



## فاعلية برنامج قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض القلق والاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم بمستشفى جامعة الملك عبد العزيز

سميرة إبراهيم دراج

أخصائي نفسي بوحدة علم النفس العيادي بالمستشفى الجامعي، ماجستير إرشاد نفسي، قسم علم النفس، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الملك عبد العزيز، المملكة العربية السعودية  
البريد الإلكتروني: [abdraj@kau.edu.sa](mailto:abdraj@kau.edu.sa)

إيمان علي المحمدي

أستاذ مشارك في القياس النفسي ومنهجيات البحث، قسم علم النفس، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الملك عبد العزيز، المملكة العربية السعودية  
البريد الإلكتروني: [ealmhamdi@kau.edu.sa](mailto:ealmhamdi@kau.edu.sa)

فاطمة سمير الغامدي

أستاذ مساعد في الإرشاد الإكلينيكي والإشراف، قسم علم النفس، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الملك عبد العزيز، المملكة العربية السعودية  
البريد الإلكتروني: [fsaalghamdi2@kau.edu.sa](mailto:fsaalghamdi2@kau.edu.sa)

### المخلص

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض القلق والاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم بمستشفى جامعة الملك عبد العزيز بجدة، استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي لملائمته لأهداف الدراسة، طبقت الدراسة على عينة عشوائية من مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم (ن = 12)، اعتمدت الباحثة في جمع البيانات على استبانة الأسئلة الديمغرافية، استبيان القلق المعمم (GAD-7)، واستبيان صحة المريض لاضطراب الاكتئاب (PHQ-9)، ومقياس جودة الحياة (WHOQOL-BREF)، بالإضافة إلى برنامج علاجي قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي (اعداد الباحثة). توصلت النتائج إلى وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب الدرجات في القياسين القبلي والبعدي على مقياس القلق ومقياس الاكتئاب (انخفاضاً) ومقياس جودة الحياة (ارتفاعاً)، لا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب الدرجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد شهر من انتهاء البرنامج) على مقياس القلق والاكتئاب ومقياس جودة الحياة مما يدل على استمرار فاعلية البرنامج العلاجي في خفض القلق والاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى عينة من مرضى انقطاع التنفس الانسدادي بمستشفى جامعة الملك عبد العزيز بجدة. وتوصي الباحثة بإعداد المزيد من البرامج العلاجية التي تستهدف تحسين الصحة النفسية وجودة الحياة لمرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم.

الكلمات المفتاحية: القلق، الاكتئاب، جودة الحياة، انقطاع التنفس الانسدادي، العلاج الجدلي السلوكي.



## The Effectiveness of a Program Based on Dialectical Behavioral Therapy Skills in Reducing Anxiety and Depression and Improving the Quality of Life Among Patients with Obstructive Nocturnal Apnea Syndrome at King Abdulaziz University Hospital

**Samira Ibrahim Darraj**

Psychologist at the Clinical Psychology Unit at the University Hospital, Master's degree in Psychological Counseling, Department of Psychology, Faculty of Arts and Humanities, King Abdulaziz University, Kingdom of Saudi Arabia  
Email: [abdraj@kau.edu.sa](mailto:abdraj@kau.edu.sa)

**Iman Ali Al-Mohammadi**

Associate Professor of Psychological Measurement and Research Methodology  
Department of Psychology, College of Arts and Humanities, King Abdulaziz University, Saudi Arabia  
Email: [ealmhamdi@kau.edu.sa](mailto:ealmhamdi@kau.edu.sa)

**Fatima Samir Al-Ghamdi**

Assistant Professor of Clinical Counseling and Supervision  
Department of Psychology, College of Arts and Humanities, King Abdulaziz University, Saudi Arabia  
Email: [fsaalghamdi2@kau.edu.sa](mailto:fsaalghamdi2@kau.edu.sa)

### ABSTRACT

The study aimed to investigate the effectiveness of a program based on dialectical behavioral therapy skills in reducing anxiety and depression and improving the quality of life among patients with obstructive sleep apnea syndrome at King Abdulaziz University Hospital in Jeddah. The researcher utilized the semi-experimental approach sample of patients with obstructive sleep apnea syndrome ( $n = 12$ ). The demographic questionnaire, the generalized anxiety questionnaire (GAD-7), the patient health questionnaire for depressive disorder (PHQ-9), and the quality of life scale (WHOQOL-BREF), and a program based on Dialectical Behavioral Therapy skills (developed by the researcher) were applied to the study participants. The results showed: there were statistically significant differences between the average grades in the pre- and post-measurements on the anxiety scale and the depression scale (decreasing), and the quality of life scale (increasing). There were no statistically significant differences between the average grades of participants on the scale of anxiety and depression and the measure of quality of life in post and follow up measures (one month after the termination of the program) which indicate the continuity of the effectiveness of the program in reducing anxiety and depression, and improving the quality of life among a sample of obstructive apnea patients at King Abdulaziz University Hospital in Jeddah. The researcher recommend developing more treatment programs aimed at improving the mental health and quality of life of people with obstructive sleep apnea syndrome.

**Keywords:** anxiety, depression, quality of life, obstructive sleep apnea, dialectical behavioral therapy.



## مقدمة الدراسة

يعاني حوالي ثلث البشر من واحدة على الأقل من أنواع اضطرابات النوم الإكلينيكية، ويعاني الكثيرون -أيضاً- من مشكلات في النوم دون الحصول على أي تشخيص واضح، وقد تكون تلك الاضطرابات مؤقتة ربما نتيجة لتجربة مؤلمة؛ كفقدان شخص عزيز، أو الطلاق، أو غيره، وقد تتحول إلى مشكلة مزمنة. وتحدث بعض هذه الاضطرابات نتيجة لسلوكيات الأشخاص الخاصة؛ مثل العمل ليلاً، أو الزيادة المفرطة في الوزن، أو يمكن أن ترتبط -أيضاً- بنوعية الحياة، وهي تضر بصحة الفرد وعافيته على المدى الطويل (لوكلي و فوستر، 2017).

وهناك ثمانية أنواع من اضطرابات النوم وفقاً لـ "التصنيف الدولي لاضطرابات النوم"، وتعد متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي (Obstructive sleep apnea (OSA) واحدة من أكثر اضطرابات النوم شيوعاً، وقد حظيت باهتمام كبير من مقدمي الرعاية الصحية؛ حيث يُعتقد أنها تؤثر على ما يقرب من مليار شخص حول العالم (Malhotra et al., 2021).

وتُعرّف متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم بأنها اضطراب تنفسي مرتبط بالنوم، ويتضمن انخفاضاً أو توقفاً تاماً في تدفق الهواء على الرغم من الجهد المستمر للتنفس، ويحدث عندما تسترخي العضلات أثناء النوم؛ مما يؤدي إلى انهيار الأنسجة الرخوة في مؤخرة الحلق، وسد مجرى الهواء العلوي، وهذا يؤدي إلى توقف كامل في التنفس أثناء النوم الذي قد يستمر لمدة (10) ثوان على الأقل؛ حيث تتراوح معظم فترات التوقف المؤقت ما بين (10-30) ثانية؛ ولكن قد يستمر بعضها لمدة دقيقة واحدة أو أكثر (Strohl, 2018).

وهناك العديد من الأعراض التي قد تظهر عند مرضى متلازمة انقطاع التنفس أثناء النوم في ساعات النوم والاستيقاظ أيضاً؛ فأتساءل النوم يعد الشخير من أكثر الأعراض شيوعاً؛ إضافة إلى الأرق والاستيقاظ ليلاً بشكل متكرر، والاستيقاظ المفاجئ مع الإحساس باللهات أو الاختناق؛ بالإضافة إلى جفاف الفم أو التهاب الحلق عند الاستيقاظ؛ بينما تشمل الأعراض النهارية لمرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي النعاس المفرط أثناء النهار، والتعب وانخفاض الطاقة، وضعف الإدراك؛ وعدم القدرة على التركيز والسيان، وعدم التحفز على الرغم من الحصول على ساعات النوم الموصى بها (Rundo, 2019).

ولا تقتصر الآثار السلبية لمتلازمة انقطاع التنفس الانسدادي على وجود أعراض جسدية ومعرفية فقط؛ بل تمتد لتشمل الأعراض النفسية -أيضاً- بما في ذلك الاكتئاب والتهيج والقلق؛ مما يؤثر بشكل كبير -على نوعية الحياة (Kielb et al, 2012).

ويعرف القلق بأنه شعور عام غامض بالتوجس والخوف والتوتر، ويكون غير سار ومصحوباً عادة ببعض الإحساسات الجسمية؛ خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة؛ مثل: الشعور "بالفراغ في فم المعدة"، أو "ضيق التنفس"، أو "الصداع"، أو "كثرة الحركة" (عكاشة، 2018، ص11). ويعرف الاكتئاب بأنه حالة مرضية تتميز بانخفاض مزاجي شديد ومستمر يؤثر على الحياة اليومية للفرد، ويصاحب ذلك فقدان الاهتمام والمتعة في الأنشطة السابقة والمحبة، وفقدان الطاقة، والشعور بالإرهاق الشديد، وصعوبة في التركيز واتخاذ القرارات، واضطراب في النوم؛ مع زيادة أو انخفاض في الشهية والوزن، وأفكار متكررة عن الموت أو الانتحار (عبد العليم، 2023، ص20).

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة بين الإصابة بمتلازمة انقطاع التنفس الانسدادي والعديد من الاضطرابات النفسية؛ كدراسات (Garbarino et al, 2020)، (Rezaeitalab, et al. 2014)، (Jasmine, et al. 2021) التي خلصت إلى وجود علاقة بين الإصابة بمتلازمة انقطاع التنفس الانسدادي وأعراض القلق والاكتئاب، كما أظهرت دراسات (Chen, et al. 2022)، (Chotiman, et al. 2022) وجود علاقة وثيقة بين اضطراب النوم واضطراب المزاج. وخلصت كذلك -دراسة (Björnsdóttir, 2016) إلى وجود علاقة بين اضطراب انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم واضطراب الاكتئاب والاكتئاب الجسيم.

كما تؤثر متلازمة توقف التنفس الانسدادي أثناء النوم على جودة الحياة بسبب التأثيرات على وظائف المريض الجسدية والنفسية (Coman et al., 2016)، وتعد جودة الحياة مفهوماً نسبياً متعدد الأبعاد، فهو يختلف من فرد لآخر من الناحية النظرية والتطبيقية وفقاً للمعايير التي يعتمدها الفرد لتقويم الحياة ومطالبتها؛ والتي غالباً ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة؛ كالقدرة على التفكير واتخاذ القرارات، والقدرة على التحكم وإدارة الظروف المحيطة، والصحة الجسمية والنفسية، والظروف الاقتصادية، والمعتقدات الدينية، والقيم



الثقافية والحضارية التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة التي تحقق لهم السعادة وتوقعهم المتفائل بالمستقبل (خيزر وآخرون، 2021).

ووفقاً لأبعاد مفهوم جودة الحياة وما اتضح من خلال الآثار الجسدية والمعرفية والنفسية لمرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم فمن المتوقع أن يقرر أصحاب هذه المتلازمة انخفاض مستوى جودة الحياة لديهم، كما اتضح من خلال نتائج العديد من الدراسات كدراسات (Coman et al., 2016; Isidoro et al., 2015).

ونتيجة لما أشارت إليه الدراسات (Garbarino et al., 2020; Rezaeitalab, et al., 2014; Jasmine, et al., 2021) من أن الأشخاص الذين يعانون من متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أكثر عرضة للإصابة بالقلق والاكتئاب فهم بحاجة إلى برامج علاجية فعالة تساعد على تجاوز هذه الصعوبات اليومية، والقدرة على التعامل مع الآثار النفسية الناتجة عن الإصابة بهذا الاضطراب.

ويعد الإرشاد الجدلي السلوكي (Dialectical behavior therapy ( DBT) توجهاً حديثاً في علاج اضطراب السلوك (كوري، 2016)، وهو نهج يجمع بين تقنيات الإرشاد المعرفي السلوكي وعناصره السلوكية والفلسفة الجدلية، ويُعنى بالجدلية نوعاً من المنطق لإدراك أن هناك أكثر من حقيقة واحدة (أقطاب)، وتوليف هذه الحقائق يؤدي إلى التغيير المستمر؛ والمعالج في السلوكية الجدلية يهدف إلى استبدال التفكير الجامد "أبيض أو أسود" الذي يسبب الصراعات ويؤدي إلى معتقدات تمنع الفرد من الاستجابة بشكل خلاق في حالات الصراع. كما يدرّب الإرشاد الجدلي السلوكي على استخدام مهارات حل المشكلات وحل الصراع عن طريق النظر إلى المعتقدات، ويعلم أنماط التفكير التي تسهم في العلاقات البين شخصية (Linehan, 2018)، وقد اتضحت كفاءة هذا النوع من العلاج في خفض القلق والاكتئاب من خلال العديد من البحوث؛ كدراسات (Zamani, 2019; Lin, 2018; Tavakoli, 2020) ودراسة قنديل، (2020).

وقد لاحظت الباحثة - في حدود اطلاعها على قواعد البيانات - ندرة في الدراسات العربية التي تناولت مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض القلق والاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى هذه العينة؛ وعليه تركز الدراسة الحالية على التحقق من فاعلية برنامج علاجي قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض القلق والاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم.

## مشكلة الدراسة:

تتزايد اضطرابات النوم بشكل واسع حسب ما أشارت إليه الرابطة الأمريكية لتوقف التنفس أثناء النوم؛ حيث يعاني من (50-70) مليوناً من البالغين الأمريكيين من اضطرابات النوم، ويعاني حوالي 25 مليون بالغ في الولايات المتحدة الأمريكية من انقطاع التنفس أثناء النوم (National Institutes of Health, 2015). وقد يشكل الحرمان من النوم أو تغيير عادات النوم لدى الإنسان بشكل مبالغ فيه تهديداً لصحته، وينتج عنها ما يطلق عليه اضطرابات النوم، وقد تؤثر اضطرابات النوم الشائعة؛ مثل: الأرق، ومتلازمة تلملم الساقين، وانقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم على كل جانب من جوانب الحياة بما في ذلك العلاقات والعمل والتفكير والصحة النفسية (Retzer, 2021).

وقد أشار (Wali et al., 2017) في دراسته التي تعد الأولى من نوعها في الشرق الأوسط حول أكثر اضطرابات النوم شيوعاً في السعودية والتي أجريت على أكثر من (2600) مريض تتراوح أعمارهم بين 30 إلى 60 عاماً أن نحو 9% منهم مصابون بانقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم، بنسبة 12% للرجال، و5% للنساء، ووضحت الدراسة أن متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم تعد من أكثر اضطرابات النوم انتشاراً؛ إلا أنها وعلى العكس من كثير من الأمراض المزمنة لا يُتعرف عليها إلا بعد زمن طويل قد يصل في كثير من الأحيان - إلى ثماني سنوات .

كذلك ترتبط متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم بمستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب؛ ففي مراجعة ل (55) منشوراً من عام (1995) إلى عام (2006) حول هذا الموضوع تراوح معدل انتشار الاكتئاب من (7-63%)، وتراوح معدل انتشار القلق من (11-70%) بين المرضى (Saunamäki & Jehkonen, 2007).



وقد لاحظت الباحثة من خلال عملها العيادي تردد الكثير من المرضى الذين شُخِّصوا بمتلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم على العيادة النفسية بالمستشفى الجامعي، ومحاولاتهم التخلص من المشكلات النفسية المصاحبة لهذا الاضطراب؛ كالقلق، والاكتئاب، واضطرابات المزاج، وانخفاض جودة الحياة بشكل عام؛ مما استدعى الوقوف على هذه المشكلة من خلال برنامج يساعد على زيادة الوعي لديهم بكيفية التعامل مع هذا الاضطراب، وتعلم بعض المهارات التي قد تساهم في خفض مستويات القلق والاكتئاب وتحسين جودة الحياة لديهم؛ وفي ضوء قلة الدراسات التي تناولت فنيات العلاج الجدلي السلوكي لخفض القلق والاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى هذه الفئة \_ في حدود اطلاع الباحثة على قواعد البيانات \_ يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في السؤال الآتي:

### ما فاعلية برنامج علاجي قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض القلق والاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم؟

وتتفرع منه السؤالان الآتيان:

- 1- هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس القلق والاكتئاب وجودة الحياة؟
- 2- هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبعية (بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج) على مقياس القلق والاكتئاب وجودة الحياة؟

### أهداف الدراسة

- 1- الكشف عن فاعلية برنامج قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض القلق والاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم في مستشفى جامعة الملك عبد العزيز بجدة.
- 2- الكشف عن مدى استمرارية فاعلية هذا البرنامج (بعد شهر من تطبيق البرنامج).

### أهمية الدراسة

#### أولاً: الأهمية النظرية:

- 1- تكتسب الدراسة أهميتها النظرية من خلال تركيزها على مهارات العلاج الجدلي الذي يُعدّ اهتماماً حديثاً نسبياً في الدراسات العربية عامة والمحلية خاصة.
- 2- أهمية الفئة التي تناولتها الدراسة التي تتمثل في مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم.
- 3- أهمية متغيرات الدراسة؛ حيث تتناول اضطرابين من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً وهما القلق والاكتئاب، كذلك تتناول متغير جودة الحياة الذي يُعدّ متغيراً حيويّاً أولته حكومة المملكة العربية السعودية الأولوية من خلال إدراجه ضمن برامج رؤية المملكة (2030).
- 4- مساهمة الاتجاهات العلمية المعاصرة في الاهتمام بذوي اضطرابات النوم بصفة عامة، ومرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي بصفة خاصة؛ حيث إن إجراء الدراسات العلمية على هذه الفئة يساعد على فهم أفضل للمشكلات التي يعانون منها، ومن ثمّ دعمهم ورفع كفاءتهم الذاتية في مواجهة الصعوبات والتحديات التي تؤثر على جودة حياتهم.

#### ثانياً: الأهمية التطبيقية:

- 1- إعداد برنامج قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض أعراض القلق والاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم.
- 2- قد يستفيد العاملون في المجال العلاجي والمهتمون والباحثون من البرنامج المعد في هذه الدراسة القائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي بهدف خفض أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي وأثر ذلك في تحسين جودة الحياة لديهم.
- 3- تُعدّ هذه الدراسة استجابة لما يوصي به العلماء من ضرورة إجراء البحوث في مجال العلاج الجدلي السلوكي؛ وذلك لفاعليته في علاج طيف واسع من الأمراض والاضطرابات النفسية.



4- تقدم الدراسة دليلاً عملياً للمهتمين بمرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم متمثلاً في البرنامج العلاجي التي تتناوله الدراسة.

### مصطلحات الدراسة

#### انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم (OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA: OSA)

يعرف (Stöwhas, et al.,2019 p. 2) متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم بأنه: "اضطراب في التحكم في التنفس يؤدي فيه الانهيار المتكرر لمجرى الهواء العلوي أثناء النوم إلى انقطاع النفس / نقص التنفس المتكرر مع عدم تشبع الأكسجين، يعاني المرضى المصابون من زيادة الميل إلى النوم، وضعف التركيز، وانخفاض نوعية الحياة".

#### القلق ANXIETY:

التعريف الاصطلاحي: يعرف القلق بأنه: " أحد الاضطرابات النفسية المنهكة، ويظهر على الأشخاص الذين يعانون من مجموعة من الأعراض الجسدية والمعرفية؛ كالخوف الدائم، التوتر، وعدم القدرة على التركيز، الضيق، الارتعاش، التعرق، ارتفاع معدل ضربات القلب، ضغط الدم وغيرها من الأعراض الناتجة عن اضطرابات داخل الجهاز العصبي المركزي" ( Adwas et al.,2019,p.580).

التعريف الإجرائي: تتبنى الباحثة تعريف عكاشة (2021) للقلق بأنه: "شعور غير سار، وتوقع الشر والخوف من المجهول، وينطوي على توتر انفعالي مصحوب باضطرابات فسيولوجية " (ص.604). ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على استبانة القلق المعمم المستخدم في الدراسة الحالية Generalized Anxiety Disorder (Assessment (GAD-7) تعريب (AL Hadi A , et al 2017) .

#### الاكتئاب DEPRESSION:

التعريف اصطلاحياً: يعرف الاكتئاب بأنه: "اضطراب مزاجي مصحوب بأعراض نفسية وجسدية؛ كالحزن، التعب، فقدان الاهتمام، وفقدان الشهية؛ بالإضافة إلى ارتباك ذهني وتغيرات في القدرة على تنفيذ الأنشطة اليومية" (Doktorchik, et al., 2019 p.2).

التعريف الإجرائي: تتبنى الباحثة تعريف الشترى (2020) بأن الاكتئاب هو: " فقدان الفرد للشعور بالمتعة فيما يقوم به من أنشطة في الحياة اليومية لمدة تتجاوز الأسبوعين؛ مما يؤدي إلى اضطراب علاقته الاجتماعية والمهنية، ويظهر في أعراض كثيرة أهمها الحزن، الأرق، العزلة الإهمال، اضطراب الشهية والوزن، تفكير تشاؤمي والتفكير في الانتحار" (ص.473)، ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على استبانة صحة المريض المستخدمة في الدراسة الحالية (AL Hadi A Patient Health Questionnaire (PHQ-9) تعريب ( , et al 2017).

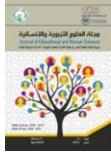
#### جودة الحياة QUALITY OF LIEF:

التعريف اصطلاحياً: تعرف على أنها رضا الفرد عن نفسه وأدائه، وإحساسه بمدى قدرته على التكيف مع الإمكانيات المتاحة، وعلى توظيفها واستثمارها في سبيل تحقيق توافقه النفسي وسعادته، واستشعاره بأنه كعضو فاعل في مجتمعه له حقوق وعليه واجبات (العنزي، 2018، ص 15).

التعريف الإجرائي: تتبنى الباحثة تعريف منظمة الصحة العالمية ( Cai et al .,2021,p.1 ) بأنها: " تصورات الأفراد لمكانتهم في الحياة، وفي سياق الثقافة والمنظومة القيمية التي يعيشون فيها وفيها يرتبط بأهدافهم، وتوقعاتهم، ومعاييرهم، واهتماماتهم؛ وهو مفهوم واسع النطاق يدمج ما بين الصحة الجسدية للأشخاص والحالة النفسية، ومستوى استقلاليتهم وعلاقاتهم الاجتماعية ومعتقداتهم وارتباطهم بخصائص البيئة التي يعيشون فيها"، ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس المستخدم في الدراسة الحالية جودة الحياة "الصورة المختصرة" إعداد منظمة الصحة العالمية (1996)، تعريب بشرى إسماعيل أحمد (2013).

#### العلاج الجدلي السلوكي ( DBT ) DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY :

يعرف العلاج الجدلي السلوكي بأنه: " أسلوب علاجي يهدف إلى خفض السلوك السلبي المرتبط بالانفعالات والأفكار والسلوك من خلال برنامج علاجي فردي أو جماعي يستخدم في جلساته مهارات تجاوز المحنة، واليقظة الذهنية، وتنظيم الانفعال والعلاقات الفعالة، ومراحل علاجية باستخدام إستراتيجياته التي شملت الإستراتيجيات



الجدلية، وإستراتيجيات التحقق من الصحة، وإستراتيجيات حل المشكلات، وإستراتيجيات الأسلوبية، وإستراتيجيات إدارة الحالات" (عبدالله والشركسي، 2019، ص 128).

### حدود الدراسة

**الحدود الموضوعية:** تقتصر الدراسة الحالية على فحص فاعلية برنامج قائم على مهارات الجدلي السلوكي في خفض القلق والاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم.  
**الحدود البشرية:** طبقت هذه الدراسة الحالية على عينة من مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم.  
**الحدود المكانية:** طبقت هذه الدراسة في عيادة اضطرابات النوم بمستشفى جامعة الملك عبد العزيز بجدة.  
**الحدود الزمانية:** طبقت هذه الدراسة خلال العام 1444هـ - 2023م.  
**حدود الأدوات:** اقتصرت الدراسة على الأدوات الآتية: استبيان القلق المعمم (GAD-7)، واستبيان صحة المريض لاضطراب الاكتئاب (PHQ-9)، ومقياس جودة الحياة (WHOQOL-BREF)؛ بالإضافة إلى برنامج علاجي قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي.

### منهج الدراسة

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج شبه التجريبي لملاءمته لأهداف الدراسة، وللتأكد من فاعلية البرنامج القائم على استخدام مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض أعراض القلق والاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم استُخدم التصميم شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة.

### مجتمع وعينة الدراسة

تنقسم عينة الدراسة إلى عينة استطلاعية، وعينة الدراسة الأساسية التي طبق عليها البرنامج العلاجي.

### أ. عينة الدراسة الاستطلاعية:

طبقت مقاييس الدراسة الحالية على عينة استطلاعية بهدف التحقق من الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة، وتكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (100) من البالغين من مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم المراجعين في عيادة طب وبحوث النوم بمستشفى جامعة الملك عبد العزيز بجدة بعد الحصول على الموافقة الأخلاقية، وقد توصل معهم عن طريق الهاتف وإرسال استمارة الكترونية شملت جميع المقاييس، مع أخذ موافقتهم قبل البدء بالإجابة عن بنود الاستبانة، ويوضح جدول (1) الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة الاستطلاعية.

جدول (1) الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة الاستطلاعية (ن=100).		
المتغيرات	التكرارات	النسبة المئوية %
الجنس	ذكور	51,0%
	إناث	49,0%
	المجموع	100%
العمر	18-29 سنة	11,0%
	30-39 سنة	30,0%
	40-49 سنة	29,0%
	50-59 سنة	24,0%
	60 سنة فأكثر	6,0%
	المجموع	100%
المستوى التعليمي	أقل من الثانوية العامة	7,0%
	الثانوية العامة	30,0%
	شهادة جامعية	44,0%
	دراسات عليا	19,0%
	المجموع	100%
الحالة الاجتماعية	أعزب/ أعزباء	19,0%
	متزوج/ متزوجة	63,0%
	أرمل/ أرملة	6,0%



12,0%	12	مطلق/ مطلقة	
100%	100	المجموع	

### ب- عينة الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (12) فرداً أُخْتِيِرُوا لتطبيق البرنامج العلاجي عليهم؛ جميعهم بالغون ومشخصون فعلياً بمتلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم؛ والذين خضعوا لاختبار النوم في مستشفى جامعة الملك عبد العزيز بجدة بقسم طب وبحوث النوم، والحاصلون على درجات متوسطة من شدة انقطاع التنفس أثناء النوم، والحاصلون على أعراض متوسطة الدرجة في اضطراب القلق والاكتئاب وفقاً لمقاييس الدراسة، وقد استُبيِدَ المراجعون لعيادة الطب النفسي والمستخدمون للأدوية النفسية المضادة للقلق والاكتئاب، ويوضح جدول (2) خصائص عينة الدراسة الأساسية.

المتغيرات	التكرارات	النسبة المئوية %
الجنس	ذكور	6 (50%)
	إناث	6 (50%)
	المجموع	12 (100%)
العمر	30-39 سنة	4 (33,3%)
	40-49 سنة	3 (25,0%)
	50-59 سنة	3 (25,0%)
	60 سنة فأكثر	2 (16,7%)
	المجموع	12 (100%)
المؤهل التعليمي	أقل من الثانوية العامة	1 (8,3%)
	الثانوية العامة	4 (33,3%)
	شهادة جامعية	5 (41,7%)
	دراسات عليا	2 (16,7%)
	المجموع	12 (100%)
الحالة الاجتماعية	أعزب/ عزباء	2 (16,7%)
	متزوج/ متزوجة	8 (66,7%)
	أرمل/ أرملة	2 (16,7%)
	المجموع	12 (100%)

### ثالثاً: أدوات الدراسة

تشتمل الدراسة الحالية على الأدوات الآتية:

أ. استبانة الأسئلة الديمغرافية.

ب. استبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم GENERALIZED ANXIETY DISORDER (AL HADI ET AL, 2017)

ASSESSMENT (GAD-7) تعريب وتقنين: (AL HADI ET AL, 2017)

ج. استبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE

(PHQ-9) تعريب وتقنين: (AL HADI ET AL, 2017)،

د. مقياس جودة الحياة (WHO QOL – BREF) "الصورة المختصرة" إعداد منظمة الصحة العالمية (1996) ترجمة (أحمد، 2013).

هـ. برنامج قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض القلق والاكتئاب وتحسين جودة الحياة (إعداد الباحثة)



## وفيما يلي استعراض مفصل لهذه الأدوات:

### أ- استبانة الأسئلة الديموغرافية

وتشمل أسئلة عن الجنس، والعمر، والمؤهل التعليمي، والحالة الاجتماعية، والتاريخ المرضي للمرض، ووجود أمراض مصاحبة أخرى.

### ب- استبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم (GENERALIZED ANXIETY DISORDER ASSESSMENT (GAD-7) تعريب (AL HADI ET AL, 2017)

وضع هذا المقياس (SPITZER RL, KROENKE K, WILLIAMS JB, ET AL ... , 2006)، ويُعد أداة فحص (للتقرير الذاتي) تقيس شدة أعراض القلق عن طريق تقييم الحالة الصحية للمريض خلال الأسبوعين الماضيين؛ حيث تستفسر العبارات عن درجة انزعاج المريض من خلال الشعور بالتوتر أو القلق أو العصبية، أو عدم القدرة على التوقف أو التحكم في القلق، أو القلق كثيرًا بشأن أشياء مختلفة، أو مواجهة صعوبة في الاسترخاء، أو الشعور بالقلق لدرجة يصعب الجلوس، و الانزعاج أو الانفعال بسهولة، والشعور بالخوف كما لو أن شيئاً ما قد يحدث. مكون من (7) عبارات، تتم الإجابة عنه من خلال مقياس ليكرت الرباعي حيث (0 = لا على الإطلاق، 1 = عدة أيام، 2 = أكثر من نصف الأيام، 3 = كل يوم تقريباً)، تتراوح إجمالي درجات الاستبيان من 0 إلى 21 درجة، ويُحتسب مجموع الدرجات عن طريق جمع الدرجات لجميع العبارات؛ حيث تفسر الدرجة الكلية للاستبيان (0-4 الحد الأدنى من القلق، 5-9 قلق خفيف، 10-14 قلق متوسط، 15-21 قلق شديد).

وقد تحقق (AL HADI ET AL, 2017) من الصدق الظاهري لاستبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم (GENERALIZED ANXIETY DISORDER ASSESSMENT (GAD-7) بواسطة ثمانية خبراء متقنين للغة العربية والإنجليزية. كذلك حُسيب معامل ثبات ألفا كرونباخ  $\alpha = 0.763$ .

### ج- استبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب (PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9) تعريب (AL HADI ET AL, 2017)

وضع هذا المقياس (KROENKE ET AL., 2001) يتكون من تسع عبارات تقيس أعراض الاكتئاب المقابلة للمعايير التشخيصية لاضطراب الاكتئاب، ويُجاب عنه من خلال مقياس ليكرت الرباعي حيث (0 = لا على الإطلاق، 1 = عدة أيام، 2 = أكثر من نصف الأيام، 3 = كل يوم تقريباً)، تتراوح إجمالي درجات الاستبيان من 0 إلى 27 درجة، ويُحتسب مجموع الدرجات عن طريق جمع الدرجات لجميع العبارات؛ حيث تفسر الدرجة الكلية للاستبيان (0-4 الحد الأدنى من الاكتئاب، 5-9 اكتئاب خفيف، 10-14 اكتئاب معتدل، 15-19 اكتئاب بين المعتدل والشديد، 20-27 اكتئاب شديد).

وقد تحقق (AL HADI ET AL, 2017) من الصدق الظاهري لاستبانة صحة المريض (PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9) بواسطة ثمانية خبراء متقنين للغة العربية والإنجليزية، كذلك حُسيب معامل ثبات ألفا كرونباخ  $\alpha = 0.857$ .

### د- مقياس جودة الحياة (WHO QOL – BREF) "الصورة المختصرة" إعداد منظمة الصحة العالمية (1996) ترجمة (أحمد، 2013).

يتكون المقياس من (26) عبارة: عبارتان عن جودة الحياة عامة والصحة العامة، و (24) عبارة موزعة على أربعة أبعاد فرعية هي: بعد الصحة الجسمية ويتكون من (7) عبارات، وبعد الصحة النفسية ويتكون من (6) عبارات، وبعد العلاقات الاجتماعية ويتكون من (3) عبارات، وبعد البيئة ويتكون من (8) عبارات؛ حيث يُجاب عن عبارات المقياس وفقاً لمقياس مدرج (1-5)، وتصحح كالاتي: (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (1=1)، وتوجد عبارات عكسية وهي العبارات 26؛4؛3، وتصحح كالاتي: (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) (1=5)، حيث تشير الدرجات المرتفعة إلى ارتفاع في جودة الحياة.

وقد تحققت (أحمد، 2013) من صدق البناء العملي لمقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) باستخدام التحليل العملي باختبار نموذج العامل الكامن الذي حاز على مطابقة تامة؛ حيث بلغت قيمة  $\chi^2 = 0$ ، وكان مستوى دلالتها 0.001. وتحققت (أحمد، 2013) من ثبات لمقياس بطريقة إعادة الاختبار في صورته النهائية بعد 3 أسابيع على عينة التقنين، وكان معامل الارتباط بين التطبيقين 0.89 بمستوى دلالة 0.01، وكذلك بطريقة ألفا



## هـ- برنامج قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض القلق والاكتئاب وتحسين جودة الحياة لدى مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم (إعداد الباحثة) الأساس النظري للبرنامج العلاجي:

يقوم البرنامج العلاجي على مهارات العلاج الجدلي السلوكي لصاحبها مارشا لينهان؛ والذي يستند على النظرية البيولوجية الاجتماعية، ويرتكز على تقنيات وفنيات وإستراتيجيات علمية ومنهجية، ويستند على أربع مهارات أساسية هي: اليقظة الذهنية MINDFULNESS، فعالية العلاقات البينشخصية INTERPERSONAL EFFECTIVENESS، تنظيم الانفعالات EMOTION REGULATIONS، تحمل الضغط DISTRESS TOLERANCE، وقد استهدف مساعدة ذوي متلازمة اضطراب انقطاع النفس الانسدادي أثناء النوم في تغيير سلوكياتهم غير التكيفية من خلال تدريبهم على مهارات مختلفة تساهم في خلق التوازن بين تقبلهم لأنفسهم، وسعيهم في طريق العلاج في الوقت نفسه؛ حيث تعد هذه المهارات من مجموعة التدريب المهاري في العلاج الجدلي السلوكي.

وترى الباحثة أن العلاج الجدلي السلوكي في الدراسة الحالية أعدّ لنتناول أهم المشكلات التي يعاني منها ذوو متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم من خلال التركيز على تدريبات تستهدف زيادة الوعي بالسلوكيات الضارة وغير التكيفية، ومن خلال إدارة انفعالهم بكفاءة، وكيفية التعامل مع الضغوط والتحديات والصعوبات التي يتعرضون لها، ومن خلال إدارة علاقاتهم بشكل جيد؛ وتنمية سلوكيات تكيفية جديدة تساعدهم في تخفيف المعاناة النفسية مما يعكس إيجاباً في تحسين مستوى جودة حياتهم من خلال التدريب على هذه المهارات وممارستها في الواقع وتعميمها على مواقف الحياة، وهذا ما أكدته دراسة (عبدالله والشركس، 2019) ودراسة (HAFT ET AL, 2022).

### أهمية البرنامج:

تكمن أهمية البرنامج في تناوله لفئة وشريحة مهمة في المجتمع وهم مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم؛ إذ أنهم معرضون أكثر من غيرهم للكثير من الصعوبات والتحديات اليومية؛ كالشعور بالأرق، والإرهاق، وتعكر المزاج بسبب تأثير منظومة النوم لديهم؛ والتي قد تسهم في حدوث بعض الاضطرابات النفسية وعلى رأسها القلق والاكتئاب فهم بحاجة ماسة لإعداد برنامج يساهم في إكسابهم مهارات جديدة مختلفة ليكونوا أكثر قدرة على إدارة ذواتهم، والتحكم في انفعالهم، وأكثر قوة لتجاوز المحنة.

### أهداف البرنامج:

#### الهدف العام:

يساهم البرنامج في خفض أعراض القلق والاكتئاب وتحسين جودة الحياة لمرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم استناداً على استخدام فنيات العلاج الجدلي السلوكي.

#### الأهداف الخاصة:

- تعريف أعضاء المجموعة بماهية القلق: (أسبابه والفرق بين القلق السوي والقلق العصبي -مظاهره - مستوياته- أعراضه-وتأثيره على الصحة ).
- تعريف أعضاء المجموعة بماهية الاكتئاب ( أسبابه - أعراضه- أساليب التفكير المسؤولة عن صنع الاكتئاب وكيفية دحضها أو تعديلها).
- تدريب أعضاء المجموعة على التركيز على العيش في اللحظة الحالية وبفاعلية عالية من خلال تمارين اليقظة الذهنية.
- تدريب أعضاء المجموعة على بناء علاقات فعالة والتعامل مع مواقف الحياة الصعبة وإكسابهم المهارات التوكيدية.
- تحسين دافعية أعضاء المجموعة للتغيير من خلال سلسلة من الإستراتيجيات الداعمة لقدرتهم على التحكم الذاتي، وزيادة المرونة العاطفية من خلال السيطرة على الانفعالات وتنظيمها.
- تدريب أعضاء المجموعة على تقبل ضغوط الحياة والتقليل من المعاناة النفسية، وزيادة الإحساس بالحرية الذاتية لإيجاد طرق تساهم في تقبل الواقع.



هيكلية جلسات البرنامج				
رقم الجلسة ومدتها	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	المهارات	الفنيات المستخدمة
الجلسة الأولى	التعارف وبناء العلاقة الإرشادية	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تحقيق الاندماج بإقامة علاقة إرشادية وتحقيق الألفة والثقة المتبادلة.</li> <li>- تعريف المشاركين بأهداف البرنامج، ومبرراته، ومخرجاته، وتعليماته.</li> <li>- الاتفاق على مواعيد الجلسة الإرشادية ومدتها.</li> <li>- الموافقة المستنيرة.</li> <li>- القياس القبلي.</li> </ul>	مهارات الاندماج مع المجموعة	الحوار المناقشة
الجلسة الثانية 90 دقيقة	التعرف على ماهية (القلق والاكتئاب)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تثقيف المشاركين psychoeducatio عن متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم وآثارها النفسية.</li> <li>- تعريف المشاركين بماهية القلق والاكتئاب الناتج عن تأثير منظومة النوم لديهم وتأثيرها بالاضطراب وتأثيرها على جودة حياتهم.</li> <li>- تعريف المشاركين بالقلق والاكتئاب من منظور العلاج الجدلي السلوكي</li> </ul>	مهارات الاندماج مع المجموعة	التثقيف النفسي الحوار الجدلي التقبل والتغيير
الجلسة الثالثة 90 دقيقة	التدريب على مهارات لماذا؟	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعريف المشاركين بمفهوم اليقظة الذهنية وأهميتها ومهاراتها، والغرض من ممارستها من خلال تدريبات تركز على تحسين قدرة الفرد على التقبل والانتباه الواعي للحظة الحالية وعدم الانشغال بالمرض.</li> <li>- تدريب المشاركين على الاستماع اليقظ والمشي اليقظ والأكل اليقظ والتقدير اليقظ والتنفس اليقظ.</li> <li>- تعليم المشاركين الوعي للأحاسيس الداخلية والخارجية والقبول التام.</li> </ul>	مهارات الملاحظة والوصف والمشاركة	التثقيف النفسي الإقناع المنطقي الاسترخاء اليقظة الذهنية
الجلسة الرابعة 90 دقيقة	التدريب على مهارات كيف؟	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعريف المشاركين بكيفية ممارسة اليقظة الذهنية للتقليل من حدة تأثير اضطراب النوم لديهم على جودة حياتهم من خلال ممارسة تدريبات تشمل أكثر من هدف.</li> <li>- التقبل الجذري والتصرف في ضوء العقل الحكيم، وأن يُعَلَّم المشاركون تحويل الأحكام إلى أوصاف ترتبط بالحقائق دون مبالغة. أو أن يصف مشكلته الصحية دون حكم.</li> </ul>	مهارات اللاحكم مهارات الانتباه الواحد مهارات الفاعلية	التثقيف النفسي اليقظة الذهنية الحوار الجدلي
الجلسة الخامسة	الثبات الانفعالي وتنظيم المشاعر	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تثقيف المشاركين بكيفية تأثير اضطراب النوم لدى ذوي انقطاع التنفس الليلي على التفكير؛ كاضطراب التركيز والانتباه، ويؤثر على</li> </ul>	تقييم الحقائق	التثقيف النفسي



الحوار الجدلي اليقظة الذهنية لعب الأدوار	الفعل المعاكس حل المشكلة	الانفعالات كتقلبات المزاج ، ويؤثر على السلوك كالاندفاعية والعدوانية . - التدريب على التحقق من ردود الفعل الانفعالية ومناسبتها للموقف وذلك بتعديل الافتراضات، والتعرف على الحقائق التي تساعد على تغيير ردود الأفعال العاطفية. - تدريبهم على ممارسات لزيادة كفاءة النوم والشعور بالراحة من خلال دليل النوم الصحي Sleep Hygiene Protocol.	(2-1)	90 دقيقة
الحوار الجدلي اليقظة الذهنية	تراكم المشاعر الإيجابية البناء المتقن مهارات (PLEASE)	- مساعدة المشاركين على إدارة المشاعر والتحكم الفعلي بالمشاعر الصعبة التي تواجههم في حياتهم الواقعية من خلال تعلم واكتساب الإستراتيجيات التي تمكنهم من إدارة الانفعالات والمشاعر القوية التي تسبب لهم مشكلات في حياتهم الشخصية ومساعدتهم على تحسين العلاقات. - التدريب على مهارات للحد من حساسية العقل الانفعالي من خلال ممارسات تعزز الانتباه للخبرات الإيجابية، وعدم الانتباه لمشاعر القلق والعجز والمعاناة، وبإجراء تغييرات إيجابية على المدى البعيد.	الثبات الانفعالي وتنظيم المشاعر (2-2)	الجلسة السادسة 90 دقيقة
الحوار الجدلي التعرض التدريجي لعب الأدوار	DEAR MAN	- مساعدة المشاركين على بناء العلاقات الجديدة؛ إذ إن ذوي اضطراب انقطاع التنفس الليلي يعانون من حدة المزاج بسبب تأثير منظومة النوم لديهم؛ والتي قد تؤدي لاختلال العلاقات الاجتماعية. - تدريبهم على التواصل مع الآخرين بطريقة توكيدية قائمة على احترام الذات، وتدعيم وتقوية علاقاتهم مع الآخرين.	بناء وإدارة العلاقات (2-1)	الجلسة السابعة 90 دقيقة
الحوار الجدلي لعب الأدوار	Give Fast	- تعريف المشاركين بالعوامل التي تعيق العلاقات، وتصحيح الخرافات الخاصة بالعلاقات؛ بالإضافة إلى خطوات بداية علاقات جديدة داعمة لحالتهم الصحية، وإنهاء العلاقات السامة التي تؤثر سلبيًا على حالتهم النفسية والجسمية.	بناء وإدارة العلاقات (2-2)	الجلسة الثامنة 90 دقيقة
التثقيف النفسي الإقناع المنطقي الاسترخاء	مهارات (STOP) مهارات (TTP) التشتيت الذهني	- مساعدة المشاركين على تعلم مجموعة متنوعة من الإستراتيجيات لاستخدامها في الوقت الحاضر عند معاناتهم من أي صعوبة أو ألم أو مشقة نتيجة المرض - تمكين المشاركين من كل مقاومة تحمل الانفعالات السلبية بدلاً من محاولة الهروب منها، أو تجنبها، أو إنكار وجودها.	تجاوز المحنة والكرب النفسي	الجلسة التاسعة 90 دقيقة
الإقناع المنطقي الحوار الجدلي	التقبل المطلق التحول الذهني	- مساعدة المشاركين على إحداث التوازن بين تقبل الواقع ومعاناتهم من الاضطراب، وعدم التركيز على المرض؛ وإنما مساعدتهم على زيادة	تقبل الواقع	الجلسة العاشرة



		<p>التقبل للمرض، والرغبة في إحداث التغيير الفعلي لمساعدتهم على التعايش والتكيف أكثر مع الاضطراب.</p> <p>- النقاش بين أفراد المجموعة حول خبراتهم في ذلك. (وعي الذات)؛ بالإضافة إلى التفرقة بين ما يمكن التحكم فيه وما لا يمكن التحكم فيه.</p> <p>- تطبيق القياس البعدي</p>	90 دقيقة
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

- تدريب أفراد المجموعة على ممارسة ما تُعَلَّم من سلوكيات جديد من خلال البرنامج وتعميمه في مواقف الحياتية المشابهة.

#### الأسلوب العلاجي المستخدم:

علاج جماعي قائم على فنيات العلاج الجدلي السلوكي.

#### الفئة المستهدفة:

تمثلت عينة البرنامج من عينة عشوائية مكونة من (12) مريضاً من المشخصين بمتلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم المراجعين لعيادة طب النوم في العيادات الخارجية في مستشفى جامعة الملك عبد العزيز بجدة.

#### المدة الزمنية للبرنامج:

تكون البرنامج من 10 جلسات علاجية بواقع جلسة كل أسبوع، ومدة كل جلسة 90 دقيقة.

#### مكان تنفيذ البرنامج:

نُفذ البرنامج من خلال برنامج ( ZOOM ) من خلال عرض البرنامج والتدريب على المهارات بالصوت والصورة.

#### منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي ذي المجموعة الواحدة (ONE GROUP METHODS).

#### الفنيات المستخدمة:

الإقناع المنطقي- القبول والالتزام - الاسترخاء - الاستكشاف - الحوار الجدلي - اليقظة الذهنية - حل المشكلات - الواجب المنزلي - المحاضرة القصيرة - الحوار والمناقشة.

#### مصادر بناء محتوى البرنامج:

الإطلاع على الإطار النظري للدراسة وما ورد فيها من المفاهيم العامة والخاصة والمبادئ والمسلمات والفنيات الإرشادية.

الإطلاع على العديد من الدراسات الأخرى التي تناولت برنامج العلاج الجدلي السلوكي في علاجها للعديد من المشكلات والاضطرابات؛ والتي أثبتت نجاحها وفعاليتها والاستفادة منها بعد الرجوع إلى دراسات أجنبية اعتمدت على تقنيات العلاج الجدلي السلوكي؛ مثل: (MOHAMADI ET AL, 2015)، (ET AL, 2015)، (ABDOLGHADERI ET AL 2020)، ودراسة (LIN ET AL, 2018)؛ وبعض الدراسات العربية؛ مثل: دراسة: (إسماعيل، 2021)، و (البليوي، 2020)؛ وبعض الكتب الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي؛ مثل: (العرجان، 2020).

#### الخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية

أولاً: استبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم **Generalized Anxiety Disorder**

(Assessment (GAD-7) تعريب وتقتين: (AL Hadi et al, 2017)

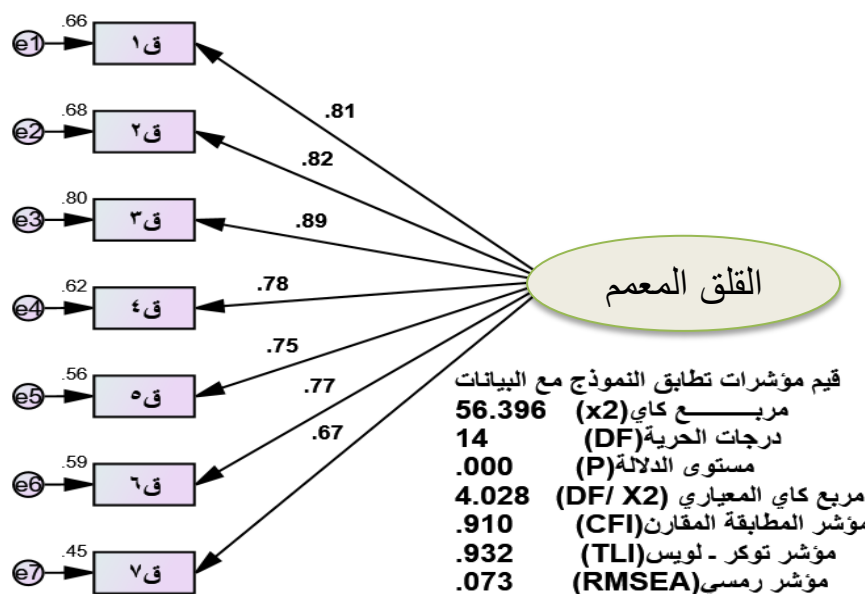
تُحَقَّق من الخصائص السيكومترية لاستبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم في الدراسة الحالية كما يلي:



### 1- الصدق العاملي

تُحَقَّق من الصدق العاملي للاستبانة في الدراسة الحالية - خلال تطبيقه على عينة الدراسة الاستطلاعية السابق الإشارة لها - باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، ويوضح شكل (3) هذه النتائج.

شكل (3) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لاستبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم لدى عينة من مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم (ن=100).



يتبين من شكل (3) أن كل فقرة من استبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم تشبعت على العامل العام، كما أن مؤشرات حسن المطابقة تقع في المدى المقبول لها، ويمكن توضيح معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية لنموذج استبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم ودلالاتها الإحصائية في جدول (3)؛ بينما يوضح جدول (4) مؤشرات حسن المطابقة لنموذج استبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم.

جدول (3) معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية ودلالاتها الإحصائية لتشبعات الفقرات على العامل الكامن لاستبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم (ن=100).							
العامل	<---	الفقرة	معاملات الانحدار المعيارية	معاملات الانحدار اللامعيارية	الخطأ المعياري	النسبة المئوية	مستوى الدلالة
القلق المعمم	<---	فقرة 1	0,81	1,000	-	-	-
	<---	فقرة 2	0,82	0,96	0,10	9,46	0,001
	<---	فقرة 3	0,89	1,02	0,09	10,60	0,001
	<---	فقرة 4	0,78	0,98	0,11	8,83	0,001
	<---	فقرة 5	0,74	0,92	0,11	8,23	0,001
	<---	فقرة 6	0,76	0,95	0,11	8,54	0,001
	<---	فقرة 7	0,67	0,81	0,11	7,15	0,001



جدول (4) مؤشرات حسن المطابقة لنموذج لاستبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم لدى عينة من مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي (ن=100).		
مؤشرات حسن المطابقة	القيمة والتفسير	المدى المثالي للمؤشرات
الاختبار الإحصائي كا <sup>2</sup> مستوى دلالة كا <sup>2</sup>	$\chi^2$ 56.39 دالة 0,001	أن تكون قيمة كا <sup>2</sup> غير دالة، وأحياناً تكون دالة؛ يرجع ذلك إلى حجم العينة.
درجة الحرية DF	14	-
(df/ ) النسبة بين كا <sup>2</sup> إلى درجة حريته	4,02 (ممتاز)	صفر إلى أقل من 5
مؤشر المطابقة المقارن (CFI)	0,91 (ممتاز)	من 0,90 إلى 1
(RMSEA) مؤشر جذر متوسط مربع خطأ الاقتراب	0,07 (ممتاز)	من صفر إلى أقل من 0,1
مؤشر المطابقة التزايدى (IFI)	0,91 (ممتاز)	من 0,90 إلى 1
مؤشر تاكر- لويس (TLI)	0,93 (ممتاز)	من 0,90 إلى 1
مؤشر جودة المطابقة (GFI)	0,92 (ممتاز)	من 0,90 إلى 1

يتضح من خلال جدولي (3،4) أن نتائج التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الأولى تشير إلى أن الاستبانة تتمتع بنموذج قياسي ممتاز، وهذا ما أكدته مؤشرات حسن المطابقة التي كانت في مداها المثالي، كما تشبعت كل فقرة من فقرات الاستبانة على العامل العام، كما كانت جميع التشبعات دالة إحصائياً؛ مما يدل على صلاحية وملاءمة النموذج الحالي في قياس القلق المعمم لدى عينة من مرضى انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم (ن=100)، ومن ثمّ يمكن استخدامه في الدراسة الحالية.

### 2- الاتساق الداخلي:

تُحَقَّق من الاتساق الداخلي لاستبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم عن طريق حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، ويوضح ذلك جدول (3).

جدول (5) معاملات ارتباط بيرسون بين كل فقرة والدرجة الكلية لاستبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم (ن=100).							
الفقرة	1	2	3	4	5	6	7
الارتباط	**0,83	**0,83	**0,88	**0,83	**0,81	**0,80	**0,75
** معاملات دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01							

يتبين من جدول (5) أن الدرجة الكلية لاستبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم ارتبطت ارتباطاً دالاً بدرجة كل فقرة من فقرات الاستبانة عند مستوى (0,01)؛ حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0,75 و 0,88)؛ مما يشير إلى تمتع استبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم بالاتساق الداخلي؛ وأنه صالح للاستخدام في الدراسة الحالية.

### 3- الثبات

تُحَقَّق من ثبات استبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم عن طريق حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ؛ حيث بلغ معامل الثبات (0,92)، كما استُخدمت طريقة التجزئة النصفية؛ حيث بلغ معامل الارتباط بين نصفي الاستبانة (0,82)، وبلغ معامل الثبات بعد تصحيح معامل الارتباط بين نصفي الاستبانة باستخدام معادلة "سبيرمان- براون" (0,90)، وباستخدام معادلة "جتمان" (0,88)، وتوضح هذه النتائج أن استبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم تتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة، ومن ثمّ يمكن استخدامه في الدراسة الحالية.



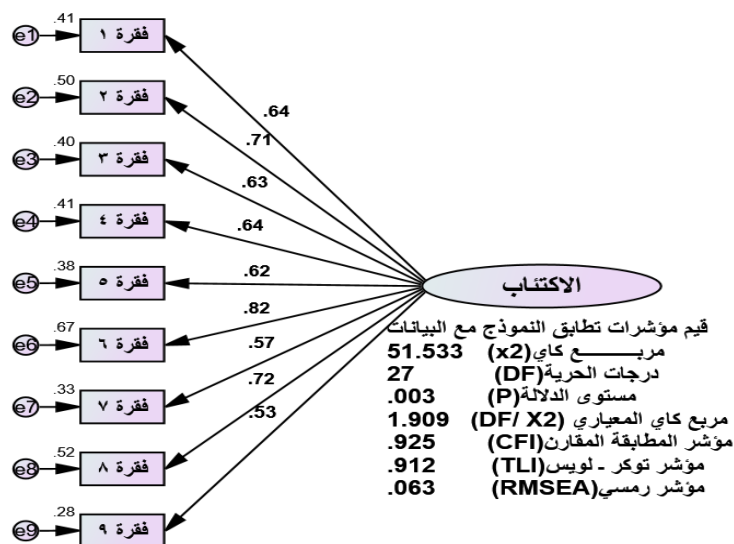
## ثانياً: استبانة صحة المريض (PHQ-9) Patient Health Questionnaire تعريب (AL Hadi et al, 2017).

تُحَقَّق من الخصائص السيكومترية لاستبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب في الدراسة الحالية كما يلي:

### 1- الصدق العاملي

تُحَقَّق من الصدق العاملي لاستبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب في الدراسة الحالية - خلال تطبيقه على عينة الدراسة الاستطلاعية السابق الإشارة إليها باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، ويوضح شكل (4) هذه النتائج.

شكل (4) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لاستبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب لدى عينة من مرضى انقطاع التنفس الانسدادي م (ن=100).



يتبين من شكل (4) أن كل فقرة من فقرات استبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب تشبعت على العامل العام، كما أن مؤشرات حسن المطابقة تقع في المدى المقبول لها، ويمكن توضيح معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية لنموذج استبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب ودلالاتها الإحصائية في جدول (6)؛ بينما يوضح جدول (7) مؤشرات حسن المطابقة لنموذج استبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب.

جدول (6) معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية ودلالاتها الإحصائية لتشبعات الفقرات على العامل الكامن لمقياس صحة المريض لاضطراب الاكتئاب (ن=100).

العامل	<---	الفقرة	معاملات الانحدار المعيارية	معاملات الانحدار اللامعيارية	الخطأ المعياري	النسبة المئوية	مستوى الدلالة
الاكتئاب	<---	فقرة 1	0,64	1,000	-	-	-
	<---	فقرة 2	0,71	1,03	0,17	5,89	0,001
	<---	فقرة 3	0,63	0,98	0,18	5,38	0,001
	<---	فقرة 4	0,64	1,00	0,18	5,47	0,001
	<---	فقرة 5	0,62	0,95	0,18	5,29	0,001
	<---	فقرة 6	0,82	1,22	0,18	6,58	0,001



0,001	4,95	0,18	0,90	0,57	فقرة 7	<---
0,001	5,99	0,16	1,01	0,72	فقرة 8	<---
0,001	4,61	0,10	0,47	0,53	فقرة 9	<---

جدول (7) مؤشرات حسن المطابقة لنموذج صحة المريض لاضطراب الاكتئاب لدى عينة من مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي (ن=100).

المدى المثالي للمؤشرات	القيمة والتفسير	مؤشرات حسن المطابقة
أن تكون قيمة كا2 غير دالة، وأحياناً تكون دالة؛ يرجع ذلك إلى حجم العينة.	51.53 دالة 0,01	الاختبار الإحصائي كا <sup>2</sup> مستوى دلالة كا2
-	27	درجة الحرية DF
صفر إلى أقل من 5	1,90 (ممتاز)	النسبة بين كا2 إلى درجة حريتها (df/ كا <sup>2</sup> )
من 0,90 إلى 1	0,92 (ممتاز)	مؤشر المطابقة المقارن (CFI)
من صفر إلى أقل من 0,1	0,06 (ممتاز)	مؤشر جذر متوسط مربع خطأ الاقتراب (RMSEA)
من 0,90 إلى 1	0,93 (ممتاز)	مؤشر المطابقة التزايدية (IFI)
من 0,90 إلى 1	0,91 (ممتاز)	مؤشر تاكر- لويس (TLI)
من 0,90 إلى 1	0,92 (ممتاز)	مؤشر جودة المطابقة (GFI)

يتضح من خلال جدولي (7،6) أن نتائج التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الأولى تشير إلى أن الاستبانة تتمتع بنموذج قياسي ممتاز، وهذا ما أكدته مؤشرات حسن المطابقة التي كانت في مداها المثالي، كما تشبعت كل فقرة من فقرات الاستبانة على العامل العام، كما كانت جميع التشبعات دالة إحصائياً؛ مما يدل على صلاحية وملاءمة النموذج الحالي في استبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب لدى عينة من مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم، ومن ثمّ يمكن استخدامه في الدراسة الحالية.

## 2- الاتساق الداخلي:

تُحَقَّق من الاتساق الداخلي عن طريق حساب معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، ويوضح ذلك جدول (8).

جدول (8) معاملات ارتباط بيرسون بين كل فقرة والدرجة الكلية لاستبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب (ن=100).

الفرقة	1	2	3	4	5	6	7	8	9
الارتباط	**0,70	*0,74	*0,69	*0,71	**0,68	**0,82	**0,65	**0,75	**0,55

\*\* معاملات دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01



يتبين من جدول (8) أن الدرجة الكلية لاستبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب ارتبطت ارتباطاً دالاً بدرجة كل فقرة من فقرات الاستبانة عند مستوى (0,01)؛ مما يدل على الاتساق الداخلي لاستبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب، وأنها صالحة للاستخدام في الدراسة الحالية.

### 3- الثبات

تُحَقَّق من ثبات استبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب عن طريق حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ؛ حيث بلغ معامل الثبات (0,87)، كما استُخدمت طريقة التجزئة النصفية؛ حيث بلغ معامل الارتباط بين نصفي المقياس (0,72)، وبلغ معامل الثبات بعد تصحيح معامل الارتباط بين نصفي الاستبانة باستخدام معادلة "سبيرمان- براون" (0,84)، وباستخدام معادلة "جتمان" (0,81)، وتوضح هذه النتائج أن استبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب تتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة، ومن ثمَّ يمكن استخدامها في الدراسة الحالية.

## ثالثاً: مقياس جودة الحياة (WHO QOL – BREF) "الصورة المختصرة" إعداد منظمة الصحة العالمية (1996) ترجمة (أحمد، 2013)

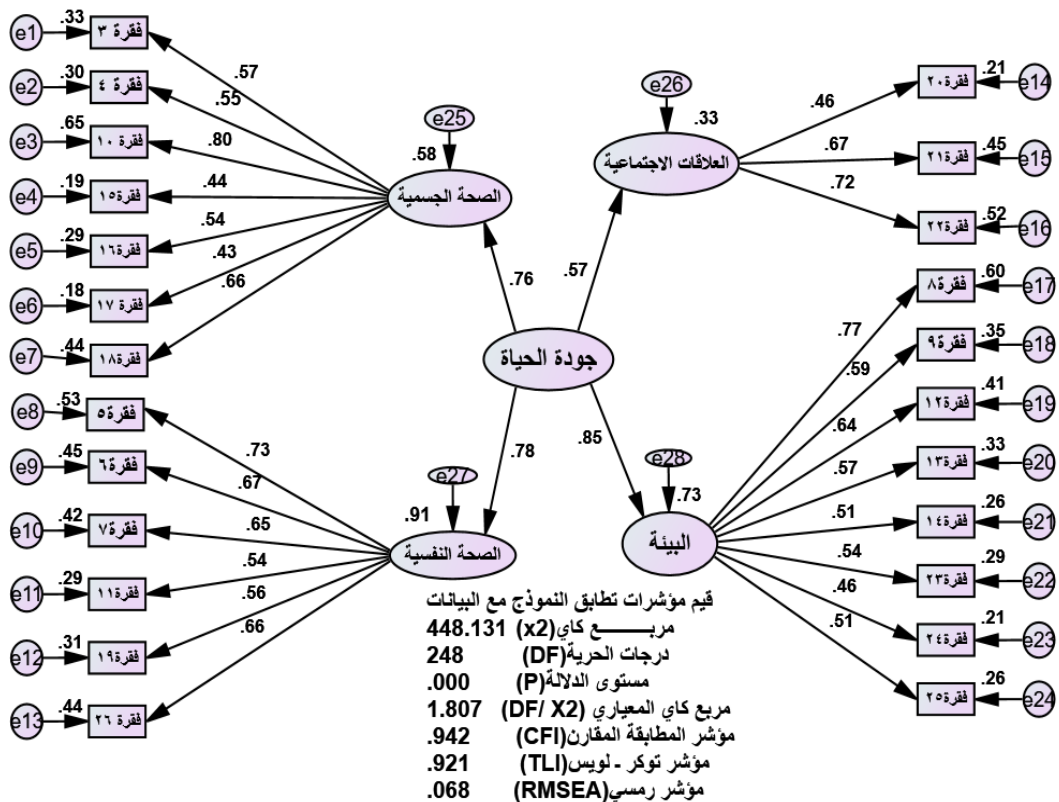
تُحَقَّق من الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة في الدراسة الحالية كما يلي:

### 1- الصدق العاملي:

تُحَقَّق من الصدق العاملي لمقياس جودة الحياة في الدراسة الحالية – من خلال تطبيقه على العينة الاستطلاعية السابق الإشارة لها - باستخدام التحليل العاملي التوكيدي، ويوضح شكل (5) هذه النتائج.

شكل (5) نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس جودة الحياة لدى عينة من مرضى متلازمة انقطاع التنفس

الانسدادى (ن=100)





يتبين من شكل (5) أن كل عامل من العوامل الكامنة لمقياس جودة الحياة لدى عينة من مرضى انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم قد تشبعت عليه الفقرات الخاصة به، كما أن مؤشرات حسن المطابقة تقع في المدى المقبول لها، ويمكن توضيح معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية لنموذج مقياس جودة الحياة ودلالاتها الإحصائية في جدول (9)؛ بينما يوضح جدول (10) مؤشرات حسن المطابقة لنموذج مقياس جودة الحياة.

جدول (9) معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية ودلالاتها الإحصائية لتشبعات الفقرات على العوامل الكامنة لمقياس جودة الحياة لدى عينة من (ن=100).

العامل	<---	الفقرة	معاملات الانحدار المعيارية	معاملات الانحدار اللامعيارية	الخطأ المعياري	النسبة الحرجة
الصحة الجسمية	<---	فقرة 3	0,57	1,000	-	-
	<---	فقرة 4	0,55	0,96	0,22	4,25
	<---	فقرة 10	0,80	1,06	0,20	5,28
	<---	فقرة 15	0,44	0,61	0,17	3,55
	<---	فقرة 16	0,54	0,45	0,18	2,39
	<---	فقرة 17	0,43	0,66	0,18	3,49
	<---	فقرة 18	0,66	0,58	0,18	3,07
الصحة النفسية	<---	فقرة 5	0,73	1,000	-	-
	<---	فقرة 6	0,67	1,07	0,17	6,42
	<---	فقرة 7	0,65	0,80	0,12	6,25
	<---	فقرة 11	0,54	0,85	0,16	5,15
	<---	فقرة 19	0,56	0,77	0,14	5,33
	<---	فقرة 26	0,66	0,99-	0,15	6,35
العلاقات الاجتماعية	<---	فقرة 20	0,46	1,000	-	-
	<---	فقرة 21	0,67	1,55	0,44	3,51
	<---	فقرة 22	0,72	1,66	0,47	3,54
البيئة	<---	فقرة 8	0,77	1,000	-	-
	<---	فقرة 9	0,59	0,64	0,11	5,69
	<---	فقرة 12	0,64	0,73	0,11	6,18
	<---	فقرة 13	0,57	0,64	0,12	5,51
	<---	فقرة 14	0,51	0,58	0,12	4,82
	<---	فقرة 23	0,54	0,69	0,11	2,99
	<---	فقرة 24	0,45	0,52	0,12	4,32
<---	فقرة 25	0,51	0,52	0,11	4,90	



جدول (10). مؤشرات حسن المطابقة لنموذج مقياس جودة الحياة لدى عينة من مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي (ن=100).		
مؤشرات حسن المطابقة	القيمة والتفسير	المدى المثالي للمؤشرات
الاختبار الإحصائي $\chi^2$ كدلالة 2 مستوى دلالة كا2	448.13 دالة 0,001	أن تكون قيمة كا2 غير دالة، وأحياناً تكون دالة؛ ويرجع ذلك إلى حجم العينة.
درجة الحرية DF	248	-
النسبة بين كا2 إلى درجة حريتها ( $\chi^2/df$ )	1,80 (ممتاز)	صفر إلى أقل من 5
مؤشر المطابقة المقارن (CFI)	0,94 (ممتاز)	من 0,90 إلى 1
مؤشر جذر متوسط مربع خطأ (RMSEA) الاقتراب	0,06 (ممتاز)	من صفر إلى أقل من 0,1
مؤشر المطابقة الترايدي (IFI)	0,92 (ممتاز)	من 0,90 إلى 1
مؤشر تاكر- لويس (TLI)	0,92 (ممتاز)	من 0,90 إلى 1
مؤشر جودة المطابقة (GFI)	0,93 (ممتاز)	من 0,90 إلى 1

يتضح من خلال جدول (9،10) أن نتائج التحليل العاملي التوكيدي من الدرجة الثانية تشير إلى أن المقياس يتمتع بنموذج قياسي ممتاز، وهذا ما أكدته مؤشرات حسن المطابقة التي كانت في مداها المثالي، كما تشبعت كل فقرة من فقرات المقياس على العامل الكامن، كما كانت جميع التشبعات دالة إحصائياً؛ مما يجعلنا نطمئن إلى مدى صلاحية وملاءمة النموذج الحالي في قياس جودة الحياة لدى عينة من مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي، ومن ثمّ يمكن استخدامه في الدراسة الحالية.

## 2- الاتساق الداخلي

تُحَقَّق من الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة المستخدم في الدراسة الحالية عن طريق حساب معاملات ارتباط بيرسون بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس جدول (11) وبين كل فقرة والبعد الذي تنتمي له (جدول 12)، وكذلك حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس (جدول 13).

جدول (11) يوضح معاملات ارتباط بيرسون بين كل فقرة والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة (ن=100).									
الفقرة	1	2	3	4	5	6	7	8	9
الارتباط	**0,48	**0,36	**0,60	**0,44	**0,68	**0,61	**0,65	**0,65	**0,48
الفقرة	10	11	12	13	14	15	16	17	18
الارتباط	**0,55	**0,50	**0,53	**0,60	**0,49	**0,37	**0,39	**0,51	**0,42
الفقرة	19	20	21	22	23	24	25	26	
الارتباط	**0,58	**0,49	**0,56	**0,56	**0,38	**0,46	**0,51	**0,43	

\*\* معاملات دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01.

تشير النتائج في جدول (11) إلى أن الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة ارتبطت ارتباطاً دالاً بدرجة كل فقرة من فقرات المقياس؛ حيث كانت قيم معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01.



جدول (12) يوضح معاملات ارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات مقياس جودة الحياة والبعد الذي تنتمي له (ن=100).

بُعد الصحة النفسية (6 فقرات)		بُعد الصحة الجسمية (7 فقرات)	
ر	الفقرة	ر	الفقرة
**0,72	5	**0,39	3
**0,71	6	**0,38	4
**0,67	7	*0,23	10
**0,68	11	**0,39	15
**0,66	19	**0,53	16
**0,30	26	**0,62	17
بُعد العلاقات الاجتماعية (3 فقرات)		**0,61	18
بُعد البيئة (8 فقرات)		ر	الفقرة
**0,68	20	**0,75	8
**0,78	21	**0,66	9
**0,81	22	**0,74	12
		**0,65	13
		**0,57	14
		**0,45	23
		**0,55	24
		**0,59	25

\*\* معاملات دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01.

يتضح من جدول (12) أن كل فقرة من فقرات مقياس جودة الحياة ارتبطت ارتباطاً دالاً بدرجة البعد الخاص بالفقرة، وكانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى 0,01.

جدول (13) يوضح معاملات ارتباط بيرسون بين كل بُعد والدرجة الكلية جودة الحياة (ن=100).				
المتغيرات	بُعد الصحة الجسمية	بُعد الصحة النفسية	بُعد العلاقات الاجتماعية	بُعد البيئة
ر	**0,53	**0,81	**0,71	**0,83

\*\* جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01

كذلك يوضح جدول (13) أن كل بُعد من أبعاد مقياس جودة الحياة ارتبط ارتباطاً دالاً بالدرجة الكلية على مقياس جودة الحياة؛ حيث كانت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى 0,01. ويتضح مما سبق ذكره ووفقاً لما أشارت إليه النتائج في جدول (9،10،11) أن الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة ارتبطت ارتباطاً دالاً بدرجة كل فقرة من فقرات المقياس، ودرجة كل فقرة ارتبطت ارتباطاً دالاً بدرجة البعد الذي تنتمي إليه، وكذلك ارتبطت درجة كل بُعد من أبعاد مقياس جودة الحياة ارتباطاً دالاً بالدرجة الكلية له؛ مما يشير إلى الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة، وأنه صالح للاستخدام في الدراسة الحالية.

### 3 - الثبات

تُحَقَّق من ثبات مقياس جودة الحياة باستخدام طريقة ألفا كرونباخ، وكذلك باستخدام طريقة ثبات التجزئة النصفية للمقياس مع تعديل معامل الارتباط بين النصفين باستخدام معادلة "سبيرمان- براون"، ومعادلة "جتمان"، ويوضح جدول (14) قيم معامل الثبات لمقياس جودة الحياة وأبعاده لدى عينة من مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي.



جدول (14). معاملات ثبات مقياس جودة الحياة وأبعاده (ن=100).					
معامل ثبات التجزئة النصفية			معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	مقياس جودة الحياة وأبعاده
بعد التصحيح بمعادلة "جتمان"	بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان- براون	معامل الارتباط بين النصفين			
0,70	0,72	0,56	0,76	7	الصحة الجسمية
0,80	0,81	0,68	0,83	6	الصحة النفسية
0,67	0,71	0,53	0,69	3	العلاقات الاجتماعية
0,73	0,75	0,60	0,77	8	البيئة
0,82	0,82	0,69	0,84	26	الدرجة الكلية لجودة الحياة

يتضح من جدول (14) أن مقياس جودة الحياة، وكذلك كل بُعد من أبعاده الخاصة بالمقياس ثابت؛ حيث تراوحت قيم معامل الثبات باستخدام ألفا كرونباخ بين (0,69-0,84)، كما تراوحت قيم معامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية، مع تصحيح معامل الارتباط بين نصفي المقياس وأبعاده باستخدام "معادلة سبيرمان- براون"، ومعادلة "جتمان" بين (0,67-0,82)، وتوضح النتائج السابقة أن مقياس جودة الحياة وأبعاده جميعها تتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة في الدراسة الحالية؛ ومن ثمّ يمكن استخدامه في الدراسة الحالية.

#### خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة

1. الإحصاء الوصفي: التكرارات، النسب المئوية، المتوسطات، الانحرافات المعيارية.
2. التحليل العاملي التوكيدي للتحقق من البنية العاملية لمقاييس الدراسة.
3. معامل ارتباط بيرسون للتحقق من الاتساق الداخلي لمقاييس الدراسة.
4. معامل ألفا كرونباخ ومعامل التجزئة النصفية للتحقق من ثبات المقاييس المستخدمة في الدراسة.
5. اختبار ويلكوكسون للعينات المرتبطة للتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي - البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية.
6. قياس حجم الأثر للفروق بين القياسين القبلي والبعدي - البعدي والتتبعي لدى المجموعة.

#### نتائج الدراسة ومناقشتها

##### أولاً: نتائج الفرض الأول ومناقشته

نص الفرض الأول على "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على استبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم"، وللتحقق من صحة هذا الفرض حُسب الفرق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق في القياسين القبلي والبعدي باستخدام اختبار ويلكوكسون **Welcoxon Test** للأزواج المرتبطة، ويوضح ذلك جدول (15)، وقد أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية على استبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم في اتجاه القياس القبلي؛ حيث كان متوسط القياس القبلي أعلى من متوسط القياس البعدي، وكانت قيمة (Z) للدرجة الكلية للقلق (3,07)، وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,01)؛ ولمعرفة حجم الأثر استُخدم اختبار كوهين للمجموعات المرتبطة فقد بلغت قيمة حجم الأثر (0,88)، وهي قيمة تدل على أن حجم الأثر كبير؛ مما يؤكد على فعالية البرنامج القائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض أعراض القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية؛ وتشير النتائج إلى تحقق الفرض الأول.



جدول (15) نتائج اختبار ويلكوسون للأزواج المرتبطة لحساب الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية على استبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم قبل تطبيق البرنامج وبعده (ن=12).						
المتغير	توزيع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	حجم الأثر
القلق المعمم	الرتب السالبة	12	6,50	78,00	**3,07	0,88
	الرتب الموجبة	0	0	0		
	الرتب المتعادلة	0				
** دالة عند مستوى 0,001. $0,8 \leq$ تأثير كبير.						

تتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من (Zamani, 2019) التي توصلت نتائجها إلى فاعلية العلاج الجدلي السلوكي في تنظيم الانفعال السلبي للمزاج: (الاكتئاب، والقلق، وأعراض الضغط النفسي) لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بإيران. وجاءت هذه النتيجة مؤكدة لما توصلت إليه دراسة (Mohamadi et al, 2015) التي أجريت في إيران وتوصلت نتائجها إلى فاعلية العلاج الجدلي السلوكي في خفض القلق وتحسين جودة النوم وتحسين الحالة المزاجية لدى المرضى المصابين بمتلازمة القولون العصبي؛ ودراسة (Abdolghaderi et al, 2020) التي أكدت على الأثر الإيجابي للعلاج الجدلي السلوكي في خفض أعراض القلق وتحسين إدارة الألم وجودة النوم لدى مرضى التصلب العصبي المتعدد بإيران، وتتفق -أيضاً- مع دراسة (Tavakoli et al, 2020) التي توصلت نتائجها إلى فاعلية العلاج الجدلي السلوكي في تقليل القلق وتحسين أعراض عسر الجهاز الهضمي لدى مرضى عسر الجهاز الهضمي الوظيفي بإيران، وانفتحت نتائجها مع دراسة (الجهني، 2023) التي توصلت نتائجها إلى فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج الجدلي السلوكي في تخفيف القلق وتنشيط المناعة النفسية لدى الطالبات الجامعيات في المملكة العربية السعودية؛ فعلى الرغم من اختلاف العينات التي تناولتها هذه الدراسات إلا أنها تتفق على فعالية مهارات العلاج الجدلي السلوكي في التخفيف من أعراض القلق.

وتفسر الباحثة ارتفاع مستوى القلق لدى أفراد عينة الدراسة في ضوء النظرية الإنسانية (شنن، 2021) التي تنظر إلى القلق على أنه يتشكل نتيجة الخوف من المستقبل، أو وقوع أحداث تهدد بقاء الإنسان وكيانه؛ بالإضافة لاعتبار الخوف من المجهول وحتمية النهاية للإنسان المحرك الأساسي للشعور بالقلق لدى الفرد.

وقد يفسر ذلك بناءً على الأعراض المرضية المصاحبة لطبيعة المرض الذي يعانون منه؛ كالإحساس بالاختناق وانقطاع التنفس أثناء النوم؛ مما يجعلهم أكثر عرضة لتصاعد مستوى القلق بشكل دائم، وتأثيره على الحالة الصحية والنفسية لهم.

ومن وجهة نظر أخرى قد يعزى ارتفاع مستوى القلق لدى أفراد العينة التجريبية في ضوء النظرية السلوكية وفقاً لنظرية الارتباط الشرطي لبافلوف التي تتضمن تعلم سلوك جديد من خلال عملية الارتباط، وذلك بإقران حافز مشروط مع حافز غير مشروط للحصول على استجابة مشروطة (Beard, 2023).

وترى الباحثة ارتباط النوم (مثير طبيعي) بمثير شرطي بخبرة منفرة (انقطاع التنفس) استجابة شرطية (القلق)؛ وهنا من الممكن أن يرجع سبب ارتفاع مستوى القلق لدى أفراد العينة التجريبية الانشغال على الصحة بشكل عام والمرتبب بحدوث نوبات متكررة من انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم فيفسر الدخول في النوم كخبرة مهددة تثير لديه مخاوف تهدد صحته العامة بشكل عام، والنفسية بشكل خاص.

وتعزو الباحثة انخفاض مستوى القلق للأثر الإيجابي للتدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي؛ مثل: ممارسة اليقظة الذهنية بشكل أكبر، والعيش في هنا والآن، وممارسة اللاحم؛ مما أسهم في تخفيف أعراض القلق والقدرة على التحكم والسيطرة؛ إضافة إلى ذلك فقد أثير غالبية المشاركين بجودة فنية الاسترخاء وخاصة التنفسي والتحكم في كيمياء الجسم؛ وأنها أسهمت بشكل كبير - في تحسين جودة النوم لديهم.

### ثانياً: نتائج الفرض الثاني ومناقشته

نص الفرض الثاني على "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على استبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب"، وللتحقق من صحة هذا الفرض حسب الفرق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على استبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب في القياسين



القبلي والبعدي باستخدام اختبار ويلكوكسون **Welcxon Test** للأزواج المرتبطة، ويوضح ذلك جدول (16) الذي يبين منه وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية على استبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب في اتجاه القياس القبلي؛ حيث كان متوسط القياس القبلي أعلى من متوسط القياس البعدي، وكانت قيمة (Z) للدرجة الكلية للاكتئاب (3,07)، وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,01)؛ ولمعرفة حجم الأثر استخدم اختبار كوهين للمجموعات المرتبطة، فقد بلغت قيمة حجم الأثر (0,88)، وهي قيمة تدل على أن حجم الأثر كبير؛ مما يؤكد على فعالية برنامج قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية. وتشير هذه النتائج إلى تحقق الفرض الثاني.

جدول (16) نتائج اختبار ويلكوكسون للأزواج المرتبطة لحساب الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية على استبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج وبعده (N=12).						
المتغير	توزيع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	حجم الأثر
صحة المريض لاضطراب الاكتئاب	الرتب السالبة	12	6,50	78,00	**3,07	0,88
	الرتب الموجبة	0	0	0		
	الرتب المتعادلة	0				
** دالة عند مستوى 0,001. $0,8 \leq$ تأثير كبير.						

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (Fassbinder et al., 2016) التي أجريت في هولندا وخلصت نتائجها إلى فاعلية البرنامج العلاجي القائم على فنيات العلاج الجدلي السلوكي في خفض مظاهر الاكتئاب وتحسن وظائف التنظيم الانفعالي لدى أفراد متعرضين لخبرات صادمة. وتتفق أيضاً- مع دراسة (Lin et al., 2018) التي توصلت نتائجها لفاعلية العلاج الجدلي السلوكي في تقليل أعراض الاكتئاب ومحاولات الانتحار لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية في تايفون؛ ودراسة (Zamani, 2019) التي أجريت في إيران وتؤكد على فعالية العلاج الجدلي السلوكي في تحسين التنظيم الانفعالي السلبي للمزاج لأمهات ذوي الاحتياجات الخاصة؛ ودراسة (دسوقي، 2022) التي أجريت في مصر وتوصلت نتائجها إلى فاعلية العلاج الجدلي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى أمهات أطفال طيف التوحد تحسين الرضا عن الحياة لديهن؛ وعلى الرغم من اختلاف العينات التي تناولت فنيات العلاج الجدلي السلوكي إلا أنها تتفق على فعالية هذا النوع من العلاج في خفض أعراض الاكتئاب. وتفسر الباحثة ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى مجموعة الدراسة التجريبية في ضوء النظرية المعرفية بأن الأفراد المكتئبين يملكون صيغاً ذاتية معرفية سلبية؛ فيرى بيك أن أسلوب التفكير لدى المكتئبين يؤدي إلى مزاج مكتئب حيث يصل الفرد عند تعرضه لمشكلة ما إلى مثلث الاكتئاب (أمدور وآخرون، 2018)، فنجد أن انخراط مرضى متلازمة انقطاع التنفس أثناء النوم بالتفكير المؤلم بشكل يومي قبل النوم (حدوث انقطاع التنفس أثناء النوم) قد يؤثر على جودة النوم لديهم وذلك بحدوث اضطراب في النوم، ومن ثم حدوث مزاج اكتئابي. وكذلك من منحنى آخر تفسر الباحثة ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى مجموعة الدراسة التجريبية في ضوء النظرية السلوكية للاكتئاب بأن الأفراد المصابين بالاكتئاب يشاركون في عدد أقل من الأنشطة الممتعة، ويستمدون متعة ومشاعر أقل من هذه الأنشطة (Mazzucchelli et al., 2009)، وانخفاض التنشيط يمثل فقدان المشاعر الإيجابية؛ مما يقلل التنشيط بشكل أكبر (Alexopoulos et al., 2014). وترى الباحثة أن مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم نتيجة للمعاناة من المرض والشعور بالإجهاد المستمر بسبب عدم كفاية النوم والاستيقاظ المتكرر أثناء النوم، وما يصاحبه من حدوث تغيرات مزاجية ومشكلات في العلاقات قد يجعلهم ينخرطون في سلوكيات الاكتئاب وعدم استمتاعهم بمباهج الحياة. وتفسر الباحثة انخفاض مستوى الاكتئاب لدى مجموعة الدراسة التجريبية بممارستهم لفنيات التنظيم الانفعالي التي ساعدتهم على إظهار سلوكيات التكيف والمرونة والتحكم في السيطرة على الانفعالات من خلال



بناء حالة من التوازن بين القبول والتغيير دون تصرف بطرق مدمرة تجاه أنفسهم، أو مهددة لعلاقتهم بالآخرين، ومن خلال ممارستهم المنتظمة لفنية تقييم الحقائق ورد الفعل المعاكس المبني على تصحيح المعتقدات كالفقز للاستنتاجات والتهويل التي كان لها أثر فعال في إعادة البناء المعرفي والتصرف بيقظة ووعي أكبر.

### ثالثاً: نتائج الفرض الثالث ومناقشته

نص الفرض الثالث على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الحياة"؛ ولتحقق من صحة هذا الفرض حُسِبَ الفرق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة في القياسين القبلي والبعدي باستخدام اختبار ويلكوكسون **Welcoxon Test** للأزواج المرتبطة، ويوضح جدول (17) وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية على مقياس جودة الحياة وأبعادها في اتجاه القياس البعدي؛ حيث كان متوسط القياس البعدي أعلى من متوسط القياس القبلي، وكانت قيمة (Z) للدرجة الكلية لجودة الحياة، وُعد الصحة الجسمية، وُعد الصحة النفسية، وُعد العلاقات الاجتماعية، وُعد البيئة (3,06، 3,07، 3,09، 3,08، 3,06) على التوالي، وهي قيم دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,01)؛ ولمعرفة حجم الأثر استُخدم اختبار كوهين للمجموعات المرتبطة فقد بلغت قيم حجم الأثر (0,88، 0,89، 0,89) للدرجة الكلية لجودة الحياة، وُعد الصحة الجسمية، وُعد الصحة النفسية، وُعد العلاقات الاجتماعية، وُعد البيئة على التوالي، وهي قيم تدل على أن حجم الأثر كبير؛ مما يؤكد على فعالية برنامج قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في تحسين جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية. وتشير هذه النتائج إلى تحقق الفرض الثالث.

جدول (17) نتائج اختبار ويلكوكسون للأزواج المرتبطة لحساب الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة وأبعادها قبل تطبيق البرنامج وبعده (N=12).						
المتغير	توزيع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)	حجم الأثر
بُعد الصحة الجسمية	الرتب السالبة	0	0,00	0,00	**3,07	0,88
	الرتب الموجبة	12	6,50	78,00		
	الرتب المتعادلة	0				
بُعد الصحة النفسية	الرتب السالبة	0	0,00	0,00	**3,09	0,89
	الرتب الموجبة	12	6,50	78,00		
	الرتب المتعادلة	0				
بُعد العلاقات الاجتماعية	الرتب السالبة	0	0,00	0,00	**3,08	0,89
	الرتب الموجبة	12	6,50	78,00		
	الرتب المتعادلة	0				
بُعد البيئة	الرتب السالبة	0	0,00	0,00	**3,06	0,88
	الرتب الموجبة	12	6,50	78,00		
	الرتب المتعادلة	0				
الدرجة الكلية لجودة الحياة	الرتب السالبة	0	0,00	0,00	**3,06	0,88
	الرتب الموجبة	12	6,50	78,00		
	الرتب المتعادلة	0				

\*\* دالة عند مستوى 0,001.  $\leq 0,8$  تأثير كبير.

حيث أثبتت نتائج الدراسة صحة الفرض الثالث، وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتائج دراسة كلٍّ من (Fassbinder et al., 2016) التي خلصت نتائجها إلى فاعلية البرنامج العلاجي القائم على فنيات العلاج الجدلي السلوكي في تحسن مؤشرات جودة الحياة لدى أفراد متعرضين لخبرات صادمة في هولندا؛ ودراسة (Kazemi al., 2019) التي خلصت نتائجها إلى فاعلية البرنامج العلاجي القائم على فنيات العلاج الجدلي السلوكي القائم على تنظيم العاطفة في تحسن مؤشرات جودة الحياة لدى عينة من مرضى القلب والأوعية الدموية



في إيران.

وتفسر الباحثة ارتفاع درجة جودة الحياة لدى مجموعة الدراسة التجريبية في ضوء الأثر الإيجابي للبرامج الإرشادية والعلاجية التي تهدف لتحسين الحالة النفسية للفرد من خلال مساعدته على النمو والتغيير والتقبل، وتطوير مهارات الفرد من خلال إكسابه توليفة من الفنيات المعرفية والسلوكية التي تساعده على مواجهة المواقف المختلفة، وصولاً بالفرد إلى حالة من التوافق النفسي. ومما ساعد في تحسين جودة الحياة لدى مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي في هذه الدراسة تدريبهم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي بجميع فنياته وإستراتيجياته، وتعميم المهارات الجدلية على مواقف الحياة المختلفة، وتحفيزهم على ممارسة هذه المهارات وتطوير مهاراتهم اللازمة لحل المشكلات، وممارستهم لمهارات اليقظة الذهنية، واتباعهم لدليل النوم الصحي، وتنمية مهارات التنظيم الانفعالي، وتحسين وإدارة العلاقات وصولاً لتحقيق أهداف البرنامج؛ مما ساهم بشكل فعال في انخفاض مستوى القلق والاكتئاب وبالتالي تحسين درجة جودة الحياة.

#### رابعاً: نتائج الفرض الرابع ومناقشته

نص الفرض الرابع على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج) على استبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم"؛ وللتحقق من صحة هذا الفرض حُسِبَ الفرق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق في القياسين البعدي والتتبعي باستخدام اختبار ويلكوكسون **Welcoxon Test** للأزواج المرتبطة، ويوضح ذلك جدول (18) الذي يتبين منه عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية على استبانة صحة المريض لاضطراب القلق؛ حيث كانت قيمة (Z) للدرجة الكلية للقلق (1,34)، وهي قيمة غير دالة إحصائية؛ مما يؤكد على استمرارية فعالية برنامج قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض أعراض القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية. وتشير هذه النتائج إلى تحقق الفرض الرابع.

جدول (18) نتائج اختبار ويلكوكسون للأزواج المرتبطة لحساب الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية على استبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم في القياسين البعدي والتتبعي (ن=12).					
المتغير	توزيع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)
القلق المعمم	الرتب السالبة	1	3,00	3,00	NS1,34
	الرتب الموجبة	4	3,00	12,00	
	الرتب المتعادلة	7			

#### NS غير دالة إحصائية.

حيث أثبتت نتائج الدراسة صحة الفرض الرابع، وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع ما توصلت إليه نتائج دراسة (الجهني، 2023) التي توصلت نتائجها إلى فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج الجدلي السلوكي في تخفيف القلق وتنشيط المناعة النفسية لدى الطالبات الجامعيات في المملكة العربية السعودية، وقد يدعم صحة هذا الفرض في هذه الدراسة حرص الباحثة على إكساب المجموعة التجريبية لمهارات العلاج الجدلي السلوكي من خلال التدريب على المهارات أثناء الجلسة، ودعمها بفيديوهات توضيحية لطريقة تطبيق المهارة بشكل صحيح، وإرسال هذه الفيديوهات إلى المجموعة التجريبية بعد انتهاء كل جلسة عن طريق برنامج الواتس أب، والمتابعة المستمرة من الباحثة وحثهم على تطبيق المهارة؛ إضافة إلى ترسيخ المهارة إذا واجهت المجموعة التجريبية أي صعوبة من خلال التحدث مع الباحثة عن طريق الإرشاد الهاتفي حسب الوقت المتفق عليه للتأكد من استخدام المهارة بشكل صحيح وشعورهم بالتقدم في العلاج، وإرسال أوراق عمل في ملف " واجباتي وإنجازاتي" الذي صُمِّمَ من قبل الباحثة وأُرسل للمشاركين ملفاً يشمل كافة الواجبات المنزلية لكل جلسة؛ مما أسهم في سهولة تذكرهم للمهارات، واستمرارية الأثر الإيجابي للعلاج الجدلي السلوكي؛ مما ساعدهم في ترسيخ ما تعلموه خلال الجلسات من بناء سلوكيات أكثر توافقاً.

#### خامساً: نتائج الفرض الخامس ومناقشته

نص الفرض الخامس على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج) على استبانة صحة المريض لاضطراب



الاكتئاب"؛ وللتحقق من صحة هذا الفرض حُسبَ الفرق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على استبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب في القياسين البعدي والتتبعي باستخدام اختبار ويلكوكسون **Test Welcoxon** للأزواج المرتبطة، ويوضح ذلك جدول (19) الذي يتبين منه عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية على استبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب؛ حيث كانت قيمة (Z) للدرجة الكلية للاكتئاب (1,73)، وهي قيمة غير دالة إحصائية؛ مما يؤكد على استمرارية فعالية برنامج قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية. وتشير هذه النتائج إلى تحقق الفرض الخامس.

جدول (19) نتائج اختبار ويلكوكسون للأزواج المرتبطة لحساب الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية على استبانة صحة المريض لاضطراب الاكتئاب في القياسين البعدي والتتبعي (ن=12).

المتغير	توزيع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)
صحة المريض لاضطراب الاكتئاب	الرتب السالبة	2	4,50	5,14	NS1,73
	الرتب الموجبة	7	9,00	36,00	
	الرتب المتعادلة	3			

NS غير دالة إحصائية

تتفق نتيجة هذه الدراسة مع ما توصلت إليه نتائج دراسة (دسوقي، 2022)، التي أجريت في مصر وتوصلت نتائجها إلى فاعلية العلاج الجدلي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى أمهات أطفال طيف التوحد وتحسين الرضا عن الحياة لديهم، وقد يدعم نتيجة هذا الفرض في هذه الدراسة جلسات التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي طبقت بشكل جماعي؛ مما ساعد في تهيئة أفراد المجموعة على التنفيس الانفعالي وحتم على مشاركة معاناتهم بشكل جماعي؛ مما أسهم في الشعور بالارتياح لمعرفتهم أنه يوجد هناك من يعاني من مشكلات مماثلة. أيضاً مما يدعم الاحتفاظ بالأثر الإيجابي للبرنامج بعد انتهاء البرنامج بشهر هو اعتماد مراجعة الواجب المنزلي في بداية كل جلسة؛ مما أدى إلى تثبيت المهارة.

كذلك من العوامل التي أسهمت في إتقان المهارة تدريبهم على مجموعة من فنيات العلاج الجدلي السلوكي في ضوء أهم المشكلات التي كانوا يعانون منها؛ حيث حُرصَ على سؤالهم في واجب منزلي في نهاية الجلسة الأولى عن "تأثير هذه المتلازمة على جودة حياتهم بشكل عام وصحتهم النفسية بشكل خاص"؛ مما ساعد في نمو الانفتاح وحكي خبراتهم بشكل واقعي"، وأخذها بعين الاعتبار أثناء التدريب على المهارات حتى تكون ملائمة لواقعهم؛ بالإضافة لتأثير إستراتيجيات العلاج الجدلي السلوكي التي تضمنت (اليقظة العقلية، التعامل مع الآخرين، التنظيم الانفعالي، تحمل الضغط وتقبل الواقع) وما تضمنته من تدريبات؛ بالإضافة إلى ذلك تدريبهم على فنيات لعب الأدوار، التنفيس العميق، الاسترخاء العضلي، المناقشة والحوار والتعرض؛ وهذه قد تكون عوامل مهمة أسهمت في إكسابهم أساليب جديدة مرنة وملائمة للمواقف بعيداً عن الأنماط الجامدة للفكر والانفعال، وكذلك زيادة قدرتهم على مواجهة الصعوبات ومهارات تحمل الضغط؛ مما ساعدهم على الاحتفاظ بأثر البرنامج بعد شهر من تطبيقه.

سادساً: نتائج الفرض السادس ومناقشته

نص الفرض السادس على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج) على مقياس جودة الحياة"؛ وللتحقق من صحة هذا الفرض حُسبَ الفرق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة في القياسين البعدي والتتبعي باستخدام اختبار ويلكوكسون **Test Welcoxon** للأزواج المرتبطة، ويوضح ذلك جدول (20) الذي يتضح منه عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية على مقياس جودة الحياة وأبعادها؛ حيث كانت قيمة (Z) للدرجة الكلية لجودة الحياة وبُعد الصحة الجسمية، وبُعد الصحة النفسية، وبُعد العلاقات الاجتماعية، وبُعد البيئة (1,85، 1,03، 1,47، 0,38، 1,00) على التوالي، وهي قيم غير دالة إحصائية؛ مما يؤكد على استمرارية فعالية برنامج قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في تحسين جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية. وتشير هذه النتائج إلى تحقق الفرض السادس.



جدول (20) نتائج اختبار ويلكوسون للأزواج المرتبطة لحساب الفروق بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة وأبعادها في القياسين البعدي والتتبعي (ن=12)					
المتغير	توزيع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (z)
بُعد الصحة الجسمية	الرتب السالبة	4	5,00	20,00	NS1,03
	الرتب الموجبة	3	2,76	8,00	
	الرتب المتعادلة	5			
بُعد الصحة النفسية	الرتب السالبة	7	7,07	49,50	NS1,47
	الرتب الموجبة	4	4,12	16,50	
	الرتب المتعادلة	1			
بُعد العلاقات الاجتماعية	الرتب السالبة	2	2,00	4,00	NS0,38
	الرتب الموجبة	2	3,00	6,00	
	الرتب المتعادلة	8			
بُعد البيئة	الرتب السالبة	4	3,75	15,00	NS1,00
	الرتب الموجبة	2	3,00	6,00	
	الرتب المتعادلة	6			
الدرجة الكلية لجودة الحياة	الرتب السالبة	8	7,81	3,88	NS1,85
	الرتب الموجبة	4	62,50	15,50	
	الرتب المتعادلة	0			

NS غير دالة إحصائيًا.

والجدير بالذكر أن الباحثة لم تجد في حدود ما تم الإطلاع عليه من دراسات سابقة- أي دراسة عربية أو أجنبية ذات علاقة بالفرض الحالي ؛ وقد يعزى استمرارية الأثر الإيجابي لجودة الحياة في هذه الدراسة إلى أن العلاج الجدلي السلوكي علاج قائم على تغيير الفلسفة التي يتبناها الفرد في التعامل مع مواقف الحياة، ومن ثم التغيير في معارفه وإستراتيجياته التي يستخدمها في مواقف الحياة المختلفة، فيتعلم من خلاله سلوكياته توافقية جديدة، وقد يدعم صحة هذا الفرض ما يتضمنه البرنامج العلاجي بمهاراته الأساسية وفنياته وإستراتيجياته المختلفة التي تتضمن التأثير التابع في أبعاد جودة الحياة، فقد عزز بعد الصحة الجسمية بإكساب المشاركين عادات صحية جديدة وتوعيتهم بأهميتها في الصحة الجسدية والنفسية؛ كحثهم على ممارسة الرياضة، والغذاء المتوازن، وممارسة دليل النوم الصحي، والتنفس العميق وغيرها. وقد عزز بعد الصحة النفسية بإكسابهم مهارات مختلفة وواسعة يتضمنها البرنامج العلاجي؛ والتي تسهم في خفض القلق والتوتر وتحسين المزاج؛ بالإضافة إلى ذلك مساعدتهم في مهارات إدارة العلاقات الشخصية، وحثهم على بناء علاقات جديدة وإيجاد التوازن في العلاقات بشكل صحي، مما أسهم في تعزيز وتوازن بعد العلاقات الاجتماعية، وساعد على خلق معنى للحياة وللمعاناة التي يعانون منها؛ مما أسهم في تخفيف حدة التوتر الانفعالي الذين يعانون منه، وخلق حياة تستحق أن تعاش، وبناء حالة من التوازن بين القبول والتغيير أسهم في استمرارية الأثر الإيجابي لدرجة جودة الحياة.

#### ملخص نتائج الدراسة:

- توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على استبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم واضطراب الاكتئاب (انخفاضًا) ومقياس جودة الحياة (ارتفاعًا)؛ مما يشير إلى فعالية برنامج قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض القلق لدى مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم بمستشفى جامعة الملك عبد العزيز بجدة.
- لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي (بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج) على استبانة صحة المريض لاضطراب القلق المعمم واضطراب الاكتئاب ومقياس جودة الحياة؛ مما يشير إلى استمرارية فعالية برنامج قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي في خفض القلق لدى مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم بمستشفى جامعة الملك عبد العزيز بجدة.



## التوصيات:

1. بناء على ما سبق من النتائج التي توصلت إليها الدراسة توصي الباحثة بما يلي:  
1. تطوير مستوى الخدمات النفسية المقدمة للمشخصين بانقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم وذلك بإعداد البرامج الإرشادية والعلاجية التي تستهدف رفع معدل الوعي النفسي، وتحسين الصحة النفسية وجودة الحياة.
2. تضمين برامج العلاج الجدلي السلوكي من ضمن العلاجات التدميمية لمرضى انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم في حال شُخصوا باضطراب القلق والاكتئاب.
3. نوصي بعمل قياس للقلق والاكتئاب للمرضى المترددين لعيادة طب اضطرابات النوم، والمشخصين بانقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم إجراءً وقائيًا وتحويلهم لقسم الطب النفسي إذا دعت الحاجة لذلك.
4. إجراء المزيد من البحوث التي تعتمد على برامج علاجية أخرى وقد يكون لها أثر إيجابي في تعزيز الصحة النفسية وتحسين جودة حياة مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم.

## البحوث المقترحة:

- فعالية علاج جدلي سلوكي قائم على التدريب مهارات تحمل الضغط وتقبل الواقع في رفع الصلابة النفسية وتحسين المرونة النفسية لدى مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم.
- التنظيم الانفعالي متغيرًا وسيطًا في العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والمناعة النفسية لدى مرضى متلازمة انقطاع التنفس الانسدادي أثناء النوم.

## المراجع

1. أحمد، بشرى إسماعيل. (2013). مقياس جودة الحياة " الصورة المختصرة"، إعداد منظمة الصحة العالمية (1996)، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
2. إسماعيل، حنان محمد. (2021). فعالية العلاج الجدلي السلوكي في تنمية المرونة النفسية وعلاقته بالاكتئاب [رسالة دكتوراه منشورة، جامعة البحرين]. قاعدة معلومات دار المنظومة.
3. أمدر سلوى، عويبي أمل. (2018). الاكتئاب لدى المراهق المصاب بداء السكري (مذكرة ليسانس غير منشورة) جامعة 08. قامة.
4. البلوي، خولة سعد. (2020). فعالية الارشاد الجدلي السلوكي في خفض بعض أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة من طالبات المرحلة الجامعية. مجلة كلية التربية، 185 (3)، 1139-1202.
5. خيزر، سميرة، بوداود، حسين. (2021). مستوى جودة الحياة لدى المراهق المتمدرس. مجلة الدراسات النفسية التربوية 1(14)، 1.
6. دسوقي، حنان فوزي. (2022). فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض الشعور بالاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأثره على الرضا عن الحياة لديهم. (38) 2، جامعة أسيوط. ادارة البحوث والنشر العلمي.
7. الشترى، إيمان سعد. (2020). الفروق بين عينة من مرضى الاكتئاب والأسوياء في التفكير الناقد. مجلة البحث العلمي في الآداب، 21(8)، 469-499.
8. عبد العليم، أحمد مجاور. (2023). فعالية العلاج بالتنشيط السلوكي في علاج الاكتئاب لدى المراهقين - دراسة حالة، مجلة الآداب للدراسات النفسية والتربوية، 5(4)، 9-61.
9. عبد الله، أحمد عمرو، الشركسي، أحمد صابر. (2019) العلاج الجدلي السلوكي بين النظرية والتطبيق. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات النفسية والتربوية 11(29)، 126-144.
10. العرجان، سامي بن صالح، وشواش، تيسير الياس (مترجم) لينهان مارشا. (2020). التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي (الأدلة وأوراق العمل). ترجمة الأردن: دار الفكر.
11. العنزي، مرزوق (2018). جودة الحياة، الكويت: دار المسيلة للنشر والتوزيع.
12. قنديل، منه ممدوح. (2021). أثر بعض الفنيات الإرشادية الانتقائية التكاملية في خفض بعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من الزوجات المساء اليهن. [رسالة دكتوراه غير منشورة]. كلية الآداب، جامعة طنطا.
13. كوري، جيرالد. (2016). النظرية والتطبيق في الارشاد الجمعي. سهام أبو عيطة ومراد سعد (مترجم)،



عمان ، دار الفكر.  
14. لوكلي، ستيفن دبليو؛ وفوستر، راسل جي. (2017). النوم. (ط2). ترجمة نهى بهمن. مصر: مؤسسة  
الهنداوي للتعليم والثقافة.

15. Abdolghaderi , Narimani , Atadokht , Abolghasemi , Hatamian , Kafie &Langroudi .(2020). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Sleep Quality and Pain Management in Multiple Sclerosis. *Caspian Journal of Neurological Sciences*,6 (4),205-213.
16. Adwas, A. A., Jbireal, J., & Azab, A. E. (2019). Anxiety: Insights into Signs, Symptoms, Etiology, Pathophysiology, and Treatment. *East African Scholars Journal of Medical Sciences*, 2(10), 580-591.
17. AL Hadi AN, Al Ateeq DA , Al Sharif E , Bawzeer HM , Al anzi H , Al shomrani AT , et al. An Arabic translation , reliability , and validation of patient Health Questionnaire in Saudi Sample .*Ann Gen Psychiatry* . 2017 sep ; 16(1) : 32 An arabic translation, reliability, and validation of Patient Health Questionnaire in a Saudi sample - PubMed (nih.gov)
18. Alexopoulos GS, Arean P. (2014). A model for streamlining psychotherapy in the RDoC era: the example of 'Engage .' *Mol Psychiatry* . 26;19(1):14–9 .
19. Beard T .( 2023). Classical Conditioning: How It Works and Examples. *Mental Health*.
20. Björnsdóttir Erla, MS1,2; Bryndís Benediktsdóttir, MD1,2; Allan I. Pack, PhD3 ; Erna Sif Arnardóttir, PhD1,2; Samuel T. Kuna, PhD3,6; Thorarinn Gíslason, PhD1,2; Brendan T.
21. Chen G, Xie J, Liu W, et al. .(2022). Association between depression and sleep apnoea: a Mendelian randomisation study.
22. Chotiman Chinvararak & Diego Garcia-Borreguero.(2022). Comorbid Major Depressive Disorder and Obstructive Sleep Apnea.
23. Coman, A. C., Borzan, C., Vesa, C. S., & Todea, D. A. (2016). Obstructive sleep apnea syndrome and the quality of life. *Clujul medical*, 89(3), 390. [Obstructive sleep apnea syndrome and the quality of life - PubMed \(nih.gov\)](#)
24. Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Wilde, O. B., Arntz, A.(2016). Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy.
25. Garbarino, S., Bardwell, W. A., Guglielmi, O., Chiorri, C., Bonanni, E., & Magnavita, N. (2020). Association of anxiety and depression in obstructive sleep apnea patients: a systematic review and meta-analysis. *Behavioral sleep medicine*, 18(1), 35-57.
26. Isidoro, S. I., Salvaggio, A., Lo Bue, A., Romano, S., Marrone, O., & Insalaco, G. (2015). Effect of obstructive sleep apnea diagnosis on health related quality of life. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), 1-6.
27. Jasmine L.Wong<sup>1</sup> , Fernando Martinez<sup>1</sup> , Andrea P.Aguila<sup>1</sup> , Amrita Pall<sup>1</sup> , Ravi S.Aysola<sup>2</sup> , Luke A. Henderson<sup>3</sup> & Paul M. Macey. (2021). Stress in obstructive sleep apnea.
28. Kazemi Rezaei S V, Kakabraee K, Hosseini S S. The Effectiveness of Emotion Regulation Skill Training Based on Dialectical Behavioral Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Quality of Life of Patients With Cardiovascular Diseases



- (2019). *J Arak Uni Med Sci*; 22 (4) :98-111
29. Kielb SA, Ancoli-Israel S, Rebok GW, Spira AP. Cognition in obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome (OSAS): current clinical knowledge and the impact of treatment.
30. Kroenke, K., Spitzer, R.L. and Williams, J.B.W. (2001), The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16: 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
31. Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.
32. Linehan, M., & Wilks, C. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97-110.
33. Malhotra, A., Ayappa, I., Ayas, N., Collop, N., Kirsch, D., Mcardle, N., ... & Gottlieb, D. J. (2021). Metrics of sleep apnea severity: beyond the apnea-hypopnea index. *Sleep*, 44(7), zsab030. [Metrics of sleep apnea severity: beyond the apnea-hypopnea index - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36111111/)
34. Mazzucchelli T, Kane R, Rees C.(2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. ;16(4)
35. Mohamadi , Gholamrezae & Azizi .(2015). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Sleep Quality and Pain Management in Multiple Sclerosis. *Caspian Journal of Neurological Sciences* , 6 (4) , 205-213 . [gums-cjns-v6n4p205-en.pdf](https://www.gums-cjns-v6n4p205-en.pdf)
36. National Institutes of Health.( August 5, 2015). National Institutes of Health Sleep Disorders Research Plan. <http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/sleep/201101011NationalSleepDisordersResearchPlanDHHSPublication11-7820.pdf>.
37. *Neuromolecular Med.* 2012 Sep;14(3):180-93. doi: 10.1007/s12017-012-8182-1. Epub 2012 May 9. PMID: 22569877; PMCID: PMC3823054.
38. Rezaeitalab F, Moharrari F, Saberi S, Asadpour H, Rezaeetalab F. (2014).The correlation of anxiety and depression with obstructive sleep apnea syndrome.;19:205-10
39. Rundo, J. V. (2019). Obstructive sleep apnea basics. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 86(9 Suppl 1), 2-9. Obstructive sleep apnea basics | Cleveland Clinic Journal of Medicine ([ccjm.org](http://ccjm.org))
40. Saunamäki T, Jehkonen M. Depression and anxiety in obstructive sleep apnea syndrome: a review. *Acta Neurol Scand.* 2007 Nov;116(5):277-88. doi: 10.1111/j.1600-0404.2007.00901.x. Epub 2007 Sep 14. PMID: 17854419.
- (Spitzer, Robert L.) ; Kroenke, K (Kroenke, Kurt) ; Williams, Spitzer, RL .41 *JBW* (Williams, Janet B. W.) ; Löwe, B (Loewe, Bernd).(2006) A brief measure for assessing generalized anxiety disorder -: The GAD-7. 166 (10) p. 1092-1097
42. Stöwhas, AC . Lichtblau, M . Bloch, KE .(2019). Obstructive Sleep Apnea Syndrome, 108(2):111-117.
43. Strohal. P Kingman .(2018). Sleep apnea . Case School of Medicine, Case Western Reserve Universit .
44. Tavakoli , Hoseini , Tabatabaee , Rostami , Mollaei , Bahrami , Ayati& Bijari . (



2020). Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with a High Risk of Suicide in a Community Clinic: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *The American Association of Suicidology*, 50 (3), 652-667.

45. Wali, O.W. , Abalkhail, B. & Krayem, A .( 2017). Prevalence and risk factors of obstructive sleep apnea syndrome in a Saudi Arabiaan population.*Annals of Thoracic Medicine*, 12(2),88-94.

46. Zamani N. (2019). A comparison among meta-cognition, anxiety and depression components in the mothers of children with mental disorders. *Journal of Research and Health*, 9(5), 373–380. <https://doi.org/10.29252/jrh.9.5.373>