

# مجلة المنهج العلمي والسلوك

مجلة علمية محكمة تصدرها جمعية المرشدين النفسيين  
بالتعاون مع قسم علم النفس بأداب طنطا

رئيس التحرير  
الأستاذ الدكتور / عبد السلام الشيخ

يناير ٢٠١٦  
العدد الخامس عشر  
الجزء الثاني

## مجلة المنهج العلمي والسلوك

مجلة علمية محكمة تصدرها جمعية المرشدين النفسيين بالتعاون  
مع قسم علم النفس بأداب طنطا  
وتهتم بنشر البحوث السيكولوجية (النظرية والتطبيقية)

### الحكمون

أ.د. احمد عكاشة  
أ. د . آمال أباطة  
أ.د . الهامي عبد العزيز  
أ.د. حسن عيد  
أ.د. مدحت جابر عبد الجليل  
أ.د . زينب عبد الحميد لطفي  
أ.د صفاء الأعسر  
أ.د. عادل صادق  
أ.د. فرج عبد القادر طه  
أ.د. فتحي الشرقاوي  
أ.د السيد محمد الحسيني  
د. فؤاده شعبان  
أ.د. قدرى محمود حفني  
أ.د . محمود أبو النيل  
أ.د مصري حنورة  
أ.د. محمد السيد خليل  
أ.د. محمد سمير عبد الفتاح

### رئيس مجلس الإدارة ورئيس التحرير

أ.د. عبد السلام احمد الشيخ

### مستشار النشر

أ.د/ خالد الفخراني  
أ.د محمد سمير عبد الفتاح

### هيئة المستشارين للتحرير

- ١ - د. هبة ربيع
- ٢ - د. طارق فوزي
- ٣ - د. محمود عبد العزيز
- ٤ - د. نشوي حبيب
- ٥ - د. محمد منصور

### سكرتير التحرير

تليفون : ٣٣٠٦٩٠٧ / ٤٠ - ٣٣٠٦٧٦٩ / ٤٠ - ١٠٥٣٠٥٤٩

## يناير ٢٠١٦ المنهج

الصفحة	الموضوع	م
١١	فعالية التدريب على استخدام مدخل التفكير المنظومي لتنمية التفكير البصري لدى طالبات المرحلة الثانوية لتيسير تعلم المفاهيم الفيزيائية <b>د. صفاء علي أحمد عفيفي</b>	١
٩١	فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض انفعال الغضب ورفع جودة الحياة لدى مرضى السكري. <b>The effectiveness of a cognitive behavioral program to reduce the emotion of anger and raise the quality of life in patients with diabetes</b> <b>د. محمد سالم محمد القرني</b>	٢
١٥٩	التخطيط الإستراتيجي لمكتب التربية العملية في كلية التربية الأساسية بدولة الكويت باستخدام التحليل الرباعي SWOT <b>د. إبراهيم عبدالرحمن إبراهيم الصقر</b>	٣
١٩٣	التفاعلات الأسرية المولدة للاضطرابات النفسية عند الأطفال <b>Family interactions generated psychiatric disorders in children</b> <b>أ.د/ علاء الدين احمد كفاي (رحمه الله) أ.د/ سميره ابو غزاله أ. ضامن هابيل حمايه</b>	٤
٢٤٥	التدخل المهني لطريقة تنظيم المجتمع للتخفيف من حدة المشكلات التي تعاني منها الفتاة في ظروف الشارع المعنف <b>أ.م.د/ إبراهيم عز الدين</b>	٥

فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض انفعال الغضب ورفع  
جودة الحياة لدى مرضى السكري

**The effectiveness of a cognitive behavioral program to  
reduce the emotion of anger and raise the quality of life  
in patients with diabetes**

د. محمد سالم محمد القرني

الأستاذ المشارك بقسم علم النفس

كلية الآداب والعلوم الإنسانية- جامعة الملك عبد العزيز

**المقدمة:**

اتفقت الدراسات التي تمّت على الجانب النفسي في مرض السكري (diabetes) أن هذا الداء يُعدّ أضراراً خصباً ومثالية لانفعال الغضب، حيث أكدت دراسة كل من: (محمد الصبوة وشاهه التمار، ٢٠١٠م Leksell, et al., 2014، 2015، Boogerd, et al.) أن ظهور انفعال الغضب عند مريض السكري يشعره بمدى الضرر الواقع عليه نتيجة هذا الداء، وكرهه لهذا المرض، بطريقة تجعله غاضباً من المرض ومن نفسه وممن يحيطون به. كما أن وقوع مريض السكر تحت التهديد المستمر الذي يهدد حياته، والذي تبدو معه حياته مليئة بالمخاطر تجعله من أكثر الناس عرضة لانفعال الغضب، كذلك فإن المضاعفات الخاصة بانتكاسات الأنسولين أو الشعور بالتهديد من تلك الانتكاسات على الأقل يجعل هذا المريض يشعر بالغضب في معظم الأحيان.

وأكد بازيلمان وآخرون (Bazelmans, et al., 2016,15) أن انفعال الغضب من ضمن أسباب الأمراض النفسية. حيث يؤثر الغضب في إجهاد القلب، وتزداد كمية الدم التي يضخها القلب نتيجة لهذا الانفعال الشديد، مما يجهد عضلة القلب، وتؤدي في النهاية إلى تصلب الشرايين، أو إفقادها



لمرونتها، كما يؤدي هذا الغضب إلى ارتفاع ضغط الدم، وارتفاع نسبة السكر في الدم، والذي يكون سببه تأثير انفعال الغضب على الأوعية الدموية الموجودة في الجسم كله، وأظهرت دراسة بوجيرد وآخرين (Boogerd et, al., 2015) أن المعدلات الضعيفة للسكر في الدم تجعل مرضى السكري أكثر غضباً، وهذا يزيد من خطر العدائية لديهم. وأشار ماكجفرن وآخرون (McGovern et, al., 2014,20) أن انفعال الغضب يؤثر بشكل مباشر على درجة السكر في الدم ومن هنا فإن مرضى السكري كانوا أكثر الناس احتياجاً لتقنين انفعال الغضب لديهم.

كما توجد إشارات عديدة في التراث أيضاً تشير إلى أن جودة الحياة لدى مرضى السكري تتأثر بانفعال الغضب الذي يظهر لدى هؤلاء المرضى، ويعكس صفو حياتهم، ويقلل من نسبة جودة الحياة لديهم (السيد الشربيني، ٢٠٠٧م، حسن مصطفى، ٢٠٠٥م، إبراهيم يونس، ٢٠٠٥م (Shirazi, 2014) ، Joyce, 2008).

ويمثل النموذج العلاجي المعرفي السلوكي الطريقة المتبعة لعلاج انفعال الغضب، وتحسين جودة الحياة لدى مرضى السكري الذي يستدعي أن يقوم مريض السكري أثناء غضبه بالتغيير من سلوكه السلبي إلى سلوك آخر أكثر إيجابية، واستبدال أفكاره اللاعقلانية بأخرى عقلانية (Fan, et al., 2013,1) (Abraham, et al., 2015, 96) (Hur,i et al., 2013 84)، ويؤكد ابرهام (Abraham, et al., 2015, 96) إن أساليب العلاج المعرفي السلوكي تقضي على انفعال الغضب الذي ينتاب مريض السكري، ويقلل من شعوره بالتهديد والخوف والانفعال، ومحاولة عكس هذا الانفعال بحيث يصبح في صالح المريض وليس ضده؛ بمعنى أن يكون مريض السكري قادراً على اتخاذ الإجراءات المناسبة نتيجة شعوره بالغضب في بعض الأوقات. حيث يصبح الغضب قوة تساعد المريض على القيام بعمل، أو

تغيير ما، حيث أنه كلما أصبح قادراً على استخدامه في صالح نفسه كلما كان قادراً على التحكم فيه وقتاً بعد وقت.

وبناء على ذلك، وعلى ما انتهت إليه الدراسات السابقة، فإنه يمكن تقليل حدة الغضب، وتحسين جودة الحياة لدى مرضى السكري، من خلال فنيات العلاج المعرفي السلوكي في تحفيز المريض على القيام بالأنشطة المحببة إليه ليرفع من حالته المعنوية، ويزيد من قدرته على الإنجاز؛ مما يجعله يشعر بالرضا عن حياته، وتقليل انفعال الغضب الذي يصاحب انخفاض معدلات السكر في الدم من خلال استخدام مجموعة من الأساليب المعرفية والسلوكية التي تساعد في الحد من آثار الغضب وتحسين جودة الحياة.

**مشكلة الدراسة:** يتصف العصر الحالي بارتفاع معدلات الإصابة بمرض السكري في كثير من الأحيان. وذلك كما ذكرت الدراسات العديدة في هذا المجال، حيث ذكرت دراسة آيانو وآخرين (Ayano, et al., 2015) التي اعتمدت على أحدث إحصائية، بأن مرض السكري يصيب إنساناً من كل عشرة أشخاص يعيشون على هذا الكوكب، وذلك متنوعين ما بين النوع الأول والثاني من المرض، وبالتالي ينبغي على الدراسات والبحوث النفسية توجيه دفة تلك البحوث نحو تصميم برامج للحيلولة دون وقوع هؤلاء المرضى ضحية للعوامل الانفعالية والنفسية التي تشكل خطورة على حياتهم، وتؤثر سلباً على جودتها ورضاهم عنها.

(Ayano, et al., 2015,17).

وقد كشفت الدراسات أن مرضى السكري يعانون بشكل مباشر من انفعال الغضب حيث كشفت دراسة أمريكية أجراها جرافلينج وآخرون، (٢٠١٥م) أن نسبة (٧٨%) من مرضى السكري يعانون من انفعال الغضب، وأن ذلك الانفعال يؤثر بشكل مباشر في طبيعة المرض لديهم، ويؤدي إلى تدهور حالتهم الصحية. (Graveling, et al., 2015,108)

كما أكدت الدراسات أن ارتفاع مستوى السكر في الدم لدى مريض السكري يؤدي إلى انفعال الغضب، مما يشعره بحالة من اليأس، وتسبب له أزمة نفسية، وتشكل تلك الأزمة دافعاً للغضب بالإضافة إلى اعتماد المريض على المسكنات التي تؤدي إلى حدوث انفعال الغضب.

(Lewko & , Leksell, et al.,2014,8, Eilander et, al.,. 2015,74)

Misiak,2015

وقد دلت الإحصائيات في البيئة العربية على أن مرضى السكري يعانون بشكل مباشر من انفعال الغضب، وهذا ما أكدته دراسة (مختار وزملائه، ٢٠١٢م) حيث ذكرت الدراسة أن طبيعة الشخص العربي تجعله دوماً قائماً في منزله، ومسؤولاً عن أسرته؛ وبالتالي فإن مرض السكري عندما يصيب هذا الشخص يجعله غير قادر على الوفاء بمتطلبات أسرته، وغير قادرٍ على تحمل مسؤولياته، وهذا ما يجعله يغضب بسهولة، ويؤدي إلى إصابته ببعض الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكري، ويأتي على رأسها الغضب والانفعال والتوتر بالإضافة إلى ارتفاع ضغط الدم.

(مختار وآخرون، ٢٠١٢م، ٤٧٨)

وفي المجتمع السعودي بات مرض السكري يشكل نسبة هي من النسب الأعلى على مستوى العالم، حيث يُقدر عدد المصابين بالسكري بأكثر من مليوني مصاب في عام: (٢٠١٠م) وهو ما يعادل: (١٦,٨%) من السكان. ووفقاً للمسح الوطني للمعلومات الصحية الذي قامت به وزارة الصحة فإن معدل انتشار داء السكري بلغ نحو: (٢٦,٥%) منها: (١٤,٨%) عند الذكور، بينما بلغ نحو (١١,٧%) عند الإناث، كما يرتفع المعدل مع التقدم في العمر حيث

بلغ حوالي (٧,٨%) في الفئة العمرية (٢٥-٣٤) سنة ليصل إلى (٥٠,٤%) في الفئة العمرية من (٦٥) سنة فأكثر. (وزارة الصحة، ١٤٣٣هـ)  
**تساؤلات الدراسة:** بناء على العرض السابق لمشكلة الدراسة أمكن صياغة التساؤل الرئيسي التالي: **ما مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض انفعال الغضب ورفع جودة الحياة لدى مرضى السكري؟**

ويتفرع من هذا السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية التالية:

١. ما التصور المقترح لإعداد برنامج علاجي معرفي سلوكي، لخفض انفعال الغضب وتحسين جودة الحياة لدى عينة من مرضى السكري؟
٢. ما مدى فاعلية البرنامج العلاجي المقترح في خفض انفعال الغضب وتحسين جودة الحياة لدى عينة من مرضى السكري؟
٣. هل للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فاعلية في خفض انفعال الغضب ورفع جودة الحياة لدى عينة الدراسة بعد فترة شهرين من انتهاء البرنامج؟

#### أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية إجراء الدراسة الحالية في عدة مبررات نظرية وعملية نعرضها فيما يلي:

#### ١- الأهمية النظرية:

- أ- يتوقع أن تضيف الدراسة الحالية إسهاماً جديداً في التراث النفسي العربي، وتعطي المزيد من الإطار النظري حول متغيرات الدراسة.
- ب- ندرة الدراسات في المجتمع السعودي التي تناولت فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تقليل انفعال الغضب وتحسين جودة الحياة لدى مرضى السكري.



ج- قد تسهم الدراسة الحالية في إبراز مدى أثر انفعال الغضب في الإصابة بمرض السكري.

د- تلقي الدراسة الحالية ظلالتها على مرض السكري بنوعيه، واضطراب الغضب بدرجاته، وهي أمراض شائعة وخطيرة لما تحدثه من مخاطر نفسية وجسمية واجتماعية.

## ٢- الأهمية التطبيقية:

أ- بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي وتطبيقه لتقليل انفعال الغضب وتحسين جودة الحياة لدى مرضى السكري.

ب- التَّحَقُّق من مدى فاعلية واستخدام هذا البرنامج وتطويره بوصفه أداة يمكن الاستفادة منها في مراكز الأمراض المزمنة، كما يمكن توظيفه وتطويره في علاج بعض الاضطرابات النفسجسمية الأخرى.

ج- ستفيد هذه الدراسة كلَّ العاملين في مجالات الصحة النفسية، والإرشاد والعلاج النفسي والسلوكي، وأطباء الجهاز الدوري والجهاز الهضمي في العيادات والمستشفيات، والعاملين في ميدان البحث العلمي لما ستشكله مخرجاتها ونتائجها من أهمية تطبيقية في هذه المجالات.

## أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى:

١. التَّعَرُّف على جِدَّة انفعال الغضب ومستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري.

٢. تصميم برنامج معرفي سلوكي لتقليل انفعال الغضب وزيادة جودة الحياة لدى مرضى السكري.

٣. دراسة مدى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في تقليل انفعال الغضب وزيادة جودة الحياة لدى مرضى السكري.

٤. اقتراح أفضل الحلول والتوصيات والتدابير الاحترازية التي يمكن من خلالها التقليل من انفعال الغضب وزيادة جودة الحياة لدى مرضى السكري.

**الإطار النظري والدراسات السابقة:** يسلك الإنسان في محيطه البيئي كوحدة نفسية جسمية، وتتأثر الحالة النفسية بالحالة الجسمية، والعكس صحيح في توازن تحت الظروف العادية لشخصية سوية متوافقة، ويُعد الجسم وسيطاً بين البيئة الخارجية وبين الذات ككيان نفسي. ويؤدي انفعال الغضب الشديد إلى أن يضطرب هذا التوازن؛ فالانفعالات تؤثر على العمليات الحيوية والفسولوجية، فمثلاً نجد أن انفعال الغضب يؤدي إلى إسراع في عدد ضربات القلب، ويؤثر سلباً على مرضى السكري، وانفعال الحزن يؤدي إلى انسكاب الدموع، وانفعال الخجل يؤدي إلى احمرار الوجه، وانفعال الخوف يؤدي إلى شحوب الوجه، والقلق يؤدي إلى فقدان الشهية.

ومن ثم تتنوع الأساليب العلاجية لمثل هذه الانفعالات حسب أهدافها وحسب الطرائق العلاجية التي تستخدم من خلالها، وهناك عديد من النظريات التي تقوم عليها تلك العلاجات النفسية، وتكون موجهة للكثير من الحالات مثل: الاضطرابات النفسية والعقلية والجسدية أيضاً. وتهتم العلاجات النفسية بحياة الإنسان وجعله أقدر على العيش دون اضطرابات أو مشكلات نفسية تؤرق حياته، وتحول دون قدرته على العمل والإنتاج، وأن يعيش حياة صحية سليمة يتمتع فيها بصحته الجسمية والنفسية. وتهتم الدراسة الحالية بطريقة العلاج المعرفي السلوكي، وتحاول من خلالها تصميم برنامج قائم على هذا المدخل لخفض انفعال الغضب، ورفع جودة الحياة لدى مجموعة من مرضى السكري. هذا المرض الذي يتصف به العصر الحالي، حيث ارتفعت معدلات الإصابة به، وذلك كما ذكرت عديد من الدراسات والمقالات العلمية في هذا المجال.

وتسمى الأساليب العلاجية المعرفية السلوكية بهذا الاسم، حيث إنها تطلق على تلك الطرق العلاجية التي يمكن من خلالها استخدام المعرفة المتطورة في علم النفس، وتقوم تلك العلاجات على نظرية التعلم السلوكي، وهي من جهة أخرى عبارة عن طرق علاجية تعطي العوامل المعرفية مركزاً

مهماً في الحدث النفسي، حيث ينقسم هذا النوع من العلاج إلى نوعين حسب الطرائق المستخدمة؛ فمنه العلاج السلوكي، ومنه العلاج المعرفي، لكن في كثير من الأحيان فإن كلا المفهومين يتم الدمج بينهما واستخدامهما في نفس طريقة العلاج، وهو ما يسمى بالعلاج المعرفي السلوكي، والذي يشار إليه بأنه مجموعة من التقنيات العلاجية التي تجمع الأسلوبين معاً، والتي تعتمد في الأساس على أن معرفة الإنسان تشكل انطباعاً عن المثيرات الموجودة حوله بحيث تحاول تلك المثيرات تعديل تلك المعرفة مما يؤثر في سلوكه من جديد، وهذا التفاعل مستمر ما بين المؤثرات حول الشخص والعمليات المعرفية، وبالتالي فإن العمليات المعرفية والسلوكية تندمج فيما بينهما، ولا يمكن الفصل بينهما لأنها دائرة داخل الشخص، ويؤثر كلٌّ منها في الآخر. (Joyce, et al., 2008, 84).

ويستمد العلاج المعرفي السلوكي قوته من قدرة المعالجين على ملاحظة الذين يطبق عليهم العلاج، والتحكم في أفكارهم واكتشاف العلاقة بين تلك المشاعر، حيث تشكل تلك العلاقة اتجاهاً تفاعلياً يتم التعرف من خلاله على تلك التشوهات المعرفية والاعتقادات المختلة، وتشخيصها، ومحاولة القضاء عليها، وتعديلها بمساعدة المريض عن طريق إحداث تغيير في كيفية رؤيته لذاته والعالم والمستقبل من حوله. (Shrestha, et al., 2012, 37).

ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي على التفاعل النشط بين المعالج والمريض، وهو ما يوصف بعملية تبادل الخبرات حيث أن الشخص الذي يقوم بالعلاج لديه مبادئ أساسية للعلاج، وتكون مهمته هي القيام بدور المعلم، بحيث يكون دوره موضوعياً بعيداً عن إصدار الأحكام، حيث يعتمد فقط على مجموعة من الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية المبنية على طبيعة المشكلة ونوع التشوهات المعرفية التي يقوم بعلاجها. (Alvarado, et al., 2015, 34) ولا يستغرق العلاج المعرفي السلوكي فترات علاجية طويلة لكنه فقط يتطلب من (١٥-٢٠) جلسة تركز في كثير من الأحيان على ذلك الاضطراب

الذي يقوم المعالج بعلاجه، ثم بعد ذلك متابعة التطورات التي حدثت ومحاولة الاستمرار في دعم وتقوية المتعالج. كما أن الجلسات المخصصة للعلاج المعرفي السلوكي تكون منحصرة ما بين (٥٠-٦٠) دقيقة لكل جلسة، وذلك باستثناء الجلسة الأولى التي يجب أن تكون جلسة مطولة مخصصة لبناء علاقة قوية بين المعالج والمتعالج. ومما سبق يتضح لنا أن العلاج المعرفي السلوكي عبارة عن طريقة علاجية نشطة يتم من خلالها إحداث توجيه تعليمي أهدافه واضحة وجليّة أمام المعالجن، والمتعالج، كما يتضح أن هذا النوع من العلاج يؤثر بشكل كبير في فهم المتعالج للعالم من حوله، وبناءه لوجهة نظره في هذا العالم بحيث تؤثر وجهة النظر تلك في قدرته على التصرف ومحاولة تغيير سلوكه. (Florez, et al., 2012, 74).

ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي على دور مهم للعلاقة بين مجالات التفكير والانفعال والسلوك؛ بحيث إنها جميعاً تشكل أشكالاً مترابطة ومتكاملة، ويصبح التعديل في أحدها مؤثراً في بقية الجوانب ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي للغضب على بناء علاقة مهنية بين المعالج والمريض بحيث يقوم هذا المعالج بتوجيه المتعالج نحو ضرورة التحكم والسيطرة على الانفعال والغضب لأن هذا الغضب يشكل ضرراً صحياً عليه، وفي حالة مرضى السكري فإن الغضب يكون نتيجة للمرض، ويعمل أيضاً على زيادة وطأة المرض لدى المريض، وبالتالي يقوم المعالج ببناء تلك النظرة المعرفية عن انفعال الغضب، وارتباطه بمرض السكري، ومن ثم فإن المتعالج نفسه يرى أن انفعال الغضب يمكن أن يؤثر بالسلب على صحته، وبالتالي فإن هذا الاعتقاد يؤثر في سلوكه بشكل كبير، فيقوم وقتاً تلو الآخر بالسيطرة على هذا الانفعال، وتقليل وطأته، ومن ثم القضاء عليه تماماً. (Myers, et al., 2013, 34).

ويهدف العلاج المعرفي السلوكي في حالة الغضب لدى مرضى السكري إلى الآتي:

١. إدراك العلاقة بين الأفكار والسلوك والمشاعر، وبالتالي فإن تعديل أحد أركان هذا المثلث يؤدي إلى تعديلات في أحداث العنصرين الآخرين.
٢. تعليم المتعالج أن يحدد وبقِيَم الأفكار والتخيلات الخاصة به والتي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضرة المؤلمة في حياته.
٣. تعليم المتعالج كيفية تصحيح ما لديه من أفكار خاطئة أو تشوهات معرفية عقلية.
٤. تدريب المتعالج على استخدام تلك الاستراتيجيات والتقنيات المعرفية والسلوكية التي يمكن تطبيقها في الواقع خلال مواقف حياته الجديدة عند مواجهة المشكلات في المستقبل.
٥. تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالج من خلال تدريبه على مهارات حل المشكلات.
٦. تدريب المتعالج على توجيه التعليمات لنفسه، وبالتالي تعديل سلوكه وطريقته المعتادة في التفكير باستخدام الحوار النفسي الداخلي. (Joyce, et al., 2008, 95)

**وفيما يتعلق بالغضب** فهو حالة انفعالية تتكون من مجموعة من الدرجات تبدأ بالغضب البسيط، ثم الاستثارة ومرحلة الضيق، ثم تنتهي بالغضب الشديد، والذي يشتمل على بعض السلوكيات الضارة مثل؛ التمزيق والتدمير والغضب، كما يتسم هذا السلوك بالهياج الشديد، والصراخ، والانفعال، وارتفاع ضغط الدم، واضطرابات جسدية خطيرة، ويظهر الغضب عند الإنسان عندما يتعرض لعائق، أو يواجه مشكلة لا يستطيع اجتيازها، فنرى هذا الشخص يثور وينفعل بسبب موقف أو خبر أو سلوك قد تعرّض له أو تمّ أمامه. (Nicolucci, et al., 2012, 15, hornsvelld, et al., 2011)

كما أن الشعور بالغضب هو عبارة عن إثارة عاطفية تبدأ بحماس قوي يصاحبه تعبير حركي أو لفظي أو عدواني يصعب في كثير من الأحيان ضبطه والسيطرة عليه، ويكون الجسم هو الوسيط الذي يحمل هذا التعبير.

ويصاحب ذلك تغيرات فسيولوجية، وعصبية فيمكن أن يصاحب شعور الغضب توسعاً في الشرايين نرى، من خلاله احتقاناً في الوجه، ويمكن أن يكون انقباض في الشرايين، نرى في حالته شحوباً في الوجه، كما نلاحظ سرعة في التنفس، أو تصبب العرق، وهو دليل على الغضب الشديد. وعند مريض السكري فإن تلك التغيرات الفسيولوجية تؤثر بشكل كبير وضار في صحته، حيث يعاني هذا المريض في كثير من الأحيان كما ذكرت الدراسات مثل دراسة "أبراهام" (Abraham, 2015) و"سوزوكي" (Sozoki, 2013) أن (٩٩%) من مرضى السكري يكون لديهم اضطراب في ضغط الدم، وبالتالي فإن تلك التغيرات الفسيولوجية لدى مريض السكري تؤثر عليه بالسلب في مستوى ضغط الدم وينبغي توخي الحذر فيها.

**وهناك نوعان من الغضب يظهران لدى مريض السكري؛ أحدهما إيجابي،**

**والآخر سلبي، كما يلي:**

١. **الغضب الإيجابي:** في هذه الحالة يظهر شعور الغضب عن طريق انفعال يصاحبه تغيرات فسيولوجية في السلوك والتصرف إما بارتفاع نبرة الصوت أو التخريب والتدمير، ويصاحب ذلك ارتفاع في نبضات القلب، واضطراب في معدل الخفقان. وهذا النوع من الغضب بالرغم من ذلك فإنه إيجابي لأن الإنسان يقوم بإخراج هذا الكبت ويعمل ذلك على تهدئة الوضع الفسيولوجي داخله شيئاً فشيئاً.

٢. **الغضب السلبي:** ويكون له نفس مسببات ومثيرات الغضب الإيجابي لكن في تلك الحالة يكون الإنسان غير قادر على إظهار هذا الانفعال بشكل مباشر، مما يضطره إلى كبت مشاعره، ويكون ذلك لدى الأشخاص الانطوائيين من مرضى السكري بشكل عام، ويؤثر هذا النوع من الغضب بشكل أخطر على الحالة الفسيولوجية على مريض السكري، ويؤدي إلى تدهور حالته الصحية أكثر من الآخر. (Lewko & Misiak, 2015,



وتوجد عوامل كثيرة تؤثر في ظهور انفعال الغضب لدى مرضى السكري؛ وقد يكون السبب الرئيسي لذلك الانفعال هو اضطراب ضغط الدم حيث إن عديداً من مرضى السكري يعانون من اضطراب في ضغط الدم؛ إما بارتفاع أو انخفاض هذا الضغط، مما يؤثر على طريقة خفقان القلب لديهم، وبالتالي تنظيم الهرمونات والإنزيمات في أجسامهم، كما أن نقص الأنسولين وارتفاع السكر في الدم يؤثر بشكل مباشر في قدرة مريض السكري على السيطرة على انفعالاته، وبالتالي يحدث شعور الغضب لديه. (Nicolucci, et al., 2012, 84)

وعند تصميم البرامج المعرفية السلوكية لمحاولة خفض انفعال الغضب لدى مرضى السكري ينبغي على المعالج النفسي كما ذكرت الدراسات مثل دراسة "حمادي" (٢٠١٣م) ودراسة "أسيدي وآخرون" (Asadi, et al., 2011) ويتفق معهم الباحث في أن البرامج المعرفية السلوكية الموجهة لمرضى السكري والتي تهدف إلى خفض انفعال الغضب، يجب عليها أن تراعي تغيير معرفة الفرد بأضرار انفعال الغضب التي يمكن أن تحدث في جسمه، كذلك مدى خطر هذا الانفعال على الإضرار بصحته، والتأثير السلبي في وظائفه الفسيولوجية. وبالتالي ونتيجة تلك المعرفة يستطيع الإنسان المريض بالسكري تغيير نظريته المعرفية عن انفعال الغضب ثم يعمل شيئاً فشيئاً على التقليل منه، أو تغيير سلوكه في أثناء مواجهة المواقف التي تستدعي الغضب، مما يساعده على تدارك الوضع والسيطرة على انفعالاته وتغيير سلوكه للأفضل.

ومن الفنيات التي تصاحب العلاج المعرفي السلوكي عند التعامل مع الغضب لدى مرضى السكري هي التي تعتمد على تلك العلاقة النوعية بين مرض السكري والغضب، فقد حاول الباحثون والإكلينيكيون في تقاريرهم المبكرة أن يحددوا ما إذا كان مرض السكري يؤدي إلى ارتفاع متزايد في الغضب؟ وقد خرجت هذه الدراسات بعدد من الفنيات والمضامين المهمة بخصوص هذه العلاقة نذكر منها ما يلي:

- أن الغضب قد يكون طويل المدى، ومهدداً للحياة، وهو مرض يفقد الفرد القدرة على أي شيء، وأن الاضطرابات الخاصة بالغضب يصاحبها نوع من العجز الاجتماعي، وتأثيرها يكون أكثر سلباً على جودة الحياة، ووجود الغضب مصاحباً لمرض السكري يجعل مضاعفات المرض أكثر، ويجعل الحياة أكثر قسوة.
- أن الغضب المصاحب للسكري يمكن علاجه بأساليب العلاج النفسي (Psychotherapy) ومنها العلاج المعرفي السلوكي لأن، استخدام مضادات الغضب (المهدئات) تعوق مفعول الأنسولين.
- أن الغضب عندما يوجد مصاحباً لمرض السكري، فإنه يجعل التحكم في الجلوكوز ضعيفاً، ومن الممكن أن يكون التحكم في الجلوكوز عاملاً مهماً في تطور الغضب؛ فوجود الغضب يؤدي إلى حالة من الإذعان والمطوعة التي تصيب المريض، وتزيد من ضعف التحكم، ومن الممكن افتراض أن هذه علاقة ثنائية الاتجاه أي أن الغضب يؤثر على التحكم في السكر، والتحكم في السكر يؤثر على إدارة انفعال الغضب. ( Asadi, et al., 2011 : 112 )

**وفيما يتعلق بمفهوم جودة الحياة فهو؛** من المفاهيم النفسية التي وردت في الكثير من الأدبيات النفسية تحت العديد من البرامج العلاجية، حيث أشار مصطلح جودة الحياة في كثير من الأحيان إلى قدرة الفرد على تبني أسلوب يستطيع من خلاله إشباع رغباته واحتياجاته، كما أن الشعور الشخصي بالكفاءة الذاتية وإجادة التعامل مع التحديات يعتبر سبباً رئيسياً لجودة الحياة، وبالتالي فإن إشباع الحاجات، والإحساس بحسن الحال، ومحاولة السيطرة الدائمة على العادات والمهارات والاتجاهات، كذلك تعلم مهارات حل المشكلات، وأساليب التوافق والتكيف، يؤدي ذلك إلى تغير منظور الحياة التي يعيشها، ويؤثر بشكل مباشر إلى ارتفاع مستوى جودة الحياة لدى الشخص. (Suzuki, et al., 2013)

وتشير دراسات عديدة (بشير الحجار وعاطف إسماعيل، ٢٠٠٨م ، Shrestha, et al 2012) إلى أهم الأبعاد المرتبطة بجودة الحياة لدى مرض السكري وهي:-

**البعد الجسمي:-** هو القوى الداخلية والمركزية التي ترسم ملامح شعور مريض السكري بالرضا والراحة الجسمانية بالرغم من مرضه، فيرتبط هذا الشعور بتقبله للألم ومعايشته بحيث يصبح قادراً بشكل تدريجي على التعامل معه كجزء من حياته فلا ينغص عليه معيشته ولا يجعله ساخط عليها وعلى من حوله.

**البعد العاطفي:-** يرتبط بشكل كبير بشعور المريض وإحساسه بالمحيطين به من أسرته وأصدقائه كذلك ما يحيط بالمرض من عادات كان يقوم بها قبل إصابته بالمرض، وفي كثير من الأحيان يكون رد الفعل الشعوري للمريض عند تشخيص حالته هو الذعر، والإحساس بالحرمان، والارتباك، والغضب، والخوف، وينتج الشعور بالذعر والحرمان نتيجة إحساس المريض أن كل الأنشطة الاجتماعية، وكل الأطعمة التي يحبها سيتم حرمانه منها. (Myers, et al, 2013 , 1886)

**البعد الاجتماعي:-** تقوية الجانب الاجتماعي كأحد أبعاد جودة الحياة لدى مريض السكري يرتبط بشكل كبير بتدريب المريض على مقاومة المرض والتغلب عليه فيما يخص الجوانب الاجتماعية فلا يشعر انه مختلف عن الآخرين وأن حياته قد تغيرت بسبب المرض ويؤدي ذلك إلى مساعدة مريض السكري على مقاومة المرض وتغيير اتجاهاته نحوه حتى لا يستسلم له وتأهيله تأهيلاً اجتماعياً كطريقة لرفع جودة الحياة لديه، وذلك من خلال الجماعة حتى يستطيع أن يقوم بأدواره في الحياة العامة بالشكل الطبيعي، وذلك من خلال مساعدته لاستغلال طاقاته المتبقية دون إرهاق ووضع الخطط العلمية لها ليتمكن من القيام بواجباته ومسئوليته المختلفة. (Nicolucci, et al 2012 , 583)

**البعد الوظيفي:** - يرتبط باعتراف المريض بوضعه وتعلمه للأسلوب الوظيفي الأمثل للتعامل مع حالته الصحية من دون شعور بالنقص أو الدونية، وإدارة الحالة الصحية الخاصة بالسكري يجب أن تراعي إدارة الجانب الوظيفي، لأنه جزء حيوي من العلاج السليم، حيث يبدأ التعامل الصحي مع الجانب الوظيفي للمريض بالاعتراف بالوضع، وتعلم الخيارات الغذائية الصحية المتاحة، والتدريب على ممارستها كسلوكيات حياتية تلقائية. وتعلم كيفية مراقبة الحالة الصحية ومستويات السكري، وطريقة استخدام الأدوية التي تساعد على التحكم فيه، وكل ذلك يشكل الجانب الوظيفي لجودة الحياة عند مريض السكري. (Myers, et al, 2013 , 1887)

ويتأثر مريض السكري بالتغيرات الفسيولوجية في جسمه والانفعالات المصاحبة لتلك التغيرات؛ مما يؤثر على قدرة المريض في السيطرة على انفعالاته ومعتقداته وسلوكياته. ويؤثر أيضاً على جودة الحياة لديه. فقد ذكرت عديد من الدراسات (Ansari,et al, 2011) و (Myrse,et al, 2013) و (Jalaludin,et al, 2013) أن جودة الحياة تقل لدى مريض السكري، وبناء على ذلك فإن جودة الحياة لدى مريض السكري ينبغي توجيه البحوث النفسية تجاهها بحيث تستطيع تلك البحوث تصميم برامج علاجية غرضها تحسين جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى. وهذا الاتجاه الذي تتبناه الدراسة الحالية حيث تقوم الدراسة الحالية بتصميم برنامج معرفي سلوكي لمحاولة إدارة انفعال الغضب لدى مرضى السكري، وتحسين جودة الحياة لديهم.

**الدراسات السابقة:** سيتم عرض الدراسات التي اهتمت بمرضى السكري، وجودة الحياة وانفعال الغضب.

**هدفت دراسة: تيسا وسيمونسن** (Testa & Simonson, 1998) إلى الكشف عن تأثير البرنامج الغذائي وتنظيم السكر على جودة الحياة لدى مرضى السكري، وتكونت العينة من (٥٦٩) مريضاً مصاباً بالسكري تم معالجتهم بالحمية الغذائية، والعلاج الخافض للسكر وعلاج وهمي (Placebo)

لمدة (١٢) أسبوعاً، وكانت أهم النتائج أن مستوى السكر الصائم في الدم (FGB) ومخزون السكر (HAIC) تم تنظيمه بشكل واضح في المرضى الذين أخذوا العلاج والحمية الغذائية، مقارنةً بالمرضى الذين أخذوا العلاج الوهمي (Placebo)، ووجد أن تعرض هؤلاء المرضى للمخاطر أكثر من الآخرين بخمس مرات من خلال غيابهم عن العمل، وأن نسبة (٩٧%) من المرضى الذين يعالجون بالحبوب والحمية كانوا على الدوام بشكل كامل دون غياب مقارنةً بنسبة (٨٥%) من الذين أخذوا الحمية فقط. وكانت أهم النتائج للدراسة: أن جودة الحياة تزداد كلما كانت المقدرة أكبر على تنظيم السكر وتقل جودة الحياة كلما تعرض المريض إلى ارتفاع في السكر، وأن زيادة التحكم في السكر تقلل من زيارات الطبيب المتكررة.

وقد كشفت دراسة: جويس وآخرين (joyce,et al., 2008) عن أساليب مواجهة الغضب والتحكم فيه لدى مرضى السكري. بهدف الوقوف على أساليب مواجهة انفعال الغضب لدى المرضى وذلك دون تدخل علاجي لهم، تكونت العينة من (١٥٠) مريضاً بالسكري الموجودين في إحدى المستشفيات الكندية بهدف العلاج، وكان متوسط أعمار العينة (٤٥) عاماً، وقام الباحثون بتصميم استبانة للوقوف على استراتيجيات مواجهة انفعال الغضب التي يقوم بها هؤلاء المرضى، وأوضحت النتائج إلى أن مريض السكري يكون غير قادر على التحكم في انفعال الغضب، ويستمر في الغضب نتيجة للتهديد الذي يشعر به في حياته. كما أنه يتأثر بشكل مباشر بهذا الانفعال مما يؤثر بالسلب على صحته الجسدية والنفسية، واقترحت الدراسة ضرورة تصميم برامج علاجية للتعامل مع انفعال الغضب لدى مرضى السكري.

وكشفت دراسة: شريثا وغيميري (Shrestha & Ghimire,2012) إلى إسهام تعديل أنماط الحياة على جودة الحياة والانفعالات لدى مريض السكري. وهدفت إلى فحص أساليب التعامل مع تغيير أنماط الحياة لدى مرضى السكري وقدرتها على التأثير الإيجابي لديهم في تحسين جودة الحياة، حيث قامت

الدراسة بفحص مجموعة من الأدبيات السابقة دون الاعتماد على عينة من مرضى السكري، أو مقاييس لفحص الانفعالات أو جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى، ولكن اعتمدت على الأدبيات السابقة من خلال عرض وصفي تحليلي لتلك الدراسات السابقة التي اعتمدت على تصميم برامج مختلفة تهتم بخفض بعض الانفعالات مثل: القلق، والاكتئاب، والغضب، وتقليل سلوك الانتحار، وإيذاء النفس لدى مرضى السكري بنوعيه، وأوضحت النتائج أن تغيير نمط الحياة بشكل إيجابي لدى مريض السكري يساعد على تحسين جودة الحياة لديه، وذلك في حالة نجاح تصميم وتطبيق تلك البرامج، وعلى النقيض من ذلك فإن الفشل في التطبيق الصحيح لمثل تلك البرامج على مريض السكري يؤدي إلى انتكاسه صحية ونفسية تؤثر بالسلب على درجة جودة الحياة لدى هذا المريض، ومن ثم أوصت الدراسة بضرورة التعامل بحذر مع تلك البرامج المصممة للتطبيق على مرضى السكري.

وأوضحت دراسة: نيكولوسي وآخريين (Nicolucci, et al., 2012) العلاقة بين تحسين جودة الحياة والتمارين الصحية لدى مرضى السكري من النوع الثاني والإرشاد النفسي الموجه.

وتعاملت هذه الدراسة مع مصطلح الإشراف النفسي، والذي يعني فرض الرقابة على الاضطرابات النفسية لدى مجموعة من المرضى، وحاولت استخدام ذلك المدخل النفسي الخاص بالإشراف على مجموعة من مرضى السكري الذين يعانون من بعض الاضطرابات الانفعالية النفسية، والعلاقة بين ذلك النوع من العلاج وجودة الحياة لدى هؤلاء المرضى. وتكونت عينة الدراسة من (٩٢) مريضاً بالسكري يتنوعون ما بين الذكور والإناث، وكان متوسط أعمارهم (٤٥) عاماً، وقام الباحثون بتصميم برنامج إرشادي تدريبي يختص بدور المشرف النفسي الذي سوف يقوم بتوجيه مرضى السكري نحو تقليل الانفعالات والاضطرابات النفسية لديهم للتأقلم مع المرض وتقليل حجم الفجوة الذاتية للحصول على نسبة مرتفعة من جودة الحياة لديهم. وكان هذا البرنامج عبارة



عن مجموعة من المحاضرات التي تم تصميمها للأخصائيين النفسيين، وكانت مدة كل محاضرة (١٥) دقيقة لمدة (٣) شهور بواقع محاضرة واحدة أسبوعياً ليكون عدد المحاضرات حوالي (١٢) محاضرة، وأوضحت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض الانفعالات وتحسين جودة الحياة. حيث إن هؤلاء المرضى كانوا على وعي تام بدور المشرف النفسي الذي يستطيع توجيه سلوكياتهم إلى الصواب دائماً، وكانت العلاقة الصادقة والثقة المتبادلة ما بين المشرف النفسي ومريض السكري ذات تأثير إيجابي في تقليل الانفعالات وتحسين جودة الحياة. كما أوصت الدراسة بضرورة تطبيق مدخل الإشراف النفسي على المرضى بشكل عام للتحكم في الانفعالات والاضطرابات لديهم، وبالتالي التأثير الإيجابي في جودة الحياة.

**أما دراسة: زكي البلبيسي (2012) Zaki Al- Belbasi تحت عنوان: العلاقة ما بين انخفاض سكر الدم وجودة الحياة لدى مرضى السكر من النوع الثاني الخاضعين للعلاج في المركز القومي للسكر بالأردن. التي هدفت إلى تحديد العلاقة بين انخفاض سكر الدم وجودة الحياة لدى المرضى من النوع الثاني، وتمت هذه الدراسة بشكل منقطع على مجموعة من المرضى حيث كانت تحدث معالجة بحثية لمجموعة تلو الأخرى، وقد تم عمل الدراسة من أكتوبر (٢٠١١م) حتى مارس (٢٠١٢م) في المركز القومي لعلاج السكري بالأردن، وكانت العينة مكونة من (١١١١) مريضاً من النوع الثاني لمرض السكر، وتم جمع البيانات عن طريق المقابلات الشخصية مع المرضى في فترة الثلاثة أشهر، وتمّ قياس معدل جودة الحياة المرتبطة بالصحة باستخدام مقياس جودة الحياة ذي الأبعاد الخمسة، والتي تكونت من تلك الأبعاد: العناية بالذات، والانخراط الاجتماعي، والأنشطة الطبيعية، ومستوى الراحة أو الألم، والقلق والضغط، وتمّ تحليل نتائج ذلك المقياس للوقوف على درجة جودة الحياة لدى مرضى السكر، وأوضحت النتائج أن شرائح مستويات جودة الحياة لدى المرضى انقسمت إلى (٣) مستويات وهي منوعة ما بين جودة الحياة المرتفعة**

والمتوسطة والمنخفضة، وكانت كل شريحة من تلك المستويات مرتبطة بمتغير السن، حيث كان مستوى جودة الحياة المنخفضة مرتبطاً بمتوسط سن قدره (٥٧,٦٨) بانحراف معياري قدره (١٠,٠٧) بينما شكلت بقية العينة مستويات متوسطة ما بين جودة الحياة المرتفعة وجودة الحياة المنخفضة، وذلك بمستوى قدره (١٠) سنوات بالزيادة أو النقصان عن السن المذكور سابقاً. كما أوضحت النتائج أن انخفاض سكر الدم يؤدي بشكل مباشر إلى انخفاض مستوى جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى خاصة فيما يخص بعد الألم والمعاناة وبعد الانخراط الاجتماعي، وبالتالي فقد أوصت الدراسة بضرورة تصميم البرامج النفسية للارتقاء بجودة حياة هؤلاء المرضى الذين يعانون من نوع أو آخر من السكر.

وقد كشفت دراسة: دانزيسكا وآخرين (Dudzińska, et al, 2014) عن التدخلات العلاجية في محاولة لتحسين جودة الحياة لدى مرضى السكري وسُئل قياس ذلك. بهدف فاعلية التدخلات العلاجية في تحسين جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى، وذلك بتطبيق برنامج علاجي على مجموعة من مرضى السكر بلغ عددها (٥) مرضى يخضعون للعلاج في إحدى العيادات الأمريكية لعلاج السكري. وقام الباحثون بتصميم بطاقة ملاحظة للوقوف على تلك المعايير المقترحة في تصميم البرامج العلاجية لتحسين جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى؛ حيث أوضحت الدراسة فعالية البرنامج الذي طبقه أولئك الباحثون، وكان البرنامج يعتمد على أسلوب العلاج النفسي التدميمي في تحسين جودة الحياة لدى المرضى، حيث خضعوا لمجموعة من الجلسات كانت مدة كل جلسة حوالي (٩٠) دقيقة بواقع جلستين أسبوعياً ولمدة (٣) أسابيع ليصبح المجموع ست جلسات. بحيث كانت المعايير التي تعامل معها البرنامج أبعاد جودة الحياة المتعلقة بالأسرة والمجتمع، كذلك شعور مريض السكري بالأمن داخل مجتمعه، والتضامن الاجتماعي وقدرة المجتمع على تحمل نفقات علاجه، وعلى المستوى المعنوي أو المستوى المادي كل ذلك يؤثر بالإيجاب على قدرة البرامج العلاجية على تحسين جودة الحياة لدى مرضى السكري. وتوصلت

النتائج إلى فاعلية البرنامج في تحسين جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى، كما أوصت الدراسة بضرورة تعميم البرنامج على مستوى مراكز العلاج النفسي والعيادات المنتشرة في جميع أنحاء الولايات المتحدة.

**وفي نفس السياق هدفت دراسة: شيرازي وآخرين (Shirazi, et al., 2014)** إلى بحث فاعلية برنامج سلوكي في التحكم في الغضب والتدريب على العادات الصحية السليمة لدى مرضى السكري من النوع الثاني.

وتعاملت الدراسة مع مجموعة من مرضى السكري من النوع الثاني، وتكونت من (١٠) مرضى بالسكري موجودين بإحدى المستشفيات في الهند، وقام الباحثون بتصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي لإدارة انفعال الغضب والتحكم فيه عن طريق تدريب المرضى من خلال جلسات علاجية للتحكم في حدة الغضب لديهم ومحاولة القضاء عليه، وخضعت العينة لجلسات علاجية بلغ عددها (٨) جلسات مدة كل جلسة (٣٠) دقيقة بواقع جلسة أسبوعياً، وتوصلت النتائج إلى فاعلية البرنامج في خفض انفعال الغضب والقدرة على التحكم في والسيطرة عليه كذلك فاعلية التمرينات الصحية السليمة في تنمية قدرة هؤلاء المرضى على التحكم في الغضب.

**كما أشارت دراسة ألفاريدو وآخرين (Alvarado, et al., 2015)** تحت عنوان: جودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الأول - دراسة تقييمية للاحتياجات النفسية للمرضى وقدرتهم على التحكم في الانفعالات. **والتي هدفت إلى الوقوف على قدرة هؤلاء المرضى على إدارة الانفعالات الناتجة عن المرض، ومحاولة لتقييم مدى تأثيرهم بالعلاجات النفسية التي يخضعون لها، ومدى استفادتهم منها، بالإضافة إلى مدى وعي القائمين على العلاج النفسي بالأهداف التي ينبغي تحقيقها عن طريق هذا العلاج باختلاف مستوياته وأنواعه، وتكونت عينة الدراسة من عدد (٣٦) مريضاً بالسكري يخضعون للعلاج النفسي والجسدي في إحدى مراكز علاج السكري الكندية، واشتملت أدوات الدراسة على تصميم استبانة للوقوف على الاحتياجات**

النفسية للمرضى وقدرتهم على التحكم في الانفعالات، وتكونت الاستبانة من (٣٠) عبارة تقيس تلك المتغيرات، وأوضحت نتائج الدراسة أن العلاج النفسي الموجه لمرضى السكري يجب أن ينطلق من أهداف محددة يتم تحديدها قبل الشروع في عملية العلاج وبشكل متوازٍ مع حاجات المرضى وطبيعة العينة التي تخضع للعلاج. كذلك تبعاً لمستوى جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى، وذلك بحيث تساعد كل تلك الأهداف على تحسين جودة الحياة لديهم بطريقة يمكن من خلالها تعميم نتائج تلك البرامج العلاجية ليتم تطبيقها مع بقية المرضى، كما اعتمدت الدراسة أيضاً في شرحها لتلك المعايير التي يجب أن تلتزم بها البرامج العلاجية المصممة لمرضى السكري على أن تقوم تلك البرامج بالتعامل مع المرضى على أنهم أسوياء. بحيث يكون الهدف من وراء العلاج النفسي الموجه للمريض أن يصبح هذا المريض مثل غيره من الأسوياء ولا فرق بينهم بسبب هذا المرض.

وقد قام كلٌّ من: سيد زيود وآخرين (Sa'ed Zyoud, et al., 2015) بدراسة: العلاقة بين الرضا عن العلاج الدوائي وبين جودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني بفلسطين: دراسة عبر ثقافية.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم العلاقة بين جودة الحياة المرتبطة بالصحة (HRQOL) والرضا عن العلاج لدى عينة من مرضى السكري في فلسطين، وتحديد تأثير العوامل الاجتماعية والجغرافية والعيادية على جودة الحياة المرتبطة بالصحة (HRQOL). وتكونت عينة الدراسة من (٣٨٥) من مرضى السكري. واشتملت أدوات الدراسة على استبانة لتقييم الرضا عن العلاج والنسخة المعربة لمقياس جودة الحياة الأوروبية والتي استخدمت لتقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط بين جودة الحياة وبين الصحة الجسمية والرضا عن العلاج، وأن كليهما يتأثر بالعوامل الاجتماعية والجغرافية والعلاجية.

وقام بين وآخرون (peian, et al, . 2015) بدراسة لمعرفة الارتباط بين جودة النوم وبين جودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني: دراسة عبر ثقافية في الصين. هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من جودة النوم، وجودة الحياة، وتقييم العلاقة بينهما لدى الصينيين الذين يعانون من مرض السكري. وتكونت العينة من (٩٤٤) صينياً مريضاً بمرض السكري من النوع الثاني، وتم قياس الخصائص العامة والفحوصات المعملية مثل (glycosylated) و (Hemoglobin) و (HbA1C)، وأكمل كل مريض الاستبانة الخاصة بالنسخة الصينية لمؤشر بيتسبرج لجودة النوم (Pittsburgh sleep)، واستبانة لجودة الحياة (DSQL). وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن قلة النوم هي العامل السائد لدى مرضى السكري من النوع الثاني والذي ارتبط عكسياً مع جودة الحياة، كما ارتبطت قلة النوم بكل من سوء جودة الحياة لدى مرضى السكري خاصة الذين يعانون من المرض منذ فترة أكبر، وكثرة المضاعفات المترتبة على المرض والتي لا ترجع إلى تناول الكحوليات، وضعف السيطرة على نسبة السكر في الدم.

كما قام ليوكو وميسياك (Lewko & Misiak, 2015) بدراسة تحت عنوان: العلاقة بين كل من جودة الحياة والغضب والضغط والانفعال لدى مرضى السكري. هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين مجموعة من الانفعالات والاضطرابات النفسية والعصبية لدى مرضى السكري ومستوى جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى، وتكونت العينة من (٦٦) مريضاً بالسكري (٣٠ ذكراً، و٣٦ أنثى) كانوا يخضعون للعلاج الطبي في إحدى مستشفيات علاج السكري في الولايات المتحدة الأمريكية في ولاية نيوجرسي. وحاولت الدراسة تطبيق بطاقات فحص الحالات للوقوف على معدل الانفعالات والاضطرابات النفسية لدى مرضى السكري، وأوضحت نتائج الدراسة أن معظم مرضى السكري كانوا يعانون من الضغط العصبي حيث يرتبط ضغط الدم بوجود السكر في الدم. كذلك فإن الضغط يؤثر في ظهور مشكلات مثل: انفعال الغضب، والتفكك

الأسري والعائلي. مما يؤثر بالسلب أيضاً في درجة جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى. كما أوصت الدراسة أن يتم الأخذ في الحسبان الجوانب النفسية لمرضى السكري؛ حيث إن السكري مرض عضوي وسيط بين مسببات نفسية، وهذا يعنى أن السكري في بدايته يكون نتيجة لاضطراب نفسي مثل الضغط والقلق، وفي نفس الوقت يصاحب السكري معاناة من قبل المريض ليست فقط جسدية عضوية لكنها نفسية عصبية، مثل انخفاض في مستوى جودة الحياة، وارتفاع معدل الانفعالات والغضب، وبناء عليه أوصت الدراسة بتطبيق برامج علاجية نفسية، وليست طبية فقط ذات مداخل مختلفة تؤثر بطريقة مباشرة في علاج تلك الانفعالات لدى مرضى السكري، وتحاول التخلص من تلك الاضطرابات بتطبيق مداخل علاجية مختلفة.

**وفي دراسة أيانوا وآخرين (Ayano, et al., 2015) تحت عنوان: جودة الحياة المقترنة بسبل العلاج لدى مرضى السكري من النوع الأول. هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تأثير العلاجات في رفع جودة الحياة لدى مرضى السكري، حيث إن هؤلاء المرضى يخضعون لعلاج الأنسولين سواء كان ذلك عن طريق الحقن أو الكبسولات، وتكونت عينة الدراسة من (٣١) مريضاً بالسكري، وكان متوسط أعمارهم (٥٠) عاماً تنوعوا بين الذكور والإناث في إحدى المستشفيات الأمريكية لعلاج السكري، وتم تصميم استمارة مقابلة شخصية للوقوف على مدى تأثير المريض بالعلاج الذي يتناوله، وتأثير ذلك على جودة الحياة لديه وذلك من خلال مقابلة واحدة فقط تتم مع المرضى لتسجيل الملاحظات دون أي تدخل علاجي من قبل القائمين على الدراسة. وقد أوضحت نتائج الدراسة أن مريض السكري من النوع الأول والذي يتناول علاجاً عبارة عن عقاقير طبية تؤخذ عن طريق الفم يكون تأثيره بمرضه أقل من أقرانه الذين يتناولون الأنسولين عن طريق الحقن، وهم مرضى السكري من النوع الثاني، وبالتالي فإن جودة الحياة لدى مريض السكري من النوع الأول أعلى من جودة الحياة لدى مريض السكري من النوع الثاني، بينما تبقى تلك النسب أقل**



من الأسوياء في كثير من الأحيان حيث إن نسبة (٢%) فقط من العينة المفحوصة كان لديهم استراتيجيات لمواجهة الانفعالات بشكل جيد تساعد على استقرار جودة الحياة لديهم بينما كانت نتيجة بقية العينة المفحوصة لا تستطيع التأقلم مع المرض بشكل يؤثر إيجابياً على جودة الحياة لديهم.

**تعقيب عام على الدراسات السابقة:** يخلص الباحث من خلال عرض الدراسات السابقة إلى العناصر الآتية التي تبرر الحاجة للدراسة الحالية:

- خطورة الآثار المترتبة على شدة انفعال الغضب والتي تتمثل في العديد من الاضطرابات النفسجسمية مثل: سرعة ضربات القلب، واضطرابات الجهاز الهضمي والقولون، والاضطراب الفكري والوجداني، وارتفاع السكر في الدم، وارتفاع ضغط الدم، واضطرابات النوم، وزيادة التوتر العضلي كالحركات اللاإرادية التي تحدث لعضلات الوجه أو رعشة اليدين، وتوتر العضلات الإرادية مثل؛ عضلات الجبهة، وعضلات الرقبة، وعضلات الظهر، وتوتر عضلات الأعضاء الداخلية والأحشاء.
- توصية معظم الدراسات بضرورة تصميم برامج وتدخلات علاجية للتعامل مع انفعال الغضب لدى مرضى السكري بهدف التقليل من حدة انفعال الغضب وتحسين جودة الحياة لديهم.
- توصل بعض نتائج الدراسات إلى فعالية استخدام العلاج المعرفي السلوكي في الحد من انفعال الغضب وتحسين جودة الحياة لدى مرضى السكري.
- وهذا ما دعا الباحث للقيام بالدراسة الحالية في محاولة منه للتدخل العلاجي المعرفي السلوكي في حياة مرضى السكري حتى يمكن مساعدتهم في الشفاء من هذا المرض الخطير، وتحسين قدرتهم على إدارة انفعال الغضب، وتحسين مستوى جودة الحياة لديهم؛ وبالتالي تحسين مستوى صحتهم النفسية والجسمية.

**فروض الدراسة:**

- في ضوء الاستعراض السابق لمشكلة الدراسة، وتساؤلاتها، والإطار النظري، والدراسات السابقة، أمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:
١. لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي في كل من انفعال الغضب وأبعاد جودة الحياة ( جسمي - عاطفي - اجتماعي - وظيفي) لدى المجموعتين التجريبية والضابطة .
  ٢. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات القياس البعدي في كل من انفعال الغضب وأبعاد جودة الحياة (جسمي -عاطفي-اجتماعي - وظيفي) لدى المجموعتين الضابطة والتجريبية.
  ٣. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات (القياس القبلي والبعدي) في كل من انفعال الغضب وأبعاد جودة الحياة (جسمي - عاطفي-اجتماعي -وظيفي) لدي المجموعة التجريبية.
  ٤. لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين البعدي والتتبعي في كل من انفعال الغضب وجودة الحياة لدى المجموعة التجريبية

**مفاهيم الدراسة : أمكن تعريف مفاهيم الدراسة إجرائياً على النحو التالي**

**١- العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy):**

أحد طرق العلاج النفسي الذي يستعمل في كثير من الأمراض النفسية مثل؛ الكآبة والقلق وتعكر المزاج الثنائي القطب وحالات نفسية أخرى، ويستند على مساعدة المريض في إدراك وتفسير طريقة تفكيره السلبية بهدف تغييرها إلى أفكار أكثر واقعية، ويستعمل هذا النوع من العلاج بصورة متزامنة مع الأدوية المستعملة لعلاج الاضطرابات النفسية. (Shirazi, et al., 2014,16)

ويعرفه الباحث إجرائياً بأنه: ذلك النوع من العلاج الذي يهدف إلى نقل المعرفة الخاصة بالتفكير إلى مريض السكري، والذي يمكن من خلالها مساعدته في إدراك خطورة انفعال الغضب على صحته والحّد منه في تحسين جودة الحياة لديه، ويمثل سلسلة من الخطوات العلاجية المتتابعة التي تطبق

على هيئة جلسات تجمع بين الباحث ومرضى السكري (أعدده الباحث) في ضوء المنظور المعرفي السلوكي، متمثلاً في عدد من الأهداف المطلوب تحقيقها، والعديد من الفنيات المستخدمة للتخفيف من انفعال الغضب وتحسين جودة الحياة لمرضى السكر، والذي من الممكن قياس أثره إجرائياً بالمقياس المستخدم في هذه الدراسة، وتقاس فاعلية البرنامج من خلال مقارنة بين القياس القبلي والبعدي، والقياس البعدي والتتبعي لمستوى انفعال الغضب وتحسين جودة الحياة.

## ٢- انفعال الغضب (Anger):

هو انفعال له تأثير جسدي حيث يؤدي إلى زيادة في معدل ضربات القلب وضغط الدم، وزيادة إفراز مستويات الأدرينالين. (Radahmadi, 2013, 50) كما يُعرف بأنه: أحد أشكال ردود الأفعال والاستجابات التي تطورت لتمكين الناس من التعامل مع التهديدات. (Asadi, et, al., 2011, 3) ويعرفه الباحث إجرائياً بأنه: هذا الانفعال الذي ينتج عن زيادة السكر في دم مرضى السكري كذلك نتيجة لبعض الاضطرابات الانفعالية الأخرى لدى المريض، ويمكن التعامل مع هذا الانفعال عن طريق العلاج المعرفي السلوكي. ويتم التعبير الكمي عنه في الدراسة الحالة بأنه: الدرجة المرتفعة على مقياس انفعال الغضب التي تعبر عن مستوى انفعال الغضب.

## ٣- جودة الحياة (Quality of life):

هي إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها، ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع كل من: أهدافه، وتوقعاته، وقيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، وحالته النفسية، ومستوى استقلاليتته، وعلاقاته الاجتماعية، واعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة. (Naughton, et al., 2014, 84)

ويعرفه الباحث إجرائياً بأنه: مجموعة من المشاعر التي يمكن أن تساعد مريض السكري على الشعور بالرضا عن حياته، ويمكن أن تتحقق عن طريق

تقليل أو خفض انفعال الغضب لدى هذا المريض بواسطة العلاج المعرفي السلوكي. ويتم التعبير الكمي عنها في الدراسة الحالية بأنه الدرجة المرتفعة على مقياس جودة الحياة التي تعبر عن مستوى ارتفاع جودة الحياة.

**منهج الدراسة وإجراءاتها:** تحدد منهج الدراسة الحالية وإجراءاتها على النحو التالي:

**أولاً: منهج الدراسة:** المنهج المستخدم في الدراسة الحالية هو المنهج شبه التجريبي، حيث تم دراسة فاعلية برنامج معرفي سلوكي (متغير مستقل) في خفض انفعال الغضب وتحسين جودة الحياة بأبعادها (متغيرات تابعة) لدى مرضى السكري.

**ثانياً: عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة الحالية من (٦٠) مريضاً من الراشدين الذكور المترددين على مراكز رعاية مرضى السكري الحكومية بمحافظة جدة، ومركز السكري بمستشفى باقدو والدكتور عرفان العام، بسبب معاناتهم من مرض السكري من النوع الأول، والذين تم تشخيصهم من قبل الطبيب المعالج، ويخضعون للعلاج بالأنسولين، وقد تراوحت أعمار العينة من (٢٣-٥٨) عاماً بمتوسط عمري قدره (٤١,٠٧) عاماً وانحراف معياري قدره (٩,٥٣)، وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين متكافئتين من حيث عدد سنوات مرض السكري والعمر الزمني، وبذلك لا يكون هناك تأثير للمدى العمري الذي اختاره الباحث في نتائج الدراسة ويكون أي تغيير في متغيرات الدراسة راجع الى فاعلية البرنامج :-

- ١- المجموعة التجريبية (ن ١): وتكونت من (٣٠) مريضاً بالسكري تم إخضاعهم للبرنامج المعرفي السلوكي.
- ٢- المجموعة الضابطة (ن ٢): وتكونت من (٣٠) مريضاً بالسكري لم يتلقوا أي علاج خلاف علاج السكر.

ثالثاً: أدوات الدراسة: تكونت أدوات الدراسة من مقياس الغضب، ومقياس جودة الحياة وبرنامج علاجي معرفي سلوكي، من إعداد الباحث، وفيما يلي عرض لكل منها:

(أ) مقياس الغضب: قام الباحث بالاطلاع على الإطار النظري، والدراسات السابقة، والمقاييس المتعلقة بانفعال الغضب ومنها: مقياس الانفعالات التي تشمل الغضب والضغط والقلق وغيرها (DASS 21) (Gloster, et al., 2008)

ومقياس الغضب والتدخلات العلاجية للمرضى -STAXI-2 (Azevedo, et al., 2010) وقائمة التعبير عن الغضب لمحمد الصبوة، شاهدة التمار (٢٠١٠م)، ومقياس الغضب كحالة وسمة لفوقية عبد الحميد، ومحمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨م)، وفي ضوء ذلك تم إعداد المقياس الحالي لقياس انفعال الغضب لدى الراشدين في المجتمع السعودي، وتكون المقياس في صورته الأولية من (٦٠) عبارة موجبة وسالبة، وتتم وضع ثلاثة اختيارات للإجابة عن كل عبارة من عبارات المقياس بطريقة ليكرت وهي: دئماً، أحياناً، نادراً. وتأخذ العبارات الموجبة تقديرات من (٣-١)، بينما تأخذ العبارات السالبة تقديرات من (١-٣) على الترتيب. وبذلك فإن الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها المفحوص من خلال إجابته على عبارات المقياس تُعد مؤشراً على ارتفاع مستوى انفعال الغضب لديه.

**صدق المقياس:** قام الباحث بحساب صدق المقياس بطريقتين هما:

١- **صدق المحكمين:** عُرض المقياس على (١٠) من المتخصصين في علم النفس للحكم على صلاحية البنود ومناسبتها لقياس انفعال الغضب في ضوء تعريف المفهوم، وتراوحت نسب الاتفاق بين المحكمين على صلاحية البنود بين (٩٠%، ١٠٠%) وفي ضوء آراء المحكمين تم حذف العبارات التي حصلت على نسبة اتفاق أقل من (٩٠%) وقد تكون المقياس في صورته النهائية من (٤٢) عبارة.

٣- **صدق الاتساق الداخلي:** المحك المستخدم في صدق الاتساق الداخلي هو الدرجة الكلية على الاختبار نفسه، حيث يتم استخدام الأساليب الارتباطية لاستبعاد البنود التي لا ترتبط ارتباطات دالة بالدرجة الكلية على المقياس، وتري "أنستازي" أن هذا الاتساق بين البنود والدرجة الكلية يُعد مؤشراً على صدق المقياس (Anastasi, 1990, 153).

تم استخدام معامل الارتباط الخطي (بيرسون) لاستبعاد البنود التي لا ترتبط ارتباطاً دالاً بالدرجة الكلية للمقياس حيث تم تطبيق مقياس الغضب على عينة الدراسة الاستطلاعية (ن = ٤٠)، مريضاً بالسكري، وتم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس، وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط من (٠,٧٢-٠,٩١) وجميعها ذات دلالة إحصائية. ويوضح الجدول التالي (١) معاملات الارتباط ومستوى الدلالة.

### جدول (١)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات مقياس الغضب والدرجة الكلية للمقياس

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠,٨٢ ***	٢٢	٠,٥٦ **
٢	٠,٨٩ ***	٢٣	٠,٧٧ ***
٣	٠,٧٩ ***	٢٤	٠,٨٥ ***
٤	٠,٨٨ ***	٢٥	٠,٨٣ ***
٥	٠,٨٦ ***	٢٦	٠,٩١ ***
٦	٠,٩٠ ***	٢٧	٠,٨٩ ***
٧	٠,٩١ ***	٢٨	٠,٧٩ ***
٨	٠,٨٨ ***	٢٩	٠,٨٨ ***
٩	٠,٨٤ ***	٣٠	٠,٩٠ ***
١٠	٠,٨٨ ***	٣١	٠,٧٨ ***
١١	٠,٥٤ **	٣٢	٠,٨٨ ***
١٢	٠,٨٦ ***	٣٣	٠,٨١ ***
١٣	٠,٨٩ ***	٣٤	٠,٨٥ ***
١٤	٠,٨٧ ***	٣٥	٠,٨٧ ***

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
*** ٠,٨٢	٣٦	*** ٠,٧٥	١٥
*** ٠,٨٨	٣٧	*** ٠,٩٠	١٦
*** ٠,٨٤	٣٨	*** ٠,٨٢	١٧
*** ٠,٨٠	٣٩	*** ٠,٩١	١٨
*** ٠,٨٣	٤٠	*** ٠,٨٨	١٩
*** ٠,٨٨	٤١	*** ٠,٧٨	٢٠
*** ٠,٨١	٤٢	*** ٠,٨٩	٢١

ويتضح من الجدول السابق أن جميع الارتباطات دالة عند مستوى ٠,٠٠١ لجميع البنود بالدرجة الكلية. ما عد عبارة رقم (١١، ٢٢) دالة عند مستوى (٠,٠١).

**ثبات المقياس:** قام الباحث بحساب ثبات المقياس بطريقتين هما:

١. **طريقة إعادة التطبيق:** حيث تم تطبيق مقياس الغضب على العينة الاستطلاعية (ن = ٤٠) مريضاً بالسكري وبعد مرور ثلاثة أسابيع تم إعادة تطبيق المقياس على العينة نفسها، وتم حساب معامل الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني، وقد بلغ معامل الثبات (٠,٨٦)، وهي معامل ثبات مرتفعة.

٢. **طريقة ألفا كرونباخ:** حيث تم حساب ثبات مقياس انفعال الغضب، من درجات العينة الاستطلاعية (ن = ٤٠)، مريضاً بالسكري في التطبيق الأول، بطريقة ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach). وقد بلغ معامل الثبات (٠,٨١) وهو معامل مرتفع مما يشير إلى وجود اتساق داخلي مرتفع للمقياس ويؤكد ثبات مقياس انفعال الغضب للراشدين من مرضى السكري.

(ب) **مقياس جودة الحياة:** قام الباحث بالاطلاع على الإطار النظري، والدراسات السابقة، والمقاييس المتعلقة بجودة الحياة ومنها: (مقياس جودة الحياة

لبشير الحجار وعاطف إسماعيل (٢٠٠٨م) ومقياس جودة الحياة المعدل من قبل (WHO) (٢٠٠٠م)، وفي ضوء ذلك تم إعداد المقياس الحالي لقياس جودة الحياة لدى الراشدين، وتكون المقياس في صورته الأولية من أربعة أبعاد بـ (٤٨) عبارة موجبة وسالبة موزعة بالتساوي على أربعة أبعاد هي: (البعد الجسمي، البعد العاطفي، البعد الاجتماعي، البعد الوظيفي) بواقع (١٢) عبارة لكل بعد، وتم وضع ثلاثة اختيارات للإجابة عن كل عبارة من عبارات المقياس بطريقة ليكرت وهي: دائماً، أحياناً، نادراً. وتأخذ العبارات الموجبة تقديرات من (٣-١) بينما تأخذ العبارات السالبة تقديرات من (١-٣) على الترتيب. وبذلك فإن الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها المفحوص من خلال إجابته على عبارات المقياس تُعد مؤشراً على ارتفاع جودة الحياة لديه.

صدق المقياس: قام الباحث بحساب صدق المقياس بالطرق التالية:

١- **صدق المحكمين:** تم حسابه من خلال اتفاق تقارير المحكمين من المتخصصين في علم النفس على صلاحية البنود ومناسبتها لقياس جودة الحياة في ضوء تعريف المفهوم. وفي ضوء آراء المحكمين تم إضافة وتعديل وحذف بعض العبارات، وقد تكون المقياس في صورته النهائية من (٤٠) عبارة موجبة وسالبة موزعة بواقع (١٠) عبارات لكل بعد من أبعاد المقياس الأربعة تتراوح درجات المبحوثين عليها بين (١ : ١٢٠)، في ضوء التقدير الكمي المتدرج لاستجابات المبحوثين بواقع (٣-٢-١).

٢- **صدق الاتساق الداخلي:** حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، كما تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس، وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط من (٠,٧٨) إلى (٠,٩٣) وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠٠١)، ويوضح جدول (٢) معاملات الارتباط ومستوى الدلالة.



## جدول (٢)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية للمقياس

معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط	الرقم
*** ٠,٧٨	٢١	*** ٠,٨٥	١
*** ٠,٧٩	٢٢	*** ٠,٨٧	٢
*** ٠,٨٧	٢٣	*** ٠,٩٠	٣
*** ٠,٨٠	٢٤	*** ٠,٨٨	٤
*** ٠,٩٣	٢٥	*** ٠,٩٣	٥
*** ٠,٩٠	٢٦	*** ٠,٩١	٦
*** ٠,٨٥	٢٧	*** ٠,٩٢	٧
*** ٠,٨٩	٢٨	*** ٠,٩٠	٨
*** ٠,٩٢	٢٩	*** ٠,٨٨	٩
*** ٠,٧٩	٣٠	*** ٠,٨٩	١٠
	<b>البعد الاجتماعي</b>		<b>البعد الجسمي</b>
*** ٠,٨٥	٣١	*** ٠,٨٨	١١
*** ٠,٨٩	٣٢	*** ٠,٩٠	١٢
*** ٠,٩١	٣٣	*** ٠,٨٧	١٣
*** ٠,٩٠	٣٤	*** ٠,٧٨	١٤
*** ٠,٩٢	٣٥	*** ٠,٩٠	١٥
*** ٠,٨٦	٣٦	*** ٠,٨٢	١٦
*** ٠,٨٧	٣٧	*** ٠,٩٢	١٧
*** ٠,٨٥	٣٨	*** ٠,٨٨	١٨
*** ٠,٨٧	٣٩	*** ٠,٧٨	١٩
*** ٠,٨٠	٤٠	*** ٠,٩١	٢٠
	<b>البعد الوظيفي</b>		<b>البعد العاطفي</b>

\*\*\* دالة عند مستوى (٠,٠٠١) لجميع عبارات المقياس بالدرجة الكلية.

## جدول (٣)

معاملات ارتباط أبعاد جودة الحياة بالدرجة الكلية للمقياس

(العينة الاستطلاعية: ن=٤٠)

معامل الارتباط	البعد
***٠,٩١	البعد الجسمي
***٠,٨٧	البعد العاطفي
**٠,٤٨	البعد الاجتماعي
***٠,٧٣	البعد الوظيفي

\*\*\* دالة عند مستوى ٠,٠٠١ \*\* دالة عند مستوى ٠,٠١

ويتضح من الجدول أن جميع الارتباطات دالة عند مستوى (٠,٠٠١) للبعد الجسمي والبعد العاطفي والبعد الوظيفي، وعند مستوى (٠,٠١)، للبعد الاجتماعي لجميع الأبعاد بالدرجة الكلية.

## ثبات المقياس:

قام الباحث بحساب ثبات المقياس بطريقتين هما:

١- طريقة إعادة التطبيق: حيث تم تطبيق مقياس جودة الحياة على عينة مكونة من (٤٠) مريضاً بالسكري، وبعد مرور ثلاثة أسابيع تم إعادة تطبيق المقياس على العينة نفسها، وتم حساب معامل الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني، وقد بلغت معاملات الثبات: (٠,٩٤) للبعد الجسمي و(٠,٨٧) للبعد العاطفي و(٠,٩١) للبعد الاجتماعي و(٠,٩٣) للبعد الوظيفي و(٠,٩٣) للمقياس ككل، وجميعها معاملات ثبات مرتفعة، وتدلل على ثبات استقرار المقياس.

٢- طريقة ألفا كرونباخ: حيث تم حساب ثبات مقياس جودة الحياة، من درجات العينة المكونة من (٤٠) مريضاً بالسكري في التطبيق الأول، بطريقة ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach). وقد بلغ معامل الثبات (٠,٨٤) وهو

معامل مرتفع مما يُشير إلى وجود اتساق داخلي مرتفع للمقياس ويؤكد ثبات مقياس جودة الحياة للراشدين من مرضى السكري.

**(ج) البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:** قام الباحث بإعداد برنامج علاجي معرفي سلوكي للتقليل من حدة الغضب، وتحسين مستوى جودة الحياة، لدى عينة من مرضى السكري (من النوع الأول والثاني)، ويقوم هذا البرنامج على مجموعة من الفنيات المعرفية والسلوكية، ويرتكز على تعديل الأفكار، وإعادة البنية المعرفية من خلال التدريب على معرفة وتحديد الأفكار الغير عقلانية، والتحريفات المعرفية، والعمل على أن يحل محلها طرق أكثر واقعية للتفكير، وكذلك التدريب على اكتساب مهارات سلوكية ايجابية ، وتلك هي الفنيات المستخدمة : جداول النشاط، والتعزيز الذاتي، والمراقبة الذاتية، والتدريب على مهارات التعايش والموائمة، ومهارات حل المشكلات، والتدريب على الاسترخاء، وتأدية الدور، والتدريب على توكيد الذات. وفيما يلي وصف للبرنامج:

**أهداف البرنامج:** يهدف هذا البرنامج إلى خفض انفعال الغضب، وتحسين مستوى جودة الحياة لدى عينة من مرضى السكري، ويتدرج تحت هذا الهدف عدة أهداف تتمثل في:

١. تزويد مرضى السكري بمعلومات عن الغضب؛ مما يجعلهم أكثر تفهماً لطبيعته وأسبابه ومظاهره، وأهم الآثار المترتبة عليه، وكيفية التغلب عليه والتعايش معه، وزيادة تبصرهم بأسباب معاناتهم، وسوء توافقهم. ومعرفة العلاقة بين الغضب ومرض السكر، والإلمام بحجم الغضب الذي يعانون منه كأحد الأسباب الرئيسية للإصابة بالسكر.
٢. تعريف مرضى السكري بأهم الطرق والأساليب التي تساعدهم في الحد من الغضب وتحسين مستوى جودة الحياة لديهم.

٣. شرح العلاقة بين التفكير والسلوك والانفعال، وكيفية تأثير الأفكار الخاطئة على استثارة الانفعالات السلبية - خاصة انفعال الغضب - والسلوكيات غير المناسبة للمواقف المختلفة.

٤. تحديد الأفكار والمعتقدات الخاطئة حول ما يواجهه مرضى السكري في المواقف التي تجعلهم يظهرون هذا الغضب، وتصحيحها ودحضها واستبدالها بأفكار إيجابية والتدريب على ممارستها.

٥. معرفة تدريبات الاسترخاء النفسي والعضلي للتغلب على حالة الغضب، والتوتر، والضيق الذي يعاني منه مرضى السكري.

٦. تنمية مهارات حل المشكلات والتدريب عليها لتحسين جودة الحياة.

٧. تعلم مهارات اجتماعية جديدة لتنمية الثقة بالنفس والتدريب على إدارة الغضب، والتحكم فيه وتنمية مهارات المشاركة الاجتماعية الإيجابية.

٨. التدريب على توكيد الذات لتحسين أداء مرضى السكري وزيادة قدرتهم على التعامل بنجاح مع المواقف الاجتماعية الضاغطة.

**الأساس النظري ومصادر بناء البرنامج:** اعتمد الباحث في تصميم البرنامج على المصادر التالية:

١. الإطار النظري والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة، خاصة النظرية المعرفية السلوكية.

٢. آراء الأساتذة المحكمين في مجال علم النفس والصحة النفسية والعلاج النفسي.

٣. خبرة الباحث في مجال العمل العيادي والحياة الاجتماعية والمجتمع.

**محتويات البرنامج:** يتكون من (١٤) جلسة جماعية بمعدل جلسة أسبوعياً، وتستغرق الجلسة من (٦٠-٩٠ دقيقة)، وتم تطبيق البرنامج في مراكز رعاية مرضى السكري الحكومية والخاصة، بمحافظة جدة، وكانت فترة المتابعة شهرين بعد البرنامج.

### الفنيات المستخدمة في البرنامج:

١- **المحاضرة:** ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم معلومات مبسطة وواضحة لمريض السكري حول مفهوم الغضب، وأسبابه، وأنواعه، ومظاهره، وآثاره، وكيفية التغلب عليه، ودور الأفكار السلبية في تقليل جودة الحياة.

٢- **المناقشة الجماعية:** وهي فنية معرفية فكرية جماعية يعالج بها أفراد أو جماعة بطريقة تعاونية ناقدة ومرنة، حيث تيسر لكل فرد الاشتراك في تحديد موضوع المناقشة وصياغة عناصرها، وتعتمد على التنفيس الانفعالي وتحديد وتعديل الأفكار والاتجاهات غير المناسبة، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في قيام الباحث بدور القائد الميسر، فيلقي محاضرة ويدير نقاشاً يتضمن تقديم معلومات نفسية واجتماعية وجسمية حول مرض السكري، والأفكار اللاعقلانية المرتبطة به، وكذلك كيفية التعامل مع مشاعر الغضب والآثار المدمرة له، بهدف زيادة استبصار أفراد العينة بطبيعة اضطرابهم ومخاطره، وكيفية التخفيف منه وعلاج آثاره وتحسين جودة الحياة.

٣- **إعادة البناء المعرفي:** تهدف هذه الفنية إلى إعادة البناء المعرفي لمريض السكري ومناقشة أفكاره الخاطئة الناتجة عن الإصابة بمرض السكري وتعديلها، وتعزيز التواصل والتفاعل والترابط بينه وبين أسرته وأعضاء الجماعة التي يعيش فيها، وما يترتب على هذا من إعادة البناء المعرفي لهذا المريض وتكوينه لأفكار جديدة وإيجابية حول طبيعة مشكلاته واضطراباته التي يعاني منها، والحد من انفعال الغضب وتقليل شعوره بالتهديد، وأن يكون قادراً على اتخاذ إجراءات مناسبة للتحكم في غضبه وانفعالاته؛ مما يؤدي إلى تحسين مستوى جودة الحياة لديه.

٤- **تسجيل الأفكار:** ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في قيام المريض بتسجيل أفكاره مما يساعده في الاستبصار والوعي بأفكاره ومظاهر الخطأ

فيها، والهدف من هذه الفنية هو جعل المريض قادراً على أن يراقب ويسجل أحاديثه وأفكاره بصورة صحيحة وسليمة، وهنا يُطلب من المريض القيام بتسجيل أفكاره حول ثلاثة أشياء:

- رصد أفكار المريض حول نفسه.
- رصد أفكاره حول الأسرة والناس.
- رصد أفكاره تجاه المستقبل.

٥- **لعِب الدور:** ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في مساعدة المريض على التعبير عن موقف أو معتقد خاطئ، وأن يعيد ويكرر ذلك بحيث يتحول الموقف الجديد إلى خاصية دائمة. حتى يدخل في الموقف الجديد بثقة أكبر. بالإضافة إلى المشاعر الإيجابية التي تسيطر عليه بعد إتقان تمثيل الدور بطريقة انفعالية وسلوكية مناسبة تسهم في تقليل الغضب وتحسين جودة الحياة.

٦- **التدريب على التوكيدية:** ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في التوكيد الإيجابي والسلبي بتدريب مريض السكري على تأكيد ذاته والتعبير عن مشاعره الإيجابية (تقدير - ثناء). فمثلاً يقوم المريض بتقديم مبرر للسلوك يستطيع من خلاله توضيح أنه التزم بتعليمات الطبيب على الرغم من النتائج السلبية للجلوكوز في البول، والسلبية (احتجاج - رفض) بصورة ملائمة ومقاومة الضغوط التي يمارسها الآخرون لإجباره على إتقان ما لا يفيد، والكف عن فعل ما يرغبه (فمثلاً يقوم المريض برفض طلب تناول الحلوى مع صديق يطلب منه ذلك) وإنهاء التفاعلات الاجتماعية، والدفاع عن حقوقه ضد من يحاول انتهاكها، شريطة عدم انتهاك حقوق الآخرين.

٧- **الواجب المنزلي:** وهنا يتم تكليف المريض بواجبات منزلية متنوعة، ويطبق ما تعلمه في الجلسات العلاجية، كأن يقوم بتسجيل الأفكار السلبية التي اكتسبها على مواقف واقعية حية، أو يكتب الأفكار السلبية حول ما يتعرض له من غضب واستبدالها بأفكار إيجابية.

٨- **الاسترخاء:** ويهدف إلى مساعدة مريض السكري على إجراء تمارين الاسترخاء العضلي، والذهني، والتنفس العميق لتهدئة الاستثارة التي يشعر بها، ويستطيع السيطرة على أفكاره.

٩- **التدريب على مهارات حل المشكلات:** بهدف تعليم مرضى السكري كيفية التعامل مع المشكلات أثناء العلاج، ثم تقديم مدى واسع من مواقف الصراع لتعليم مرضى السكري كيفية تحديد المشكلة، وتكوين حلول بديلة، وتوقع النتائج المحتملة، وتقويم السلوك، مما يساعدهم على الوصول إلى مستوى مناسب من تحسين جودة الحياة لديهم.

**الفئة المستهدفة من البرنامج:** يستهدف هذا البرنامج مرضى السكري الذين يعانون من حدة انفعال الغضب وقلة جودة الحياة، ممن تتراوح أعمارهم من (٢٣-٥٨) عاماً من أبناء المجتمع السعودي.

**القائم بالبرنامج:** الباحث بالتعاون مع مجموعة من الأخصائيين النفسيين بعد تدريبهم على كيفية تطبيق البرنامج.

**بداية ونهاية كل جلسة:** تبدأ كل جلسة بالترحيب بأفراد العينة والاطمئنان على أحوالهم، وتنتهي كل جلسة ببيت الهدوء والسكينة لدى أفراد العينة.

**الوسائط المتعددة المستخدمة في البرنامج:** جهاز الحاسب الآلي، وجهاز عارض المعلومات، الورق المقوى، عرض تقديمي باستخدام (البور بوينت)، جهاز الفيديو بغرض عرض بعض المواقف التوضيحية للمرضى، أو (CDS)، جهاز تسجيل صوتي لعرض بعض المعلومات والتعليمات عن بعض الأساليب العلاجية كتعليمات تطبيق الاسترخاء، وملفات التقارير الخاصة بكل مريض، قاعة لكي يقوم المريض بلعب الدور. بالإضافة إلى ما سبق فقد اتبع الباحث كل ما يعين على المتابعة الميدانية لأفراد عينة مرضى السكري.

**صدق البرنامج:** قام الباحث بإعداد وصف تفصيلي للبرنامج، وتم عرض البرنامج في صورته الأولية على عشرة من الأساتذة المحكمين المتخصصين في مجال علم النفس الإكلينيكي والصحة النفسية، والعلاج النفسي، بهدف

معرفة مدى ملائمة البرنامج لأفراد العينة، وصحة الإجراءات التطبيقية للبرنامج، ووفقاً لتعليمات المحكمين أجريت التعديلات المطلوبة، ومن ثم إعداد الصورة النهائية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، والذي تم تطبيقه على عينة من مرضى السكري.

**تقييم فاعلية البرنامج:** تم التعرف على فاعلية البرنامج بعد التطبيق القبلي والبعدي والمتابعة، وذلك من خلال الاستجابة على مقياس الغضب ومقياس جودة الحياة لمرضى السكري.



جدول (٤) ملخص جلسات البرنامج المعرفي السلوكي			
الجلسة	موضوع الجلسة	محتوى الجلسة	الفنيات المستخدمة
الأولى	التمهيد والتعارف وبناء العلاقة العلاجية	الترحيب بالمرضى، وتهيئتهم، وتعريف الباحث بالبرنامج وأهدافه وفوائده، والإجراءات المتبعة في الجلسات، والمهام المطلوبة، وحثهم على التعاون لتحقيق الأهداف المرجوة من البرنامج، وأهمية الانتظام في الجلسات، والاستعداد للمشاركة، والاتفاق على مواعيد الجلسات، والحث على ضرورة الالتزام والمواظبة. وتطبيق أدوات الدراسة (القياس القبلي).	الحوار والمناقشة والتسجيل الكتابي والتدعيم والمساندة.
الثانية	الغضب كونه أحد الأسباب الرئيسية للإصابة بالسكر	تعريف الغضب وأنواعه ومسبباته والعلاقة بين الغضب ومرض السكر، والإمام بحجم الغضب الذي يعانون منه، ومصادره وأبعاده ومظاهره.	التسجيل الكتابي، والحوار، والمناقشة، والتعزيز، والتخيل، ورصد الأفكار، والواجب المنزلي.
الثالثة والرابعة	الاسترخاء العضلي والنفسي	إعطاء فكرة عن الاسترخاء العضلي، تدريب كل مريض على الاسترخاء النفسي والعضلي لتخفيف حدة الغضب.	الاسترخاء، الإيحاء، والواجب المنزلي
الخامسة والسادسة	التصور المعرفي عن آثار الغضب	الاستمرار في مساندة المريض ومساعدته، وزيادة الاستبصار بأسباب معاناته، وإعطاء تصور أشمل عن آثار الغضب على الصحة الجسمية وعلاقته بالإصابة بالسكر، وكيفية التغلب عليه.	الاسترخاء، وتسجيل الأفكار، التعزيز والواجب المنزلي
السابعة والثامنة	إعادة البناء المعرفي	التعرف على أفكار المريض المرتبطة بمواقف، وتدريبه على استخدام مقياس الوحدات الذاتية للاضطراب، وتسجيل الأفكار، ومناقشة الأفكار السلبية حول ذاته ومستقبله.	لعبة الدور، الاسترخاء، والواجب المنزلي
التاسعة والعاشر	التدريب على التوكيدية	التدريب على التوكيدية، وإزالة الحساسية تجاه مشاعر الغضب من خلال البروح بهذه الأفكار والمشاعر، والتعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية، واستئثار وتنمية الدافعية لتحسين مستوى جودة الحياة.	دحض الأفكار، الحوار والمناقشة، التعزيز، والواجب المنزلي.
الحادية عشرة والثانية عشرة	تعزيز الثقة بالنفس وتنظيم البناء المعرفي	التدريب على تعديل الأفكار السلبية، واستبدالها بأفكار منطقية، وتعليم مهارات معرفية وسلوكية لتحسين مستوى جودة الحياة من خلال تكوين اتجاهات إيجابية لدى المريض.	الاسترخاء، دحض الأفكار، الحوار والمناقشة، التعزيز، والواجب المنزلي.
الثالثة عشرة والرابعة عشرة	تقويم فاعلية البرنامج ومرحلة الانتهاء والختام	تقييم السلوك الجديد للمريض، والتأكد من الاستمرار في التدريبات، وتحديد المشاكل المتوقعة بعد ذلك، ومناقشة المريض في كيفية مواجهتها. وتطبيق مقياس الغضب ومقياس جودة الحياة على عينة الدراسة (القياس البعدي).	الحوار والمناقشة والتسجيل الكتابي والتدعيم والمساندة.

### إجراءات التطبيق:

١- تم اختيار العينة من الراشدين المترددين على مراكز رعاية مرضى السكري الحكومية بمحافظة جدة، ومركز السكري بمستشفى باقدو والدكتور عرفان العام، بسبب معاناتهم من مرض السكري من النوع الأول، والذين تم تشخيصهم من قبل الطبيب المعالج، ويخضعون للعلاج بالأنسولين، ومن ثم أصبحت العينة الفعلية للبرنامج (٦٠) مريضاً، وتم تقسيم كل فئة منهم عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين، وتم الاختيار بأسلوب العينة العشوائية.

٢- تم إعلامهم ببدء البرنامج العلاجي التدريبي الذي يهدف إلى تخفيف مستوى الغضب، ورفع جودة الحياة، وبيان ميزاته، والفوائد المترتبة على الانخراط فيه، وقبل منهم المشاركة (٦٤) وانسحب (٤) من البرنامج وأصبح عدد العينة الفعلية (٦٠) مريضاً بمرض السكري من النوعين.

٣- وقام الباحث بتدريب متخصصين للمساعدة في تطبيق البرنامج، وذلك وفقاً للمراحل التالية:

١- تم الاتصال بالمسؤولين في المراكز التي تم فيها التطبيق للتنسيق معهم، وأخذ موافقتهم على تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

٢- وبعد الموافقة اشترط الباحث عليهم حضور البرنامج لضمان فاعليته، والالتزام بحضور الجلسات وأداء الواجبات، وعند الموافقة بدأ الباحث في تنفيذ خطوات البرنامج.

٣- وقام الباحث بمجانسة المجموعتين التجريبية والضابطة للوقوف على تكافئهما كأحد أهم العوامل التي يجب ضبطها في مثل هذا النوع من التصميم شبه التجريبي، ثم قياس الفرق بين متوسط درجات العينة التجريبية والضابطة على مقياس انفعال الغضب، ومقياس جودة الحياة، وعدد سنوات مرض السكري، ونوعه، والعمر الزمني.

- ٤- تم ضبط التدخل العلاجي للمجموعة التجريبية، وخضعت الحالات لجلسات علاجية استمرت لمدة (١٤) جلسة، وفقاً للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.
- ٥- إجراءات التقييم البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة لتقييم فاعلية البرنامج العلاجي عن طريق المقارنة بين أداء المجموعتين على المقاييس، أي أنه بعد الانتهاء من البرنامج قام الباحث بتطبيق مقياس الغضب، ومقياس جودة الحياة على أفراد العينة التجريبية والضابطة.
- ٦- القيام بإجراءات المتابعة للحالات بعد (٤) أسابيع من انتهاء البرنامج، وذلك بإعادة القياس للغضب، وجودة الحياة، للمجموعة التجريبية فقط، وملاحظة الأثر طويل المدى للتدخل العلاجي.
- ٧- قام الباحث باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لاستخلاص النتائج، ثم قام بتفسيرها ومناقشتها.

**خامساً: خطة التحليلات الإحصائية:** تم إجراء المعالجات الإحصائية التالية لاختبار صدق فروض الدراسة:

١. الإحصاءات الوصفية لوصف بيانات العينتين التجريبية والضابطة.

٢. اختبار " ت " T Test

**نتائج الدراسة ومناقشتها:**

نعرض فيما يلي النتائج التي كشفت عنها مختلف التحليلات الإحصائية لاختبار مدى تحقق فروض الدراسة، ثم يتبعها مناقشة عامة لهذه النتائج

**(١) نتائج الفرض الأول وتفسيرها:**

لاختبار الفرض الأول الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي في كل من انفعال الغضب وأبعاد جودة الحياة (جسمي - عاطفي - اجتماعي - وظيفي) لدى المجموعتين التجريبية والضابطة .

وللتَّحَقُّقِ من صحة الفرض تَمَّ استخدام اختبار " ت "، للعينتين المستقلتين، (Independent Samples T Test) لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، على كل من مقياس انفعال الغضب ومقياس جودة الحياة، في القياس القبلي. ويوضح جدول (٥) دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين.

### جدول (٥)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات كل من انفعال الغضب وجودة الحياة لدى المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات كل من انفعال الغضب وجودة الحياة لدى المجموعة الضابطة، في القياس القبلي

الدلالة	اختبار " ت "	المجموعة الضابطة (ن = ٣٠ = ٢٠)		المجموعة التجريبية (ن = ٣٠ = ١٠)		المقياس
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
غير دالة	٠,١٦	٤٠,٨٠	١٢٧,٩٣	٣٩,٢١	١٢٩,٦٦	انفعال الغضب
غير دالة	٠,٤٠	٥,٩٤	١٨,٦٠	٦,٠٣	١٩,٢٣	البعد الجسمي لجودة الحياة
غير دالة	١,٠٤-	٤,٧٨	١٧,٣٠	٤,٥٢	١٦,٠٣	البعد العاطفي لجودة الحياة
غير دالة	٠,٤٣	٥,٧٣	١٨,٠٠	٥,٦٠	١٧,٣٦	البعد الاجتماعي لجودة الحياة
غير دالة	٠,١٧-	٦,٧٧	١٩,٣٦	٦,٤٧	١٨,٢٣	البعد الوظيفي لجودة الحياة
غير دالة	٠,١٠-	٢١,٨٨	٧٣,٢٦	٢٢,٦١	٧٠,٨٦	مجموع أبعاد جودة الحياة

د.ح = ٢٩، ٥٠ عند مستوى ٠,٠٥ ٠,٠١ عند مستوى ٢,٧٦ ٠,٠٠١ عند مستوى ٣,٦٦

يتضح من جدول (٥) عدم وجود فروق دالة إحصائية في كل من انفعال الغضب وابعاد جودة الحياة، بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة، في القياس القبلي. وبذلك يكون الفرض الأول قد تحقق كلياً، حيث يوجد تجانس بين درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة، في كل من انفعال الغضب وجودة الحياة في القياس القبلي.

#### (٢) نتائج الفرض الثاني وتفسيرها:

ينصُّ هذا الفرض على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات القياس البعدي في كل من انفعال الغضب وابعاد جودة الحياة (جسمي - عاطفي - اجتماعي - وظيفي) لدى المجموعتين الضابطة والتجريبية". وللتحقق من صحة الفرض تمَّ استخدام اختبار "ت"، للعينتين المستقلتين، (Independent Samples T Test) لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، على كل من مقياس انفعال الغضب ومقياس جودة الحياة، في القياس البعدي. ويوضح جدول (٦) دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين.

## جدول (٦)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات كل من انفعال الغضب وجودة الحياة لدى المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات كل من انفعال الغضب وجودة الحياة لدى المجموعة الضابطة، في القياس البعدي

اتجاه الفرق	اختبار " ت "		المجموعة الضابطة (ن = ٢٠)		المجموعة التجريبية (ن = ٣٠)		المقياس
	مستوى الدلالة	قيمة " ت "	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
الضابطة	٠,٠٠١	٤,٩٦-	٢٨,٠٦	١٢٥,٩٠	٣٠,٨٠	٩٨,٧٦	انفعال الغضب
التجريبية	٠,٠١	٢,٨٠	٧,٥٢	١٨,٨٦	٦,٨٣	٢٤,١٣	البعد الجسمي لجودة الحياة
التجريبية	٠,٠١	٣,١٤	٨,٠٩	١٧,٨٦	٧,٧٣	٢٤,٣٦	البعد العاطفي لجودة الحياة
التجريبية	٠,٠٥	٢,٤٤	٨,٢٧	١٨,٢٠	٧,٢٢	٢٣,١٦	البعد الاجتماعي لجودة الحياة
التجريبية	٠,٠١	٢,٧٨	٧,٩١	١٧,٧٦	٧,٢٦	٢٣,٣٠	البعد الوظيفي لجودة الحياة
التجريبية	٠,٠١	٣,١٣	٢٨,٩٢	٧٢,٧٠	٢٥,٢٠	٩٤,٩٦	مجموع أبعاد جودة الحياة

د.ح = ٢٩ ٢,٥٠ عند مستوى ٠,٠٥ ٠,٠١ عند مستوى ٢,٧٦ ٠,٠٠١ عند مستوى ٣,٦٦

يتضح من جدول (٦) وجود فروق دالة إحصائية في كل من انفعال الغضب وجودة الحياة، بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة، في القياس البعدي. وذلك على النحو التالي:

١- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) في انفعال الغضب، بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة، في القياس البعدي، لصالح المجموعة الضابطة. مما يشير إلى

عدم انخفاض انفعال الغضب لدى المجموعة الضابطة التي لم تتعرض للبرنامج المعرفي السلوكي، مقارنة بالمجموعة التجريبية التي انخفض لديها انفعال الغضب وأصبحت أكثر حلاً نتيجة تعرضهم للبرنامج المعرفي السلوكي الذي أعده الباحث.

٢- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) في البعد الجسمي لجودة الحياة، وبين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة، في القياس البعدي، لصالح المجموعة التجريبية. مما يشير إلى تحسُّن البعد الجسمي لجودة الحياة لدى المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج المعرفي السلوكي الذي أعده الباحث، مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للبرنامج المعرفي السلوكي.

٣- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) في البعد العاطفي لجودة الحياة، وبين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة، في القياس البعدي، لصالح المجموعة التجريبية. مما يشير تحسن البعد العاطفي لجودة الحياة لدى المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج المعرفي السلوكي الذي أعده الباحث، مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للبرنامج المعرفي السلوكي.

٤- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) في البعد الاجتماعي لجودة الحياة، بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة، في القياس البعدي، لصالح المجموعة التجريبية. مما يشير إلى ارتفاع درجات البعد الاجتماعي لجودة الحياة لدى المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج المعرفي السلوكي الذي أعده الباحث، مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للبرنامج المعرفي السلوكي.

٥- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) في البعد الوظيفي لجودة الحياة، وبين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة، في القياس البعدي، لصالح المجموعة التجريبية. مما يشير إلى تحسن البعد الوظيفي لجودة الحياة لدى المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج المعرفي السلوكي الذي أعده الباحث، مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للبرنامج المعرفي السلوكي.

٦- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) في مجموع أبعاد جودة الحياة، وبين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة، في القياس البعدي، لصالح المجموعة التجريبية. مما يشير إلى زيادة وتحسن جودة الحياة بأبعادها المختلفة لدى المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج المعرفي السلوكي الذي أعده الباحث، مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للبرنامج المعرفي السلوكي.

وبذلك يكون الفرض الرابع قد تحقق كلياً، حيث تؤكد النتائج على فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي الذي أعده الباحث في خفض انفعال الغضب ورفع جودة الحياة بأبعادها المختلفة لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للبرنامج.

وأظهرت النتائج أن المجموعة التجريبية، ونتيجة للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي أصبحوا أكثر قدرة على التحكم في انفعالاتهم، وأقل شعوراً بالغضب، وأكثر إدراكاً وإيجابية لجودة الحياة، حيث أظهر المرضى تحسناً في الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية من خلال تعلمهم مهارات عن كيفية التعامل مع الغضب، والحد من الأفكار المرتبطة به، والتدريب على إيجاد حلول بديلة لمواجهته. كما اكتسبوا مهارات التدريب على حل المشكلات من جهة، ومن جهة أخرى تبصيرهم بمجموعة الاعتقادات الخاطئة التي ترتبط



بالغضب، وتعديل الأفكار التلقائية السلبية، واكتشاف التحريفات المعرفية المرتبطة بمرض السكري ودحضها، وذلك من خلال التدريب على مهارات وتحديد وتحليل ومناقشة المشكلة، والجوانب المعرفية السلبية، وتوليد استجابات منطقية لها باستخدام تمارين معدة لذلك، وقد سبق شرح التعليمات الخاصة بذلك في البرنامج.

ويتفق الباحث مع ما ذكره **أيانو وآخرون** (Ayano, et al., 2015) في قدرة مريض السكري على تعلم أساليب مواجهة الانفعالات بشكل جيد مما يساعدهم على الاستقرار وتحسين جودة الحياة، ويصبحون أكثر قدرة على التأقلم مع المرض بشكل يؤثر إيجابياً على رفع جودة الحياة، وهذا ما أكدته الدراسة الحالية.

وقد عبّر المشاركون في البرنامج المُستخدم عن الاستفادة منه في خفض انفعال الغضب وتحسين جودة الحياة، وقد ذكروا أنهم أصبحوا أكثر تحكماً وسيطرة على غضبهم بعد تبصيرهم بمجموعة من الاعتقادات الخاطئة المؤدية للغضب، وتعديل الأفكار والتحريفات عن طريق إعادة البناء المعرفي، وتعليمهم مهارات التحكم في انفعالاتهم، وكيفية التحلي بمهارات الاتزان الانفعالي والقدرة على التصدي للعقبات والمشكلات التي تواجههم في سياق حياتهم اليومية مما يؤدي إلى مستوى مرتفع من الرضا عن الحياة. فقد ذكر صالح عليان (٢٠١٤م) أن تعليم أساليب جديدة للتحكم والسيطرة على الغضب تُعزز الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية وتزيد من مستوى جودة الحياة لدى الفرد.

كما يتفق الباحث مع **شريثا وغيميري** (Shrestha & Ghimire 2012) في أن تغيير نمط الحياة بشكل إيجابي لدى مريض السكري يساعد على تعزيز وإثراء جودة الحياة على المستوى المعرفي والسلوكي والانفعالي مما يشعره بالأمن وقبول الدعم الاجتماعي، والتعبير عن انفعالاته بشكل مقبول.

وتتفق هذه النتائج - أيضاً - مع نتائج دراسة كل من "دانزيسكا وآخرين" (Dudzińska, et al., 2014) والتي توصلت إلى فعالية التدخلات العلاجية والعلاج النفسي التدعيمي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السكري. ودراسة "شيرازي وآخرون" (Shirazi, et al., 2014) التي أثبتت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين قدرة مرضى السكري على التحكم في انفعال الغضب لديهم. ودراسة "نيكولوسي وآخرين" (Nicolucci, et al., 2012) التي أشارت إلى أهمية دور الإشراف النفسي على مرضى السكري وتوجيههم نحو تقليل الانفعالات والاضطرابات النفسية التي يعانون منها وزيادة قدرتهم على التأقلم مع مرض السكري وتحسين جودة الحياة لديهم.

### (٣) نتائج الفرض الثالث وتفسيرها:

ينص هذا الفرض على أنه: " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات (القياس القبلي والبعدي) في كل من انفعال الغضب وابعاد جودة الحياة (جسمي - عاطفي - اجتماعي - وظيفي) لدى المجموعة التجريبية ". وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار " ت "، للعينتين المترابطتين (Paired-Samples T Test) لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات درجات المجموعة نفسها في القياس البعدي، على كل من مقياس انفعال الغضب ومقياس جودة الحياة. ويوضح جدول (7) دلالة الفروق بين متوسطات درجات انفعال الغضب وجودة الحياة في القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية (ن = ١ = ٣٠).

## جدول (7)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات كل من انفعال الغضب وجودة الحياة في القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية (ن = ٣٠)

المقياس	القياس القبلي		القياس البعدي		اختبار " ت "		اتجاه الفرق
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة " ت "	مستوى الدلالة	
انفعال الغضب	١٢٩,٦٦	١٣,٢١	٨٨,٧٦	٣٥,٨٠	٤,٠٩	٠,٠٠١	البعدي
البعد الجسمي لجودة الحياة	١٩,٢٣	٣,٠٣	٢٥,١٣	٤,٨٣	-	٠,٠٠١	البعدي
البعد العاطفي لجودة الحياة	١٦,٠٣	٣,٥٢	٢٦,٣٦	٥,٧٣	-	٠,٠٠١	البعدي
البعد الاجتماعي لجودة الحياة	١٧,٣٦	٣,٦٠	٢٥,١٦	٥,٢٢	-	٠,٠٠١	البعدي
البعد الوظيفي لجودة الحياة	١٨,٢٣	٣,٤٧	٢٤,٣٠	٥,٢٦	-	٠,٠٠١	البعدي
مجموع أبعاد جودة الحياة	٧٠,٨٦	١٠,٦١	٩١,٩٦	١٧,٢٠	-	٠,٠٠١	البعدي

د.ح = ٢٩ = ٢,٥٠ عند مستوى ٠,٠٥ ٠,٠١ عند مستوى ٢,٧٦ ٠,٠٠١ عند مستوى ٣,٦٦

يتضح من جدول (7): وجود فروق دالة إحصائياً في كل من انفعال الغضب وجودة الحياة بأبعادها، بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي، ومتوسطات درجات المجموعة نفسها في القياس البعدي. وذلك على النحو التالي:

١- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) في انفعال الغضب، بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي، ومتوسطات درجات المجموعة نفسها في القياس البعدي، لصالح القياس البعدي. مما يشير إلى انخفاض درجات انفعال الغضب لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي عليهم.

- ٢- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) في البعد الجسمي لجودة الحياة، بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي، ومتوسطات درجات المجموعة نفسها في القياس البعدي، لصالح القياس البعدي. مما يشير إلى تحسن مؤشرات البعد الجسمي لجودة الحياة لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي عليهم.
- ٣- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) في البعد العاطفي لجودة الحياة، بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي، ومتوسطات درجات المجموعة نفسها في القياس البعدي، لصالح القياس البعدي. مما يشير إلى تحسن البعد العاطفي لجودة الحياة لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي عليهم.
- ٤- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) في البعد الاجتماعي لجودة الحياة، بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي، ومتوسطات درجات المجموعة نفسها في القياس البعدي، لصالح القياس البعدي. مما يشير إلى تحسن البعد الاجتماعي لجودة الحياة لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي عليهم.
- ٥- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) في البعد الوظيفي لجودة الحياة، بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي، ومتوسطات درجات المجموعة نفسها في القياس البعدي، لصالح القياس البعدي. مما يشير إلى تحسن البعد الوظيفي لجودة الحياة لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي عليهم.
- ٦- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) في مجموع أبعاد جودة الحياة، بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي، ومتوسطات درجات المجموعة نفسها في القياس البعدي، لصالح القياس

البعدي. مما يشير إلى تحسن وزيادة جودة الحياة لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي عليهم. وبذلك يكون الفرض الثاني قد تحقق كلياً. ويمكن تفسير ذلك في ضوء فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي الذي أعدّه الباحث في خفض انفعال الغضب ورفع جودة الحياة بأبعادها المختلفة لدى المجموعة التجريبية في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من "دانزيسكا وآخرين" et, al., (2014) والتي توصلت إلى فعالية التدخلات العلاجية والعلاج النفسي التدميمي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السكري. ودراسة "شيرازي وآخرين" (Shirazi et, al., 2014) التي أثبتت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين قدرة مرضى السكري على التحكم في انفعال الغضب لديهم. ودراسة "نيكولوسي وآخرين" (Nicolucci, et al., 2012) التي أشارت إلى أهمية دور الإشراف النفسي على مرضى السكري، وتوجيههم نحو تقليل الانفعالات والاضطرابات النفسية التي يعانون منها، وزيادة قدرتهم على التأقلم مع مرض السكري، وتحسين جودة الحياة لديهم.

#### (٤) نتائج الفرض الرابع وتفسيرها:

ينص هذا الفرض على أنه: " لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسيين البعدي والتتبعي في كل من انفعال الغضب وجودة الحياة لدى المجموعة التجريبية ".

وللتحقق من صحة الفرض تم استخدام اختبار " ت "، للعينتين المترابطتين Paired-Samples T Test، لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجات المجموعة نفسها في قياس المتابعة، على كل من مقياس انفعال الغضب

ومقياس جودة الحياة. ويوضح جدول (8) دلالة الفروق بين متوسطات درجات انفعال الغضب وجودة الحياة في القياسين البعدي والمتابعة لدى المجموعة التجريبية (ن = ٣٠).

### جدول (8)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات كل من انفعال الغضب وجودة الحياة في القياسين البعدي والمتابعة لدى المجموعة التجريبية (ن = ٣٠)

الدلالة	اختبار " ت "	قياس المتابعة		القياس البعدي		المقياس
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
غير دالة	٠,٠٥	٣٠,٣٢	٩٩,٢٠	٣٠,٨٠	٩٨,٧٦	انفعال الغضب
غير دالة	٠,٢٠-	٥,٦٠	٢٢,٤٣	٥,٨٣	٢٢,١٣	البعد الجسمي لجودة الحياة
غير دالة	٠,٠٣	٧,٧٢	٢٤,٣٠	٧,٧٣	٢٤,٣٦	البعد العاطفي لجودة الحياة
غير دالة	٠,٢٠-	٧,٠٣	٢٣,٥٣	٧,٢٢	٢٣,١٦	البعد الاجتماعي لجودة الحياة
غير دالة	٠,٠٨	٧,٠٩	٢٢,٤٦	٧,٢٦	٢٢,٣٠	البعد الوظيفي لجودة الحياة
غير دالة	٠,١٣-	٢١,٧٦	٩٢,٧٣	٢٢,٢٠	٩١,٩٦	مجموع أبعاد جودة الحياة

د.ح = ٢٩ عند مستوى ٠,٠٥ ٠,٠١ عند مستوى ٢,٧٦ ٠,٠٠١ عند مستوى ٣,٦٦

يتضح من جدول (8): عدم وجود فروق دالة إحصائية في كل من انفعال الغضب وجودة الحياة، بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجات المجموعة نفسها في قياس المتابعة. مما يشير إلى استمرار فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي الذي أعده الباحث في

التقليل من انفعال الغضب ورفع جودة الحياة لدى المجموعة التجريبية، وذلك بعد مرور شهرين من الانتهاء من تطبيق البرنامج.

وهذه النتيجة تدل على ثبات المكتسبات العلاجية لدى العينة التجريبية في القياسين بعد تطبيق البرنامج العلاجي، وعند المتابعة في التطبيق البعدي، وعدم حدوث انتكاسة، وهذا يدل على ثبات أثر البرنامج في التطبيقين، ونجاحه في خفض انفعال الغضب، وتحسين جودة الحياة في جميع الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية، ويرجع ذلك إلى المهارات المعرفية والسلوكية التي اكتسبوها أثناء فترة البرنامج، إضافة إلى نجاح البرنامج في خفض انفعال الغضب، وتحسين جودة الحياة يدل على عملية التعميم للمهارات المتعلمة في الجلسة العلاجية إلى مواقف واقعية في الحياة.

وهذه النتائج تتوافق مع ما توصلت إليه دراسة كل من "دانزيسكا وآخرين" (Dudzińska, et al., 2014)، ودراسة "شيرازي وآخرين" (Shirazi, et al., 2014)، ودراسة "نيكولوسي وآخرين" (Nicolucci, et al., 2012).

**توصيات البحث:** في ضوء نتائج الدراسة فإن الباحث يشير إلى أهمية ما يلي:

- ١- تطبيق البرامج العلاجية المعرفية السلوكية لتقليل انفعال الغضب وزيادة جودة الحياة لدى مرضى السكري.
- ٢- تعليم مرضى السكري العلاقة بين التفكير والسلوك والانفعال وأساليب تقليل الغضب وتحسين جودة الحياة لديهم.
- ٣- استخدام تدريبات الاسترخاء العضلي والذهني والتنفس العميق كأساليب علاجية في مراكز الاستشفاء النفسي والعصبي، إلى جانب استخدامها داخل المدارس والجامعات لعلاج الطلاب الذين يعانون من بعض الاضطرابات النفسية والعصبية والسيكوسوماتية.
- ٤- توجيه مرضى السكري إلى الأعمال الرياضية والهادفة عن طريق الأندية وممارسة الأنشطة الرياضية والترفيهية المختلفة.

- ٥- نشر الوعي الصحي بين مرضى السكري عن طريق وسائل الإعلام والمحاضرات العلمية توضح من خلالها أضرار الغضب على الجسم والنفس.
- ٦- إعداد المزيد من البرنامج العلاجية النفسية لتحسين إدارة انفعال الغضب وتحسين جودة الحياة لدى المراهقين والشباب الذين يعانون من مرض السكري والأمراض السيكوسوماتية الأخرى في المجتمع السعودي.

## المراجع

### أولاً: المراجع العربية

١. إبراهيم يونس (٢٠٠٥). المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مرضى السكري وتأثيرها على جودة الحياة في محافظات غزة - رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس، فلسطين.
٢. بشير الحجار، عاطف إسماعيل (٢٠٠٨). جودة الحياة لدى مرضى السكري وعلاقتها ببعض لمتغيرات في محافظة غزة - مجلة البحوث والدراسات التربوية الفلسطينية - ع ١١ ابريل ص ٦٥-٩٠
٣. حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠٥). الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، المؤتمر العلمي الثالث لكلية التربية، جامعة الزقازيق " الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة " الزقازيق ١٥ - ١٦ مارس ٢٠٠٥ ص ص ١٣-٢٣ .
٤. السيد كامل الشربيني (٢٠٠٧). جودة الحياة وعلاقتها بالذكاء الانفعالي وسمة ما وراء المزاج والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية والقلق، المجلة المصرية للدراسات النفسية، مج ١٧، ع ٥٧٤ أكتوبر ص ص ٣-٨٠ .
٥. صالح عليان درادكه.(٢٠١٤). مقارنة اثر برنامجين إرشاديين في تخفيض الغضب وتحسين الرضا عن جودة الحياة لدى عينة من



الطلبة المراهقين، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة اليرموك.

٦. فوقية حسن عبد الحميد، محمد السيد عبر الرحمن (١٩٩٨) مقياس الغضب كحالة وسمة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

٧. محمد نجيب احمد الصبوة، شاهة مساعد التمار (٢٠١١) الفروق بين مرضى السكر من الأطفال والأصحاء من الجنسين في الغضب والاكنتاب والسعادة ونوعية الحياة - دراسة مقدمة في إطار المؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس ١١/٢٩ - ٢٠١٠/١٢/١ - رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية ص ص ٤٦٩-٥٠٩

٨. مختار محلي، احمد الملا، راضي الحسيني (٢٠١٢) دراسة العلاقة بين جودة الرعاية المقدمة للمرضى الداخليين وإعادة إدخال مرضى السكري مبكراً في أحد المستشفيات في المنطقة الشرقية من المملكة العربية السعودية، المجلة الصحية لشرق المتوسط عدد ١٨ الإصدار ٢ ص ص ٤٧٤-٤٧٩

٩. وزارة الصحة (١٤٣٣). المؤتمر الدولي لأنماط الحياة الصحية والأمراض غير السارية، والذي عُقد في مدينة الرياض خلال الفترة ٢٣ - ٢٥ / ١٠ / ١٤٣٣ هـ.

10. Abraham, S., Shah, N. G., Roux, A. D., Hill-Briggs, F., Seeman, T., Szklo, M., & Golden, S. H. (2015). Trait anger but not anxiety predicts incident type 2 diabetes: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Psych neuroendocrinology*, 60, 105-113.

11. Anastasi, A.(1990).*Psychological testing*, 6th ed, N.Y,Macmillan Co.Inc.
12. Alvarado-Martel, D., Velasco, R., Sánchez-Hernández, R. M., Carrillo, A., Nóvoa, F. J., & Wägner, A. M. (2015). Quality of life and type 1 diabetes: a study assessing patients' perceptions and self-management needs. *Patient preference and adherence*, 9, 1315.
13. Ansari, M., Shms, E. H., & Hakami, M. (2011). The effect of five weeks raining of anger Anger Control Skills and Stress Managent on Male Type I and II- *Journal of heal th psychology*,1 (3)٬ 47-60.
14. Asadi, M., Tirgari, A., & Hassanzadeh, R. (2011). Comparative Effectiveness of Muscle Relaxation Training on Anger Reduction and Glycemic Control in Patients with Diabetes Type One and Two. *Medical Journal of Mashhad*, 56(2), 104-12.
15. Ayano-Takahara, S., Ikeda, K., Fujimoto, S., Hamasaki, A., Harashima, S. I., Toyoda, K., ... & Inagaki, N. (2015). Glycemic variability is associated with quality of life and treatment satisfaction in patients with type 1 diabetes.*Diabetes care*, 38(1), e1-e2.
16. Azevedo, F. B. D., Wang, Y. P., Goulart, A. C., Lotufo, P. A., & Benseñor, I. M. (2010). Application of the Spielberger's State-Trait Anger Expression Inventory in clinical patients. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 68(2), 231-234.

17. Bazelmans, E., Netea-Maier, R. T., Vercoulen, J. H., & Tack, C. J. (2016). Surprisingly few psychological problems and diabetes-related distress in patients with poor glycaemic control. *The Netherlands journal of medicine*, 74(1), 16-21.
18. Boogerd, E. A., Damhuis, A., van Alfen-van der Velden, J. A., Steeghs, M. C., Noordam, C., Verhaak, C. M., & Vermaes, I. P. (2015). Assessment of psychosocial problems in children with type 1 diabetes and their families: the added value of using standardised questionnaires in addition to clinical estimations of nurses and paediatricians. *Journal of clinical nursing*, 24(15-16), 2143-2151.
19. Dudzińska, M., Tarach, J. S., Burroughs, T. E., Zwolak, A., Matuszek, B., Smoleń, A., & Nowakowski, A. (2014). Validation of the Polish version of Diabetes Quality of Life–Brief Clinical Inventory (DQL-BCI) among patients with type 2 diabetes. *Archives of medical science: AMS*, 10(5), 891-898.
20. Eilander, M., de Wit, M., Rotteveel, J., & Snoek, F. J. (2015). Low Self-Confidence and Diabetes Mismanagement in Youth with Type 1 Diabetes Mediate the Relationship between Behavioral Problems and Elevated HbA1c. *Journal of diabetes research* .,pp777-793

21. Fan, L., Sidani, S., Cooper-Brathwaite, A., & Metcalfe, K. (2013). Feasibility, acceptability and effects of a foot self-care educational intervention on minor foot problems in adult patients with diabetes at low risk for foot ulceration: A pilot study. *Canadian journal of diabetes*, 37(3), 195-201.
22. Florez, H., Pan, Q., Ackermann, R. T., Marrero, D. G., Barrett-Connor, E., Delahanty, L., ... & Diabetes Prevention Program Research Group. (2012). Impact of lifestyle intervention and metformin on health-related quality of life: the Diabetes Prevention Program Randomized Trial. *Journal of general internal medicine*, 27(12), 1594-1601.
23. Gloster, A. T., Rhoades, H. M., Novy, D., Klotsche, J., Senior, A., Kunik, M., ... & Stanley, M. A. (2008). Psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 in older primary care patients. *Journal of affective disorders*, 110(3), 248-259.
24. Graveling, A. J., & Frier, B. M. (2015). Driving and diabetes: problems, licensing restrictions and recommendations for safe driving. *Clinical Diabetes and Endocrinology*, 1(1), 1-8.
25. Hornsveld, R. H., Muris, P., & Kraaimaat, F. W. (2011). The Novaco Anger Scale–Provocation

- Inventory (1994 version) in Dutch forensic psychiatric patients. *Psychological assessment*, 23(4), 937
26. Huri, H. Z., & Wee, H. F. (2013). Drug related problems in type 2 diabetes patients with hypertension: a cross-sectional retrospective study. *BMC endocrine disorders*, 13(1) 1-12.
  27. Jalaludin, M. Y., Fuziah, M. Z., Hadhrami, M. H., Janet, Y. H., Jamaiyah, H., & Adam, B. M. (2013). Reliability and validity of the Malay translated version of diabetes quality of life for youth questionnaire. *Malaysian Family Physician: the Official Journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 8(1), 12.
  28. Joyce, P. Y., Jean, C. Y., Vitaliano, P. P., & Weinger, K. (2008). How does anger coping style affect glycemic control in diabetes patients?. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 167-172.
  29. Leksell, J., Andersson, M., & Carlsson, B. M. (2014). Hypoglycemia-Low Blood Glucose-Underestimated and Unexplored Problems in People with Type 2 Diabetes. *Diabetes Research and Treatment*, 1(1), 103-107.
  30. Lewko, J., & Misiak, B. (2015). Relationships between Quality of Life, Anxiety, Depression and Diabetes. *Ann Depress Anxiety*, 2(1), 1040.
  31. Liu, X., Miller, Y. D., Burton, N. W., Chang, J. H., & Brown, W. J. (2013). The effect of Tai Chi on health-

- related quality of life in people with elevated blood glucose or diabetes: a randomized controlled trial. *Quality of life research*, 22(7), 1783-1786.
32. Look Ahead Research Group. (2014). Impact of intensive lifestyle intervention on depression and health-related quality of life in type 2 diabetes: the Look Ahead Trial. *Diabetes Care*, 37(6), 1544-1553.
  33. McGovern, A. P., Munro, N., Chan, T., Jones, S., & De Lusignan, S. (2014, March). People with common mental health problems and diabetes receive better surveillance of diabetes related conditions and equal surveillance of their diabetes in primary care. In *Diabetic Medicine* (Vol. 31, pp. 166-166). 111 River St, Hoboken 07030-5774, NJ USA: wiley- ackwell.
  34. Myers, V. H., McVay, M. A., Brashear, M. M., Johannsen, N. M., Swift, D. L., Kramer, K., ... & Church, T. S. (2013). Exercise Training and Quality of Life in Individuals With Type 2 Diabetes A randomized controlled trial. *Diabetes care*, 36(7), 1884-1890.
  35. Naughton, M. J., Joyce, P., Morgan, T. M., Seid, M., Lawrence, J. M., Klingensmith, G. J., ... & SEARCH for Diabetes in Youth Study Group. (2014). Longitudinal associations between sex, diabetes self-care, and health-related quality of life among youth with type 1 or type 2 diabetes mellitus. *The Journal of pediatrics*, 164(6), 1376-1383.

36. Nicolucci, A., Balducci, S., Cardelli, P., Cavallo, S., Fallucca, S., Bazuro, A., ... & Italian Diabetes Exercise Study (IDES) Investigators. (2012). Relationship of exercise volume to improvements of quality of life with supervised exercise training in patients with type 2 diabetes in a randomised controlled trial: the Italian Diabetes and Exercise Study (IDES). *Diabetologia*, 55(3), 579-588.
37. Peian Lou, Yu Qin, Pan Zhang, Peipei Chen, Lei Zhang, Guiqiu Chang, Ting Li, Cheng Qiao, Ning Zhang (2015). Association of sleep quality and quality of life type 2 diabetes mellitus: Across sectional study in china. *Diabetes Research and clinical practice*, Vol (107), Issue (1), pp.69- 76.
38. Radahmadi, M. (2013). Comparison of muscle relaxation training on anger reduction and glycemic control in patients with diabetes type one and two. *mashhad Journal of Medical Sciences*, 56(2), 104-12.
39. Sa'ed H. Zyoud, Samah W. Al-Jabi, Waleed M. Sweileh, Diana A. Arandi, Sujood A. Dabeek, Hiba H. Esawi, Remà H. Atyeh, Hadeel A. Abu-Ali, Yazan I. Sleet, Baraa M. Abd-Alfatah, Rahmat Awang (2015). Relationship of treatment satisfaction to health related quality of life among Palestinian patients with type 2 diabetes mellitus: finding from across sectional study,

*Journal of clinical & Translational Endocrinology*,  
Vol (2), issue (2), pp. 66- 71.

40. Shirazi, N., Oraki, M., & Zare, H. (2014). The effect of cognitive Behavioral Anger Management Trainig on General Health of Patients with type 2 Diabetes. *Urmia Medicl Journal*, 24(12),p 966-976.
41. Shrestha, P., & Ghimire, L. (2012). A review about the effect of life style modification on diabetes and quality of life. *Global journal of health science*,4(6), p185.
42. Suzuki, A., Heianza, Y., Arase, Y., Hara, S., Hsieh, S., Yamada, T., ... & Sone, H. (2013, September). Simple self-reported anger and memory loss as risk factors for the development of type 2 diabetes in Japanese individuals. *Diabetologia* (Vol. 56. S464-S465).
43. Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1998). Health economic benefits and quality of life during improved glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus: a randomized, controlled, double-blind trial. *Jama*, 280(17), 1490-1496.
44. Zaki Al- Belbasi (2012) the association between hypoglycemia and quality of life among patients with type 2 diabetes attending the national center for diabetes, endocrinology and genetics, master thesis, faculty of graduate studies, university of Jordan.
45. WHO (2000).fact sheet No ,236 , the cost of diabetes geneva.



فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض انفعال الغضب ورفع  
جودة الحياة لدى مرضى السكري

## **The effectiveness of a cognitive behavioral program to reduce the emotion of anger and raise the quality of life in patients with diabetes**

د. محمد سالم محمد القرني

الأستاذ المشارك بقسم علم النفس

كلية الآداب والعلوم الإنسانية-جامعة الملك عبد العزيز

### **الملخص:**

هدفت الدراسة الحالية إلى بحث فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في  
خفض انفعال الغضب ورفع جودة الحياة لدى مرضى السكري.

وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) مريضاً من الراشدين المترددين على  
مراكز رعاية مرضى السكري الحكومية، ومركز السكري بمستشفى باقذو  
والدكتور عرفان العام بمحافظة جدة بسبب معاناتهم من مرض السكري من  
النوع الأول، والذين تمَّ تشخيصهم من قبل الطبيب المعالج، ويخضعون  
للعلاج بالأنسولين، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (٢٣) إلى (٥٨) عاماً  
بمتوسط عمري قدرة (٤١,٠٧) عاماً، وانحراف معياري قدره (٩,٥٣). وتمَّ  
تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين متكافئتين؛ المجموعة الأولى تجريبية،  
وتكونت من (٣٠) مريضاً بالسكري والمجموعة الثانية ضابطة وتكونت من  
(٣٠) مريضاً بالسكري.

وتمثلت أدوات الدراسة في: مقياس الغضب، ومقياس جودة الحياة من  
إعداد الباحث، وقد تمَّ التحقق من مناسبة الأدوات للثقافة السعودية، والتأكد  
من كفاءتهما السيكومترية بعدة طرق، بالإضافة إلى برنامج معرفي سلوكي  
لخفض حدة انفعال الغضب، وزيادة مستوى جودة الحياة لدى مرضى

السكري من إعداد الباحث، وتكوّن البرنامج من (١٤) جلسة تُمّ تطبيقه على المجموعة التجريبية لمدة (١٤) أسبوعاً، بواقع جلسة واحدة أسبوعياً. وقد أوضحت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض حدة انفعال الغضب، ورفع جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث كانت هناك فروق دالة إحصائياً بين القياسين؛ القبلي، والبعدي للمجموعة التجريبية، وكذلك وجدت فروق دالة إحصائياً بين القياسين؛ البعدي، والتتبعي.

## **The effectiveness of cognitive behavioral program to reduce the emotion of anger and raising the quality of life in patients with diabetes**

**Dr. Mohammed Salem Mohammed Al-Garni**

**Associate Professor, Department of Psychology**

**College of Arts and Humanities - King Abdul Aziz University**

### **Abstract**

The present study aimed at examining the effectiveness of cognitive behavioral program to reduce the emotion of anger and raise the quality of life in patients with diabetes.

The study sample consisted of 60 adult patients visitors to the government care unit of patients with Diabetes and the Diabetes Center at the Hospital of Baqdo and Dr. Irfan hospital in Jeddah as a result of their suffering from diabetes type I as diagnosed by a physician and are being treated with insulin, and their ages ranged between 23 58-year-old with an average age of (41.07) years and a standard deviation of (9.53). The study sample was divided into two equal groups: the first experimental group consisted of 30 patients with diabetes and the second group (the control group) consisted of 30 patients with diabetes.

The study tools were: the anger scale, and the scale of quality of life designed by the researcher; the tools have been checked and made appropriate for the culture of Saudi Arabia. It also had been checked for their psychometric efficiency in several ways, in addition to a cognitive behavioral program for reducing the emotion of anger and increasing the quality of life level in patients with diabetes also designed by the researcher, and be the program consists of (14) session and has been applied to the experimental group for a period of 14 weeks by one session a week.

Results of the study have shown the effectiveness of the cognitive behavior therapy program in reducing the emotion of anger and raising the quality of life in the experimental group, where there were statistically significant differences between the two measurements pre and post for experimental group. Moreover, a statistically significant differences between the two pre and tracking measurements have also been found by the researcher.