

"فعالية برنامج قائم على التنقيف الصحي للحدّ من القلق والتوتّر لدى مرضى السكري وضغط الدّم المرتفع"

(دراسة تجريبية على عينة من مرضى مركز العزم والسعادة للرعاية الصحية الأولية)

إعداد الباحثتين:

ريمان الخضر

باحثة في مرحلة الماجستير في جامعة الجنان - قسم التنقيف الصحي - كلية الصحة العامة

البروفيسورة رشا عمر تدمري

أستاذ محاضر في جامعة الجنان والجامعة اللبنانية



الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى الوقوف على درجة فعالية برنامج يقوم على التنقيف الصحي في الحد من القلق والتوتر لدى مرضى السكري وضغط الدم المرتفع من النساء اللواتي يترددن على مركز العزم والسعادة للرعاية الصحية الأولية الاجتماعية في طرابلس. أتبع لذلك المنهج التجريبي، وتكونت العينة من (20) سيّدة. وقد تمّ تطبيق برنامج تنقيفي، ومقياس القلق العام، ومقياس التوتر لتشخيص درجة التوتر وتقييم حدته ومقياس هيل بون Hill-Bone لضغط الدم المرتفع لتقييم مدى التزام المرضى بالخطة العلاجية. توصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الدرجات القبلية والبعديّة عل مستوى كلّ من القلق والتوتر لمصلحة البعديّة تُعزى إلى فعالية البرنامج. كما تبين انخفاضاً في مستويات ضغط الدم المرتفع.

الكلمات المفتاحية: السكري، ضغط الدم المرتفع، القلق، التوتر، التنقيف الصحي، مركز الرعاية الصحية الأولية العزم والسعادة، طرابلس.

المقدمة:

تؤثر الأمراض المزمنة سلبيًا على جميع الجوانب الجسدية والعقلية والاجتماعية لحياة الفرد، لأنها طويلة الأمد، ولا يمكن علاجها تمامًا (Compas et al, 2001; Eggenberger et al, 2011). وتُسبب تلك الأمراض ضغوطاً لا يمكن إنكارها، كونها تهدد الرفاهية والسلامة الجسدية والخطط المستقبلية والاستقرار وتقوّض القدرة على أداء الأدوار الاجتماعية أو المهنية والعائلية (Livneh and Antonak, 2005).

وترتبط الحالة النفسية بالحالة الجسدية ارتباطاً وثيقاً يجمعهما علاقة عكسية وكلّ منهما يؤثر في الآخر، فكّما زادت الاضطرابات النفسية انخفضت كفاءة الصحة الجسدية لدى الفرد ويعود السبب في ذلك إلى التغيرات الفسيولوجية في الجسم، فأيّ تأثير نفسي يكون أشبه بحرس إنذار ينتج عنه ردود فعل في معظم أجزاء الجسم (دخان والحجار، 2006: 18).

ويشير مصطلح المرض المزمن إلى الأمراض التي تستمر لمدة ثلاث أشهر أو أكثر، وخلال هذه الفترة يُعاني الفرد من حالات متكررة من الشعور بالتحسن أو تفاقم الوضع. والأمراض المزمنة هي أمراض غير مشتركة تتميز بالتقدم البطيء. بشكل عام، يُمكن تصنيفها إلى السرطان، وأمراض القلب والأوعية الدموية، والسكري، ومرض الانسداد الرئوي المزمن (WHO, 2015). وتُشير الإحصائيات إلى أنه من بين 57 مليون حالة وفاة، في جميع أنحاء العالم سنوياً، ما يقرب من 59% أي 34 مليون حالة وفاة سببها الأمراض المزمنة. وتمثّل هذه الأمراض أيضاً نسبة 46% من عبء المرض العالمي (Korea Centers for disease Control and Prevention, 2015).

ورغم المحاولات العديدة للمحافظة على حياة صحية وسليمة خالية من الأمراض من خلال إتباع نمط حياة نظام حياتي صحي وسليم مثل ممارسة التمارين الرياضية، واعتماد جمية غذائية والابتعاد عن التدخين وغيرها الكثير من إجراءات صحية وقائية وعلاجية التي تُشكّل (50%) من صحّة الفرد، إلا أنّ العوامل الاجتماعية، والرضا عن النفس والتوافق الذاتي والسعادة النفسية لها الحصّة الأكبر في المحافظة على صحّة جيّدة، ولذلك كان رسول الله - عليه الصلاة والسلام - يُوصي أصحابه بعدم الغضب، وأنّ عليهم الرضا والقناعة فهي سببٌ للسعادة والصحة (العبدلي، 2012: 33).

ويواجه المرضى عمومًا الذين تمّ تشخيص إصابتهم بأمراض مزمنة مواقف جديدة قد لا تكون فيها استراتيجيات المقاومة المعتادة فعّالة وتستدعي اعتماد استراتيجيات جديدة (De Ridder et al, 2008). وعلى الرّغم من أنّ هذه الاستجابات وردود الفعل طبيعّية في البداية، وحتى مفيدة في التوافق مع الوضع الجديد، إذا لم يتم التعامل مع المشكلة بشكلٍ صحيح، فإنّها تؤثر على حياة المريض بأكملها (Akhbardeh, 2011).

ومن خلال الاطلاع على الدراسات والبحوث التي أُجريت حول مَرَضِي السُّكْرِي والضغط بصفةٍ خاصّة، اتضح أنّ هناك نقصًا في البرامج التثقيفيّة الموجهة للمرضين، وعليه جاءت هذه الدّراسة لتهتم بالجانب التثقيف الصحي غير الدوائّي حول مشكلتي القلق والتوتّر عند المرضى مع اعتبار الحدّ من الاضطرابات النفسيّة من أهدافها الأساسيّة. وبعد الاطلاع على برامج التثقيف الصحي من خلال قراءة العديد من المراجع والدّراسات، تبيّن قلة الاهتمام بهذا النوع من العلاج في المجتمع العربيّ خاصّةً، رغم أنّه يُعدّ أحد أنواع العلاجات الهامّة التي يُمكن استخدامها في علاج مُختلف الاضطرابات التي تنتج عن أسباب عضويّة، أو عصبية أو نفسيّة.

ومن هذا المنطلق كانت فكرة بناء برنامج قائم على التثقيف الصحيّ لاختبار قدرته على تحسين مهارات إدارة كَلِّ من القلق والتوتّر لدى المريض، ومساعدته على التخلّص من مشاعر الاختلاف والعزلة وما يترتّب عليهما من أعراض وما يرتبط بهما من سلوكيّات للسيطرة على المحفّزات التي من الممكن أن تزيد من حدّة المرض. وهو ينفذ من خلال عدّة جلسات تثقيفيّة، وهو يعدّ كأحد أنواع العلاج الطبيعيّ الذي يعتمد عدة وسائل وهي الأكثر فعاليّة للتأثير بمرضى السُّكْرِي وضغط الدم المرتفع، وتقوم كل جلسة على تحقيق هدف مُخصّص بحالة المَرَضِي للحدّ من القلق والتوتّر، ويوفّر الأساس الفعليّ لحرية التعبير لدى الفرد بطريقة طبيعّية وصحيّة لمعالجة الضغوط النفسيّة الانفعاليّة المُسبّبة في حدّة ظهور مُضاعفات المرض.

من جهةٍ أُخرى، يبدو أنّ النشاط البدنيّ وفقًا ليونغ (Jeong,2011:39) له فعاليّة كبيرة في الشفاء إذا ما استُخدمت معه أساليب أُخرى للعلاج النفسيّ فهو أسلوب علاجيّ قائم على الجسم من خلال ممارسة بعض التقنيات الخاصّة بالجسد، كالاسترخاء والرياضة والموسيقى... من أجل تحسين التوافق النفسيّ والجسديّ بصورة مُتكاملة.

فجاءت هذه الدّراسة كمحاولة لاستكشاف حالتي القلق والتوتّر لدى مرضى السُّكْرِي وضغط الدم المرتفع وما يترتّب عليهم من أعراض وما يصدر عنهم من اضطرابات وسلوكيّات، ساعيةً إلى التخفيف من حدّتهما وتنمية السيطرة على المُحفّزات التي من الممكن أن تزيد من نسبة الاضطرابات النفسيّة.

وعليه تأمل الدّراسة الحاليّة من أنّ إخضاع مجموعة من السيّدات في مركز العزم والسعادة المُصابات بمرضى السُّكْرِي وضغط الدم المرتفع كأمراض مزمنة غير انتقاليّة، لبرنامج التثقيف الصحيّ، من شأنه السّماح بتعديل سلوكياتهنّ ومُعتقداتهنّ الخاطئة حول الطريقة الصحيّة لإدارة القلق والتوتّر، وتنمية أساليب إيجابيّة في إزالة مشاعر التوتّر اللاشعوريّ واللاإرادي لديهنّ، والتأقلم مع مُتطلّبات واقعهنّ الاجتماعيّ والمهنيّ وتحقيق التوافق النفسيّ في حياتهنّ لمواجهة التحدّيات اليوميّة.

وبالتالي سيعتمد هذا البحث المنهج التّجريبيّ، وسيُتخذ المجموعة التّجريبية من (20) سيّدة من مركز العزم والسعادة للرعاية الصحيّة الأوليّة الاجتماعيّة في منطقة الحدادين، وسيتم تطبيق مقياس التوتّر ومقياس القلق لتشخيص درجتهم وتقييم حدّتهما، ومقياس هيل بون Hill-Bone لضغط الدّم المرتفع لتقييم مدى التزام المرضى بالخطة العلاجيّة والتقيّد بتوصيات البرنامج.

أهمية الدراسة ومبررات اختيار الموضوع

أظهرت منظمة الصحة العالمية World Health Organization أنّ الأمراض المزمنة هي أمراض مُلازمة للإنسان لفترة طويلة من حياته وتتّصف بالديمومة، كمرض السرطان Cancer، أمراض القلب Heart disease، السكري Diabetes، الضغط Hypertension، الكلى kidney disease وغيرها. وعادةً ما يكون لها تأثيرات سلبية على صحته العامة وعلى وظيفته الإنتاجية، حيث يمرّ المريض بمراحل نفسية قد تؤثر على تقبله للعلاج، كالشعور بالصدمة وما يترتب عليها من مشاعر الإنكار للمرض وعدم التصديق مروراً بالغضب والشعور الدائم بالقلق Anxiety من المستقبل والتوتر Tension، ثم مرحلة الجدل والتساؤلات التي من الممكن أن تقود الشخص لعدة أسئلة عن مغزى وجوده بالحياة، وأسئلة تتعلق بالعدالة "ماذا أنا" ومشاعر الحزن والانعزال، حتى يصل إلى مرحلة التوافق وتقبل الأمر الواقع.

ويُعدّ مرضي السكري والضغط من الاضطرابات السيكوسوماتية Psychosomatic التي سجّلت معدلات مرتفعة لدى فئات المجتمع المختلفة، ويزداد انتشارها مع تقدّم العمر، ويُشكّلان مشكلة صحية، ونفسية، واجتماعية، واقتصادية شائعة بين شعوب العالم، في وقت هناك نقصير على مستوى التنقيف الصحي والوعي الذاتي وقلة النشاط البدني (مقبل، 2010: 75). إذ تبين أنه تقف وراء (63%) من مجموع الوفيات الأمراض المزمنة في عام (2008) والبالغ عددهم (36) مليون نسمة، حيث كان (29%) ينتمون إلى فئة الأشخاص الذين تقلّ أعمارهم عن (70) عامًا، وكان النصف ينتمي إلى فئة النساء.

ومما لا شك فيه أنّ الكثير من الأمراض المزمنة تحتاج للتدخل الداعم والمساندة للتقليل من تأثيرات المرض على الفرد وأسرته، لذا فإنّ المرضى الذين يُعانون من أمراض مزمنة يحتاجون إلى برنامج تقوم على التنقيف الصحي والتدخل النفسي للحدّ من الأمراض النفسية ومضاعفات المرض، لتعزيز توافقهم معه، ومحاولة تغيير نوعية الحياة، والتأثير الإيجابي على سلوك الأفراد، وتدريبهم على الإدارة اليومية الذاتية، وتوفير المعلومات الصحية والدقيقة التي تساعدهم على مواجهة المرض وطرق التعامل معه، وتدريبهم على حلّ مشكلاتهم ومواجهة المعضلات اليومية، والبحث عن الأشخاص الداعمين، وتعديل أسلوب ونمط حياتهم بما يتناسب مع وضعهم الصحي، إنّ على مستوى التغذية الصحية، والتمارين الرياضية أو الاسترخاء العضلي، وهم بلا شكّ بحاجة للرعاية والمساندة المكثفة سواء من العائلة أو الأصدقاء أو الكوادر الطبية حتى يستطيعوا الوصول إلى مرحلة التوافق، وبالتالي فإنّ توفير خدمة الإرشاد النفسي لمرضى الأمراض المزمنة ضرورة حتمية لتحسين نوعية الحياة (WHO, 2010).

ومن هذا المنطلق، وللفت أنظار وزارة الصحة العامة اللبنانية إلى مدى تأثير الصحة النفسية على الصحة الجسدية، وأيضًا لحدّ الهيئة الطبية والإدارية في مراكز الرعاية الصحية الأولية على تفعيل دور المُتقيف الصحي في مراكزهم واعتماد برامج تنقيف صحي، كونها حماية وحياء، وإيمانًا بأهميتها وتأثيرها الإيجابي على الأشخاص الذين يُعانون من أمراض مزمنة، ومدى علاقة نشأة القلق والتوتر لدى المرضى الذين يُعانون من الضغط والسكري، وأهمية تسليط الضوء على علاقة التفاعل بين الجسم والنفس وحوادث التأثير المتبادل بينهما كون النفس وعواملها وظروفها تؤثر في الجسم ووظائفه والعكس صحيح تمّ اختيار هذا الموضوع الذي تتمثل أهميته في الآتي:

الأهمية النظرية: تستمدّ الدراسة الحالية أهميتها من أهمية الموضوع نفسه وتناولها برنامجًا تنقيفيًا يهدف إلى الحدّ من القلق والتوتر لدى مرضى السكري والضغط، ولأهمية اللجوء إلى علاجات غير دوائية كترديد جنبا إلى جنب مع العلاجات الدوائية. أضف إلى تناولها شريحة مهمة من شرائح المجتمع وهنّ مريضات ضغط الدم المرتفع والسكري، وهنّ من الشرائح اللاتي لم تلق اهتمامًا كافيًا في تناولها في الدراسات التجريبية بالرغم من المخاطر الصحية التي يُصنّب بها.

الأهمية التطبيقية: وتبرز في الآتي:

- قد تُساعد الدراسة الحالية في لفت الانتباه إلى أنّ مرضى السكري والضغط لا يحتاجون فقط للعلاج الدوائي إنّما لعوامل أخرى تُساعدهم على الاستمرار في التوافق مع المرض وتجنّب مضاعفاته.
- قد يُسهم هذا العمل في لفت أنظار الكوادر الطبيّة من أطباء، وممرّضين ونفسانيين وعاملين صحّيين في معرفة التغيّرات التي تُؤثّر في رفع مستوى الحياة لدى مرضى السكري والضغط.
- قد تُفيد في توجيه نظر المعنّيين في وزارة الصحّة العامّة إلى إنشاء برامج مستمرة قائمة على التثقيف الصحّي للحدّ من المضاعفات النفسيّة والجسديّة لدى المرضى الذين يعانون من السكري والضغط بشكلٍ خاص ومن الأمراض المزمنة بشكلٍ عام.
- قد يُسهم هذا العمل في توجيه نظر مراكز الرعايّة الصحيّة الأُوليّة المُعتمدة من قبل وزارة الصحّة العامّة، لتحسين جودة وآلية العمل في مراكزهم لجهة تقديم خدمات التثقيف الصحّي القائم على جلسات متتالية لمرضى السكري والضغط.
- قد يُشكّل البرنامج التثقيفيّ في هذه الدراسة نموذجًا يمكن للمراكز المعنّية اعتماده والاستفادة منه.

الدراسات السابقة وبناء الإشكاليّة

بعد الاطلاع على العديد من الدّراسات العربيّة والأجنبيّة ذات العلاقة بموضوع البحث، ولم يتبيّن وجود أبحاث تناولت المتغيّرات قيّد الدّراسة مُجمّعة معًا، بل كان هناك قلة في هذا السياق، كما أنّه لم تتوفّر العديد من الأبحاث العربيّة والأجنبيّة حول فئة الأشخاص الذين يُعانون من مَرَضِي السكري والضغط ومتغيّرات القلق والتوتّر معًا، وسيتم عرض أبرز الدراسات في الآتي:

دراسة رغداء نعيّسة ورولا شريقي في دمشق (2013)، وعنوانها: الضغوط النفسيّة وعلاقتها بالصلابة النفسيّة لدى مرضى السكري في محافظة اللاذقية. وقد هدفت إلى التعرّف على العلاقة الكامنة بين الضغوط النفسيّة والصلابة النفسيّة، لدى مرضى السكري تبعًا لمتغيّر مستوى الدخل المادي والمؤهل الدراسي، واعتمدت لذلك المنهج الوصفيّ ذي النمط الارتباطي. تكوّنت العيّنة من (750) مريضًا ومريضة بواقع (416) من الذكور و(344) من الإناث، تراوحت أعمارهم بين (15 و60) سنة. استخدمت الباحثتان مقياس الضغوط النفسيّة ومقياس الصلابة النفسيّة من إعدادهما. وكشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطيّة سلبية بين درجات مرضى السكري على مقياس الضغوط النفسيّة ودرجاتهم على مقياس الصلابة النفسيّة، ووجود فروق بين متوسطات الدرجات على قياس الضغوط النفسيّة تبعًا لمتغيّر مستوى الدخل لصالح المستوى المنخفض والمستوى المنخفض من المؤهل الدراسي.

دراسة ترونكون، غاسيلا، شيانيز، زانفاردينو، بورييلو، لافوسكو في إيطاليا (2021)،

Tronccone, Cascella, Chianese, Zanfardino, Boriello & Lafusco

بعنوان: مشاكل صورة الجسد لدى الأفراد المُصابين بداء السكري من النوع الأوّل: استعراض للأدبيّات

Body Image Problems in Individuals with Type 1 Diabetes: A Review of the Literature. وقد عمّلت على إجراء تقييم منهجيّ للأدلة المتعلّقة بصورة الجسد لدى الأفراد المصابين بالنوع الأوّل من داء السكري، واستعراض الأدبيّات والدراسات التي أُجريت حول هذا الموضوع وذلك باتّباع المنهج الوصفيّ نمط تحليل المضمون لتحقيق. تمّ العثور على (51) دراسة ذات صلة. وتبيّن اختلاف النتائج بين تلك الدراسات، حيث أنّ (17) دراسة كشفت عن عدم رضا الشباب المُصابين بداء السكري عن جسد، في

حين أنّ تسع دراسات لم تجد أية اختلافات على مستوى صورة الجسد بين المُصابين وغير المُصابين، وذكرت ثلاث دراسات نتائج مختلطة.

دراسة كريمة عبد السلام في الجزائر (2013)، بعنوان سمة القلق وطرق التعامل مع الضغط النفسي لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم الشرياني الجوهري. وقد فحصت الفروق في درجات سمة القلق وفي أساليب التعامل مع الضغط وذلك بين عيّنتين مختلفتين من الأفراد لإجراء المقارنة. تكوّنت العيّنة الأولى من المصابين بارتفاع ضغط الدم الجوهري كاضطراب سيكوسوماتي، وتكوّنت العيّنة الأخرى من أفراد غير مصابين بهذا الاضطراب ولا يعانون من أي اضطراب سيكوسوماتي آخر. وتمّ تطبيق كلّ من مقياس تايلور للقلق، ومقياس من إعداد الباحث لطرق التعامل مع الضغط النفسي على عيّنة من المصابين بلغ عددها (40) مريضاً، تتراوح أعمارهم من (30 إلى 50 سنة). كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عالية، بين العيّنتين فيما يخص كلّ من هي سمة القلق، وطرق التعامل مع الضغط، حيث ارتفعت درجات سمة القلق عند عيّنة من المرضى مقارنة بعيّنة غير المرضى، كما ظهرت أيضاً الفروق فيما يخص أساليب التعامل مع الضغط بين كلتي العيّنتين، حيث كانت أكثر أساليب التعامل مع الضغط النفسي استخداماً لدى عيّنة المرضى هي تلك المركزة على الانفعال بينما كانت طرق التعامل مع الضغط المركزة على المشاكل هي السائدة لدى العيّنة الأخرى.

دراسة عبدو وعبد الرازي وآخرين Abdu and Abd el Elrazi Mohamed في مصر (2014)، وعنوانها: النظام العلاجي والعوامل المؤثرة على مرضى ضغط الدم الشرياني المرتفع الأولي

Treatment regimen and factors affecting to the primary blood pressure patients

وقد عملت على تقييم العوامل المؤثرة على مدى التزام مرضى ضغط الدم الشرياني المرتفع الأولي بالنظام العلاجي، وتمّ اعتماد المنهج الوصفي، وتضمّنت عيّنة البحث المرضى البالغين من العمر (20-60) سنة من النوعين، والذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم الأولي لمدة سنة أشهر مع استبعاد المرضى الذين ليس لديهم القدرة على التواصل، وقد تمّ جمع البيانات باستخدام مقابلة شخصية ومقياس هيل-بون، Hill-Bone (2000) لقياس الالتزام بعلاج ضغط الدم المرتفع. أسفرت النتائج عن أنّ كلّ المرضى لديهم عامل أو أكثر من العوامل التي تؤثر على التزامهم بالخطة العلاجية، حيث بلغت نسبة العوامل الاجتماعية والاقتصادية (100%)، أما العامل النفسي فيعوق التزام بنسبة (80%) من المرضى، و(65%) لديهم عائق جسماني تجاه الالتزام بالنظام الغذائي لضغط الدم المرتفع، (56%) لديهم عائق جسماني تجاه الالتزام بأخذ العلاج لضغط الدم المرتفع. كما تبين وجود علاقة بين كلّ من سن المريض والالتزام العلاجي. وتبين وجود علاقة بين سن المريض ووظيفته والالتزام بالنظام الغذائي، ووجود علاقة بين كلّ من الالتزام بالنظام الغذائي، والالتزام العلاجي والمتابعة في العيادة الخارجية ومعلومات المريض عن المرض. ووجود علاقة بين سن المريض والحالة الاجتماعية ومستوى دخل المريض ومدى التزامه بالمتابعة في العيادة الخارجية، ووجود علاقة بين كلّ من مدة المرض والالتزام بالنظام العلاجي. ترى الدراسة الحالية أنّ تلك الدراسات السابقة لم تجمع في فصولها جميع المتغيرات قيد الدراسة، لذلك كان من الضروري سدّ الثغرات في هذا الإطار والبحث عن حلول مناسبة للحدّ من الاضطرابات النفسية المرافقة للأمراض المزمنة، ومن هنا يطرح هذا العمل البحثي الإشكالية الأساسية الآتية:

ما فعالية برنامج قائم على التنقيف الصحي في الحدّ من القلق والتوتر لدى مرضى الضغط والسكري؟

الأسئلة الفرعية: يتفرّع عن الإشكالية الأساسية المطروحة أعلاه الأسئلة الفرعية الآتية:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الدرجات القبليّة والبعديّة على مستوى حدة أعراض القلق تُعزى إلى فعالية البرنامج القائم على التنقيف الصحي؟

2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المرضى على مستوى حدة أعراض التوتر تُعزى إلى فعالية البرنامج القائم على التنقيف الصحي؟
- فرضيات الدراسة: يسعى هذا البحث من التحقق من صحة أو خطأ هذه الفرضيات:
إن البرنامج العلاجي القائم على التنقيف الصحي فعالاً في الحد من أعراض القلق والتوتر.
وينفّر من الفرضية العامة الفرضيات الفرعية الآتية:
1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الدرجات القبلية والبعديّة على مستوى حدة أعراض القلق تُعزى إلى فعالية البرنامج العلاجي القائم على التنقيف الصحي لصالح البعديّة.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الدرجات القبلية والبعديّة على مستوى حدة أعراض التوتر تُعزى إلى فعالية البرنامج العلاجي القائم على التنقيف الصحي لصالح البعديّة.
- أهداف الدراسة: تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف تنقسم إلى:
- الهدف العام: يتمثل في الوقوف على درجة فعالية برنامج علاجي قائم على التنقيف الصحي في الحد من أعراض القلق والتوتر لدى مرضى السكري والضغط.
- الأهداف الإجرائية، وتتمثل في الآتي:
- تنفيذ برنامج علاجي مرتكز على التنقيف الصحي بواقع (12) جلسة للحد من أعراض القلق والتوتر.
 - الوصول بمرضى يُطوّرون أساليب وقائية علاجية بعيدة عن الاستهلاك الدوائي.
 - الوصول بمرضى يعتمدون نمط حياة صحي يُراعي متطلبات المرض المزمن الذي يُعانون منه.
 - الوصول بمرضى ينمون قدراتهم للتعامل مع المشكلات النفسية المترافقة مع الأمراض المزمنة.
 - الوصول بمرضى يتقبلون وضعهم الصحي ويتوافقون مع أعراضه.
- حدود الدراسة؛ ترتبط نتائج هذه الدراسة بالمحددات الآتية:
- الحدود البشرية: تتحدّد بـ (20) سيّدة مُصابة بمرض السكري والضغط ممن يتردّدن إلى مركز العزم والسعادة.
 - الحدود الزمنية: تتمثل بالفترة الممتدة من النصف الأخير لعام (2022) وحتى النصف الأول من العام (2023) والتي تمّ خلالها تنفيذ جلسات البرنامج التنقيفي.
 - الحدود الجغرافية: حيث تُجرى هذه الدراسة في مركز العزم والسعادة للرعاية الصحية الأولية والاجتماعية في منطقة الحدادين، مُحيط باب الرمل محافظة الشمال، قضاء طرابلس.
 - الحدود الموضوعية: وهي ترتبط بموضوعية وصدق وثبات أدوات القياس المستخدمة لقياس متغيرات البحث الحالي، لقياس درجة القلق العام عند مرضى السكري والضغط، واستبيان قبلي وبعدي لقياس درجة التوتر لديهم، ومقياس الطبي للضغط هيل- بون Hill- Bone لقياس درجة مدى تأثير التنقيف الصحي للالتزام بالعلاج، وهي جميعها أدوات تمّ التحقق من تمتّعها بالخصائص السيكومترية.
- الإطار الأخلاقي للدراسة؛ تمّ في هذا العمل مراعاة الآتي:
- الموضوعية في اختيار أفراد العينة، وفق الشروط العلمية التي تحدّد المحكّات والمعايير، واعتماد الطريقة العشوائية في الاختيار لتفادي التحيز في الاختيار.
 - الحصول على الموافقة المستنيرة من قبل السيدات المشاركات في المجموعة التجريبية.

- منح المشاركات الحرية في المشاركة أو الانسحاب من الجلسات دون الشعور بأي قيود أو ضغوط.
 - معاملة الجميع بالطريقة نفسها دون التمييز بين فرد وآخر .
 - الالتزام بأداب التعامل مع المشاركات، وإدارة الجلسات بأسلوب ديمقراطي.
 - التعامل مع نتائج المقاييس بسريّة تامّة، وعدم تداول أسماء المشاركات، واعتماد الرموز لترميز أدوات القياس، بما في ذلك أثناء التحليل الإحصائي للمعطيات.
 - عدم تنفيذ أدوات البحث، بما فيها المقاييس والبرنامج قبل عرضهم على متخصصين والحصول على موافقتهم.
- تحديد مصطلحات الدراسة

تعريف مرض السكري Diabetes: وعرفته الجمعية الأميركية للسكري American Diabetes Association (2000) بأنه مرض مزمن وغير مُعد، يُصيب جميع الأشخاص بمختلف الأعمار وتزداد معدلات الإصابة به مع تقدّم العمر، وتتعدّد مسبباته إلى عدّة عوامل منها العضوية، أي نتيجة عيب خلقي في الإنسان المصاب. وتُسهم العوامل الوراثية في احتمالات الإصابة به، وكما تعتبر عوامل البيئة الاجتماعية وتغيّر نمط التعايش من إحدى مُسبباته. يسبب مرض السكري النقص الكلي أو النسبي لأنسولين الدم المُفرز من غدة البنكرياس بصورة طبيعية، ويسبب مقاومة الخلايا للأنسولين أو عندما لا يستطيع الجسم استخدام الأنسولين المنتج بشكل فعال (WHO,2015:201)

ويتحدّد المرضى إجرائياً بمجموعة السيدات اللواتي تمّ تشخيصهنّ بداء السكري، من النمطين الأول والثاني، من قِبَل الطبيب المختصّ، واللواتي يتردّدن على مركز العزم والسعادة للرعاية الصحية الأولية.

تحديد ضغط الدم المرتفع High blood pressure/Hypertension: وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (2021) يتسبب الضغط المرتفع جداً (140/90 ملليمتر زئبق أو أكثر) في الأوعية الدموية في حدوث ارتفاع ضغط الدم، وهو مرض شائع ولكنه يمكن أن يكون خطيراً إذا تُرك دون علاج. وقد لا يشعر المُصاب به بأي أعراض، ويُعدّ الفحص هو الطريقة الوحيدة لمعرفة الإصابة به من عدمها (<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>).

ويتحدّد إجرائياً مرضى الضغط المرتفع إجرائياً بمجموعة السيدات اللواتي تمّ تشخيصهنّ بداء السكري، من قِبَل الطبيب المختصّ، واللواتي يتردّدن على مركز العزم والسعادة للرعاية الصحية الأولية، كما سيتم تسجيل قراءات الضغط على روزنامة المريض اليومية وللد من مضاعفات مرض الضغط المرتفع وذلك من خلال مقياس هيل-بون Hill-Bone لتقييم الالتزام بالعلاج.

تحديد القلق Anxiety: يذكر "ألكساندرا كولومبوس" Alexandra Columbus (2008:76) أنّ القلق ينبع من شعور الفرد بالذنب من ارتكاب فعل خاطئ، وينشأ فعلياً بسبب توجيه التهديد إلى بعض القيم التي تعتبر هامة لوجود الفرد كشخصية. ويُشير "عباس مكّي" (2013) إلى أنّه مجموعة أحاسيس تتميز بمشاعر داخلية بالقمع والضغط والإنشداد والخوف الحقيقي والخيالي من شرّ خطير أو ألم خطير يشعر الفرد أمامه أنّه غير مسلّح بأيّة وسائل دفاعية.

ويتحدّد في الدّراسة الحالية إجرائياً بالدرجة التي سيحصل عليها أفراد العينة على مقياس القلق العام لفئة الراشدين، والموزعة على أربعة أبعاد هي؛ البعد الانفعالي، البعد المعرفي، البعد السلوكي والعلائقي والبعد الجسدي.

تحديد التوتر Tension: أطلقت منظمة الصحة العالمية (2012) اسم طاعون العصر على التوتر لأنّه أصبح جزءاً من حياة معظم الأفراد واعتادوا عليه، فسلب صحتهم وسعادتهم وأصبح اليوم القاتل الأول للإنسان حول العالم. والتوتر، وفق المنظمة، هو ردّة فعل الفرد واستجابته البدنية، والعصبية، والعقلية، والعاطفية تجاه حدّث معين، فكل واحد يتوتّر بسبب عدم إنجاز أي عمل، ولكن المشكلة

تكمّن في حدّة هذا التوتّر واستمراره لفترة طويلة فهناك ردّ فعل إيجابي محفّز يشدّد الحواس ويساعد على التركيز ويدفع للعمل والإنجاز وعلى نقيضه هناك استجابة سلبية ورد فعل سلبي مُمرض يجعل الإنسان أقل كفاية وقدرة على السيطرة ويؤثّر سلبيًا على السلوك والصحة. ويتحدّد التوتّر في هذه الدّراسة إجرائيًا بالدرجة التي سيحصل عليها أفراد العيّنة على مقياس التوتّر العام لفئة الراشدين، والذي يقيس مشاعر الفرد في ثلاثة أبعاد تتمثّل في؛ البعد الفيزيولوجي، البعد المعرفي، والبعد النفسي.

المنهج والمتغيرات

للتحقّق من فرضيات الدراسة ومعرفة درجة القلق والتوتّر عند مرضى الضغط والسكري ولأنّ أهميّة التثقيف والوعي الصحيّ عند المرضى تُعادل أهميّة العلاج الدوائي، وللتنبؤ به عن ضرورة وجود جلسات تثقيف صحيّ للحدّ من تأثير الاضطرابات النفسية على الأمراض الجسدية سوف يتم اعتماد المنهج التجريبي كونه الأنسب لطبيعة هذا الموضوع وهو يقوم على فكرة تتلخّص في وجود موقنين متشابهين في جميع النواحي ما عدا عنصر واحد هو المتغيّر المستقل، وبالتالي فإنّ أيّ إخلال في النتائج يُعزى إلى وجود هذا العنصر المضاف، ويُختبر فيه فعالية المتغيّر المستقلّ في المتغيّر التابع، وقد تعرّضت المجموعات إلى قياس قبليّ وبعديّ، & Post-Test Pre-Test (تدمري، 2016: 89-90).

وتحدّد متغيرات الدّراسة بالآتي:

- متغيّر مستقل يتمثّل في برنامج التثقيف الصحيّ.
- متغيّر تابع يتمثّل في: القلق والتوتّر الذي تسعى الدّراسة للكشف عن تأثير المتغيّر المستقلّ فيهما.

مجتمع الدّراسة

أُجريت الدّراسة في منطقة الحدادين، وهي تقع في محافظة لبنان الشماليّ في مدينة طرابلس، وقد شملت الدّراسة الحالية مركز العزم للرعاية الصحية الأولية والاجتماعية الذي بات من المراكز العريقة فهو تجاوز الـ 30 عامًا، حيث تأسّس عام 1989م. تجمع هذه المؤسسة ما بين الرعاية الصحية الأولية والمساعدات الاجتماعية، وقد أخذت على عاتقها تقديم المساعدات والدعم طيلة أيام السنة للجميع. وقد اشتمل مجتمع الدّراسة على مرضى مركز العزم البالغ عددهم (66) سيّدة تتراوح أعمارهن من (30) وحتى (55) تمّ اختيارهنّ من خلال قاعة الانتظار لدى طبيب السكري والقلب في مركز العزم والسعادة للرعاية الصحية الأولية، وتمّ توزيع استبيان أولي لاستخراج العيّنة الأولية للمصابين بالقلق والتوتّر.

عيّنة الدّراسة

وتمثّلت في العيّنة الأساسية والتي تمّ اختيارها باعتماد العيّنة العشوائية، حيث تمّ ترميز ملقّات المرضى اللواتي جئن ولو لمرة واحدة على المركز بهدف مراجعة الطبيب المختصّ، وتمّ اختيار الأرقام بشكل عشوائيّ حتى اكتمال العدد، بعد ذلك تمّ التواصل مع السيّدات، واللواتي وافقن على المشاركة صرنّ جزءًا من المجموعة التجريبية.

وتمثّلت في العيّنة الاستطلاعية، والتي بلغ عددها (20) سيّدة ممّن تتراوح أعمارهنّ ما بين 30 و55 سنة، نصفهنّ يُعاني من السكري، والنصف الثاني من ضغط الدّم المرتفع. تمّ اختيارهم بطريقة عشوائية من مركز العزم، وذلك بغرض التأكد من صلاحية المقاييس.

أدوات الدراسة

تم استخدام أدوات عدة لتشخيص مستوى القلق والتوتر، ولتحديد مدى تأثيرهما السلبي على حياة المرضى ومدى تأثير تعديل السلوك من خلال التنقيف الصحي للسيطرة على أعراض وتبعات المرضين، وذلك من خلال استخدام بعض المقاييس وأيضاً من خلال تنفيذ البرنامج القائم على التنقيف الصحي. وفيما يلي عرض لكل أداة من هذه الأدوات:

برنامج التنقيف الصحي

لتحسين مستوى الصحة النفسية لدى السيدات المصابات بمرض السكري ومرض ضغط الدم المرتفع، تم تصميم برنامج التنقيف الصحي، كون جلسات البرنامج تهدف إلى الحد من الأعراض الجانبية التي تترافق عادةً مع الأمراض المزمنة، وتؤثر سلباً على سيرورتها. وتكون البرنامج من (12) جلسة، بواقع جلسة أسبوعياً، وقد استمر تنفيذه لمدة ثلاث أشهر، وذلك على مدى من 60 إلى 90 دقيقة للجلسة الواحدة. وتم تنفيذ هذه الجلسات في مقر مركز العزم للرعاية الصحية، في منطقة الحدادين في طرابلس.

مقياس القلق العام لفئة الراشدين

تم إعداد هذا المقياس عام (2019) من قبل "فوزية بن عبد الله"، وهو خاص بفئة الراشدين. تقيس هذه الأداة مستوى القلق العام عن طريق التعرف على أعراضه ومدى استمرارها وشدتها، على الأقل خلال السنة الأخيرة. يحتوي هذا المقياس في صورته النهائية على (58) بنداً، معظمها عبارات إيجابية وبعضها سلبية، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم (1): العبارات الإيجابية والسلبية في مقياس القلق العام لفئة الراشدين

العبارات السلبية	العبارات الإيجابية	أرقام العبارات
52-32-11-9	-10-8-7-6-5-4-3-2-1 -18-17-16-15-14-13-12 -25-24-23-22-21-20-19 -33-31-30-29-28-27-26 -40-39-38-37-36-35-34 -47-46-45-44-43-42-41 -55-54-53-51-50-49-48 58-57-56	

يقيس هذا المقياس القلق في أربع أبعاد وذلك كالآتي:

- البعد الانفعالي والذي يتمثل في التوتر، الانزعاج، سرعة الغضب، الشعور بالخوف بدون مبرر.
- البعد المعرفي والذي تتمثل أعراضه في التفكير الكوارثي، توقع حدوث الأمور السيئة والتركيز عليها، واستباق الأحداث والمبالغة.
- البعد السلوكي والعلائقي والذي تتمثل مظاهره في عدم الاستمتاع بالأنشطة، عدم القدرة على الاسترخاء، السلوك التجنبي للأحداث الضاغطة، المشاجرات، تدهور العلاقات بين الفرد والآخرين، وكذلك المشاكل المهنية والعائلية وغيرها.
- البعد الجسدي، ومن أبرز مظاهره التوتر العضلي، والنشاط العصبي الزائد.

وتتوزع فقرات هذه الأبعاد على النحو الآتي:

جدول رقم (2): توزع فقرات مقياس القلق العام لفئة الراشدين على الأبعاد الأربعة

أرقام العبارات	البُعد الانفعاليّ	البُعد المعرفيّ	البُعد السلوكيّ	البُعد الجسديّ
	من 1 - 13	من 14 - 28	من 29 - 36	من 37 - 58

تصحيح مقياس القلق العام لفئة الراشدين

تُقابل الأبعاد الأربعة المذكورة أعلاه (5) بدائل، يتم وضع الدرجات عليها وفق الآتي:
 جدول رقم (3) توزع درجات البنود الإيجابية والسلبية على مقياس القلق العام لفئة الراشدين

احتمالات الإيجابية	ولا يوم	بضعة أيام	أيام عديدة	أيام كثيرة	كلّ يوم
درجة البنود الإيجابية	1	2	3	4	5
درجة البنود السلبية	5	4	3	2	1

ويقيس المقياس درجة القلق العام على (5) مستويات حسب سلم ليكرت Likert Scale، والتي تمّ تحديدها عن طريق حساب الدرجة وتتمثل في:

جدول رقم (4): مستويات القلق العام لفئة الراشدين

مدى الدرجة	مستويات القلق
58-1	ضعيف
116-59	متوسط
174-117	فوق المتوسط
232-175	مرتفع
290-233	مرتفع جداً

الخصائص السيكومترية لمقياس القلق لفئة الراشدين

قبل تنفيذ المقياس مع أفراد العينة الأساسية، تمّ تطبيقه مع عينة استطلاعية مشابهة للمجموعة التجريبية من حيث الخصائص، وذلك للتحقق من صدق وثبات المقياس.

صدق المحتوى: تمّ التأكد من صدق المحتوى عن طريق عرض المقياس على لجنة من المحكمين تشمل أساتذة في علم النفس، حيث قاموا بتقييم كلّ بند، لجهة ارتباطه أو عدم ارتباطه بالمحتوى، وعلى أساس هذا الرأي لم تُجر أيّ تعديلات إذ توافق عليه أكثر من 80% من المحكمين الواردة أسماؤهم في قائمة الملاحق.

صدق الاتساق الداخلي: للتأكد من صدق المقياس إحصائياً، تمّ حساب مُعامل الارتباط بين كلّ من درجة المقاييس الفرعية والعبارات الخاصة بها، وبين درجة المقاييس الفرعية والدرجة الكلية لمقياس القلق ويمكن تبيان النتائج من خلال الجداول الآتية:

جدول رقم (5): مُعامل ارتباط بيرسون بين العبارة والدرجة الكلية للمقياس الفرعي الخاص بالبعد الانفعالي

رقم العبارة	العبارة	مُعامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
1	أصبحت أشعر بالتوتر	0.662	0.002
2	أصبحت أغضب سرعة	0.759	0.000
3	أنفعل بشكل مبالغ فيه حيال المواقف	0.754	0.000
4	أشعر بخوف بدون مبرر تجاه مستقبلي	0.834	0.000
5	أشعر أنه ليس لي قيمة	0.836	0.000
6	أصبحت أعاني من صعوبة في التركيز	0.838	0.000
7	أصبحت أكي لأتفه الأسباب	0.838	0.000
8	أصبحت أزعج من الصوت العالي	0.655	0.002
9	أصبحت أشعر بالهدوء	0.655	0.002
10	أشعر بعدم الأمان	0.694	0.001
11	أشعر بالحزن	0.674	0.002
12	أشعر بانزعاج شديد	0.742	0.000
13	أصبحت أشعر بالملل	0.747	0.000

يتبين من الجدول أعلاه أنّ مُعامل بيرسون بين جميع عبارات المقياس الفرعي الخاص بالبعد الانفعالي وبين الدرجة الكلية للمقياس الفرعي، قد تراوحت بين (0.655) و(0.838)، حيث كانت جميعها دالة على مستوى أقل من (0.01)، ما يُشير إلى اتساق جميع عبارات المقياس الفرعي وصدقها.

جدول رقم (6): مُعامل ارتباط بيرسون بين العبارة والدرجة الكلية للمقياس الفرعي الخاص بالبعد المعرفي

رقم العبارة	العبارة	مُعامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
14	أشعر أنّ كارثة ما ستحصل	0.811	0.000
15	أعطي الأحداث أكبر من حجمها	0.793	0.000
16	أجد صعوبة في حكمي على الأمور باعتدال	0.793	0.000
17	أتوقع حدوث الأمور السيئة	0.790	0.000
18	أميل إلى تصعيب الأمور	0.614	0.005
19	أضع تخمينات سلبية عن الأحداث قبل وقوعها	0.765	0.000
20	أجد صعوبة في اتخاذ القرارات	0.816	0.000
21	أصبحت متقائلاً	0.789	0.000
22	أفكر في كيفية التعامل مع الأحداث السيئة قبل وقوعها	0.816	0.000
23	تدور في رأسي أفكار مزعجة	0.645	0.003
24	أشعر أنّي قلق بشدة حيال أمور لا تستحق ذلك	0.525	0.021
25	أجد صعوبة في التفكير بوضوح	0.645	0.003
26	تبدو لي بعض الأحداث التي تبدو أموراً عادية لدى الغير كمصدر خطر	0.584	0.009
27	أصبحت ذاكرتي ضعيفة	0.510	0.026
28	أشعر أنّ حياتي مهددة من مصدر مجهول لي	0.566	0.011

يتبين من الجدول أعلاه أنّ مُعامل بيرسون بين جميع عبارات المقياس الفرعي الخاص بالبعد المعرفي وبين الدرجة الكلية لهذا المقياس الفرعي، قد تراوحت بين (0.510) و(0.816)، حيث كانت جميعها دالة على مستوى أقل من (0.01)، ما يُشير إلى اتساق جميع عبارات المقياس الفرعي وصدقها.

جدول رقم (7): مُعامل ارتباط بيرسون بين العبارة والدرجة الكلية للمقياس الفرعي الخاص بالبعد السلوكي

رقم العبارة	العبارة	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
29	أشعر أنّ الأمور تتراكم وأنا عاجز عن التعامل معها	0.778	0.000
30	أصبحت غير قادر على الاسترخاء	0.649	0.003
31	أصبحت لا أستطيع أن أقوم بأي نشاط	0.623	0.004
32	أتعامل مع الآخرين بهدوء	0.772	0.000
33	أتجنب مواجهة المشاكل	0.884	0.000
34	أرى أنّ أمور حياتي (في العمل، وضع العائلة...) في تدهور	0.886	0.000
35	أتعامل مع الآخرين بعصبية	0.884	0.000
36	أصبحت كثير المشاجرات	0.886	0.000

يتبين من الجدول أعلاه أنّ معامل بيرسون بين جميع عبارات المقياس الفرعي الخاص بالبعد السلوكي وبين الدرجة الكلية لهذا المقياس الفرعي، قد تراوحت بين (0.623) و(0.886)، حيث كانت جميعها دالة على مستوى أقل من (0.01)، ما يُشير إلى اتساق جميع عبارات المقياس الفرعي وصدقها.

جدول رقم (8): معامل ارتباط بيرسون بين العبارة والدرجة الكلية للمقياس الفرعي الخاص بالبعد الجسدي

رقم العبارة	العبارة	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
37	أعاني من سرعة خفقان القلب	0.452	0.050
38	أعاني من الدوار	0.455	0.046
39	أصبحت أتعب بسرعة	0.500	0.045
40	أتعرق بسهولة حتى إذا كان الجو بارداً	0.574	0.008
41	أشعر بجفاف في حلقي	0.511	0.025
42	أشعر بالألم في المعدة	0.455	0.046
43	أعاني من كثرة التبول من دون سبب عضوي	0.690	0.017
44	عندما أركز على شيء ما أشعر بزغلة في عيني	0.541	0.017
45	أشعر بالألم في عضلاتي	0.581	0.009
46	أشعر بارتعاش في أطرافتي	0.511	0.025
47	أعاني من صعوبة في التنفس	0.637	0.003
48	أشعر بالضغط في صدري	0.595	0.007
49	أعاني من انتفاخ في البطن	0.692	0.001
50	أصبح وجهي شاحب اللون	0.541	0.017
51	أعاني من شد عضلي	0.637	0.003
52	أنام جيّداً	0.595	0.007
53	أشعر ببرودة في يديّ وقدمي	0.502	0.004
54	لديّ صعوبة في ابتلاع الطعام	0.495	0.005
55	أشعر أنّ ضغط دمي مرتفع	0.637	0.003
56	أعاني من اضطراب في النوم	0.595	0.007
57	أعاني من الصداع	0.692	0.001
58	أعاني من أحلام مزعجة	0.541	0.017

يتبين من الجدول أعلاه أنّ معامل بيرسون بين جميع عبارات المقياس الفرعي الخاص بالبعد الجسدي وبين الدرجة الكلية لهذا المقياس الفرعي، قد تراوحت بين (0.452) و(0.692)، حيث كانت جميعها دالة على مستوى أقل من (0.05)، ما يُشير إلى اتساق جميع عبارات المقياس الفرعي وصدقها.

جدول رقم (9): معامل الارتباط بين درجات المقاييس الفرعية والدرجة الكلية لمقياس القلق

عدد العبارات	مستوى الدلالة	معامل بيرسون	المحور
13	0.000	0.841	المحور الأوّل
15	0.000	0.735	المحور الثاني
8	0.024	0.515	المحور الثالث
22	0.005	0.495	المحور الرابع

تتراوح مُعامل بيرسون بين الدرجة الكلية لمقياس القلق وبين المقاييس الفرعية، بين (0.495) و(0.841)، وجميع هذه القيم دالة عند مستوى دلالة أقل من (1%)، ما يشير إلى تمتع مقياس القلق بالصدق، وإلى تماسك جميع عباراته وقدرتها على قياس السمة التي وُضعت لأجلها.

الصدق التمييزي: ويُطلق عليه أيضًا صدق المقارنة الطرفية حيث يقوم بمقارنة الدرجات الدنيا والدرجات العليا بين المبحوثين لمعرفة ما إذا كان المقياس الذي أعدّه الباحث، صادقًا لما أُعدّ له ويمكنه أن يميّز بين درجات المبحوثين الدنيا والعليا والوسطى، وإذا كان يراعي الفروق الفردية بين المبحوثين أم لا.

لقد أثبتت النتائج أنّ هناك تجانس بين المجموعتين (الدنيا والعليا)، وبوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى (0.05) بين متوسط درجات المبحوثين من ذوي الدرجات العليا ومتوسط درجات المبحوثين من ذوي الدرجات الدنيا، كما يبيّن الجدول الآتي:
 جدول رقم (10): الدرجات الدنيا والعليا لحساب الصدق التمييزي

القلق	متوسط الدرجات الدنيا	متوسط الدرجات العليا	الدلالة الإحصائية
	216	244	0.05

تؤكد جميع العمليات الإحصائية التي وردت في الجداول أعلاه على صدق المقياس وقدرته على قياس ما أُعدّ لأجله.

- الثبات وفق مُعامل ألفا كرونباخ: وهو مؤشر للثبات، وقد كشف عن أنّ مُعامل ألفا للمحور الأول هو (0.697)، وأنّ مُعامل الفا للمحور الثاني هو (0.731)، وأنّ مُعامل ألفا للمحور الثالث هو (0.716)، وأنّ مُعامل الفا للمحور الرابع هو (0.738)، وأنّ مُعامل ألفا لمقياس القلق ككل هو (0.740)، وأنّ جميعها لها مستوى دلالة أقل بكثير من 1%، ما يؤكد على ثبات المقياس.
 - مُعامل التجزئة النصفية split half: تمّ تقسيم المقياس إلى مجموعتين حيث اشتملت المجموعة الأولى على الفقرات المفردة وعددها (29) فقرة واشتملت المجموعة الثانية على الفقرات المزدوجة وعددها (29). وقد بلغ معامل الارتباط بين درجات المستجوبين (0.822) للمجموعة الأولى، و(0.857) للمجموعة الثانية ما يدلّ على ثبات المقياس.

مقياس التوتر

أعدّه أحمد أبو أسعد عام (2011) وهو يتكوّن من (35) فقرة جميعها إيجابية، تصف مشاعر الفرد، وهي موزّعة على ثلاثة محاور كما يوضّح في الآتي:

- البُعد الفيزيولوجي، ويتمثّل في احمرار الوجه وصعوبة التنفّس والصداع.
- البُعد المعرفي، ويتمثّل في بالنسيان وبضعف التركيز وتشتت الانتباه.
- البُعد النفسي، ومن مظاهره القلق، والخوف والحساسية الزائدة.

وتتوزّع فقرات هذه الأبعاد على النحو الآتي:

جدول رقم (11) توزّع فقرات مقياس التوتر على الأبعاد الثلاثة

البُعد	البُعد الفيزيولوجي	البُعد المعرفي	البُعد النفسي
رقم العبارات	1-4-7-10-	5-6-8-9-11-	-15-14-3-2
	13-16-19-	12-17-20-	-24-21-18
	22-25	23-33-34-35	-28-27-26
			32-31-30-29

تصحيح المقياس

تعتمد الخيارات أو البدائل على سلم ليكرت الخماسي Likert Scale حيث يختار المبحوث واحد من خمس بدائل هي: تنطبق بدرجة مرتفعة جداً، تنطبق بدرجة مرتفعة، تنطبق بدرجة متوسطة، تنطبق بدرجة منخفضة، تنطبق بدرجة منخفضة جداً. وتوزع الدرجات على الشكل الآتي:

جدول رقم (12): توزع الدرجات على مقياس التوتّر

البدائل	الدرجات
تنطبق بدرجة مرتفعة جداً	5
تنطبق بدرجة مرتفعة	4
تنطبق بدرجة متوسطة	3
تنطبق بدرجة منخفضة	2
تنطبق بدرجة منخفضة جداً	1

تبلغ الدرجة القصوى على المقياس (175) والدرجة الدنيا (35). ويتم الحصول على ثلاث مستويات، وذلك على الشكل الآتي:

جدول رقم (13): مستويات التوتّر

الدرجات	مستوى التوتّر
بين 128 و 175	توتّر مرتفع الدرجة
بين 81 و 127	توتّر متوسط الدرجة
بين 35 و 80	توتّر منخفض الدرجة

- صدق المحتوى: تم التأكد من صدق المحتوى عن طريق عرض المقياس على لجنة من المحكمين تشمل أساتذة في علم النفس، حيث قاموا بتقييم كل بند، لجهة ارتباطه أو عدم ارتباطه بالمحتوى، وعلى أساس هذا الرأي لم تُجر أي تعديلات إذ توافق عليه أكثر من 80% من المحكمين الواردة أسماؤهم في قائمة الملاحق.

- صدق الاتساق الداخلي: للتأكد من صدق المقياس إحصائياً، تم حساب معامل الارتباط بين كل من درجة المقاييس الفرعية والعبارات الخاصة بها، وبين درجة المقاييس الفرعية والدرجة الكلية لمقياس التوتّر ويمكن تبيان النتائج من خلال الجداول الآتية:

جدول رقم (14): معامل ارتباط بيرسون بين العبارة والدرجة الكلية للمقياس الفرعي الخاص بالبعد الفيزيولوجي

رقم العبارة	العبارة	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
1	أعاني كثيراً من الصداع	0.570	0.011
4	نادراً ما أشعر بالاسترخاء التام	0.531	0.019
7	أشعر في كثير من الأوقات بالتعب الشديد	0.531	0.019
10	نادراً ما أشعر بعد النوم بأنني حصلت على قدر كاف من الراحة	0.640	0.003
13	أشعر في كثير من الأوقات وكأن رأسي سيفجر	0.493	0.032
16	غالبًا ما أشعر أنني لا أملك الطاقة الكافية للقيام بواجباتي اليومية	0.544	0.016
19	كثيرًا ما أشعر بالإرتجاف في أطرافني	0.567	0.011
22	كثيرًا ما يتتابني تصبب العرق	0.544	0.016
25	كثيرًا ما أشعر بتزايد في نبضات قلبي	0.467	0.044

يتبين من الجدول أعلاه أنّ معامل بيرسون بين جميع عبارات المقياس الفرعي الخاص بالبعد الفيزيولوجي وبين الدرجة الكلية لهذا المقياس الفرعي، قد تراوحت بين (0.467) و(0.640)، حيث كانت جميعها دالة على مستوى أقل من (0.05)، ما يُشير إلى اتساق جميع عبارات المقياس الفرعي وصدقها.

جدول رقم (15): معامل ارتباط بيرسون بين العبارة والدرجة الكلية للمقياس الفرعي الخاص بالبعد المعرفي

رقم العبارة	العبارة	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
5	أشعر بعدم القدرة على التركيز فيما أقوم به من أعمال	0.456	0.049
6	أشعر باستمرار أنني أعيش تحت الضغط	0.648	0.003
8	كثيرًا ما أسرح بأفكار غير مرتبطة في ما أقوم به من أعمال	0.552	0.014
9	لا أجد نفسي متحمسًا للقيام بالأعمال المختلفة	0.697	0.001
11	كثيرًا ما أتشتت بأفكار غير مرغوبة	0.601	0.007
12	أشعر عموماً أنّ أعصابي مشدودة دون سبب حقيقي لذلك	0.697	0.001
17	كثيرًا ما أوجل ما يجب أن أتخذ به قرارًا	0.648	0.003
20	كثيرًا ما أتجنب إتخاذ قراراتي	0.557	0.013
23	أشعر أنّ كثيرًا من أمور حياتي خارجة عن نطاق سيطرتي	0.491	0.033
33	أشعر بمسؤولية شخصية تجاه حدوث أي أمر خاطئ	0.719	0.001
34	غالبًا ما أكون مُنهك القوى	0.456	0.049
35	أبالغ في تقدير الأمور	0.557	0.013

يتبين من الجدول أعلاه أنّ معامل بيرسون بين جميع عبارات المقياس الفرعي الخاص بالبعد المعرفي وبين الدرجة الكلية لهذا المقياس الفرعي، قد تراوحت بين (0.491) و(0.719)، حيث كانت جميعها دالة على مستوى أقل من (0.05)، ما يُشير إلى اتساق جميع عبارات المقياس الفرعي وصدقها.

جدول رقم (16): معامل ارتباط بيرسون بين العبارة والدرجة الكلية للمقياس الفرعي الخاص بالبعد النفسي

رقم العبارة	العبارة	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
2	يلازمني شعور دائم بعدم الإرتياح	0.802	0.000
3	نادراً ما أشعر بالاسترخاء التام	0.475	0.041
14	أشعر أنني متردد جدًا في اتخاذ قراراتي	0.484	0.036
15	أشعر أنّ الأمور التافهة والصغيرة أصبحت تزعجني	0.664	0.002
18	أجد أنّ مشاعري تُجرح بسهولة	0.596	0.007
21	أشعر بأنني أبالغ بردود أفعالي تجاه مشكلات الحياة العادية والبسيطة	0.676	0.001
24	تنتابني العصبية لأبسط الأصوات المفاجئة	0.765	0.000
26	أشعر بأنني ضحية لظروف بلا حول ولا قوة	0.689	0.001
27	كثيرًا ما أعاني من مشاعر القلق دون سبب ظاهر	0.497	0.030
28	كثيرًا ما يصيبني الأرق	0.548	0.015
29	كثيرًا ما أعاني من نوبات الخوف	0.604	0.006
30	كثيرًا ما تنتابني الكوابيس	0.735	0.000
31	أتوقع أسوأ العواقب لأية مخاطر مهما كانت بسيطة	0.484	0.036
32	كثيرًا ما أعاني من النوم المتقطع	0.596	0.007

يتبين من الجدول أعلاه أنّ معامل بيرسون بين جميع عبارات المقياس الفرعي الخاص بالبعد النفسي وبين الدرجة الكلية لهذا المقياس الفرعي، قد تراوحت بين (0.475) و(0.802)، حيث كانت جميعها دالة على مستوى أقل من (0.05)، ما يُشير إلى اتساق جميع عبارات المقياس الفرعي وصدقها.

جدول رقم (17): معامل الارتباط بين درجات المبحوثات في مختلف محاور مقياس التوتر ودرجات المقياس نفسه.

عدد العبارات	مستوى الدلالة	معامل بيرسون	
9	0.000	0.747	المحور الأول
12	0.000	0.841	المحور الثاني
14	0.000	0.827	المحور الثالث

تتراوح معامل بيرسون بين الدرجة الكلية لمقياس التوتر وبين المقاييس الفرعية، بين (0.747) و(0.841)، وجميع هذه القيم دالة عند مستوى دلالة أقل من (1%)، ما يشير إلى تمتع مقياس القلق بالصدق، وإلى تماسك جميع عباراته وقدرتها على قياس السمة التي وُضعت لأجلها.

- الصدق التمييزي: أثبتت النتائج أنّ هناك تجانس بين المجموعتين (الدنيا والعليا)، وبوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى (0.05) بين متوسط درجات المبحوثين من ذوي الدرجات العليا ومتوسط درجات المبحوثين من ذوي الدرجات الدنيا، وهو ما يؤكد صدقه، كما يبين الجدول الآتي:

جدول رقم: (18): متوسط الدرجات العليا والدنيا

التوتر	متوسط الدرجات الدنيا	متوسط الدرجات العليا	الدلالة الإحصائية
	128	138	0.05

- معامل ألفا كرونباخ: وقد وُجد أنّ معامل ألفا للمحور الأول هو (0.749)، وأنّ معامل ألفا للمحور الثاني هو (0.732)، وأنّ معامل ألفا للمحور الثالث هو (0.763)، وأنّ معامل ألفا لمقياس التوتر ككل هو (0.802)، وأنّ المحور الأول والثالث لهما مستوى دلالة أقل بكثير من 1% فيما المحور الثاني له دلالة أقل من 5%، ما يؤكد على ثبات المقياس.

- معامل التجزئة النصفية split half: تمّ تقسيم المقياس إلى مجموعتين حيث اشتملت المجموعة الأولى على الفقرات المفردة وعددها (18) فقرة، واشتملت المجموعة الثانية على الفقرات المزدوجة وعددها (17). وقد بلغ معامل الارتباط بين درجات المستجوبين (0.652) للمجموعة الأولى، و(0.681) للمجموعة الثانية ما يدلّ على ثباته.

الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة؛ استخدمت الأساليب الإحصائية الآتية:

- الجداول التكرارية Frequency والنسب المئوية Percentage والمتوسطات Mean.
- الانحراف المعياري Standard Deviation لتخليص البيانات.
- اختبار "ت" للعينات المزدوجة Paired sample T-test
- والتجزئة النصفية split half ومعامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha ومعامل ارتباط بيرسون Pearson للتحقق من الخصائص السيكومترية.

عرض نتائج الفرضية الأولى

تنص الفرضية الأولى على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الدرجات القبلية والبعديّة على مستوى القلق لمصلحة البعدية تُعزى إلى فعالية البرنامج. وللتأكد من صحة الفرضية أو خطئها، تمّ تطبيق مقياس القلق العام على أفراد المجموعة التجريبية وبعد احتساب المتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية القبلية والبعديّة لكل بُعد من أبعاد القلق العام قد تبين الآتي:

جدول رقم (19): الإجابات القبلية عن عبارات البعد الانفعالي في مقياس القلق العام

رقم العبارة	ولا يوم	كل يوم		أيام عديدة		بضعة أيام		ولا يوم		رقم العبارة
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
البعد الانفعالي										
1	0	0	4	68.42%	13	10.52%	2	0	0	0
2	0	0	4	21.05%	11	21.05%	4	0	0	0
3	0	0	4	21.05%	11	21.05%	4	0	0	0
4	0	0	2	10.52%	12	26.31%	5	0	0	0
5	0	1	3	15.78%	10	26.31%	5	5.26%	1	0
6	0	1	2	10.52%	11	26.31%	5	5.26%	1	0
7	0	1	2	10.52%	11	26.31%	5	5.26%	1	0
8	0	0	4	21.05%	14	31.57%	1	0	0	0
9	4	11.05%	0	0	0	5.26%	1	73.68%	14	31.57%
10	0	0	5	26.31%	13	26.31%	1	0	0	0
11	6	31.57%	0	0	0	15.78%	3	15.63%	10	26.31%
12	0	0	4	21.05%	13	26.31%	2	0	0	0
13	0	0	6	31.57%	11	26.31%	2	0	0	0

جدول رقم (20): الإجابات القبلية عن عبارات البعد المعرفي في مقياس القلق العام

رقم العبارة	ولا يوم	كل يوم		أيام عديدة		بضعة أيام		ولا يوم		رقم العبارة
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
البعد المعرفي										
14	0	0	5	26.31%	12	10.52%	2	0	0	0
15	0	0	3	15.78%	13	15.78%	3	0	0	0
16	0	0	3	15.78%	13	15.78%	3	0	0	0
17	0	0	4	21.05%	12	15.78%	3	0	0	0
18	0	0	3	15.78%	12	21.05%	4	0	0	0
19	0	0	4	21.05%	9	31.57%	6	0	0	0
20	0	0	4	21.05%	11	21.05%	4	0	0	0
21	0	0	4	21.05%	10	26.31%	5	0	0	0
22	0	0	4	21.05%	11	21.05%	4	0	0	0
23	0	0	2	10.52%	13	21.05%	4	0	0	0
24	0	0	1	5.26%	14	21.05%	4	0	0	0
25	0	0	2	10.52%	13	21.05%	4	0	0	0
26	0	0	2	10.52%	13	21.05%	4	0	0	0
27	0	0	1	5.26%	13	26.31%	5	0	0	0
28	0	0	2	10.52%	12	26.31%	5	0	0	0

جدول رقم (21): الإجابات القبلية عن عبارات البعد السلوكي في مقياس القلق العام

رقم العبارة	ولا يوم	كل يوم		أيام عديدة		بضعة أيام		ولا يوم		رقم العبارة
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
البعد السلوكي										
29	0	0	3	15.78%	13	15.78%	3	0	0	0
30	0	0	2	10.52%	12	21.05%	4	0	0	0
31	0	1	2	10.52%	13	15.78%	3	5.26%	11	26.31%
32	3	15.78%	0	0	0	26.31%	5	57.89%	11	26.31%
33	0	0	1	5.26%	13	26.31%	5	0	0	0
34	0	0	1	5.26%	14	21.05%	4	0	0	0
35	0	0	1	5.26%	13	26.31%	5	0	0	0
36	0	0	1	5.26%	14	21.05%	4	0	0	0

جدول رقم (22): الإجابات القبليّة عن عبارات البُعد الجسدي في مقياس القلق العام

رقم العبارة	ولا يوم		بضعة أيام		أيام عديدة		أيام كثيرة		كل يوم		الانحراف المعياري
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	
البعد الجسدي											
37	0	0%	0	0%	3	15.78%	14	73.68%	2	10.52%	3.95
38	0	0%	0	0%	3	15.78%	15	68.42%	1	5.26%	3.89
39	0	0%	0	0%	5	26.31%	13	68.42%	1	5.26%	3.79
40	0	0%	0	0%	4	21.05%	14	73.68%	1	5.26%	3.84
41	0	0%	0	0%	3	15.78%	14	73.68%	2	10.52%	3.95
42	0	0%	0	0%	4	21.05%	14	73.68%	1	5.26%	3.84
43	0	0%	0	0%	5	26.31%	13	68.42%	1	5.26%	3.79
44	0	0%	0	0%	5	26.31%	12	63.15%	2	10.52%	3.84
45	0	0%	0	0%	6	31.57%	12	63.15%	1	5.26%	3.74
46	0	0%	0	0%	5	26.31%	13	68.42%	1	5.26%	3.79
47	0	0%	1	5.26%	4	21.05%	12	63.15%	2	10.52%	3.79
48	1	5.26%	0	0%	5	26.31%	10	52.63%	3	15.78%	3.74
49	1	5.26%	0	0%	4	21.05%	12	63.15%	2	10.52%	3.74
50	0	0%	1	5.26%	2	10.52%	12	63.15%	4	21.05%	4.00
51	0	0%	0	0%	2	10.52%	11	57.89%	6	31.57%	4.21
52	2	10.52%	17	89.47%	0	0%	0	0%	0	0%	4.11
53	0	0%	0	0%	0	0%	13	68.42%	6	31.57%	4.32
54	0	0%	0	0%	0	0%	12	63.15%	7	36.84%	4.37
55	0	0%	0	0%	0	0%	11	57.89%	7	36.84%	4.32
56	0	0%	0	0%	1	5.26%	13	68.42%	5	26.31%	4.21
57	0	0%	1	5.26%	1	5.26%	12	63.15%	5	26.31%	4.11
58	0	0%	1	5.26%	1	5.26%	12	63.15%	5	26.31%	4.11

ويوضّح الجدول الآتي الإجابات البعدية لمقياس القلق العام.

جدول رقم (23): الإجابات البعدية للبُعد الانفعالي على مقياس القلق العام

رقم العبارة	ولا يوم		بضعة أيام		أيام عديدة		أيام كثيرة		كل يوم		الانحراف المعياري
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	
البعد الإنفعالي											
1	10	52.63%	8	42.1%	1	5.26%	0	0%	0	0%	1.53
2	8	42.1%	10	52.63%	1	5.26%	0	0%	0	0%	1.63
3	13	68.42%	6	31.57%	0	0%	0	0%	0	0%	1.32
4	11	57.89%	8	42.1%	0	0%	0	0%	0	0%	1.42
5	9	47.36%	7	36.84%	0	0%	0	0%	1	5.26%	1.68
6	12	63.15%	9	47.36%	0	0%	0	0%	0	0%	1.37
7	14	73.68%	5	26.31%	0	0%	0	0%	0	0%	1.26
8	11	57.89%	6	31.57%	1	5.26%	0	0%	0	0%	1.63
9	11	57.89%	0	0%	1	5.26%	5	26.31%	2	10.52%	3.68
10	12	63.15%	6	31.57%	0	0%	0	0%	1	5.26%	1.53
11	0	0%	0	0%	0	0%	4	21.05%	15	78.94%	1.21
12	5	26.31%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1.26
13	15	78.94%	3	15.78%	0	0%	0	0%	1	5.26%	1.37

جدول رقم (24): الإجابات البعدية للبُعد المعرفي على مقياس القلق العام

رقم العبارة	ولا يوم		بضعة أيام		أيام عديدة		أيام كثيرة		كل يوم		الانحراف المعياري
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	
البعد المعرفي											
14	12	63.15%	7	36.84%	0	0%	0	0%	0	0%	1.37
15	14	73.68%	5	26.31%	0	0%	0	0%	0	0%	1.26
16	13	68.42%	6	31.57%	0	0%	0	0%	0	0%	1.32
17	14	73.68%	5	26.31%	0	0%	0	0%	0	0%	1.26
18	11	57.89%	8	42.1%	0	0%	0	0%	0	0%	1.42
19	12	63.15%	7	36.84%	0	0%	0	0%	0	0%	1.37
20	10	52.63%	9	47.36%	0	0%	0	0%	0	0%	1.47
21	2	10.52%	6	31.57%	0	0%	0	0%	11	57.89%	3.63
22	9	47.36%	7	36.84%	0	0%	0	0%	3	15.78%	2.00
23	9	47.36%	10	52.63%	0	0%	0	0%	0	0%	1.53
24	9	47.36%	9	47.36%	1	5.26%	0	0%	0	0%	1.58
25	9	47.36%	10	52.63%	0	0%	0	0%	0	0%	1.53
26	13	68.42%	6	31.57%	0	0%	0	0%	0	0%	1.32
27	13	68.42%	6	31.57%	0	0%	0	0%	0	0%	1.32
28	14	73.68%	5	26.31%	0	0%	0	0%	0	0%	1.26

جدول رقم (25) الإجابات البعدية للبعد السلوكي على مقياس القلق العام

رقم العبارة	ولا يوم		بضعة أيام		أيام عديدة		أيام كثيرة		كل يوم		الانحراف المعياري	رقم
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار		
البعد السلوكي												
29	68.42%	13	31.57%	6	0%	0	0%	0	0%	0	1.30	0.478
30	73.68%	14	26.31%	5	0%	0	0%	0	0%	0	1.26	0.452
31	63.15%	12	36.84%	7	0%	0	0%	0	0%	0	1.37	0.496
32	57.89%	11	0%	0	21.05%	4	21.05%	4	21.05%	4	3.53	1.0806
33	15.78%	3	26.31%	5	0%	0	0%	0	57.89%	11	3.58	1.742
34	73.68%	14	26.31%	5	0%	0	0%	0	0%	0	1.26	0.452
35	68.42%	13	31.57%	6	0%	0	0%	0	0%	0	1.32	0.478
36	73.68%	14	26.31%	5	0%	0	0%	0	0%	0	1.26	0.452

جدول رقم (26): الإجابات البعدية للبعد الجسدي على مقياس القلق العام

رقم العبارة	ولا يوم		بضعة أيام		أيام عديدة		أيام كثيرة		كل يوم		الانحراف المعياري	رقم
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار		
البعد الجسدي												
37	57.89%	11	42.1%	8	0%	0	0%	0	0%	0	1.42	0.507
38	57.89%	11	42.1%	8	0%	0	0%	0	0%	0	1.12	0.507
39	63.15%	12	36.84%	7	0%	0	0%	0	0%	0	1.37	0.496
40	63.15%	12	36.84%	7	0%	0	0%	0	0%	0	1.37	0.496
41	57.89%	11	42.1%	8	0%	0	0%	0	0%	0	1.42	0.507
42	73.68%	14	26.31%	5	0%	0	0%	0	0%	0	1.26	0.452
43	68.42%	13	26.31%	5	5.26%	1	26.31%	5	0%	0	1.37	0.597
44	73.68%	14	26.31%	5	5.26%	1	21.05%	4	0%	0	1.32	0.582
45	68.42%	13	26.31%	5	5.26%	1	26.31%	5	0%	0	1.37	0.597
46	63.15%	12	36.84%	7	0%	0	0%	0	0%	0	1.37	0.496
47	68.42%	13	26.31%	5	5.26%	1	26.31%	5	0%	0	1.37	0.597
48	68.42%	13	31.57%	6	0%	0	0%	0	0%	0	1.32	0.478
49	57.89%	11	42.1%	8	0%	0	0%	0	0%	0	1.42	0.507
50	57.89%	11	36.84%	7	5.26%	1	36.84%	7	0%	0	1.47	0.612
51	52.63%	10	42.1%	8	5.26%	1	42.1%	8	0%	0	1.53	0.612
52	73.68%	14	5.26%	1	10.52%	2	10.52%	2	10.52%	2	4.16	1.500
53	63.15%	12	31.57%	6	5.26%	1	31.57%	6	0%	0	1.42	0.607
54	63.15%	12	31.57%	6	5.26%	1	31.57%	6	0%	0	1.42	0.607
55	68.42%	13	26.31%	5	5.26%	1	26.31%	5	0%	0	1.37	0.597
56	68.42%	13	26.31%	5	5.26%	1	26.31%	5	0%	0	1.37	0.597
57	52.63%	10	42.1%	8	5.26%	1	42.1%	8	0%	0	1.53	0.612
58	68.42%	13	26.31%	5	5.26%	1	26.31%	5	0%	0	1.37	0.597

وللتحقق من صحة الفرضية أو عدمها تم تطبيق اختبار "ت" للعينات المزدوجة Paired sample T-test، وتم التوصل إلى النتائج الآتية:

جدول رقم (27): دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي لمتغير القلق العام

القياس	المتوسط الحسابي	المستوى أو الشدة	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
قبلي	229.68	مرتفع	12.78	36.69	0.000
بعدي	92.84	منخفض	16.73		

يلاحظ أنّ هناك فروقاً في المتوسط بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي، وهذه الفروقات تدلّ على وجود دلالة إحصائية بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي لتقييم القلق كما يُظهر الجدول أعلاه الفروق في درجات أفراد عينة الدراسة، قبل تطبيق البرنامج وبعده، وقد بلغت قيمة "ت" (36.69) وهي دالة إحصائية عند مستوى (0.000)، ما يُشير إلى وجود فروق في مستويات القلق العام بين

الدرجات القبلية والبعديّة، وذلك لمصلحة القياس البعدي الذي أظهر انخفاضاً في مستوى القلق بمستوى حسابي (92.84). ويوضح الجدول الآتي التكرارات والنسب المئوية القبلية والبعديّة لأفراد العينة للمستويات الخمسة فيما يتعلّق بمقياس القلق العام. جدول رقم (28): التكرار والنسب المئوية لأفراد العينة على مقياس القلق

العينة		التكرار والنسبة	القلق العام
بعدي	قبلي		
14	0	التكرار	منخفضة جداً
%73.68	% 0	النسبة المئوية	
5	0	التكرار	منخفضة
%26.31	% 0	النسبة المئوية	
0	0	التكرار	متوسطة
% 0	% 0	النسبة المئوية	
0	16	التكرار	مرتفعة
% 0	%84.21	النسبة المئوية	
0	3	التكرار	مرتفعة جداً
% 0	%15.78	النسبة المئوية	

عرض نتائج الفرضية الثانية

تنصّ الفرضية الثانية على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الدرجات القبلية والبعديّة على مستوى التوتّر لمصلحة البعديّة تُعزى إلى فعالية البرنامج.

جدول رقم (29): الإجابات القبلية على مستوى البعد الفيزيولوجي على مقياس التوتّر

رقم العبارة	تنطبق على درجة مرتفعة جداً		تنطبق على درجة متوسطة		تنطبق على درجة منخفضة جداً		المتوسط	الإحتراف المعياري
	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار		
البعد الفيزيولوجي								
1	%5.26	1	%84.21	16	%10.52	2	2.16	0.501
4	% 0	0	%94.73	18	%5.26	1	2.00	0.471
7	%5.26	1	%78.94	15	%15.78	3	2.26	0.733
10	%5.26	1	%68.42	13	%26.31	5	2.11	0.658
13	% 0	0	%84.21	16	%15.78	3	2.16	0.602
16	% 0	0	%78.94	15	%21.05	4	2.05	0.621
19	% 0	0	%63.12	12	%36.84	7	2.21	0.419
22	% 0	0	%73.68	14	%26.31	5	2.16	0.602
25	% 0	0	%78.94	15	%21.05	4	2.00	0.577

جدول رقم (30): الإجابات القبلية على مستوى البعد المعرفي على مقياس التوتّر

رقم العبارة	تنطبق علي درجة مرتفعة جداً		تنطبق علي درجة مرتفعة		تنطبق علي درجة متوسطة		تنطبق علي درجة منخفضة		تنطبق علي درجة منخفضة جداً		المتوسط	الإحتراف المعياري
	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار		
البعد المعرفي												
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.00	0.000
6	0	0	0	0	2	10.52	0	0	0	0	3.89	0.315
8	0	0	0	0	5	26.31	0	0	0	0	3.74	0.452
9	1	5.26	0	0	3	15.78	0	0	0	0	3.89	0.459
11	0	0	0	0	4	21.05	0	0	0	0	3.79	0.419
12	1	5.26	0	0	4	21.05	0	0	0	0	3.84	0.501
17	0	0	0	0	6	31.57	0	0	0	0	3.68	0.478
20	0	0	0	0	5	26.31	0	0	0	0	3.74	0.452
23	0	0	0	0	2	10.52	0	0	0	0	3.89	0.315
33	0	0	0	0	4	21.05	0	0	0	0	3.79	0.419
34	0	0	0	0	1	5.26	0	0	0	0	3.95	0.229
35	0	0	0	1	1	5.26	0	0	0	0	3.84	0.501

جدول رقم (31): الإجابات القبليّة على مستوى البُعد النفسي على مقياس التوتّر

رقم العبارة	تنطبق علي درجة مرتفعة جداً		تنطبق علي درجة مرتفعة		تنطبق علي درجة متوسطة		تنطبق علي درجة منخفضة		تنطبق علي درجة منخفضة جداً		المتوسط	الإحتراف المعياري
	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار		
البعد النفسي												
2	0	0	0	0	3	15.78	0	0	0	0	3.84	0.375
3	0	0	0	0	2	10.52	0	0	0	0	3.89	0.315
14	0	0	0	0	2	10.52	0	0	0	0	3.89	0.315
15	0	0	0	0	4	21.05	0	0	0	0	3.79	0.419
18	0	0	0	0	3	15.78	0	0	0	0	3.84	0.375
21	0	0	0	0	3	15.78	0	0	0	0	3.84	0.375
24	0	0	0	0	4	21.05	0	0	0	0	3.79	0.419
26	0	0	0	0	7	36.84	0	0	0	0	3.63	0.496
27	0	0	0	0	4	21.05	0	0	0	0	3.79	0.419
28	0	0	0	0	2	10.52	0	0	0	0	3.89	0.315
29	0	0	0	0	3	15.78	0	0	0	0	3.84	0.375
30	0	0	0	0	7	36.84	0	0	0	0	3.63	0.496
31	0	0	0	0	4	21.05	0	0	0	0	3.79	0.419
32	0	0	0	0	3	15.78	0	0	0	0	3.84	0.375

يوضّح الجدول الآتي الإجابات البعدية لمقياس التوتّر .

جدول رقم (32): الإجابات البعدية على البُعد الفيزيولوجي على مقياس التوتّر

رقم العبارة	تنطبق علي درجة مرتفعة جداً		تنطبق علي درجة مرتفعة		تنطبق علي درجة متوسطة		تنطبق علي درجة منخفضة		تنطبق علي درجة منخفضة جداً		المتوسط	الإحتراف المعياري
	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار		
البُعد الفيزيولوجي												
1	0	0	0	0	4	21.05	0	0	0	0	2.16	0.501
4	0	0	0	0	2	10.52	0	0	0	0	2.00	0.471
7	0	0	0	0	8	42.1	0	0	0	0	2.26	0.733
10	0	0	0	0	5	26.31	0	0	0	0	2.11	0.658
13	0	0	0	0	5	26.31	0	0	0	0	2.16	0.602
16	0	0	0	0	4	21.05	0	0	0	0	2.05	0.621
19	0	0	0	0	4	21.05	0	0	0	0	2.21	0.419
22	0	0	0	0	5	26.31	0	0	0	0	2.16	0.602
25	0	0	0	0	3	15.78	0	0	0	0	2.00	0.577

جدول رقم (33): الإجابات البعدية على البُعد المعرفي على مقياس التوتّر

رقم العبارة	تنطبق علي درجة مرتفعة جداً		تنطبق علي درجة متوسطة		تنطبق علي درجة منخفضة		تنطبق علي درجة منخفضة جداً		المتوسط	الانحراف المعياري
	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار		
البعد المعرفي										
5	0	0	0	3	15	1	1	2.11	0.459	5
6	0	0	0	3	15	1	1	2.11	0.459	6
8	0	0	0	7	9	3	3	2.21	0.713	8
9	0	0	0	7	10	2	2	2.26	0.653	9
11	0	0	0	4	13	2	2	2.11	0.567	11
12	0	0	0	7	10	2	2	2.26	0.653	12
17	0	0	0	4	12	3	3	2.05	0.621	17
20	0	0	0	4	13	2	2	2.11	0.567	20
23	0	0	0	3	12	4	4	1.95	0.621	23
33	0	0	0	2	12	5	5	1.84	0.602	33
34	0	0	0	2	13	4	4	1.89	0.567	34
35	0	0	0	2	13	4	4	1.89	0.567	35

جدول رقم (34): الإجابات البعدية على البعد النفسي على مقياس التوتّر

رقم العبارة	تنطبق علي درجة مرتفعة جداً		تنطبق علي درجة متوسطة		تنطبق علي درجة منخفضة		تنطبق علي درجة منخفضة جداً		المتوسط	الانحراف المعياري
	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار		
البعد النفسي										
2	0	0	0	2	16	1	1	2.05	0.405	2
3	0	0	0	3	14	2	2	2.05	0.524	3
14	0	0	0	4	11	4	4	2.00	0.667	14
15	0	0	0	4	12	3	3	2.05	0.621	15
18	0	0	0	4	15	0	0	2.21	0.419	18
21	0	0	0	6	12	1	1	2.26	0.562	21
24	0	0	0	3	13	3	3	2.00	0.577	24
26	0	0	0	0	17	2	2	1.89	0.315	26
27	0	0	0	1	16	2	2	1.95	0.405	27
28	0	0	0	0	16	3	3	1.84	0.375	28
29	0	0	0	0	15	4	4	1.79	0.419	29
30	0	0	0	1	12	6	6	1.74	0.562	30
31	0	0	0	1	13	5	5	1.79	0.535	31
32	0	0	0	1	14	4	4	1.84	0.501	32

يُظهر الجدول أعلاه الفروق في درجات أفراد عينة الدراسة، قبل تطبيق البرنامج وبعده، وقد بلغت قيمة "ت" (21.78) وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.000)، ما يُشير إلى وجود فروق في مستويات التوتّر بين الدرجات القبليّة والبعدية، وذلك لمصلحة القياس البعدي الذي أظهر انخفاضاً في مستوى التوتّر بمستوى حسابي (71.3). ويوضّح الجدول الآتي التكرارات والنسب المئوية القبليّة والبعدية لأفراد العينة للمستويات الخمسة فيما يتعلّق بمقياس التوتّر.

جدول رقم (35): التكرار والنسب المئوية لأفراد العينة على مقياس التوتّر

العينة		التكرار والنسبة	التوتر
بعدي	قبلي		
4	0	التكرار	منخفضة جدًا
21.05%	0%	النسبة المئوية	
15	0	التكرار	منخفضة
78.94%	0%	النسبة المئوية	
0	0	التكرار	متوسطة
0%	0%	النسبة المئوية	
0	19	التكرار	مرتفعة
0%	100%	النسبة المئوية	
0	0	التكرار	مرتفعة جدًا
0%	0%	النسبة المئوية	

يُلاحظ استنادًا إلى الجداول الواردة أعلاه أنّ هناك فروقًا ذات دلالة إحصائية بعدما أُجريت الاختبارات على العينة التجريبية بين المرحلة القبليّة والبعديّة على مستوى متغيّر القلق والتوتر. وهذا ما يؤكّد صحّة الفرضيتين الفرعيتين الأولى والثانية واللذان تتصّان على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الدرجات القبليّة والبعديّة على مستوى حدّة أعراض القلق والتوتر، تُعزى إلى البرنامج القائم على التنقيف الصحيّ لصالح البعديّة.

إنّ مريض السكرى يطوّر صفة أساسية تقوده إلى القلق والتوتر، وهي لومه لذاته، فيتوقّع أحيانًا أنّه السبب في إصابته بهذا المرض، كونه قد اعتمد على أسلوب حياة ونمط غذائي غير متلائمين ولا يتناسب مع طبيعة جسمه الصحيّة (الحמיד، 2007). لذلك فإنّ هذه الفئة من المرضى يحتاجون إلى المزاج ما بين العلاج النفسي والدوائي، وتفعيل البرامج العلاجيّة النفسيّة والصحيّة على حدّ سواء، والتي أثبتت في العديد من الدّراسات فعاليتها في التخفيف من حدّة المشكلات النفسيّة المرافقة لمرضى السكرى وارتفاع ضغط الدم.

لذلك فإنّ النتيجة التي تمّ التوصل إليها كانت متوقّعة، وذلك لعدّة أسباب، أبرزها اعتماد برنامج التنقيف الصحيّ على فنيات العلاج المعرفي السلوكي، حيث تمّ خلال مختلف الجلسات استخدام أساليب متنوّعة مثل المناقشة، الواجبات المنزليّة، لعب الأدوار، التنفيس والاسترخاء، وكيفية التعامل مع المشاعر السلبية كالقلق والتوتر. وقد أسهمت هذه الأساليب في مساعدة السيّدات على التخلّص من هذه المشاعر، حيث تمّ التركيز في البداية على الجانب المعرفي، من خلال تقديم معلومات واضحة وبمبسّطة وعلميّة حول طبيعة مرضى السكرى وضغط الدم المرتفع، وبعد التأكّد من اكتساب هذه المعلومات بشكل صحيح، تمّ عرض مهارات سلوكيّة مختلفة، والتدرّب عليها. وقد ركّزت جلسات البرنامج على هذه الجوانب انطلاقًا من فكرة أنّ الإنسان هو وحدة متكاملة ومفاعلة من القوى النفسيّة والجسديّة، وأنّ النظرة الثنائية الانفصاليّة تؤدّي إلى صعوبات في فهم الظواهر النفسيّة والجسديّة على حدّ سواء (العيوي، 1997). وفي هذا الإطار توصلت دراسة إبراهيم معالي (2014) والتي عملت على تنفيذ برنامج علاجي لخفض القلق النفسي لدى الطلبة المتميّزين إلى أنّ استخدام أساليب الحوار والمناقشة ولعب الأدوار أسهم في خفض مستويات القلق.

وتعتمد الفكرة الأساسيّة لهذه الفنيات والأساليب على أنّ الخبرات يُدركها كل فرد في ضوء تقييمه الذاتي وقدرته على ضبطها والتفاعل معها، وقد يؤدّي ذلك إلى نوعٍ من التشويه المعرفي Cognitive Distortion، والذي بدوره يؤدّي دورًا رئيسيًا في ظهور العديد من الأعراض المرضيّة النفسيّة كالقلق والتوتر. لذلك تعمل هذه التقنيات على إعادة تشكيل البنية المعرفيّة للفرد من خلال مجموعة متنوّعة من الإجراءات تستند على أنّ العوامل المعرفيّة تؤثر في السلوك، وإذا ما تمّ تغييرها فسيترتّب عليها تغيير السلوك (الشناوي وعبد الرحمن، 1998: 212).

وفي إحدى الجلسات تم تنفيذ بعض فنيات الاسترخاء، وهي أداة هامة في خفض مشاعر القلق والتوتر، حيث أن الاسترخاء يعمل كاستجابة مضادة لهذه المشاعر السلبية، حيث لا يمكن للسيدات أن يكنّ مسترخيات وقلقات في الوقت نفسه، إذ تمنع وضعيّة الاسترخاء ظهور القلق، ومن ثم فإنّ هذا التدريب يُخفّض المشاعر المرافقة للقلق والتوتر والأعراض الفيزيولوجية الناتجة عنها ويُقلّل من حدّة التوتر العضلي (حسين وحسين، 2006: 150).

وفي دراسة أجرتها الجمعية الطبية الأميركية American Medicine Society (2010) على عيّنة من السيدات لمدة (10) سنوات تبين أنّ الاكتئاب والقلق والتوتر هم من أبرز مخاطر مرض السكري، وأكدت الدراسة على أنّ (17%) من النساء المصابات بالاضطرابات النفسية أكثر عُرضة لظهور مرض السكري، حتى بعد الأخذ بالاعتبار عوامل الخطر المختلفة من وزن، عدم ممارسة التمارين الرياضية بانتظام. لذلك فإنّ دمج التنقيف الصحيّ والخدمات النفسية يُعدّ عنصراً حيوياً وهاماً من عناصر العلاج الشامل لمرضى السكري وضغط الدم المرتفع، كونه يسمح بالتعامل والتصدي للمخاطر النفسية التي قد تواجه المرضى (علاء الدين وعبد الرحمن، 2011). فمن غير السهل أن يواجه مريض السكري أو مريض القلق والتوتر المرض دون تدخل إرشاديّ، لذلك فهو بحاجة إلى متخصص يُساعده على إدارة مشاعره، والحدّ من خوفه، والتقليل من آلامه، خاصّة وأنّ المُصاب بالأمراض المزمنة يُعاني الكثير من الاضطرابات والمتاعب النفسية والانفعالية، ومن ثمّ فهو بحاجة إلى تحقيق نوع من الرضا والتوافق النفسي تجنباً لأيّ أعراض جانبية، ولن يتحقّق ذلك إلا من خلال تنفيذ مجموعة من الاستراتيجيات والفنيات والأساليب القائمة على مجموعة من الأسس الفنية والعلمية التي يتم من خلالها تنقيف وتوجيه المريض دون حدّه على الالتزام بها سعياً لتجنّب الأعراض النفسية.

ولا شك أنّ للبرامج التنقيفية دور هام على صعيد التخفيف من وطأة المشاعر السلبية التي يُعانيها المريض، وتنمية اتجاهاته الإيجابية نحو ذاته وتعديل نظرته بأنّه ليس عبئاً على الآخرين، خاصّة وأنّ الجانب المعرفي يؤثر على انفعالات المريض، وبالتالي يميل إلى بناء جوانب من السلوك المرضي مثل القلق والتوتر والاكتئاب وغيرهم (خواجه، 2004). وهذا ما تمّ التركيز عليه خلال جلسات البرنامج.

وأخيراً يمكن القول أنّ الفرضيتين القائلتين بأنّ برنامج التنقيف الصحيّ فعّالاً في الحدّ من مشاعر القلق والتوتر لدى مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم قد تحققت وثبتت صحتها.

التوصيات: استناداً إلى النتائج السابقة، تطرح الدراسة مجموعة من التوصيات توزّعها على مستويات عدّة، وفقاً لما يأتي:

على مستوى وزارة الصحة: تقديم برامج إعلامية ووقائية تستهدف الحدّ من القلق والتوتر لدى مرضى السكري وضغط الدم المرتفع، وتنفيذ مؤتمرات وندوات تتمحور حول الاضطرابات النفسية المرافقة للأمراض المزمنة في محافظات لبنان الخمس، إضافة إلى تنشيط برامج التوعية والتنقيف حول مرضى السكري وضغط الدم المرتفع، وإصدار أنظمة تتعلق بوجود وجود مُتّقف صحيّ في مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات.

على مستوى الأطباء: اعتماد جلسات برنامج التنقيف الصحيّ كعلاجٍ فعّال غير دوائي بالتوازي مع العلاجات الدوائية الموصوفة للمرضى، ومناقشة موضوع الاضطرابات النفسية المرافقة للأمراض المزمنة مع المرضى.

على مستوى المُتّقفين الصحيّين والمرشدين الصحيّين: تطبيق البرامج الوقائية، العلاجية، والإرشادية التوجيهية مع المرضى.

على مستوى المرضى المُصابين بالسكري وضغط الدم المرتفع: المشاركة في دورات وندوات تنقيفية بهدف مُساعدتهم على فهم مشكلاتهم، ووضع أسس توجيهية للحدّ من مضاعفات المرض، وبالتالي تحفيزهم على حُسن إدارة القلق والتوتر، عن طريق بناء المهارات اللازمة

وزيادة الوعي الذاتي، الحصول على منظور جديد في الواقع العصبيّ والحدّ من المشاعر السلبية، والحدّ على تجنّب جميع مُحفّزات اضطراب المرض على أنواعها على سبيل المثال، الطعام غير الصحيّ، المشاعر السلبية، عدم ممارسة التمارين الرياضية، عدم أخذ الدواء بانتظام. إضافةً إلى إتباع خيارات أسلوب الحياة الصحيّ مثل الحرص على تناول أطعمة صحية والمواظبة على تمارين رياضية، تتول الدواء بانتظام، إجراء الفحوصات الروتينية وزيارة الطبيب كل (6) أشهر وشرب كمية كافية من المياه والحصول على قسط كافٍ من الراحة ومحاولة ضبط الضغوط النفسية، فقد أثبتت الدراسة الحالية أنّ الالتزام بالتعليمات السابقة يُخفّف من مضاعفات واضطرابات مرض السكري وضغط الدم المرتفع كما يحدّ من القلق والتوتر.

الخاتمة

مع تزايد المتطلبات الحياتية سواء كانت مهنية، أو اجتماعية واقتصادية في العصر الحاليّ، أصبح الإنسان أكثر عرضة للإصابة بالضغوط النفسية المختلفة، والتي بدورها تُسبب العديد من الاضطرابات النفسية والأمراض الجسدية السيكوسوماتية. وتعتبر الأمراض المزمنة غير سارية من أبرز أنواع الأمراض الموجودة داخل كلّ منزل والتي تؤثر على حياة الفرد. وهي تنشأ نتيجة العديد من الأسباب كالوراثة والتقدم في العمر والبدانة، التدخين وشرب الكحول، الخمول، واتباع نظام حياة غير صحيّ وأيضاً بسبب العلاقات السلبية والتعرّض لبعض المواقف كالخوف والحزن، بالإضافة إلى الظروف المادية أو البيئية التي يتواجد فيها الفرد.

إنّ موضوع الحدّ من القلق والتوتر لدى مرضى السكري وضغط الدم المرتفع هو من المواضيع التي قلّما توفّرت حوله دراسات في لبنان، كما أنّه لا يوجد إحصائيات كافية عنه. وتكمن أهمية هذه الدراسة في فهم وتوضيح مظاهر ومستويات القلق والتوتر لدى مريض السكري وضغط الدم المرتفع وحث المعنيين على اتخاذ الإجراءات المناسبة. فقد هدف هذا البحث الوقوف على مدى فعالية برنامج قائم على التنقيف الصحيّ في الحدّ من القلق والتوتر لدى مريض السكري وضغط الدم المرتفع. وقد انبثقت عن هذه الإشكالية مجموعة من الأسئلة الفرعية تمحورت حول الوقوف على طبيعة الفروق الدالة إحصائياً بين متوسط الدرجات القبلية والبعدية على مستوى حدة أعراض القلق، والتوتر والسكري وضغط الدم والتي تُعزى إلى فعالية برنامج التنقيف الصحيّ.

وقد تمّ اتباع المنهج التجريبي لتحقيق هذا الهدف، وتكوّنت العينة من (20) سيّدة من مركز العزم، تمّ اختيارهن بعد التأكد من إصابتهن بمرض السكري والضغط وبعد تشخيصهن بالقلق والتوتر. تراوحت أعمارهن (30) و(50) سنة وقد طُبّق معهنّ مقياس القلق العام ومقياس التوتر ومقياس هيل بون-Hill Bonn لتشخيص درجة القلق والتوتر والالتزام بكل ما يخصّ مرض ضغط الدم المرتفع. وذلك بعد التأكد من صدق وثبات المقاييس.

وتجدر الإشارة إلى أنّ الدراسة قد أعدت برنامجاً تنقيفياً تألّف من (12) جلسة جرى تنفيذها على مدى (12) أسبوع بمعدّل جلسة أسبوعياً، وتناولت موضوعات مختلفة مثل تعريف مرض السكري وضغط الدم المرتفع واضطرابي القلق والتوتر مع التعرّف على الأعراض والأسباب والعلاجات والمضاعفات وكل ذلك بمشاركة أطباء مُختصين ومعالج نفسيّ ورجل دين وأخصائي تغذية ومنشّط بدني، قدّموا للسيدات معلومات متنوعة بطريقة مبسّطة وأجروا حواراً مفتوحاً للخروج من نمط المحاضرات الطبية الروتينية، وإسماح للمشاركات بالاستفسار بحريّة عن أيّ معلومة مُبهمة بالنسبة لهن.

وقد اشتملت الجلسات على تمارين الاسترخاء باختلاف أنواعها، وتمرين رياضية، وشرح عن الوضعيات الصحيّة، ومعلومات حول الهرم الغذائي والمطبخ الصحيّ، وبعض الأدعية الدينية التي تساعد في الصبر على المرض. بالإضافة إلى ذلك، جرى تطبيق عدّة نشاطات كالتمثيل الصامت، وعمل المجموعات، وقُبّعات التفكير الست وغيرها...

وبناءً على النتائج تمّ طرح مجموعة من التّوصيات التي قد تُسهم في تحسين ظروف المرضى، ومنها ما توجّه إلى وزارة الصحة، حيث من الضروري أن تقوم بدورها أقلّه على المستوى الإعلامي والعمل على إعداد حملات توعية من الأعراض النفسية المرافقة

للأمراض المزمنة وسبل التعامل معها، وكذلك الدور الذي الإرشادي على الطبيب أن يُمارسه حيال المرضى لجهة إيلاء الاهتمام بمناقشة المشكلات النفسية التي تترافق مع المرض العضوي، وسبل التعامل معها.

المراجع:

أبو أسعد، أحمد. (2011). دليل المقاييس والاختبارات النفسية، ط2، الأردن: مركز دبيونو لتعليم التفكير.

تدمري، رشا عمر. (2016). [البحث العلمي من الفكرة إلى المناقشة – دليل الباحث في علم النفس والتربية، بيروت – صيدا: المكتبة العصرية.](#)

خواجة، عبد الفتاح محمد. (2004). فاعلية برنامج إرشاد جمعي يستند إلى الاتجاه العقلاني الانفعالي وأسلوب حل المشكلات في خفض الضغوط النفسية التي تواجه الطلاب الموهوبين في سن المراهقة وتحسين مستوى تكيفهم. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن، عمان.

دخان، نبيل كامل والحجار، بشير إبراهيم. (2006). [الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة الإسلامية وعلاقتها بالصلابة النفسية لديهم، مجلة الجامعة الإسلامية – سلسلة الدراسات الإنسانية، المجلد 14، ص: 369-398.](#)

الشناوي، محمد محروس، وعبد الرحمن، محمد السيد. (1998). العلاج السلوكي الحديث، أسسه وتطبيقاته، القاهرة: دار قباء.

عبد السلام، كريمة. (2013). سمة القلق وطرق التعامل مع الضغط النفسي لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم الشرياني الجوهري، مجلة دراسات نفسية وتربوية، 11: 97-108.

بن عبد الله، فوزية. (2019). مقياس القلق العام، فئة الراشدين، مختبر علم النفس الإكلينيكي، جامعة سطيف 2، الجزائر.

العيسوي، عبد الرحمن. (1997). العلاج النفسي، بيروت: دار الراتب الجامعية.

معالي، إبراهيم. (2014). فاعلية برنامج علاجي في خفض القلق النفسي وتنمية مفهوم الذات لدى الطبة المتميزين، مجلة البلقاء للبحوث والدراسات، المجلد (17) العدد (1).

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

مكي، عباس. (2013). [مناهات النفس وضوابط علاجها، ط 2، لبنان: مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.](#)

منظمة الصحة العالمية. (2016). [التقرير العالمي عن السكري، http://www.emro.who.int/ar/health-topics/diabetes/index.html](http://www.emro.who.int/ar/health-topics/diabetes/index.html)، 19، 2022.

نعيسة، رغداء وشريقي، رولا، شريقي. (2014). [التوافق النفسي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى مرضى السكري، دراسة ميدانية على عينة من مرضى السكري بمحافظة ريف دمشق، مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية، جامعة دمشق، سورية.](#)

Abdu. B. I. A; Abd Elrazi.B. G; Mohamed. M. A. (2014). Factors Affecting Compliance of Patients with Essential Hypertension Toward Therapeutic Regimen. Zagazig Nursing Journal Vol.10 Issue 1, pp. 66 – 85.

Akhbardeh M. (2011). Role of spiritual beliefs and prayer in health promotion of chronic patients: A qualitative study. **Quran Med**;2011(1, Summer [En]):5-9.

Columbus, A. (2008). These Mysterious Alpha Waves of Berger, **Advances in Psychology Research (53)**: 47-74.

Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. **Psychol Bull**;127(1):87-127.

De Ridder D, Geenen R, Kuijjer R, van Middendorp H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. **Lancet**; 372 (9634):246-55.

Eggenberger SK, Meiers SJ, Krumwiede N, Bliemer M, Earle P. (2011). Reintegration within families in the context of chronic illness: A family health promoting process. **J Nurs Healthc Chronic Illn**;3(3):283-92

Korea Centers for Disease Control and Prevention (2015). Status and Issues of Chronic Diseases. Cheongju-city: Korea Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from <https://cdc.go.kr/CDC/contents/CdcKrContentView.jsp?cXML-1:id=21844&menuIds=HOME001-MNU1130-MNU1110-MNU1111>, retrieved November 15, 2022.

Livneh H, Antonak RF. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. **J Couns Dev**; 83(1):12-20.

Troncone, A. Cascella, C, Chianese, A, Zanfardino, A, Boriello, A & Lafisco. (2021). Body Image Problems in Individuals with Type 1 Diabetes: A Review of the Literature, in Adolescent Research Review, available at: <https://doi.org/10.1007/s40894-021-00169-y>, retrieved on 6/20/ 2022.

World Health Organization. (2015). Depression and Other Common Mental Disorders - Global Health Estimates. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/ [Accessed 20/07/2022].

WHO. (2021). Diabetes, available at: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>, retrieved on 6/20/ 2022.

Abstract:

This study aims to determine the degree of effectiveness of the program based on health education to reduce anxiety and stress among Women's patients with diabetes and high blood pressure among in the Azm and Saada Center for Primary Social Health Care, Tripoli. it uses an experimental approach applied to a sample size of (N=20), They suffer from type 2 diabetes and stage 2 high blood pressure. An educational program for has been designed for this study, and The general anxiety scale was used to diagnose the degree of anxiety and assess its severity. The tension scale was also used to diagnose the degree and assess its severity, and the Hill-Bone blood pressure scale.

The results showed that there are statistically significant differences between the pre and post levels of anxiety and tension in favor of the remote, due to the effectiveness of the program. This program has a significant impact in decreasing the high level of blood pressure at an arithmetic leveled in reducing the symptoms and complications of diabetes and high blood pressure.

Keywords: Diabetes, High blood pressure, Anxiety, Tension, Health education, Primary health care center Azm and Saade, Tripoli.