخطاء المعيارية المعدلة لدرجات الاكتئاب في الاختبار البعدي لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة، كما يتضح في الجدول رقم (٤).

الجدول رقم (٤)

المتوسطات الحسابية المعدلة والأخطاء المعيارية المعدلة لدرجات الاكتئاب البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري المعدل
التجريبية	١٦,١١	٠,٧٤٥
الضابطة	٣١,٥٥	٠,٧٤٥

ويتضح من الجدول رقم (٤) أن المتوسط الحسابي المعدل لدرجات الاكتئاب البعدي للمجموعة التجريبية ($M=16,11$) درجة، كان أدنى من المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة ($M=31,55$) درجة. كما ويبين الجدول رقم (٥) نتائج تحليل التباين الأحادي المصاحب لدرجات الاكتئاب البعدي وفقاً لمتغير المجموعة.

الجدول رقم (٥)

تحليل التباين الأحادي المصاحب (ANCOVA) لدرجات الاكتئاب البعدي وفقاً لمتغير المجموعة (التجريبية والضابطة)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة الإحصائية	قيمة مربع ايتا (η^2)
المتغير المشترك	٩,٥١٠	١	٩,٥١٠	١,١٩٥	٠,٢٨٥	٠,٠٤٦
المجموعة	١٥٦٥,٧٧٨	١	١٥٦٥,٧٧٨	١٩٦,٧٦٦	٠,٠٠٠	٠,٨٨٧
الخطأ	١٩٨,٩٣٩	٢٥	٧,٩٥٨			
الكلية	١٩٠٢٦,٥٤١	٣٠				
الكلية المصحح	١٩٨٥,٧٠٧	٢٩				

ويبين الجدول رقم (٥) أن قيمة "ف" بلغت (١٩٦,٧٦)، وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٠١) ما يؤدي إلى قبول الفرضية البحثية ورفض الفرضية الصفرية. ولتحديد نسبة مساهمة البرنامج الإرشادي في تبين درجات الاكتئاب، تم استخراج قيمة مربع ايتا (η^2) لقياس حجم التأثير (Effect Size)، ويبين الجدول رقم (٥) أن هذه القيمة بلغت (٨٨,٧٪) وهي قيمة مرتفعة؛ ما يشير إلى وجود أثر ذي دلالة عملية للبرنامج الإرشادي على درجات الاكتئاب.

(٣) درجات الدعم الاجتماعي:

للتحقق من صحة هذا الجزء من الفرضية الأولى المتعلق بالدعم الاجتماعي "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير الدعم الاجتماعي في الاختبار البعدي". تم حساب المتوسطات الحسابية المعدلة والأخطاء المعيارية المعدلة لدرجات الدعم الاجتماعي في الاختبار البعدي لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة، كما يتضح في الجدول رقم (٦).

الجدول رقم (٦)

المتوسطات الحسابية المعدلة والأخطاء المعيارية المعدلة لدرجات الدعم الاجتماعي في القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة	المتوسط المعدل	الخطأ المعياري المعدل
التجريبية	٢٩,٢٤	٠,٧٢٦
الضابطة	١٤,٥٥	٠,٧٢٦

ويتضح في الجدول رقم (٦) أن المتوسط الحسابي المعدل لدرجات الدعم الاجتماعي البعدي للمجموعة التجريبية ($M=29,24$) درجة، كان أعلى من المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة ($M=14,55$) درجة.

الجدول رقم (٧)

تحليل التباين الأحادي المصاحب (ANCOVA) لدرجات الدعم الاجتماعي
البعدي وفقاً لمتغير المجموعة (التجريبية والضابطة)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة الإحصائية	قيمة مربع ايتا (η^2)
المتغير المشترك	٠,٦٣٠	١	٠,٦٣٠	٠,٠٨٥	٠,٧٧٣	٠,٠٠٣
المجموعة	١٤١٧,٦٧٢	١	١٤١٧,٦٧٢	١٩١,٩	٠,٠٠٠	٠,٨٨٥
الخطأ	١٨٤,٦٤٤	٢٥	٧,٣٨٦			
الكلية	١٦٢٧٢,٥٦	٣٠				
الكلية المصحح	١٨٨٦,٤٥٩	٢٩				

ويبين الجدول رقم (٧)، نتائج تحليل التباين الأحادي المصاحب (ANCOVA) لدرجات الدعم الاجتماعي البعدي وفقاً لمتغير المجموعة، حيث بلغت قيمة "ف" (١٩١,٩) وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٠١) ما يؤدي إلى قبول الفرضية البحثية ورفض الفرضية الصفرية. ولتحديد نسبة مساهمة البرنامج الإرشادي في تباين درجات الدعم الاجتماعي، تم استخراج قيمة مربع ايتا (η^2) لقياس حجم التأثير (Effect Size)، ويبين الجدول رقم (٧) أن هذه القيمة بلغت (٨٨,٥٪) وهي قيمة مرتفعة، ما يشير إلى وجود أثر ذي دلالة عملية للبرنامج الإرشادي على درجات الدعم الاجتماعي.

ثانياً - النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية للدراسة التي تنصّ على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في كلٍ من القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي في الاختبار القبلي والبعدي والتتبعي". للتحقق من صحة فرضية الدراسة الثانية، تم استخدام تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة (Repeated Measures ANOVA) باستعمال الإحصائي جرينهاوس - جيسر (Greenhouse-Geisser) واختبار "بونفيروني" (Bonferroni test)، للمقارنات البعدية المتعددة، لفحص دلالة الفروق بين الاختبارات الثلاثة: القبلي، البعدي، والتتبعي. ويوضح الجدول رقم (٨) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

لدرجات الاختبار القبلي والبعدي والتتبعي للقلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية (ن=١٥).

الجدول رقم (٨)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الاختبار القبلي والبعدي والتتبعي للقلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية

المقياس	المقياس	عدد المشاركين	المتوسط	الانحراف المعياري
القلق	القبلي	١٥	٣٦,٧٧	٥,١٥
	البعدي	١٥	١٦,٣٥	١,٨٤
	التتبعي	١٥	١١,٩٥	٣,٥٢
الاكتئاب	القبلي	١٥	٣٥,٨٦	٧,٠٧
	البعدي	١٥	١٦,١٥	١,٢٤
	التتبعي	١٥	١٢,٤٨	٣,٣٦
الدعم الاجتماعي	القبلي	١٥	٢٠,٤٩	٤,٩٤
	البعدي	١٥	٢٩,٣٧	٢,١٩
	التتبعي	١٥	٢٨,٤٤	٢,٦٤

(١) درجات القلق:

للتحقق من صحة هذا الجزء المتعلق بالفرضية الثانية الخاصة بالقلق "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القلق في الاختبار القبلي والبعدي والتتبعي"، ولمعرفة فيما إذا كان هذا الفرق ذا دلالة إحصائية، فقد تم حساب تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة (Repeated Measures ANOVA) لدرجات القلق لدى المجموعة التجريبية وذلك وفقاً لمتغير وقت الاختبارات الثلاثة: القبلي، البعدي، والتتبعي، ويوضح الجدول رقم (٩) نتائج هذا التحليل الإحصائي.

الجدول رقم (٩)

نتائج تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لدرجات القلق لدى المجموعة التجريبية تبعاً لمتغير وقت الاختبارات الثلاثة: القبلي والبعدي والتتبعي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة	مربع ايتا (η^2)
وقت الاختبار	٥٢٦٢,٩٩	١,٣٨	٣٨١٠,٣٦	١٩٣,٧٦	٠,٠٠٠	٠,٩٣٣
الخطأ	٣٨٠,٢٦٤	١٩,٣٤	١٩,٦٦٥			

يتبين من الجدول رقم (٩) نتائج تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة (Repeated Measures ANOVA)، لمتوسطات درجات القلق في القياسات (القبليّة - البعدية - المتابعة) باستخدام الإحصائي جرينهاوس - جيسر (Greenhouse-Geisser) وجود فروق دالة إحصائية ($F = 193.76, p < 0.001$) (١٩,٣٤ و ١,٣٨) تبعاً لمتغير وقت الاختبار. وللتعرف على مصادر هذه الفروق تم إجراء اختبار "بونفيروني" (Bonferroni test) للمقارنات البعدية المتعددة. ويوضح الجدول رقم (١٠) نتائج هذا التحليل.

الجدول رقم (١٠)

نتائج اختبار "بونفيروني" للمقارنات البعدية المتعددة لدرجات القلق لدى المجموعة التجريبية تبعاً لمتغير وقت الاختبارات الثلاثة: القبلي (١)، البعدي (٢)، التتبعي (٣)

الاختبار (I)	الاختبار (J)	متوسطات الفروق (I-J)	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة	٩٥% مدى الثقة في الفروق	
					أعلى	أدنى
١	٢	٢٠,٤٢**	١,٥٩٤	٠,٠٠٠	٢٤,٧٥	١٦,٠٩
	٣	٢٤,٨٢**	١,٥١١	٠,٠٠٠	٢٨,٩٣	٢٠,٧٢
٢	١	٢٠,٤٢-	١,٥٩٤	٠,٠٠٠	١٦,٠٩-	٢٤,٧٥-
	٣	٤,٤١**	٠,٧٨٠	٠,٠٠٠	٦,٥٢٦	٢,٢٨٨
٣	١	٢٤,٨٢-	١,٥١١	٠,٠٠٠	٢٠,٧٢-	٢٨,٩٣-
	٢	٤,٤١-*	٠,٧٨٠	٠,٠٠٠	٢,٢٨٨-	٦,٥٢٦-

وتشير نتائج المقارنات البعدية المتعددة المبينة في الجدول رقم (١٠)، للفروق بين درجات القلق في الاختبارات الثلاثة، إلى أن أكبر فرق ($M=24.8$)

دالّ كانَ بينَ الاختبار التتبعي (٣) والقَبْلِي (١) وهي قيمة دالّة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١)، تلاه الفرق (م=٤,٢٠) ما بينَ الاختبار البَعْدِي (٢) والقَبْلِي (١) وهي قيمة دالّة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١)، وأخيراً، الفرق (م=٤,٤) ما بينَ الاختبار التتبعي (٣) والبَعْدِي (٢) وهي قيمة أيضاً دالّة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١). ويُمكنُ أَنْ نَرى أَنَّ تركيزَ القلق انخفضَ بشكل دالّ في الاختبار التتبعي في هذه النقطة من وقت الاختبار.

(٢) درجات الاكتئاب:

للتحقق من صحة هذا الجزء المتعلق بالفرضية الثانية الخاصة بالاكتئاب "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في الاكتئاب في الاختبار القبلي والبعدي والتتبعي"، ولمعرفة فيما إذا كان هذا الفرق ذا دلالة إحصائية فقد تم حساب تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة (Repeated Measures ANOVA) لدرجات الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية وذلك وفقاً لمتغير وقت الاختبارات الثلاثة: القبلي، البعدي، التتبعي، ويوضح الجدول رقم (١١) نتائج هذا التحليل الإحصائي.

الجدول رقم (١١)

نتائج تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لدرجات الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية تبعاً لمتغير وقت الاختبارات الثلاثة: القبلي والبعدي والتتبعي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة	مربع ايتا (η^2)
الاختبار	٤٧٤١,٧٩٦	١,٣٥	٤٧٤١,٧٩	١٤٥,٩٤	٠,٠٠٠	٠,٩١٢
الخطأ	٤٥٤,٨٩٠	١٨,٨٥٩	٢٤,١٢١			

يتبين من الجدول رقم (١١) نتائج تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة (Repeated Measures ANOVA)، لمتوسطات درجات الاكتئاب في القياسات (القَبْلِيّة - البَعْدِيّة - المتابعة) باستخدام الإحصائي جرينهاوس-جيسر (Greenhouse-Geisser) وجود فروق دالة إحصائياً ($F = 145.94, p < 0.001$)

(١٨,٨٦ و ١,٣٥) تبعاً لمتغير وقت الاختبار. وللتعرف على مصادر هذه الفروق تم إجراء اختبار "بونفيروني" (Bonferroni test) للمقارنات البعدية المتعددة. ويوضح الجدول رقم (١٢) نتائج هذا التحليل.

الجدول رقم (١٢)

نتائج اختبار "بونفيروني" للمقارنات البعدية المتعددة لدرجات الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية تبعاً لمتغير الاختبارات الثلاثة: القبلي (١)، البعدي (٢)، التتبعي (٣)

(I) الوقت	(J) الوقت	متوسطات الفروق (I-J)	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة	٩٥% مدى الثقة في الفروق	
					أعلى	أدنى
١	٢	١٩,٧٠٧**	١,٧٧٥	٠,٠٠٠	٢٤,٧٥	١٦,٠٩
	٣	٢٣,٣٧٨**	١,٦٣٢	٠,٠٠٠	٢٨,٩٣	٢٠,٧٢
٢	١	١٩,٧٠٧-	١,٧٧٥	٠,٠٠٠	١٦,٠٩-	٢٤,٧٥-
	٣	٣,٦٧١*	٠,٨٢٧	٠,٠٠٢	٦,٥٢٦	٢,٢٨٨
٣	١	٢٣,٣٧٨-	١,٦٣٢	٠,٠٠٠	٢٠,٧٢-	٢٨,٩٣-
	٢	٣,٦٧١-	٠,٨٢٧	٠,٠٠٢	٢,٢٨٨-	٦,٥٢٦-

وتشير نتائج المقارنات البعدية المتعددة المبينة في الجدول رقم (١٢)، للفروق بين درجات الاكتئاب في الاختبارات الثلاثة، إلى أن أكبر فرق ($M=٢٣,٤$) دالٌّ كان بين الاختبار التتبعي (٣) والقبلي (١) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ($٠,٠٠١$)، تلاه الفرق ($M=١٩,٧٠٧$) ما بين الاختبار البعدي (٢) والقبلي (١) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ($٠,٠٠١$)، وأخيراً، الفرق ($M=٣,٧$) ما بين الاختبار التتبعي (٣) والبعدي (٢)، وهي قيمة أيضاً دالة إحصائياً عند مستوى ($٠,٠٠٢$). ويُمكن أن نرى بأن تركيز الاكتئاب انخفض بشكل دالٍّ في هذه النقطة (الاختبار التتبعي) من وقت الاختبار.

(٣) درجات الدعم الاجتماعي:

للتحقق من صحة هذا الجزء المتعلق بالفرضية الثانية الخاصة بالدعم الاجتماعي " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في الدعم الاجتماعي في الاختبار القبلي والبعدي والتتبعي"، ولمعرفة

فيما إذا كان هذا الفرق ذا دلالة إحصائية فقد تم حساب تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة (Repeated Measures ANOVA) لدرجات الدعم الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية وذلك وفقاً لمتغير وقت الاختبارات الثلاثة: القبلي، البعدي، التتبعي، ويوضح الجدول رقم (١٣) نتائج هذا التحليل الإحصائي.

الجدول رقم (١٣)

نتائج تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة لدرجات الدعم الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية تبعاً لمتغير وقت الاختبارات الثلاثة: القبلي والبعدي والتتبعي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة	مربع ايتا (η^2)
الاختبار	٧١٥,٣٨٦	١,٧٥٥	٤٠٧,٦٥٠	٣٠,٢٦٨	٠,٠٠٠	٠,٦٨٤
الخطأ	٣٠,٢٦٨	٢٤,٥٦٩	١٣,٤٦٨			

يتبين من الجدول رقم (١٣) نتائج تحليل التباين الأحادي للقياسات المتكررة (Repeated Measures ANOVA)، لمتوسطات درجات الدعم الاجتماعي في القياسات (القبليّة - البعدية - المتابعة) باستخدام اختبار جرينهاوس - جيسر (Greenhouse-Geisser) وجود فروق دالة إحصائية ($F = 407.65, p < 0.001$) وفقاً لمتغير وقت الاختبار. وللتعرف على مصادر هذه الفروق تم إجراء اختبار "بونفيروني" (Bonferroni test)، للمقارنات البعدية المتعددة. ويوضح الجدول رقم (١٤) نتائج هذا التحليل.

الجدول رقم (١٤)

نتائج اختبار "بونفيروني" للمقارنات البعدية المتعددة لدرجات الدعم الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية تبعاً لمتغير لاختبارات الثلاثة: القبلي (١)، البعدي (٢)، التتبعي (٣)

(I) الوقت	(J) الوقت	متوسطات الفروق (I-J)	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة	٩٥٪ مدى الثقة في الفروق	
					أعلى	أدنى
١	٢	٨,٨٨٥*	١,٣٦٨	٠,٠٠٠	٥,١٦٨-	١٢,٦٠٣-
	٣	٧,٩٥٤*	١,٣٦٧	٠,٠٠٠	٤,٢٣٨-	١١,٦٧٠-

تابع/ الجدول رقم (١٤)

نتائج اختبار "بونفيروني" للمقارنات البعدية المتعددة لدرجات الدعم الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية تبعاً لمتغير لاختبارات الثلاثة: القبلي (١)، البعدي (٢)، التتبعي (٣)

(I) الوقت	(J) الوقت	متوسطات الفروق (I-J)	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة	٩٥٪ مدى الثقة في الفروق	
					أعلى	أدنى
٢	١	٨,٨٨٥**	١,٣٦٨	٠,٠٠٠	١٢,٦٠٣	٥,١٦٨
	٣	٠,٩٣١	٠,٩٩٣	١,٠٠٠	٣,٦٣١	١,٧٦٩-
٣	١	٧,٩٥٤**	١,٣٦٧	٠,٠٠٠	١١,٦٧٠	٤,٢٣٨
	٢	٠,٩٣١-	٠,٨٢٧	١,٠٠٠	١,٧٦٩	٣,٦٣١-

وتشير نتائج المقارنات البعدية المتعددة المبينة في الجدول رقم (١٤)، للفروق بين درجات الدعم الاجتماعي في الاختبارات الثلاثة، إلى أن أكبر فرق (م=٨,٨٨) دالٌّ كان ما بين الاختبار البُعدي (٢) والقبلي (١) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١)، تلاه الفرق (م=٧,٩٥) ما بين الاختبار التتبعي (٣) والقبلي (١) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١)، لكن الفرق (م=٠,٩٣) ما بين الاختبار التتبعي (٣) والبُعدي (٢) لم يكن دالاً إحصائياً. ويُمكن أن نرى بأن تركيز الدعم الاجتماعي بالرغم من أنه تراجع سلباً في الاختبار التتبعي بحيث انخفض مقارنة بالبعدي، لكن الفرق بينهما لم يكن دالاً في هذه النقطة من وقت الاختبار. وتُشير هذه النتائج بمجملها إلى قبول فرضية الدراسة الثانية ورفض الفرضية الصفريّة وذلك فيما يتعلق بالقلق والاكتئاب، لكن رفض فرضية الدراسة وقبول الفرضية الصفريّة لكن جزئياً بالنسبة للدعم الاجتماعي.

المناقشة

سعت الدراسة الحالية إلى تقصي وفحص أثر برنامج إرشاد جمعي يستند إلى منظور الإرشاد المعرفي السلوكي ومنظور التعليم النفسي، على خفض مستويات القلق والاكتئاب وزيادة الدعم الاجتماعي لدى عينة من النساء

المريضات بالسكّري وضغط الدم المرتفع، وذلك من خلال فحص فرضيتين رئيسيتين. وقد توصلت الدراسة فيما يتعلق بفرضية الدراسة الأولى إلى وجود فروق دالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة من المريضات بالسكّري وضغط الدم المرتفع، على متغيرات الدراسة الثلاثة: القلق والاكتئاب والدعم الاجتماعي، أتت لصالح المجموعة التجريبية. وتتفق هذه النتائج وبوجه عام مع ما توصلت إليه بعض الدراسات التي استخدمت أسلوب الإرشاد الجمعي المستند إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي والتعليم النفسي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لمرضى السكّري وضغط الدم المرتفع وغيرها من الأمراض والأوضاع الصحية المزمنة، ومنها بعض الدراسات العربية مثلاً (Lustman et al., 1998; Palizgir, Bakhtiari, والأجنبية (Al Hayek et al., 2013; Sharif et al., 2014; Simson & Esteghamati, 2014; Penckofer et al., 2012; Stiefel et al., 2008; Zettler et al., 1995; Snoek et al., 1999).

ويمكن تفسير هذه النتيجة الإيجابية لدى أفراد المجموعة التجريبية، وتأثير البرنامج الإرشادي الجمعي بالعلاج بالمعرفي السلوكي والتعليم النفسي في التقليل من القلق والاكتئاب وزيادة مستويات تصورات الدعم الاجتماعي، بأنها قد تعود لعدة عوامل تتعلق بكفاءة المنظور المعرفي السلوكي وتكنيكاته المستخدمة التي ساعدت المشاركات على تعلّم طرق لاستكشاف أفكارهن الآلية المتعلقة بالمرض، واكتشاف كيف تؤثر هذه الأفكار على مزاجهن المكتئب وقلقهن وسلوكهن السلبي تجاه أنفسهن ومع الآخرين والحياة برمتها، وتحدي هذه الاعتقادات بأفكار بناءة ومساعدة للنفس أكثر، ما يكون قد أدى لتخفيض المشاعر السلبية وتطوير سبل تعامل تكيفية أكثر لديهن. كما أن المعلومات في مكون التعليم النفسي في البرنامج الإرشادي وزودت المجموعة التجريبية بها عن المرض وملابساته يبدو أنها كانت فعالة وأحدثت تأثيراً إيجابياً، فقد جاءت هذه المعلومات لترد على التساؤلات والمخاوف التي تدور في أذهانهم، وربما جعلت هؤلاء السيدات المريضات يزددن يقيناً بأن المرض مع أنه مزمن قد يبقى على هذا الحال مدة طويلة، إلا أننا بالرغم من ذلك يمكننا العيش مع المعاناة

ومواصلة حياتنا والتطلع للمستقبل وقطف "لحظات سعادة" وذلك على أساس منظم مع أنفسنا ومع من نحبه، خاصة مع أجواء عدم التأكد والحيرة ونقص توفر هذه المعلومات كلية التي تبين أنها كانت تهيمن على النظام الأسري لديهن (Zahlis & Lewis, 1998).

كما يمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً بأنها تتعلق بالشروط الميسرة (Rogers, 1963) وبالفضيات الإرشادية التي استخدمت مع هذه المجموعة الإرشادية، ومنها التقبل غير المشروط والتعاطف والأصالة والاحترام المتبادل وبناء عامل الثقة مع المسترشدين في بيئة آمنة، كما وتثير الانتباه لدور القوى الكامنة الخاصة داخل المجموعة وتنتج تغييرات بناءة أو ما أطلق عليها يالوم (Yalom, 1995) العمليات العلاجية والشفائية (Curative Factors)، كعمليات الكشف عن الذات والتغذية الراجعة والمجازفة والاهتمام والقبول والأمل والشعور بالقوة والتفيس الانفعالي (Catharsis). ولقد لُسن تأثير خبرة المجموعة الإرشادية التي كانت غنية بالأنشطة المقصودة والموجهة بالهدف في كثير من الأنشطة التي قامت بها المشاركات في البرنامج، وكان منها "مهارة الاستثناءات والأمل"، فالأمل يعني الاعتقاد بأن التغيير ممكن وأن المريضة ليست ضحية لما حدث ويمكنها القيام بقرارات جديدة. "ويعدُّ الأمل بحد ذاته علاجاً، لأنه يزود أعضاء المجموعة العلاجية بالثقة بأنهم يمتلكون القوة لاختبار كيف يمكنهم أن يكونوا مختلفين عن السابق" (Corey & Corey, 1997: 248).

وأخيراً، أشارت النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية للدراسة، إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في الاختبار القبلي والبعدي والتتبعي بعد مرور شهر على انتهاء البرنامج الإرشادي، على متغيرات الدراسة الثلاثة: القلق والاكتئاب، باستثناء الدعم الاجتماعي الذي تراجع في القياس التتبعي عن القياس البعدي لكن ليس بدرجة دالة.

وتشير هذه النتيجة بوجه عام إلى أن برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي الجمعي والتعليم النفسي، قد برهن على تأثيره ليس فقط في احتفاظ أفراد

عينة الدراسة بالمكاسب العلاجية التي أحرزوها في القياس البعدي، بل أيضاً في استمرار هذه النتيجة الإيجابية نسبياً وذلك في فترة القياس التتبعي. وتتسجم هذه النتيجة بوجه عام مع نتائج بعض الدراسات التي برهنت على كفاءة برامج الإرشاد الجمعي في تحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى المرضى، ومنها بعض الدراسات العربية مثلاً (Al Hayek et al., 2013)، وبعض الدراسات الغربية (Lustman et al., 1998; Palizgir et al., 2014; Penckofer et al., 2012; Sharif et al., 2014; Snoek et al., 1999, 2001; Stiefel et al., 2008; Zettler et al., 1995). التي أشارت لاحتفاظ المشاركين بالنتائج العلاجية في قياسات المتابعة وذلك على عينات من المرضى من المُصابين بأوضاع صحية مزمنة كمرض السكري. كما وتتوافق هذه النتيجة مع نتائج بعض المراجعات السابقة (Harkness et al., 2010; Markowitz et al., 2011; Snoek & Skinner, 2002)، التي أظهرت أن برامج العلاج المعرفي السلوكي الجمعي وإلى حد ما تؤدي لتثبيت تأثيرات الإرشاد النفسي في حالات مرضى السكري.

وتبرز هذه النتيجة وجود نتيجتين فرعيتين فمن ناحية أثبت البرنامج الإرشادي فعاليته نسبياً في احتفاظ أفراد عينة الدراسة من السيدات المصابات بمرض مزمن بالمكاسب العلاجية التي أحرزوها في القياس البعدي، في فترة القياس التتبعي، وذلك فيما يتعلق باستمرار انخفاض شعورهن بالقلق والاكتئاب. ومن جانب آخر نرى أن المريضات لم يتمكن من المحافظة على مستوى التحسن الذي أحرزته في القياس البعدي على مقياس الدعم الاجتماعي وذلك بعد شهر عند القياس التتبعي فقد عادت درجاتهن على مقياس الدعم الاجتماعي للانخفاض ثانية، ما يعكس تراجع تصوراتهن لنوعية الدعم الاجتماعي الذي يتلقينه داخل أسرهن وخارجها ومن ترابط ومودة وألفة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة الأخيرة لكون تكتيكات البرنامج الذي استند بصورة رئيسية إلى مفاهيم بيك والعلاج المعرفي التي كانت تستهدف تحقيق أهداف أفراد العينة فيما يتعلق بالقلق والاكتئاب، وتركزت في مجملها على

تحسين أوضاعهن العاطفية المتضاربة والمزعجة لهن وقلقهن المستمر على مستقبلهن الصحي، من خلال تقييم المشكلة حسب بيك وسكوت ووليامز (٢٠٠٠) وتعلم النموذج المعرفي السلوكي للاكتئاب والقلق واستخدام السجل اليومي للأفكار المختلفة وظيفياً والثلاثي المعرفي وإعادة البناء المعرفي، ويبدو أن مواضيع البرنامج هذه لم تكن كافية لجعل المشاركات يحتفظن على المدى البعيد بتلك التصورات المتعلقة بشبكة الدعم الاجتماعي لديهن نسبياً.

وبوجه عام، تؤكد نتائج هذه الدراسة أن المرشدين الأسريين وممارسي الرعاية الصحية العاملين في المراكز الطبية يجب أن يكونوا يقظين لصعوبات التوافق النفسي والاجتماعي كالقلق والاكتئاب لدى المرضى بشكل مزمن (Sieh, Visser-Meily & Meijer, 2013)، وأن يحاولوا توفير تدخلات معرفية سلوكية ضمن مجموعات من المرضى، كما وتقتصر أن تأثير البرنامج كان محدداً بالنسبة للدعم الاجتماعي في القياس التتبعي، وأنه لزيادة المنافع، من الضروري أن تطبق تراكيب داعمة أخرى (Hayes & Morgan, 2005).

وتوجد بعض المحددات المتعلقة بنتائج هذه الدراسة، يتعلق جزء منها بالمنهجية المتبعة وبطبيعة المقاييس المستخدمة، وتستدعي ضرورة أخذ نتائج الدراسة الحالية بحذر. فقد كانت هذه الدراسة محاولة تجريبية تم ضبطها بإحكام وتم إيصال استراتيجيات البرنامج التدخلية ضمن شروط تعتبر نموذجية نسبياً، وتضمنت التدريب المكثف لقائد المجموعة التجريبية والإشراف المركز والتقييم الشامل لعملية تطبيق البرنامج. وقد أشارت بيانات عملية المتابعة والتقييم إلى أن قائدة المجموعة العلاجية قامت بتطبيق البرنامج الجمعي المعرفي السلوكي كما خطط له وحسب النسخة التي وفرت لها وتدربت جيداً عليها، وأيضاً، كانت معدلات المواظبة على الحضور إلى الجلسات الإرشادية عالية بدرجة ثابتة، ومن جانب آخر، قد تكون طبيعة عمل قائدة المجموعة أدت لإضفاء نوع من الهالة عليها لكونها ضمن الفريق الطبي العامل في المركز الطبي، ما أدى أيضاً لتأثر النتائج. كما أن تعذر القيام بالمتابعة والانتباه الفعلي لأفراد المجموعة الضابطة للسيطرة ولضبط الاهتمام والتبادلية والوقت الذي

قد تكون هؤلاء المريضات أمضيته في التفاعل مع البعض من نظيراتهم في المجموعة التجريبية، يحتمل أن يكون قد أثر على دقة النتائج في القياسات البعدية.

كما يجب مراعاة صغر حجم العينة والأساليب الإحصائية التي استخدمت في فحص الفرضيات الإحصائية الحالية، وأن عينة الدراسة ضمت مرضى بالسكري وضغط الدم المرتفع كانوا من الإناث فقط. كما أن الأسلوب الذي اتبع في اختيار أفراد الدراسة الذي تم بالطريقة القصدية، ولم يتم بالطريقة العشوائية التي تسمح بإمكانية التعميم، بل خضع لشروط، ما يزيد من احتمالية وإمكانية وجود استعداد ودافعية للتحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية تفوق تلك التي يمتلكها الأفراد في مجتمع وعينة أخرى عشوائية ممثلة لمجموع المرضى بالسكري وضغط الدم المرتفع من الذكور والإناث في الأردن، أو تفوق تلك التي يمتلكها الأفراد الذين أشاروا في الدراسة الاستطلاعية إلى عدم رغبتهم في الاشتراك في الدراسة، أو الذين لم تنطبق شروط المشاركة عليهم. ويمكن للدراسات المستقبلية أن تستفيد من استخدام عينات معرضة لخطر عال من مرضى السكري بشروط إدراج أكثر تهاوناً. كما يجب مراعاة أن مجموعة المريضات هن اللواتي قدّرن توافقهن النفسي والاجتماعي في الدراسة الحالية ولذلك فمن المحتمل أن تكون هذه التقديرات متحيّزة وخضعت لتأثيرات المرغوبة الاجتماعية، وأيضاً، ما يبرز الحاجة لتضمين المعلومات حول تقديرات الأزواج والأطباء المعالجين ووجهة نظرهم بشأن هؤلاء المرضى في أي بحث تقييمي ذي علاقة مستقبلاً.

Effect of Cognitive Behavioral Group Counseling in Reducing Anxiety and Depression and Improving Social Support Among Female Patients with Diabetes Mellitus Type 2 and Hypertension

Dr. Jehad M. Alaedein

Faculty of Educational Sciences
AL-Hashemite University
H.K.J

Amal G. AlKhateeb

Al Mafrq Hospital, Mafrq
H.K.J

Abstract

This experimental study sought to explore the impact of group cognitive behavioral counseling in reducing levels of anxiety and depression and improving social support, among a purposive sample of female patients with Diabetes Mellitus type 2 and Hypertension at Mafrq Comprehensive Medical Center-Jordan. The participants were divided randomly into two groups, an experimental group (n = 15), who received counseling program based on the cognitive behavior therapy and a control group (n = 15) who didn't receive any counseling program. Results of pretest to posttest differences for the experimental and control groups on the study scales revealed that the treatment group compared to control group, was significantly more likely to have lower anxiety and depressive symptoms. Further, results of pre-post- follow-up tests comparisons for each of the dependent variables for the experimental group showed that while grades on anxiety and depression improved significantly, to become lower, grades on social support regressed to become lower in follow-up test, but the difference was not significant (159 words).

المراجع

- ١ - بيك، آرون وسكوت، جان ووليامز، مارك (٢٠٠٠). **العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية** (مترجم) ترجمة حسن مصطفى عبد المعطي. القاهرة، جمهورية مصر العربية: مكتبة زهراء الشرق.
- ٢ - الدهيمات، عمر (٢٠١٥). **أمراض السكري والضغط وعلاقتها بضغط العمل**.
- ٣ - المالح، حسان (٢٠٠٦). **الاكتئاب ومرض السكري وأمراض شرايين القلب**. الرابط الإلكتروني www.hayatnafs.com/.../depression&diabetescoronaryheartdisease.htm
- 4 - Al Hayek, A., Asirvatham, R., Al Dawish, M., Zamzami, M., Asirvatham, S., & Alzaid, A. (2013). Impact of an education program on patient anxiety, depression, glycemic control, and adherence to self-care and medication in Type 2 diabetes. **Journal of Family Community Medicine**, 20(2), 77-82.
- 5 - Ali, S., Stone, M., Peters, J., Davies, M., & Khunti, K. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. **Diabetes Medicine**, 23, 1165-1173.
- 6 - Almawi, W., Tamim, H., Al-Sayed, N., Arekat, M., Al-Khateeb, G., Baqer, A., Tutanji, H., & Kamel, C. (2008). Association of comorbid depression, anxiety, and stress disorders with Type 2 diabetes in Bahrain, a country with a very high prevalence of Type 2 diabetes. **Journal of Endocrinological Investigation**, 31 (11) 1020-1024.
- 7 - Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R., & Lustman, P. (2001). The prevalence of co-morbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. **Diabetes Care**, 24, 1069-1078.
- 8 - Beck, A. (1976). **Cognitive therapy and the emotional disorders**. New York, NY: International Universities Press.

- 9 - Becker, M. (1974). The health belief model and personal health behavior. **Health Education Monographs**, 2, 324-508.
- 10 - Collins, M., Corcoran, P., & Perry, I. (2009). Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. **Diabetic Medicine**, 26, 153-161.
- 11 - Corey, M., & Corey, G. (1997). **Groups: Process and practice** (4th, ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- 12 - Diapedia Collective. (2014). Type 2 diabetes mellitus. **Diapedia** 3104085114 rev. no. 40, 2014 Aug 13. Available from:
- 13 - Ellis, A. (1994). **Reason and emotion in psychotherapy: A comprehensive method of human disturbances**. New York, Carol Publishing Group.
- 14 - Gan, J., Brammer, J., & Creedy, D. (2011). Effectiveness of educational interventions to promote oral hypoglycaemic adherence in adults with Type 2 diabetes: A systematic review. **JB Library of Systematic Reviews**, 9 (9), 269-312.
- 15 - Gazda, G., Ginter, E. & Horne, A. (2001). **Group counseling and group psychotherapy theory and application** (1st, ed.). United State of America: A Pearson Education Company.
- 16 - Harkness, E., Macdonald, W., Valderas, J., Coventry, P., Gask, L., & Bower, P. (2010). Identifying psychosocial interventions that improve both physical and mental health in patients with diabetes: A systematic review and meta-analysis. **Diabetes Care**, 33(4), 926-930.
- 17 - Hyassat, D., Al Sitri, E., Batieha, A., EL-Khateeb, M., & Ajlouni, K. (2014). Prevalence of Hypomagnesaemia among Obese Type 2 Diabetic patients attending the National Center for Diabetes, Endocrinology and Genetics (NCDEG). **International Journal of Endocrinology & Metabolism**, 2014 Jul, 12(3), e17796. doi: 10.5812/ijem.17796.
- 18 - Hayes, C., & Morgan, M. (2005). Evaluation of a psychoeducational program to help adolescents cope. **Journal of Youth and Adolescence**, 34 (2), 111-121.
- 19 - Herman, W., Ali, M., Aubert, R., Engelgau, M., Kenny, S., Gunter, E., Malarcher, A., Brechner, R., Wetterhall, S., DeStefano, F., et al. (1995). Diabetes mellitus in Egypt: Risk factors and prevalence. **Diabetic Medicine**, 12 (12), 1126-1131.

- 20 - Hofmann, S., Asmundsonb, G., & Beck, A. (2013). The science of cognitive therapy? **Behavior Therapy**, 44(2), 199-212
- 21 - Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The Efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. **Cognitive Therapy Research**, 36(5), 427-440.
- 22 - Keita, G. (2007). Psychosocial and cultural contributions to depression in women: Considerations for women midlife and beyond. **Journal of Managed Care Pharmacy**, 13 (9 Suppl A), S12-15.
- 23 - Khuwaja, A., Lalani, S., Dhanani, R., Azam, I., Rafique, G., & White, F. (2010). Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A multi-centre study of prevalence and associated factors. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, 2010; 2:72. doi: 10.1186/1758-5996-2-72.
- 24 - Lovibond, S., & Lovibond, P. (1995a). **Manual for the Depression Anxiety Stress Scales**. 2nd, Ed. Sydney: Psychology Foundation of Australia.
- 25 - Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995b). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. **Behavior Research and Therapy**, 33 (3), 335-343.
- 26 - Lustman, P., Griffith, L., Freedland, K., Kissel, S., & Clouse, R. (1998). Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus: A randomized, controlled trial. **Annals of Internal Medicine**, 29(8), 613-621.
- 27 - Markowitz, S., Gonzalez, J., Wilkinson, J., & Safren, S. (2011). Treating depression in Diabetes: Emerging findings. **Psychosomatics**, 52(1), 1-18.
- 28 - Palizgir, M., Bakhtiari, M., & Esteghamati, A. (2013). Association of depression and anxiety with Diabetes Mellitus Type 2 concerning some sociological factors. **Iran Red Crescent Medical Journal**, 15(8), 644-648.
- 29 - Palizgir, M., Bakhtiari, M., & Esteghamati, A. (2014). The efficacy of CBT and psycho-educational therapy on depression and HbA1C in patients with type 2 diabetes: A clinical trial study. **Asian Journal of Medical and Pharmaceutical Researches**, 4(2), 136-141.
- 30 - Penckofer, S., Ferrans, C., Mumby, P., Byrn, M., Emanuele, M., Harrison, P., Durazo-Arvizu, R., & Lustman, P. (2012). A psychoeduca-

- tional intervention (SWEEP) for depressed women with diabetes. **Annals of Behavioral Medicine**, 44 (2), 192-206.
- 31 - Pouwer, F. (2009). Should we screen for emotional distress in type 2 diabetes mellitus? **Nature Reviews Endocrinology**, 5, 665-6671.
 - 32 - Rogers, C. (1963). Toward a science of the person. **Journal of Humanistic Psychology**, 3(2), 72-92.
 - 33 - Roupas, Z., Koulouri, A., Sotiropoulou, P., Makrinika, E., Marneras, X., Lahana, I., et al. (2009). Anxiety and depression in patients with type 2 diabetes mellitus, depending on sex and body mass index. **Health Science Journal**, 3(1), 32-40.
 - 34 - Ruggiero, L., & Prochaska, J. (1993). Readiness for change: Application of the trans-theoretical model to diabetes. **Diabetes Spectrum**, 6, 21-56.
 - 35 - Sharif, F., Masoudi, M., Ghanizadeh, A., Dabbaghmanesh, M., Ghaem, H., & Masoumi, S. (2014). The effect of cognitive-behavioral group therapy on depressive symptoms in people with type 2 diabetes: A randomized controlled clinical trial. **Iran Journal of Nursing Midwifery Research**, 19(5), 529-536.
 - 36 - Sieh, D., Visser-Meily, J., & Meijer, A. (2013). Differential outcomes of adolescents with a chronically ill and healthy parents. **Journal of Child and Family Studies**, 22 (2), 209-218.
 - 37 - Simonneau, G., Galie, N., Rubin, L., Langleben, D., Seeger, W., Domenighetti, G., Gibbs, S., Lebrec, D., Speich, R., Beghetti, M., Rich, S., & Fishman, A. (2004). Clinical classification of pulmonary hypertension. **Journal of American College of Cardiology**, 43 (12 Suppl S), 5S-12S.
 - 38 - Simson, U., Nawarotzky, U., Friese, G., Porck, W., Schottenfeld-Naor, Y., Hahn, S., Scherbaum, W., & Kruse, J. (2008). Psychotherapy intervention to reduce depressive symptoms in patients with diabetic foot syndrome. **Diabetic Medicine**, 25(2), 206-312.
 - 39 - Snoek, F., & Skinner, T. (2002). Psychological counseling in problematic diabetes: Does it help? **Diabetic Medicine**, 19(4), 265-273.
 - 40 - Snoek, F., Van der Ven, N., & Lubach, C. (1999). Cognitive behavioral group training for poorly controlled Type 1 Diabetes patients: A psychoeducational approach. **Diabetes Spectrum**, 12 (3), 147-152.

- 41 - Snoek, F., Van der Ven, N., Lubach, C., Chatrou, M., Ader, H., Heine, R., & Jacobson, A. (2001). Effects of cognitive behavioral group training (CBGT) in adult patients with poorly controlled insulin-dependent (Type 1) diabetes: A pilot study. **Patient Education Counseling**, 45, 143-148.
- 42 - Stiefel, F., Zdrojewski, C., Bel Hadj, F., Boffa, D., Dorogi, Y., So, A., Ruiz, J., & De Jonge, P. (2008). Effects of a multifaceted psychiatric intervention targeted for the complex medically ill: A randomized controlled trial. **Psychotherapy & Psychosomatics**, 77(4), 247-256.
- 43 - Yalom, I. (1995). **The theory and practice of group psychotherapy**, 4th, ed. New York: Basic Books
- 44 - Van der Ven, N., Hogenelst, M., Tromp-Wever, A., Twisk, J., Van der Ploeg, H., Heine, R., & Snoek, F. (2005). Short-term effects of cognitive behavioral group training (CBGT) in adult Type 1 diabetes patients in prolonged poor glycaemic control. A randomized controlled trial. **Diabetes Medicine**, 22(11), 1619-1623.
- 45 - Vijan, S. (2010). Type 2 diabetes. **Annals of Internal Medicine**, 152 (5), 31-15.
- 46 - World Health Organization (WHO). (2006). **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemias**. Geneva, Switzerland: Report of a WHO/IDF consultation.
- 47 - Zahlis, E., & Lewis, F. (1998). Mothers' stories of the school-age child's experience with the mother's breast cancer. **Journal of Psychosocial Oncology**, 16, 25-43.
- 48 - Zettler, A., Duran, G., Waadt, S., Herschbach, P., & Strian, F. (1995). Coping with fear of long-term complications in diabetes mellitus: A model clinical program. **Psychotherapy and Psychosomatics**, 64, 178-184.
- 49 - Zimet, G., Dahlem, N., Zimet, S., & Farley, G. (1988). The multi-dimensional scale of perceived social support. **Journal of Personality Assessment**, 52, 30-41.