



معلومات البحث

تاريخ الاستلام: 2023/07/08

تاريخ القبول: 2023/12/20

Printed ISSN: 2352-989X

Online ISSN: 2602-6856

فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات النفسية الاجتماعية لدى المرضى
المصابين بالسكري (دراسة ميدانية بمركز متابعة السكري بولاية الجلفة)

**Effectiveness of a training program to develop
psychosocial skills for diabetic patients**

**(A field study at the diabetes follow-up center in
Djelfa province)**

يمينة بزيار¹، رمضان زعطوط²

¹ جامعة ورقلة (الجزائر)، Beziez.yamina@univ-ouargla.dz

مخبر علم النفس العصبي والاضطرابات المعرفية السوسيو عاطفية

² جامعة ورقلة (الجزائر)، z.ramdan@gmail.com

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى تصميم برنامج تدريبي، واستكشاف فاعليته في تنمية المهارات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المصابين بالسكري. استخدمت الباحثة المنهج التجريبي بمجموعتين متكافئتين، أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي لأفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على مقياس المهارات النفسية الاجتماعية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس المهارات النفسية الاجتماعية.

الكلمات المفتاحية: مهارات نفسية اجتماعية، برنامج تدريبي، مرضى السكري

ABSTRACT

This study aimed to design a training program and explore its effectiveness in developing psychosocial skills for patients with diabetes. The researcher used the experimental approach in two equal groups. The results revealed that there were no statistically significant differences between the average scores of the pre-measurement scores of the control group and the experimental group on the psychosocial skills scale, and the presence of statistically significant differences between the average scores of the post-measurement scores of the experimental group and the control group on the skills scale. Psychosocial.

Keywords: psychosocial skills, training program, diabetic patients

مقدمة:

تعد الأمراض المزمنة ضمن المشكلات العالمية التي شهدت ارتفاعاً ملحوظاً منذ العقود الأخيرة للتغيرات التي طرأت في أنماط السلوك الغذائي والنشاط الجسمي، حيث تشكل الأمراض المزمنة في العالم العربي تحدياً لواضعي القوانين الصحية العلاجية، وحسب آخر إحصائية أصدرت عن الاتحاد الدولي لمرض السكري (الطبعة العاشرة 2021) بلغ عدد مرضى السكري في العالم 537 مليون شخصاً، بزيادة قدرها 74 مليون مريضاً عن آخر تقرير صدر قبل سنتين. حيث شكلت الدول النامية والمتوسطة الدخل أغلبية المرضى من النوع الأول والنوع الثاني للمرض. وعدد المصابين بالمرض تضاعف إلى أكثر من ثلاثة أضعاف في الفئة العمرية بين 20-79 عاماً. حيث قفز الرقم من 151 مليوناً إلى 537 مليوناً، أكثر من 90% منهم كانوا مصابين بالنوع الثاني من السكري. وفي إحصائيات شمال إفريقيا والشرق الأوسط تدعو الإحصائيات للقلق، كما عرفت الجزائر ارتفاعاً ملحوظاً في عدد المصابين به. منذ سنوات التسعينات، حيث قدر بـ 6 مليون شخص ليتضاعف العدد في سنة 2007 إلى 2500000 فهذا الرقم مؤهل للارتفاع حسب المختصين في مطلع سنة 2025 ليتراوح بين 3 إلى 4 ملايين (بن نعمة، 2011، صفحة 16). ويقدر معدل انتشار مرض السكري في مدينة الجلفة من الذين تزيد أعمارهم عن 18 سنة ما يقارب 6630 مريضاً بالسكري منهم 3900 امرأة بنسبة (58,82%) و 2730 رجلاً، بنسبة (41,17%) حسب معطيات مركز متابعة السكري بالجلفة .

انطلاقاً من هذه المعطيات التي تعكس مدى خطورة وانتشار الأمراض المزمنة وبالأخص مرض السكري، والتي تثير عند معرفتها في ذهن الباحث التساؤل عن مقدرة هؤلاء المرضى للتكيف مع المرض ومضاعفاته.

يعتبر مرض السكري من الأمراض المزمنة، التي لها آثاراً خاصة على هؤلاء الذين يعانون منه وعائلاتهم، خاصة إذا كان المصاب طفلاً أو من كبار السن. فالمرض يمثل عبئاً طويلاً الأمد، كما أنه يحمل دلالات مهددة للحياة نفسها، والمرض يعنى وعي المراهق أو الكبير وإدراكه للخطر ويكمن مصدر الخطر الذي لا ينتهي في خوف المصاب من حدوث نقص الجلوكوز في الدم. ويعد مرض السكري من الاضطرابات السيكوسوماتية التي سجلت معدلات مرتفعة لدى فئات المجتمع المختلفة، ويزداد انتشارها مع تقدم العمر، وهو من المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية الشائعة بين شعوب العالم، علاوة على القصور في التثقيف الصحي والوعي الغذائي وقلة النشاط البدني (مقبل، 2010، صفحة 5). ففي دراسة لـ ليويد (Lloyd, 2000) في الولايات المتحدة الأمريكية التي هدفت إلى التعرف على مدى انتشار أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى السكري، والذين يعالجون في المستشفيات وينتظرون في العيادات الصحية، تكونت عينة الدراسة من المرضى الذين ينتظرون المراجعات الطبية في المستشفيات وأعمارهم أكثر من 18 عاماً من الجنسين، حيث توصلت النتائج إلى أن حوالي (28%) من أفراد العينة كان لديهم ارتفاعاً في أعراض القلق والاكتئاب، ولكن كانت نسبة الذكور مرتفعة في أعراض الاكتئاب أكثر من الإناث بينما أعراض القلق كانت مرتفعة لدى الإناث أكثر من الذكور، وقد لوحظ أن هناك ترابطاً بين الاكتئاب ومضاعفات السكري لدى الذكور بينما لا ينطبق على الإناث، كما وجدت علاقة إيجابية بين الضعف الجنسي ومظاهر القلق والاكتئاب لدى أفراد العينة، ودراسة جرافيلس وانديل (Gravels, 2006) السويد هدفت الدراسة إلى التعرف على المهارات

عند مرضى السكري من كل الجنسين المصابين بالنوع الثاني من السكري، ويراجعون مراكز الرعاية الأولية بالسويد. وتكونت عينة الدراسة من (232) مريضاً بالسكري تراوحت أعمارهم بين (18-64) سنة. حيث أسفرت نتائج الدراسة أن أفراد العينة الذين يعانون نقص في المهارات تنتشر لديهم السلبية والانطوائية وصعوبة الاندماج مع المجتمع كما اتضح أيضاً عدم وجود فروق دالة بين أفراد العينة من حيث اختلاف مهارات المواجهة والدعم .

وتعتبر الرعاية الطبية لهذا المرض تحدياً صحياً ونفسياً وإجتماعياً وإقتصادياً، حيث تشير الدراسات السابقة إلى أن التكفل الذاتي بالمرض، ومشاركة المريض في تحمل اعباء مرضه. وبين هذا وذاك تأتي المهارات النفسية الاجتماعية كإجراء عملي فعلي حقيقي للتصدي للمرض لذا من الطبيعي القول أن المهارات النفسية الاجتماعية تلعب دوراً مهماً في تعزيز الرفاهية خاصة عندما تكون مصاعب الأمراض المزمنة مرتبطة بالقدرة على تعبئة الموارد اللازمة للتكيف مع العلاج (OMS, 1993)

و مفهوم منظمة الصحة العالمية (1993) للمهارات النفسية الاجتماعية: أنها قدرة الشخص على الحفاظ على حالة من الرفاهية الذاتية مما يسمح له بالاستجابة بشكل إيجابي وفعال لمطالب وتجارب الحياة اليومية، أثناء التفاعل مع الآخرين وثقافته وبيئته .

ويعرفها ليرمان: بأنها القدرة على حل المشكلات ومواجهة التحديات التي تواجه الفرد، والرغبة في تعديل أسلوب حياة الفرد والمجتمع، وتشمل قاعدة المهارات الحياتية: التعاون، الاتصال الشخصي، التفكير، حل المشكلات. (H.linda, 1998, p. 22)

أما داوسون (Dawson, 1999) قد أشار إلى أن المهارات الحياتية هي الرغبة والقدرة على حل المشكلات الحياتية الشخصية والإجتماعية أو مواجهة تحديات يومية أو إجراء تعديلات وتحسينات في أسلوب ونوعية حياة الفرد والمجتمع وتقاس قوة وضعف المهارات الحياتية لدى الفرد من خلال تقدير وقوة وضعف اختيارات الفرد، فكلما كانت الاختيارات جيدة وصائبة كانت مهاراته الحياتية قوية.

وتعرفها منظمة اليونيسيف (UNICEF, 2011): أنها مجموعة كبيرة من المهارات النفسية الاجتماعية-Psycho Social التي يمكن أن تساعد الأفراد من اتخاذ القرارات والتوصل بفعالية وتنمية مهارات إدارة الذات وتساعد الأفراد كذلك ليحيوا حياة صحية ومبدعة productive .

نعرف إجرائياً المهارات النفسية الاجتماعية في دراستنا بأنها المهارات المحددة باستجابة أفراد العينة من مرضى السكري من خلال إجاباتهم على فقرات مقياس المهارات النفسية الاجتماعية المستخدم في الدراسة. وتتضمن هذه المهارات حل المشكلات واتخاذ القرار، والتفكير الإبداعي والتفكير الناقد، والتواصل الفعال والعلاقات بين الشخصية، والوعي بالذات والتعاطف مع الآخرين، وإدارة المشاعر ومواجهة الضغوط.

ظهر مصطلح " المهارات النفسية الاجتماعية " لأول مرة في فرنسا فيما يتعلق بإجراءات تعزيز الصحة في التسعينيات، وهو يشير إلى العمل الذي قامت به منظمة الصحة العالمية واليونسكو، والذي حدد 10 مهارات يجب تطويرها أثناء التعليم للسماح باعتماد سلوكيات مواتية للصحة، والتي تتدخل في تكيف الإنسان مع بيئته.

ويشير باندورا (Bandura, 2007) إن النظرية الاجتماعية المعرفية تعمل على إكساب وتعبئة المهارات النفسية الاجتماعية فيما يتعلق بالشعور بالفعالية الشخصية. ولكن في عام 1997 تم الترويج لمفهوم المهارات النفسية الاجتماعية على نطاق واسع على الساحة الدولية، كجزء من وثيقة مرجعية نشرتها منظمة الصحة العالمية (Health & WHO, 1997, p. 48) تؤكد على أهمية تعزيز هذه المهارات من أجل تعزيز الصحة العامة (الجسدية والنفسية والاجتماعية)، ففي العقد الأول من القرن الحادي والعشرين تطور مجال المهارات النفسية الاجتماعية دولياً بشكل كبير منذ بداية التسعينيات، عبر نهج تعليمي عالمي تدعمه منظمات الصحة العامة الدولية وعبر برامج منظمة تهدف إلى الوقاية من مشاكل الصحة العقلية وتعاطي الكحول والتبغ والحمل غير المرغوب فيه أو الأمراض المنقولة جنسياً. حيث وضعت منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونسكو عام 1993 قائمة للمهارات النفسية الاجتماعية العشرة ذات القيمة الثقافية، ويتم تقديمها على شكل أزواج هي:

- مهارات حل المشكلات واتخاذ القرار.
- مهارات التفكير الناقد والتفكير الإبداعي.
- مهارات التواصل الفعال والتعامل مع الآخرين.
- مهارات الوعي بالذات ومهارة التعاطف.
- إدارة المشاعر ومواجهة الضغوط .

2.1. حل المشكلات / اتخاذ القرارات

1.2.1 حل المشكلات:

يقصد بحل المشكلات مجموعة العمليات التي يقوم بها الفرد مستخدماً المعلومات والمعارف التي سبق له تعلمها، والمهارات التي اكتسبها في التغلب على موقف بشكل جديد، مألوف له السيطرة عليه، والوصول إلى حل له. فأسلوب حل المشكلات يضع المتعلم في موقف حقيقي، يسمح له بتفعيل عقله بمهدف الوصول إلى حالة اتزان معرفي، وتعتبر حالة الاتزان المعرفي حالة دافعية يسعى المتعلم إلى تحقيقها وذلك لوصوله إلى حل أو إجابة أو اكتشاف. (بوهادي، 2016، صفحة 72)

2.2.1 اتخاذ القرار:

يعرفها شحاتة السيد (2019) بأنها مجموعة من العمليات العقلية المركبة التي تبدأ بفهم المشكلة المطروحة، ثم تحديد البدائل الممكنة لحل المشكلة، ثم اختيار البديل المناسب وتنفيذ القرار، وتتم وفق معايير وقيم محددة وترتبط بمجموعة من العوامل التنظيمية والعقلية والنفسية. (شحاتة، 2019، صفحة 16)

3.1 التفكير الإبداعي / والتفكير النقدي:

1.3.1 التفكير الإبداعي:

اشار هيثم القاضي على أن التفكير الإبداعي هو عملية عقلية ومعقدة ومتعددة الخطوات تتداخل فيها عوامل كثيرة تتأثر وتتأثر فيها بغية البحث عن حلول أو التواصل إلى نتائج أصلية لم تكن معروفة سابقا، حيث أن تلك القدرة على هذا النوع من التفكير لا تقتصر على فئة محددة من البشر بل أنها قدرة شائعة بين الأفراد، وأن الفرق يكمن في درجة توافر هذه القدرة التي تمكن تنميتها بالبرامج (كاظم، 2014، صفحة 70)

2.3.1 التفكير النقدي :

هو عملية عقلية تضم مجموعة من مهارات التفكير يمكن أن تستخدم بصورة منفردة أو مجتمعة دون الالتزام بترتيب معين للتحقيق من موضوع الدراسة وتقويمه بالاستناد إلى معايير معينة، من أجل إصدار حكم على قيمة الشيء أو التواصل إلى استنتاج أو تعميم أو اتخاذ قرار (مجدي، 2004، صفحة 370) .

4.1 التواصل الفعال والعلاقات بين الشخصية الفعالة :

تعتبر الكفاءة في التواصل أمرا أساسيا وتساعد على تشكيل العلاقات مع الآخرين وتأكيد الهوية الشخصية والاجتماعية والثقافية، ومعرفة الحاجز ومعرفة كيفية التغلب عليها واكتساب الثقة والدفاع عن أفكارك ومواقفك ومعتقداتك وقيمك دون تشويه سمعة الآخرين أو إيذائهم، ومعرفة كيفية الرفض ومعرفة كيفية الإستماع ومعرفة كيفية إدارة عواطفك والوعي من المهارات اللازمة لتطوير الاتصال الفعال (OMS, 1993)، لتحسين مهارات الإتصال غالبا ما طورت البرامج عملها حول مهارتين محددتين الحزم ومقاومة الضغط والإقناع.

كما هو الحال مع إيجاد الحلول، أعدت بعض البرامج قوائم بالإستراتيجيات المستخدمة لإقناع ما، والإجراءات المحتملة لمقاومة التأثيرات أو الضغوط تقدم البرامج للمستفيدين أن يصبحوا على دراية بهذا ومعرفة كيفية تحديد مواقعهم فيما يتعلق بإدارة العلاقات الشخصية، بالإضافة إلى ذلك ستساعد هذه البرامج الأفراد على معرفة كيفية الحصول على المساعدة عند الحاجة إليها، سواء كان ذلك على المستوى العاطفي أو الإعلامي أو الإقتصادي سيتم تحديد شبكة الدعم الاجتماعي لكل شخص وسيتم اقتراح الأنشطة لإثرائها (OMS, 1993).

5.1 الوعي بالذات / التعاطف مع الآخرين:

1.5.1. الوعي بالذات:

وأما في إشارة للتعريف الخطيب وعبود (2020) للوعي بالذات: أنه قدرة الفرد على الانتباه للجوانب الداخلية الخاصة بشخصية والعوامل الخارجية المحيطة، بشكل يسهم في زيادة فهمه لذاته ولأفكاره ومشاعره وتقييمها بشكل مستمر لتعزيز الجوانب الإيجابية والمحاولة في تغيير الجوانب السلبية مما يسهم في تنمية الثقة بالنفس وتحقيق التحكم الذاتي (الخطيب و عبود، 2020، صفحة 157) .

2.5.1. التعاطف مع الآخرين:

إن التعاطف بالآخرين ظاهرة نفسية في مشاركة الآخرين يشعروهم، وله صورة بدائية وهي التعاطف الجسدي الذي يقوم على انتقال الحركات والأفعال من شخص إلى آخر، التقليد العفوي أو الوعي للمشاركة في الضحك والتصفيق وله أيضا صورة نفسية مصحوبة بالوعي، كاشتراك شخصين أو أشخاص في حالات نفسية متماثلة كالخوف أو السرور فالتعاطف الحقيقي تتألف من عنصرين أحدهما إنفعالي والآخر تفاعلي، فالإنفعالي هو الشعور بما عثرى الآخرين من حوادث الدهر، أما التفاعلي فهو مآزرتهم ومعاونتهم على تحمل ما داهمهم من شقاء (العبيدي و الخليل، 2011، صفحة 123)

6.1. إدارة المشاعر / مواجهة الضغوط:

1.6.1. إدارة المشاعر:

عرفها عثمان وآخرون (2002) تشير إلى القدرة على التحكم في الإنفعالات السلبية والسيطرة عليها، وإستدعاء الإنفعالات الإيجابية بسهولة وكسب الوقت للتحكم في الإنفعالات السلبية وتحويلها إلى انفعالات ايجابية وهزيمة القلق والإكتئاب وممارسة مهارات الحياة بفاعلية (عثمان، 2002، صفحة 256)

2.6.1. مواجهة الضغوط:

تُعرف بأنها المرحلة التي تبلور مدى إستعداد الفرد لمواجهة الضغوط والتي يتم تنفيذ الخطط الموضوعة مسبقا لمواجهة الضغوط من خلال جميع الموارد المتاحة ذات التأثير على الضغوط من أجل التغلب عليها أو التخفيف من حدتها (عزت، 2018، صفحة 207)

فإدارة الضغوط كاستراتيجية لمواجهة الضغوط هي تلك الممارسات الفكرية والذهنية والعقلية التي يتم من خلالها الوعي والإدراك بأنواع الضغوط ومسبباتها ورسم الخطط والتصورات الإستشرافية بطرق مواجهتها والتغلب عليها والتحكم في أسبابها وبعض مثيراتها في البيئة الداخلية والخارجية بما يقال التوتر والاضطراب والآثار النفسية الجسدية للفرد ويعيد له حالة التكيف والاتزان في سلوكه فالهدف من إدارة الضغوط هو محاولة التخفيف من تأثيراتها السلبية قدر الإمكان وعملية إدارة الضغوط عملية مستمرة وهادفة وديناميكية وتختلف من فرد لآخر حسب طبيعة البيئة السائدة (أبو صيري، 2019، صفحة 8)

وتعتبر المهارات النفسية الاجتماعية عاملا مهما من عوامل التوافق النفسي لمرضى السكري على المستوى الشخصي والمجتمعي، فهي تحدد دائرة العلاقات والتفاعلات اليومية وطبيعتها للشخص مع المحيطين به، كما تعد مظهرا من مظاهر التواصل، والتفاعل الاجتماعي، والقدرة على مشاركة الآخرين، والتأثير فيهم بطريقة إيجابية، وهي أساسية وضرورية لنمو العلاقات الاجتماعية للفرد، كونها تساهم في تكوين القدرة على حل المشكلات، وتحمل المسؤولية، وصقل الشخصية، وتقدير الفرد لذاته، كما أنها تحقق للشخص مكانة اجتماعية متميزة (العمرى، 2013، صفحة 57). ويرى علام (علام،

(2008) أن اكتساب المهارات الحياتية لها أهمية تعود على الفرد والمجتمع، إذ تساعد الأفراد على تعلم كيفية تبادل المشاعر مع الآخرين، واستخدام أساليب فعالة للتوافق مع المواقف الحياتية، ومساعدة الأفراد على اكتساب مهارات التواصل، حين يواجهون المواقف الجديدة، وفي دراسة جان فرانسوا دي إيفرنوا (Jean, d'Ivernois, & Gagnayre, 2011) وجاءت للتحقيق العلاجي لمهارات المريض: مهارات الرعاية الذاتية ومهارات التكيف مع المرض وهذه الأخيرة مستوحاة من المهارات النفسية الاجتماعية، التي إقترحتها منظمة الصحة العالمية نظراً لأن صياغتها ذات طبيعة عامة جداً، اقترحت مجموعة عمل جمعية تطوير تقترح الطابع الرسمي على ثنائي مهارات جديدة للتكيف مع المرضى في هذه الدراسة وإن الإهتمام بصياغة المهارات النفسية الاجتماعية هو تزويد مقدمي الرعاية الصحية، وشركائهم بإمكانية تصميم برامج مستقبلية وتقسيم مجالات التدخل وتمت مناقشة التغييرات المفاهيمية التي أحدثتها هذه المهارات الجديدة في إدارة الأمراض المزمنة، وفي دراسة بياتريس لامبوي (Béatrice & Juliette, 2014) تقترح تجميع المعرفة حول المهارات النفسية الاجتماعية بعد تحديد الأخير بتقديم البيانات التي تبرر حقيقة أن المهارات النفسية الاجتماعية تمثل محدد رئيساً للصحة والرفاهية يتناول الجزء الأخير من الدراسة الإجراءات الوقائية وتعزيز الصحة التي تعمل على تطوير المهارات النفسية الاجتماعية للأطفال والآباء بشكل فعال منذ الطفولة المبكرة. وجاءت دراسة ديفيد فونتي (Fonte, Apostolidis, & Lago, 2015) لتقوية المهارات النفسية الاجتماعية لدى المرضى لمساعدتهم على إدارة مرضهم والعلاجات المرتبطة به بشكل أفضل في وقت الحالي يصعب تنفيذ هذا العمل بسبب الأسئلة المفاهيمية والمنهجية والتشغيلية التي لا تزال دون إجابة على وجه الخصوص، تلك الخاصة بتحديد وتقييم المهارات النفسية الاجتماعية ذات الصلة المطلوب تطويرها، وفي دراسة دي فونتي (Fonte D, 2017)، التي إلى هدفت هذه الدراسة للتعرف على مفهوم المهارات النفسية الاجتماعية في التشخيص العلاجي للمريض بالإضافة إلى القضايا المرتبطة بالعمل الطبيب النفسي ليتضح هذا العمل من خلال التفكير النظري والمنهجي الذي يجعل من الممكن الاستجابة بشكل أفضل وهو تعزيز وتقييم المهارات النفسية الاجتماعية للمرضى لمساعدتهم على التكيف بشكل أفضل مع أمراضهم المزمنة، وتعرض حالة المريض بهدف توضيح دور الأخصائي في النفسي تجاه هذا الهدف الذي يعتمد على مساهمات علم النفس للصحة من أجل فهم أفضل لكيفية عمل عالم النفس على المهارات الحياتية بهدف توضيح دورها بشكل ملموس بالإضافة إلى مناقشة بعض المتعلقة. وفي دراسة سيباستان كولسون (S. Colsonb, 2018) تقدم هذه الدراسة المساهمات النظرية والمنهجية لعلم النفس الصحة الاجتماعية في تعزيز المهارات النفسية الاجتماعية في سياق تثقيف المريض العلاجي، يتضح هذا من خلال تجميع نتائج العديد من الأبحاث التجريبية في مجال مرض السكري وأن المهارات النفسية الاجتماعية وكذلك الرمزية الاجتماعية تظهر العديد من الآثار العملية من هذه النتائج لعمل فعالية على المهارات النفسية الاجتماعية للمرضى وتختتم الدراسة بالإهتمام بالعيادة النفسية الاجتماعية التي تعتمد على وجهة نظر علم النفس الصحة الاجتماعية لتقييم وتحليل والتدخل في المحددات النفسية الاجتماعية والسلوكيات الصحية.

ونظراً لأهمية المهارات النفسية الاجتماعية لدى مرضى السكري، اقترحت الباحثة برنامجاً تدريبياً لتنمية تلك المهارات النفسية الاجتماعية لدى عينة من مرضى السكري بنوعيه، وذلك أنه أغلب الدراسات السابقة تشير إلى أن التكفل الذاتي بالمرض، ومشاركة المريض في تحمل أعباء مرضه هي المفتاح الرئيسي لنجاح العلاج، غير أن هذا الهدف تحول

دونه معوقات أهمها نقص المهارات النفسية الاجتماعية للمرضى السكري وهي الاشكالية الرئيسة التي تركز عليها دراستنا، وتقتصر برنامجا تدريبيا لتلك المهارات، وعليه طرحنا الاسئلة التالية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي لأفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على مقياس المهارات النفسية الاجتماعية ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس المهارات النفسية الاجتماعية ؟

و يتمثل الهدف الرئيسي من هذه الدراسة في بناء برنامج يساعد على تنمية المهارات النفسية الاجتماعية لدى مرضى السكري مقترح من طرف الباحثة وفق الأسس العلمية في بناء وتصميم البرامج التدريبية. واختباره حسب المنهج التجريبي على عينة من المرضى.

تكمن أهمية الدراسة في التطرق لمتغير حديث نوعا ما في مجال علم النفس وهي المهارات النفسية الاجتماعية، التي تعتبر بمثابة قفزة إيجابية في مجال التربية العلاجية والوقائية، إضافة إلى الإفادة من مقياس المهارات النفسية الاجتماعية الذي قام بإعداده زعطوط رمضان (2021)، وتطبيقه على البيئة الجزائرية في إجراء دراسات وأبحاث أخرى قد تساهم نتائج الدراسة في إعداد برامج وقائية من قبل الباحثين والأخصائيين النفسيين لتنمية المهارات النفسية والاجتماعية التي تسعى لتحسينها وما ينتج عن ذلك من تخفيف لبعض المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية لمرضى السكري.

- بناء برنامج تدريبي لتنمية المهارات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المصابين بالسكري.

- معرفة الفروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية في كل من القياس (القبلي، البعدي) .

للإجابة عن تلك الأسئلة واستنادا بالدراسات السابقة تم صياغة الفرضيات التالية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي لأفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على مقياس المهارات النفسية الاجتماعية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس المهارات النفسية الاجتماعية لصالح المجموعة التجريبية.

1. المنهج

تم الاعتماد على التصميم التجريبي بمجموعتين متكافئتين بقياس قبلي وبعدي، حيث يتم إدخال العامل التجريبي المتمثل في البرنامج التدريبي المقترح لتنمية المهارات النفسية الاجتماعية على المجموعة التجريبية وترك المجموعة الضابطة لظروفها الإعتيادية وذلك لاختبار صحة الفرضيات.

1.2. المشاركون:

تم اجراء هذه الدراسة ما بين شهر ديسمبر 2022 إلى مارس 2023 بمركز متابعة السكري بالجلفة. تمت الموافقة على الدراسة من قبل مصالح الصحة الجوارية بولاية الجلفة، وتكونت عينة الدراسة الأساسية من 16 مريضا بالسكري تم تقسيمهم الى عينتين تجريبية وضابطة متساويتين بطريقة عشوائية، وتم الحصول على موافقتهم للمشاركة في الدراسة.

a. المنهج :

استخدمنا المنهج التجريبي بوصفه المنهج المناسب لطبيعة هذه الدراسة، وذلك باستخدام التجريبي لمجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة بإتباع القياس القبلي والبعدي لكلا المجموعتين.

3.2. الأدوات:

- استمارة البيانات الشخصية تم تصميمها بغرض التأكد من تجانس وتكافؤ العينة في بعض المتغيرات والمتمثلة في السن والجنس والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي والحالة الاجتماعية .
 - مقياس المهارات النفسية الاجتماعية:
- اعتمدنا في دراستنا على مقياس المهارات النفسية الاجتماعية الذي قام بإعداده زعطوط رمضان خلال الموسم 2021/2020 وتطبيقه على البيئة الجزائرية في إجراء دراسات وأبحاث أخرى ويتكون من 30 بنداً موزعة خمسة محاور.

حيث يتكون من:

- تعليمية المقياس
 - بطاقة المعلومات: التي تحتوي على معلومات عامة حول المريض وتضمنت الجنس، السن، المستوى التعليمي المستوى الاقتصادي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض وموضعه
 - وجاءت الإجابة بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة
 - ثلاثون بند مقسمة على خمسة أبعاد وهي كالتالي:
- 1- القدرة على حل المشكلات / القدرة على إتخاذ القرارات البنود: (1.2.3.4.5.6)
 - 2- التفكير النقدي / التفكير الإبداعي البنود: (7.8.9.10.11.12)
 - 3- القدرة على التواصل الفعال / العلاقات البين شخصية الفعالة البنود: (13.14.15.16.17.18)
 - 4- الوعي بالذات / مهارات التواجد (التفهم) البنود: (19.20.21.22.23.24)

5- مهارات الضغوط / مهارات إدارة الانفعالات البنود: (25.26.27.28.29.30)

ويحتوي على خمسة بدائل مصححة كالتالي:

1- دائما والتي تأخذ درجة 5

2- غالبا والتي تأخذ درجة 4

3- أحيانا والتي تأخذ درجة 3

4- نادرا والتي تأخذ درجة 2

5- أبدا والتي تأخذ درجة 1

مع التنبيه على البنود المعكوسة خلال تصحيح الدرجات

3.2. البرنامج:

قامت الباحثة بإعداد برنامج تدريبي لتنمية المهارات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المصابين بالسكري، الذي يستند على عدة مصادر ومراجع ودراسات السابقة اهتمت بموضوع الدراسة الحالية التي تعتمد على استراتيجيات وتمارين وفنيات.

4.2. الهدف من البرنامج:

يهدف البرنامج الحالي إلى الكشف عن فاعلية المهارات النفسية الاجتماعية لدى المجموعة العلاجية من أجل رفع درجة تحكم أفراد العينة لمرضهم وتقبلهم له.

- يساعد البرنامج أفراد العينة على استغلال قدراتهم وإمكاناتهم الذاتية في تغيير نمط حياتهم.
- يساعد أفراد العينة على تغيير سلوكياتها إلى سلوكيات بل إلى نمط حياة صحي متعايش مع مرضه في طريقة إلى تحقيق التوازن البدني النفسي والاجتماعي.

5.2. صدق البرنامج:

تم عرض البرنامج التدريبي على مجموعة من المحكمين تضم 12 من أعضاء هيئة تدريس وخبراء في علم النفس العيادي وعلم النفس الاجتماعي وعلم النفس الصحة وأطباء وأخصائيين، لتحكيم البرنامج، ثم تمت مراجعة الجلسات وعمل التعديلات اللازمة على البرنامج وذلك لتحسين وزيادة كفاءة وفعالية البرنامج التدريبي حيث أجمع المحكمون على صلاحية وملائمة جلسات البرنامج وزمنه

6.2. التجريب الاستطلاعي للبرنامج:

تم تطبيق البرنامج على عينة عشوائية مكونة من 6 أفراد من أجل تجربة استطلاعية للجلسات وذلك من أجل:

- التعرف على الصعوبات التي قد تواجه تطبيق البرنامج.

- التدريب على الجلسات.
- التعرف على الجوانب التي تدفع المريض للتفاعل أثناء الجلسات التدريبية.
- التعرف على كيفية توزيع الوقت بدقة خلال الجلسة التدريبية. وقد حققت التجربة الاستطلاعية الأهداف التي وضعت من أجلها.

7.2. خطوات تنفيذ العمل التجريبي وإجراءاته:

- **مرحلة القياس القبلي:** تم إجراء القياس القبلي باستخدام مقياس المهارات النفسية الاجتماعية قبل تطبيق البرنامج، والهدف هو التعرف على مستوى المهارات النفسية الاجتماعية لدى المرضى والمقارنة بين القياسين القبلي والبعدي لتحديد مدى فاعلية البرنامج إحصائيا.
- **مرحلة تطبيق البرنامج:** تم تطبيق البرنامج التدريبي على المجموعة التجريبية المختارة فقط في مدة حوالي ثلاث أشهر

- تطبيق البرنامج التدريبي: تم تطبيق من خلال

- تحديد عدد الجلسات المتمثلة في 12 جلسة بمعدل جلسة كل أسبوع.
- تحديد مكان الجلسات والممثل في قاعة الاجتماعات بمركز متابعة السكري.
- تحديد المدة الزمنية للجلسة التدريبية حيث تستغرق كل جلسة ساعة (60 د).
- تحديد يوم تطبيق البرنامج والممثل في يوم الإثنين من كل أسبوع.

8.2. الأدوات والأجهزة المستخدمة:

- جهاز حاسوب
- جهاز الماسح الضوئي Data Show
- سبورة
- مطويات ورقية توجيهية
- فحوص طبية وتحاليل دم

9.2. الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم تحليل النتائج من خلال برنامج spss 25 وقد تم استخدام الأدوات الإحصائية التالية:
الوسط الحسابي، والانحراف المعياري، ومعامل الارتباط بيرسون، واختبار تجانس التباين، والنسب المئوية، واختبار ستيودنت.

2. النتائج وتحليلها ومناقشتها:

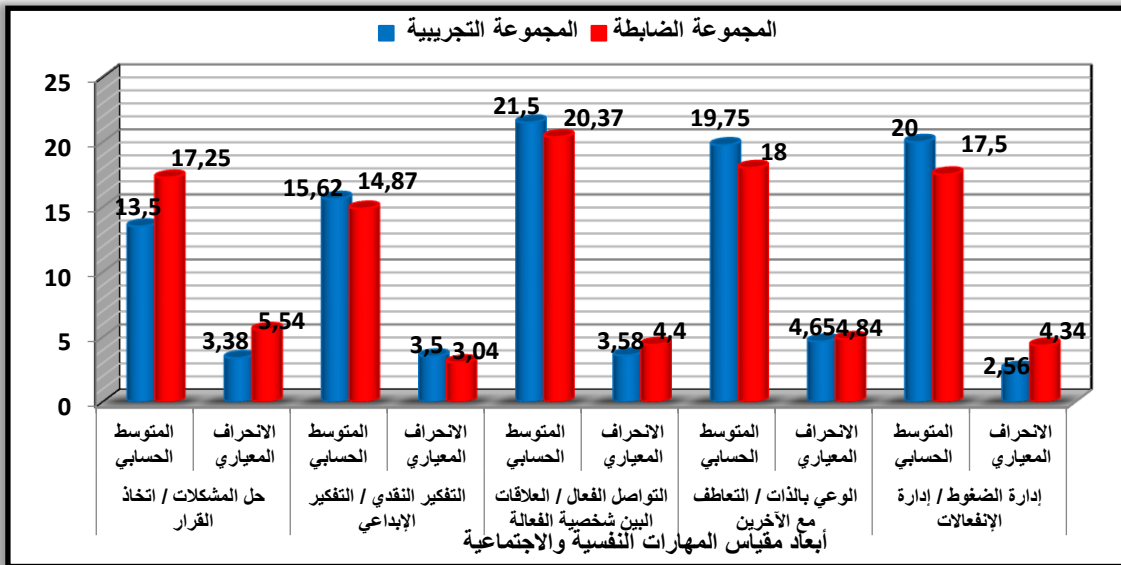
1.3 تنص الفرضية الأولى على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى المهارات النفسية والاجتماعية."

1.1.3 - نتائج القياس القبلي للمجموعتين الضابطة والتجريبية:

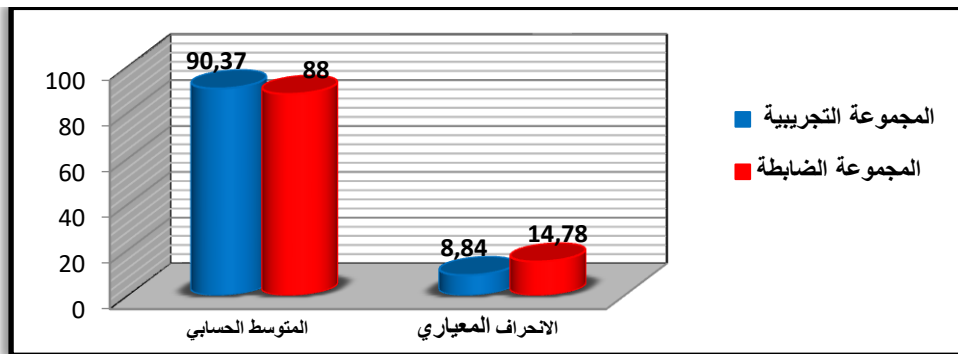
الجدول (01): الإحصاءات الوصفية لنتائج القياس القبلي للمجموعة الضابطة والتجريبية

الأبعاد	المجموعة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الاختلاف
حل المشكلات / اتخاذ القرار	التجريبية	08	13.50	3.38	25.03
	الضابطة	08	17.25	5.54	32.11
التفكير النقدي / التفكير الإبداعي	التجريبية	08	15.62	3.50	22.4
	الضابطة	08	14.87	3.04	20.44
التواصل الفعال / العلاقات بين شخصية الفعالة	التجريبية	08	21.50	3.58	16.65
	الضابطة	08	20.37	4.40	21.6
الوعي بالذات / التعاطف مع الآخرين	التجريبية	08	19.75	4.65	23.54
	الضابطة	08	18.00	4.84	26.88
إدارة الضغوط / إدارة الانفعالات	التجريبية	08	20.00	2.56	12.8
	الضابطة	08	17.50	4.34	24.8
المقياس ككل	التجريبية	08	90.37	8.84	9.87
	الضابطة	08	88.00	14.78	16.79

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات 25 spss.



الشكل (01): يوضح التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي للمجموعتين الضابطة والتجريبية لأبعاد المقياس



الشكل (02): يوضح التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي للمجموعة الضابطة والتجريبية للمقياس ككل

من خلال الجدول (01) الذي يبين نتائج القياس القبلي للمجموعة الضابطة والتجريبية لنتائج القياس القبلي للمجموعة الضابطة والتجريبية لأبعاد مقياس المهارات النفسية الاجتماعية، والشكل (01) التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي للمجموعة الضابطة والتجريبية للمقياس ككل، نلاحظ أن:

في بعد مهارة حل المشكلات واتخاذ القرار كانت نتائج المجموعة التجريبية في قيمة المتوسط الحسابي (13.50) بانحراف معياري قدره (3.38)، أما نسبة الاختلاف فبلغت (25.03)، وبالنسبة للمجموعة الضابطة فكانت قيمة المتوسط الحسابي (17.25) بانحراف معياري قدره (5.54)، أما بالنسبة إلى معامل الاختلاف فبلغت 32.11

وفي بعد مهارة التفكير الإبداعي والتفكير الناقد كانت نتائج المجموعة التجريبية في قيمة المتوسط الحسابي (15.62) بانحراف معياري قدره (3.50)، أما نسبة الاختلاف فبلغت 22.4، وبالنسبة للمجموعة الضابطة فكانت قيمة المتوسط الحسابي (14.87) بانحراف معياري قدره (3.04)، أما بالنسبة إلى معامل الاختلاف فبلغت 20.44.

أما في بعد مهارة التواصل الفعال والعلاقات البين شخصية الفعالة كانت نتائج المجموعة التجريبية في قيمة المتوسط الحسابي (21.50) بانحراف معياري قدره (3.58)، أما نسبة الاختلاف فبلغت 16.65، وبالنسبة للمجموعة الضابطة فكانت قيمة المتوسط الحسابي (20.37) بانحراف معياري قدره (4.40)، أما بالنسبة إلى معامل الاختلاف فبلغت 21.6

بعد مهارة الوعي بالذات والتعاطف مع الآخرين كانت نتائج المجموعة التجريبية في قيمة المتوسط الحسابي (19.75) بانحراف معياري قدره (4.65)، أما نسبة الاختلاف فبلغت 23.54، وبالنسبة للمجموعة الضابطة فكانت قيمة المتوسط الحسابي (18.00) بانحراف معياري قدره (4.84)، أما بالنسبة إلى معامل الاختلاف فبلغت 26.88

بعد مهارة إدارة الضغوط وإدارة الانفعالات كانت نتائج المجموعة التجريبية في قيمة المتوسط الحسابي (20.00) بانحراف معياري قدره (2.56)، أما نسبة الاختلاف فبلغت 12.8، وبالنسبة للمجموعة الضابطة فكانت قيمة المتوسط الحسابي (17.50) بانحراف معياري قدره (4.34)، أما بالنسبة إلى معامل الاختلاف فبلغت 24.8

نستنتج من خلال ماسبق أنه لا يوجد اختلاف بين متوسطي القياس القبلي للمجموعة الضابطة والقياس القبلي للمجموعة التجريبية، مما يدل على التكافؤ في مستوى المهارات النفسية الاجتماعية لدى أفراد المجموعتين، وهذا بدلالة معامل الاختلاف التي كانت قيمه منخفضة وهذا راجع لتجانس أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية، كما جات في الانحراف المعياري صغيرة مما يدل على تقارب نتائج المرضى.

2.1.3- الفروق بين القياس القبلي للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية:

الجدول (02): الفروق بين القياس القبلي للمجموعة الضابطة والتجريبية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$).

أبعاد المقياس	(T-test) المحسوبة	Df	(T-test) المجدولة	p.value (sig)	دلالة الفروق
حل المشكلات / اتخاذ القرار	1.632	14	2.145	0.12	غير دال
التفكير النقدي / التفكير الإبداعي	-0.457			0.65	غير دال
التواصل الفعال / العلاقات البين شخصية الفعالة	-0.560			0.58	غير دال
الوعي بالذات / التعاطف مع الآخرين	-0.737			0.47	غير دال
إدارة الضغوط / إدارة الانفعالات	-1.402			0.18	غير دال
المقياس ككل	-0.390			0.70	غير دال

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات 25 spss.

من خلال الجدول (02) نلاحظ عدم وجود فروق دالة إحصائية الذي بين القياس القبلي للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في جميع أبعاد مقياس المهارات النفسية الاجتماعية وللمقياس ككل، حيث بلغت قيمة "ت" لأبعاد المقياس (1.632) لبعد حل المشكلات واتخاذ القرار، و(-0.457) لبعد التفكير النقدي والتفكير الإبداعي و(-0.560) لبعد التواصل الفعال والعلاقات بين شخصية الفعالة و(-0.737) لبعد الوعي بالذات والتعاطف مع الآخرين و(-1.402) لبعد إدارة الضغوط / إدارة الانفعالات و(-0.390) المقياس ككل .

بالإضافة إلى القيمة الاحتمالية التي جات قيمتها بالنسبة لأبعاد المقياس (0,12)، (0,65)، (0,58)، (0,47)، (0,18)، و(0,70) للمقياس ككل، وهي أكبر من مستوى الدلالة .

مناقشة الفرضية الأولى:

من خلال نتائج القياس القبلي للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية والموضحة في الجدول (02) نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية، أي يوجد تكافؤ في مستوى المرضى بين المجموعتين. وتتفق مع الدراسات السابقة مثل دراسة (عبد الكريم و راشد، 2012) بعنوان أثر برنامج تثقيف سكري على مرضى السكري من النوع الثاني في مدينة طولكرم حيث أظهرت نتائج ذات دلالة إحصائية على أفراد العينة التجريبية في حين لم تظهر تغيرات على المجموعة الضابطة ودراسة (Fonte D، 2017) أكدت نتائجها أن المهارات النفسية الاجتماعية تلعب دورا مهما في السياق الديناميكي للعلاقة العلاجية وهذه المهارات جزء من نظام الإجراءات والتفسيرات التي تشكل من خلال القضايا العلاجية وربما قد يعود سبب عدم وجود فروق تقارب الأعمار في فئات السن، ودراسة (Fonte, Apostolidis, & Lago, 2015) حيث أكدت نتائجها على العمل أكثر فاعلية على المهارات النفسية الاجتماعية للمرضى وباهتمام العيادة النفسية الاجتماعية على وجهة نظر علم نفس الصحة لتفادي وتحليل المحددات النفسية والاجتماعية للسلوك الصحي والتدخل فيه، وفي نفس السياق هدفت دراسة إليزابيت لويس (Luis، 2015) إلى تحديد تأثير التعليم الذاتي لإدارة مرض السكري وقد جاءت النتائج لوجود تأثير إيجابي للمهارات النفسية الاجتماعية على مرضى السكري وأكدت الدراسة أن تطوير المهارات النفسية الاجتماعية دوليا بشكل كبير منذ بداية التسعينات عبر نهج تعليمي عالمي تدعمه منظمات الصحة العامة الدولية وعبر برامج منظمة تهدف إلى الوقاية من مشاكل الصحة العقلية، كما هو الحال في دراسة بياتريس لامبوي (Béatrice Lamboy، 2014): تهدف إلى التحقق من فعالية أدوات القياس المطبقة مثل البرامج والتأكد من تأثيرها ونجاحها وذلك من خلال تطبيقها على المجموعة التجريبية وإستثناء المجموعة الضابطة التي تكون مطابقة تماما في الخصائص للمجموعة التجريبية وذلك بهدف جعل الضابطة كشاهد على فعالية البرنامج والتحقق من تأثيره وتقترح هذه الدراسة تجميع المعرفة حول المهارات النفسية الاجتماعية بعد تحديد البيانات التي تبرز حقيقة أن المهارات النفسية الاجتماعية تمثل محددًا للصحة، والرفاهية يتناول الجزء الأخير من الدراسة الإجراءات الوقائية وتعزيز الصحة التي تعمل على تطوير المهارات النفسية الاجتماعية. كما تؤكد نتائج البحث التدخل للتصرف مبكرا إذا أردنا تعزيز السلوكيات المواتية للصحة وتعزيز الصحة والرفاه بشكل فعال. وفي الواقع أن كثير من الإجراءات الوقائية التي تهدف إلى تنمية المهارات النفسية

الإجتماعية للفرد وقد أثبت فعاليتها في مختلف المجالات، الصحة العقلية، والإدمان، والصحة الجنسية وما إلى ذلك.... وهذا ما بينته كل من دراسة (فاطمة وميرفت، 2002) من أن المنهج التجريبي في البحث يتضمن ما يطلق عليه المجموعة الضابطة وتنحصر هذه الطريقة في ملاحظة مجموعتين متساويتين من الأفراد أثناء أدائهم تحت نفس الظروف فيما عدا عنصر واحد وهو المتغير المستقل وينحصر الاختلاف في أداء المجموعتين بعد عزل جميع مصادر التأثير المتغير المستقل ويشترط كذلك أن للمجموعتين موضوع التجربة وإمكانات متساوية في أول الأمر، ومعنى ذلك أن تكون المجموعتين لهما نفس الشروط وعلى نفس المستوى من القدرة من حيث المتغيرات التي يمكن أن تؤثر في النتائج. ودراسة جان فرانسوا دي إيفرنوا (Jean-François, 2011) جاءت هذه الدراسة لتثقيف العلاجي للمهارات المريض مهارات الرعاية الذاتية ومهارات التكيف مع المرض وهذه الأخيرة مستوحاة من المهارات النفسية الاجتماعية التي اقترحتها منظمة الصحة العالمية نظرا لأن صياغتها ذات طبيعة عامة جدا، اقترحت مجموعة عمل جمعية تطوير ETP تقترح الطابع الرسمي على ثنائي مهارات جديدة للتكيف مع المرضى في هذه الدراسة، وهذه المهارات هي سمة من سمات المواقف الحياتية الأكثر تكرارا التي توجهها المرضى في أغلب الأحيان، فإن استخدامها يجعل برامج التثقيف العلاجي أقرب إلى الحياة الواقعية للناس وأنهم يستخدمون طرق معينة من مجال المهارات التعامل مع الآخرين أي أن جميع العينة التجريبية للمشاركين الإجابيين في جلسات البرنامج وهذا ما أدى إلى تكافؤ الفئات العمرية في استجابتهم على استبيان تقبل المرض، وإن الإهتمام بصياغة المهارات النفسية الاجتماعية هو تزويد مقدمي الرعاية الصحية وشركائهم بإمكانية تصميم برامج مستقبلية وتقسيم مجالات التدخل وتمت مناقشة التغييرات المفاهيمية التي أحدثتها هذه المهارات الجديدة في إدارة الأمراض المزمنة. دراسة صوفيا شاتيلارد (Sophia Chatelard, 2012) تم إجراء هذه الدراسة على شكل مقالات مكتوبة باللغة الفرنسية والإنجليزية التي ترجع بتاريخها إلى 15 سنة الماضية، باستخدام المعادلات التالية، العلاقة بين الطبيب والمريض - عدم المساواة الصحية - طب الأسرة، وتم اختيار المقالات حسب صلتها بالموضوع بناء على العنوان والمخلص التي تناول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على سبيل المثال لمزيد من الشمولية، وكانت النتائج من خلال المقالات كالتالي: الملاحظة الأولى هي الوصول إلى الرعاية والدعم المتباين وفقا للضعف الاجتماعي. أما الموضوع الثاني الذي تم تناوله هو النهج الذي يجب على المرضى اتباعه في ضوء تاريخ حياتهم

في حين لم تتفق الدراسة الحالية مع نتائج بعض الدراسات التي أكدت وجود فروق مثل دراسة (Boey, 1999) ودراسة فونت (2016) ودراسة بلال بن حمو (2013) حيث تشير هذه الدراسات إلى وجود فروق .

وتشير هذه الفرضية إلى أن المصاب بمرض مزمن يحتاج إلى المهارات حتى ولو كان المرض المقصود معروفا ومتداولاً بين كل الناس يجب إعطائه فرصة التبادل مع هم في نفس الحالة لتساعده بطريقة كبيرة في تقبل مرضه والتعامل معه بفعالية بعيدا عن الاستسلام.

و مما يدل على تكافؤ في مستوى المرضى بين المجموعتين قبل تطبيق البرنامج التدريبي ويرجع هذا إلى الضبط الدقيق للمتغيرات الخاصة بالبحث والإلمام وهذا يرجع إلى الضبط المتغيرات الخاصة بالبحث بها من مختلف الجوانب باعتبارها

إحدى العوامل الأساسية التي يجب توفره قبل الشروع في أي دراسة خاصة أن الدراسة الحالية تعتمد على برنامج تدريبي لتنمية المهارات النفسية الاجتماعية، لأنه قبل إجراء التجربة يجب ضبط المتغيرات التي تؤثر في المتغير التابع ضبط دقيقا حتى يمكننا الاعتماد على النتائج المتحصل عليها .

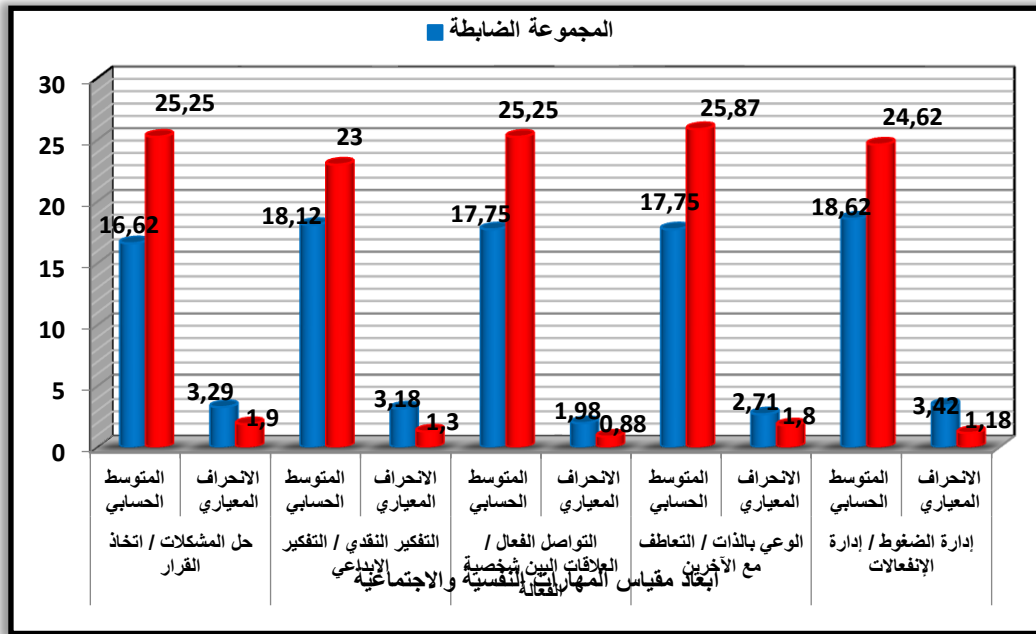
2.3 - تنص الفرضية الثانية: " توجد فروق معنوية (دالة إحصائية) بين متوسطي درجات القياس البعدي لأفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في مستوى المهارات النفسية والاجتماعية."

1.2.3 - نتائج القياس البعدي لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية:

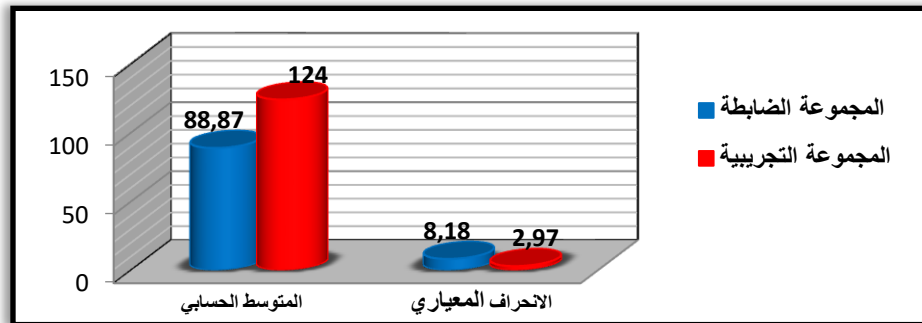
الجدول(03): يبين الإحصاءات الوصفية لنتائج القياس البعدي لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية

الأبعاد	المجموعة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
حل المشكلات / اتخاذ القرار	الضابطة	08	16.62	3.29
	التجريبية	08	25.25	1.9
التفكير النقدي / التفكير الإبداعي	الضابطة	08	18.12	3.18
	التجريبية	08	23.00	1.3
التواصل الفعال / العلاقات بين شخصية الفعالة	الضابطة	08	17.75	1.98
	التجريبية	08	25.25	0.88
الوعي بالذات / التعاطف مع الآخرين	الضابطة	08	17.75	2.71
	التجريبية	08	25.87	1.80
إدارة الضغوط / إدارة الانفعالات	الضابطة	08	18.62	3.42
	التجريبية	08	24.62	1.18
المقياس ككل	الضابطة	08	88.87	8.18
	التجريبية	08	124.00	2.97

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات spss 25.



الشكل (03): يوضح التمثيل البياني لنتائج القياس البعدي لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية لأبعاد المقياس



الشكل (04): يوضح التمثيل البياني لنتائج القياس البعدي لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية للمقياس ككل

من خلال الجدول (03) الذي يبين نتائج القياس البعدي لأفراد المجموعة الضابطة والتجريبية لنتائج القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية لأبعاد مقياس المهارات النفسية الاجتماعية للمقياس ككل، نلاحظ أن:

بعد مهارة حل المشكلات واتخاذ القرار كانت نتائج المجموعة الضابطة في قيمة المتوسط الحسابي (16.62) بانحراف معياري قدره (3.29)، وبالنسبة للمجموعة التجريبية فكانت قيمة المتوسط الحسابي (25.25) بانحراف معياري قدره (1.9).

وفي بعد مهارة التفكير الإبداعي والتفكير الناقد كانت نتائج المجموعة الضابطة في قيمة المتوسط الحسابي (18.12) بانحراف معياري قدره (3.18)، وبالنسبة للمجموعة التجريبية فكانت قيمة المتوسط الحسابي (23.00) بانحراف معياري قدره (1.3).

وفي بعد مهارة التواصل الفعال والعلاقات البين شخصية الفعالة كانت نتائج المجموعة الضابطة في قيمة المتوسط الحسابي (17.75) بانحراف معياري قدره (1.98)، وبالنسبة للمجموعة التجريبية فكانت قيمة المتوسط الحسابي (25.25) بانحراف معياري قدره (0.88).

وفي بعد مهارة الوعي بالذات والتعاطف مع الآخرين كانت نتائج المجموعة الضابطة في قيمة المتوسط الحسابي (17.75) بانحراف معياري قدره (2.71)، وبالنسبة للمجموعة التجريبية فكانت قيمة المتوسط الحسابي (25.87) بانحراف معياري قدره (1.80).

وفي بعد مهارة إدارة الضغوط وإدارة الانفعالات كانت نتائج المجموعة الضابطة في قيمة المتوسط الحسابي (18.62) بانحراف معياري قدره (3.42)، وبالنسبة للمجموعة التجريبية فكانت قيمة المتوسط الحسابي (25.62) بانحراف معياري قدره (1.18).

وفي ما يخص مقياس المهارات النفسية الاجتماعية ككل فكانت نتائج المجموعة الضابطة في قيمة المتوسط الحسابي (88.87) بانحراف معياري قدره (8.18)، أما بالنسبة للمجموعة التجريبية فكانت قيمة المتوسط الحسابي (124.00) بانحراف معياري قدره (2.97).

2.2.3. الفروق بين القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية:

الجدول (04): الفروق بين القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

أبعاد المقياس	(T-test) الحسوبة	Df	T-) (test المجدولة	p.valu e (sig)	دلالة الفروق	حجم الأثر	دلالة الأثر
حل المشكلات / اتخاذ القرار	-6.41	14	2.145	0.00	دال	0.86	كبير
التفكير النقدي / التفكير الإبداعي	-4.007			0.003	دال	0.72	كبير
التواصل الفعال / العلاقات البين شخصية الفعالة	-9.770			0.00	دال	0.93	كبير
الوعي بالذات / التعاطف مع الآخرين	-7.050			0.00	دال	0.88	كبير
إدارة الضغوط / إدارة الانفعالات	-4.688			0.00	دال	0.78	كبير
المقياس ككل	-11.408			0.00	دال	0.94	كبير

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات 25 spss.

من خلال الجدول (04) نلاحظ وجود فروق دالة إحصائية بين القياس البعدي للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في جميع أبعاد مقياس المهارات النفسية الاجتماعية والمقياس ككل حيث بلغت قيمة "ت" لأبعاد المقياس (6.41) لبعد حل المشكلات واتخاذ القرار، و(4.007) لبعد التفكير النقدي والتفكير الإبداعي و(9.770) لبعد التواصل الفعال والعلاقات البين شخصية الفعالة و(7.050) لبعد الوعي بالذات والتعاطف مع الآخرين و(4.688) لبعد إدارة الضغوط / إدارة الانفعالات و(11.408) المقياس ككل وهي أقل من مستوى الدلالة

بالإضافة إلى القيمة الإحصائية التي جات قيمتها بالنسبة لأبعاد المقياس (0,00)، (0,003)، (0,00)، (0,00)، (0,00)، و(0,00) للمقياس ككل، وهي أقل من مستوى الدلالة .

مناقشة الفرضية الثانية:

من خلال ما سبق لنتائج القياس البعدي للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية والموضحة في الجدول (04) نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية، وتشير هذه النتيجة إلى فاعلية البرنامج التدريبي المقترح وأن الاستراتيجيات المتبعة خلال الجلسات التدريبية المقدمة لأفراد المجموعة التجريبية أدت إلى تنمية ورفع من مستوى المهارات النفسية الاجتماعية لدى المرضى. وهذا ما أثبتته بعض الدراسات فيما يخص فاعلية برنامج تدريبي واكتساب المهارات لدى المصابين بالسكري والتي منها دراسة (العاسمي، 2012)، بأن أهداف البرنامج بشكل عام تتجلى في تسهيل النمو ومساعدة الأفراد على حل مشاكلهم الشخصية والانفعالية والاجتماعية بفاعلية عالية ومساعدتهم في إتخاذ القرارات المناسبة لهم وتعديل مفهوم الذات لديهم من المفهوم السلبي إلى الإيجابي، لعلها تحدث تغييرا في إدراك المرض المزمن بصفة عامة والتكيف مع مرض السكري الواسع الانتشار بصفة خاصة، إذ أن المصاب بهذا المرض لم يعد ينظر إلى نفسه سوى أنه مجرد فرد في وضعية مميزة نوعا ما ولكنه يرى أنه يستطيع التأقلم معه فهو لذلك لا يرى أن هناك فرقا بينه وبين أي فرد آخر سليم وخاصة بعد أن تأكد له أنه يستطيع التحكم في مرضه. وتتفق دراستنا مع دراسة فونت وآخرون (D. fonte, 2018) حيث أكدت أن المهارات النفسية الاجتماعية هي جزء من النظام الإجراءات التي تشكلها القضايا العلاجية، من هذه النتائج العمل بفاعلية على المهارات النفسية الاجتماعية للمرضى وتحتتم الدراسة بالاهتمام بالعبادة النفسية الاجتماعية التي تعتمد على وجهة نظر علم النفس الصحة الاجتماعية لتقييم وتحليل والتدخل في المحددات النفسية الاجتماعية والسلوكيات الصحية. وفي دراسة سيباستان كولسون وآخرون (2018) التي تقدم المساهمات النظرية والمنهجية لعلم نفس الصحة الاجتماعية في تعزيز المهارات النفسية الاجتماعية في سياق تثقيف المريض العلاجي، يتضح هذا من خلال تجميع نتائج العديد من الأبحاث التجريبية في مجال مرض السكري والهدف هو توضيح المهارات النفسية الاجتماعية النظرية المنهجية التي تثيرها من مواقف متعددة التخصصات ويعتمد على مبادئ علم النفس الاجتماعي للصحة أولا والمساهمات المعرفية والنظرية المنهجية، من خلال الدراسات التجريبية التي تهدف إلى فهم العمليات النفسية الاجتماعية وقضايا المهارات النفسية الاجتماعية في سياق التثقيف العلاجي للمصابين بداء السكري، كما أنفقت مع دراسة (Clark, 2004) حيث أشارت النتائج أن التدخل كان ناجحا في مساعدة مرضى السكري على تغيير نمط الحياة إلى نمط صحي، وكان الهدف من الدراسة تنفيذ

وتقييم تدخل لتحسين الالتزام وتغيير نمط الحياة الموصى بها لمرضى السكري الذين تتراوح أعمارهم بين 20 - 70 عاما وأن عملية التثقيف الصحي تحمل بين طياتها عملية إثارة المريض لمرضه الذي كان يرفضه فأصبحت عملية التعريف بالمرض وبخصائصه وبالتبعات التي تنجر عنه وحالة عدم الإمتثال للسلوكيات الصحية والتعليمات الطبية والوقائية دافعا قويا لتفعيل التصور الإيجابي للذات وإقحام المرض كجزء عادي في الحياة اليومية ومن ثم تقبل المرض والتعامل معه بإيجابية أكثر وهذا ما خلصنا إليه بعد تطبيق هذا البرنامج، ودراسة (Gery, 1999) أكدت أن التدخل التدريبي على مهارات التكيف بالإضافة لعلاج المكثف لمرضى السكري يمكن أن يحسن من التحكم في طبيعة المرض ويحسن من نوعية الحياة للشباب المصابين بمرض السكري وتوصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأفراد المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج من حيث زيادة تمتعهم بشكل أحسن على التحكم في نسبة السكر في الدم لديهم، بإضافة لإنخفاض في مستوى التأثيرات السلبية لمرض السكري (كالقلق والمخاوف ...) وفي دراسة (الرميحي، 2017) هدفت إلى معرفة أثر تفاعل متغيري النوع والتخصص على مهارات الحياة والصحة النفسية لدى عينة الدراسة، حيث تناولت الدراسة ثنائي مهارات حياتية، هي: إدارة الوقت، والكفاءة الاجتماعية، والدافعية للإنجاز، والمرونة الفكرية، وقيادة المهام، والضبط الوجداني، والمبادرة الفاعلة، والثقة بالنفس. وتوصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مهارات الحياتية .

و تبين أن الأنشطة المستخدمة لها أثر واضح على اكتساب المهارات النفسية الاجتماعية لدى مرضى السكري وتعزو الباحثة أن البرنامج التدريبي أثر بصورة إيجابية على مستوى أداء المجموعة التجريبية في المهارات النفسية الاجتماعية وقد أتاح لهم التفاعل بإيجابية مع بعضهم وهذا يعد عاملا مهما في التطور الذي أحرزته المجموعة التجريبية وتحقيق الاستفادة المرجوة من البرنامج التدريبي واكتساب المهارات النفسية الاجتماعية بشكل أفضل وأيضا المهارات التي تناولنها في الدراسة (حل المشكلات، اتخاذ القرار، التفكير الإبداعي، التفكير الناقد)، كانت ذات ارتباط وثيق بحياة المرضى وواقعهم كما أن الهدف من التدريب على المهارات النفسية الاجتماعية كان كيف يستفيد المريض من خلال اكتساب المهارة في حياته العامة والخاصة والتعامل مع متغيرات الحياة المختلفة والتعايش مع السكري وتدبيره العلاجية وإجراءات العناية الذاتية اليومية به خارج المركز، كما ترجع هذه النتيجة إلى الجهد المبذول عند إعداد وتنفيذ البرنامج ولتناوله بالتدريب على تنمية المهارات النفسية الاجتماعية وأثبتت الدراسات أن المهارات تنمو عن طريق التدريب.

3. الخلاصة:

تناولنا موضوع المهارات النفسية الاجتماعية والذي يعد من المواضيع التي إهتمت بها العديد من المنظمات منها منظمة الصحة العالمية (WHO) ومنظمة اليونسكو (UNICEF) وهذا لكونها من المهارات الضرورية التي يحتاجها الفرد في حياته وتحديد كيفية التعامل مع المرض مستقبلا. ولتحقيق ذلك قمنا بالتدخل التطبيقي بالاعتماد على برنامج تدريبي أثبتت فاعليته لتنمية المهارات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المصابين بالسكري الذي إعتمدنا على توضيح خطواته من خلال العناصر السابقة وبالتوصل إلى أن المرضى المصابين بداء السكري قد استفادوا من تعلم المهارات المطبقة خلال جلسات البرنامج أثناء هذه المدة الزمنية المقدرة بثلاثة أشهر مما يدل على أن البرنامج قد أحدث التغيير كما يدل على أهمية المهارات المقدمة .

ختاما نشير إلى أن المهارات النفسية الاجتماعية من العوامل التي تساعد المرضى في إعدادهم لمواجهة مشكلات الحياة حيث يؤدي تعلم المهارات إلى مساعدتهم على التكيف ومواجهة المرض لأنها تساهم في فهم وإدراك الأفراد لأنفسهم ولقدراهم من خلال السلوكيات الفعلية التي يمارسونها لمواجهة متطلبات مشكلات الحياة للوصول إلى الأهداف المنشود.

انطلاقا من نتائج الدراسة الحالية وتحيين الدراسات السابقة يمكن ان نقترح:

- العمل على تطبيق برامج تتضمن مختلف المهارات النفسية الاجتماعية التي يحتاجها المريض.
- زيادة الاهتمام بالموضوعات التي تخدم مرضى السكري.
- تنظيم ورشات وندوات تثقيفية للمرضى لتنمية المهارات النفسية الاجتماعية وعلى التكيف مع مشاكلهم. وتعليمهم طرق التعامل مع الظروف الضاغطة والسعي إلى حلها وحسن إدارتها والتخلص منها.
- إجراء دراسات مشابهة تتناول المهارات النفسية الاجتماعية لدى المصابين بأمراض مزمنة أخرى مثل السرطان.
- إعداد مطويات حول المهارات النفسية الاجتماعية تقدم للمرضى أثناء زيارتهم إلى مراكز المتابعة لتشخيص المبكر للسكري.

4. قائمة المراجع :

1. أسامة عبد الكريم،، عبد الرحمن راشد (2012)، أثر برنامج تثقيف صحي على مرضى السكري من النوع الثاني في مديرية صحة طولكرم، رسالة ماجستير، الصحة العامة، جامعة النجاح، فلسطين .
2. أمينة راشد الرميحي (2017) المهارات الحياتية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طلبة البحرين، ماجستير، جامعة البحرين، البحرين .
3. ابراهيم عزيز مجدي، (2004)، موسوعة التدريس، دار الميسرة، ج.1، الأردن
4. حنان أبو صيري، مروة مهدي، وفاء الصفتي، (2019)، فاعلية برنامج إرشادي لإدارة الضغوط الأسرية قائم على توظيف الاستفادة من خدمات الدعم الحكومي، مجلة بحوث في التربية النوعية، العدد 53 فيفري 2019، كلية التربية النوعية، جامعة القاهرة.
5. رياض نايل العاسمي، (2012)، المبادئ العامة في تخطيط وتقييم برامج الإرشاد النفسي، دار العرب ودار نور الدراسات والنشر والترجمة، دمشق.
6. رفله عفاف عزت، (2018)، مشاركة الأبناء في إدارة الضغوط الأسرية وانعكاسها على اكتسابهم المسؤولية الاجتماعية، مجلة الاقتصاد المنزلي، مجلد 28، العدد الرابع، الصفحات 23-24.
7. عابد بوهادي، (2016)، أهمية استراتيجية العصف الذهني ومهارات حل المشكلات، جامعة عبد الرحمان بن خلدون تيارت، الجزائر .
8. عائشة بن نعمة، (2011)، معنى الألم والمرض، دراسة مقارنة بين النساء والرجال المصابين بالسكري (بحث ميداني مقارنة في انثروبولوجية الصحة)، الجزائر.
9. عفراء إبراهيم الخليل العبيدي، (2011)، طبيعة العلاقة الارتباطية بين التعاطف والسلوك العدواني، دراسة ميدانية لدى عينة من طلبة المرحلة المتوسطة في مدارس بغداد الرسمية 163، مجلة جامعة دمشق، مجلة البحث، الصفحات 42 (17)، 149-186.
10. عبده، عبد الهادي السيد وفاروق السيد عثمان (2002) القياس والإختبارات النفسية أسس وادوات، دار الفكر العربي، مصر .
11. صلاح الدين علام، (2008)، القياس والتقييم التربوي النفسي أساسياته وتطبيقاته وتوجهاته المعاصرة، دار الفكر العربي، القاهرة .
12. فواز جمال العمري، (2013)، مدى عي طلبة الجامعات الأردنية الرسمية للمهارات الحياتية في ضوء كلية التربية بالجامعة الإسلامية بغزة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
13. لطيف كاظم، (2014)، الخريطة الذهنية كأداة للتفكير ودورها في تنمية التفكير الإبداعي لدى طلاب المرحلة الابتدائية في العراق، مصر .

-
14. محمد ايهاب السيد شحاتة، (2019)، وحدة مقترحة في الرياضيات قائمة على المنطق الفازي لتنمية مستويات عمق المعرفة ومهارات اتخاذ القرار لدى طلاب المرحلة الجامعية، كلية التربية، جامعة الوادي الجديد، مجلة تربوية الرياضيات، المجلد (22)، العدد (11) أكتوبر 2019 الجزء الثالث.
15. مرفت عبد ربه مقبل، (2013)، التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
16. نسرین حمد الخطيب، ضحی عبود، (2020)، مستوى الوعي الذاتي لدى طلبة الماجستير في كلية التربية، جامعة دمشق، مجلة البعث، الصفحات 42 (17)، 186-149.
17. Closing the achievement gap: using the environment as an integrating content for learning council of chief state school officers. washington, DC. 1998
18. Life skills based videodisc curriculum, social science Record 1999 Vol (29) no (2).
19. Bandura, A. (2007). .Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Paris: DeBoeck.
20. Béatrice Lamboy, J. G. (2014). « Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents: pourquoi et comment ? », Devenir 2014/4 (Vol. 26), p. 307-325. DOI 10.3917/dev.144.0307.
21. Béatrice, L., & Juliette, G. (2014). Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents: pourquoi et comment ? pp. (Vol. 26), p. 307-325. DOI 10.3917/dev.144.0307.
22. Boey, K. W. (1999). Adaptation to Type II Diabetes Mellitus Depression and Related Factors. International Medical Journal, vol. 6, No. 2, p. p: 125-132.
23. Clark. (2004). , Hampson SE, Avery L, Simpson R.(2004sep) Effects of a tailored lifestyle self-management intervention in patients with type 2 diabetes.
24. COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT DIABÉTIQUE DE TYPE 1: UNE REVUE DE LITTÉRATURE. Santé publique (Vandoeuvre-lès-Nancy, France) 2015
25. Coping Strategies in Men and Women with Type II Diabetes in Swedish Primary Care. Diabetes Research and Clinical Practice 2006 vol. 71, No.3, p. p: 280-589.

26. D. fonte, S. c. (2018). Psychologie sociale de la santé et compétences psychosociales en éducation thérapeutique: des enjeux pour la recherche et pour la pratique , elservier ireland ltd , doi.org: 10.1016/j.prps.2018.06.001.
27. d'Ivernois2011 et les membres du groupe de travail de l'IPCEM Educ Ther Patient / Ther Patient Educ
28. Fonte, D. (2017). Les compétences psychosociales en éducation thérapeutique du patient: des enjeux pour la pratique du psychologue. Pratiques psychologiques.
29. Gery. (1999). coping skills training for youth with diabetes on intensive therapy. journal of ampplied nursing , vol,12. pp. NO. 3-12.
30. Health, W., & WHO, O. (1997). Life skills education in schools. Geneva. p. 48.
31. Jean-François. (2011). les membres du groupe de travail de l'IPCEM Educ Ther Patient / Ther Patient Educ 2011.
32. Luis, É. (2015). Les compétences psychosociales: définition et état des connaissances.
33. OMS1993Life skills education in schools. GenèveGenève: OMS
34. OMS. (1986). Organisation mondiale de la santé (OMS). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Copenhagen: OMS Europe., (p. 6 p. En ligne: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.p).
35. Prevalence of Symptoms of Depression and Anxiety in Diabetes Clinic Population. Journal of Diabetes Medicine.2000 vol.17, No.3, p. p: 198-202.7, p. p: 546-553.
36. S. Colsonb. (2018). Psychologie sociale de la santé et compétences psychosociales en éducation thérapeutique: des enjeux pour la recherche et pour la pratique. Pratiques psychologiques. p. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.06.00>.
37. Significance of life skills education. Contemporary Issues in Education Research (CIER)2017 10(1), 1-6.
38. Sophia Chatelard. (2012). Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé: revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie 2012.
39. UNICEFUNICEF (n.d) Definition of Terms Retrieved
40. United Nations of International Children's Emergency Fund (Unicef). Global evaluation of life skills education programm. [Evaluation report]. New York:

Unicef2012En ligne: www.unicef.org/evaluation/files/USA-2012-011-1_GLSEE.pdf 150

المواقع الإلكترونية:

<https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition>