



جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم : علم النفس وعلوم التربية



أطروحة مقدمة لإستكمال متطلبات شهادة دكتوراه أكاديمي في العلوم الإنسانية والإجتماعية

تخصص علم النفس الإجتماعي

بعضوان :

فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات النفسية الإجتماعية لدى المرضى المصابين بالسكري

(دراسة ميدانية بمركز متابعة السكري بولاية الجلفة)

من إعداد الطالبة : يمينة بزيان

نوقشت وأجيزت علنا بتاريخ : 01 أكتوبر 2024

أمام اللجنة المكونة من السادة :

الرقم	الاستاذ	الرتبة	مؤسسة الإنتماء	الصفة
01	محمد سليم خميس	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	رئيسا
02	رمضان زعطوط	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	مشرفا ومقررا
03	طاوس وازي	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	مناقشا
04	يمينة خلادي	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	مناقشا
05	مصباح الهلي	أستاذ التعليم العالي	جامعة الوادي	مناقشا
06	سليمة حمودة	أستاذ التعليم العالي	جامعة بسكرة	مناقشا

السنة الجامعية : 2024/2023

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وتقدير

الحمد لله الذي تدوم بنعمته النعم حمداً كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه، وأحمده حمد الشاكرين لفضله ، فله الحمد والشكر ، على توفيقى لإنجاز هذا العمل ، والذي أسأل الله أن يجعله عملاً خالصاً لوجهه ، وأن يجعله نافعا ينتفع به أما بعد :

انطلاقاً من قول النبي صلى الله عليه وسلم {من صنع إليكم معروفا فكافئوه، فإن لم تجدوا ما تكافئونه فادعوا له حتى تروا أنكم قد كافأتموه} أتقدم بوافر العرفان وعظيم الامتنان إلى الاستاذ الدكتور رمضان زعطوط لتفضله بالإشراف على هذه الرسالة فكان الوالد في حرصه والأخ والصدیق في نصحه، والموجه والمشرف فيمن حمله أمانة الإشراف، فجزاه الله عني خيراً لما قدمه من عون ومساعدة ومتابعة وتشجيع وأثابه الله على ما بذله من جهد وجعلها الله في ميزان حسناته.

الشكر لكل دكاترة وأساتذة وإطارات كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية لجامعة ورقلة .

والشكر موصول حبا وتقديرا لمن صبروا وتحملوا انشغالي أفراد أسرتي جميعا، فلهم أصدق دعوات الخير وأخلص مشاعر الوفاء.

والشكر موصول لأناس أعانوا فأخلصوا وأسهموا بعلمهم الوافر، وعونهم الصادق ووقتهم الثمين، فلهم من الشكر والتقدير ما يضيق به المقام ويقصر في التعبير عنه البيان، لما منحوني بصبرهم وكريم عطائهم من فيض علمهم الأساتذة والأطباء والأخصائيين المحكمين.

وأن يرضيهم في الدنيا والآخرة وأن يجزيهم عني وعن أبنائهم الطلبة الجزاء الأوفى.

وكل الشكر والتقدير لأسرة مركز متابعة السكري بولاية الجلفة، على ما قدمته لي من تسهيلات ودعم ساعداني على إتمام هذه الدراسة وكذا مرضى السكري عينة الدراسة.

كما لا يفوتني أن أتوجه بشكري العميق للدكتور جوال عطاء الله على ما قام به من جهد في مراجعة وتدقيق الدراسة لغوياً، والأستاذ دكتور غريب حسين والأستاذ حربي سليم والأستاذ قيرع فتحي وللدكتور رافع احمد لتدقيق الإحصائي أسأل الله أن يبارك جهودهم ويجعل ذلك في ميزان حسناتهم يوم القيامة

وإن كان لأهل الدنيا علينا حق الشكر فلأهل دار الحق علينا الدعاء، فلا يفوتني هذا المقام لأتذكر روح جدي الغالي غفر الله له وتغمده برحمته الواسعة وأسكنه فسيح جناته.

هؤلاء من ذكرتهم من أصحاب الفضل، أما من غفلتهم من غير قصد فلهم مني كل الشكر والتقدير

وأخيراً أسأل الله العلي العظيم أن أكون قد وفقت في هذه الدراسة، فإن كان فيها إجابة فالفضل لله سبحانه وتعالى وتوفيقه، وإذا كان فيها تقصير أو قصور فهذا ما استطعت إليه سبيلاً. "

" وَمَا تَوْفِيقِي إِلَّا بِاللَّهِ عَلَيْهِ تَوَكَّلْتُ وَإِلَيْهِ أُنِيبُ " (هود 88)

ملخص

هدفت الدراسة إلى تصميم برنامج تدريبي واستكشاف فاعليته في تنمية المهارات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المصابين بالسكري. استخدمت الباحثة المنهج التجريبي بمجموعتين متكافئتين، حيث بلغ عدد المشاركين في الدراسة الأساسية 16 مريضًا بالسكري، تم تقسيمهم إلى عینتين تجريبية وضابطة متساويتين بطريقة قصدية. اعتمدت الدراسة على مقياس المهارات النفسية الاجتماعية الذي أعده زعطوط رمضان، إضافة إلى البرنامج التدريبي الذي أعدته الباحثة. وللتحقق من فرضيات الدراسة، تم استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

وأظهرت النتائج ما يلي:

1. مستوى المهارات النفسية الاجتماعية لدى مرضى السكري كان متوسطًا.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي للمجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس المهارات النفسية الاجتماعية.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على المقياس نفسه.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي.

بناءً على هذه النتائج، توصي الباحثة بما يلي:

- تطبيق برامج تهدف إلى تعزيز المهارات النفسية الاجتماعية التي يحتاجها مرضى السكري.
- زيادة الاهتمام بالموضوعات التي تخدم مرضى السكري.
- إجراء دراسات مشابهة تتناول المهارات النفسية الاجتماعية لدى المصابين بأمراض مزمنة أخرى مثل السرطان.

الكلمات المفتاحية: المهارات النفسية الاجتماعية، برنامج تدريبي، مرضى السكري.

Abstract

The study aimed to design a training program and evaluate its effectiveness in enhancing psychosocial skills among diabetic patients. An experimental method with two equivalent groups was utilized. Sixteen diabetic patients participated in the main study, divided into equal experimental and control groups through purposive sampling. The psychosocial skills scale, developed by Zaatout Ramadan, and a training program created by the researcher were employed as study tools. The findings were as follows:

1. The level of psychosocial skills among diabetic patients was determined to be average.
2. No statistically significant differences were observed between the pre-test scores of the control and experimental groups on the psychosocial skills scale.
3. No statistically significant differences were identified between the pre- and post-test scores of the control group on the psychosocial skills scale.
4. Statistically significant differences were found between the post-test scores of the experimental and control groups on the psychosocial skills scale, favoring the experimental group.
5. Statistically significant differences were observed between the pre- and post-test scores of the experimental group on the psychosocial skills scale, favoring the post-test results.

Based on these findings, the researcher recommends the following:

- Implement programs that encompass various psychosocial skills needed by diabetic patients.
- Enhance focus on issues that address the needs of diabetes patients.
- Conduct similar studies investigating psychosocial skills in patients with other chronic diseases, such as cancer.

Keywords: psychosocial skills, training program, diabetic patients.

قائمة المحتويات

الرقم	قائمة المحتويات
أ	شكر وتقدير
ب - ث	الملخص
د - و	قائمة المحتويات
و - ح	قائمة الجداول
ح - ي	قائمة الأشكال
ي	جدول الملاحق
1- المقدمة	
02	1.1. الأمراض المزمنة
03	2.1. السكري
10	3.1. تعريف المهارات النفسية الاجتماعية
11	4.1. تاريخ المهارات النفسية الاجتماعية
12	5.1. تصنيف المهارات النفسية الاجتماعية
20	6.1. أهمية المهارات النفسية الاجتماعية
27	7.1. التساؤلات
27	8.1. الأهمية
27	9.1. الأهداف
28	10.1. الفرضيات
2- المنهج	
30	1.2. المنهج المتبع
30	2.2. الدراسة الإستطلاعية
31	1.2.2. خصائص المشاركين
31	3.2. الدراسة الأساسية
32	1.3.2. خصائص العينة حسب متغير الجنس
32	2.3.2. خصائص العينة حسب متغير السن
33	3.3.2. خصائص العينة حسب متغير المستوى التعليمي
34	4.3.2. خصائص العينة حسب متغير المستوى الإقتصادي
34	5.3.2. خصائص العينة حسب متغير الحالة الإجتماعية
35	4.2. صعوبات البحث
35	5.2. متغيرات البحث

35	6.2. حدود الدراسة
36	7.2. الأدوات
40	8.2. البرنامج التدريبي
40	1.8.2. الهدف من البرنامج التدريبي
40	2.8.2. أهمية البرنامج التدريبي
40	3.8.2. الحاجة إلى البرنامج التدريبي
41	4.8.2. التصميم التجريبي
41	5.8.2. خطوات بناء البرنامج التدريبي
42	6.8.2. صدق البرنامج
42	7.8.2. التجريب الإستطلاعي للبرنامج
44	8.8.2. خطوات تنفيذ العمل التجريبي وإجراءاته
44	9.8.2. البرنامج التدريبي في صورته النهائية
45	10.8.2. جلسات البرنامج التدريبي
48	9.2. الأدوات والأجهزة المستخدمة
3- النتائج	
50	1.3. النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى .
58	2.3. النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية .
61	3.3. النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة .
64	4.3. النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة .
67	5.3. النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة .
4- المناقشة	
71	1.4. مناقشة نتائج الفرضية الأولى .
73	2.4. مناقشة نتائج الفرضية الثانية .
76	3.4. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة .
77	4.4. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة .
79	5.4. مناقشة نتائج الفرضية الخامسة .
81	6.4. مناقشة نتائج الفرضية العامة .
83	5- الخلاصة
85	6 - المراجع
96	7 - الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
31	خصائص المشاركين	01
32	خصائص العينة حسب متغير الجنس	02
32	خصائص العينة حسب متغير السن	03
33	خصائص العينة حسب متغير المستوى التعليمي	04
34	خصائص العينة حسب متغير المستوى الإقتصادي	05
34	خصائص العينة حسب متغير الحالة الإجتماعية	06
37	معامل ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للبعد	07
38	نتائج معاملات الارتباط بين كل بعد والآخر (صدق البناء)	08
39	نتائج قيم ألفا كرونباخ لأبعاد المقياس والمقياس ككل	09
39	ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية	10
43	بطاقة فنية (بروتوكول) للبرنامج المقترح	11
44	التاريخ وتوقيت إجراء الجلسات التدريبية	12
50	مستويات درجات أبعاد مقياس المهارات النفسية الإجتماعية والمقياس ككل	13
51	نتائج البعد الأول " مهارة حل المشكلات وإتخاذ القرار "	14
52	نتائج البعد الثاني " مهارة التفكير الناقد والتفكير الإبداعي "	15
53	نتائج البعد الثالث " مهارة التواصل الفعال و العلاقات بين شخصية الفعالة	16
54	نتائج البعد الرابع " مهارة الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين "	17
55	نتائج البعد الخامس " مهارة إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات "	18
56	نتائج مقياس المهارات النفسية الإجتماعية ككل	19
57	نتائج الأبعاد الخمسة ومقياس المهارات النفسية الإجتماعية ككل	20
58	الإحصاءات الوصفية لنتائج القياس القبلي للمجموعة الضابطة والتجريبية	21
61	الفروق بين القياس القبلي للمجموعة الضابطة والتجريبية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)	22
62	الإحصاءات الوصفية لنتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة	23
64	الفروق القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)	24
65	الإحصاءات الوصفية لنتائج القياس البعدي لأفراد المجموعتين الضابطة	25

	والتجريبية	
66	الفروق القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية عند مستوى الدلالة ($\alpha= 0.05$)	26
67	الإحصاءات الوصفية لنتائج القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية	27
69	الفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية عند مستوى الدلالة ($\alpha= 0.05$)	28

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
32	التمثيل البياني لخصائص عينة البحث (المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية) حسب متغير الجنس	01
33	التمثيل البياني لخصائص عينة البحث (المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية) حسب متغير السن	02
33	التمثيل البياني لخصائص عينة البحث (المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية) حسب متغير المستوى التعليمي	03
34	التمثيل البياني لخصائص عينة البحث (المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية) حسب متغير المستوى الإقتصادي	04
35	التمثيل البياني لخصائص عينة البحث (المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية) حسب متغير الحالة الإجتماعية	05
41	التصميم التجريبي لسير الدراسة	06
52	التمثيل البياني لنتائج البعد الأول " مهارة حل المشكلات واتخاذ القرار "	07
53	التمثيل البياني لنتائج البعد الثاني " مهارة التفكير النقدي والتفكير الإبداعي	08
54	التمثيل البياني لنتائج البعد الثالث " التواصل الفعال والعلاقات بين الشخصية "	09
55	التمثيل البياني لنتائج البعد الرابع " مهارة الوعي بالذات والتعاطف مع الآخرين "	10
56	التمثيل البياني لنتائج البعد الخامس " مهارة إدارة الضغوط وإدارة الإنفعالات "	11
57	التمثيل البياني لنتائج مقياس المهارات النفسية الإجتماعية	12
59	التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي للمجموعتين الضابطة والتجريبية لأبعاد المقياس	13
59	التمثيل البياني لنتائج القبلي للمجموعة الضابطة والتجريبية للمقياس ككل	14
62	التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة لأبعاد المقياس	15
63	التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة للمقياس ككل	16
65	التمثيل البياني لنتائج القياس البعدي لأفراد المجموعتين الضابطة	17

	والتجريبية لأبعاد المقياس	
65	التمثيل البياني لنتائج القياس البعدي لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية للمقياس ككل	18
68	التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية لأبعاد المقياس	19
68	التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية للمقياس ككل	20

جدول الملاحق

الصفحة	العنوان	الرقم
97	تقديم التسهيلات	01
98	مقرر الترخيص	02
99	مقياس المهارات النفسية الإجتماعية	03
101	استمارة مشاركة	04
102	استمارة تحكيم برنامج علاجي	05
113	قائمة المحكمين	06
114	نتائج الخصائص السيكوماترية للأدوات	07

مقدمة

مقدمة

من المشكلات العالمية التي شهدت ارتفاعاً ملحوظاً منذ السنوات الأخيرة نجد الأمراض المزمنة حيث شكلت في العالم العربي تحدياً لواضعي القوانين الصحية العلاجية .

وحسب آخر إحصائية صدرت عن الاتحاد الدولي لمرض بلغ عدد مرضى السكري في العالم 537 مليون شخصاً، بزيادة قدرها 74 مليون مريض عن آخر تقرير صدر قبل سنتين. حيث تضمنت 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 عامًا. حيث قفز الرقم من 151 مليوناً إلى 537 مليوناً، أكثر من 90% منهم كانوا مصابين بالنوع الثاني من السكري. في إحصائيات شمال إفريقيا والشرق الأوسط تدعو للقلق . وتشير الدراسات إلى أن معدل انتشار مرض السكري في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا في البالغين (20-79 سنة) حالياً هو الأعلى في العالم (16.2%) و سيرتفع إلى 19.3% بحلول العام 2045. كما ستشهد المنطقة ثاني أعلى زيادة متوقعة (86%) في عدد المصابين بمرض السكري، حيث من المتوقع أن تقفز الأعداد من 73 مليوناً في 2021 لتصل إلى 136 مليوناً بحلول عام 2045. كما أن المنطقة لديها أعلى نسبة وفيات مرتبطة بالسكري (24.5%) حيث بلغت أعداد الوفيات في عام 2021 حوالي 428 ألف حالة. كما كان مجمل الإنفاق على الرعاية الصحية لمرض السكري حوالي 33 مليار دولار وهو ما يشكل 3.4% من الإنفاق العالمي فقط، على الرغم أن المنطقة تشكل موطن لـ 13.6% من مرضى السكري على مستوى العالم عربياً، مصر هي أعلى دول المنطقة، ومن أعلى دول العالم (العاشر من حيث التصنيف) من حيث أعداد البالغين المصابين بمرض السكري في عام 2021 بحوالي 11 مليون مريض و 20 مليون بحلول العام 2045.

وحسب أندرو بولتون (2021) الذي أكد في تقرير أن مرض السكري بلا شك هو المرض الأكثر انتشاراً في العالم، وأضاف أنه بعد 100 عام من اكتشاف الأنسولين والذي أصبح متاحاً لأي مريض للبقاء على قيد الحياة، ولكن للأسف، يجب أن نكرر الرسالة أن مرض السكري جائحة متصاعدة أصبحت خارج نطاق السيطرة. كما أوضح أنه يجب أن يؤخذ مرض السكري على محمل الجد، ليس فقط من قبل المرضى أو المعرضين لخطر الإصابة به، ولكن على صانعي القرار والمختصين في الرعاية الصحية أن يدركوا مدى جدية المرض.

وعرفت الجزائر ارتفاعاً ملحوظاً في عدد مصابين به منذ سنوات التسعينات ، حيث قدر بمليون شخص لي يتضاعف العدد في سنة 2007 إلى 2500000 فهذا الرقم مؤهل

مقدمة

للارتفاع حسب المختصين في مطلع سنة 2025 ليتراوح بين 3 إلى 4 ملايين (نعمة ، 2011) واحصت وزارة الصحة الجزائرية نسبة انتشار داء السكري لسنة 2022 حيث بلغ عدد المصابين مليونين و800 ألف مصاب وقد يصل العدد إلى 5 ملايين سنة 2030 (موقع وزارة الصحة) ويقدر معدل انتشار مرض السكري في مدينة الجلفة من الذين تزيد أعمارهم عن 18 سنة ما يقارب 6630 مريضا بالسكري منهم 3900 امرأة بنسبة (58,82%) و2730 رجلا، بنسبة (41,17%) حسب معطيات مركز متابعة السكري بالجلفة .

فقد تم تشخيص هذا المرض المزمن منذ القديم حسب المصادر التاريخية وبحوث الأطباء ، لتتطور الدراسات حوله بعد ذلك من تحديد تسميته و أسبابه بفضل جهود الباحثين أوروبيين آخرين ، ففي دراسة أجرتها ONS أشارت إلى أن الأمراض المزمنة تمس 10.5% من مجموع سكان الجزائر تحتل فيها مرض السكري المترتبة الثانية بنسبة 20.1%

هذه المعطيات تعكس، بلا شك، مدى خطورة وإنتشار الأمراض المزمنة وبالخصوص مرض السكري، والتي تثير عند معرفتها في ذهن الباحث التساؤل عن قدرة هؤلاء المرضى للتكيف مع المرض ومضاعفاته.

فمرض السكري من الأمراض المزمنة، التي لها آثارا خاصة على هؤلاء الذين يعانون منه وعائلاتهم، خاصة إذا كان المصاب طفلا أو من كبار السن. وهو يمثل عبئا طويلا الأمد، كما أنه يحمل دلالات مهددة للحياة نفسها، والمرض يعنى في وعي المراهق أو الكبير خطرا مستمرا ومهددا للحياة. ويكمن مصدر الخطر الذي لا ينتهي من خوف المصاب من حدوث نقص مفاجئ في الجلوكوز في الدم، والخوف الدائم من المضاعفات المتعددة للمرض.

لقد لاحظ الأطباء المتابعون للمرض المصاب بالسكري الصعوبات والعراقيل التي تتداخل مع رعاية المريض الذاتية لمرضه وربطوها في كثير من الأحيان بمهاراته الاجتماعية. ذلك أن إدارة مرض السكري تحتاج الى أن يكون المريض قادرا على التكفل بنفسه لارتباط توازنه بمعاشه اليومي في أكله وشربه ونشاطه الحركي والرياضي إضافة الى ادارته للوسائل العلاجية من قياس دائم لمستوى السكري الى التعامل مع جرعات الانسولين والأدوية المصاحبة.

ومما يؤثر للعبء النفسي الذي يتسبب في المرض ما تؤكد عليه الدراسات السابقة في هذا المجال، حيث يذكر دوهرنويند (Dohrenwend,1981) أن الأحداث الحياتية تواجه باستجابات مختلفة بالنسبة للأفراد، وهذا الإختلاف يرجع إلى مجموعة من

مقدمة

العوامل الشخصية و الإجتماعية التي يتميز بها كل فرد عن الآخر. وفي دراسة قام بها **الدريعي (1996)** عن الفروق بين مرضى السكر و الأسوياء في مدى الاستجابة لضغوط الحياة في المجتمع السعودي أظهرت النتائج أن مرضى السكر أكثر إحساساً بحجم الضغوط وشدتها من العاديين و المرضى العضويين كما قدمت الدراسات الإكلينيكية العلاجية أدلة إضافية على وجود علاقة سلبية بين التوتر و جلوكوز الدم". كما هو الحال في دراسة **بوي (Boey,1999)** حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين التوافق النفسي لدى مرضى السكري و الاكتئاب و ذلك على عينة من مرضى السكري الصينيين حيث تكونت عينة الدراسة من (101) من مرضى السكري، تراوحت أعمارهم بين (20-75) سنة، بواقع (49) أنثى، و(52) ذكراً، و هم مرضى سكريون يعانون المرض منذ فترة طويلة. حيث أسفرت نتائج الدراسة أن أعراض الاكتئاب كانت لدى مرضى السكري أعلى بكثير من الأفراد الذين ليس لديهم مرض السكري مع التجانس في المتغيرات الدخيلة و الوسيطة و تبين أيضاً أن أفراد العينة الذين يعانون أعراض الاكتئاب تنتشر لديهم السلبية و الإنطوائية و صعوبة الاندماج مع المجتمع كما اتضح أيضاً عدم وجود فروق دالة بين أفراد العينة من حيث اختلاف مهارات المواجهة و الدعم الاجتماعي. ودراسة **جري (Grey, 1999)** هدفت إلى تحديد ما إذا كان التدخل السلوكي التدريبي على مهارات التكيف بالإضافة للعلاج المكثف لمرض السكري يمكن أن يحسن من التحكم في طبيعة المرض و يحسن من جودة الحياة للشباب المصابين بمرض السكري، تكونت عينة الدراسة من (77) مريضاً و مريضة تراوحت أعمارهم بين (20 - 12) سنة ، و قسمت الباحثة المرضى لمجموعتين تخضعان لعلاج مكثف بالأنسولين استخدمت الباحثة برنامجاً إرشادياً علاجياً و معايير إكلينيكية و نفسية ، و توصلت الدراسة إلى إن أفراد المجموعة التي خضعت للبرنامج التوافقي يتمتعون بقدرة على التحكم في نسبة السكر في دمهم، و كانت لديهم كفاءة ذاتية أفضل. و انخفاضاً في مستوى لتأثيرات السلبية لمرض السكري (كالقلق و الخوف) بالمقارنة مع المجموعة التي بقيت بدون تدخل، و جاءت دراسة **لليود (Lloyd,2000)** التي هدفت إلى التعرف على مدى انتشار أعراض القلق و الاكتئاب لدى مرضى السكري، و الذين يعالجون في المستشفيات و ينتظرون في العيادات الصحية، تكونت عينة الدراسة من المرضى الذين ينتظرون المراجعات الطبية في المستشفيات و أعمارهم أكثر من 18 عاماً من الجنسين، حيث توصلت النتائج إلى أن حوالي (28%) من أفراد العينة كان لديهم ارتفاعاً في أعراض القلق و الاكتئاب، و لكن كانت نسبة الذكور مرتفعة في أعراض الاكتئاب أكثر من الإناث بينما أعراض القلق كانت مرتفعة لدى الإناث أكثر من الذكور، و قد لوحظ أن هناك ترابطاً بين الاكتئاب و مضاعفات السكري لدى الذكور بينما لا ينطبق على الإناث،

مقدمة

كما وجدت علاقة إيجابية بين الضعف الجنسي ومظاهر القلق والاكتئاب لدى أفراد العينة . وحسب دراسة ممدوح (ممدوح، 2001) حيث هدفت إلى تقويم دور التدخلات النفسية (العلاج السلوكي) باستخدام العائد الحيوي لتحقيق الإسترخاء في التخفيف من المصاحبات النفسية لمرض السكري والمحددة بالقلق والاكتئاب في ضوء بعض متغيرات الشخصية والتحقق من مدى إمكانية نجاح التدخلات النفسية (العلاج السلوكي) في تخفيض مستويات الجلوكوز بالدم. حيث قام الباحث بتطبيق دراسته على عينتين هما: عينة تجريبية مؤلفة من (52) مريضا العلاج النفسي، وعينة ضابطة مؤلفة من (52) فرداً من الأسوياء. حيث أسفرت النتائج على مدى فعالية العلاج السلوكي كآلية احتواء وعلاج للاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية. و دراسة ويلوبي وآخرون (Willoughby, 2000) هدفت الدراسة إلى تعرف التوافق النفسي والمواجهة لدى مريضات السكري والى بحث العلاقة بين الاثنين. تكونت عينة الدراسة من (115) امرأة مريضة بالسكري من النساء المترددات على عيادات الصحة العامة، واستخدم الباحث مقياساً لتحديد مهارات المواجهة وعلاقته بمهارات التوافق الشخصي والاجتماعي. وأسفرت نتائج الدراسة إن هناك علاقة ارتباطيه بين المواجهة والتوافق الشخصي والاجتماعي لدى أفراد العينة، إذ إن أفراد العينة أظهرن نتيجة مفادها أنه كلما كانت مهارات المواجهة أفضل زاد مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي، وأن ذلك ينعكس إيجاباً على صحة المريضات وإذا قلت مهارات المواجهة قل مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي. ودراسة بوير وسنوك (Power,2001) هدفت الدراسة إلى معرفة مدى ظهور علامات الإكتئاب لدى مرضى السكري وعلاقتها بمستوى التحكم في نسبة السكر في الدم لديهم. تكونت العينة من الذكور والإناث وعددهم (174) مريضاً ومريضة بالنوع الثاني من السكري. واستخدم الباحثان مقياساً خاصاً لتوضيح أسباب القلق والاكتئاب لدى المرضى في المستشفى، وأخذ الباحثان بعض المعلومات من السجلات الخاصة بالمرضى.أسفرت نتائج عن الدراسة أن العلاقة الارتباطية بين الاكتئاب والسكري كانت أقوى لدى النساء منها لدى الرجال، إذ وجدت علامات الاكتئاب في كل ثلاث حالات من أربع لدى النساء، وحالة واحدة من كل أربع حالات من الرجال. ودراسة هادين وآخرون (Hadden, 2001) هدفت الدراسة إلى تحليل النتائج المترتبة على العناية بالسكري لدى النساء المريضات بالسكري أثناء الحمل وذلك على مدار عشر سنوات من (1985 إلى 1995). وتكونت عينة الدراسة من (986) امرأة منهن (753) امرأة كن يعالجن بالأنسولين قبل فترة الحمل، و(131) امرأة كن يعالجن بالأنسولين في أثناء الحمل فقط و(102) من النساء اتبعن نظام حماية غذائية دون علاج بالأنسولين و اعتمد الباحثون على المعلومات

مقدمة

من المراكز الصحية المختلفة. أسفرت ارتفاع نسبة وفيات الجثة لدى النساء الحوامل المريضات بالسكري إذ بلغت (35.8) حالة وفاة بين كل (1000) حالة حمل وذلك في المراكز الصحية الصغيرة، و(75) حالة وفاة بين كل (1000) حالة حمل في المراكز الصحية الكبيرة التي يتم تحويل الحالات إليها، وأيضاً توصلوا إلى أن المخاطر المتوقعة في فترة الحمل لدى النساء المريضات بالسكري تزداد بشكل أكبر من حالات الحمل الطبيعية وأن متابعة الحالات في المراكز الصحية الكبرى أفضل من حيث النتائج من المراكز الصحية المحلية الصغيرة ، و حسب دراسة رضوان (رضوان ، 2002) حيث هدفت إلى تعرف مستوى القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقة ذلك بمتغيرات السلوك، وتاريخ المرض، والجنس وتكونت عينة الدراسة (267) مريضاً ومريضة من مرضى السكري حيث أظهرت نتائج الدراسة أن مرضى السكري يعانون آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات السكري وجود فروق دالة إحصائياً في القلق لدى مرضى السكري تعزى لمتغير الجنس وذلك لصالح الإناث ،. و دراسة وينجر(Weinger,2006) تناولت الدراسة القضايا النفسية الاجتماعية المرتبطة بمرض السكري وإدارته، والإضطرابات النفسية الشائعة لدى مرضى السكري. يمكن للتحديات النفسية والاجتماعية والإضطرابات النفسية لدى مرضى السكري أن تعيق الإدارة الذاتية الناجحة لمرض السكري ورفاههم. يعد فهم مشكلات الصحة العقلية في مرض السكري أمراً بالغ الأهمية لجميع المتخصصين في الرعاية الصحية الذين يقدمون العلاج للأشخاص المصابين بمرض السكري . ودراسة جرافيليس وانديل (Gravels,2006) هدفت 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 والإنطوائية وصعوبة الإندماج مع المجتمع كما اتضح أيضاً عدم وجود فروق دالة بين أفراد العينة من حيث اختلاف مهارات المواجهة والدعم ، ودراسة وينجر وآخرون (Weinger,2011) والتي هدفت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لضعف التحكم في السكر لدى عينة من ضعاف التحكم من المرض وتكونت عينة الدراسة من عينة مرضى تتراوح أعمارهم من 18- 70 سنة يتعاطون أنسولين وعقاقير أخرى لمدة أكثر من عام ، وأوضحت نتائج أن العلاج المعرفي السلوكي هو علاج فعال في خفض مستوى (HbA1c) ، و دراسة دافازدا وآخرون (Davazdah et al ، 2013) هدفت للتدريب على إدارة الضغوط لعلاج التحكم في السكر والضغوط النفسية وجودة الحياة لدى عينة من مرضى السكري وتكونت عينة الدراسة من (60) مريض بالنمط الثاني (34 إناث ، 26 ذكور) قدمت لهم

مقدمة

جلسات العلاجية كمجموعة واحدة لمدة عشر جلسات وأسفرت نتائج الدراسة تحسن مستوى (HbA1c) وتحسن جودة الحياة لدى أفراد العينة . ودراسة نوار (نوار، 2013) هدفت الدراسة للكشف عن الدور الذي تلعبه المساندة الاجتماعية لتعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى عينة مكونة من 123 مريض مصاب بمرض السكري من الجنسين 83 اناث و40 ذكور من مستويات تعليمية مختلفة. وأسفرت النتائج أن للمساندة الاجتماعية دور في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى المرضى وكانت الفروق واضحة في المساندة الاجتماعية بين الجنسين ولا توجد الفروق حسب مدة المرض ، ودراسة ماري وآخرون (Marie et al, 2014) هدفت الدراسة علاقة الدعم الاجتماعي ونمط الحياة بالإدارة الذاتية لدى البالغين المصابين بالسكري من النوع الثاني من خلال حضور برامج التثقيف حول مرض السكري لزيادة الدافع والقدرة على اتباع وممارسة سلوكيات الإدارة الذاتية والتعامل مع المشكلات النفسية والاجتماعية لمرضى السكري وأشارت النتائج أن المشاركين كان لديهم مستويات عالية من المساندة الاجتماعية ، ودراسة مي وآخرون (Mei et al , 2014) هدفت إلى تثقيف مريض السكري من خلال برنامج تعليمي حول هشاشة العظام كجزء من الإدارة الذاتية لمرضى السكري واختبار فعالية التدخلات على الفعالية الذاتية للمريض من حيث التزاميه بالغذاء الصحي وتناول الكالسيوم والتحكم في نسبة السكر لدى البالغين وأسفرت النتائج أن نقص الكالسيوم يكون أكثر حدة لدى المرضى الذين يعانون ضعف السيطرة على مرض السكري ، ودراسة جينغ لي إيمي كوك (jing li amy cook, 2015) هدفت إلى مدى فعالية التدخلات النفسية الاجتماعية على أعراض الاكتئاب والسيطرة على نسبة السكر في الدم لدى البالغين المصابين ببدء السكري من النوع 1 و 2 والاكتئاب المرضي المصاحب ، تم البحث في أربع قواعد بيانات إلكترونية بما في ذلك مكتبة كوكرين، وCINAHL، وMEDLINE، وPsycINFO للمقالات المكتوبة باللغة الإنجليزية من عام 1998 إلى عام 2013. وتم إجراء استخراج بيانات المعلومات الحيوية من الدراسات وتم حساب أحجام التأثير للنتائج . تم استرجاع عشر دراسات أولية تدخلية من البحث ؛ وكانت ستة دراسات عشوائية. أفادت تسع دراسات من أصل عشر أن التدخلات النفسية الاجتماعية كانت فعالة في علاج الاكتئاب، وكانت التدخلات النفسية الاجتماعية فعالة في الأشخاص المصابين ببدء السكري والاكتئاب المرضي المشترك. الصلة بالممارسة السريرية تتمتع التدخلات النفسية الاجتماعية بالقدرة على إحداث تحسينات في علاج الاكتئاب، وتخفيف العبء العالمي على مرضى السكري، مع الأخذ في الاعتبار أفضل طريقة للتدخل تتناسب مع احتياجات. الممرضون وغيرهم من المهنيين الصحيين المشاركين في رعاية هذه

مقدمة

المجموعة في وضع جيد للقيام بهذه التدخلات. ودراسة نادية وآخرون (Nadia et 2016) (Ia , هدفت إلى فعالية تدخل التثقيف الصحي في تحسين سلوكيات الإدارة الذاتية لدى مرضى السكري من النوع الثاني ، كان عدد المشاركون 50 مريض تتراوح أعمارهم ما بين (37- 75) ، من خلال تطبيق جلسات برنامج التثقيف الصحي وأظهر المشاركون فعالية ذاتية منخفضة لممارسة سلوكيات الإدارة الذاتية قبل التدخل والذي ترجع اسبابه إلى انخفاض في مستوى التعليم ونقص المعرفة بالمرض وبعد إجراء تدخل التثقيف الصحي كان هناك تحسن كبير في الفعالية الذاتية للمرضى ، ودراسة عطية (عطية، 2017) هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية برنامج تثقيف صحي في رفع درجة التحكم الذاتي (مركز ضبط داخلي) وتقبل المرض لدى عينة من مرضى السكري من النمط الثاني حيث تم تطبيق على عينة مكونة من 12 فرد من مرضى السكري وتوصلت نتائج الدراسة التجريبية وجود فعالية كبيرة لبرنامج التثقيف الصحي في القياس البعدي ، من خلال ملاحظة الباحثة لمعاناة مرضى السكري والمشاكل الصحية والنفسية التي يعانونها ونظرا لضعف إرادتهم أمام هذا المرض، الذي يصاحبه طول الحياة والذي يشعرون بالإحباط والملل، وهذا راجع لضعف المهارات النفسية الاجتماعية لدى العينة، رأت الباحثة ضرورة مساعدتهم على تدريب مرضى السكريين ودراسة أودستن (Oudsten, 2019) تناولت الدراسة (أ) احتياجات الرعاية الصحية النفسية والاجتماعية للأشخاص المصابين بداء السكري من النوع 2 من وجهة نظر المرضى ومقدمي الرعاية الصحية لمرض السكري في الرعاية الأولية، من حيث المواضيع والاهتمام في رعاية مرض السكري وتفضيلاتهم و (ب) العوامل المرتبطة الموقف الإيجابي تجاه الرعاية الصحية النفسية والاجتماعية المتخصصة. تصميم دراسة مجموعة التركيز النوعية ، تم اختيار المشاركين من الممارسات العامة. إجراء ثلاث مجموعات تركيز على الأشخاص المصابين بداء السكري من النوع 2 (العدد = 20) وثلاث مع مقدمي الرعاية الصحية (العدد = 18). والنتائج اختلفت الآراء بشكل كبير حول ما إذا كانت هناك حاجة إلى الرعاية الصحية النفسية والاجتماعية. ركزت المواضيع بشكل أساسي على القضايا الخاصة بمرض السكري بدءًا من الحاجة إلى تعليم إضافي حول مرض السكري إلى الاهتمام والدعم في الرعاية المنتظمة لمرض السكري ، و أفاد بعض المشاركين بالحاجة إلى مساعدة نفسية واجتماعية متخصصة ، تتضمن الاقتراحات لمقدمي الرعاية الصحية لتلبية احتياجات الرعاية الصحية النفسية والاجتماعية أدوات التدريب والمناقشة. ودراسة جوتيريز (Saravanakumar, 2020) هدفت إلى فحص الأداء النفسي والاجتماعي للشباب المصابين بداء السكري من النوع الأول والنتائج السريرية المرتبطة به ، وكان من بين المشاركين الشباب (العدد = 44) الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 23 عامًا في

مقدمة

بيئة الأطفال الذين كانوا يستعدون للانتقال إلى رعاية البالغين. أكمل جميع المشاركين مقاييس التقرير الذاتي للأداء النفسي والاجتماعي في الأساس كجزء من هذه الدراسة الرصدية الطولية. وشملت بيانات النتائج التحكم في نسبة السكر في الدم، وتواتر مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم، وتقييمات الإدارة الذاتية عند خط الأساس ومتابعة لمدة عام واحد. ويحدد العوامل النفسية الاجتماعية ذات الصلة المرتبطة بنتائج صحية ذات مغزى خلال فترة الإعداد للانتقال. قد تفيد هذه النتائج في تطوير البرامج السريرية التي تهدف إلى تعزيز التحضير للانتقال والنتائج الصحية لدى الشباب المصابين بداء السكري من النوع . ودراسة **شيرجانا (Shirjana, 2021)** هدفت إلى تقييم لأثر التعليمي لبرنامج الإدارة الذاتية على المعرفة وسلوكيات لدى البالغين المصابين بالسكري ، تكونت عينة من 66 مريض والذين لديهم نقص المعرفة فيما يخص مرضهم وسلوكيات إدارة ذاتية سيئة ، حيث تضمن برنامج جلسات تثقيفية فيما يخص مرض السكري وكذا تعليم مهارات وسلوكيات ، حيث أظهرت النتائج إلى أن المرضى أظهروا تحسن في معرفتهم بالمرض بعد مشاركتهم في برنامج . دراسة **يوليس وآخرون (Yulis et al, 2021)** هدفت إلى تحديد مصدر الضبط الصحي والفعالية الذاتية ودعم الاسرة من خلال تطبيق برنامج تثقيفي لدى مرضى السكري من النوع الثاني ومعرفة تأثير التثقيف النفسي على المرضى ، كان عدد المشاركون 80 مريضا من خلال تطبيق برنامج التثقيف النفسي لمدة 3 أسابيع ، وفي كل اسبوع يتم فحص مستوى الجلوكوز في الدم وخلصت الدراسة إلى فعالية البرنامج .

ففي السنوات الأخيرة حظى تعليم المهارات النفسية الاجتماعية اهتمام كبير كأداة للتنمية البشرية الشاملة التي تؤدي إلى التنمية الاجتماعية، والتعليم الأساسي ، والمساواة بين الجنسين ، ورعاية الأطفال وحمايتهم ، وتعزيز السلام، وكلها فوائد لتعليم المهارات النفسية الاجتماعية.

وتستخدم المهارات الآن على نطاق واسع في كل مجال حول العالم ، الهدف من تضمين المهارات النفسية الاجتماعية هو مساعدة الافراد في اكتساب سلوكيات مناسبة ومسؤولة لحل المشكلات في حياتهم الشخصية .

وتعد المهارات النفسية الاجتماعية مهمة لتعزيز النمو الصحي للأطفال والمراهقين والوقاية الأولية لبعض الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال والمراهقين والمرض والإعاقة والتنشئة الاجتماعية ، وإعداد الشباب لتغيير المواقف الاجتماعية (**Nalla, 2015**)

مقدمة

و تعرف منظمة الصحة العالمية (1993) المهارات 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 .

وتعرفها منظمة اليونيسيف (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 ليحيا حياة صحية ومبدعة . productive

وعرفها عبيد (عبيد ، 1996) بأنها المهارات التي بامتلاكها يكتسب الفرد خبرات تعينه على تعرف قدراته ونواحي تميزه في الجوانب المعرفية والمهاراتية، وتوفر له فرص التفاعل والاتصال بما يمكنه من التعامل الذكي مع معطيات المجتمع الذي يعيش فيه وبتعايش معه.

ويعرفها ليرمان (Lierbman, 1998) : 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.

أما داوسون (Dawson,1999) قد أشار إلى أن المهارات الحياتية هي الرغبة والقدرة على حل المشكلات الحياتية الشخصية والاجتماعية 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.

ويعرفها جيمس (Gomes, 2013) بأنها مجموعة كبيرة من المهارات النفسية والشخصية والتواصلية التي تساعد على اتخاذ قرارات فعالة وتنمية القدرة على إدارة الذات من أجل حياة صحية والعيش بإيجابية في المجتمع .

ويعرفها أبو حامد (2017) بأنها الرغبة والقدرة على حل المشكلات الحياتية شخصية أو اجتماعية أو مواجهة تحديات يومية أو إرداء تعديلات وتحسينات في أسلوب ونوعية حياة الفرد والمجتمع وتقاس قوة ضعف المهارات الحياتية لدى الفرد من خلال تقدير قوة وضعف اختياريه ، فكلما كانت الاختيارات جيدة وصائبة كانت مهاراته قوية.

مقدمة

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.

المهارات الحياتية هي قدرة الشخص على الإستجابة بفعالية لمتطلبات وتجارب الحياة اليومية، إنها قدرة الشخص على الحفاظ على حالة من الرفاهية العقلية ، من خلال تكييف السلوك المناسب والإيجابي ، بمناسبة العلاقات التي يتم الحفاظ عليها مع الآخرين وثقافته وبيئته تلعب المهارات النفسية الاجتماعية دوراً مهماً في تعزيز الصحة بمعناها الواسع ، من حيث الرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية ، خاصة عندما تكون المشاكل الصحية و مرتبطة بالسلوك ، وعندما يكون السلوك مرتبطاً بعدم القدرة على الإستجابة بشكل فعال للضغوط وضغوط الحياة ، فإن تحسين المهارات النفسية والاجتماعية يمكن أن يكون عنصراً مهماً في تعزيز الصحة (منظمة الصحة العالمية ، 1993)

ويشير باندورا (Bandura,1997) أن النظرية الاجتماعية المعرفية تعمل على إلى اكتساب 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 .

وتؤكد منظمة الصحة العالمية على أهمية تعزيز هذه المهارات من أجل تعزيز الصحة العامة (الجسدية والنفسية والاجتماعية)، ففي العقد الاول 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، نشرت منظمة اليونسيف العديد من التقارير حول مدارس المجتمع المدني وتسعى إلى تعزيز إنشاء البرامج أو المسارات التعليمية التي تهدف إلى تطوير مدارس الأطفال العامة في جميع أنحاء العالم (Unicef, 2012) .

في فرنسا يواجه هذا النهج التربوي للصحة والذي يتضمن حشد المعرفة والمهارات الشخصية ، صعوبة أكبر في ترسيخ نفسه ما وراء بعض المبادرات المحلية التي يعود تاريخها إلى التسعينيات مثل ذلك التي قادتها ماري أوديل ويليا مسون في منطقة نانت ثم في إطار الهيئة الإقليمية للتعليم وتعزيز الصحة وحاول المعهد الوطني للوقاية والتعليم من أجل الصحة تعزيز هذا المجال من التدخل ولكن في السنوات الخمس الماضية فقط أو

مقدمة

حتى جعله المعهد محورا تدخل رئيسي ، مدرج في برمجتها متعددة السنوات ، اليوم يبدو أن شبكة Codes و Ireps (لجان التثقيف الصحي في الأقسام) يتم حشدها إلى حد كبير من خلال هذه العملية التعليمية. وعلى الرغم من الأهمية المعطاة لاتزال المهارات النفسية الاجتماعية سيئة التقييم في برامج التعليم العلاجي .

حيث وضعت منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسكو عام 1993 قائمة للمهارات النفسية الاجتماعية العشرة ذات القيمة الثقافية، ويتم تقديمها على شكل أزواج هي:

1- حل المشكلات / اتخاذ القرارات

1-1 مهارة حل المشكلات

يعرفها جين ومايسنير (jane et meisner, 1999) بأنها مجموعة العمليات التي يقوم بها الفرد مستخدماً المعلومات والمعارف التي سبق تعلمها ، والمهارات التي اكتسبها في التغلب على موقف جديد وغير مألوف له والسيطرة عليه والوصول إلى حل له .

يعرفها جروان (1999) أسلوب حل المشكلات بأنه " هو عملية فكرية يستخدم فيها الفرد ما لديه من معارف مكتسبة سابقة من أجل الإستجابة لمتطلبات موقف ليس مألوفاً لديه ، وتكون الإستجابة بمباشرة عمل ما يستهدف حل التناقض أو الغموض الذي يتضمنه الموقف " ويتفق معه صلاح (2006) على أن أسلوب حل المشكلات هو " مجموعة من الخطوات والأحداث التي يستخدم فيها الفرد ما لديه من معلومات لحل غموض موقف " .

يعرفها شحاتة و النجار (2003) القدرة على التنسيق بين المبادئ والقواعد المتعلمة سابقا واستخدامها من أجل تحقيق الهدف أو العملية التي بواسطتها يستخدم الفرد المعرفة والمهارات المكتسبة سابقا من أجل تحقيق المطلوب في موقف غير مألوف لديه ، وهي عملية تفكير مركبة يستخدم فيها الفرد ما لديه من معارف سابقة ومهارات من أجل القيام بمهمة غير مألوفة أو معالجة موقف جديد أو تحقيق هدف لا يوجد حل جاهز لتحقيقه .

عرفها باربي وبارالو (Barbey et baralou , 2009) مهارة حل المشكلة هي القدرة على التفكير من خلال الخطوات التي تؤدي من حالة معينة إلى الهدف المنشود .

يعرفها كالبانا (Kalpana,2018) هو قدرة الفرد على إيجاد كل الحلول الممكنة لمشاكل الحياة .

مقدمة

2-1 - مهارة اتخاذ القرار:

يعرفها شحاتة وآخرون (2003) هو عملية تفكير مركبة تهدف لصياغة بدائل وحلول ممكنة ن وقد يؤخذ القرار بأسلوب علمي موضوعي أو بشكل شخصي .

يعرفها 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 .

كما تعرفه **حجاجي (2010)** بأنه عملية عقلية يقوم بها الفرد لإختيار أفضل البدائل لحل مشكلة أو الخروج من أزمة أو موقف فيصل إلى قرار بعد تفكير بالإختيارات المنطقية ، والتي تعتمد وتتسق مع قيم متخذ القرار .

عملية اتخاذ القرارات تعتبر عملية ادارية مركبة من حيث انها تأخذ في عين الاعتبار بيئة اتخاذ القرار وكذلك التنبؤ بالمعوقات والمشكلات التي قد تحد من فعالية القرار الإداري ، لذا يجب على متخذي القرار الأخذ في عين الإعتبار بالمشكلات التي قد تقابلهم وتحليلها والعمل على تجنبها أو حلها.

أكد **ليبمان (Lipman, 1991)** أن التفكير هو مزيج من التفكير النقدي والتفكير الإبداعي ، حيث اعتبر التفكير الناقد مكمل للتفكير الإبداعي .
وتمثلها في مقياس المهارات النفسية الإجتماعية البنود التالية : (1،2،3،4،5،6)

- يمكنني تدير اموري مع صندوق الضمان الاجتماعي فيما يخص مرضي .
- أجد صعوبة في الالتزام بالمواعيد الطبية .
- لا أجد مشكلة في فهم التعليمات الطبية .
- أستطيع اتخاذ القرارات المرتبطة بمرضتي بمفردتي .
- أشعر باستقلالية كبيرة في حياتي الخاصة .
- أجد صعوبة في فهم ما يحصل لي .

2-التفكير النقدي / التفكير الإبداعي:

1-2- 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 وتقوية بالاستناد إلى

مقدمة

معايير معينة ، من أجل إصدار حكم على قيمة الشيء أو التواصل إلى استنتاج أو تعميم أو اتخاذ قرار (مجدي ، 2004).

تعرفه ماجدة (2001) بأنه تلك العمليات العقلية الهادفة الموجهة تجاه موضوع أو قضية أو مشكل ، و التي تستلزم جمع المعلومات المناسبة لتوضيح أبعاد الموقف وإجراء عمليات التحليل والفرز والتمييز بين الجوانب الصحيحة والجوانب غير الصحيحة بهدف استخلاص النتائج بطريقة منطقية تؤدي إلى اتخاذ قرار مناسب .

ويرى باليلاين (Bailian,1999) أن أهمية التفكير الناقد تكمن في إكتساب الفرد مرونة وموضوعية في حل المشكلات ويجب أن يكون بعيد عن التعصب والجمود ، وأن تجعل الفرد منفتحاً ومتقبلاً للآخرين والمختلفين في مذهبه أو فكره .

2-2- التفكير الإبداعي :

اشار كاظم (2014) على أن التفكير الإبداعي هو عملية عقلية ومعقدة ومتعددة الخطوات تتداخل فيها عوامل كثيرة تتأثر وتؤثر فيها بغية البحث عن حلول أو التواصل إلى نتائج أصلية لم تكن معروفة سابقاً، 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 .

تعرفه سعاد (2014) بأنه عملية ذهنية يتفاعل فيها المتعلم ، مع الخبرات العديدة التي يواجهها بهدف استيعاب عناصر الموقف من أجل الوصول إلى فهم جديد أو إنتاج جديد حلاً أصيلاً – المشكلته ، أو اكتشاف شيء جديد ذي قيمة بالنسبة له أو المجتمع الذي يعيش فيه.

ويعرف كالبانا (Kalpana ,2018) التفكير الإبداعي هو عملية يمكن للناس من خلالها تطوير شيء جديد ، قد تكون أشياء أو أفكار جديدة أو فريدة وما إلى ذلك. تتضمن هذه العملية الإبداعية تقييم المواقف الحالية وتطوير أفكار أو حلول جديدة. يمكن للأفراد الذين يتمتعون بقدرة إبداعية قوية أن يجدوا حلولاً لمشاكل حياتهم.

مهارات التفكير الابداعي :

ترجم عبارة (Creativa thinking skills) بمهارات التفكير الإبداعي و مهارات التفكير الإبتكاري وهي : عمليات عقلية يمارسها الفرد من أجل إنتاج استجابات لفظية بحيث يتصف الإنتاج بالطلاقة والأصالة والمرونة (خضر ، 2011) .

مقدمة

- الطلاقة : يعرفها تورانس بأنها القدرة على استدعاء أكبر قدر من الأفكار المناسبة في قدرة زمنية محددة لمشكلة أو موقف مثير .
- المرونة : هي القدرة على انتاج حلول أو أشكال مناسبة هذه الحلول تتسم بالتنوع واللامنطية ، كما أنها القدرة على تغير الوضع بغرض توليد حلول جديدة ومتنوعة للمثيرات أو المشاكل .
- الأصالة : هي قدرة الفرد على إعطاء فكرة جديدة وخارجة نطاق المألوف أو مخالفة لما هو شائع. (الفريجي ، 2001)
وتمثلها في مقياس المهارات النفسية الإجتماعية البنود التالية : (7،8،9،10،11،12)
- يمكنني رفض آراء الآخرين بسهولة .
- لا أستجيب بسهولة لمحاولة إقناعي بالعلاجات البديلة لمرضي.
- يمكنني تمييز الأفكار و المشاعر السلبية والتعامل معه.
- يمكنني ايجاد حلول للمشاكل التي تواجهني.
- أشعر بالعجز أمام تحديات المرض.
- كثيرا ما أجد حلولاً غير متوقعة لمشاكلي .

2-3- العلاقة بين التفكير النقدي و التفكير الإبداعي :

إن التفكير الناقد يدخل في كافة أشكال التفكير الأخرى كالتفكير الإبداعي ، ففي مواقف التفكير الإبداعي يحتاج الفرد من لحظة إلى أخرى إلى إعادة النظر في أعماله وتقويمها بصورة في ضوء أعماله السابقة أو في ضوء أعمال الآخرين ، والحكم عليها من أصالتها وحدتها وفعاليتها (الزغول ، 2012)

و اعتبر العلماء أن التفكير الإبداعي والتفكير الناقد هما شكلان من أشكال التفكير العالي ، حيث أكد ليبمان (Lipman, 1991) أن التفكير هو مزيج من التفكير الإبداعي والتفكير الناقد وقد اعتبر التفكير الناقد مكملاً للتفكير الإبداعي ، لأنه من التحقق المنطقي من التفكير الإبداعي

3- التواصل الفعال والعلاقات البين الشخصية الفعالة :

تعتبر الكفاءة في التواصل أمراً أساسياً وتساعد على تشكيل العلاقات مع الآخرين وتأكيد الهوية الشخصية والاجتماعية والثقافية، ومعرفة الحواجز ومعرفة كيفية التغلب عليها

مقدمة

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 غالباً 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، و الإجراءات 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).

هي القدرة على التواصل الفعال بشكل هادف وواضح وبناء علاقات بين شخصية صحية متوازنة وتتمثل مؤشراتها في التعبير عن الراء بشكل واضح ، واحترام الآخرين والمشاركة الفعالة ضمن الجماعة مع القدرة على تقييم العلاقات وتحديد مقومات العلاقات بين شخصية السوية المرضية ، وبناء والمحافظة على علاقات بين شخصية متوازنة (بوالصوف ، 2022)

ويعرف كالبانا (Kalpana, 2018) : العلاقة بين الشخصية هي القدرة التي تمكننا من التعاون بشكل إيجابي مع الآخرين. فهو يساعدنا على الحفاظ على علاقات ودية في الأسرة أو في المجتمع.

وتمثلها في مقياس المهارات النفسية الإجتماعية البنود التالية : (13،14،15،16،17،18)

- يمكنني مناقشة المواقف الصعبة التي مررت بها مع الآخرين .
- أجد صعوبة في التواصل مع الأطباء والممرضين .
- أجد صعوبة في مناقشة معاناتي مع الآخرين .
- لا أحسن التعامل مع وسائل التواصل الاجتماعي .
- أجد صعوبة في التواصل مع أفراد أسرتي .

مقدمة

- لا أعرف كيف أحصل على الدعم الكافي من أسرتي وأصدقائي .

4- الوعي الذاتي / التعاطف مع الآخرين:

4-1- الوعي الذاتي :

يعرف جولمان (Goléman, 2000) الوعي بالذات أن التعرف على المشاعر عن طريق مراقبة النفس والقدرة على تسميتها ، ومعرفة العلاقات بين الأفكار والمشاعر واتخاذ القرارات الشخصية كصد أفعالك والتعرف على عواقبها وتحديد ما الذي يحكم القرار الفكر أم المشاعر؟ (الخالدي ، 2014)

ويعرف غولي والعكيلي (2014) الوعي بالذات بأنه حالة يستشعر فيها الفرد ذاته ، ويكون واعيا بعملياته العقلية المختلفة ووجوده بصفة فردا مميزا عن غيره في سلوكياته وتصرفاته ومنتبها لما يدور في داخله من أفكار وانفعالات ، بحيث يكون مدركا لما يدور حوله في بيئته الخارجية ويعي طريقة تفكيره ويتحسس مشاعره وانفعالاته في المواقف المختلفة.

ويعرف الخطيب وعبود (2020) الوعي بالذات بأنه قدرة الفرد على الإنتباه 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.

4-2- التعاطف مع الآخرين:

إن التعاطف بالآخرين ظاهرة نفسية في مشاركة الاخرين يشعروهم، وله صورة بدائية وهي التعاطف الجسدي الذي يقوم على انتقال الحركات والأفعال من شخص إلى آخر، التقليد العفوي أو الواعي 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 والأخر تفاعلي، فالانفعالي هو الشعور بما اعتري الآخرين من حوادث الدهر، أما التفاعلي فهو مآزرتهم ومعاونتهم على تحمل ما داهمهم من شقاء (العبيدي والخليل، 2011)

ويعرفه جينتلي وآخرون (Doucement et al, 2016) بأنه إدراك الفرد للعواطف والإنفعالات الإيجابية لديه ولدى الآخرين والتفاعل المجتمعي بناء على هذا البناء.

مقدمة

ويعرفه صفي الدين (2014) بأنه عبارة عن مهارة اتصالية وأن التعاطف عملية لها عدة أبعاد إدراكية ، وانفعالية وأخلاقية وسلوكية وأن التعاطف ينطوي على الوعي بالذات والوعي بالآخرين والقدرة على فهم الانفعالات الذاتية ومغزاها ، والقدرة على إصدار أحكام مناسبة .

وتمثلها في مقياس المهارات النفسية الإجتماعية البنود التالية: (19،20،21،22،23،24)

- أدرك بعمق كيف غير هذا المرض حياتي .
- جعلني المرض عاجزا عن التصرف في حياتي.
- لم أعد أفهم نفسي .
- غالبا ما أكون محل ثقة من طرف الآخرين.
- لا أتقبل نقد أو آراءهم السلبية تجاهي الآخرين لي.
- لا أجد صعوبة في تفهم الآخرين ومساعدتهم .

5- إدارة المشاعر / مواجهة الضغوط:

1-5- مهارة 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 .

وتعرفها بوالصوف (2022) هي القدرة على التكيف مع الانفعالات والتسيير الجيد للقلق والضغط النفسي ومواقف الحياة الصعبة ، وتتمثل مؤشرتها في تسمية وتحديد الانفعالات بدقة وتقييمها ، والتكيف مع هذه الانفعالات مع الواقع .

وعرفها بارون (Baron, 2000): بأنها كيفية تفاعل الفرد من خلال استعمال معرفته في المواقف الحياتية ، وفهم الفرد لذاته والآخرين وعلاقته معهم والتوافق من مطالب البيئة .

وعرفها مايرز وسالوفي (Myers et salovey, 2001) : بأنها القدرة علة فهم المشاعر والانفعالات الذاتية ، و الانفتاح بالمشاعر نحو الآخرين ، ومشاركتهم لهذه المشاعر مما يؤدي إلى التوازن الانفعالي

1-5- مواجهة الضغوط:

مقدمة

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)

ويعرف عزت (2018) مواجهة الضغوط بأنها المرحلة التي تبلور مدى استعداد 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

ويعرف مشعل ورمصاص (2021) مواجهة الضغوط هي الأساليب المعرفية والسلوكية والإنفعالية التي يستخدمها الفرد عندما يتعرض للمواقف التي يدركها على أنها تمثل تهديدا له سواء كانت داخلية أو خارجية .

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 والالتزان 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).

وتمثلها في مقياس المهارات النفسية الإجتماعية البنود التالية : (25،26،27،28،29،30)

- لا أحسن التعامل مع الضغوط النفسية .
- أفقدني المرض الثقة بذاتي .
- لدي مهارات فعالة للتعامل مع الضغوط النفسية.
- كثيرا ما أشعر بالقلق والاكتئاب.
- أشعر بالخوف من المستقبل.
- لا أتردد في طلب المساعدة النفسية للتغلب على ضغوطتي.

وتعتبر المهارات النفسية الإجتماعية عاملا مهما من عوامل التوافق النفسي للمرضى السكري على المستوى الشخصي والمجتمعي، فهي تحدد دائرة العلاقات والتفاعلات

مقدمة

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 تسهم في تكوين القدرة على حل المشكلات، وتحمل المسؤولية، وصقل الشخصية، وتقدير الفرد لذاته كما أنها تحقق للشخص مكانة اجتماعية متميزة (العمرى، 2013). واضاف ثويمر (Thwaimer, 2019) أن أهمية المهارات النفسية الإجتماعية تعمل على مساعدة الفرد على التعامل في الحياة بصفة عامة، والمجتمع بصفة خاصة ، تساعد الشخص على التكيف مع حياته وإدارتها ، والتعامل مع متغيرات ومتطلبات الحياة ، تزيد المهارات النفسية الإجتماعية من ثقة الشخص بنفسه وحسن التصرف في مواقف الحياة المختلفة ، بالإضافة للتعاملات الجيدة مع الآخرين باستخدام وسائل التواصل ، تنمي المهارات النفسية الإجتماعية شخصية الفرد ، وأدواره في المجتمع بواسطة المهارات النفسية الإجتماعية يدير الشخص التفاعل بينه وبين أفراد مجتمعه وتوهم المهارات النفسية الإجتماعية الشخص على التعاملات الصحية بينه وبين الآخرين بالتعبير على الرأي والأفكار بشكل سليم .

و المهارات النفسية الإجتماعية هي القدرات التي تسمح للناس بالانخراط في سلوك تكيفي وإيجابي يسمح لهم بالتعامل مع أحداث وتحديات الحياة اليومية ، وكذلك المشاركة في عالم حديث مليء بالتحديات الجديدة والتعامل مع كل شيء من التفاعلات الاجتماعية إلى التعرف على المشاعر ومعالجتها. تعتمد المهارات النفسية الإجتماعية على جزء كبير من تجاربنا وكيف يمكننا نقل هذه المعرفة إلى الأجيال القادمة من أجل التعلم والإضافة إلى معارفهم. ومع ذلك فإننا نشهد حاليًا طفرة سريعة في التغيير وثورة هائلة في العلوم والتكنولوجيا ، مما يوسع الفجوة بين الأجيال الأكبر سنًا والشباب .
(Rituparna Basak ,2022).

ويرى العقيب (2003) أن تنمية المهارات النفسية الاجتماعية تسهم في بناء وإدارة العلاقات الاجتماعية، ويجنب الأفراد الصراعات المختلفة، ويساعد في تدريبهم على حلها والتعامل معها كما يهدف إلى تنمية المناقشة والحوار لتحقيق الاتصال الفعال مع الآخرين، وتسهم في تنمية قدرات الأفراد على الأداء التواصل بفاعلية في المواقف المختلفة، ويزيد من سيطرة الأفراد على سلوكهم، كما يزيد من قدرتهم في التعامل مع السلوك غير المناسب الصادر عن الآخرين. وأكد 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 ، ويرى يوسف (2014) أن المهارات الحياتية

مقدمة

نمارسها يوميا دون قصد أو تخصيص لها وهذا يستدعي ضرورة تحديد هذه المهارات وتمسيته وتوظيفها ، فالمهارات الحياتية هي المهارات التي يكتسبها الفرد للتعيش مع مجتمعه والتأثير في هذا المجتمع الذي يعيش فيه ، بما يؤثر على تكامل شخصية ونموه و تقديره لذاته وصحته النفسية وما يصاحب ذلك من اكتسابه لمسات شخصيته ، وأن الهدف من المهارات الحياتية هو إعداد إنسان يتمتع بالقدرة على التعايش مع الحياة اليومية والتعرف على ما يواجهه من تحديات تحتاج لمهارات مثل القدرة على التخطيط وتقدير الموارد المتاحة ، وكيفية الحكم على الأولويات والقدرة على إتخاذ القرار ، وقبول الاختلافات والاعتماد المتبادل بين الأفراد الآخرين ، وأوضح **سارافاناكومار (Saravanakumar, 2020)** أن المهارات النفسية الإجتماعية تساعد الأشخاص في التعامل مواقف الحياة بنجاح ومواجهة تحديتها بفعالية وإدراك المواقف اليومية والاستجابة لها بشكل إيجابي وخاصة الضغوط التي يمر بها يوميا .

وتعد المهارات النفسية الاجتماعية من المهارات المهمة في حياة الفرد، فهي تساعد على الإندماج مع الآخرين والذي يعد من أهم المؤشرات الدالة على تمتع الفرد بالصحة النفسية، وان الخلل أو افتقار الفرد للمهارات الاجتماعية قد يكون عائق كبير من الممكن ان يحول بين إشباع الفرد لحاجاته النفسية المختلفة (**أبو منصور، 2011**). كما يجب امتلاك المهارات النفسية الاجتماعية وفهمها جيدا من قبل مرضى السكري حتى يتصرفوا بشكل إيجابي وقابل للتكيف ، مما يمكن الأفراد من التعامل بفعالية مع الإحتياجات والتحديات اليومية (**Dhingra , 2017**) ، بالإضافة إلى ذلك تنص منظمة الصحة العالمية أيضا على أن المهارات النفسية الاجتماعية يمكن أن تمكن الشخص من التصرف بطريقة صحية ومنع المشاكل الصحية ولعب دور تحسين الصحة العقلية للفرد في أفضل حالاتها .

(**Jafarigiv, 2019**) ، والتدريب على المهارات النفسية الاجتماعية هو نشاط يتم تنفيذه لتحسين القدرات الفردية في صنع القرار وحل المشكلات والتفكير الإبداعي والنقدي والتواصل ومهارات التعامل مع الآخرين والوعي الذاتي والتعاطف والتعامل مع العواطف أيضا (**Kingsnorth , 2007**) .

وفي دراسة **جان فرانسوا (Jean-François, 2011)** جاءت هذه الدراسة لتثقيف العلاجي لمهارات المريض : مهارات الرعاية الذاتية ومهارات التكيف مع المرض وهذه الأخيرة مستوحاة من المهارات النفسية الاجتماعية التي إقترحتها منظمة الصحة العالمية نظرا لأن صياغتها ذات طبيعة عامة جدا ، اقترحت مجموعة عمل جمعية تطوير تقترح الطابع الرسمي على ثماني مهارات جديدة للتكيف مع المرضى في هذه الدراسة . وهذه المهارات هي سمة من سمات المواقف الحياتية الأكثر تكرارا التي توجهها المرضى في أغلب الأحيان

مقدمة

فإن استخدامها يجعل برامج التثقيف العلاجي أقرب إلى الحياة الواقعية للناس و أنهم يستخدمون طرق معينة من مجال المهارات التعامل مع الآخرين و يبررون فكرة تقنيات تقييم جديدة ، إن الإهتمام بصياغة المهارات النفسية الإجتماعية 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. ودراسة غريس زافيتيري (Grazai zavettieri, 2017) هدفت إلى موضوع تنمية المهارات النفسية الإجتماعية للأفراد والجماعات فيما يتعلق بالقوانين الداخلية من أجل المعاني الإجتماعية والسياسية في الصحة ، وأوضحت النتائج أن المهارات النفسية الاجتماعية هي معدات مشروع سياسي الذي رؤى العالم حول المنفعة المشتركة الصحة من أجل تنمية البشرية . و دراسة جانجري وآخرون (Gandri et al,2021) هدفت إلى استكشاف تصور مدى فعالية المشاركين في سلسلة من ورشات العمل التعبيرية المصممة لإعادة المهارات الحياتية للمرضى ، تكونت عينة الدراسة من 10 مشاركين ، أظهرت النتائج فعالية برنامج يتعلق بالمهارات الحياتية وتقدم نتائج مشجعة فيما يتعلق بفاعلية ورشات العمل الجماعية التعبيرية بين المرضى . وفي دراسة سوكونمار وآخرون (Sukumar et al,2022) هدفت إلى الفعالية والعوامل المرتبطة بتحسين مستويات المهارات الحياتية للمشاركين في برنامج واسع النطاق للتدريب على المهارات الحياتية وخدمات الاستشارة (LSTCP) الذي يركز على الشباب ، و تقوم الدراسة بتقييم التغييرات في درجات المهارات الحياتية ومستوى المهارات الحياتية والعوامل المرتبطة بزيادة المهارات الحياتية بين المشاركين في LSTCP ، تم إجراء التصميم قبل وبعد الدراسة على 2669 مشاركاً خضعوا لبرنامج LSTCP منظم لمدة ستة أيام ، وأسفرت النتائج أن برنامج LSTCP أدى إلى تغييرات كبيرة في درجات المهارات الحياتية ومستوى المهارات الحياتية، مما يشير إلى فعالية التدريب. جميع مجالات المهارات الحياتية، باستثناء التعاطف والوعي الذاتي، زادت بعد التدريب ، وحدث تحول إيجابي في مستوى المهارات الحياتية ، وارتبطت جودة الحياة بزيادة في المهارات الحياتية بين المشاركين. وإن برنامج LSTCP فعال في تحسين المهارات الحياتية للمشاركين. يمكن استخدام وحدات وعمليات LSTCP لمواصلة تدريب الشباب والمساهمة في تعزيز الصحة العقلية في الولاية. وفي دراسة صوفيا شاتيلارد (Sophia Chatelard, 2012) حيث تم إجراء هذا البحث على شكل مقالات مكتوبة باللغة الفرنسية والإنجليزية التي ترجع بتاريخها إلى 15 سنة الماضية ، باستخدام المعادلات التالية : العلاقات بين الطبيب والمريض - عدم المساواة الصحية - طب الأسرة ، وتم اختيار المقالات حسب صلتها بالموضوع بناء على العنوان والملخص إذا لم

مقدمة

الأمر ذلك تم إستبعاد المقالات التي تتناول الفروق بين الجنسين على سبيل المثال لمزيد من الشمولية ، وكانت النتائج من خلال المقالات كالتالي : الملاحظة الأولى هي الوصول إلى الرعاية والدعم المتباين وفقا للضعف الإجتماعي الموضوع الثاني الذي تم تناوله هو النهج الذي يجب على المرضى اتباعه في ضوء تاريخ حياتهم يتم بعد ذلك دراسة التواصل يسن الطبيب المريض كعنصر علاجي . وفي دراسة بياتريس لامبوي (Béatrice 2014) Lamboy, تقترح هذه الدراسة تجميع المعرفة حول المهارات النفسية الإجتماعية بعد تحديد الأخير بتقديم البيانات التي تبرر حقيقة أن المهارات النفسية الإجتماعية تمثل محدد رئيسا للصحة والرفاهية يتناول الجزء الأخير من الدراسة الإجراءات الوقائية وتعزيز الصحة التي تعمل على تطوير المهارات النفسية الإجتماعية للأطفال والآباء بشكل فعال منذ الطفولة المبكرة ، وتظهر البيانات المتراكمة في السنوات الأخيرة أن المهارات النفسية الإجتماعية (للطفل والوالدين) تحتل مكانة من مركزية في نمو الطفل وهي عامل حاسم ، تؤكد نتائج بحث التدخل الحاجة إلى التصرف مبكرا إذا أردنا تعزيز السلوكيات المواتية للصحة وتعزيز الصحة والرفاه بشكل فعال في الواقع كثير الإجراءات الوقائية التي تهدف إلى تنمية المهارات النفسية الإجتماعية للطفل وقد أثبت الآباء فعاليتها في مختلف المجالات : الصحة العقلية والإدمان والصحة الجنسية وما إلى ذلك ، تقدم هذه الدراسة من المعرفة حول المهارات النفسية الإجتماعية (التعريف - بيانات المراقبة - بيانات التدخل). ودراسة انبيس (anbes, 2014) هدفت الدراسة إلى تحديد المهارات الحياتية لمرضى السكري الذين يراجعون مركز السكري والغدد الصم في الناصرية ومعرفة بين بعض المتغيرات (العمر ، الجنس ، المستوى التعليمي ، الدخل الشهري ومدة الإصابة بالسكري) مع المهارات الحياتية لمرضى السكري حيث تكونت عينة بـ 200 مريض ، وأظهرت النتائج أن هناك علاقة هامة بين المهارات الحياتية للسكري (العمر والمستوى التعليمي والدخل الشهري) وليس هناك علاقة هامة مع المتغيرات الأخرى كما هو الحال في دراسة ديفيد فونتي (David Fonte, 2015) جاءت هذه الدراسة لتقوية المهارات النفسية الإجتماعية 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 هناك تلك الخاصة بتحديد وتقييم المهارات النفسية الإجتماعية ذات الصلة المطلوب تطويرها . وكان الهدف إجراء جرد للمهارات النفسية الإجتماعية التي تستهدفها التدخلات التعليمية وتحديد المعايير المستخدمة لتحديد هذه المهارات وتمت مراجعة الأدبيات على أساس 60 مقالا تتعلق بتقييم التدخل لمرضى السكري ، وأسفرت النتائج إلى تحديد المهارات النفسية

مقدمة

الإجتماعية في ربح المقالات وأشاروا إلى التواصل والعلاقات الشخصية ، وإتخاذ القرار والتفكير النقدي وإدارة الذات تستخدم المقالات معايير تقييم ذات طبيعة طبية أكثر منها ذات طبيعة نفسية إجتماعية. وفي المناقشة تم شرح المهارات النفسية الإجتماعية بشكل سئ وتقييمها سئ غالبا ما يتم التفكير من خلال نهج طبي حيوي ويلخص المقال إلى الإهتمام بتطوير نهج النفسي الإجتماعي من أجل تصور أفضل لمفهوم المهارات النفسية الإجتماعية.

وفي دراسة إليزابيت لويس (elizabeth lewis, 2015) حيث توصل الباحث من خلال هذه الدراسة النظرية إلى معرفة تاريخ المهارات النفسية الإجتماعية وكل التحديات وفائدة CPS وكذا تطوير المهارات النفسية الإجتماعية دوليا بشكل كبير منذ بداية التسعينات عبر نهج تعليمي عالمي تدعمه منظمات الصحة العامة الدولية وعبر برامج منظمة تهدف الوقاية من مشاكل الصحة العقلية. ودراسة تولوس (toulouse, 2023) جاءت للتدريب على المهارات النفسية الإجتماعية وتكونت عينة البحث 14 طالبا وطالبة مقسمة إلى مجموعتين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة المنهج شبه تجريبي مع تصميم الإختبار القبلي والبعدي للاستخدام مقياس تقدير الذات ومقياس القلق وتشير نتائج الدراسة إلى انخفاض كبير في القلق وزيادة احترام الذات باستخدام تدريب المهارات النفسية الإجتماعية ، دراسة جوميز وماركيز (Gomez et marquez, 2013) هدفت إلى التعرف على أثر برنامج تربي في إكتساب الشباب المهارات النفسية الإجتماعية واتبع الباحثان المنهج التجريبي وتمثلت عينة الدراسة (84) قُسموا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة ، وأسفرت النتائج أن المجموعة التجريبية أكثر تطورا في المهارات النفسية الإجتماعية مقارنة بالمجموعة الضابطة وفي دراسة دي فونتي (De fonte, 2017) التي هدفت للتعرف على مفهوم المهارات النفسية الإجتماعية في التثقيف العلاجي للمريض بالإضافة إلى القضايا المرتبطة العمل الطبيب النفسي ليتضح هذا العمل من خلال التفكير النظري والمنهجي الذي يجعل من الممكن الإستجابة بشكل أفضل وهو تعزيز وتقييم المهارات النفسية الإجتماعية 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 وآخرون (Sébastien 2018) تقدم هذه الدراسة المساهمات النظرية والمنهجية لعلم نفس الصحة الإجتماعية في تعزيز المهارات النفسية الإجتماعية في سياق تثقيف المريض العلاجي ،

مقدمة

يتضح هذا من خلال تجميع نتائج العديد من الأبحاث التجريبية في مجال مرض السكري و أن المهارات النفسية الإجتماعية وكذلك الرمزية الإجتماعية تظهر العديد من الآثار العملية من هذه النتائج لعمل فعالية على المهارات النفسية الإجتماعية للمرضى وتختتم الدراسة بالإهتمام العيادة النفسية الإجتماعية التي تعتمد على وجهة نظر علم النفس الصحة الإجتماعية لتقييم وتحليل والتدخل في المحددات النفسية الإجتماعية والسلوكيات الصحية. و الهدف هو توضيح المهارات النفسية الإجتماعية النظرية المنهجية التي تثيرها من موقف متعدد التخصصات يعتمد على مبادئ علم النفس الإجتماعي للصحة أولا والمساهمات المعرفية والنظرية المنهجية ، لهذا النهج للعمل وستقوم بعد ذلك بتوضيح هذا العمل من خلال العديد من الدراسات التجريبية التي تهدف إلى فهم العمليات النفسية الإجتماعية وقضايا المهارات النفسية الإجتماعية في سياق التثقيف العلاجي للمصابين بداء السكري . ودراسة نوركان أوزديل (Nurkan ozdil, 2015) أجريت هذه الدراسة كتصميم اختبار قبلي وبعدي مكون من مجموعتين لتحديد تأثير التدريب على المهارات النفسية والاجتماعية على مستويات مغفرة وظيفية للمرضى الذين يعانون من مرض انفصام الشخصية. تم تقسيم ما مجموعه 100 مريض إلى مجموعة التدريب (ن = 50) والمجموعة الضابطة (ن = 50). تم جمع البيانات باستخدام نموذج المعلومات الشخصية والمغفرة الوظيفية لمرض انفصام الشخصية العام (الضفادع). تم تقديم البرنامج التدريبي المكون من 13 جلسة في شكل تدريب جماعي وجهاً لوجه وجلسات مدتها 45 إلى 60 دقيقة مرتين في الأسبوع. تم الانتهاء من التدريب من قبل خمس مجموعات. تتكون كل مجموعة من 9 إلى 12 فردًا في المتوسط. حصلت مجموعة التدريب على درجات أعلى بشكل ملحوظ في مستويات المغفرة الوظيفية مقارنة بالمجموعة الضابطة بعد التدريب على المهارات النفسية الاجتماعية. لقد أصبح التدريب على المهارات النفسية والاجتماعية فعالاً إلى حد كبير في زيادة مستويات التهدئة الوظيفية للمرضى المصابين بالفصام . ودراسة موريانا وآخرون (Moriana et al, 2006) الهدف من هذه الدراسة هو اختبار التدخل الذي قام بتكييف برنامج مهارات المعيشة الاجتماعية والمستقلة بجامعة كاليفورنيا، لوس أنجلوس (UCLA) لتطبيقه في منزل المريض وفي العيادات الخارجية في إسبانيا. تم اختيار مجموعة تدخل مكونة من 32 مريضاً مصاباً بالفصام للمقارنة مع مجموعة مراقبة متطابقة من المرضى الذين كانوا يخضعون للعلاج التقليدي في العيادات الخارجية للفصام خلال فترات علاج مدتها ستة أشهر. تم استخدام نظام تسجيل مقياس المتلازمة الإيجابية والسلبية (PANSS) لمقارنة المجموعتين، مع تصميم الاختبار القبلي والبعدي. وأشار تحليل التباين إلى وجود تأثير كبير للتفاعل خطوة

مقدمة

بخطوة للتدخل على درجات PANSS. و تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن الجمع بين رعاية المتابعة للمرضى الخارجيين والرعاية المنزلية التي تركز على التدريب على المهارات النفسية والاجتماعية هو أكثر فعالية من العلاج التقليدي في تحسين الأعراض العامة بين الأفراد .

تشير الدراسات السابقة الى أن رعاية مرض السكري تشكل تحديا صحيا ونفسيا واجتماعيا واقتصاديا، حيث 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 دورا مهما في تعزيز الرفاهية خاصة عندما تكون مصاعب الأمراض المزمنة مرتبطة بالقدرة على تعبئة الموارد اللازمة للتكيف مع العلاج (OMS, 1993)

ومما سبق نبعت مشكلة الدراسة التي انطلقت من التساؤل الرئيسي حول مستوى المهارات النفسية الاجتماعية لدى المصابين بمرض السكري، ثم محاولة تحسين تلك المهارات عن طريق برنامج تدريبي مكيف على المشاركين في الدراسة الحالية. ونعرف إجرائيا 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 البين الشخصية، والوعي بالذات والتعاطف مع الآخرين، وإدارة المشاعر ومواجهة الضغوط.

اقترحت الباحثة برنامجا تدريبيا لتنمية تلك المهارات النفسية الاجتماعية لدى عينة من مرضى السكري بنوعيه وذلك أنه أغلب الدراسات السابقة تشير الى 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 كما تحدها منظمة الصحة العالمية، متمثلة في القدرة على اتخاذ القرار وحل المشكلات، والتفكير الابداعي، والاستبصار بالمرض ، والتواصل الفعال والمواجهة ، اضافة الى التكيف مع الضيق النفسي والانفعالات المصاحبة للمرض. وتعتبر الإعاقات المعرفية والاضطرابات النفسية اضافة انخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي والتقدم في السن من العوامل المؤثرة في المهارات النفسية الاجتماعية ، ومما سبق تتحدد إشكالية الأسئلة التالية:

ما مدى فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات النفسية الاجتماعية لدى مرضى السكري؟

مقدمة

1) ما مستوى المهارات النفسية الاجتماعية لدى مرضى السكري ؟
2) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي لأفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على مقياس المهارات النفسية الاجتماعية ؟

3) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس المهارات النفسية الاجتماعية ؟
4) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس المهارات النفسية الاجتماعية ولصالح التجريبية ؟

5) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس المهارات النفسية الاجتماعية ولصالح القياس البعدي ؟

تكمن أهمية الدراسة في التطرق لمتغيرات حديثة نوعا ما في مجال علم النفس وهي المهارات النفسية الاجتماعية التي تعتبر بمثابة قفزة إيجابية وهي مرتبطة بالوقاية .. إضافة إلى الإفادة من مقياس المهارات النفسية الاجتماعية الذي قام بإعداده زعطوط رمضان خلال الموسم 2021/2020 وتطبيقه على البيئة الجزائرية في إجراء دراسات وأبحاث أخرى وقد 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.

ويتمثل 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 والتعرف على مدى فاعليته في تنمية المهارات النفسية الاجتماعية لدى مرضى السكري من خلال :

- بناء برنامج تدريبي لتنمية المهارات النفسية الاجتماعية .
- الكشف على مستوى المهارات النفسية الاجتماعية لمرضى السكري .
- تحديد مدى فعالية برنامج تدريبي لتنمية المهارات النفسية الاجتماعية لدى مرضى السكري

مقدمة

- التعرف على طبيعة واتجاهات الفروق بين متوسطي درجات القياس القبلي لأفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في مستوى المهارات النفسية الإجتماعية .

- التعرف على طبيعة واتجاه الفروق بين متوسطي درجات القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة الضابطة في مستوى المهارات النفسية الإجتماعية .

- التعرف على طبيعة واتجاه الفروق بين درجات القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى المهارات النفسية الإجتماعية .

- التعرف على طبيعة واتجاه الفروق بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية في مستوى المهارات النفسية الإجتماعية .

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

1) مستوى المهارات النفسية الاجتماعية لدى مرضى السكري متوسط .

2) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي لأفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على مقياس المهارات النفسية الإجتماعية

3) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة الضابطة على مقياس المهارات النفسية الإجتماعية .

4) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس المهارات النفسية الإجتماعية ولصالح التجريبية .

5) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس المهارات النفسية الإجتماعية ولصالح القياس البعدي .

المنهج

2. المنهج :

اعتمدت الباحثة 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 الاعتيادية وذلك لاختبار صحة الفرضيات.

المنهج المتبع :

هو المنهج التجريبي لملائمته لموضوع الدراسة .

2.2. الدراسة الإستطلاعية :

تكون عدد المشاركين من 120 مريض بداء السكري ، حيث تم إختيارهم بطريقة قصدية وذلك خلال زيارتهم من أجل الفحص الطبي بمركز متابعة السكري وقد ترواحت أعمارهم بين 18- 70 سنة وذلك من أجل التأكد من الخصائص السيكومترية لأداة البحث وكذلك معرفة قابلية الإجابة على مقياس الدراسة وبالإضافة إلى التعرف على صعوبات الدراسة الميدانية .

1.2.2. خصائص المشاركين :

المنهج

الجدول (1) خصائص المشاركين

N=120	
M	
44	السن
n(%)	
	السن
24(20%)	30/18
39(32,5%)	42/31
25(20,83%)	43/52/
32(26,66%)	53 فأكثر
	الجنس
81(67,5%)	أنثى
39(32,5%)	ذكر
	المستوى التعليمي
25(20,83%)	أمي
42(35,00%)	إبتدائي أو متوسط
53(44,16%)	ثانوي أو جامعي
	المستوى الإقتصادي
31(25,83%)	منخفض
76(63,33%)	متوسط
13(10,83%)	مرتفع
	الحالة الاجتماعية
73(60,83%)	أعزب
32(26,66%)	متزوج
4(3,33%)	مطلق
11(9,16%)	أرمل

ملاحظة : M المتوسط الحسابي

3.2. الدراسة الأساسية :

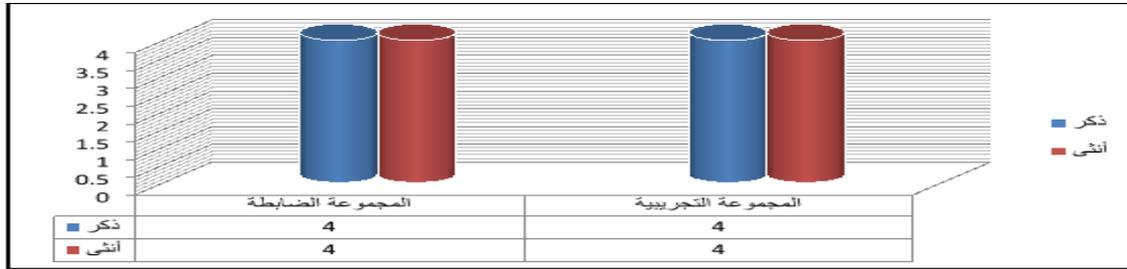
تم اجراء الدراسة الأساسية ما بين شهر جانفي 2023 إلى مارس 2023 بمركز متابعة السكري وتكونت بالجلفة. تمت الموافقة على الدراسة من قبل مصالح الصحة الجوارية بولاية الجلفة، عينة الدراسة الأساسية من 16 مريضا بالسكري تم تقسيمهم الى عينتين تجريبية وضابطة متساويتين بطريقة قصدية، وتم الحصول على موافقتهم للمشاركة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

المنهج

1.3.2. خصائص العينة حسب متغير الجنس :

الجدول (2) : خصائص العينة حسب متغير الجنس:

المجموع	الجنس				مرضى السكري
	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		
	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
	04	04	04	04	
16	08		08		



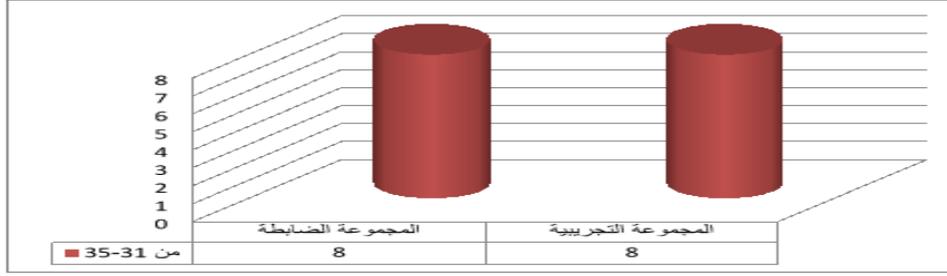
الشكل (01): يوضح التمثيل البياني لخصائص عينة البحث (المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية) حسب متغير الجنس.

2.3.2. خصائص العينة حسب متغير السن :

الجدول (3) : خصائص العينة حسب متغير السن

المجموع	السن										مرضى السكري
	المجموعة التجريبية					المجموعة الضابطة					
	35	34	33	32	31	35	34	33	32	31	
16	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	

المنهج

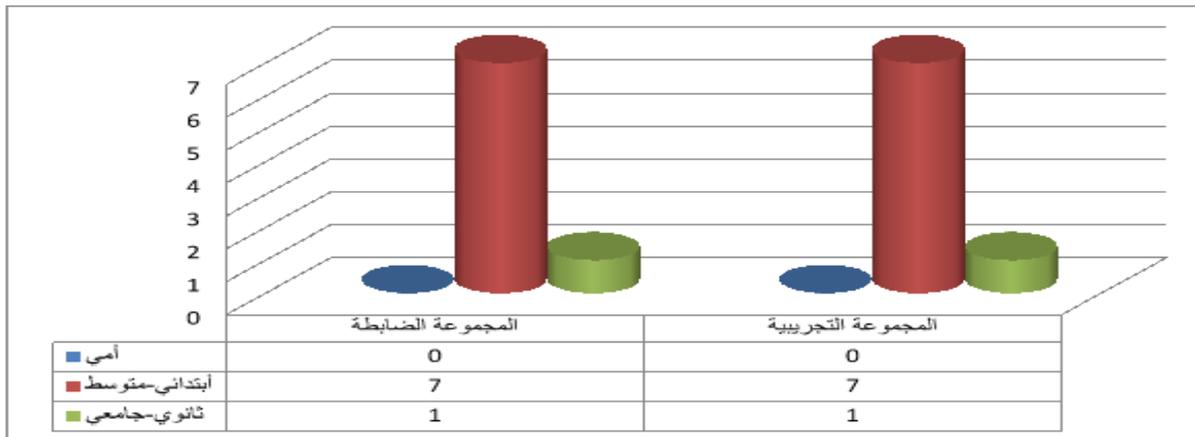


الشكل (02): يوضح التمثيل البياني لخصائص عينة البحث (المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية) حسب متغير السن.

3.3.2. خصائص العينة حسب متغير المستوى التعليمي:

الجدول (4) : خصائص العينة حسب متغير المستوى التعليمي:

المجموع	المستوى التعليمي						مرضى السكري
	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة			
	ثانوي - جامعي	ابتدائي - متوسط	أمي	ثانوي - جامعي	ابتدائي - متوسط	أمي	
16	1	7	0	1	7	0	



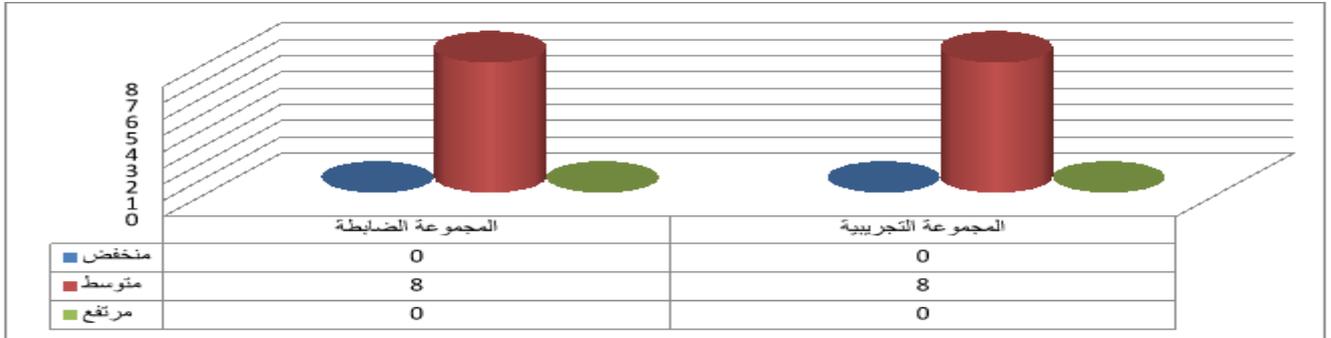
الشكل (03): يوضح التمثيل البياني لخصائص عينة البحث (المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية) حسب متغير المستوى التعليمي.

المنهج

4.3.2. خصائص العينة حسب متغير المستوى الاقتصادي :

الجدول (5) : خصائص العينة حسب متغير المستوى الاقتصادي

المجموع	المستوى الإقتصادي						مرضى السكري
	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة			
	مرتفع	متوسط	منخفض	مرتفع	متوسط	منخفض	
16	0	8	0	0	8	0	

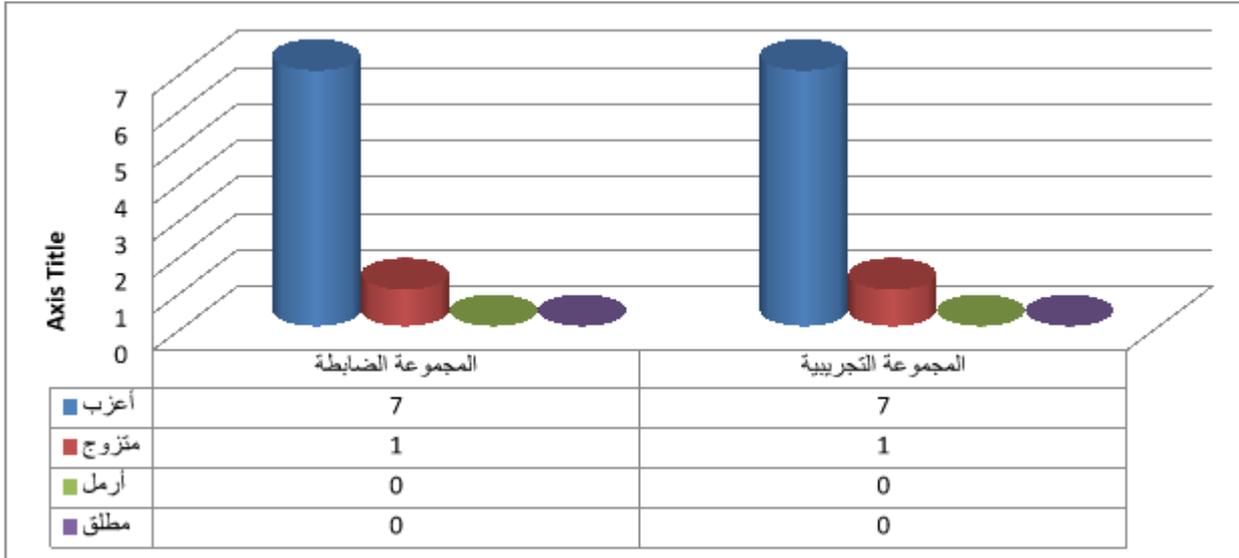


الشكل (04): يوضح التمثيل البياني لخصائص عينة البحث (المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية) حسب متغير المستوى الاقتصادي.

5.3.2. خصائص العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية:

الجدول (6) : خصائص العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية:

المجموع	الحالة الإجتماعية								مرضى السكري
	المجموعة التجريبية				المجموعة الضابطة				
	مطلق	ارمل	متزوج	أعزب	مطلق	ارمل	متزوج	أعزب	
16	0	0	1	7	0	0	1	7	



الشكل (05): يوضح التمثيل البياني لخصائص عينة البحث (المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية) حسب متغير الحالة الاجتماعية.

4.2. صعوبات البحث : من الصعوبات التي أثرت سلباً على التقدم في الدراسة جائحة كورونا التي تسببت بالغلاق وتعليق العمل في المستشفيات وإعلان حالة الطوارئ بسبب الجائحة وكذلك قلة الدراسات السابقة المماثلة لمنهج دراستنا .

5.2. متغيرات البحث :

المتغير المستقل : هو البرنامج التدريبي الذي يتكون من المهارات النفسية الاجتماعية بما يناسب حاجات أفراد العينة المستهدفة للدراسة .

المتغير التابع : المهارات النفسية الاجتماعية

هما أساس عملية البرنامج التدريبي وهناك متغيرات أخرى دخيلة متوقعة يجب ضبطها في التجربة مثل : (السن ، الجنس ، المستوى الإقتصادي ، المستوى التعليمي ، مدة المرض ، نوع السكري)

6.2. حدود الدراسة :

حدود المكانية : مركز متابعة السكري بولاية الجلفة والتي يوجد فيها مكاتب للأطباء والأخصائية النفسانية وأخصائية التغذية ، قاعة العلاج ، قاعة الإنتظار ، وقاعة الاجتماعات مكان إجراء الجلسات .

المنهج

حدود الزمانية : تمثلت في الفترة الزمنية التي أجريت فيها الدراسة ككل في السنة الدراسية 2019 / 2023 و امتد التطبيق الفعلي للبرنامج مدة 12 أسبوع ابتداء من 2023/01/09 إلى غاية 2023/03/22 .

7.2. الأدوات:

- **الدراسة النظرية :** (البيبلوغرافي) تمثلت في المصادر والمراجع العربية والأجنبية بما فيها من كتب وأطروحات ومجلات بهدف تكوين الخلفية النظرية لتساعد في إنجاز الدراسة الميدانية .
- **استمارة البيانات الشخصية :** تم تصميمها بغرض التأكد من تجانس وتكافؤ العينة في بعض المتغيرات والمتمثلة في السن والجنس والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي والحالة الاجتماعية . (الملحق)
- **مقياس المهارات النفسية الاجتماعية:**
اعتمدت الدراسة 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:

- **تعلية 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 بين 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:

المنهج

- 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
الخصائص السيكومترية لمقياس المهارات النفسية الإجتماعية :

قامت الباحثة بإجراء دراسة سيكومترية لمقياس المهارات النفسية الإجتماعية من أجل التحقق
اعتماد نتائجه في البحث من صدق وثبات المقياس وصلاحه للتطبيق .

أولا) صدق المقياس:

- صدق الاتساق الداخلي:

الجدول (7) : يبين معامل ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	معامل الارتباط		البعد	العبارة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط		البعد	العبارة
	العبارة بالبعد	البعد بالمقياس				العبارة بالبعد	البعد بالمقياس		
0.05	0.63	0.52	مهارة الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين	19	0.05	0.46	0.50	مهارة حل المشكلات واتخاذ القرار	1
		0.54		20			0.37		2
		0.47		21			0.6		3
		0.41		22			0.49		4
		0.44		23			0.45		5
		0.59		24			0.44		6
0.05	0.6	0.51	مهارة إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات	25	0.05	0.40	0.46	مهارة التفكير الإبداعي والتفكير الناقد	7
		0.36		26			0.62		8
		0.39		27			0.39		9
		0.53		28			0.36		10
		0.57		29			0.45		11
		0.53		30			0.44		12
0.05	0.58	0.31	مهارة التواصل الفعال و العلاقات البيّن شخصية	13	0.05	0.58	0.67	مهارة التواصل الفعال و العلاقات البيّن شخصية	13
		0.58		14			0.64		14
		0.64		15			0.6		15
		0.6		16			0.46		16
		0.46		17					17
				18					18

المنهج

يتضح من الجدول السابق أن قيم معامل الارتباط كلها دالة احصائياً.

- صدق البناء:

يمكن التحقق منه بمعرفة ارتباط كل بعد بالآخر وكل بعد بالمقياس ككل، حيث جاءت جميع الارتباطات دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05، كما يوضحه الجدول التالي :

الجدول (08): يبين نتائج معاملات الارتباط بين كل بعد والآخر (صدق البناء)

البعد	البعد 1	البعد 2	البعد 3	البعد 4	البعد 5
حل المشكلات واتخاذ القرار	1				
التفكير الإبداعي والتفكير الناقد	0.42	1			
التواصل الفعال و العلاقات البين شخصية	0.5	0.49	1		
الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين	0.53	0.62	0.53	1	
إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات	0.61	0.57	0.67	0.41	1
المقياس ككل	0.46	0.49	0.58	0.63	0.60

يتضح من الجدول السابق أن قيم معامل الارتباط كلها دالة احصائياً.

ثانياً ثبات المقياس:

أ- طريقة ألفا كرونباخ (Alpha Cronbach): أشارت المرغني (2017) في مقطع فيديو على اليوتيوب أن هذا الإجراء يعطينا معامل ارتباط كل فقرة مع مجموع الفقرات الأخرى، ولا بد أن تكون قيمة المعامل أكبر من 0.70 لقبول ثبات المقياس وتمريه على كامل العينة، كما هو موضح في الجدول التالي:

المنهج

الجدول (09): يبين قيم ألفا كرونباخ لأبعاد المقياس والمقياس ككل

المقياس ككل	إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات	الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين	التواصل الفعال و العلاقات بين شخصية	التفكير الإبداعي والتفكير الناقد	حل المشكلات و اتخاذ القرار	البعد
920.	890.	870.	800.	770.	0.81	قيمة ألفا كرونباخ

نلاحظ من خلال الجدول (09) أن قيمة ألفا كرونباخ = 0.92 وبالتالي يتبين أن مقياس المهارات النفسية الاجتماعية يتميز بالثبات .

ب - طريقة التجزئة النصفية (Split Half):

حيث قمنا بتقسيم المقياس إلى قسمين (الفقرات الفردية معا والزوجية معا) فكانت قيمة الثبات بطريق التجزئة النصفية 0.92 وقيم معامل الثبات موضحة في الجدول التالي:

الجدول (10) يبين ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية

المقياس ككل	إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات	الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين	التواصل الفعال و العلاقات بين شخصية	التفكير الإبداعي والتفكير الناقد	حل المشكلات و اتخاذ القرار	البعد
0.91	0.82	0.89	0.88	0.83	0.71	قيمة الثبات التجزئة النصفية

حيث اعتمدت الباحثة قيمة معامل جوتمان (Guttman)، وهذا حسب ما أوضحته الميرغني (2017) في مقطع فيديو على اليوتيوب أن معامل جوتمان لا يتطلب أن يكون التباين فيها متساوي للنصفين، كما لا يتطلب أن يكون معامل ثبات ألفا كرونباخ متساوي للنصفين.

8.2. البرنامج التدريبي :

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 وفتيات.

1.8.2. الهدف من البرنامج:

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

- يساعد البرنامج أفراد العينة على استغلال قدراتهم وإمكانيتهم الذاتية في تغيير نمط حياتهم.
- يساعد أفراد العينة على إيجاد أساليب إدارة المرض و الضغوط التي تواجههم .
- تنمية المهارات النفسية الإجتماعية .
- تزويد المرضى بالمعلومات حول السكري .
- التعرف على مسببات المرض ومضاعفته وكيفية الوقاية منه .

2.8.2. أهمية البرنامج التدريبي :

- يهتم بشريحة مرضى السكري في مركز متابعة الصحية من أجل اكتسابهم المهارات النفسية الاجتماعية التي تساعدهم على تقبل وضعهم الصحي .
- يصبح لدى المريض تفكيره المستقل الذي يمكنه من تنمية العديد من المهارات منها حل المشكلات ، اتخاذ القرارات الخ
- يجعل مرض السكري قادرا على التفاعل بينه وبين الآخرين في مجتمعه .

3.8.2. الحاجة إلى البرنامج التدريبي :

تظهر الحاجة للبرنامج التدريبي من خلال الدراسات السابقة والإطار النظري أن كل بلدان العالم يتزايد بها عدد المصابين بداء السكري باستمرار في سنوات القادمة لذا يجب ابتكار برامج علاجية مناسبة لهذه الفئة .

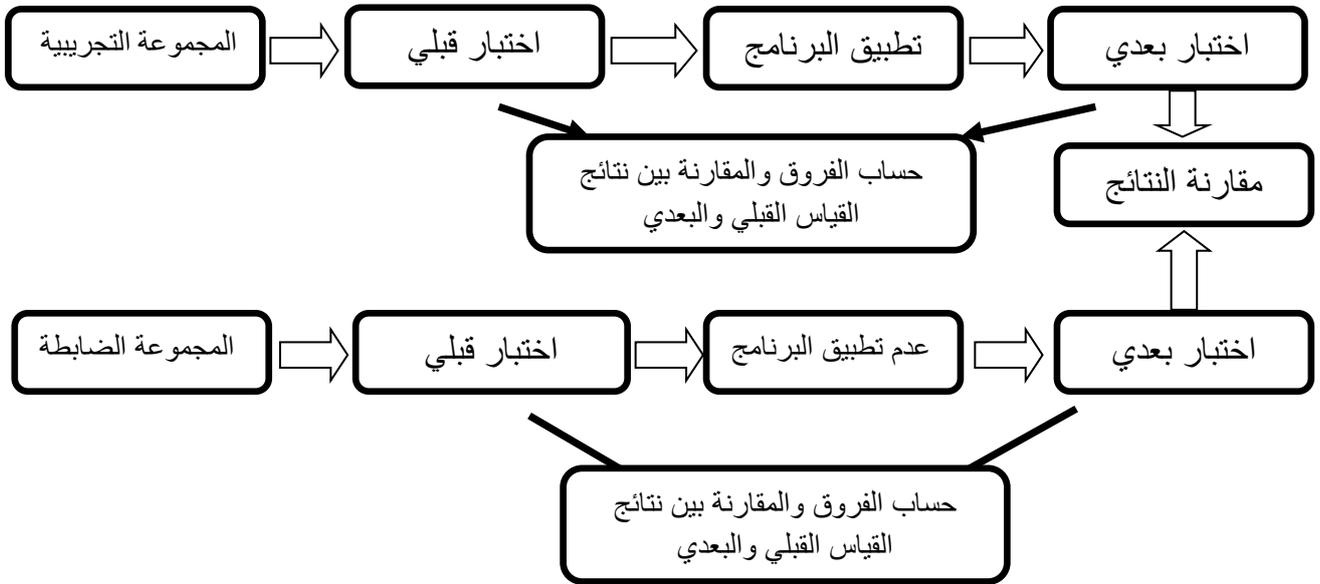
- تاكد من خلال الدراسات السابقة على وجود قصور في الاهتمام بالمهارات النفسية الاجتماعية لدى مرضى السكري .

المنهج

- إن تطبيق البرنامج التدريبي على مستوى مراكز متابعة السكري يساهم في تحقيق إستراتيجيات وتوصيات الصحة الحديثة
- إن بناء هذا البرنامج التدريبي يساهم بقدر معين في توفير خدمات علاجية متكاملة (معرفية ، انفعالية ، نفسية ، اجتماعية ،) .
- يساعد البرنامج في تدريب على المهارات النفسية الإجتماعية ككل .

4.8.2. التصميم التجريبي :

يمكن أن تخلص الباحثة الخطوات الإجرائية لهذا التصميم كما يلي :



المخطط رقم (06) يوضح التصميم التجريبي لسير الدراسة الأساسية

5.8.2. خطوات بناء البرنامج التدريبي :

- الإطلاع على مصادر الدراسات والمراجع العلمية التي اهتمت بموضوع الدراسة .
- الإطلاع على بعض الحقائق والدورات التدريبية المصممة لتنمية بعض المهارات النفسية الإجتماعية كمهارة حل المشكلات ، مهارة اتخاذ القرار ، مهارة التفكير الإبداعي مهارة التفكير الناقد ، مهارة التواصل ، مهارة الضغوط
- المقابلة مع مديرة مركز متابعة السكري بولاية الجلفة واخذ المعلومات الخاصة باخصائية عدد المرضى والموافقة على مد كافة المعلومات اللازمة للمرضى في إطار الدراسة .

المنهج

- الحصول على موافقات المرضى خطيا على تطبيق البرنامج التدريبي .
- تحديد الأهداف العامة والجزئية للبرنامج .
- تحديد محتوى البرنامج في عدة جلسات تحتوي على أهم المعارف والمهارات التي سيتم تزويد المرضى بها .
- تصميم مبدئي لجلسات البرنامج واختيار الفنيات ومحتويات كل جلسة .
- مراعاة التدرج في محتوى البرنامج التدريبي والحرص على أن يكون ترابط بين الجلسات
- عرض البرنامج على مجموعة أساتذة وأطباء وأخصائيين وخبراء والأستفادة من ملاحظاتهم وأرائهم .
- اعتماد النسخة النهائية للبرنامج بعد إجراء التجربة الإستطلاعية وضبطها .
- إجراء إختبار قبلي للمرضى ، حتى نتمكن من معرفة الأثر الذي أحدثه البرنامج التدريبي .

6.8.2. صدق البرنامج التدريبي :

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 ومعرفة آرائهم خاصة فيما يلي :

- محتوى البرنامج التي تم تحديدها .
- مناسبة أهداف كل جلسة .
- مناسبة إجراءات وتقنيات وأدوات كل جلسة .
- مناسبة التصميم التجريبي لدارسة فعالية البرنامج .
- مناسبة مقياس المعتمد لإستخلاص النتائج .

وقد تمت مراجعة الجلسات وعمل التعديلات اللازمة على البرنامج وذلك لتحسين وزيادة كفاءة وفعالية البرنامج العلاجي حيث أجمع المحكمون على صلاحية وملائمة الجلسات البرنامج وزمنه (قائمة المحكمين مرفقة مع الملاحق)

7.8.2. 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.

المنهج

- تعرف مدى ملاءمة البرنامج التدريبي لعينة البحث
 - 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.
- الجدول رقم (11) يمثل بطاقة فنية (بروتوكول) للبرنامج المقترح

اسم البرنامج	برنامج تدريبي لتنمية المهارات النفسية الإجتماعية
هدفه	مية المهارات النفسية الإجتماعية لدى مرضى السكري
عدد الجلسات	12 جلسة
مدة الجلسات	60 دقيقة
حجم العينة	08 عينة تجريبية 08 عينة ضابطة
الفئة المستهدفة	مرضى السكري
طبيعة الجلسات	مغلقة
تواترات الجلسات	مرة في الأسبوع
قيادة الجلسات	الباحثة
المساعدون	أخصائية نفسانية أخصائية التغذية
المشاركون	لبيبة بمركز متابعة السكري لبيبة تغذية بمركز متابعة السكري
مكان إجراء الجلسات	إعادة الإجتماعات لمركز متابعة السكري
الجلسات الملغاة	لا توجد

المنهج

8.8.2. 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 إحصائياً.

- 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.

9.8.2. البرنامج التدريبي في صورته النهائية

- الجدول (12) يبين تاريخ وتوقيت إجراء الجلسات التدريبية

الجلسة	عنوان الجلسة	تاريخ	الوقت
1	تعارف وبناء العلاقة التدريبية	2023/01/09	10.00 - 9.00
2	تنمية مهارة حل المشكلات	2023/01/16	10.00 - 9.00
3	بناء مهارة اتخاذ القرار	2023/01/23	10.00 - 9.00
4	تنمية مهارة التفكير الناقد	2023/01/30	10.00 - 9.00
5	تنمية مهارة التفكير الإبداعي	2023/02/06	10.00 - 9.00
6	تنمية مهارة التواصل الفعال	2023/02/13	10.00 - 9.00
7	تنمية العلاقات بين شخصية الفعالة	2023/02/20	10.00 - 9.00
8	تنمية مهارة الوعي بالذات	2023/02/27	10.00 - 9.00
9	التعاطف مع الآخرين	2023/03/05	10.00 - 9.00
10	استراتيجية مواجهة الضغوط	2023/03/13	10.00 - 9.00
11	تنمية مهارة إدارة المشاعر	2023/03/20	10.00 - 9.00
12	التقييم والختام	2023/03/23	10.00 - 9.00

10.8.2. جلسات البرنامج التدريبي :

الجلسة رقم (01)

عنوان الجلسة : تعارف - تواصل - تنظيم

زمن الجلسة : 60 دقيقة

الهدف منها : التعارف بين أعضاء العملية التدريبية (الباحثة مع المرضى والمرضى فيما بينهم)

فنيات الجلسة وأدواتها : تطبيق مقياس المهارات النفسية الإجتماعية ، محاضرة الأخصائية ، المناقشة الجماعية ، جهاز Data Show.

الجلسة الثانية (02) :

عنوانها : تنمية مهارة حل المشكلات

زمن الجلسة : 60 دقيقة

الهدف منها : التعرف على مشكلة مرض السكري وعواقبه

فنيات الجلسة وأدواتها : التمرين ، محاضرة (شرح مهارة حل المشكلات) ، التعميم (مدى إستفادة مريض السكري منها) ، جهاز Data Show.

الجلسة الثالثة (03):

عنوانها : بناء مهارة اتخاذ القرار

زمن الجلسة : 60 دقيقة .

الهدف منها : تدريب المرضى على إتخاذ قرارات مرتبطة بالسكري

فنيات الجلسة وأدواتها : التمرين ، محاضرة (شرح مهارة اتخاذ القرار) ، التعميم (مدى إستفادة مريض السكري منها) ، المناقشة والحوار ، جهاز Data Show.

الجلسة الرابعة (04):

عنوانها : تنمية مهارة التفكير الناقد

زمن الجلسة : 60 دقيقة .

الهدف منها : التعامل مع الأفكار والمشاعر السلبية .

المنهج

فنيات الجلسة وأدواتها : التمرين ، محاضرة (شرح مهارة التفكير الناقد) ، التعميم (مدى إستفادة مريض السكري منها) ، المناقشة والحوار ، جهاز Data Show .

الجلسة الخامسة (05) :

عنوانها : تنمية مهارة التفكير الإبداعي

زمن الجلسة : 60 دقيقة .

الهدف منها : القدرة على مواجهة تحديات المرض .

فنيات الجلسة وأدواتها : التمرين ، محاضرة (شرح مهارة التفكير الإبداعي) ، التعميم (مدى إستفادة مريض السكري منها) ، المناقشة والحوار ، جهاز Data Show .

الجلسة السادسة (06) :

عنوانها : تنمية مهارة التواصل الفعال

زمن الجلسة : 60 دقيقة .

الهدف منها :

فنيات الجلسة وأدواتها : التمرين ، محاضرة (شرح مهارة التواصل الفعال) ، التعميم (مدى إستفادة مريض السكري منها) ، المناقشة والحوار ، جهاز Data Show .

الجلسة السابعة (07) :

عنوانها : تنمية العلاقات بين شخصية الفعالة

زمن الجلسة : 60 دقيقة .

الهدف منها : قدرة المريض على التأثير والتأثر الإجتماعي .

فنيات الجلسة وأدواتها : التمرين ، محاضرة (شرح مهارة العلاقات بين الشخصية الفعالة) ، التعميم (مدى إستفادة مريض السكري منها) ، المناقشة والحوار ، جهاز Data Show .

الجلسة الثامنة (08) :

عنوانها : تنمية مهارة الوعي بالذات

زمن الجلسة : 60 دقيقة .

المنهج

الهدف منها : تعرف المرضى على مصادر الوعي بالذات .

فنيات الجلسة وأدواتها : التمرين ، محاضرة (شرح مهارة الوعي بالذات) ، التعميم (مدى إستفادة مريض السكري منها) ، المناقشة والحوار ، جهاز Data Show .

الجلسة التاسعة (09) :

عنوانها : التعاطف مع الآخرين

زمن الجلسة : 60 دقيقة .

الهدف منها : تعرف على أهم عناصر عملية التعاطف .

فنيات الجلسة وأدواتها : التمرين ، محاضرة (شرح مهارة الوعي بالذات) ، التعميم (مدى إستفادة مريض السكري منها) ، المناقشة والحوار ، جهاز Data Show .

الجلسة العاشرة (10) :

عنوانها : استراتيجية مواجهة الضغوط

زمن الجلسة : 60 دقيقة .

الهدف منها : خفض الضغوط النفسية لدى مرضى السكري.

فنيات الجلسة وأدواتها : التمرين ، محاضرة (شرح استراتيجية مواجهة الضغوط) ، التعميم (مدى إستفادة مريض السكري منها) ، المناقشة والحوار ، جهاز Data Show .

الجلسة الحادية عشر (11) :

عنوانها : تنمية مهارة إدارة المشاعر

زمن الجلسة : 60 دقيقة

الهدف منها : اكتساب المرضى أساليب التعبير عن المشاعر .

فنيات الجلسة وأدواتها : التمرين ، محاضرة (شرح مهارة ادارة المشاعر) ، التعميم (مدى إستفادة مريض السكري منها) ، المناقشة والحوار ، جهاز Data Show .

الجلسة الثانية عشر (12) :

عنوانها : التقييم والختام

زمن الجلسة : 60 دقيقة .

الهدف منها : إجراء القياس البعدي .

فنيات الجلسة وأدواتها : المناقشة الجماعية ، القياس البعدي من خلال تطبيق مقياس المهارت النفسية الإجتماعية .

الأدوات والأجهزة المستخدمة:

- جهاز حاسوب

- جهاز Data Show

- سبورة

- مطويات ورقية توجيهية

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم تحليل النتائج من خلال برنامج spss 25 وقد تم استخدام الأدوات الإحصائية

التالية:

الوسط الحسابي.

الانحراف المعياري.

معامل الارتباط بيرسون.

اختبار " ت "

اختبار تجانس التباين.

النسب المئوية .

معادلة ألفا كرونباخ .

اختبار ستيودنت.

النتائج

النتائج

3- النتائج :

3-1- عرض وتحليل النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى: مستوى المهارات النفسية الاجتماعية لدى مرضى داء السكري متوسط.

مستوى المهارات النفسية الاجتماعية

➤ المعايير الخاصة بمقياس المهارات النفسية الاجتماعية: لقد حددت الباحثة مستوى المهارات النفسية الاجتماعية وفق خمس مستويات لأبعاد المقياس الخمسة (حل المشكلات / اتخاذ القرار، التفكير النقدي / التفكير الإبداعي، التواصل الفعال / العلاقات البين شخصية الفعالة، الوعي بالذات / التعاطف مع الآخرين، إدارة الضغوط / إدارة الإنفعالات)، وهي موضحة في الجدول التالي:

الجدول (13): مستويات درجات أبعاد مقياس المهارات النفسية الاجتماعية والمقياس ككل.

مرتفع جدا	مرتفع	متوسط	منخفض	منخفض جدا	المستوى
30-26	25-21	20-16	15-11	10-6	حل المشكلات / اتخاذ القرار
30-26	25-21	20-16	15-11	10-6	التفكير النقدي / التفكير الإبداعي
30-26	25-21	20-16	15-11	10-6	التواصل الفعال / العلاقات البين شخصية الفعالة
30-26	25-21	20-16	15-11	10-6	الوعي بالذات / التعاطف مع الآخرين
30-26	25-21	20-16	15-11	10-6	إدارة الضغوط / إدارة الإنفعالات
150-126	125-102	101-78	77-54	53-30	المقياس ككل

من خلال الجدول (13) يتبين لنا أن : إذا كانت أبعاد مقياس المهارات النفسية الاجتماعية في

- بعد مهارة حل المشكلات واتخاذ القرار منخفض جدا + بعد مهارة التفكير النقدي و التفكير الإبداعي منخفض جدا + بعد مهارة التواصل الفعال و العلاقات البين شخصية الفعالة منخفض جدا + بعد مهارة الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين منخفض جدا + بعد مهارة إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات منخفض جدا = مستوى المهارات النفسية الاجتماعية منخفض جدا

- بعد مهارة حل المشكلات واتخاذ القرار منخفض + بعد مهارة التفكير النقدي و التفكير الإبداعي منخفض + بعد مهارة التواصل الفعال و العلاقات البين شخصية الفعالة منخفض + بعد مهارة الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين منخفض + بعد مهارة إدارة

النتائج

الضغوط و إدارة الإنفعالات منخفض = مستوى المهارات النفسية الإجتماعية منخفض

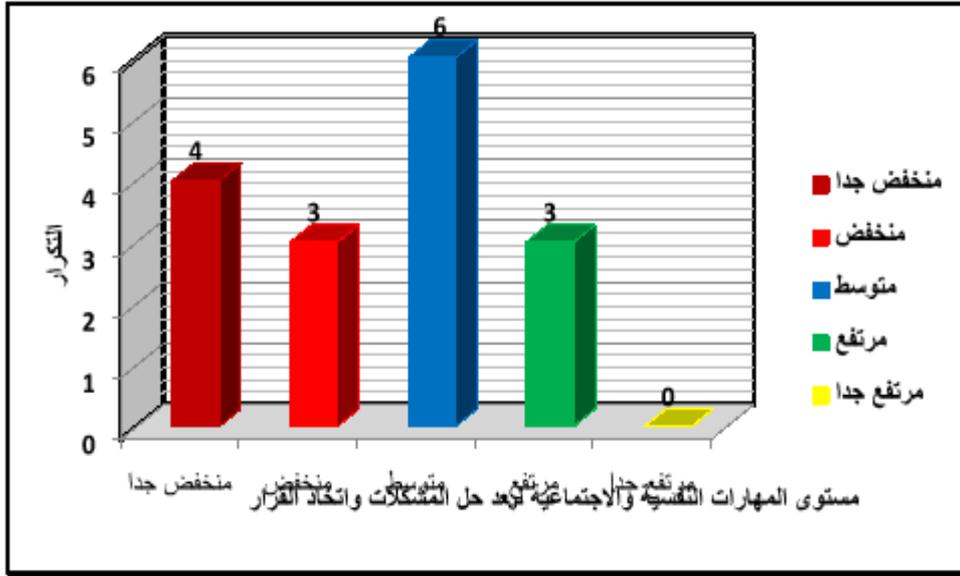
- بعد مهارة حل المشكلات واتخاذ القرار متوسط + بعد مهارة التفكير النقدي و التفكير الإبداعي متوسط + بعد مهارة التواصل الفعال و العلاقات البين شخصية الفعالة متوسط + بعد مهارة الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين متوسط + بعد مهارة إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات متوسط = مستوى المهارات النفسية الإجتماعية متوسط
- بعد مهارة حل المشكلات واتخاذ القرار مرتفع + بعد مهارة التفكير النقدي و التفكير الإبداعي مرتفع + بعد مهارة التواصل الفعال و العلاقات البين شخصية الفعالة مرتفع + بعد مهارة الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين مرتفع + بعد مهارة إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات مرتفع = مستوى المهارات النفسية الإجتماعية مرتفع
- بعد مهارة حل المشكلات واتخاذ القرار مرتفع جدا + بعد مهارة التفكير النقدي و التفكير الإبداعي مرتفع جدا + بعد مهارة التواصل الفعال و العلاقات البين شخصية الفعالة مرتفع جدا + بعد مهارة الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين مرتفع جدا + بعد مهارة إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات مرتفع جدا = مستوى المهارات النفسية الإجتماعية مرتفع جدا

3-1-1- البعد الأول " مهارة حل المشكلات / اتخاذالقرار ":

الجدول (14): نتائج البعد الأول " مهارة حل المشكلات / اتخاذالقرار "

التقييم	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	التكرار	المستوى
منخفض	4.84	15.37	25%	04	منخفض جدا
			19%	03	منخفض
			37%	06	متوسط
			19%	03	مرتفع
			00%	00	مرتفع جدا
			100%	16	المجموع

النتائج



الشكل (07): يوضح التمثيل البياني لنتائج البعد الأول " مهارة حل المشكلات / اتخاذ القرار "

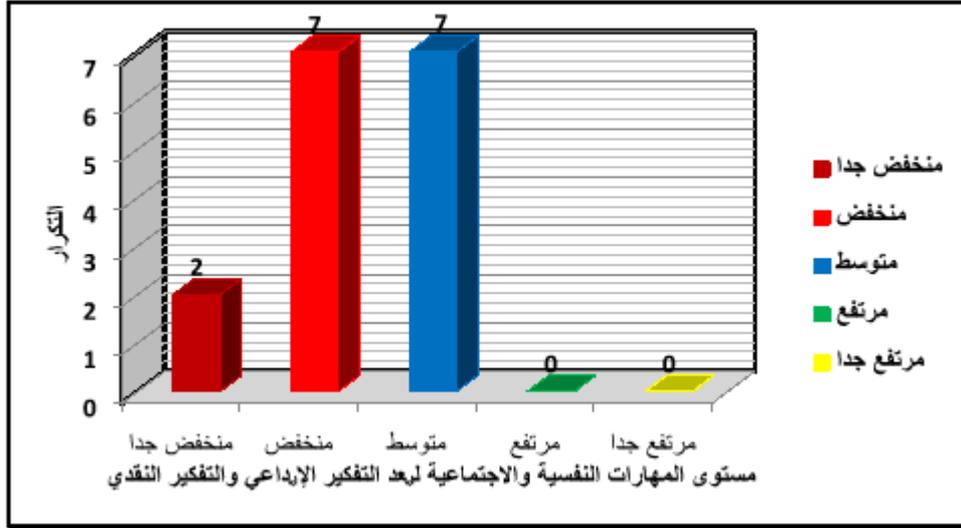
من خلال الجدول (14) الذي يمثل نتائج البعد الأول " مهارة حل المشكلات و اتخاذ القرار ، والشكل (07) التمثيل البياني لنتائجه ، نلاحظ مستوى المهارات النفسية الإجتماعية في بعد حل المشكلات واتخاذ القرار منخفض جدا بنسبة 25% ، ومنخفض بنسبة 19% ، ومتوسط بنسبة 37% ، ومرتفع 19%، ومرتفع جداً 00% لدى عينة الدراسة ، حيث بلغ المتوسط الحسابي (15.37) بانحراف معياري (4.84)، وهذا يدل على أن مستوى المهارات النفسية الإجتماعية في بعد حل المشكلات واتخاذ القرار منخفض وفق تقييم مقياس المهارات النفسية الإجتماعية

3-1-2- البعد الثاني " التفكير النقدي / التفكير الإبداعي ":

الجدول (15): نتائج بعد التفكير النقدي / التفكير الإبداعي "

التقييم	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	التكرار	المستوى
منخفض	3.19	25.25	12%	02	منخفض جدا
			44%	07	منخفض
			44%	07	متوسط
			00%	00	مرتفع
			00%	00	مرتفع جدا
			100%	16	المجموع

النتائج



الشكل رقم(08): التمثيل البياني لنتائج البعد الثاني " مهارة التفكير النقدي والتفكير الإبداعي

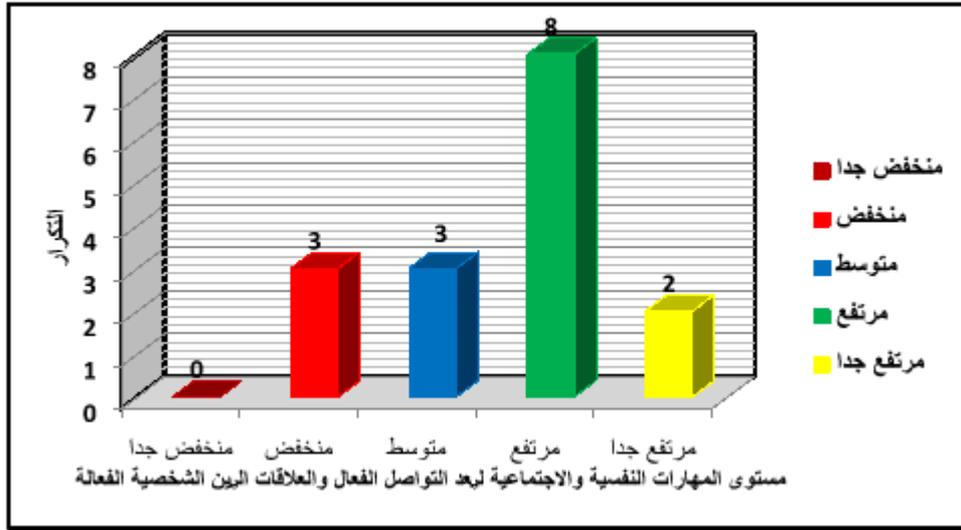
من خلال الجدول (15) الذي يمثل نتائج البعد الأول " مهارة التفكير النقدي والتفكير الإبداعي والشكل (08) التمثيل البياني لنتائجه ، نلاحظ مستوى المهارات النفسية الإجتماعية في بعد التفكير النقدي والتفكير الإبداعي منخفض جدا بنسبة 12% ، ومنخفض بنسبة 44% ومتوسط بنسبة 44% ، ومرتفع 00%، ومرتفع جداً 00% لدى عينة الدراسة ، حيث بلغ المتوسط الحسابي (25.25) بانحراف معياري (3.19)، وهذا يدل على أن مستوى المهارات النفسية الإجتماعية في بعد التفكير النقدي والتفكير الإبداعي منخفض وفق تقييم مقياس المهارات النفسية الإجتماعية

3-1-3- البعد الثالث " التواصل الفعال / العلاقات البين شخصية الفعالة ":

الجدول (16): نتائج بعد التواصل الفعال / العلاقات البين شخصية الفعالة "

التقييم	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	التكرار	المستوى
متوسط	3.92	20.93	00%	00	منخفض جدا
			19%	03	منخفض
			19%	03	متوسط
			50%	08	مرتفع
			12%	02	مرتفع جدا
			100%	16	المجموع

النتائج



الشكل رقم(09): التمثيل البياني لنتائج البعد الثالث " التواصل الفعال / العلاقات بين شخصية الفعالة "

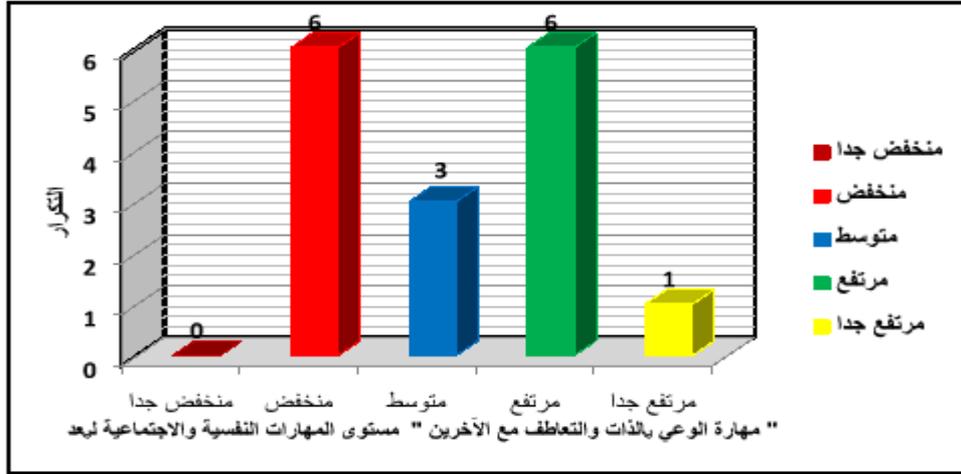
من خلال الجدول (16) الذي يمثل نتائج البعد الأول " مهارة التواصل الفعال والعلاقات بين الشخصية الفعالة ، والشكل (09) التمثيل البياني لنتائجه ، نلاحظ مستوى المهارات النفسية الإجتماعية في بعد التواصل الفعال والعلاقات بين الشخصية الفعالة منخفض جداً بنسبة 00% ، ومنخفض بنسبة 19% ، ومتوسط بنسبة 19% ، ومرتفع 50%، ومرتفع جداً 12% لدى عينة الدراسة ، حيث بلغ المتوسط الحسابي (20.93) بانحراف معياري (3.92)، وهذا يدل على أن مستوى المهارات النفسية الإجتماعية في بعد التواصل الفعال والعلاقات بين الشخصية الفعالة متوسط وفق تقييم مقياس المهارات النفسية الإجتماعية

3-1-4- البعد الرابع " الوعي بالذات / التعاطف مع الآخرين":

الجدول (17): نتائج بعد الوعي بالذات / التعاطف مع الآخرين":

التقييم	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	التكرار	المستوى
متوسط	4.67	18.87	00%	00	منخفض جداً
			37%	06	منخفض
			19%	03	متوسط
			37%	06	مرتفع
			06%	01	مرتفع جداً
			100%	16	المجموع

النتائج



الشكل رقم(10): التمثيل البياني لنتائج البعد الرابع " مهارة الوعي بالذات والتعاطف مع الآخرين "

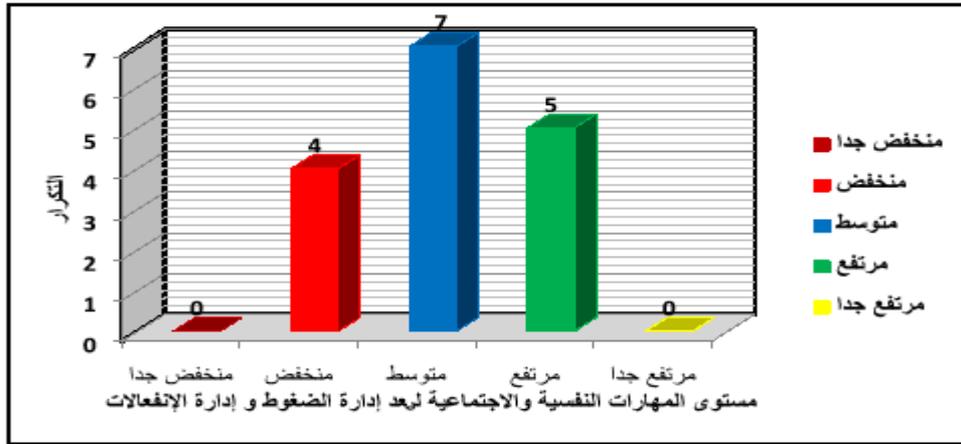
من خلال الجدول (17) الذي يمثل نتائج البعد الأول " مهارة الوعي بالذات والتعاطف مع الآخرين " ، والشكل (10) التمثيل البياني لنتائجه ، نلاحظ مستوى المهارات النفسية الإجتماعية في بعد الوعي بالذات والتعاطف مع الآخرين منخفض جدا بنسبة 00% ومنخفض بنسبة 37% ، ومتوسط بنسبة 19% ، ومرتفع 37% ، ومرتفع جداً 06% لدى عينة الدراسة ، حيث بلغ المتوسط الحسابي (18.87) بانحراف معياري (4.67)، وهذا يدل على أن مستوى المهارات النفسية الإجتماعية في بعد الوعي بالذات والتعاطف مع الآخرين متوسط وفق تقييم مقياس المهارات النفسية الإجتماعية

3-1-5- البعد الخامس " إدارة الضغوط / إدارة الإنفعالات ":

الجدول (18): نتائج بعد إدارة الضغوط / إدارة الإنفعالات "

التقييم	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	التكرار	المستوى
متوسط	3.67	18.75	00%	00	منخفض جدا
			25%	04	منخفض
			44%	07	متوسط
			31%	05	مرتفع
			00%	00	مرتفع جدا
			100%	16	المجموع

النتائج



الشكل رقم(11): التمثيل البياني لنتائج البعد الخامس " مهارة إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات "

من خلال الجدول (18) الذي يمثل نتائج البعد الأول " مهارة إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات والشكل (11) التمثيل البياني لنتائجه ، نلاحظ مستوى المهارات النفسية الإجتماعية في بعد مهارة إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات منخفض جدا بنسبة 00% ، ومنخفض بنسبة 25% ، ومتوسط بنسبة 44% ، ومرتفع 31%، ومرتفع جداً 00% لدى عينة الدراسة ، حيث بلغ المتوسط الحسابي (18.75) بانحراف معياري (3.67)، وهذا يدل على أن مستوى المهارات النفسية الإجتماعية في بعد مهارة إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات متوسط وفق تقييم مقياس المهارات النفسية الإجتماعية

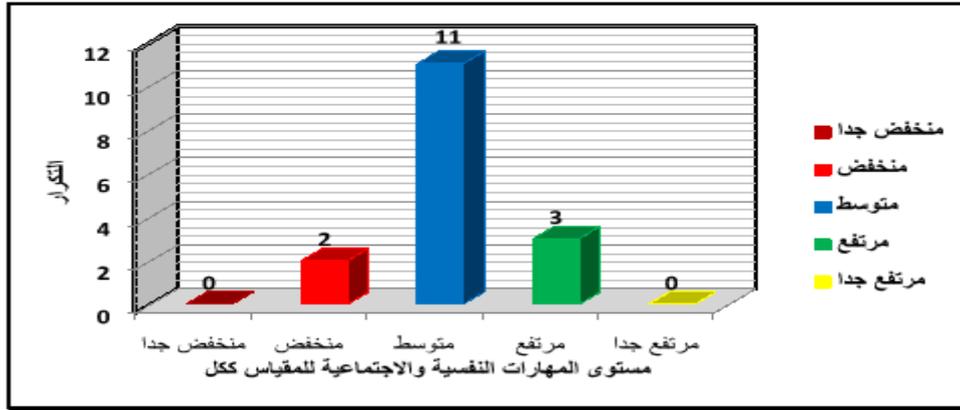
مقياس المهارات النفسية الاجتماعية ككل:

أولاً- حسب مستوى مقياس المهارات النفسية الاجتماعية ككل:

الجدول (19): نتائج مقياس المهارات النفسية الإجتماعية "

التقييم	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	التكرار	المستوى
متوسط	11.83	89.18	00%	00	منخفض جدا
			12%	02	منخفض
			69%	11	متوسط
			19%	03	مرتفع
			00%	00	مرتفع جدا
			%100	16	المجموع

النتائج



الشكل رقم(12): التمثيل البياني لنتائج مقياس المهارات النفسية الإجتماعية

من خلال نتائج التحليل الإحصائي الموضحة في الجدول (19) الذي يبين نتائج مقياس المهارات النفسية الإجتماعية ككل منخفض جدا بنسبة 00% ، ومنخفض بنسبة 12% ، ومتوسط بنسبة 69% ، ومرتفع 19%، ومرتفع جداً 00% لدى عينة الدراسة ، حيث بلغ المتوسط الحسابي (89.18) بانحراف معياري (11.83)، وهذا يشير على أن مستوى المهارات النفسية الإجتماعية متوسط وفق تقييم مقياس المهارات النفسية الإجتماعية

ثانياً - حسب تقييم أبعاد مقياس المهارات النفسية الإجتماعية :

الجدول (20) : نتائج الأبعاد الخمسة ومقياس المهارات النفسية الإجتماعية ككل

الأبعاد	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى المهارات النفسية الإجتماعية
بعد حل المشكلات و اتخاذالقرار	19%	15.37	4.84	منخفض
بعد التفكير الابداعي و التفكير النقدي	44%	25.25	3.19	منخفض
بعد التواصل الفعال و العلاقات بين شخصية الفعالة	19%	20.93	3.92	متوسط
بعد الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين	19%	18.87	4.67	متوسط
بعد إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات	44%	18.75	3.67	متوسط
المقياس المهارات النفسية الإجتماعية	69%	89.18	11.83	متوسط

توضح النتائج المبينة في الجدول (20) أن مستوى المهارات النفسية الإجتماعية كان منخفضاً في بعد مهارة حل المشكلات واتخاذ القرار حيث بلغت الاستجابة عليه 19% و قيمة المتوسط الحسابي (15,37) والانحراف المعياري (4.84) ، وكان منخفضاً في بعد التفكير الإبداعي والتفكير النقدي حيث بلغت نسبة الإستجابة عليه 44% وقيمة المتوسط الحسابي (25.25) والانحراف المعياري (3.19) ، وكان متوسطاً في بعد التواصل الفعال والعلاقات بين الشخصية الفعالة حيث بلغت نسبة الإستجابة عليه 19% وقيمة المتوسط الحسابي (20.93) والانحراف المعياري (3.92) ، وكان متوسطاً في بعد الوعي بالذات والتعاطف مع الآخرين حيث بلغت نسبة الإستجابة عليه (18.87) والانحراف المعياري (4.67) ، وكان متوسطاً في بعد إدارة

النتائج

الضغوط وإدارة الإنفعالات حيث بلغت نسبة الإستجابة عليه 44% وقيمة المتوسط الحسابي (18.75) والانحراف المعياري (3.67) ، أما مستوى مقياس المهارات النفسية الإجتماعية للمقياس ككل لدى عينة الدراسة كان متوسطاً بنسبة 69% والمتوسط الحسابي بلغ (89.18) والانحراف المعياري (11.83) ، أي أن مستوى المهارات النفسية الإجتماعية متوسط لدى عينة الدراسة .

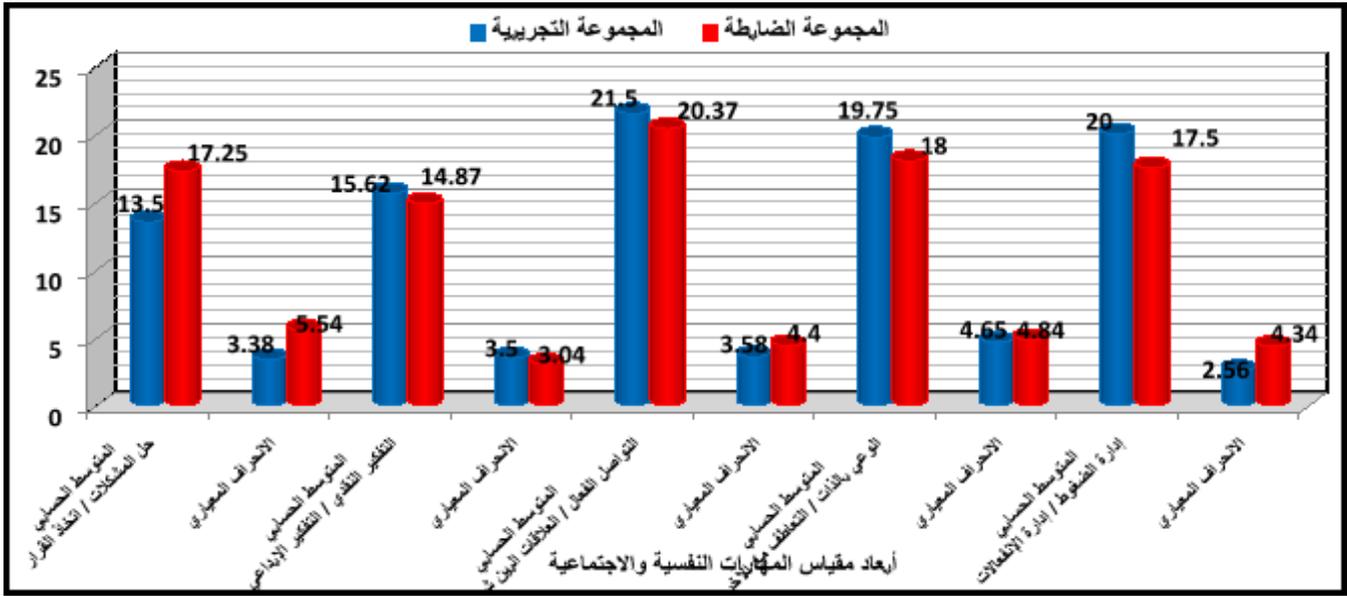
2.3. عرض وتحليل النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية: لا توجد فروق معنوية (دالة إحصائية) بين متوسطي درجات القياس القبلي لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى المهارات النفسية الاجتماعية.

3-2-1- نتائج القياس القبلي للمجموعتين الضابطة والتجريبية:

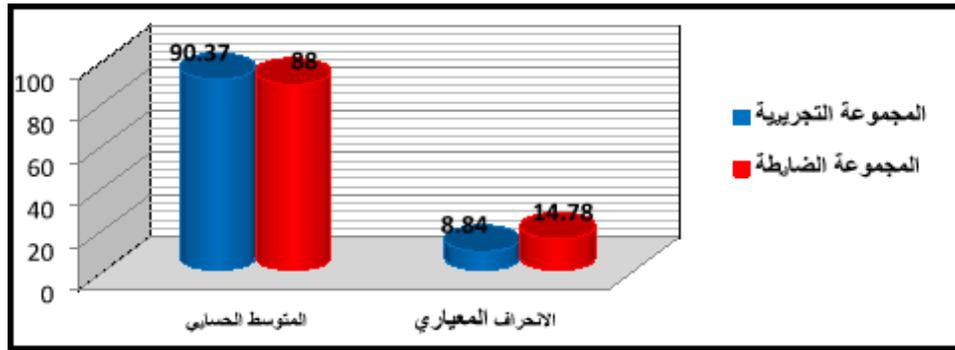
الجدول(21) : الإحصاءات الوصفية لنتائج القياس القبلي للمجموعة الضابطة والتجريبية

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 البين 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 الإنفعالات	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

النتائج



الشكل (13) التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي للمجموعتين الضابطة والتجريبية لأبعاد المقياس



الشكل (14) التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي للمجموعة الضابطة والتجريبية للمقياس ككل

من خلال الجدول (21) الذي يبين نتائج القياس القبلي للمجموعة الضابطة والتجريبية لنتائج القياس القبلي للمجموعة الضابطة والتجريبية لأبعاد مقياس المهارات النفسية الإجتماعية ، والشكل (14) التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي للمجموعة الضابطة والتجريبية للمقياس ككل ، نلاحظ أن

بعد مهارة حل المشكلات واتخاذ القرار كانت نتائج المجموعة التجريبية في قيمة المتوسط الحسابي (13.50) بانحراف معياري قدره (3.38) ، أما نسبة الإختلاف فبلغت (25.03) ، وبالنسبة للمجموعة الضابطة فكانت قيمة المتوسط الحسابي (17.25) بانحراف معياري قدره (5.54) ، أما بالنسبة إلى معامل الإختلاف 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 الإختلاف فبلغت 22.4 ، وبالنسبة للمجموعة الضابطة فكانت قيمة المتوسط الحسابي (14.87) بانحراف معياري قدره (3.04) ، أما بالنسبة إلى معامل الإختلاف فبلغت 20.44

النتائج

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

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

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

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

النتائج

3-2-2- الفرق بين القياس القبلي للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية:

الجدول (22): الفرق 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 الفرق
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 الإنفعالات	-1.402			0.18	غير دال
المقياس ككل	-0.390			0.70	غير دال

من خلال الجدول (22) 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) لبعده حل المشكلات واتخاذ القرار، و(-0.457) لبعده التفكير النقدي و التفكير الإبداعي و(-0.560) لبعده التواصل الفعال والعلاقات البين شخصية الفعالة و(-0.737) لبعده الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين و(-1.402) لبعده إدارة الضغوط / إدارة الإنفعالات و(-0.390) المقياس ككل .

بالإضافة إلى القيمة الإحصائية 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 .

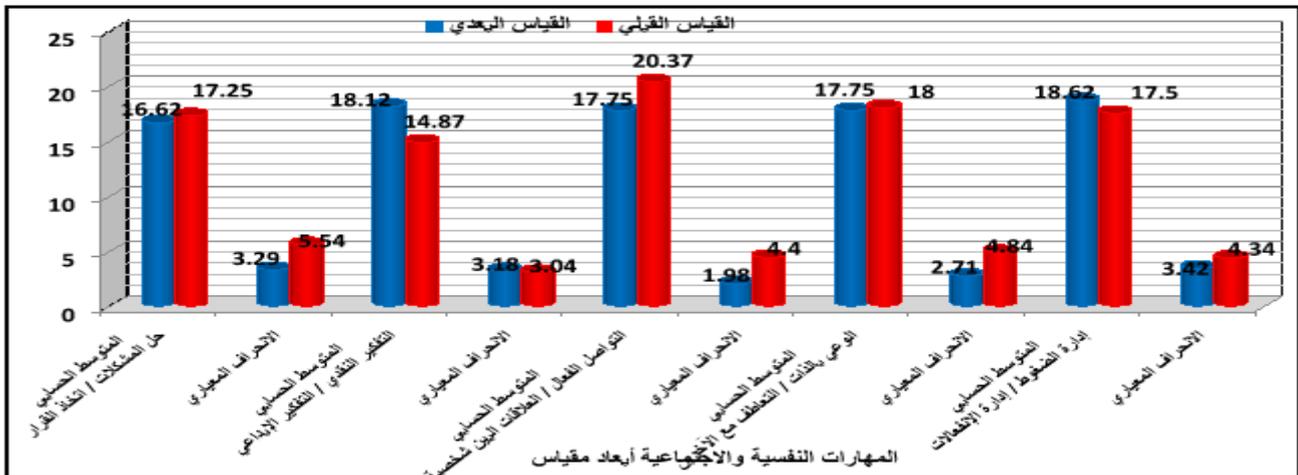
3-3- عرض وتحليل النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة: لا توجد فروق معنوية (دالة إحصائية) بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة الضابطة في مستوى المهارات النفسية الاجتماعية.

النتائج

1-3-3- نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة:

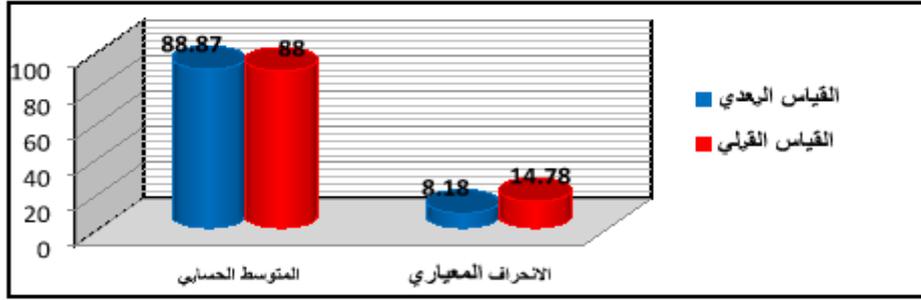
الجدول (23): الإحصاءات الوصفية لنتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة

الأبعاد	القياس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
حل المشكلات / اتخاذ القرار	القبلي	08	17.25	5.54
	البعدي		16.62	3.29
التفكير النقدي / التفكير الإبداعي	القبلي	08	14.87	3.04
	البعدي		18.12	3.18
التواصل الفعال / العلاقات بين شخصية الفعالة	القبلي	08	20.37	4.40
	البعدي		17.75	1.98
الوعي بالذات / التعاطف مع الآخرين	القبلي	08	18.00	4.84
	البعدي		17.75	2.71
إدارة الضغوط / إدارة الإنفعالات	القبلي	08	17.50	4.34
	البعدي		18.62	3.42
المقياس ككل	القبلي	08	88.00	14.78
	البعدي		88.87	8.18



النتائج

الشكل (15): التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة لأبعاد المقياس



الشكل (16): التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة للمقياس ككل

من خلال الجدول (23) الذي يبين نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة والشكل (15) التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة لأبعاد مقياس المهارات النفسية الإجتماعية ، والشكل (16) التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة للمقياس ككل ، نلاحظ أن في :

بعد مهارة حل المشكلات واتخاذ القرار كانت نتائج القياس البعدي في قيمة المتوسط الحسابي (16.62) بانحراف معياري قدره (3.29) ، أما بالنسبة للقياس القبلي فكانت قيمة المتوسط الحسابي (17.25) بانحراف معياري قدره (5.54)

بعد مهارة التفكير النقدي والتفكير الإبداعي كانت نتائج القياس البعدي في قيمة المتوسط الحسابي (18.12) بانحراف معياري قدره (3.18) ، أما بالنسبة للقياس القبلي فكانت قيمة المتوسط الحسابي (14.87) بانحراف معياري قدره (3.04)

بعد مهارة التواصل الفعال و العلاقات البين شخصية الفعالة كانت نتائج القياس البعدي في قيمة المتوسط الحسابي (17.75) بانحراف معياري قدره (1.98) ، أما بالنسبة للقياس القبلي فكانت قيمة المتوسط الحسابي (20.37) بانحراف معياري قدره (4.40)

بعد مهارة الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين كانت نتائج القياس البعدي في قيمة المتوسط الحسابي (17.75) بانحراف معياري قدره (2.71) ، أما بالنسبة للقياس القبلي فكانت قيمة المتوسط الحسابي (18.00) بانحراف معياري قدره (4.84)

أما بعد مهارة إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات كانت نتائج القياس البعدي في قيمة المتوسط الحسابي (18.62) بانحراف معياري قدره (3.42) ، أما بالنسبة للقياس القبلي فكانت قيمة المتوسط الحسابي (17.50) بانحراف معياري قدره (3.34)

وفي ما يخص مقياس المهارات النفسية الإجتماعية ككل فكانت نتائج القياس البعدي في قيمة المتوسط الحسابي (88.87) بانحراف معياري قدره (8.18) ، أما بالنسبة للقياس القبلي فكانت قيمة المتوسط الحسابي (88.00) بانحراف معياري قدره (14.78)

النتائج

2-3-3- الفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة:

الجدول (24): الفروق القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

أبعاد المقياس	(T-test) المحسوبة	Df	(T-test) الجدولة	p.value (sig)	دلالة الفروق
حل المشكلات / اتخاذ القرار	0.210	07	2.365	0.83	غير دال
التفكير النقدي / التفكير الإبداعي	1.914			0.09	غير دال
التواصل الفعال / العلاقات البين شخصية الفعالة	1.301			0.23	غير دال
الوعي بالذات / التعاطف مع الآخرين	0.118			0.90	غير دال
إدارة الضغوط / إدارة الإنفعالات	0.455			0.66	غير دال
المقياس ككل	0.115			0.91	غير دال

من خلال الجدول (24) والشكل (15) نلاحظ عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي للمجموعة الضابطة في جميع أبعاد مقياس المهارات النفسية الإجتماعية والمقياس ككل ، حيث بلغت قيمة " ت " المحسوبة لأبعاد المقياس (0.210) لبعد حل المشكلات واتخاذ القرار ، و (1.914) لبعد التفكير النقدي والتفكير الإبداعي ، و (1.301) لبعد التواصل الفعال و العلاقات البين شخصية الفعالة ، و (0.118) لبعد الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين ، و (0.455) لبعد إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات كما بلغت قيمة " ت " المحسوبة للمقياس ككل (0.115) ، بالإضافة إلى القيمة الاحتمالية (sig) التي جاءت قيمها بالنسبة لأبعاد المقياس على التوالي (0.83) ، (0.09) ، (0.23) ، (0.90) ، (0.66) ، (0.91) للمقياس ككل ، وهي أكبر من مستوى الدلالة 5 %

من خلال القراءة المقدمة لنتائج الاختبار القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة والموضحة في الجدول (24) نستنتج أنه لا توجد فروق (معنوية) ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي للمجموعة الضابطة و المجموعة التجريبية ، أي أن مستوى المرضى أفراد المجموعة الضابطة لم يتغير وهذا لعدم تطبيق البرنامج التدريبي المقترح عليهم .

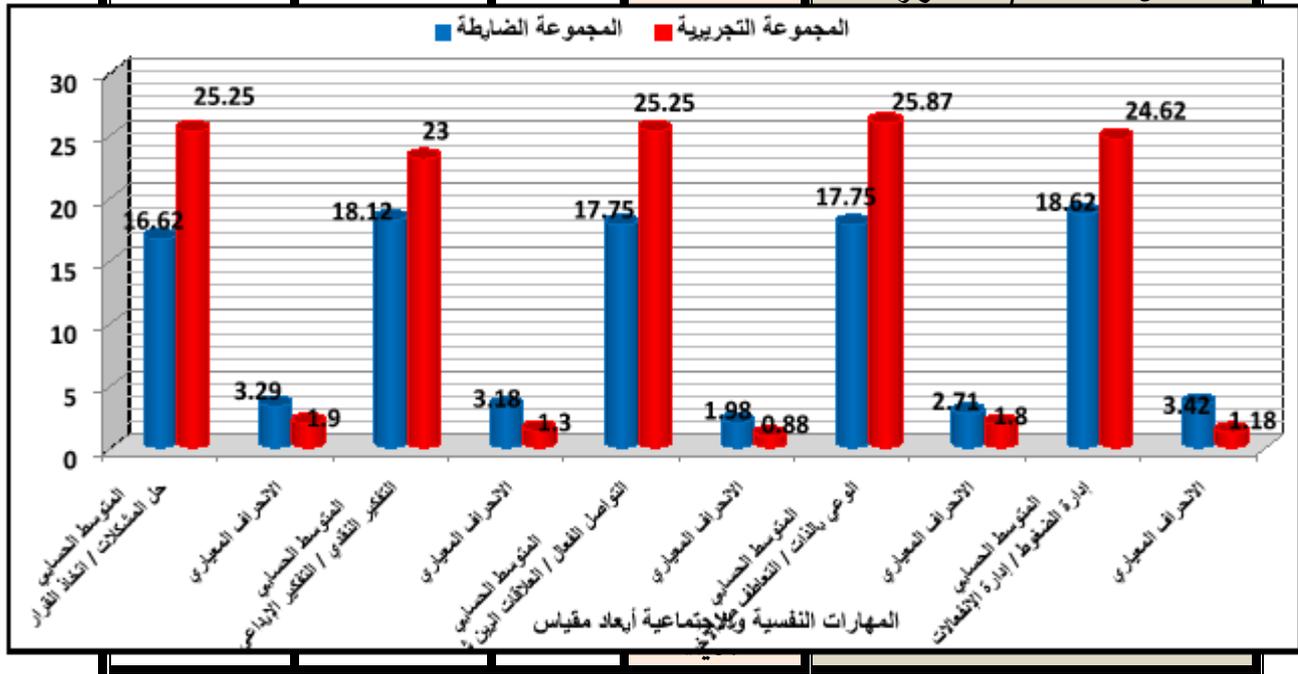
3-4- عرض وتحليل النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة: توجد فروق معنوية (دالة إحصائية) بين متوسطي درجات القياس البعدي لأفراد المجموعة الضابطة و المجموعة التجريبية في مستوى المهارات النفسية الاجتماعية ولصالح التجريبية .

النتائج

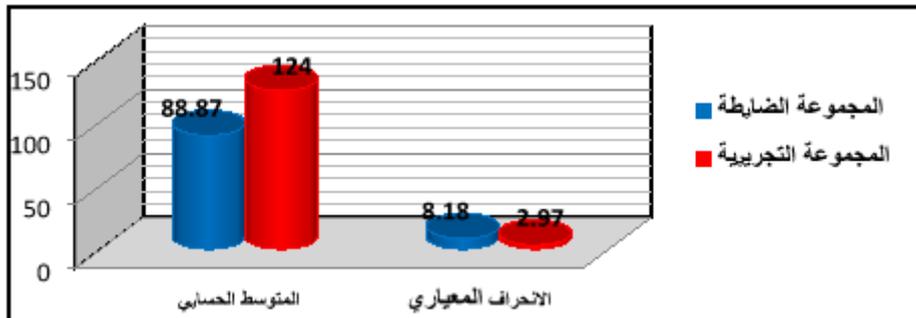
3-4-1- نتائج القياس البعدي لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية:

الجدول (25) 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



الشكل (17) نتائج القياس البعدي لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية لأبعاد المقياس



الشكل (18): التمثيل البياني لنتائج القياس البعدي لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية للمقياس ككل

النتائج

من خلال الجدول (25) الذي يبين نتائج القياس البعدي لأفراد المجموعة الضابطة والتجريبية لنتائج القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية لأبعاد مقياس المهارات النفسية الإجتماعية 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 و العلاقات 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 و التعاطف 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 و إدارة الإنفعالات 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 الإجتماعية 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) .

3-4-2- الفروق بين القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية:

الجدول (26): الفروق بين القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية عند مستوى الدلالة (0.05)
($\alpha=$

النتائج

أبعاد المقياس	(T-test) المحسوبة	Df	(T-test) المجدولة	p.value (sig)	دلالة الفرق	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 الإنفعالات	-4.688			0.00	دال	0.78	كبير
المقياس ككل	-11.408			0.00	دال	0.94	كبير

من خلال الجدول (26) نلاحظ وجود فروق دالة إحصائية بين القياس البعدي للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في جميع أبعاد مقياس المهارات النفسية الإجتماعية والمقياس ككل حيث بلغت قيمة " ت " لأبعاد المقياس (-6.418) لبعده حل المشكلات واتخاذ القرار و(-4.007) لبعده التفكير النقدي و التفكير الإبداعي و(-9.770) لبعده التواصل الفعال والعلاقات البين شخصية الفعالة و(-7.050) لبعده الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين و(-4.688) لبعده إدارة الضغوط / إدارة الإنفعالات و(-11.408) المقياس ككل وهي أقل من مستوى الدلالة

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

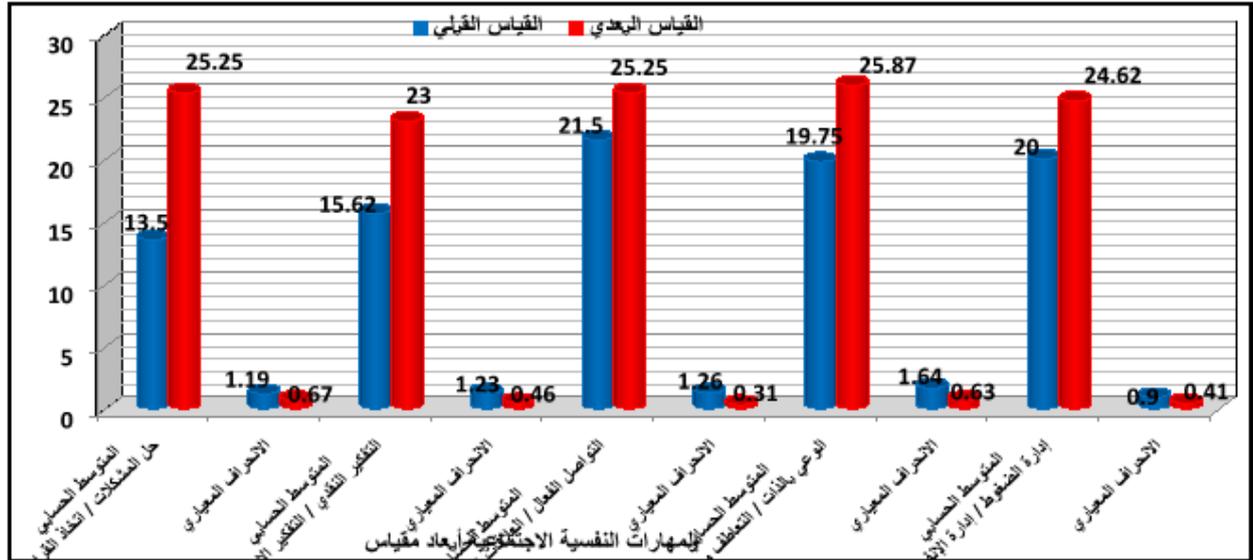
3-5- عرض وتحليل النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة: توجد فروق معنوية (دالة إحصائية) بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية في مستوى المهارات النفسية الاجتماعية ولصالح البعدي .

3-5-1- نتائج القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية:

الجدول (27) الإحصاءات الوصفية لنتائج القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية.

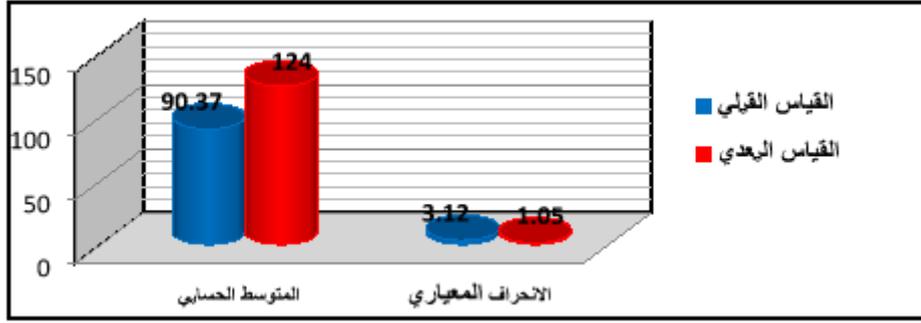
النتائج

الأبعاد	القياس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
حل المشكلات / اتخاذ القرار	القبلي	08	13.5	1.19
	البعدي		25.25	0.67
التفكير النقدي / التفكير الإبداعي	القبلي	08	15.62	1.23
	البعدي		23.00	0.46
التواصل الفعال / العلاقات بين شخصية الفعالة	القبلي	08	21.5	1.26
	البعدي		25.25	0.31
الوعي بالذات / التعاطف مع الآخرين	القبلي	08	19.75	1.64
	البعدي		25.87	0.63
إدارة الضغوط / إدارة الإنفعالات	القبلي	08	20.00	0.90
	البعدي		24.62	0.41
المقياس ككل	القبلي	08	90.37	3.12
	البعدي		124.00	1.05



الشكل (19): التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية لأبعاد المقياس

النتائج



الشكل (20): التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية للمقياس ككل

من خلال الجدول (27) الذي يبين نتائج القياس القبلي و البعدي لأفراد المجموعة التجريبية ، والشكل (19) التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية في أبعاد مقياس المهارات النفسية الإجتماعية ، والشكل (20) التمثيل البياني لنتائج القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية للمقياس ككل ، نلاحظ أن في :

بعد مهارة حل المشكلات واتخاذ القرار كانت نتائج القياس القبلي في قيمة المتوسط الحسابي (13.5) بانحراف معياري قدره (1.19) ، وبالنسبة للقياس البعدي فكانت قيمة المتوسط الحسابي (25.25) بانحراف معياري قدره (0.67) .

أما بعد مهارة التفكير النقدي والتفكير الإبداعي فكانت نتائج القياس القبلي في قيمة المتوسط الحسابي (15.62) بانحراف معياري قدره (1.23) ، أما بالنسبة للقياس البعدي فكانت قيمة المتوسط الحسابي (23.00) بانحراف معياري قدره (0.46) .

أما بعد مهارة التواصل الفعال والعلاقات البين الشخصية الفعالة فكانت نتائج القياس القبلي في قيمة المتوسط الحسابي (21.5) بانحراف معياري قدره (1.26) ، أما بالنسبة للقياس البعدي فكانت قيمة المتوسط الحسابي (25.25) بانحراف معياري قدره (0.31) .

أما بعد مهارة الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين فكانت نتائج القياس القبلي في قيمة المتوسط الحسابي (19.75) بانحراف معياري قدره (1.64) ، أما بالنسبة للقياس البعدي فكانت قيمة المتوسط الحسابي (25.87) بانحراف معياري قدره (0.63) .

أما بعد مهارة إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات فكانت نتائج القياس القبلي في قيمة المتوسط الحسابي (20.00) بانحراف معياري قدره (0.90) ، أما بالنسبة للقياس البعدي فكانت قيمة المتوسط الحسابي (24.62) بانحراف معياري قدره (0.41) .

وفي ما يخص مقياس المهارات النفسية الإجتماعية ككل فكانت نتائج القياس القبلي في قيمة المتوسط الحسابي (90.37) بانحراف معياري قدره (3.12) ، أما بالنسبة للقياس القبلي فكانت قيمة المتوسط الحسابي (124) بانحراف معياري قدره (1.05) .

النتائج

2-4-3- الفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية:

الجدول (28): الفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

أبعاد المقياس	(T-test) المحسوبة	Df	(T-test) المجدولة	p.value (sig)	دلالة الفروق	حجم الأثر	دلالة الأثر
حل المشكلات / اتخاذ القرار	7.727	07	2.365	0.00	دال	0.94	كبير
التفكير النقدي / التفكير الإبداعي	5.758			0.001	دال	0.90	كبير
التواصل الفعال / العلاقات البين شخصية الفعالة	2.813			0.026	دال	0.72	كبير
الوعي بالذات / التعاطف مع الآخرين	3.732			0.007	دال	0.81	كبير
إدارة الضغوط / إدارة الإنفعالات	4.082			0.005	دال	0.83	كبير
المقياس ككل	10.634			0.00	دال	0.96	كبير

من خلال الجدول (28) نلاحظ وجود فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في جميع أبعاد مقياس المهارات النفسية الإجتماعية والمقياس ككل حيث بلغت قيمة " ت " لأبعاد المقياس (7.727) لبعد حل المشكلات واتخاذ القرار، و(5.758) لبعد التفكير النقدي و التفكير الإبداعي و(2.813) لبعد التواصل الفعال والعلاقات البين شخصية الفعالة و(3.732) لبعد الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين و(4.082) لبعد إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات و(10.634) المقياس ككل وهي أقل من مستوى الدلالة ، بالإضافة إلى القيمة الإحتمالية التي جات قيمتها بالنسبة لأبعاد المقياس (0.00) ، (0.001) ، (0.026) ، (0.007) ، (0.005) و(0.00) للمقياس ككل ، وهي أقل من مستوى الدلالة .

ومن خلال نتائج القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية والموضحة في الجدول (28) نستنتج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية مما يعني أن مستوى المهارات النفسية الإجتماعية لدى المرضى تطور في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي وهذا راجع لتطبيق البرنامج التدريبي المقترح على أفراد المجموعة .

المناقشة

المناقشة

4. المناقشة :

1-4- تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

" مستوى المهارات النفسية الاجتماعية لدى مرضى داء السكري متوسط."

من خلال النتائج المعروضة سابقا في الجدول (19) نجد أن مستوى المهارات النفسية الاجتماعية لدى مرضى السكري كان متوسطا في أغلب الأبعاد الخمسة للمقياس ، والمتمثلة في بعد مهارة حل المشكلات واتخاذ القرار، بعد التفكير الإبداعي والتفكير النقدي ، بعد التواصل الفعال والعلاقات البين الشخصية الفعالة ، الوعي بالذات والتعاطف مع الآخرين ، بعد إدارة الضغوط وإدارة الإنفعالات حيث كان منخفضا في بعد مهارة حل المشكلات واتخاذ القرار حيث بلغت الاستجابة عليه (19%)، وكان منخفضا في بعد التفكير الإبداعي والتفكير النقدي حيث بلغت نسبة الإستجابة عليه (44%) ، وكان متوسطاً في بعد التواصل الفعال والعلاقات البين الشخصية الفعالة حيث بلغت نسبة الإستجابة عليه (19%) ، وكان متوسطاً في بعد الوعي بالذات والتعاطف مع الآخرين حيث بلغت نسبة الإستجابة عليه (18.87) ، وكان متوسطاً في بعد إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات حيث بلغت نسبة الإستجابة عليه (44%)، أما مستوى مقياس المهارات النفسية الاجتماعية للمقياس ككل لدى عينة الدراسة كان متوسطاً بنسبة (69%) أي أن مستوى المهارات النفسية الاجتماعية متوسط لدى عينة الدراسة .

تري الباحثة أن هذه النتيجة يجب العمل عليها فالمرضى بحاجة إلى مستوى جيد من المهارات النفسية الاجتماعية ليصبحوا أكفاء إجتماعيا ، أي قادرين على حل المشكلات الحياتية الشخصية والاجتماعية أو مواجهة تحديات يومية و التواصل الإجتماعي مع الآخرين في المجتمع بما يدعم الثقة بالنفس وتحمل المسؤولية واتخاذ قرارات واعية بمنهجية سليمة ويجب إكتساب مختلف المهارات النفسية الاجتماعية لدى مرضى السكري للعناية بصحتهم والمحافظة عليها .

و يذكر ابراهيم (2012) أن الحاجة الملحة لتنمية المهارات النفسية الاجتماعية تظهر التكيف مع الحياة ومواجهة مشكلاتها بطريقة أكثر إيجابية ، كذلك تمكن الفرد من التفكير البناء واتخاذ قراراته بنفسه ، وضرورة امتلاك الفرد المهارات النفسية الاجتماعية تمكنه من التفاعل الجيد مع أفراد مجتمعه وتكوين فكرة إيجابية عن ذاته والآخرين .

حيث اتفقت معظم الدراسات على أن مستوى المهارات النفسية الاجتماعية لدى الأفراد العينة يأتي بدرجة متوسطة ، كما أظهرت بعض الدراسات حاجة أفراد العينة إلى تطوير المهارات النفسية الاجتماعية لديهم .

المناقشة

وتتفق هذه النتيجة مع توصلت إليها دراسة رافع (2019) أن مستوى المهارات الحياتية متوسط ودراسة المعمري (2016) أثبتت فاعليتها في علاج الكثير من المشكلات النفسية والإجتماعية ، وتوصلت النتائج إلى مستوى اكتساب المهارات الحياتية جاء متوسط ودراسة سوكونمار وآخرون (2022) اظهرت النتائج مستوى متوسط يعود إلى العوامل المرتبطة بالمهارات النفسية الاجتماعية للمشاركين في برنامج التدريب على المهارات حيث احدث تحول إيجابي في مستوى المهارات النفسية الاجتماعية ، وإن برنامج LSTCP فعال في تحسين المهارات النفسية الاجتماعية للمشاركين. يمكن استخدام وحدات وعمليات LSTCP لمواصلة تدريب الشباب والمساهمة في تعزيز الصحة .

واختلفت هذه النتيجة مع نتائج التي توصل إليها موفراد وآخرون (2013) أن مستوى المهارات الحياتية لدى الشباب منخفض وأظهرت النتائج امتلاك عينة الدراسة لمهارات التواصل مع الآخرين بدرجة عالية وجاءت مهارات الحفاظ على الصحة بدرجة متدنية وأظهرت الدراسة وجود فروق دالة إحصائية ، وفي دراسة أخرى لأن أونكول (2008) أكدت النتائج أن مستوى مرتفع لدى المرضى حيث يزيد اكتساب وتعزيز المهارات النفسية الاجتماعية وبالتالي في مستواها قد يعود الإرتفاع في مستوى المهارات النفسية الاجتماعية لدى مرضى إلى الخبرات المكتسبة من تحديات التجربة المعاشة فقد يساعدهم هذا في اكتساب مهارات التواصل الفعال والوعي بالذات وحل المشكلات ، وفي دراسة جري (1999) وتوصلت الدراسة إلى إن أفراد المجموعة التي خضعت للبرنامج يتمتعون بقدرة على التحكم في نسبة السكر في دمهم، وكانت لديهم كفاءة ذاتية أفضل. وانخفاضاً في مستوى المهارات لمرضى السكري بالمقارنة مع المجموعة التي بقيت بدون تدخل ، و دراسة ماري وآخرون (2014) من خلال حضور برامج التثقيف حول مرض السكري لزيادة الدافع والقدرة على اتباع وممارسة سلوكيات الإدارة الذاتية والتعامل مع المشكلات النفسية والاجتماعية لمرضى السكري وأشارت النتائج أن المشاركين كان لديهم مستويات عالية .

4-2- تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

" لا توجد فروق معنوية (دالة إحصائية) بين متوسطي درجات القياس القبلي لأفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى المهارات النفسية الاجتماعية.".

من خلال الجدول (22) يتضح أن قيم " ت " المحسوبة في القياس القبلي لأفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج غير معنوية لجميع أبعاد مقياس المهارات النفسية الاجتماعية والمقياس ككل ، مما يدل على عدم وجود فروق دالة إحصائية الذي بين القياس القبلي للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في جميع أبعاد مقياس المهارات

المناقشة

النفسية الإجتماعية وللقياس ككل حيث بلغت قيمة " ت " لأبعاد المقياس (1.632) لبعدها حل المشكلات واتخاذ القرار، و(-0.457) لبعدها التفكير النقدي و التفكير الإبداعي و(-0.560) لبعدها التواصل الفعال والعلاقات البين شخصية الفعالة و(-0.737) لبعدها الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين و(-1.402) لبعدها إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات و(-0.390) المقياس ككل ، بالإضافة إلى القيمة الإحتمالية 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 5 % . أي يوجد تكافؤ في مستوى المرضى بين المجموعتين.

وتتفق هذه النتيجة مع الدراسات السابقة مثل دراسة عبد الكريم و راشد (2012) بعنوان أثر برنامج تثقيف سكري على مرضى السكري من النوع الثاني في مدرسة طولكرم حيث أظهرت نتائج ذات دلالة احصائية على أفراد العينة التجريبية في حين لم تظهر تغيرات على المجموعة الضابطة ودراسة فونت (2018) أكدت نتائجها أن المهارات النفسية الاجتماعية تلعب دورا مهما في السياق الديناميكي للعلاقة العلاجية وهذه المهارات جزء من نظام الإجراءات والتفسيرات التي تتشكل من خلال القضايا العلاجية وربما قد يعود سبب عدم وجود فروق تقارب الأعمار في فئات السن، ودراسة فونت وآخرون (2014) حيث أكدت نتائجها على العمل أكثر فعالية على المهارات النفسية الاجتماعية للمرضى وباهتمام العيادة النفسية الاجتماعية على وجهة نظر علم النفس الصحة لتفادي وتحليل المحددات النفسية والاجتماعية للسلوك الصحي والتدخل فيه، وفي نفس السياق هدفت دراسة إليزابيت لويس (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 (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 وتقتصر هذه الدراسة بجميع 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 الاجتماعية للفرد وقد أثبت فعاليتها في مختلف المجالات، الصحة العقلية، والإدمان، والصحة الجنسية وما إلى ذلك.... وهذا ما بينته كل من دراسة فاطمة وميرفت (2002) أن المنهج التجريبي في البحث يتضمن ما يطلق عليه المجموعة الضابطة وتتحصر هذه الطريقة في ملاحظة مجموعتين متساويتين من الأفراد أثناء أدائهم تحت نفس الظروف فيما عدا عنصر

المناقشة

واحد وهو المتغير المستقل وينحصر الاختلاف في أداء المجموعتين بعد عزل جميع مصادر التأثير المتغير المستقل ويشترط كذلك ان للمجموعتين موضوع التجربة وإمكانيات متساوية في اول الأمر ، ومعنى ذلك ان تكون المجموعتين لهما نفس الشروط وعلى نفس المستوى من القدرة من حيث المتغيرات التي يمكن أن تؤثر في النتائج. و دراسة **جان فرانسوا دي إيفرنوا (2011)** جاءت هذه الدراسة لتثقيف العلاجي لمهارات المريض مهارات الرعاية الذاتية ومهارات التكيف مع المرض وهذه الأخيرة مستوحاة من المهارات النفسية الإجتماعية التي إقترحتها منظمة الصحة العالمية نظرا لأن صياغتها ذات طبيعة عامة جدا، اقترحت مجموعة عمل جمعية تطوير ETP تقترح الطابع الرسمي على ثماني 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 الإيجابيين في جلسات البرنامج وهذا ما أدى إلى تكافؤ الفئات العمرية في استجاباتهم على استبيان تقبل المرض، وإن الإهتمام بصياغة المهارات النفسية الإجتماعية هو تزويد مقدمي الرعاية الصحية وشركائهم بإمكانية تصميم برامج مستقبلية وتقسيم مجالات التدخل وتمت مناقشة التغيرات المفاهيمية التي أحدثتها هذه المهارات الجديدة في إدارة الأمراض المزمنة. ودراسة **صوفيا شاتيلارد (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 إختيار المقالات حسب صلتها بالموضوع بناء على العنوان والملخص التي تتناول 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 الإجتماعي. 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 **بوي (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 المريض المقصود معروفا ومتداولاً بين كل الناس يجب إعطائه فرصة التبادل معهم 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

المناقشة

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 .

3-4- تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

" لا توجد فروق معنوية (دالة إحصائية) بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة الضابطة في مستوى المهارات النفسية الاجتماعية." .

من خلال الجدول (24) يتضح أن قيم " ت " المحسوبة في القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة الضابطة غير معنوية لجميع أبعاد مقياس المهارات النفسية الاجتماعية والمقياس ككل ، مما يدل على عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي للمجموعة الضابطة في جميع أبعاد مقياس المهارات النفسية الاجتماعية ، والمقياس ككل حيث بلغت قيمة " ت " المحسوبة لأبعاد المقياس (0.210) لبعده حل المشكلات واتخاذ القرار ، و (1.914) لبعده التفكير النقدي والتفكير الإبداعي ، و (1.301) لبعده التواصل الفعال و العلاقات بين شخصية الفعالة ، و (0.118) لبعده الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين و (0.455) لبعده إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات كما بلغت قيمة " ت " المحسوبة للمقياس ككل (0.115) ، بالإضافة إلى القيمة الاحتمالية (sig) التي جاءت قيمها بالنسبة لأبعاد المقياس على التوالي (0.83) ، (0.09) ، (0.23) ، (0.90) ، (0.66) ، (0.91) للمقياس ككل وهي أكبر من مستوى الدلالة 5 % .

تفسر الباحثة عدم تلقي المجموعة الضابطة أي تدريب أو أي برنامج وبالتالي لم يتم تحسن في مستوى المهارات النفسية الاجتماعية ، و لاسيما في مركز متابعة السكري لا يقدم أي برامج علاجية نفسية لهم إنما يكتفي بالعلاجات الخاصة بالمرض فقط مثل التحاليل الدم وفحوصات طبية وهذا ما يؤكد ضرورة البرامج التدريبية لمرضى السكري ، فأفراد المجموعة الضابطة لم يتلقوا أي مهارات مما انعكس سلبيا على مستوى المهارات النفسية الاجتماعية ، وهنا تظهر الحاجة لتصميم برامج تدريبية خاصة للأمراض المزمنة بشكل عام ومرضى السكري بشكل خاص .

ترجع الباحثة ثبات مستوى المهارات النفسية الاجتماعية إلى بقاء أثر البرنامج التدريبي لتنمية المهارات النفسية الاجتماعية والمطبق على المجموعة التجريبية وتوصى بممارسة مرضى السكري أنشطة جماعية بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج لتحسين المهارات النفسية الاجتماعية .

وهذا يتفق مع ما جاء في دراسة تونجبونكوم وآخرون (2012) أظهرت النتائج لا توجد فروق في الدرجات الإيجابية أو السلبية أو الإجمالية بين تدخل المهارات النفسية الاجتماعية

المناقشة

والرعاية القياسية ، لم تكشف المهارات النفسية الاجتماعية مقارنة بمجموعات الدعم أيضًا عن أي فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أو جودة الحياة، أو مهارات الأداء الاجتماعي ، أيضا لا يوجد أي دليل يشير إلى أن برامج المهارات النفسية الاجتماعية فعالة للأشخاص الذين يعانون من أمراض عقلية مزمنة. ودراسة أمسيبرج وآخرون (2009) ودراسة جري (1999) ودراسة الزفتاوي(2021) و التي أكدت عدم وجود فروق بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة الضابطة .

واختلفت النتيجة المتوصل اليها في الدراسة الحالية نسبيا مع نتائج بعض الادبيات السابقة التي سجلت وجود فروق بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة الضابطة حيث أوضحت نتائج دراسة موفراد وآخرون (2013) هدفت إلى تقصي درجة تطور نمو المهارات النفسية الاجتماعية لدى الشباب وتكونت عينة الدراسة من (500) شاب وشابة تتراوح أعمارهم من (18-25) سنة من ماليزيا ، وأعد الباحثون استبيانًا خاصًا بالمهارات النفسية الاجتماعية تضمن أربعة محاور ، اتخاذ القرار ، الحفاظ على الصحة ، وتطوير الذات ، التواصل مع الآخرين وظهرت النتائج وجود فروق دالة احصائيا في مجال المهارات النفسية الاجتماعية ، ودراسة بوشينة (2019) توصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات فاعلية الذات الاجتماعية لدى المصابين بداء السكري ، مما تؤكد أن مدة الإصابة بالمرض تلعب دورا هاما في تقبل المرض لحالته الصحية ، ففي بداية اكتشاف المرض يستجيب بردود فعل مختلفة تتراوح بين الرفض وعدم الاعتراف بالمرض كوضعية صحية جديدة ، ومع مرور الوقت يكتسب المريض طرق صحية مناسبة للتعامل مع المرض ويبدأ تدريجيا في تقبل المرض ومحاولة التعايش معه .

4-4- تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة:

توجد فروق معنوية(دالة إحصائية) بين متوسطي درجات القياس البعدي لأفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في مستوى المهارات النفسية الاجتماعية ولصالح التجريبية .

من خلال الجدول (26) يتضح ان قيم " ت " المحسوبة بين القياس البعدي لأفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية معنوية لجميع أبعاد مقياس المهارات النفسية الاجتماعية والمقياس ككل، مما يدل 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 (6.418-) لبعدها حل المشكلات واتخاذ القرار و(4.007-) لبعدها التفكير النقدي و التفكير الإبداعي و(9.770-) لبعدها التواصل الفعال والعلاقات

المناقشة

البين شخصية الفعالة و(-7.050) لبعد الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين و(-4.688) لبعد إدارة الضغوط / إدارة الإنفعالات و(-11.408) المقياس ككل وهي أقل من مستوى الدلالة بالإضافة إلى القيمة الإحتمالية 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 .

وتشير هذه النتيجة إلى فاعلية البرنامج التدريبي المقترح وأن الاستراتيجيات المتبعة خلال الجلسات التدريبية المقدمة لأفراد المجموعة التجريبية أدى 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 الإنتشار 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 (2017) حيث أكدت أن المهارات النفسية الاجتماعية هي جزء من النظام الإجراءات التي تشكلها القضايا العلاجية، من هذه النتائج العمل فاعلية 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 والسلوكات 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 أتفقت مع دراسة كلارك (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 الإلتزام وتغيير

المناقشة

نمط الحياة الموصي 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 جري (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 ثماني 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 .

4-5- تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة :

" توجد فروق معنوية (دالة إحصائية) بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية في مستوى المهارات النفسية الاجتماعية ولصالح القياس البعدي ."

من خلال الجدول (28) يتضح ان قيم " ت " المحسوبة بين القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية معنوية لجميع أبعاد مقياس المهارات النفسية الاجتماعية والمقياس ككل ، مما يدل على وجود فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في جميع أبعاد مقياس المهارات النفسية الاجتماعية والمقياس ككل حيث بلغت قيمة " ت " لأبعاد المقياس (7.727) لبعء حل المشكلات واتخاذ القرار، و(5.758) لبعء التفكير النقدي والتفكير الإبداعي و(2.813) لبعء التواصل الفعال والعلاقات بين شخصية الفعالة و(3.732) لبعء الوعي بالذات و التعاطف مع الآخرين و(4.082) لبعء إدارة الضغوط و إدارة الإنفعالات و(10.634) المقياس ككل وهي أقل من مستوى الدلالة ، بالإضافة إلى القيمة الإحتمالية التي جات قيمتها بالنسبة لأبعاد المقياس (0.00) ، (0.001) ، (0,026) ، (0.007) ، (0.005) و(0.00) للمقياس ككل ، وهي أقل من مستوى الدلالة .

وتفسر الباحثة هذه النتيجة بفاعلية البرنامج التدريبي المستخدم لتنمية المهارات النفسية الاجتماعية لدى أفراد المجموعة التجريبية احدث تغييرا وذلك بارتفاع وتحسن في درجات

المناقشة

المقياس في أبعاد المهارات النفسية الإجتماعية لدى المجموعة التجريبية مما يدل على أثر فعالية البرنامج التدريبي والتحسن الكبير الذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية خلال التدريب على المهارات .

تغزو الباحثة نتيجة هذا الفرض إلى استفادة أفراد المجموعة التجريبية من البرنامج التدريبي بما تضمنه من تدريبات على المهارات النفسية الإجتماعية والعائد الإيجابي نتيجة لذلك سمح باستمرار اثر التدريب ومناسبة الفنيات والتدريبات والإجراءات المختلفة التي تضمنها البرنامج لتحقيق أهدافه فمريض السكري عند اكتشافه للمرض يشعر الخوف والقلق على صحته ولذلك يهتم بصحة جسمه أكثر ويكون أكثر انضباطا في أخذ العلاج بانتظام ومتابعة الطبيب المختص ولكن في بعد فترة من الزمن يبدأ مريض السكري يشعر بالملل وعدم رغبته بمتابعة الطبيب وأخذ العلاج بانتظام ، فكلما زادت سنوات الإصابة بمرض السكري يزداد معها عمرالمريض وتقل قدراته الجسمية والنفسية ويكون معرضا لمضاعفات السكري الخطيرى إذ لم يتبع التعليمات والإرشادات العلاجية (شريقي ، 2013)

وفي هذا السياق أوضحت دراسة الزفتاوي (2021) أن مريض السكري يجد صعوبة في التقيد بالعادات والتقاليد السائدة ، ويشعر بشكل مستمر بأن المجتمع يحمله مسؤولية مرضه إضافة إلى خوفه الدائم على مستقبل أولاده وأسرته من المرض ومضاعفاته ، وعدم القدرة على المحافظة على أصدقائه علاوة على تفكيره بملازمة المرض له طوال العمر كل هذا يعد من الضغوط الملازمة طوال حياته لذلك فهو يحتاج إلى عدة عوامل منها استخدام مهاراته وقدراته الموجودة بأقصى طاقة ممكنة وعوامل داعمة كالمساندة الإجتماعية وهذه بدورها تساعد على قوة الإرادة والصبر وتزيد من سمات الشخصية الإيجابية لدى مرضى السكري .

دراسة ذياب (2023) أن الأسرة عنصر مهم أساسي وضروري والأهم في ذلك الدعم العاطفي حيث يلعب دعم الاسرة دورا في التقليل في الآثار السلبية حول المرض الذي يعاني منه مريض السكري ودعم الأسرة يكون في شكل مرافقة المريض في مواعيده الطبية ، و الدعم المعلوماتي بمعنى إيجاد حل للمشكلة التي يواجهها المريض وكذا تحفيز وتشجيع المريض أثناء العلاج .

ودراسة كروجر (2003) والتي أشارت إلى أن البرنامج التدريبي المهاري أدى لتحسين بعض المهارات كما أدى إلى تحسين الأداء بصورة معنوية لدى أفراد المجموعة التجريبية ، كما اشار جروس وآخرون (1983) في التدريب على المهارات النفسية الإجتماعية للمصابين بالسكري أن هذا البعد يسفر على إيجابية وتعتبر أحد الجوانب النفسية الإجتماعية المهمة للفرد . و دراسة وينجر وآخرون (2011) و دافازدا وآخرون (2013) و يوليس وآخرون (2014) التي تحاول استخدام برامج تدخل نفسي مع مرض السكري بهدف علاج المتغيرات الناتجة أو المسببة

المناقشة

للمرض أو بهدف ضبط نسبة السكر في الدم والإدارة الجيدة لهذا المرض ، وأشارت إلى فاعلية العلاج في ضبط مستوى الجلوكوز وتحسين المتغيرات لدى مرضى السكري .

وتفسر الباحثة وجود فروق معنوية (دالة إحصائية) بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية في مستوى المهارات النفسية الاجتماعية ، أن البرنامج التدريبي المستخدم في تنمية المهارات النفسية الاجتماعية في أبعادها الخمس (حل المشكلات/ اتخاذ القرار، التفكير الإبداعي/ التفكير الناقد) وذلك من خلال التحسين الذي طرأ على أفراد عينة الدراسة ، والمهارات النفسية الاجتماعية يمكن تنميتها و التدريب عليها إذ توفرت الأدوات والأساليب والوسائل والاستراتيجيات المناسبة .

مما يفسر امتلاك المجموعة التجريبية اكتسابهم المهارات النفسية الاجتماعية واستخدام مكونات التدريب على المهارات في كل جلسة من جلسات التدريب و المتضمنة من أنشطة وأدوات واستراتيجيات ، فالمهارات النفسية الاجتماعية توصف بأنها مهارات تساهم في فهم وإدراك المرضى لأنفسهم وقدراتهم وذلك من خلال الأداء العملي الذي يمارسونه لمواجهة مشكلات الحياة للوصول إلى الأهداف المرجوة ، والمهارات النفسية الاجتماعية التي تناولتها في الدراسة كانت ذات ارتباط وثيق بحياة المرضى وواقعهم ، كما أن الهدف كان كيف يستفيد المريض من خلال اكتساب المهارات النفسية الاجتماعية في حياته العامة والخاصة .

4-6- تفسير ومناقشة الفرضية العامة :

" للبرنامج التدريبي فاعلية في تنمية المهارات النفسية الاجتماعية لدى مرضى السكري."

من خلال ما جاء في نص الفرضية العامة و التي مفادها أن للبرنامج التدريبي فاعلية في تنمية المهارات النفسية الاجتماعية لدى عينة من مرضى السكري وبناء على مخرجات نتائج الفرضيات الخمس يمكن القول أن هذه الدراسة حققت ما جاء في فرضياتها العامة و أن مرضى المصابين بالسكري قد استفادوا من اكتساب المهارات المطبقة خلال جلسات البرنامج مما يدل على أن البرنامج قد أحدث التغيير .

إذن المهارات النفسية الاجتماعية تمكن مرضى السكري من التعامل مع مواقف الحياة وتحديثها وتساعد كذلك في إكتساب المرضى اتجاهات إيجابية للعناية بصحتهم والمحافظة عليها

في هذا السياق يمكن تفسير هذه النتائج في ضوء الدراسات السابقة وكذا محتوى الجلسات التدريبية المطبقة حيث حققت الهدف ، و أحدثت فروقات دالة إحصائية بين متوسطي درجات

المناقشة

القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية في مستوى المهارات النفسية الاجتماعية لصالح القياس البعدي .

حيث أوضحت دراسة **ميموني (2018)** أن من أصعب الحالات التي يتعرض إليها مريض هو التعايش مع السكري اذ يولد ضغوط نفسية كبيرة فهناك أوقات صعبة يمر بها كما هو حال الأمراض المزمنة أي هناك تقلبات سلبية وإيجابية وبالتالي من الأفضل التركيز على المرض ومضاعفاته في المستقبل والإهتمام بتقبل المرض وتعايش معه ويجب أن يحظى برعاية مستمرة وبناء جو إيجابي امر مهم وضروري في تشجيع المريض لعيش حياة صحية والسكري اذا سيطر عليه يمكن التعايش معه بسهولة .

ولقد أظهرت الدراسات التي قام بها **وينجر وآخرون (2011)** ، ودراسة **دافازدا وآخرون (2013)** ، ودراسة **جينغ لي إيمي كوك (2015)** ، ودراسة **أودستن (2019)** ، ودراسة **شوفاز وآخرون (2022)** ، أن التدريب على المهارات النفسية الاجتماعية مفيداً للأشخاص الذين يعانون من مشاكل الصحة المزمنة و البرامج التدريبية تساعد الأفراد في حل مشاكلهم الشخصية والاجتماعية واتخاذ القرارات المناسبة كما يؤثر التدريب الجماعي على المهارات النفسية الاجتماعية بشكل كبير.

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 عاملاً مهماً في التطور الذي أحرزته المجموعة التجريبية وتحقيق الاستفادة المرجوة من البرنامج التدريبي واكتساب المهارات النفسية الاجتماعية بشكل أفضل وأيضاً المهارات التي تناولتها 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 وتدابيره العلاجية وإجراءات العناية الذاتية اليومية به خارج المركز، كما ترجع هذه النتائج إلى الجهد المبذول عند إعداد وتنفيذ البرنامج ولتناوله بالتدريب على تنمية المهارات النفسية الاجتماعية وأثبتت الدراسات أن المهارات تنمو عن طريق التدريب.

الخلاصة

5. الخلاصة :

تناولنا موضوع المهارات النفسية الاجتماعية والذي يعد من المواضيع التي إهتمت بها العديد من المنظمات منها منظمة الصحة العالمية (WHO) منظمة 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 أثبت فاعليته لتنمية المهارات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المصابين بالسكري الذي إعتدنا 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 ولقدراتهم من خلال السلوكيات الفعلية التي يمارسونها لمواجهة متطلبات مشكلات الحياة للوصول إلى الأهداف المنشود.

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

- 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.

الخلاصة

- الإهتمام بالبرامج الوقائية وبرامج التوعية لمرضى السكري ، لزيادة كفاءة المرضى الذاتية
- عمل برامج تدريبية للأخصائيين في المجال الطبي والنفسي لمتابعة مرضى السكري في بيوتهم

المراجع

المراجع

6- المراجع :

1. إبراهيم سليمان عبد الواحد يوسف (2014) : المهارات الحياتية مدخل للتعامل الناجح مع موقف الحياة اليومية ، طبعة 1 ، مركز الكتاب للنشر ، القاهرة .
2. ابراهيم سليمان (2012) : المهارات الحياتية ضرورة حتمية في عصر المعلوماتية ، ايتراك للطباعة والنشر ، القاهرة .
3. أبو حجر فايز محمد (2012) : التربية العلمية والمهارات الحياتية ، مكتبة ومطبعة الطالب ، غزة - فلسطين .
4. أبو حماد ناصر الدين إبراهيم (2017): المهارات الحياتية الشخصية الاجتماعية المعرفية ، طبعة 1 ، دار المسيرة للنشرة والتوزيع والطباعة، عمان .
5. أبو شمالة رجاء محمد عبد الهادي (2016) : جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات والمهارات الحياتية لزوجات الشهداء في قطاع غزة ، رسالة ماجستير ، الجامعة الإسلامية ، فلسطين .
6. أبو صيري حنان ، مهدي مروة ، الصفتي وفاء (2019) : فاعلية برنامج إرشادي لإدارة الضغوط الأسرية قائم على توظيف الاستفادة من خدمات الدعم الحكومي - مجلة بحوث في التربية النوعية - العدد 53، كلية التربية النوعية ، جامعة القاهرة - مصر .
7. أبو منصور حنان خضر (2011) : الحساسية الانفعالية وعلاقتها بالمهارات الإجتماعية لدى المعاقين سمعياً في محافظات غزة ، رسالة ماجستير ، كلية التربية الجامعة الإسلامية ، غزة .
8. أسامة عبد الكريم، راشد عبد الرحمن (2012) : أثر برنامج تثقيف صحي على مرضى السكري من النوع الثاني في مديرية صحة طولكرم، رسالة ماجستير، الصحة العامة ، جامعة النجاح، فلسطين .
9. بن نعمة عائشة (2011): معنى الألم والمرض، دراسة مقارنة بين النساء والرجال المصابين بالسكري (بحث ميداني مقارنة في انثروبولوجية الصحة)، الجزائر.
10. بوالصوف نجلاء (2022) : مقياس المهارات الحياتية النفس - اجتماعية لدى اليافعين (PSLS-YS) البناء وتقييم الخصائص السيكومترية ، العدد 02 المجلد 06 مجلة الروائز ، الجزائر .

المراجع

11. بوشينة صالح (2019): فاعلية الذات وعلاقتها بإدارة الانفعالات لدى المراهقين المصابين بداء السكري دراسة ميدانية ببعض مستشفيات الجزائر، أطروحة دكتوراه ، جامعة المسيلة – الجزائر .
12. ثويمر علي مانع (2019) : درجة ممارسة معلمي المرحلة المتوسطة في محافظة الفروانية للمهارات الحياتية وعلاقتها ببعض المتغيرات ، كلية العلوم التربوية قسم المناهج والتدريس ، جامعة آل البيت ،
13. جروان فتحي عبد الرحمن (1993) : تعليم التفكير مفاهيم وتطبيقات ، دار الكتاب الجامعي ، عمان - الأردن .
14. حجاجي فاطمة (2010) : فاعلية برنامج مقترح قائم على استخدام الأسلوب القصصي في تدريس التاريخ على تنمية بعض القيم السياسية ومهارات اتخاذ القرار لدى الطالبات المعلمات بكلية البنات ، دراسات في المناهج وطرق التدريس ، القاهرة - مصر .
15. الخالدي عبد الرحمن (2014) : الوعي الذاتي وعلاقته بالتوافق النفسي لدى طلاب وطالبات المرحلة الثانوية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الملك عبد العزيز، المملكة العربية السعودية.
16. خضر نجوى بدر (2011): أثر برنامج قائم على بعض الأنشطة العلمية في تنمية مهارات التفكير الإبداعي لدى طفل الروضة ، مجلة جامعة دمشق ، العدد 27.
17. الخطيب نسرين حمد ، عبود ضحى (2020) : مستوى الوعي الذاتي لدى طلبة الماجستير في كلية التربية – جامعة دمشق ، مجلة البعث ، 42 (17) ، 149-186 .
18. ذياب أحلام (2023) : أثر الفعالية الذاتية و المساندة الاجتماعية في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والإدارة الذاتية للمرض لدى البالغين المصابين بالسكري من النوع الثاني ، رسالة دكتوراه ، جامعة باتنة ، الجزائر .
19. رافع أحمد (2019) : فاعلية برنامج إرشادي تربوي مقترح في تنمية بعض المهارات الحياتية لدى طلبة معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية ، رسالة دكتوراه ، جامعة ألكلي محند أولحاج البويرة ، الجزائر .

المراجع

20. رضوان، عبد الكريم(2002) : القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة - فلسطين.
21. رفته عفاف عزت (2018) : مشاركة الأبناء في إدارة الضغوط الأسرية وانعكاسها على اكتسابهم المسؤولية الإجتماعية ، مجلة الاقتصاد المنزلي – مجلد 28 – العدد الرابع ، 23-24 .
22. الرميحي أمينة راشد (2017) : المهارات الحياتية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طلبة البحرين ، رسالة ماجستير ، جامعة البحرين .
23. الزغول عماد عبد الرحيم (2012) : مبادئ علم النفس التربوي ، ط 2 ، دار الكتاب الجامعي ، الإمارات.
24. الزفتاوي أميرة الدمرداش (2021) : فعالية برنامج إرشادي في تخفيف الضغوط التالية لصدمة التشخيص لدى عينة من مرضى السكر من طلاب الجامعة ، رسالة ماجستير ، جامعة طنطا - القاهرة .
25. سليمان عبد الواحد يوسف إبراهيم (2014) : المهارات الحياتية مدخل للتعامل الناجح مع مواقف الحياة اليومية ، ط 1 ، مركز الكتاب للنشر ، القاهرة .
26. السيد ماجدة مصطفى (2001) : فاعلية برنامج مقترح لتنمية التفكير الناقد لدى الطالب و المعلم بميدان التربية الفنية وأثره على بعض نواتج العملية التعليمية لدى التلاميذ ، دراسات في المناهج وطرق التدريس ، العدد (71) ، 281-221
27. السيد محمد ، عبد الرحمان(1999): علم الأمراض النفسية والعقلية ، دار الفكر- القاهرة.
28. شحاتة إيهاب السيد محمد (2019) : وحدة مقترحة في الرياضيات قائمة على المنطق الفازي لتنمية مستويات عمق المعرفة ومهارات اتخاذ القرار لدى طلاب المرحلة الجامعية ، مجلة تربوية الرياضيات ، المجلد (22) العدد (11) أكتوبر، الجزء الثاني ، كلية التربية . جامعة الوادي – الجزائر.
29. شحاتة حسن ، النجار زينب وآخرون (2003) : معجم المصطلحات التربوية والنفسية ، الدار المصرية اللبنانية ، القاهرة – مصر .
30. شريقي رولا رضا (2013) : فاعلية برنامج إرشادي لرفع مستوى ارضا عن الحياة لدى مرضى السكري ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة دمشق .
31. صفي الدين ، أحمد محمد (2014): فاعلية استخدام دورة التعليم في بيئة تعاونية لتنمية مهارات التفكير الناقد وبعض أبعاد التعاطف التاريخي من خلال

المراجع

- تدريس الدراسات الإجتماعية لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة بني سويف .
32. العاسمي رياض نايل (2012): المبادئ العامة في تخطيط وتقييم برامج الإرشاد النفسي، دار العراب ودار نور الدراسات والنشر والترجمة، دمشق.
33. عبده ، السيد عبد الهادي ، السيد فاروق عثمان (2002) : القياس والإختبارات النفسية أسس وادوات ، دار الفكر العربي ، مصر.
34. عبيد وليم (1996) : المهارات الأساسية من منظور كوني للظاهرة التربوية ، المؤتمر العالمي السنوي الأول ، مركز طبية للدراسات التربوية ، الإتجاهات الحديثة في التربية بين النظرية والتطبيق ، القاهرة .
35. العبيدي ، عفراء إبراهيم الخليل (2011) : طبيعة العلاقة الارتباطية بين التعاطف والسلوك العدواني دراسة ميدانية لدى عينة من طلبة المرحلة المتوسطة في مدارس بغداد الرسمية ، مجلة جامعة دمشق ، 27 (3) ، 131-163.
36. العتوم عدنان يوسف (2004) : علم النفس المعرفي النظرية والتطبيق ، دار المسيرة للنشر والتوزيع .
37. عرفه صلاح الدين محمود (2006) : تفكير بلا حدود ، دار عالم الكتب ، القاهرة - مصر.
38. عطية دليلة (2017) : فعالية برنامج تثقيف صحي في رفع درجة تقبل المرض والتحكم الذاتي لدى مرضى السكري النمط الثاني ، رسالة دكتوراه ، جامعة باتنة ، الجزائر .
39. علام صلاح الدين (2008) : القياس والتقويم التربوي النفسي أساسياته وتطبيقاته وتوجهاته المعاصرة ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
40. العمري جمال فواز(2013) : مدى عي طلبة الجامعات الأردنية الرسمية للمهارات الحياتية في ضوء كلية التربية بالجامعة الاسلامية بغزة ، كلية التربية ، الجامعة الإسلامية ، غزة .
41. غولي حسن أحمد القره ، العكيلي جبار وادي (2014) : سيكولوجية الوعي الذاتي والإقناع الإجتماعي ، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع ، ط 1 ، عمان ، الاردن .
42. فواز جمال العمري (2013): مدى عي طلبة الجامعات الأردنية الرسمية للمهارات الحياتية في ضوء كلية التربية بالجامعة الاسلامية بغزة ، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

المراجع

43. كاظم لطيف (2014) : الخريطة الذهنية كأداة للتفكير ودورها في تنمية التفكير الإبداعي لدى طلاب المرحلة الابتدائية في العراق، مصر .
44. اللقاني أحمد، الجمل علي (1999) : معجم المصطلحات التربوية المعرفية في المناهج وطرق التدريس ، ط 2 ، عالم الكتب ، القاهرة .
45. مجدي عزيز إبراهيم (2004) : موسوعة التدريس ج1، دار الميسرة ، الأردن .
46. مشعل رباب السيد ، رصاص نهاد على رصاص (2021) : وعي أمهات الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة باستراتيجيات إدارة الضغوط وعلاقته بالتفاعل الأسري في ظل التعايش مع جائحة كوفيد 19 - العدد الرابع والعشرون - جامعة المنوفية - القاهرة .
47. العمروسي نيللي حسين كامل (2022) : النموذج البنائي للعلاقات المتبادلة بين المهارات الحياتية و التخطيط الإستراتيجي الشخصي والتدفق النفسي لدى طالبات الجامعة ، مجلة الآداب للدراسات النفسية والتربوية ، العدد 15 ، 009 - 059.
48. ممدوح مختار علي (2001): العلاج السلوكي كآلية احتواء وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية ، رسالة دكتوراه، جامعة طنطا - مصر.
49. نوار شهر زاد (2013) : دور المساندة الإجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري ، مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية ، العدد 13 ، الجزائر .
50. Amsberg, S., Anderbro, T., Wredling, R., Lisspers, J., Lins, P., Adamson, U., & et al. (2009). A cognitive behavior therapy- based intervention among poorly controlled adult type 1 diabetes patients—A randomized controlled trial. *Journal of Patient Education and Counseling*, 77(1)72-80.
51. Ann oncol , S.K hussain, p.lenner , j.sundquit , k.hemmink (2008): influence of education level on cancer survival in sweden , national Library of médecine – national center for biotechnology information , Doi:10.1093/annonc/mdm413
52. Argyle M. Les compétences sociales. In : Moscovici S, éditeur.Psychologie sociale des relations à autrui. Paris Nathan ; 1994.pp. 87-118
53. Bailian, S. (1999). Conceptualizing Critical Thinking. *Journal of Curriculum Studies*, 31(3), 285-302.
54. Bandura,A.(2007).Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle.Paris : DeBoeck.
55. Barbey , A. and Baralou, L. (2009). Reasoning and problem solving : Models . *Encyclopedia of Neuroscience*, 8 ,3543.

56. Baron R(2000) Emotional and social intelligence insights from the emotional intelligence inventory, Francisco california Jossey Bass.
57. Béatrice Lamboy, Juliette Guillemont« 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
58. 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.
59. Clark. (2004). , Hampson SE, Avery L, Simpson R.(2004sep) Effects of a tailored lifestyle self-management intervention in patients with type 2 diabetes.
60. 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 , Elsevier Ireland Ltd , doi.org: 10.1016/j.prps.2018.06.001.
61. Davazdah Emamy MH, Mehrabi A, Attari A, Roshan R. (2013). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management training with Regard to Glycemic Control, Psychological Distress, and Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes. *Practice Clinical Psychology*. January, Volume 1, Number 1.
62. David Fonte, Thémis Apostolidis, Marie Claude Lagouanelle-Simeoni. COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT DIABÉTIQUE DE TYPE 1 : UNE REVUE DE LITTÉRATURE. *Santé publique (Vandœuvre-lès-Nancy, France)*, 2014, 26 (763-777). hal-01243026
63. Dawson, G. (1999) Life skills based videodisc curriculum, *social science Record*. Vol (29) no (2).
64. Dohrenwend, B. P., & Dohrenwend, B. S. (1981). Socioenvironmental factors, stress, and psychopathology. *American Journal of Community Psychology*, 9(2), 128–164.
65. Franzis Preckel, (2016) Psychosocial Skills and School Systems in the 21st Century . *Theory, Research, and Practice*
66. Fonte, D., et al. Les compétences psychosociales en éducation thérapeutique du patient : des enjeux pour la pratique du psychologue. *Pratiquespsychologiques*(2017) <http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2017.01.005>
67. FORTIN J. Le développement des compétences psychosociales essentielles chez l'enfant. In LECOMTE J. Introduction à la psychologie positive. 2014.
68. Fox, Shirley, E. f. (1992): creating Dreating Drug free schooland communities. *comprehensive Approach* . new York Harper Collins publisher sins. p.p.20-33
69. G.Lierbman et H.linda (1998): Crossing the achivement gop: using the environment as an integrating content for learing council of chief state school officers.washington,DC.
70. Gentry, W., Weber, T., and Sadri, G.(2016). Empathy in the Workplace A Tool for Effective Leadership,Center for Creative Leadership. All rights reserved, The Society of Industrial Organizational Psychology Conference,New York, New York
71. Gomes, A. R. & Marques, B. (2013). Life skillis in Educational Contexts : Testing the Effects of an Intervention Porgramme . *Journal of Educational Studies* ,39 (2) , 154-157

72. Gravels, C. & Wandell, p. (2006). Coping Strategies in Men and Women with Type II Diabetes in Swedish Primary Care. *Diabetes Research and Clinical Practice*, vol. 71, No.3, p. p: 280-589.
73. Grazai zavettieri mangin , Emmanuelle arfe , Marie bombail , Henri roché , Rémi gangyre (2017): La construction du sens du développement des compétences psychosociales .
74. Grey, M. (1999). Coping skills Training for youth with Diabetes on Intensive Therapy. *Journal of Applied Nursing Research*, vol.12, No.1, p. p 3- 12.
75. Gutierrez-Colina, A., Corathers, S., Beal, S., Baugh, H., Nause, K., & Kichler, J. (2020). Young Adults With Type 1 Diabetes Preparing to Transition to Adult Care: Psychosocial Functioning and Associations With Self-Management and Health Outcomes. *Diabetes Spectrum*, 33, 255 - 263. .
76. Hadden, D., Archer, D., Harley, J. (2001). Obstetric and Diabetic Care of Pregnancy in Diabetic Women (10 years outcome Analysis,1985-1995). *Journal of Diabetes-united kingdom*, vol.18, No. - 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.
77. imear O’Sullivan a , Eimear Gogan a , Louise Doyle b , Gr’ ainne Donohue c,(2021) Decider Life Skills training as a method of promoting resilience with mental health student nurses on clinical placemen journal homepage:
78. INPES. Compte-rendu de la session : promouvoir les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes. 9e Journées de la Prévention. Saint Denis : INPES, 2014, p 44.
79. Jean-François d’Ivernois_ , Rémi Gagnayre_ et les membres du groupe de travail de l’IPCEM Educ Ther Patient / Ther Patient Educ 2011
80. Kalpana Chetri Research Scholar, Department of Education, Dibrugarh University (2018) Life Skills Education for Adolescents: It’s Needs and Strategies-- Palarch’s *Journal Of Archaeology Of Egypt/Egyptology* 17(7). ISSN 1567-214
81. Kok JL, Williams A, Zhao L. Psychosocial interventions for people with diabetes and co-morbid depression. A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2015 Oct;52(10):1625-39. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.012. Epub 2015 Jun 6. PMID: 26118440.
82. L.gengeri , s.alfieri , s.sborea , n.fontana , d.ferraris , c.borreani (2021): re-activating life skills in caner patients through expressive-creative work shops: a qualitative exploratory study, national Library of médecine – national center for biotechnology information, Doi: 10.1080/17533015.2021.1931894.online ahead of print
83. Lioyd, E. (2000). Prevalence of Symptoms of Depression and Anxiety in Diabetes Clinic Population. *Journal of Diabetes Medicine*, vol.17, No.3, p. p: 198-202.7, p. p: 546-553.
84. Macmillan education, August 09, 2019. Why are life skills important?
85. MANGRULKAR L., HITMAN C., POSNERM.: Life skills approach to child and adolescent healthy human development, Pan American Health Organization, Washington, DC, 2001

86. MANGRULKAR L.,HITMAN C.,POSNERM.:Life skills approach to child and adolescent healthy human development,Pan American Health Organization, Washington, DC, 2001
87. Marie .A.R,John .P ,Countey.R,Melisa.M. (2014).Social Support and Lifestyle Ns.Medical Diabetes Self-management in the Diabetes Study Of Northern California(D I S T N C E).apn.behav.med :48 :438-447.
88. Mayers j salovey p(2001) Emotional intelligence As a standard intelligence, San Francisco, American psychological Association.
89. Mei.H ,Jie.H ,Marcia .A ,Petrini &Thomas.P.Mc Coy.(2014).The effects of an Educational self-efficacy intervention on Osteoporosis prevention and diabetes self-management Among Adults with Type 2 diabetes Mellitus .Biological Research for Nursing .
90. Mofrad, S., Chee, K., Koh, A., Uba, I.(2013), Investigating life skills among young students in Malaysia. International Journal of Social sciences and Humanities, Vol. 3,No. 3,pp. 190-199.pp. 210-213.
91. Moriana, J., Alarcón, E., & Herruzo, J. (2006). In-home psychosocial skills training for patients with schizophrenia.. Psychiatric services, 57 2, 260-2 . <https://doi.org/10.1176/APPI.PS.57.2.260>.
92. Nadia .M ,Howida .Z ,Nahla .A. (2016).Impact of a Health educational guidelines on the knowledge ,self-management practice and self-efficacy of patients with type 2 Diabetes.journal of Nursing Education and practice.
93. Nalla, V. (2015, January 11). Life skills and soft skills make you smart life. LinkedIn.
94. OMS, UNESCO. Life skills education in schools. Genève : OMS, 1993
95. Pouwer, F., Snock, F. (2001). Association Between Symptoms of Depression and Glycemic Control may be unstable across gender. Journal of Diabetes-united Kingdom,vol.18, No.7.
96. R. Dhingra, K.S. Chauhan, Assessment of life-skills of adolescents in relation to selected variables, Int. J. Sci. Res. Publ. 7 (8) (2017) 201–212.
97. Rituparna Basak. “Role of Life Skills in Psychosocial Competence.” IOSR Journal of Humanities and Social Science (IOSR-JHSS), 27(04), 2022, pp. 60-65.
98. S. Colsonb,c,d, M.-C. Lagouanelle-Simeonia,e, T. Apostolidisa, et al.Psychologie sociale de la santé et compétences psychosociales en éducation thérapeutique : des enjeux pour la recherche et pour la pratique. Pratiques psychologiques (2018),<https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.06.00>
99. S. Jafarigiv, N. Peyman, The effect of life skills training with health literacy strategies on self-esteem and self-efficacy in female students during puberty, J. Int. J. Adolesc. Med. Heal. 34 (1) (2022), <https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0121>, pp. 2019–0121.
100. Safaralizadeh H, Azarsa T, Zeinali E, Sharafkhani R. Life skills training, hope, and health: An interventional study in the North West of Iran during the COVID-19 pandemic. Public Health Pract (Oxf). 2022 Jun;3:100275. doi: 10.1016/j.puhip.2022.100275. Epub 2022 May 15. PMID: 35599975; PMCID: PMC9107383.

101. Saravanakumar, A. (2020) . Life Skillis Education for Creative and Porductive Citizens *Journal of Critical Reviews* 7(9) ,554-557
102. Shirjana Basent ,Pattama Surit (2021).Effect of Self-management Education program on Knowledge ,self-management Behaviors and self-efficacy in type2 diabetes mellitus patients Having poor Glycemic control in Nepal.*International journal of Multidiscrplinary Reaearch and public ation .vol ;9,pp16-20.*
103. S. Kingsnorth, H. Healy, C. Macarthur, Preparing for adulthood: a systematic review of life skill programs for youth with physical disabilities, *J. Adolesc. Health* 41 (4) (2007) 323–332, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.06.007>
104. Shovaz FA, Zareei Mahmoodabadi H, Salehzadeh M. Effectiveness of life skills training based on self-care on mental health and quality of life of married Afghan women in Iran. *BMC Womens Health.* 2022 Jul 15;22(1):296. doi: 10.1186/s12905-022-01875-y. PMID: 35841009; PMCID: PMC9288004.
105. Sophia Chatelard. Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé : revue de la littérature . *Médecine humaine et pathologie* 2012
106. Stoop, C., Pouwer, F., Pop, V., Oudsten, B., & Nefs, G. (2019). Psychosocial health care needs of people with type 2 diabetes in primary care: Views of patients and health care providers. *Journal of Advanced Nursing*, 75, 1702 -1712. .
107. Sukumar GM, Shahane SS, Shenoy AB, Nagaraja SR, Vasuki PP, Lingaiah P, Rajneesh S, Banandur PS. Effectiveness and Factors Associated with Improved Life Skill Levels of Participants of a Large-Scale Youth-Focused Life Skills Training and Counselling Services Program (LSTCP): Evidence from India. *Behav Sci (Basel).* 2022 Jun 15;12(6):191. doi: 10.3390/bs12060191. PMID: 35735401; PMCID: PMC9220777.
108. Tulus Winarsunu , Baiq Sopia Iswari Azizaha, Siti Suminarti Fasikha, Zainul Anwar (2023) Life skills training: Can it increases self esteem and reduces student anxiety? *University of Muhammadiyah Malang, Indonesia .*
109. Tungpunkom P, Maayan N, Soares-Weiser K. Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Jan 18;1(1):CD000381. doi: 10.1002/14651858.CD000381.pub3. PMID: 22258941; PMCID: PMC4160788.
110. UNICEF (n.d) Definition of Terms Retrieved on 1 etMarch 2011
111. United Nations of International Children’s Emergency Fund (Unicef). Global evaluation of life skills education programm. [Evaluation report]. New York: Unicef, 2012: 150 p. En ligne : evaluation/files/USA-2012-011-1_GLSEE.pdf
112. United Nations of International Children’s Emer- gency Fund (Unicef). Global evaluation of life skills education programm. [Evaluation report]. New York: Unicef, 2012: 150 p. En ligne : www.unicef.org/evaluation/files/USA-2012-011-1_GLSEE.pdf
113. Uzdil, N., & Tanrıverdi, D. (2015). Effect of Psychosocial Skills Training on Functional Remission of Patients With Schizophrenia. *Western Journal of Nursing Research*, 37, 1142 1159. .

114. Veach, Patricia McCarthy, 'Fostering Psychosocial Skill Development', A Practical Guide to Clinical Supervision in Genetic Counseling (New York, 2023; online edn, Oxford Academic, 1 Jan. 2023), , accessed 25 Aug. 2023.
115. Weinger, K, Beverly, EA, Lee Y, etal. (2011). The effect of a structured behavioral intervention on poorly controlled diabetes: a randomized controlled trial. Arch Intern Med; 171:1990-9.
116. Weinger, K., & Lee, J. (2006). Psychosocial and psychiatric challenges of diabetes mellitus.. The Nursing clinics of North America, 41 4, 667-80, viii . <https://doi.org/10.1016/J.CNUR.2006.07.002>.
117. Willoughby, D., Kee, C., Demi, A., Parker, V. (2000). Coping and Psychosocial Adjustment of Women with Diabetes. Diabetes Education, vol. 26, No, 1, p. p: 105-112.
118. World Health Organization (WHO). Life skills education in schools. Geneva: WHO, 1997 : 48
119. Yavda, P., & Iqbal, N. (2009). "Impact of Life Skill Training on Self-esteem, Adjustment and Empathy among Adolescents". Journal of the Indian Academy of Applied Psychology. 35: 61-70.
120. Yulis.H ,Fitriani.F ,Muslimah.P(2021).Health locus of control Dan self-efficacy pasien DM Type 2 Dengan Penerapan Modifikasi Psikoedukasi.journal keperawatan priority,vol 4,No,1

الملاحق

الملحق (01) : تقديم تسهيلات

٩٤٦

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة قاصدي مرباح ورقلة

الى السيد :مدير مستشفى الجالقة
مركز متابعة السكري

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية
مصلحة التكوين العالي لما بعد التدرج وما بعد التدرج المتخصص
الرقم : 1.01 / 2021

الموضوع : تقديم تسهيلات

تحية طيبة وبعد....

في إطار التعاون بين الجامعة والمؤسسات الوطنية، يقوم قسم علم النفس وعلوم التربية بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بتدريب طلابه علميا وعمليا على انجاز البحوث والدراسات الميدانية. وذلك بهدف إعدادهم وتكوينهم لخدمة قضايا البحث العلمي وتحقيق أهداف منظومة التعليم العالي في بلادنا. ومن أجل ذلك تسعدنا مشاركتكم إيانا في تحقيق هذه الأهداف وذلك بتقديم تسهيلات للطلبة أثناء تقديمهم إلى مؤسساتكم.

اسم الطالب (ة): بزيار يمينة

التخصص: علم النفس الإجتماعي

المستوى: السنة الثانية دكتوراه الطور الثالث

الإشراف: الأستاذ زعطوط رمضان

موضوع الدراسة: " فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات النفسية الإجتماعية لدى المصابين بداء السكري." نحن على يقين بأنكم ستبدلون الجهد الكافي في إطار مايسمح به القانون لتقديم التسهيلات الضرورية لطلابنا.

تقبلو منا فائق التقدير والإحترام

ورقلة في 2. ماي 2021.....

رئيس القسم



الملحق (2) : ترخيص

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
مديرية الصحة والسكان لولاية الجلفة

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجلفة
المديرية الفرعية للموارد البشرية
رقم: 2021/.....

للملاحظة فقط

أمر تعيين (مؤقت)

إن مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية
يعين السيد (ة):
بصفته (ها):
لضرورة المصلحة المطلقة ب:
ابتداء من: إلى:
وبالتالي يجب عليك الالتحاق بمنصب عميل جديد في الأجل المحدد أعلاه.

الجلفة في
المدير الفرعي للموارد البشرية
مصلحة الموارد البشرية



وزارة الصحة

حررت من طرف
مديرية الصحة والسكان لولاية الجلفة
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجلفة
رقم: 2022/.....

مترقب للملاحظة فقط

أمر تعيين

إن مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية
د/بوجه الطالب(ة):
بصفته (ها) طالبة: سنة رابعة دكتوراه الطور الثالث علم النفس الاجتماعي .
لإجراء تريبص ب: مصلحة داء السكري بالعيادة المتعددة الخدمات بعين الشيوخ .
ابتداء من: 2022/12/07 لمدة شهرين .
وبالتالي يجب عليك الالتحاق بـ مكان تريبصك في الأجل المحدد أعلاه .

الجلفة في
المدير الفرعي للموارد البشرية
مصلحة الموارد البشرية



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة

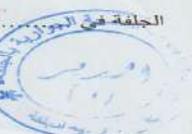
مديرية الصحة و السكان لولاية الجلفة
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجلفة
مكتب التكوين
الرقم: 2023/.....

مترقب للملاحظة فقط

أمر تعيين

ت/ يوجه الطالب (ة) :
بصفته (ها) طالب : سنة رابعة دكتوراه الطور الثالث علم النفس الاجتماعي
لإجراء تريبص ب: العيادة المتعددة بعين الشيوخ مصلحة داء السكري
ابتداء من: 2023/02/19 (20يوم)
وبالتالي يجب عليك الالتحاق بـ مكان تريبصك في الأجل المحدد أعلاه .

الجلفة في
المدير الفرعي للموارد البشرية
مكتب التكوين



الملحق (03) مقياس المهارات النفسية الاجتماعية

التعليمة:

أختي المريضة، أخي المريض: السلام عليكم. نعرض عليك في الصفحة الموالية بنودا تعبر عن بعض الأفكار والمعتقدات التي ترتبط بالمرض. نرجو منكم قراءتها بتمعن، ثم وضع اشارة X في الخانة التي ترونها معبرة عنكم، على مقياس (1 من 10) حين لا ينطبق عليكم تماما...إلى (10 من 10) حين ينطبق عليكم تماما. نتوقع منكم دقة وصدق اجاباتكم لأهميتها لنا ولكم. شكرا لتعاونكم

الجنس: أنثى ذكر

العمر بالسنوات:.....

المستوى التعليمي : أي ابتداءً أو متوسط ثانوي أو جامعي

المستوى الاقتصادي(حسب تقديركم لمتوسط دخلكم): منخفض متوسط مرتفع الحالة

الاجتماعية: أعزب متزوج مطلق أرمل

نوعية المرض وموضعه:.....

الرقم	الفقرة	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
1	يمكنني تدير اموري مع صندوق الضمان الاجتماعي فيما يخص مرضي					
2	أجد صعوبة في الالتزام بالمواعيد الطبية					
3	لا أجد مشكلة في فهم التعليمات الطبية					
4	أستطيع اتخاذ القرارات المرتبطة بمرضي بمفردني					
5	أشعر باستقلالية كبيرة في حياتي الخاصة					
6	أجد صعوبة في فهم ما يحصل لي					

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	الفقرة	الرقم
					يمكنني رفض آراء الآخرين بسهولة	7
					لا أستجيب بسهولة لمحاولة إقناعي بالعلاجات البديلة لمرضي	8
					أشعر بالعجز أمام تحديات المرض	11
					أجد صعوبة في التواصل مع الأطباء والمرضى	14
					لا أحسن التعامل مع وسائل التواصل الاجتماعي	16
					أجد صعوبة في التواصل مع أفراد أسرتي	17
					لا أعرف كيف أحصل على الدعم الكافي من أسرتي وأصدقائي	18
					أدرك بعمق كيف غير هذا المرض حياتي	19
					جعلني المرض عاجزا عن التصرف في حياتي	20
					لم أعد أفهم نفسي	21
					غالبا ما أكون محل ثقة من طرف الآخرين	22
					لا أجد صعوبة في تفهم الآخرين ومساعدتهم	24
					لا أحسن التعامل مع الضغوط النفسية	25
					أشعر بالخوف من المستقبل	29
					لا أتردد في طلب المساعدة النفسية للتغلب على ضغوطتي	30

أبعاد المقياس:

- i. القدرة على حل المشكلات / القدرة على اتخاذ القرار:
البنود: 1،2،3،4،5،6
- ii. التفكير الناقد / التفكير الابداعي:
البنود: 7،8،9،10،11،12
- iii. القدرة على التواصل الفعال / العلاقات البين شخصية الفعالة
البنود: 13،14،15،16،17،18
- iv. الوعي بالذات / مهارات التواجد (التفهم)
البنود: 19،20،21،22،23،24
- v. مهارات إدارة الضغوط / مهارات ادارة الانفعالات
البنود: 25،26،27،28،29،30

الملحق (04) : استمارة المشاركة

إستمارة المشاركة (دراسة الأساسية)

الإسم واللقب :

رقم الهاتف :

العنوان :

المهنة :

الجنس: أنثى ذكر

السن :

المستوى التعليمي : أمي ابتدائي أو متوسط ثانوي أو جامعي

المستوى الاقتصادي (حسب تقديركم لمتوسط دخلكم): منخ متو مر

الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج مطلق أرمل

مدة المرض :

إستمارة المشاركة (دراسة الأساسية)

الإسم واللقب :

رقم الهاتف :

العنوان :

المهنة :

الجنس: أنثى ذكر

السن :

المستوى التعليمي : أمي ابتدائي أو متوسط ثانوي أو جامعي

المستوى الاقتصادي (حسب تقديركم لمتوسط دخلكم): منخ متو مر

الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج مطلق أرمل

مدة المرض :

الملحق (05) : استمارة التحكيم

جامعة قاصدي مرباح – ورقلة

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

استمارة تحكيم برنامج علاجي

تحية طيبة وبعد :

في إطار إنجاز أطروحة دكتوراه تخصص علم النفس الإجتماعي بعنوان :

فاعليه برنامج تدريبي لتنمية المهارات النفسية الإجتماعية لدى المرضى المصابين بالسكري

(دراسة ميدانية بمركز متابعة السكري بولاية الجلفة)

تلعب المهارات النفسية الاجتماعية دورا مهما في تعزيز الرفاهية خاصة عندما تكون مصاعب الأمراض المزمنة مرتبطة بالقدرة على تعبئة الموارد اللازمة للتكيف مع العلاج .

ومنظمة الصحة العالمية عرفت المهارات النفسية الاجتماعية بأنها قدرة الشخص على الإستجابة بفعالية لمتطلبات وتجارب الحياة اليومية للحفاظ على حالة من الرفاهية النفسية بتبني السلوك المناسب فيما يتعلق بالعلاقات مع الآخرين وثقافته وبيئته .

ونعرف إجرائيا المهارات النفسية الاجتماعية في دراستنا المهارات المحددة باستجابة أفراد العينة من مرضى السكري من خلال إجابتهم على فقرات مقياس المهارات النفسية الاجتماعية المستخدم في الدراسة من إعداد زعطوط رمضان ويتكون من ثلاثون بنداً موزعة خمسة محاور: حل المشكلات / اتخاذ القرار ، التفكير الإبداعي / التفكير الناقد ، التواصل الفعال / العلاقات البين شخصية الفعالة ، الوعي بالذات / التعاطف مع الآخرين / ، مهارات الضغوط / مهارات إدارة الإنفعالات .

لذلك نضع بين أيديكم هذه الاستمارة للإستفادة من خبرتكم وتوجيهاتكم التي سيكون لها بالغ الأثر في المساعدة على إنجاز هذا العمل ، لذلك نرجو من سيادتكم تقييم هذا البرنامج وتعديله من خلال إستمارة التحكيم المرفقة وذلك بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة مع تقديم البديل إن أمكن .

* إشراف الأستاذ الدكتور :

* إعداد الطالبة الباحثة :

- زعطوط رمضان

- بزيان يمينة

المعلومات الشخصية :

.....: الاسم واللقب

.....: الرتبة المهنية

.....: الخبرة المهنية

.....: الدرجة العلمية

البديل المقترح أو الملاحظة	الوسائل المستخدمة		محتوى البرنامج		النشاط المستخدم		أهداف الجلسة		زمن الجلسة		جوانب التحكيم
	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسب	مناسب	غير مناسب	مناسب	غير واضحة	واضحة	غير كاف	كاف	الجلسات
											الجلسة التمهيدية

											الجلسة الاولى القدرة على حل المشكلات
											الجلسة الثانية إتخاذ القرارات
											الجلسة الثالثة التفكير النقدي
											الجلسة الرابعة التفكير الإبداعي
											الجلسة الخامسة التواصل الفعال

											الجلسة السادسة العلاقات البين شخصية الفعالة
											الجلسة السابعة الوعي بالذات
											الجلسة الثامنة التعاطف مع الآخرين
											الجلسة التاسعة إدارة الضغوط
											الجلسة العاشرة مهارات إدارة الانفعالات
											الجلسة الختامية

ملاحظات أخرى

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الأدوات والوسائل	أساليب والتقنيات	المحتوى [إجراءات الجلسة]	[النشاط المستخدم]	أهم أهداف الجلسة	الجلسة
جهاز العرض data show سبورة أقلام أوراق	المناقشة والحوار محاضرة	<ul style="list-style-type: none"> - افتتاح جلسة الترحيب . - تعارف مابين الأفراد - محاضرة من طرف الأخصائية التغذوية - عرض موضوع مسببات السكري والعوامل المسببة - هدف البرنامج العلاجي <p>أسئلة استكشافية (ماهي أهم المشكلات التي تتعرض لها في الحياة الاجتماعية أو الاقتصادية العلاج في مجال التغذية مع الاطباء الرجيم</p>	تقنية العصف الذهني إلقاء محاضرة من طرف أخصائية	<p>1-التعارف بين الباحثة والمرضى.</p> <p>2-تعارف المرضى فيما بينهم.</p> <p>3-أن يتعرف المرضى على أهداف البرنامج .</p> <p>4- الإتفاق على مواعيد الجلسات وعددها</p>	<p>الجلسة التمهيديّة</p> <p>المدة 60 د</p>
جهاز العرض data show	تقنية حل المشكلات محاضرة النمذجة المناقشة والحوار العصف الذهني	<p>التجريب:</p> <p>الخطوة 1: ادعو المشاركين للجلوس في دائرة ، ثم الأقتراب من بعضهم البعض ، ثم ارفع يد واحدة أمامهم وامسك بيد مشارك آخر ، إذا أمكن بعيداً عنك قدر الإمكان. ادعُ</p>		<p>1-تدريبه على تدبير أموره فيما يخص مرضه</p> <p>2- تدريبه على الإلتزام بالمواعيد الطبية</p> <p>3- التعرف على مشكلة مرض السكري وعواقبه</p>	<p>الجلسة الاولى</p> <p>القدرة على حل المشكلات</p> <p>المدة 60 د</p>

المشاركين إلى إغلاق أعينهم ، ثم ارفع اليد الأخرى.
تقوم الباحثة بتوصيل كل من اليدين بيد أخرى بشكل عشوائي.
التعليمات: "ستقوم بفك العقدة التي صنعتها ، دون أن تنفصل عن الشخص الذي تمسك بيده.
يتذكر المتحدث قواعد الإطار وينتبه للسلامة الجسدية للجميع.
لذلك ، يُدعى المشاركون إلى تنظيم أنفسهم والتواصل لفك تشابك أيديهم حتى يحصلوا على حلقة واحدة أو أكثر.
راقب ما يحدث

الخطوة 2: يمكن للمتحدث أن يقرر إيقاف النشاط إذا كانت المجموعة تواجه صعوبة ، ثم يقوم بتحليل ما حدث مع المجموعة ثم يبدأ النشاط مرة أخرى بإكمال التمرين بنجاح بناءً على ما قيل وبتشجيع من الباحثة!
مدى استفادة المريض من النشاط :

- هل استمتعت بهذا النشاط ؟ ما الذي أعجبك ؟
- كيف شعرت أثناء النشاط ؟ في البداية ؟ وأثناء ؟ وفي نهاية المطاف ؟
- من دواعي سروري أن تكون في حالة حركة ، وأن تنجح ، وأن تكون في مجموعة. الشعور بالانتماء...
- الإحباط وسوء الفهم وعدم الراحة لعدم الفهم وعدم السيطرة على الموقف...
- هل كان حل العقدة سهلاً أم صعباً؟ ما الذي منع أو مكن النجاح في فك العقدة؟ ما هي الصفات والمهارات التي حشدتها لحل هذه المشكلة؟.
- تواصل ، قدم مقترحات ، استمع ، اسمح لنفسك بالإرشاد ... خذ الوقت الكافي للتفكير ، خذ بعض المسافة للمراقبة.
- التكيف مع مؤشرات الآخرين ، ومشاركة الجميع ، وتعاون الجميع ... الثقة بالآخر ، والثقة بنفسك...

التعميم
• ما الذي يمكن أن نتعلمه من هذا النشاط؟

	<p>من خلال النشاط تحاول الباحثة ان تعطي بعض التوجيهات لحل المشكلات المرتبطة بمرض السكري التي تواجه المريض خلال مرضه .من خلال تعليم المهارات اللازمة لهذا الحل ،اول هاته المهارات تحديد موقع التعاون كطريقة لحل المشكلة .</p> <p>تسلط الضوء على اهتمام النشاط لتقوية تماسك المجموعة ، وخلق تجربة نجاح جماعي من خلال الاعتماد على تعاون الجميع.</p> <p>• ما المواقف الإشكالية الأخرى التي يجعلك هذا النشاط تفكر فيها؟ كيف حللت هذه القضايا؟</p> <p>تسهيل المناقشة من خلال تشجيع تبادل الخبرات الحية (انشاء حلقة دائرية ومحاولة كل مريض التحدث عن تجربة المرض وكيف واجه المريض ازمات المرض التي قد تعرض لها ويشارك الآخرين تجاربه للاستفادة منها).</p>			
<p>المستندات التي تعرض مراحل رسال (اوراق مصاحبة)</p> <p>أفلام أوراق</p>	<p>التجريب :</p> <p>أعرض مراحل رسالة انا (ورقة المتحدث) و اشرح اهتماماتها:</p> <p>تقوم الباحثة بتقسيم المشاركين لمجموعتين :</p> <p>بحيث تقوم الباحثة بتكليف مجموعة عن غيرها باقناع المجموعة الثانية بالموضوع :</p> <p>المجموعة الاولى: دعهم يتخيلون انهم مكلفون باقناع مصلحة تحوي مرضى السكري بإدارة العلاج الذين رفضوا اتباعه خوفا من الآثار التي قد تنجم عنها تبعا لعدم وعيهم بذلك وتخوفا للعواقب ..</p> <p>المجموعة الثانية : تعتبر الناقد لما جاء به افراد المجموعة الاولى ، وتاتي بحجج مقنعة عكس الاراء المقترحة من طرف المجموعة الاولى .</p> <p>طريقة التطبيق:</p> <p>شكل مجموعات من 2 إلى 3 مشاركين وقدم لهم ورقة المشاركون مكتوب عليها " الرسالة انا "</p> <p>التعليمات: استخدم " الرسالة أنا " للتواصل في الموقف المخصص لكل مجموعة.</p> <p>اطلب من المجموعات قراءة أو تشغيل الرسالة في حالة الرد على المشارك الاخر.</p> <p>مدى استفادة المجموعة من النشاط:</p>		<p>1- إيصاله لمرحلة الإقناع بالعلاجات</p> <p>2- التعامل مع الأفكار والمشاعر السلبية</p> <p>3- تنمية مهارات الحوار</p>	<p>الجلسة الثالثة</p> <p>التفكير النقدي</p> <p>المدة 60 د</p>

	<p>اطلب رأي المجموعة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • في نهاية كل عرض: هل الرسالة واضحة؟ ما هو تأثير ذلك على الشخص الذي يتلقاها؟ • بعد العروض: "ما رأيك في هذا النوع من التواصل؟ هل هو سهل ، صعب الاستخدام؟ <p>التعميم:</p> <p>ابحث عن المواقف التي تكون فيها "رسالة أنا" مفيدة. يسهل هذا النوع من التعبير ، على سبيل المثال ، البحث عن حلول في حالة حدوث تعارضات ويقوم بايجاد الحل كل مشارك من خلال تخيله لموقف تعرض له يشبه الموقف خلال مسيرة مرضه. استنتج مصلحة وحدود "رسالة أنا". إنها طريقة للتواصل دون مهاجمة الآخر ، بالحدوث عن نفسك ، عن طريق تجنب اتهام "أنت" ومع ذلك ، فإن جانبه المصطنع أو الفني يجعل من الممكن التفكير في الموقف للتوضيح والتمييز بين الموقف والمشاعر والاحتياجات والبحث عن طرق لتحسين الموقف أو حل مشكلة ما.</p>			
<p>كرات صغيرة أوراق</p> <p>نقاش حول الصعوبات التي تواجه المريض.</p> <p>محاضرة</p>	<p>التجريب :</p> <p>تأخذ الباحثة المشاركين في مكان حديقة المستشفى او مكان خارج اطار القاعات لتكملة النشاط :</p> <p>تقوم بوضع مقاعد على شكل حلقة بحيث يبعد كل مشارك عن الآخر بمسافة معينة وتقوم بشرح الباحثة الاستراتيجية للمشاركين من خلال توضيح الهدف من ذلك :</p> <p>يبدأ النشاط برمي الكرة لأول مشارك ويكون على الكرة مجموعة قصاصات بحيث يختار كل شخص ورقة ويرمي الكرة للمشارك المقابل له ينتظر المشارك الثاني ولايرمي الكرة حتى نقرا ماكلف به ثم يخرج المشارك لتنفيذ المهمة المكلف اليه .</p> <p>وبعدها مباشرة ننتقل للمشارك الثاني ثم الثالث وهكذا حتى ينتهي النشاط .</p> <p>محتوى الاوراق : (المهام المكلفة للمشاركين)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ورقة تحتوي على مهمة الخروج للطبيب العام والتحدث له عن كل امر لم يجد له فرصة من قبل - ورقة تحتوي على مهمة الوقوف والتحدث لباقي المشاركين عن كل امر صعب عليه قوله من قبل ونظرا للمدة التي اصبح فيها معهم تجسدت معاني الثقة والمحبة مما يسمح ويتيح له ذلك الاطمئنان القلبي للبوخ لما يجول بقلبه اتجاه مرضه لمن يماثلوه الالم ويشعرون بالمه . 		<p>1- التواصل مع الأطباء والمرضى الآخرين و الآخرين</p> <p>2- مشاركة الآخرين معاناة المرض لفظيا</p> <p>3- تدريب على إجراءات الطوارئ</p>	<p>الجلسة الخامسة</p> <p>التواصل الفعال</p> <p>المدة 60 د</p>

		ورقة تحتوي ان مشارك يسقط ارضا لاختبار قدرة المشاركين على اسعافه وتقديم ما يحتاجه من اعانات .			
سبورة	نشاط جماعي محاضرة المناقشة والحوار	<p>التجريب :</p> <p>يفضل أن يجلس المشاركون في دائرة</p> <p>التعليمات : ستفكر في هدية افتراضية تود تقديمها إلى جارك على اليمين ، لا توجد حدود (سعر ، واقعية) لما يمكنك تقديمه . " في المقابل كل مشارك لجاره موهبته الخيالية ويتجه نحوه انا سأقدم لك هدية كذا .. "</p> <p>مدى استفادة المريض من التمرين:</p> <p>هل أعجبك هذا النشاط ؟</p> <p>كيف كان شعورك عندما تلقيت هذه الهدية ؟ لماذا ؟</p> <p>كيف شعرت بإعطاء الهدية ؟ لماذا ؟</p> <p>هل فوجئت ببعض الهدايا ؟</p> <p>اعتمادا على عُمر المشاركين و الأهداف قد يركز المتحدث على :</p> <p>المهارات المستخدمة : الاستماع والاهتمام بالآخرين ووضع الذات مكان الآخر والإبداع</p> <p>تلبية الاحتياجات : متعة التسمية والاستلام وتقديم هدية والاعتراف بالنفس وذوق المرء</p> <p>التعميم</p> <p>في الحياة في أي مواقف يمكننا أن نعطي أو نتقبل الهدايا ؟ هل هو لطيف أم لا ؟ أين لماذا ؟</p> <p>هل يمكننا رفض الهدية ؟ في أي حالة ؟</p> <p>ماذا نحتاج لاختيار الهدية المناسبة ؟</p> <p>معرفة الآخر والاهتمام بحاجات الآخر والخيال والرغبة في إرضاء</p>	الهدية	<p>1- تحسين علاقاته مع المحيطين بيه.</p> <p>2- قدراته على التأثير والتأثر الإجتماعي.</p> <p>3- خلق ديناميكية جماعية</p> <p>4- الاهتمام باحتياجات الآخرين</p>	<p>الجلسة السادسة: علاقات البين شخصية الفعالة</p> <p>المدة 60 د</p>
سبورة	محاضرة المناقشة والحوار نشاط جماعي "تمثيل الأدوار شخص متقبل المرض وشخص غير متقبل"	<p>التجريب :</p> <p>تقوم الباحثة بدعوة المشاركين للجلوس في دائرة ويفضل الجلوس على كرسي تعليمات توضحها حركة الشخص البالغ " سنذهب واحد تلو الآخر إلى منتصف الدائرة لنقول شيئا نحبه ، شيئا نريد مشاركته مع الآخرين حتى يتعرفون علينا بشكل أفضل .</p> <p>1- أنا في منتصف الدائرة أبدا القول " اسمي ... وأنا أحب .. على سبيل المثال ، اسمي محمد واحب قراءة القصص يتعلق الامر بالحديث عن الذوق ، العاطفة وليس عن الناس .</p> <p>2- يمكن لشخص آخر يحب نفس الشيء أن ينتقل إلى المركز ويأخذ مكاني</p> <p>3- ثم يقول هذا الشخص " اسمي هو وأحب .. " ويقول شيئا آخر يحبه / تحبها وهكذا</p> <p>تعليمات أخرى :</p> <p>لكل فرد الحق في التمرير مرة واحدة فقط في منتصف الدائرة</p>		<p>1- تعزيز العلاقة مع الآخرين</p> <p>2- التعاون والمساعدة المتبادلة</p> <p>3- تنظيم واتخاذ قرار جماعي</p> <p>4- فهم ما يعنيه التعاون</p> <p>5- التعرف على بعض مزايا وعيوب التعاون</p>	<p>الجلسة الثامنة التعاطف مع الآخرين</p> <p>المدة 60 د</p>

		<p>تترك مساحة لأول من يبدأ في التحرك يبدأ الشخص البالغ باللعبه أثناء النشاط يكون حريصا على ضمان مشاركة الجميع ولكن لا ينبغي إلزام أحد بذلك .</p> <p>مدى استفادة المريض من التمرين:</p> <p>- هل أعجبك هذا النشاط ؟ ما الذي أعجبك ؟ من الذي لم يعجبه ؟ ما الذي لم يعجبك ؟</p> <p>- برايك ما الذي يسمح به هذا النشاط : للتعبير عن نفسك أمام الآخرين وتقديم نفسك من خلال مشاركة ذوق شخصي والاستماع إلى نفسك ومشاركة النقاط المشتركة والتنقل يجبرك على الجلوس بجانب غير المختارين اشخاص</p>			
أقلام رصاص أوراق سبورة	محاضرة الحوار والمناقشة	<p>التجريب:</p> <p>تدعو الباحثه المشاركين إلى التزام الصمت من أجل الاستماع إلى مشاعرهم والأفكار التي تراوهم أثناء النشاط خذ ورقة وقلم ارسم نخلة ذات الجذور ممتدة طويلا .</p> <p>التعليمات : ستثبت قدميك في الأرض ورجلك متباعدتان قليلا ، وركبتيك مثنيتين ، ثم أغلق أعينهم وإتباع صوتي . سوف نرفع أذرعنا ببطء وتتخيل أنك نخلة ، وقدماك كالجذور وسيقانك هم الجذوع وذراعيك تمثلان الأغصان ، ستحرك ذراعيك كما لو كانت الرياح هي التي تجلب الحركة ، أشعر بتمدد ذراعيك وبشرك وأصابعك ملاسمة للهواء متى شئت دائما في صمت يمكنك خفض ذراعيك ببطء سنسمح للجميع بالعودة إلى المجموعة بالوتيرة التي تناسبهم</p> <p>مدى استفادة المريض من التمرين:</p> <p>كيف شعرت خلال النشاط ؟</p> <p>ما الذي وجدته مثيرا للاهتمام في هذا النشاط وعلى وجه الخصوص سيتم التأكيد على استخدام التعبير الجسدي في النشاط ؟</p> <p>يمكن أن يساعد ذلك في تحديد ومعالجة التوترات أو النزاعات</p> <p>التعميم</p> <p>في أي وقت يمكن إعادة استخدام هذه التقنيات ؟ تقديم فكرة عن الموقف الذي يولد التوتر .</p> <p>هل تعتقد أنه يمكن استخدام هذه الأساليب عندما تمر بمشاعر غير سارة ؟</p> <p>مدى استفادتهم من هذا النشاط وما اهمية ذلك في ادارة ضغوط المريض التي تواجهه خلال فترة المرض ومدى اهمية هذا في الخروج من حالة التوتر والضغط الى الراحة والامان .</p>	النخلة	<p>1- طلب المساعدة النفسية</p> <p>2- للتغلب على الضغوط</p> <p>3- تنمية مهارة التعامل مع الضغوط النفسية</p> <p>4- التعرف على الضغوط النفسية</p> <p>5- كيفية مواجهة الضغوط النفسية</p>	<p>الجلسة التاسعة:</p> <p>إدارة الضغوط</p> <p>المدة 60 د</p>

		(قد تناسب التقنية شخصا أكثر من شخص آخر ، وقد تكون مناسبة في وقت ما وأقل في وقت آخر)			
استمارة مقياس المهارات النفسية الإجتماعية	محاضرة المناقشة والحوار	<p>إجراء القياس البعدي يتم فيها تطبيق القياس البعدي التأكيد على أن هذه الجلسة هي الأخيرة في هذا البرنامج ، تقديم الشكر لأعضاء المجموعة لانضباطهم وحضور جلسات البرنامج ، وكذا التفاعل الإيجابي معا أيضا تقديم كلمة الشكر للأطباء حول مساعدتهم وصبرهم مع الباحثة خلال إجراء الجلسات.</p> <p>الوقوف على مدى تحقيق الأهداف المسطرة خلال الجلسات التدريبية المقدمة ، بتوجيه الأسئلة لأعضاء المجموعة وإبداء آراهم حول البرنامج التدريبي المقدم لهم وكذا جوانب الإستفادة التي تحصلو عليها منه خلال فترة إجراءه وحثهم على الإستفادة من محتوى البرنامج في حياتهم .</p>	مقياس المهارات النفسية الإجتماعية	<p>التقييم والختام (القياس البعدي) تطبيق القياس البعدي مدى تحقيق أهداف البرنامج التدريبي . مدى تحسن الذي توصلت إليه المجموعة التدريبية . تقديم الشكر لأعضاء المجموعة لانضباطهم وتعاونهم مع الباحثة لإنجاح هذا البرنامج . تقديم الهدايا للمرضى المجموعة جعل كل مريض ويقدم كلمة لزملائه حول الفترة التي قضاها معا.</p>	<p>الجلسة الختامية إنهاء البرنامج التدريبي المدة غير محددة</p>

الملحق (06) : قائمة المحكمين

الرقم	الاسم واللقب	التخصص / درجة العلمية	المؤسسة
01	فقوسية فاطمة	طبيبةسكري	مركزمتابعة السكري
02	دويدا أمينة	طبيبةسكري	مركزمتابعة السكري
03	جفال أمينة	أخصائية نفسانية	مركز متابعة السكري
04	بن ربيعة مليكة	أخصائية التغذية	مركزمتابعة السكري
05	وازي طاوس	أستاذ التعليم العالي علم النفس الإجتماعي	جامعة ورقلة
06	لعون فاطمة	أخصائية نفسانية	عيادة خاصة
07	داودي خيرة	أستاذ محاضراً علم النفس العام	جامعة الجلفة
08	هرمز جميلة	أستاذ التعليم العالي علم النفس العيادي	جامعة الجلفة
09	نميش نورة	أستاذ محاضراً علم النفس العيادي	جامعة الجلفة
10	بن عبد الرحمان أمال	أستاذ التعليم العالي علم النفس العيادي	جامعة غرداية
11	خنفار سامرة	أستاذ محاضراً علم النفس الصحة	جامعة الأغواط
12	كاشو سارة	أخصائية التربية العلاجية	مصلحة متابعة السكري مستشفى مصطفى باشا الجزائر

الملحق (07) : نتائج الخصائص السيكومترية للأدوات

الاحصاءات الوصفية للقياس القبلي للمجموعتين الضابطة والتجريبية:

Group Statistics

	VAR00007	N	Mean	Std. Deviation	Std. ErrorMean
البعد 1	الضابطة	8	17.2500	5.54849	1.96169
	التجريبية	8	13.5000	3.38062	1.19523
البعد 2	الضابطة	8	14.8750	3.04432	1.07633
	التجريبية	8	15.6250	3.50255	1.23834
البعد 3	الضابطة	8	20.3750	4.40576	1.55767
	التجريبية	8	21.5000	3.58569	1.26773
البعد 4	الضابطة	8	18.0000	4.84031	1.71131
	التجريبية	8	19.7500	4.65219	1.64480
البعد 5	الضابطة	8	17.5000	4.34248	1.53530
	التجريبية	8	20.0000	2.56348	.90633
ككل المقياس	الضابطة	8	88.0000	14.78416	5.22699
	التجريبية	8	90.3750	8.84691	3.12786

نتائج اختبارات للقياس القبلي للمجموعتين الضابطة والتجريبية:

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	MeanDifference	Std. ErrorDifference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
البعد1	Equal variances assumed	1.392	.258	1.632	14	.125	3.75000	2.29713	-1.17684-	8.67684
	Equal variances not assumed			1.632	11.568	.129	3.75000	2.29713	-1.27583-	8.77583
البعد2	Equal variances assumed	.610	.448	-.457-	14	.655	-.75000-	1.64072	-4.26900-	2.76900
	Equal variances not assumed			-.457-	13.733	.655	-.75000-	1.64072	-4.27541-	2.77541
البعد3	Equal variances assumed	1.014	.331	-.560-	14	.584	-1.12500-	2.00835	-5.43249-	3.18249
	Equal variances not assumed			-.560-	13.445	.585	-1.12500-	2.00835	-5.44922-	3.19922
البعد4	Equal variances assumed	1.009	.332	-.737-	14	.473	-1.75000-	2.37359	-6.84084-	3.34084
	Equal variances not assumed			-.737-	13.978	.473	-1.75000-	2.37359	-6.84159-	3.34159
البعد5	Equal variances assumed	4.070	.063	-	14	.183	-2.50000-	1.78285	-6.32384-	1.32384

	Equal variances not assumed			-1.402	11.350	.188	-2.50000-	1.78285	-6.40931-	1.40931
ككل المقياس	Equal variances assumed	2.082	.171	-.390-	14	.702	-2.37500-	6.09138	-15.43971-	10.68971
	Equal variances not assumed			-.390-	11.443	.704	-2.37500-	6.09138	-15.71892-	10.96892

نتائج الاحصاءات الوصفية للقياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة:

PairedSamplesStatistics				
	Mean	N	Std. Deviation	Std. ErrorMean
Pair 1	ض.1.البعء.قبلي	8	5.54849	1.96169
	ض.1.البعء.بعدي	8	3.29231	1.16401
Pair 2	ض.2.البعء.قبلي	8	3.18198	1.12500
	ض.2.البعء.بعدي	8	3.04432	1.07633
Pair 3	ض.3.البعء.قبلي	8	4.40576	1.55767
	ض.3.البعء.بعدي	8	1.98206	.70076
Pair 4	ض.4.البعء.قبلي	8	4.84031	1.71131
	ض.4.البعء.بعدي	8	2.71241	.95898
Pair 5	ض.5.البعء.قبلي	8	3.42000	1.20915
	ض.5.البعء.بعدي	8	4.34248	1.53530
Pair 6	ضابطة.ككل.المقياس.قبلي	8	8.18426	2.89357
	ضابطة.ككل.المقياس.بعدي	8	14.78416	5.22699

نتائج اختبارات للقياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة:

PairedSamples Test

	PairedDifferences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. ErrorMean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 ض.1 البعد.بعدي - ض.1 البعد.قبلي	.62500	8.39962	2.96971	-6.39726-	7.64726	.210	7	.839
Pair 2 ض.2 البعد.قبلي - ض.2 البعد.بعدي	3.25000	4.80327	1.69821	-.76564-	7.26564	1.914	7	.097
Pair 3 ض.3 البعد.بعدي - ض.3 البعد.قبلي	2.62500	5.70557	2.01722	-2.14498-	7.39498	1.301	7	.234
Pair 4 ض.4 البعد.بعدي - ض.4 البعد.قبلي	.25000	5.97016	2.11077	-4.74118-	5.24118	.118	7	.909
Pair 5 ض.5 البعد.قبلي - ض.5 البعد.بعدي	1.12500	6.99872	2.47442	-4.72608-	6.97608	.455	7	.663
Pair 6 ضابطة.ككل.المقياس.قبلي - ضابطة.ككل.المقياس.بعدي	.87500	21.48380	7.59567	-17.08590-	18.83590	.115	7	.912

الاحصاءات الوصفية

Group Statistics

	VAR00007	N	Mean	Std. Deviation	Std. ErrorMean
البعد 1	الضابطة	8	16.6250	3.29231	1.16401
	التجريبية	8	25.2500	1.90863	.67480
البعد 2	الضابطة	8	18.1250	3.18198	1.12500
	التجريبية	8	23.0000	1.30931	.46291
البعد 3	الضابطة	8	17.7500	1.98206	.70076
	التجريبية	8	25.2500	.88641	.31339
البعد 4	الضابطة	8	17.7500	2.71241	.95898
	التجريبية	8	25.8750	1.80772	.63913
البعد 5	الضابطة	8	18.6250	3.42000	1.20915
	التجريبية	8	24.6250	1.18773	.41993
ككل المقياس	الضابطة	8	88.8750	8.18426	2.89357
	التجريبية	8	124.0000	2.97610	1.05221

نتائج اختبارات بين القياس البعدي للمجموعتين الضابطة والتجريبية:

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	MeanDifference	Std. ErrorDifference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
البعـد1	Equal variances assumed	1.854	.195	-6.410-	14	.000	-8.62500-	1.34546	-11.51073-	-5.73927-
	Equal variances not assumed			-6.410-	11.228	.000	-8.62500-	1.34546	-11.57903-	-5.67097-
البعـد2	Equal variances assumed	5.170	.039	-4.007-	14	.001	-4.87500-	1.21652	-7.48417-	-2.26583-
	Equal variances not assumed			-4.007-	9.304	.003	-4.87500-	1.21652	-7.61329-	-2.13671-
البعـد3	Equal variances assumed	14.000	.002	-9.770-	14	.000	-7.50000-	.76765	-9.14644-	-5.85356-
	Equal variances not assumed			-9.770-	9.692	.000	-7.50000-	.76765	-9.21782-	-5.78218-
البعـد4	Equal variances assumed	1.189	.294	-7.050-	14	.000	-8.12500-	1.15244	-10.59674-	-5.65326-
	Equal variances not assumed			-7.050-	12.194	.000	-8.12500-	1.15244	-10.63154-	-5.61846-
البعـد5	Equal variances assumed	4.145	.061	-4.688-	14	.000	-6.00000-	1.28000	-8.74532-	-3.25468-

Equal variances not assumed			-4.688-	8.664	.001	-6.00000-	1.28000	-8.91274-	-3.08726-
ككل.المقياس Equal variances assumed	5.766	.031	- 11.408-	14	.000	-35.12500-	3.07895	-41.72868-	-28.52132-
Equal variances not assumed			- 11.408-	8.819	.000	-35.12500-	3.07895	-42.11186-	-28.13814-

نتائج الاحصاءات الوصفية للقياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية:

PairedSamplesStatistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. ErrorMean
Pair 1 ت1 بعد.بعدي	25.2500	8	1.90863	.67480
ت1 بعد.قبلي	13.5000	8	3.38062	1.19523
Pair 2 ت2 بعد.بعدي	23.0000	8	1.30931	.46291
ت2 بعد.قبلي	15.6250	8	3.50255	1.23834
Pair 3 ت3 بعد.بعدي	25.2500	8	.88641	.31339
ت3 بعد.قبلي	21.5000	8	3.58569	1.26773
Pair 4 ت4 بعد.بعدي	25.8750	8	1.80772	.63913
ت4 بعد.قبلي	19.7500	8	4.65219	1.64480
Pair 5 ت5 بعد.بعدي	24.6250	8	1.18773	.41993
ت5 بعد.قبلي	20.0000	8	2.56348	.90633
Pair 6 ككل.مقياس.بعدي	124.0000	8	2.97610	1.05221
ككل.مقياس.قبلي	90.3750	8	8.84691	3.12786

نتائج اختبارات بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية:

PairedSamples Test

	PairedDifferences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. ErrorMean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 ت1 بعد قبلي - ت1 بعد بعدي	11.75000	4.30116	1.52069	8.15414	15.34586	7.727	7	.000
Pair 2 ت2 بعد قبلي - ت2 بعد بعدي	7.37500	3.62284	1.28087	4.34623	10.40377	5.758	7	.001
Pair 3 ت3 بعد قبلي - ت3 بعد بعدي	3.75000	3.77018	1.33296	.59805	6.90195	2.813	7	.026
Pair 4 ت4 بعد قبلي - ت4 بعد بعدي	6.12500	4.64258	1.64140	2.24370	10.00630	3.732	7	.007
Pair 5 ت5 بعد قبلي - ت5 بعد بعدي	4.62500	3.20435	1.13291	1.94610	7.30390	4.082	7	.005
Pair 6 ككل مقياس قبلي - ككل مقياس بعدي	33.62500	8.94327	3.16192	26.14824	41.10176	10.634	7	.000