جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم : علم النفس وعلوم التربية

مذكرة بعنوان:

فعالية بروتوكول علاجي قائم على علاج الجدلي السلوكي لخفض اضطراب النوم لدى مرضى السكري

دراسة ميدانية في مؤسسة صحية خاصة مركز عماري سوف الصحة و العلاج بالوادي

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في شعبة علم النفس وعلوم التربية

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

- عبيد عائشة
- بن خيرة محمد الهادي

إشراف الأستاذ:

د/ غراب رحمة

لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الصفة
بلقاسم عوين		رئيسا
رحمة غراب		مشرفا ومقررا
لزعر خيرة		مناقشا

السنة الجامعية: 2025 / 2026

شكر وعرفان

بسم الله الرحمان الرحيم، الحمدُ للهِ الذي بنعمته تتمُّ الصالحات.

بداية الشكر لله عز وجل الذي أعاننا على اكمال هذا العمل ونحمده ونشكره ، وبتوفيقه تنال الغايات نتقدم بخالص الشكر والامتنان لكل من ساندنا خلال مشوارنا الدراسي ، وخصيصا خلال اعداد هذه المذكرة .

قال رسول الله من لم يشكر الله لا يشكر الناس

نتوجه بجزيل الشكر الى استاذنا المحترم المشرف: **غراب رحمة** على إشرافها العلمي الدقيق، وتوجيهاتها القيّمة، ومتابعتها المستمرة طوال مراحل إنجاز هذا العمل. فقد كان لدعمها العلمي ونصائحها المنهجية الأثر الكبير في توجيه البحث وإثرائه، مما أسهم في إخراجه بصورة علمية متكاملة. .

كما أتقدّم بجزيل الشكر والعرفان إلى الزميل طارق عماري، على دعمه ومساندته المستمرة خلال مختلف مراحل إنجاز هذا العمل، ومساهمته الفعّالة في تجاوز الصعوبات، مما كان له الفضل في إنجاحه وإخراجه في أفضل صورة ممكنة .

بسم الله الرحمان الرحيم، الحمدُ للهِ الذي بنعمته تتمُّ الصالحات.
والصلاةُ والسلامُ على أشرفِ الخلقِ وخاتمِ الأنبياءِ والمرسلين، محمد،
وعلى آله وصحبه أجمعين.
إلى نفسي، التي واجهت الصعاب بصبر، واستمرت رغم التعب، ولم تتوقف رغم العقبات.
إلى من حاولت ولم تستسلم، وسعت بكل جهدها للوصول إلى هذا الإنجاز، أهدي هذا العمل
تقديرًا لكل لحظة صمود، وإيمانًا بأن ما تحقق هو ثمرة الإصرار والمثابرة...

إلى أمي الغالية، مصدر الحب والحنان، وإلى القلب الذي لا يتوقف عن العطاء والدعاء، والتي كان دعمها لي سندًا في كل مرحلة من مراحل حياتي ودراستي. إلى من زرعت فيّ الأمل والصبر، وكانت دائمًا سببًا في استمراري وتجاوزي للصعوبات، أهدي هذا العمل تعبيرًا عن امتناني العميق وتقديري الكبير لكل ما قدمته من حب وتضحية.

إلى روح أبي الغالي، الذي رحل عن الدنيا وبقي أثره حيًّا في قلبي ووجداني، وإلى من كان حضوره مصدر قوة وسندًا لا يُنسى. إلى من علّمني معنى الصبر، وغرس فيّ القيم والمبادئ، وبقي دعاؤه وذكراه نورًا يرافقني في كل خطواتي. أهدي هذا العمل وفاءً وامتنانًا لروحه الطاهرة، سائلاً الله أن يرحمه ويغفر له ويسكنه فسيح جناته..

إلى أخي الغالي، سندي في الحياة ورفيقي في الدرب، وإلى من كان حضوره مصدر قوة ودعم لي في كل المواقف. إلى من وقف إلى جانبي في لحظات ضعفي وشجعني على الاستمرار، أهدي هذا العمل تعبيرًا عن امتناني العميق وحبي الكبير، وتقديرًا لكل ما قدمه لي دون تردد.

إلى صديقاتي اللواتي كنّ سندًا حقيقيًا لي في مسيرتي، ورفيقات درب شاركنني لحظات النجاح والتعب، ووقفن بجانبي بالدعم والتشجيع في كل المراحل. إلى من خففن عني الصعوبات، وآمنّ بي في الأوقات التي احتجت فيها إلى كلمة أمل، أهدي هذا العمل تقديرًا وامتنانًا لوفائهن ومحبتهن الصادقة.

إلى طارق عماري

إلى من وقف بصبرٍ جميل رغم كل ما مررنا به، وتحملني في لحظاتي الصعبة قبل السهلة.
أشكرك لأنك كنت دائمًا مساحة أمان وهدوء وسط الفوضى، كانت بامثابة أب لي هذا كافيًا ليخفف الكثير لك كل الامتنان والتقدير

عائشة عبيد

الحمد لله حتى يبلغ الحمد منتهاه

وأنا لها إن أبت رغماً عنها أثبت بها.

لم تكن الرحلة قصيرة ولا ينبغي لها أن تكون لم يكن الحلم قريباً ولا الطريق كان محفوفاً بالتسهيلات لكني فعلتها ونلتها.

إلى بسمة حياتي وسر نجاحي، إلى من دعت لي بالتوفيق فاستجاب الله لها، أمي الغالية. إلى من علمني كيف أقف في وجه الصعاب بكرامة وثبات، أبي العزيز. إلى رفاق الدرب وأصحاب القلوب النقية الذين لم يبخلوا عليَّ يوماً بالتشجيع، أهديكم هذا النجاح وهذا البحث، تعبيراً عن امتناني وتقديري لوجودكم في حياتي.

أما بعد يشرفنا أن نتقدم بالشكر الجزيل و العرفان إلى الأستاذة المشرف " رحمة غراب " على تفضلها بالإشراف على هذه المذكرة و كل المجهودات التي بذلتها .

كما لا ننسى في هذا المقام تقديم الشكر للاستاذ والصديق العزيز " طارق عماري " الذي ساهم كثيرا في بناء جزء هام من هذا العمل ، وأشرف على خطواته ، ولم يبخل علينا بتوجيهاته و نصائحه إلى آخر لحظة .

كما نتقدم بالشكر إلى كل أساتذة قسم علم النفس العيادي ، و إلى كل من قدم لنا يد العون لتمام هذا العمل.

.

محمد بن خيرة

ملخص الدراسة بالعربية

هدفت الدراسة الحالية إلى تعرف وتطلع عن حقيقة مساهمة بروتوكول علاجي قائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض اضطرابات النوم لدى مرضى السكري من النوع الثاني، انطلاقًا من أن اضطراب النوم يمثل أحد العوامل النفسية والجسدية المؤثرة في جودة الحياة والتحكم الصحي لدى هذه الفئة. اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي بتصميمه البدائي للمجموعة الواحدة (قياس قبلي وبعدي)، عينة قصدية مكونة من خمس أفراد مصابة بداء السكري وتعاني من اضطرابات في النوم. وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس اضطرابات النوم، والمقابلة العيادية نصف الموجهة، وبروتوكول علاجي مقترح قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي، شمل اليقظة الذهنية، تنظيم الانفعال، تحمل الضيق، والفعالية البينشخصية.

بعد تفريغ البيانات متحصل عليها وإجراء المعالجة الاحصائية لها عن طريق برنامج (spss) أسفرت نتائج على:

1. مساهم الحقيقية لبروتوكول علاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي لخفض اضطراب النوم لدى مرضى السكري.
2. انها توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم.

3. استمرار الأثر والايجابية البروتوكول علاجي القائم على علاج الجدلي سلوكي لخفض اضطراب النوم لدى مرضى سكري.
4. انها لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of a therapeutic protocol based on Dialectical Behavior Therapy (DBT) in reducing sleep disorders among patients with Type 2 Diabetes Mellitus. This study was motivated by the fact that sleep disorders constitute one of the psychological and physiological factors that negatively affect quality of life and health management in this population.

The study adopted an experimental approach using a one-group pretest-posttest design. A purposive sample of five individuals diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus and experiencing sleep disorders was selected. The study instruments included a Sleep Disorders Scale, a semi-structured clinical interview, and a proposed therapeutic protocol based on DBT skills, encompassing mindfulness, emotion regulation, distress tolerance, and interpersonal effectiveness.

After data collection and statistical analysis using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), the results revealed that:

1. The therapeutic protocol based on Dialectical Behavior Therapy was effective in reducing sleep disorders among patients with Type 2 Diabetes Mellitus.
2. There were statistically significant differences between the pre-test and post-test scores of the experimental group on the Sleep Disorders Scale, indicating an improvement in sleep quality following the intervention.
3. The positive effects of the DBT-based therapeutic protocol were maintained over time.
4. There were no statistically significant differences between the post-test and follow-up measurements of the experimental group on the Sleep Disorders Scale, indicating the stability and continuity of the treatment effects.

فهرس المحتويات

المحتويات	الصفحة
شكر وعرفان	
الاهداء	
ملخص الدراسة بالعربية	أ
ملخص الدراسة بالإنجليزية	ج
فهرس المحتويات	د
فهرس الجداول	ز
فهرس الاشكال	ح
فهرس الملاحق	ح
مقدمة	09
الجانب النظري	
الفصل الاول : الإطار النظري العام للدراسة	
1-اشكالية الدراسة	14
2-فرضيات الدراسة	19
3-اهداف الدراسة	19
4-اهمية الدراسة	20
5-مصطلحات الاجرائي	21
6-الدراسات السابقة	22
7-التعقيب على الدراسات السابقة	30
الفصل الثاني : العلاج الجدلي السلوكي(DBT)	
1-الخلفية النظرية DBT	34

2- مهاراتDBT الأساسية	**55**
3- آلياتDBT في تهدئة الجهاز العصبي في تحسين النوم	**63**
4- فعالية DBT في علاج الاضطرابات النفسية والجسدية	**64**
5- مبررات استخدام DBT لمرضى السكري المصابين باضطراب النوم	**66**
الفصل الثالث : اضطراب النوم	
1- تعريف اضطراب النوم	**70**
2- أنواع اضطراب النوم	**71**
3- الأثار النفسية والجسدية لأضطراب النوم	**72**
4- العلاقة بين اضطرابات النوم والتنظيم الهرموني والاستقلاب	**77**
5- انعكاسات اضطرابات النوم على وجودة الحياة	**79**
الفصل الرابع : مرض السكري	
1- تعريف مرض السكري	**83**
2-تصنيفاته(انواعه) مرض السكري	**84**
3- الفيزيولوجيا المريض السكري وتأثيرها على الجهاز العصبي	**87**
4- العلاقة بين اضطرابات النوم والتحكم في مستويات السكر في الدم	**89**
5- تأثير جودة النوم على المقاومة الأنسولين	**91**
6- نتائج الأبحاث حول دور النوم في تحسين او تدهور السكري	**92**
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس : إطار المنهجي للدراسة	
1- منهج الدراسة	**95**
2- الدراسة الاستطلاعية	**98**

3- أدوات الدراسة	**101**
4- عينة الدراسة	**128**
5- الحدود المكانية والزمانية للدراسة	**131**
6- اساليب المعالجة الإحصائية لفرضيات الدراسة	**132**
الفصل السادس : عرض النتائج، تحليلها وتفسيرها	
1- عرض وتحليل نتائج	**135**
2- مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضيات	**144**
3- الاستنتاج العام	**147**
4-مقترحات الدراسة	**148**
قائمة المراجع	**152**
الملاحق	**159**

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	الوحدات الأربع لتنمية المهارات في العلاج الجدلي السلوكي ، والتي يتحقق من خلالها التقبل والتغيير	35
02	صدق الاتساق الداخلي لمقياس مستوى اضطرابات النوم	103
03	ثبات مقياس مستوى اضطرابات النوم بطريقة التجزئة النصفية	106
04	ثبات مقياس مستوى اضطرابات النوم بطريقة الفا كرونباخ	106
05	معامل اتساق ألفا كرنباخ لمقياس اضطراب النوم لمرضى السكري النوع الثاني	108
06	ملامح البروتوكول العلاجي المقترح	111
07	الجلسات البروتكول العلاجي	114
08	التعزيز و القياس البعدي	128
09	دلالة متوسط الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم	136
10	نتائج الدلالة الإكلينيكية لمرضى السكري النوع الثاني بعد تطبيق البروتكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض اضطراب النوم	139
11	دلالة متوسط الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم	141

فهرس الاشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	التفكير النموذجي الأسود والأبيض	53
02	التصميم قبل التجريبي(البدائي) للمجموعة الواحدة اختبار قبلي واختبار بعدي.	97
03	المقارنة البيانية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم	137
04	المقارنة البيانية بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم	143

فهرس الملاحق

الرقم	العنوان	الصفحة
01	ملحق (1) مخرجات (spss) تنائج الدراسة تجريبية	
02	ملحق(02) مقياس اضطراب النوم	

المقدمة

المقدمة :

يُعدّ النوم من الحاجات البيولوجية الأساسية التي لا غنى عنها لاستمرار الحياة والمحافظة على التوازن النفسي والجسدي للفرد، إذ يؤدي دورًا مهمًا في استعادة النشاط البدني والعقلي وتنظيم مختلف الوظائف الحيوية. ومع التطورات المتسارعة التي يشهدها العصر الحديث، أصبحت اضطرابات النوم من أكثر المشكلات الصحية انتشارًا، لما تسببه من آثار سلبية تمس الصحة النفسية والجسدية والاجتماعية للفرد. فاضطراب النوم لا يقتصر تأثيره على الشعور بالتعب والإرهاق فقط، بل يمتد ليشمل ضعف التركيز والانتباه، واضطراب المزاج، وتراجع الأداء اليومي، إضافة إلى ارتباطه بالعديد من الأمراض المزمنة والاضطرابات الأيضية.

ومن بين الأمراض المزمنة التي تتأثر بشكل واضح باضطرابات النوم يبرز داء السكري، الذي يُعد من أكثر الأمراض انتشارًا وتعقيدًا، نظرًا لما يتطلبه من متابعة مستمرة والتزام علاجي وسلوكي طويل المدى. وقد أظهرت العديد من الدراسات أن اضطرابات النوم تؤثر بصورة مباشرة في التحكم بمستويات السكر في الدم، من خلال تأثيرها على التوازن الهرموني والوظائف الاستقلابية المرتبطة بحساسية الأنسولين وتنظيم الغلوكوز. كما أن مرضى السكري يعانون بدرجات متفاوتة من القلق والتوتر والانفعالات السلبية الناتجة عن طبيعة المرض ومضاعفاته، الأمر الذي يزيد من حدة اضطرابات النوم ويؤثر سلبًا على جودة حياتهم.

وفي ظل هذا التداخل بين العوامل النفسية والجسدية، برز الاهتمام بالتدخلات النفسية العلاجية التي تستهدف الجوانب السلوكية والانفعالية المرتبطة باضطرابات النوم والأمراض المزمنة. ويُعد العلاج الجدلي السلوكي من الأساليب العلاجية الحديثة التي أثبتت فعاليتها في تحسين التنظيم الانفعالي، وتنمية مهارات تحمل الضغوط، وتعزيز اليقظة الذهنية، مما يساعد الأفراد على التحكم في التوتر والانفعالات السلبية التي تسهم في اضطراب النوم. كما يركز هذا العلاج على تطوير استراتيجيات تكيفية تساعد الفرد على تحقيق قدر أكبر من التوازن النفسي والسلوكي.

وانطلاقًا من أهمية التكامل بين العلاج النفسي والصحة الجسدية، تسعى الدراسة الحالية إلى اختبار فاعلية بروتوكول علاجي قائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض اضطرابات النوم وتحسين مستوى السكر لدى راشد مصاب بداء السكري، وذلك من خلال التركيز على العلاقة المتبادلة بين النوم والتنظيم الانفعالي والتحكم الغلايسيمي. كما تهدف الدراسة إلى إبراز أهمية التدخلات النفسية الحديثة في تحسين جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، والمساهمة في تطوير برامج علاجية أكثر شمولًا وتكاملًا تراعي الأبعاد النفسية والجسدية في آن واحد.

وعليه تسعى الدراسة الحالية لأثبات فعالية البروتوكول علاجي قائم على علاج الجدلي لخفض اضطراب النوم لدى مرضى السكري، للأحاطة الشاملة بالموضوع واستجابة لمتطاباته النظرية والميدانية قسمنا دراستنا إلى:

نظريا وبه أربعة فصول:

الفصل الاول: يعتبر مدخل للدراسة يوضح المشكلة واعتباراتها المتمثلة في طرح الاشكالية وصياغة الفرضيات، ثم اهمية الدراسة واهدافها، يليه تعريفات الاجرائية لدراسة، واخيرا الدراسات السابقة.

الفصل الثاني: تطرقنا فيه الى الخلفية النظرية DBT ومهاراتDBT الأساسية، ثم آلياتDBT في تهدئة الجهاز العصبي في تحسين النوم، يليه فعالية DBT في علاج الاضطرابات النفسية والجسدية، واخيرا مبررات استخدامDBT لمرضى السكري المصابين باضطراب النوم.

الفصل الثالث: فصل اضطرابات النوم حيت تناولت فيه تعريف اضطراب النوم، وأنواع اضطراب النوم، ثم الاثار النفسية والجسدية لاضطراب النوم، يليه العلاقة بين اضطرابات النوم والتنظيم الهرموني والاستقلاب، واخيرا انعكاسات اضطرابات النوم على جودة الحياة.

الفصل الرابع: لقد تطرقنا في هذا الفصل الى تعريف مرض السكري وتصنيفاته، والفيزيولوجيا المريض السكري وتأثيرها على الجهاز العصبي، ثم العلاقة بين اضطراب النوم والتحكم في مستويات السكر في الدم، يليه تأثير جودة النوم على مقاومة الانسولين، واخيرا نتائج الابحاث حول دور النوم في تحسين او تدهور السكري.

ميدانيا: به فصلان هما:

الفصل الخامس: هو خاص بالإطار المنهجي لدراسة حيث يتم من خلالها تحديد منهج الدراسة، ودراسة الاستطلاعية، ثم أدوات الدراسة حيث تتضمنا مقياس اضطراب النوم

والمقابلة العيادية نصف موجهة والبروتوكول العلاجي المقترح، يليله العينة الدراسة، والحدود المكانية والزمانية الدراسة، في الاخير الاساليب الاحصائية.

الفصل السادس: هو فصل عرض نتائج، تحليلها وتفسيرها، حيث يتم عرض وتحليل نتائج، ومناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضيات الدراسة، واخيرا الاستنتاج العام مرفقا ببعض المقترحات الدراسة التي استخلصها وقائمة المراجع المستعملة في الدراسة وأهم الملاحق التي استعان بها في هذه الدراسة.

الفصل التمهيدي:

الإطار النظري العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة
2. فرضية الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. تعريف الإجرائي للمصطلحات
6. الدراسات السابقة

1-الاشكالية :

تشكل الصحة النفسية والجسدية أحد المرتكزات الأساسية لجودة الحياة لدى الراشدين، خاصة في ظل الانتشار المتزايد للأمراض المزمنة التي ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالتفاعلات الفسيولوجية والنفسية لدى الإنسان. وتبرز اضطرابات النوم ضمن هذه المشكلات الصحية بوصفها عاملاً مؤثرًا في التوازن الأيضي والوظيفي للجسم، لا سيما لدى الأفراد المصابين بداء السكري. وفي السنوات الأخيرة ازداد الاهتمام بدور التدخلات النفسية في تعديل أنماط السلوك المرتبطة بالصحة، الأمر الذي يفتح المجال لفهم أعمق للآليات التي قد يمكن من خلالها تحسين جودة النوم والمساهمة في ضبط مستويات السكر في الدم عبر نماذج علاجية نفسية متكاملة

حيث تشير الدراسة النفسية والطبية المعاصرة إلى أن اضطرابات النوم لم تعد تُفسَّر بوصفها مجرد أعراض ثانوية أو مشكلات عابرة، بل أصبحت تُعد عامل خطر مهمًا يرتبط بتدهور الصحة الجسدية والنفسية، خصوصًا لدى الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة مثل داء السكري من النمط الثاني. وقد بينت بعض الدراسات أن قلة النوم أو الحرمان منه تؤدي إلى اضطرابات متعددة في الوظائف المعرفية والانفعالية والجسمية، هذا ما اثباته دراسة أجراها كل من Knutson وزملائه حول الآثار الأيضية للحرمان من النوم، تبين أن قلة النوم تؤدي إلى انخفاض القدرة على الانتباه والتركيز، وضعف الأداء المعرفي اليومي، إضافة إلى ارتفاع

مستويات التوتر والانفعال واضطراب المزاج، فضلًا عن تأثيرها السلبي في العمليات الاستقلابية المرتبطة بتنظيم الغلوكوز وحساسية الإنسولين (Knutson et al., 2007).

كما أظهرت دراسة Spiegel وزملائه أن الحرمان الجزئي من النوم يؤدي إلى اضطراب في التوازن الهرموني وارتفاع مستويات الكورتيزول، الأمر الذي ينعكس سلبًا على الأداء النفسي والمعرفي ويزيد من احتمالية الإصابة بالمشكلات الأيضية والاضطرابات المزمنة (Spiegel et al., 1999). حيث أوضح موفق ديهية أن اضرابات النوم ترتبط بضعف التركيز والانتباه، وضعف الأداء اليومي، وتقلبات المزاج، إضافة إلى ظهور بعض المشكلات الصحية العضوية

(موفق ديهية، 2020، ص 856) .

وفي هذا السياق توضح **الدكتور ديهية** أن اضطرابات النوم تنعكس بصورة مباشرة على مختلف جوانب الحياة اليومية للفرد، حيث يؤدي نقص النوم أو اضطرابه إلى ضعف الاستجابات المعرفية، وزيادة النسيان، وانخفاض القدرة على التركيز، إضافة إلى الشعور بعدم الراحة النفسية والعقلية. كما قد يترافق ذلك مع ظهور بعض الاضطرابات الجسدية مثل الصداع واضطرابات الجهاز الهضمي والتهاب المفاصل، فضلًا عن ارتباطه ببعض الأمراض السيكوسوماتية مثل السكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب.

(موفق ديهية، 2020، ص 856) .

ومن المشكلات الشائعة لدى المصابين بداء السكري اضطرابات النوم، إذ يعاني عدد كبير من المرضى من مشكلات تتعلق بجودة النوم نتيجة عوامل فسيولوجية مرتبطة بالمرض نفسه، مثل الاعتلال العصبي المحيطي، وتكرار التبول الليلي، ومتلازمة تململ الساقين، إضافة إلى اضطرابات التنفس أثناء النوم. وتؤدي هذه العوامل إلى تقطع النوم وانخفاض جودته، الأمر الذي قد ينعكس سلبًا على جودة الحياة تعرف بأنها إدراك الفرد لمستوى رضاه عن حياته في ضوء حالته الصحية والنفسية والاجتماعية ومدى القدرة على التكيف مع الضغوط والمشكلات الصحية المزمنة وفي حالة مرضى السكري ترتبط بالقدرة على التحكم في مستويات الغلوكوز في الدم (Knutson et al., 2007؛ Reutrakul & Van Cauter, 2018).

كما تؤكد الدراسات الحديثة في مجال الطب الأيضي أن اضطرابات النوم ترتبط بتغيرات هرمونية واستقلابية تؤثر في حساسية الأنسولين وتنظيم الغلوكوز في الدم، إذ إن اختلال بنية النوم يؤدي إلى اضطراب في إفراز الهرمونات المنظمة للأيض مثل الكورتيزول وهرمون النمو، مما يزيد من خطر الإصابة باضطرابات أيضية مثل السكري والسمنة ومتلازمة الأيض (Spiegel et al., 1999؛ Jiao et al., 2025) .

وعلى الرغم من التطور الملحوظ في البروتوكولات العلاجية النفسية الموجهة لاضطرابات النوم، فإن معظم هذه التدخلات ارتكزت أساسًا على العلاج المعرفي السلوكي للأرق (CBT-

l)، الذي يُعد العلاج النفسي الأكثر اعتمادًا في علاج الأرق المزمن، وقد أثبت فعاليته في تحسين جودة النوم لدى مختلف الفئات المرضية، بما في ذلك مرضى السكري (Edinger & Means, 2005؛ Ong et al., 2012).

غير أن هذا النموذج العلاجي يركز أساسًا على تعديل الأفكار والسلوكيات المرتبطة بالنوم، دون أن يمنح اهتمامًا كافيًا لمهارات التنظيم الانفعالي وتحمل الضغوط واليقظة العقلية، وهي مهارات تمثل جوهر العلاج الجدلي السلوكي (Dialectical Behavior Therapy). ويُعد هذا النموذج العلاجي أحد الأساليب النفسية الحديثة التي أثبتت فعاليتها في تنمية مهارات التنظيم الانفعالي والقدرة على تحمل الضغوط وتحسين الوعي اللحظي بالسلوك والانفعالات، مما قد يساهم في خفض السلوكيات غير المتكيفة المرتبطة بالتوتر والقلق (Linehan, 2015؛ Neacsiu et al., 2014).

ورغم هذا الأساس النظري الذي يشير إلى الإمكانيات العلاجية الواسعة لهذا النموذج، فإن الدراسات التطبيقية التي اختبرت بروتوكولًا علاجيًا قائمًا على العلاج الجدلي السلوكي بهدف خفض اضطرابات النوم لدى الراشدين المصابين بداء السكري ما تزال محدودة، وهو ما قد يخلق فجوة بحثية بين المعارف النظرية المتعلقة بفاعلية العلاج الجدلي السلوكي في تحسين التنظيم

الانفعالي والنوم، وبين قلة الدراسات التطبيقية التي تربط بشكل مباشر بين تطبيق بروتوكول DBT وخفض اضطرابات النوم وتحسين المؤشرات الأيضية لدى مرضى السكري.

وانطلاقًا من هذه المعطيات، تتبلور الإشكالية العلمية للدراسة في محاولة استكشاف مدى إمكانية توظيف بروتوكول علاجي قائم على العلاج الجدلي السلوكي بوصفه مدخلًا تكامليًا لا يقتصر على تحسين النوم فحسب، بل يمتد ليشمل تعزيز التنظيم الانفعالي والسلوكي المرتبط بإدارة مرض السكري، بما ينعكس إيجابًا على المؤشرات البيولوجية المرتبطة بالمرض مثل الهيموغلوبين السكري HbA1c، إضافة إلى تحسين الالتزام العلاجي وجودة الحياة لدى الراشدين المصابين بالسكري.

وعليه نطرح التساؤلات التالية:

- هل حقيقة يساهم البروتكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض اضطراب النوم لدى مرضى السكري النوع الثاني؟
- هل تستمر فعالية البروتكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض اضطراب النوم لدى مرضى السكري النوع الثاني بعد مرور فترة المتابعة؟

فرضيات الدراسة:

1. توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم.

2. لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم.

أهداف الدراسة:

1. توجد فرروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياسين القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس النوم اضطراب النوم.
2. لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم.
3. اقتراح بروتوكول علاجي قائم على علاج الجدلي السلوكي لخفض اضطراب النوم لدى مرضى السكري.
4. قياس فعالية البروتوكول علاجي قائم على العلاج الجدلي السلوكي لخفض اضطراب النوم لدى مرضى السكري.

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية هذه الدراسة في ندرة الدراسات العربية التي تناولت فاعلية بروتوكول علاجي قائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض اضطرابات النوم لدى الراشدين المصابين بـ داء السكري من النوع الثاني، إضافة إلى قلة الدراسات العيادية التي ربطت بين اضطرابات النوم والتحكم في مستوى السكر في الدم ضمن إطار نفسي علاجي تكاملي. كما تسلط الدراسة الضوء على فئة الراشدين المصابين بالأمراض المزمنة، باعتبارها فئة تعاني ضغوطًا نفسية وجسدية تؤثر بصورة مباشرة في جودة النوم والتنظيم الانفعالي والصحة العامة

كما تنبع أهمية الدراسة من اهتمامها بتطبيق نموذج علاجي حديث يركز على تنمية مهارات التنظيم الانفعالي واليقظة العقلية وتحمل الضغوط، وهي مهارات ترتبط بتحسين النوم والتكيف النفسي لدى المرضى المزمنين.

ومن الناحية التطبيقية، قد تسهم نتائج هذه الدراسة في توجيه المختصين في علم النفس العيادي والصحة النفسية نحو توظيف البرامج العلاجية القائمة على العلاج الجدلي السلوكي في التعامل مع اضطرابات النوم لدى مرضى السكري، بما يساعد على تحسين جودة الحياة والالتزام العلاجي والحد من المضاعفات النفسية والجسمية المرتبطة بالمرض.

المصطلحات الاجرائية لدراسة:

العلاج الجدلي السلوكي (Dialectical Behavior Therapy):

هو أسلوب علاجي نفسي منبثق عن العلاج السلوكي المعرفي، يهدف إلى مساعدة الفرد على تنظيم انفعالاته، تعديل سلوكاته غير التكيفية، وتحسين علاقاته الاجتماعية، وذلك من خلال الجمع بين مبدأ التقبّل والتغيير في آنٍ واحد.

ويرتكز العلاج الجدلي السلوكي على تدريب الفرد على مجموعة من المهارات الأساسية، تشمل: اليقظة الذهنية (الوعي باللحظة الراهنة)، تنظيم الانفعالات، تحمّل الضغوط، والمهارات البين-شخصية.

ويُستخدم هذا العلاج خاصة مع الأفراد الذين يعانون من اندفاعية، عدم استقرار انفعالي، وسلوكيات لا اجتماعية أو مؤذية للذات، كما أثبت فعاليته مع المراهقين في الحد من السلوكيات المضطربة وتعزيز التكيف النفسي والاجتماعي.

البروتوكول علاجي:

البروتوكول العلاجي هو خطة علاجية منظمة ومحددة مسبقًا، تتضمن مجموعة من الإجراءات، الجلسات، التقنيات، والأهداف العلاجية، يتم تطبيقها بشكل متسلسل ومنهجي وفق إطار نظري

معين، بهدف علاج اضطراب نفسي أو تعديل سلوك غير تكيفي، مع إمكانية تقييم فعاليته من خلال أدوات قياس قبلية وبعدية.

اضطرابات النوم:

تُعرَّف اضطرابات النوم بأنها مجموعة من الاضطرابات التي تؤثر في قدرة الفرد على النوم بصورة طبيعية ومنتظمة، سواء من حيث مدة النوم أو جودته أو توقيته، مما يؤدي إلى اضطراب في الأداء النفسي والجسمي والاجتماعي للفرد، وقد صنّفها Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disordersضمن الاضطرابات المرتبطة بالنوم واليقظة لما لها من تأثير مباشر في الصحة النفسية والجسدية، وهو ايضا درجة التي يتحصل عليها الفرد من مقياس اضطراب النوم.

الدراسات السابقة:

الدراسات السابقة المرتبطة بمتغير العلاج الجدلي السلوكي(DBT)

دراسة :Marsha Linehan (1993)

هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية العلاج السلوكي الجدلي (DBT) في تحسين التنظيم الانفعالي وخفض السلوكيات الاندفاعية والسلوكيات شبه الانتحارية لدى الراشدين المصابين باضطراب الشخصية الحدية. وتكونت العينة من (44) امرأة راشدة مشخصة باضطراب

الشخصية الحدية ولديهن تاريخ من السلوكيات شبه الانتحارية، حيث تم تقسيمهن إلى مجموعة تجريبية تلقت العلاج السلوكي الجدلي ومجموعة ضابطة تلقت العلاج التقليدي. واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، واعتمدت على المقابلات الإكلينيكية ومقاييس السلوك الانفعالي والاندفاعي. وأظهرت النتائج وجود تحسن دال إحصائيًا في التنظيم الانفعالي وانخفاض السلوكيات الاندفاعية ومحاولات إيذاء الذات لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة (Linehan, 1993)

دراسة (Harley وآخرين 2007)

هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية مهارات العلاج السلوكي الجدلي في تحسين الأعراض الانفعالية واضطرابات النوم لدى الراشدين المصابين بالقلق والاكتئاب. وتكونت العينة من (45) راشدًا من مراجعي العيادات النفسية ممن يعانون من اضطرابات القلق والاكتئاب، وتم توزيعهم على برنامج تدريبي قائم على مهارات .DBT واستخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي، مع تطبيق مقاييس القلق والاكتئاب وجودة النوم قبل البرنامج وبعده. وأظهرت النتائج تحسنًا ملحوظًا في استمرارية النوم وانخفاض الاستيقاظ الليلي وتحسن القدرة على التهدئة الذاتية وخفض الاستثارة الانفعالية.(Harley et al., 2007)

دراسة (Neacsiu وآخرين 2010)

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور مهارات العلاج السلوكي الجدلي في تحسين التنظيم الانفعالي وجودة النوم لدى الراشدين الذين يعانون من اضطرابات انفعالية. وتكونت العينة من (108) راشدين مشخصين باضطرابات انفعالية واضطرابات في الشخصية، ممن تلقوا تدريبًا على مهارات DBT في مراكز علاج نفسي متخصصة. واستخدمت الدراسة المنهج الارتباطي التحليلي، واعتمدت على مقاييس مهارات DBT والتنظيم الانفعالي والأرق والاجترار الذهني. وأظهرت النتائج أن ارتفاع استخدام مهاراتDBT ، خاصة اليقظة الذهنية وتنظيم الانفعالات، ارتبط بانخفاض الأرق الليلي والاجترار الذهني وتحسن جودة النوم (Neacsiu et al., 2010).

دراسة (McMain وآخرين 2012)

هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين الأعراض النفسية والجسدية المرتبطة بالضغط النفسي لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية. وتكونت العينة من (180) مريضًا ومريضة مشخصين باضطراب الشخصية الحدية، تراوحت أعمارهم بين 18 و60 سنة، وتم توزيعهم على مجموعات علاجية مختلفة. واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي الطولي، مع تطبيق مقاييس التنظيم الانفعالي والضغط النفسي والأعراض النفسية. وأظهرت

النتائج أن DBT ساهم في خفض الأعراض النفسية وتحسين القدرة على تنظيم الانفعالات وتقليل اضطرابات النوم المرتبطة بالتوتر النفسي.(McMain et al., 2012)

الدراسات السابقة المرتبطة بمتغير اضطرابات النوم لدى الراشدين

دراسة :Allison Harvey (2008)

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الأرق المزمن والاجترار الذهني وفرط النشاط الانفعالي لدى الراشدين. وتكونت العينة من (100) راشد يعانون من الأرق المزمن تمت متابعتهم في عيادات متخصصة باضطرابات النوم. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، مع تطبيق مقاييس الأرق والاجترار الذهني والانفعال السلبي. وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الأرق المزمن وفرط النشاط الانفعالي والاجترار الذهني، خاصة خلال الفترات المسائية، مما يعيق الدخول في النوم واستمراريته.(Harvey, 2008)

دراسة (Riemann وآخرين 2010)

هدفت الدراسة إلى التعرف على دور الجهاز العصبي الذاتي في تفسير الأرق المزمن لدى الراشدين. واعتمدت الدراسة على مراجعة تحليلية لعدد من الدراسات الفسيولوجية المتعلقة بالنوم واضطرابات الجهاز العصبي الذاتي لدى الراشدين المصابين بالأرق المزمن. وأظهرت النتائج

وجود فرط نشاط في الجهاز العصبي الودي لدى المصابين بالأرق المزمن، وهو ما يفسر استمرار اضطرابات النوم وصعوبة الوصول إلى الاسترخاء اللازم للنوم (Riemann et al., 2010).

دراسة (Baglioni وآخرين 2011)

هدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين اضطرابات النوم والاضطرابات الانفعالية لدى الراشدين والكشف عن دور الأرق المزمن كعامل خطر نفسي. واستخدمت الدراسة منهج التحليل البعدي (Meta-analysis)، حيث شملت مراجعة وتحليل نتائج (21) دراسة سابقة ضمت آلاف المشاركين من الراشدين. وأظهرت النتائج أن اضطرابات النوم تُعد عامل خطر رئيسيًا للإصابة بالاكتئاب والاضطرابات الانفعالية، وأن ضعف التنظيم الانفعالي يرتبط باستمرار الأرق المزمن (Baglioni et al., 2011).

دراسة (Morin وآخرين 2015)

هدفت الدراسة إلى مقارنة فعالية التدخلات النفسية والسلوكية والدوائية في علاج اضطرابات النوم المزمنة لدى الراشدين. واعتمدت الدراسة على مراجعة منهجية وتحليل عدد كبير من الدراسات العلاجية الخاصة بالأرق لدى الراشدين. وأظهرت النتائج أن التدخلات النفسية التي

تستهدف خفض الاستثارة الانفعالية أكثر فاعلية واستدامة في تحسين جودة النوم مقارنة بالتدخلات الدوائية وحدها.(Morin et al., 2015)

الدراسات السابقة المرتبطة بمتغير اضطرابات النوم ومستوى السكر في الدم

دراسة (Karine Spiegel وآخرين1999)

هدفت الدراسة إلى التعرف على تأثير الحرمان الجزئي من النوم في الوظائف الاستقلابية وتنظيم الغلوكوز لدى الأفراد الأصحاء. وتكونت العينة من (11) شابًا سليمًا تتراوح أعمارهم بين 18 و27 سنة، خضعوا لفترات نوم محدودة داخل مختبر النوم. واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، حيث تم قياس مستويات الغلوكوز والإنسولين قبل الحرمان من النوم وبعده. وأظهرت النتائج أن نقص النوم أدى إلى انخفاض حساسية الإنسولين وارتفاع مستويات الغلوكوز الصيامي، مما يزيد من خطر الاضطرابات الاستقلابية.(Spiegel et al., 1999)

دراسة (Knutson وآخرين 2007)

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين جودة النوم والتحكم في مستوى السكر لدى الراشدين المصابين بالسكري من النوع الثاني. وتكونت العينة من (161) راشدًا مصابًا بالسكري من النوع الثاني، تمت متابعتهم في مراكز طبية متخصصة بالسكري. واستخدمت الدراسة المنهج

الارتباطي، مع تطبيق مقاييس جودة النوم وتحليل .HbA1c وأظهرت النتائج وجود علاقة دالة إحصائيًا بين سوء جودة النوم وارتفاع HbA1c وزيادة تقلبات السكر اليومية (Knutson et al., 2007).

دراسة (Gangwisch وآخرين 2007)

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الأرق المزمن واضطرابات التمثيل الغذائي لدى الراشدين. وتكونت العينة من (8992) راشدًا من المجتمع الأمريكي العام تمت متابعتهم ضمن دراسة وطنية للصحة والتغذية. واستخدمت الدراسة المنهج الطولي، وأظهرت النتائج أن الأرق المزمن يُعد عامل خطر مستقل للإصابة باضطرابات الاستقلاب والسكري حتى بعد ضبط المتغيرات الديموغرافية ونمط الحياة.(Gangwisch et al., 2007)

دراسة (Cappuccio وآخرين 2010)

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين مدة النوم وخطر الإصابة بالسكري من النوع الثاني. واستخدمت الدراسة منهج التحليل البعدي، حيث شملت مراجعة وتحليل بيانات أكثر من (107000) مشارك من الراشدين في عدة دراسات سابقة. وأظهرت النتائج أن قصر مدة النوم

واضطرابه يرتبطان بزيادة خطر الإصابة بالسكري وضعف التحكم السكري لدى المصابين به (Cappuccio et al., 2010).

الدراسات السابقة المرتبطة بمتغير الضغط النفسي والتنظيم الانفعالي ومستوى السكر

دراسة (Surwit وآخرين 2002):

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر التدخلات النفسية الموجهة لخفض الضغط النفسي في تحسين التحكم السكري لدى مرضى السكري من النوع الثاني. وتكونت العينة من (108) مرضى راشدين مصابين بالسكري من النوع الثاني، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، حيث طُبق برنامج لإدارة الضغط النفسي على المجموعة التجريبية. وأظهرت النتائج تحسنًا دالًا إحصائيًا في التحكم بمستوى السكر لدى المجموعة التي تلقت التدخل النفسي مقارنة بالمجموعة الضابطة.(Surwit et al., 2002)

دراسة (Lloyd وآخرين 2005)

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الضغط النفسي والتحكم السكري لدى الراشدين المصابين بالسكري. وتكونت العينة من راشدين مصابين بالسكري من النوع الثاني تمت متابعتهم في عيادات طبية متخصصة بالسكري. واستخدمت الدراسة المنهج الارتباطي، مع

تطبيق مقاييس القلق والاكتئاب ومستويات السكر في الدم. وأظهرت النتائج أن ارتفاع مستويات القلق والاكتئاب يرتبط بارتفاع مستوى السكر وضعف الالتزام بالعلاج (Lloyd et al., 2005).

دراسة (Fisher وآخرين 2010)

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقلبات السكر لدى مرضى السكري. وتكونت العينة من (506) راشدين مصابين بالسكري من النوعين الأول والثاني، تمت متابعتهم في مراكز رعاية صحية متخصصة. واستخدمت الدراسة المنهج الارتباطي التحليلي، مع تطبيق مقاييس التنظيم الانفعالي وتحليل قراءات السكر اليومية. وأظهرت النتائج أن ضعف التنظيم الانفعالي يرتبط بزيادة تقلبات السكر وضعف النتائج الصحية لدى المرضى (Fisher et al., 2010).

التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة المرتبطة بمتغيرات العلاج السلوكي الجدلي(DBT) ، واضطرابات النوم، والتنظيم الانفعالي، ومستوى السكر في الدم، يتضح وجود اهتمام متزايد بالعلاقة التفاعلية بين العوامل النفسية والفيزيولوجية لدى الراشدين، خاصة المصابين بالأمراض المزمنة مثل السكري. وقد أجمعت معظم الدراسات على أن اضطرابات النوم لا تُعد مجرد

مشكلة فسيولوجية مستقلة، بل ترتبط ارتباطًا وثيقًا بخلل التنظيم الانفعالي والضغط النفسي، وهو ما ينعكس سلبًا على التوازن الهرموني والاستقلاب ومستوى السكر في الدم.

كما أظهرت الدراسات الخاصة بالعلاج السلوكي الجدلي أن هذا النموذج العلاجي يمتلك فعالية واضحة في تحسين مهارات التنظيم الانفعالي وخفض الاستثارة النفسية والانفعالية، الأمر الذي يسهم بصورة غير مباشرة في تحسين جودة النوم والتقليل من الأرق والاستيقاظ الليلي. وقد بينت دراسات كل من Linehan (1993) و Neacsiuوآخرين (2010) أن مهارات اليقظة الذهنية وتحمل الضغوط وتنظيم الانفعالات تُعد من أهم الآليات العلاجية المرتبطة بتحسن النوم وخفض التوتر النفسي.

وفي المقابل، أكدت الدراسات المرتبطة باضطرابات النوم ومستوى السكر في الدم، مثل دراسة Spiegelوآخرين (1999) ودراسة Cappuccio وآخرين (2010)، أن قلة النوم واضطرابه يؤديان إلى اضطرابات استقلابية تتمثل في ارتفاع الكورتيزول وانخفاض حساسية الإنسولين وزيادة خطر الإصابة بالسكري أو ضعف التحكم فيه. كما أوضحت دراسات Lloyd وآخرين (2005) و Surwitوآخرين (2002) أن الضغط النفسي والاضطرابات الانفعالية يؤثران بشكل مباشر في التحكم السكري، وأن التدخلات النفسية قد تسهم في تحسين المؤشرات الأيضية لدى المرضى.

ورغم أهمية هذه الدراسات، إلا أن أغلبها تناول المتغيرات بصورة منفصلة؛ إذ ركزت بعض الدراسات على فعالية DBT في خفض الاضطرابات الانفعالية، بينما اهتمت دراسات أخرى بالعلاقة بين النوم والسكري، دون الربط المباشر بين العلاج السلوكي الجدلي واضطرابات النوم وتحسن المستوى السكري لدى الراشدين المصابين بالسكري. كما أن معظم الدراسات الأجنبية اعتمدت على عينات سريرية غربية، وهو ما يبرز الحاجة إلى دراسات عربية وعيادية تستكشف فاعلية بروتوكول علاجي قائم على DBT في خفض اضطرابات النوم وتحسين المستوى السكري لدى الراشدين.

ومن هنا تتحدد أهمية الدراسة الحالية، كونها تحاول سد هذه الفجوة البحثية من خلال بناء برنامج علاجي قائم على العلاج السلوكي الجدلي يستهدف اضطرابات النوم لدى الراشدين المصابين بالسكري، مع دراسة أثر ذلك في تحسين مستوى السكر في الدم، في إطار تكاملي يجمع بين الجوانب النفسية والانفعالية والفسيولوجية

الفصل الثاني:

العلاج الجدلي السلوكي(DBT)

1. الخلفية النظرية DBT
2. مهاراتDBT الأساسية
3. آلياتDBT في تهدئة الجهاز العصبي في تحسين النوم
4. فعالية DBT في علاج الاضطرابات النفسية والجسدية
5. مبررات استخدامDBT لمرضى السكري المصابين باضطراب النوم

الخلفية النظرية DBT

1.تعريف العلاج الجدلي السلوكي:

يمثل العلاج الجدلي السلوكي الموجة الثالثة في العلاج النفسي السلوكي، بعد العلاج السلوكي الذي يمثل الموجة الأولى، والعلاج المعرفي السلوكي الذي يمثل الموجة الثانية. ويرمز له بالرمز (DBT) اختصارًا لمصطلح Dialectical Behavior Therapy.

وهو أسلوب علاجي أعدّته مارشا لينهان (Marsha M. Linehan) سنة 1979 لعلاج اضطراب الشخصية الحدّية، بهدف تغيير الأنماط السلوكية غير التوافقية كإيذاء الذات، التفكير الانتحاري، وتناول المواد المخدرة، وذلك من خلال مساعدتهم في زيادة الضبط الانفعالي وتنظيم انفعالاتهم وضبط سلوكهم الاندفاعي وتحمل الكرب النفسي، بالإضافة إلى تنمية مهارات التعقل والمهارات البين–شخصية.

وقد ظهر العلاج الجدلي السلوكي نتيجة عدم كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في علاج بعض الاضطرابات الانفعالية وبين الشخصية التي تظهر لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدّية، وما قد يصاحبها من أذى الذات والتفكير الانتحاري والمحاولات الانتحارية والتعاطي والخوف من الهجر وتدمير العلاقات بين الشخصية.

ورغم أنها انطلقت من العلاج المعرفي، إلا أنها وضعت له قواعدًا وأسسًا مختلفة إلى حد ما. ويسعى العلاج الجدلي السلوكي إلى تنمية مهارات المواجهة والتصدي في أربع وحدات رئيسة يلخصها الشكل (1)، بما يحقق كلًّا من التقبّل والتغيير (هشام، نرمين، 2003، ص 13).

الجدول (1) : الوحدات الأربع لتنمية المهارات في العلاج الجدلي السلوكي ، والتي يتحقق من خلالها التقبل والتغيير

التقبل (مهارات التقبل)	التغيير (مهارات التغيير)
التعقل تحسين القدرة على التقبل اللحظة الراهنة و البقاء بها دون مقاومة	تنظيم الانفعالات تنمية أساليب فهم وتعديل و تغيير الانفعالات الشديدة التي تسبب مشكلات في حياة الفرد
تحمل الكرب السعي الجاد لزيادة القدرة على تحمل الانفعالات السلبية بدلا من محاولة الهروب منها بالقيام بسلوك مشكل	التواصل بين الشخصي الفعال تنمية أساليب للتواصل مع الآخرين بطريقة تكون توكيدية و تحافظ على احترام الذات و تقوية العلاقات

تم تعريف العلاج الجدلي السلوكي بأكثر من طريقة من خلال الباحثين الذين قاموا بدراسته وتطبيقه في الدراسات السابقة. ومن هذه التعريفات الآتية:

عُرِّف العلاج الجدلي السلوكي على أنه مدخل علاجي وضعته عالمة النفس الأمريكية مارشا لينهان (Marsha Linehan)، قائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي، ويهدف إلى تعليم الفرد خفض أو تعديل الانفعالات الحادة أو المتطرفة، والعمل على خفض السلوك السلبي المرتبط بالانفعالات، وزيادة الثقة في انفعالاته وأفكاره وسلوكه. ويعتمد هذا المدخل على ثلاثة أنماط رئيسة في العلاج، وهي: العلاج الفردي، والعلاج الجماعي من خلال مجموعة المهارات، والذي يُعرف بالتدريب على المهارات (التدريب على اليقظة العقلية، وفاعلية التعامل مع الآخرين، وتنظيم الانفعالات، وتحمل الإحباط)، بالإضافة إلى التدريب عبر الهاتف.

كما يُعرَّف الإرشاد الجدلي السلوكي بأنه نمط إرشادي ينتمي إلى الإرشاد المعرفي السلوكي، طورته مارشا لينهان لعلاج المرضى ذوي اضطرابات الشخصية الحدية الذين لديهم ميول نحو الانتحار.

النمط الإرشادي على إكساب العميل للمهارات الجديدة وتشجيعه على تعميمها في الحياة اليومية، وإحداث التوازن الجدلي بين التقبل والرغبة في التغيير، كما يعتمد على الإرشاد الفردي والجماعي، والتدريب عبر الهاتف. وأيضًا عُرّف العلاج الجدلي السلوكي على أنه النمط

الإرشادي القائم على تدريب الأفراد على المهارات السلوكية التكيفية التي تهدف إلى مساعدتهم على التخلص من السلوكيات اللاتوافقية واستبدالها بسلوكيات أخرى فعالة، كالتدريب على تنظيم الانفعالات وتحمل الضغوط وحل المشكلات والعلاقات البينشخصية الفعالة.

ويعرفه "حسين علي فايد" بأنه برنامج علاجي موجز يتضمن تدريبًا على المهارات السلوكية الجماعية النفسية التربوية، ويتكون من مجموعة من تقنيات حل المشكلات التي تشمل تعليم العميل مهارات للمساعدة على تنظيم الانفعالات وتحمل الأسى، وكذلك مهارات خاصة بالانتباه وزيادة تركيز العميل.

وأيضًا عرّفه عبد الله، أحمد عمرو على أنه أسلوب علاجي يستخدم لخفض السلوك السلبي المرتبط بالانفعالات، والأفكار المتطرفة، من خلال برنامج علاجي جمعي وفردي، يستخدم في جلساته مهارات اليقظة العقلية، والفاعلية البينشخصية، والاتزان الانفعالي، وتحمل المحنة.

كما عرفته "دعاء الصاوي" على أنه طريقة تنتمي للإرشاد المعرفي السلوكي مع مزج جوانب من مداخل إرشادية أخرى كالإرشاد العقلاني الانفعالي والمتمركز حول العميل، ويعتمد على فكرة الجدلية حيث تحقيق التوازن العقلي والتخلص من المتناقضات والتغلب على كل ما يشوه البناء المعرفي ويعوق الفرد عن تحقيق التغير الإيجابي لحياته الشخصية، ولذلك فإن الجدلية

تعني الموازنة بين التقبل والرغبة في التغيير، وهو يستخدم فنيات تنطلق من فكرة الجدلية وأخرى، ومساعدة كالتدريب على المهارات وحل المشكلات.

عرفه أحمد محمد جاد الرب أبوزيد بأنه مدخل علاجي وضعته مارشا لينهان يستند إلى النظرية الحيوية الاجتماعية، ويهدف إلى مساعدة العميل على خفض وتعديل الانفعالات المتطرفة أو الحادة، وكذلك العمل على خفض السلوكيات السلبية المرتبكة بالانفعالات، وزيادة ثقته في انفعالاته وأفكاره وسلوكياته، وذلك من خلال الاستراتيجيات التي تضمن الفنيات منها العلاج الفردي والعلاج الجماعي، والتدريب على المهارات، اليقظة العقلية، تنظيم الانفعالات، تحمل الضغوط، الفاعلية البينشخصية، وكذلك التدريب على الأزمات الحادة.

كما عرفته نهلة العلي الإرشاد الجدلي السلوكي على أنه أسلوبًا إرشاديًا نفسيًا ينتمي للمدخل الإرشادي المعرفي السلوكي، حيث يقوم على تحسين المهارات الحياتية للفرد ويهدف إلى مساعدته على تحقيق الاتزان الانفعالي، من خلال تخفيف حدة الانفعالات وزيادة انتظامها واستقرارها، وينطوي هذا الإرشاد على فكرة الجدلية من منظور الحوار البناء، والتخلص من المتناقضات بمحاولة التوليف بينها من خلال الإقناع وتشجيع الفرد على دمج الأفكار المتناقضة ورؤية الواقع بوجوهه المتعددة، كما يتضمن مجموعة من الفنيات المعرفية والسلوكية والجدلية، والتي يتم استخدامها للوصول إلى أهداف الإرشاد.

(مريم، صالح – 2021 – 374).

أهداف العلاج الجدلي السلوكي:

- الحد من الأفكار والخطط والمحاولات الانتحارية.
- تقليل السلوكيات التي قد تؤثر سلبًا على مسار العلاج وتقدمه (وتخريب الجلسات، وعدم الانتظام بالجلسات، وعدم الالتزام بقواعد الجلسات، وعدم الالتزام بالواجبات المنزلية).
- التقليل من الاندفاعية والميل للمخاطرة.
- زيادة تقدير الذات ووجود أهداف واقعية وقابلة للنقد.
- تنمية المهارات بين الشخصية مما يقلل من اضطراب العلاقات الاجتماعية وبين الشخصية.
- اكتساب مهارات تنظيم الانفعالات وتحمل الكرب وإدارة الذات والتعقل والوعي باللحظة الراهنة. (هشام، نرمين –2023 –15)

مراحل العلاج الجدلي السلوكي:

يتصف العلاج الجدلي السلوكي بالمرونة، حيث يتم رسم خطة العلاج وتحديد الأساليب والمهارات اللازمة لتوظيفها حسب مستوى الاضطراب لدى المريض، وحسب احتياجاته، وكل

مريض يعتبر حالة خاصة ومختلفة، وتتمثل مراحل العلاج الجدلي من خلال أربع مراحل بالإضافة إلى المرحلة المبدئية أو التمهيدية، وهي كالآتي:

المرحلة المبدئية (مرحلة ما قبل العلاج): تهدف هذه المرحلة إلى تهيئة المريض، وفيها يحرص المعالج على ضبط سلوكيات المضطرب والوصول به إلى مرحلة الاستقرار أثناء العملية العلاجية، بحيث يتم تدريبه على التكيف مع العلاج والالتزام بأهدافه، وذلك من خلال مناقشة توقعاته وأفكاره حول العملية العلاجية، وكذلك من خلال تقديم وصف شامل للعلاج الجدلي السلوكي، وتنمية دافعيته نحوه، والعمل على خفض السلوكيات التي تؤثر على نجاح سير العملية العلاجية، مثل: الغياب أو التأخر عن حضور الجلسات، وطلب الاستشارات التليفونية في أوقات غير مناسبة.

المرحلة الأولى: وتهدف إلى التقليل من السلوكيات التي تهدد الحياة وتؤثر على جودة حياة المضطرب كمشاعر اليأس والاكتئاب والصراع والسلوكيات الانتحارية، والعمل على تدريب المضطرب على خبرات تسهم في علاج وخفض مشكلاته، حيث يتم تعليمه مهارات جديدة، كمهارات: اليقظة العقلية، الفعالية البينشخصية، تحمل الضغوط، التنظيم الانفعالي، التفكير المنطقي، إدارة الذات.

المرحلة الثانية: وتهدف إلى التعامل مع مشكلات المضطرب وخبراته الصادمة، وذلك من خلال تعميم المهارات الجدلية السلوكية التي تدرب عليها في حل المشكلات، والتحكم بالمشاعر والسلوك من خلال مساعدته على التعبير عن مشاعره بطرق سليمة، وأيضًا التحكم في السلوكيات التي تتداخل مع نوعية الحياة، والعمل على تطوير المهارات اللازمة لحل هذه المشكلات، ويمكن تصنيف تلك المشكلات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها المضطرب تنازليًا حسب شدتها ثم الانتقال إلى المشكلات البسيطة، حيث يتم البدء بخفض المخاطر الشديدة والسلوكيات الانتحارية، بعدها خفض سلوك التدخل في العلاج، ثم خفض السلوكيات التي تتعارض مع نوعية الحياة أو تقللها، وأخيرًا خفض استجابات التوتر ما بعد الصدمة والتعامل معها.

المرحلة الثالثة: وتهدف إلى تحقيق بناء حياة عادية، واحترام الذات والاستقلالية، وذلك من خلال تدريب المضطرب لفهم ذاته، والوصول إلى فهم أفضل لنفسه وللآخرين، وتحقيق السعادة، والعمل على تعزيز احترام الذات من خلال: تنمية المهارات السلوكية، تنمية مهارات الوعي، تنمية الكفاءة التفاعلية، التحكم في الانفعال، تقبل الحزن أو الكآبة، أخيرا التحكم بالذات.

المرحلة الرابعة: وتهدف إلى مساعدة المضطرب على تطوير وتنمية القدرة على الحرية والشعور بالفرح والسعادة، وخصوصًا العمل على خفض الشعور المزمن بالفراغ، بالإضافة إلى

التخلص من الشعور بالوحدة، والعمل على زيادة الخبرات المرتبطة بالشعور بحالة الاكتمال والرضا عن الذات. (مريم، صالح –2021 –388)

مبادئ العلاج الجدلي السلوكي:

أوضحت مارشا لينهان وديميف (2001) أن المبادئ الرئيسية للعلاج الجدلي السلوكي تنطلق من أن هناك العديد من السبل للرؤية للموقف الواحد، وأن هنالك أكثر من طريقة لحل المشكلة نفسها، ولكن في بعض الأحيان قد تؤدي شدة الانفعالات إلى الأفكار والسلوكيات المتطرفة، إما أبيض أو أسود، بالتالي يصل الفرد إلى معاناة انفعالية غير ضرورية، وبالتالي يعد التفكير الجدلي، المنفذ من هذا المأزق.

كما أشار بريدسون وبريدسون (2015)بأن الحياة مليئة بالصراعات ما بين الرغبات والاحتياجات، وأن الصراعات تحدث داخلنا وبيننا ومن حولنا جميعًا باستمرار، وهذه الصراعات تحتاج بأن نكون فعالين في التخلص منها، وعند وجود التفكير المتطرف (أبيض وأسود) فسيكون من الصعب أن نرى اللون الرمادي بين الأبيض والأسود لكل الأمور، وبالتالي يحتاج الانتقال إلى الرمادي إيجاد خيارات متعددة للتغيير من خلال طرق تفكير مختلفة.

وأوضحت أبو عيطة (2017) أن مفهوم الجدلية يدل على القبول بوجود فكرتين صحيحتين ويبدو في الوقت نفسه أنهما متضادتان، وكون أن الأفراد عليهم عيش الحياة بحلوها ومرها كالسعادة والحزن، الغضب والسلام، الأمل والإحباط، الأمان والخوف... إلخ.

وفي حال أن الفرد الذي يفكر بطريقة كل شيء أو لا شيء، بمعنى "أبيض أو أسود"، بالتالي يصعب عليه رؤية ما بينهما والعجز عن رؤية وضعه في الأصل والواقع، هنا عليه إيجاد وسيلة للتأكد من صحة وجهة نظره، أو التأكد من وجهة نظر الشخص الآخر، وأيضًا تجنب الافتراضات وإلقاء اللوم، على سبيل المثال: "أنت على حق والشخص الآخر على حق". "أنت تفعل أفضل ما لديك ولكن تستطيع بذل جهد أكبر". "وأنت بحاجة إلى المساعدة والدعم من الآخرين للقيام بأمور كثيرة". كما أن عليك الابتعاد عن التفكير بطريقة (إما – أو) إلى التفكير بطريقة (كلاهما – و)، والابتعاد عن الكلمات المتطرفة، وتتقبل أن الآراء المختلفة يمكن أن تكون منطقية، حتى إذا كان الفرد لا يوافق عليها.

وبناءً على ما سبق أوضحت مارشا لينهان أن التعامل مع مضطربي الشخصية الحدية يشمل على العناصر النفسية والاجتماعية، إضافة إلى مداخل العلاجات التقليدية، ومن هذا المبدأ انطلقت مارشا لينهان في تطوير منهجها في

المعالجة، وهي أن بعض الأفراد أكثر عرضة للرد والتصرف بطريقة خارجة عن المألوف تجاه مواقف انفعالية معينة، وذلك نتيجة ما تلقاه الفرد من تربية داخل أسرته، وعلاقاته مع الآخرين.

وتفترض مارشا لينهان (1993)أن بعض الناس يميلون لأن يكون لديهم انفعالات سلبية شديدة جدًا ومتكررة، مثل: الخجل .الشعور بالذنب .الحزن .الخوف .الغضب .والتي قد تكون بسبب صدمة جسدية أو انفعالية شديدة، أسفرت في النهاية إلى أحداث تغيرات في الدماغ وجعل الفرد أكثر عرضة للشعور بالحالات الانفعالية الشديدة، حيث يصعب عليهم التعامل معها في بعض الأحيان.وفي نفس الوقت يميل هؤلاء الأفراد إلى أن يكونوا ضعفاء، وبالتالي يصعب السيطرة على ردود أفعالهم الانفعالية، فتصبح حياتهم كأنهم يعيشون في دوامة لا نهاية لها، ومع وجود بيئة غير داعمة وغير متفهمة تعمل على سوء حالته، بالتالي يصبح توفر الشعور بالاهتمام والاحترام والتفاهم من الأفراد ذوي الأهمية للمرضى مثل الآباء والأمهات قد يساعده في الحد من الأعراض وتحسن وضع المرضى.(مريم حسني، صالح سالم – 2021 – 380)

الاستراتيجيات في العلاج الجدلي السلوكي(DBT)

يضم العلاج الجدلي السلوكي مجموعة واسعة من الاستراتيجيات والمهارات، والتي تتكون عادةً من عدة خطوات. ومن المهم جدًا أن يحدد المعالج الهدف من استخدام أي واحدة من هذه

الاستراتيجيات حتى تنجح الخطة العلاجية بشكل سلس وفعّال. كما يمكن استخدام استراتيجيات معينة في إطار جلسة فردية محددة ومع عميل معين أكثر من غيرها، وليست كل الاستراتيجيات ضرورية أو مناسبة في جميع الحالات.

ويضم العلاج الجدلي السلوكي خمس استراتيجيات أساسية:

1. الاستراتيجيات الجدلية (Dialectical Strategies)
2. استراتيجيات التحقق من الصحة (Validation Strategies)
3. استراتيجيات حل المشكلات (Problem Solving Strategies)
4. الاستراتيجيات الأسلوبية (Stylistic Strategies)
5. استراتيجيات إدارة الحالات (Case Management Strategies)

أولًا: الاستراتيجيات الجدلية:(Dialectical Strategies)

تعمل الاستراتيجيات الجدلية على مساعدة المرضى على التخلص من طرق التفكير والنظرة الجامدة للحياة، فيجب على المعالج تقبل المريض كما هو بخبراته وميوله ومشاعره بدرجة عالية من المصداقية، وعلى المريض أن يتقبل نفسه وواقعه ويعيش الحياة كما هي.

وبالتالي فإن التغيير يتجلى في تنظيم المشاعر وتكوين علاقات فعالة من خلال مهارات تساعدهم على ذلك، ليحققوا أهدافهم بشكل فعال ومستمر. ومع هذا لا يعتمد هذا التغيير على التخمين (صح، خطأ) أو (عقلاني، غير عقلاني) كما هو متعارف عليه في بعض الأساليب العلاجية الأخرى. من الأمثلة على الاستراتيجيات الجدلية: الدخول في مفارقة (تناقض)، استخدام الاستعارة والمجاز، لعب دور حامي الشيطان، التمديد والإطالة.تفعيل العقل الحكيم، صنع عصير الليمون من ثمرة الليمون، السماح بالتغيير الطبيعي، التقييم الجدلي.

استراتيجيات التحقق من الصحة:

يعرف التحقق من الصحة بأنه الاعتراف بما هو صحيح في الواقع وليس جعل الشيء صحيحا تهدف هذه الإستراتيجية إلى التوصل إلى فهم خبرات المريض، وتعد من استراتيجيات الأساسية للعمل بفعالية مع الأشخاص لذوي الحساسية الانفعالية العالية، و حيث أن التحقق من الصحة ليس كافيا لتحقيق التغيير، ولكن من دونه لا يمكن أن يكون هناك أي تغيير، كما و تعد أمرا لبناء الثقة وإقامة تضامن علاجي قوي، حيث إن المعالجون الذين يعملون مع الأفراد الذين يعانون من سوء تنظيم انفعالي حاد يحتاجوا إلى التعبير بالتحقق من الصحة عن كل تفاعل، و خصوصا قبل تقديم المساعدة في حل المشكلات وتعد استراتيجيات التحقق من الصحة في المقام الأول في استراتيجيات القبول، بينما تعد إستراتيجية حل المشكلات ضمن

استراتيجيات التغيير، ويمكن النظر في التحقق من الصحة في أي مستوى من المستويات الستة.

ويعد كل مستوى أكثر استكمالا للسابق، كما يعتمد كل مستوى على واحد أو أكثر من المستويات السابقة، حيث يتطلب الاستماع إلى المريض، ومراقبة ما يقوله، وما يشعر به وما يقوم به، ثم يقوم المعالج بنقل مدى فهمه للمريض وأنه استمع ما قاله جيدا، ورؤيته ما فعله، وتحديد شكل استجابته بعدها يقوم المعالج بفهم جوانب أخرى من خبرات واستجابة المريض للأحداث التي لم يتم إبلاغها مباشرة من قبل المريض. ويقوم المعالج بقراءة سلوك المريض، ويوضح له ما يشعر به، وما يرغبه، وما يفكر فيه، وما يقوم به فقط من خلال معرفة المعالج بما حدث للمريض، ومن ثم يتم التحقق من السلوك من حيث أسبابه.ويستند التحقق من الصحة هنا إلى فكرة أن كل سلوك ناتج عن أحداث حدثت في الوقت المناسب، وبالتالي يمكن فهمها من حيث المبدأ، ومن ثم يشير المعالج إلى أن هذا السلوك له ما يبرره ومنطقي، وذا مغزى وفعال في ضوء الأحداث الجارية، والأداء الحيوي، وأهداف حياة المريض، وفي النهاية يتم التعرف على الشخص كما هو من خلال الرؤية والاستجابة لنقاط القوة، وقدرات الفرد مع الحفاظ على فهم متعاطف ثابت للصعوبات الفعلية والخلل الوظيفي للمريض. ويعتقد المعالج في قابلية الفرد للتغيير والتحرك نحو أهداف الحياة في نهاية المطاف.

استراتيجيات حل المشكلات:

تعد استراتيجيات حل المشكلات في العلاج الجدلي السلوكي عملية هامة مكونة من مرحلتين:

المرحلة الأولى وتركز على فهم وقبول مشكله محددة، بينما المرحلة الثانية تركز على توليد وتنفيذ حلول بديلة، حيث توظف المرحلة الأولى التحليل السلوكي الذي يشمل نظرة ثاقبة لأشكال السلوك المتكررة، وتقديم معلومات توجيهية عن مبادئ السلوكيات، والقواعد والمعايير، وغيرها، بينما تهدف المرحلة الثانية إلى التغيير على وجه التحديد من خلال توظيف التحليل وإيجاد الحل الذي ينطوي على إرشاد المريض إلى إجراءات التغيير العلاجي المحدد التي قد تسفر إلى التغيرات المرجوة.

الاستراتيجيات الأسلوبية:

توضح هذه الاستراتيجيات أسلوب وشكل التواصل في العملية العلاجية المقدم من قبل المعالج، وشرح حول كيفية تقديم العلاج، وتستخدم الاستراتيجيات الأساسية لتحقيق التوازن بين القبول والتغيير، ويتضمن أسلوب التواصل غير متجانس أو الاستخفاف استخدام نغمة المواجهة، وذلك باستخدام الفكاهة أو الصياغة غير التقليدية، وكثافة التأرجح، في بعض الأحيان التعبير عن القدرة المطلقة أو العجز عن مواجهة مشاكل المريض.

استراتيجيات إدارة الحالة:

تعتمد استراتيجيات إدارة الحالات في العلاج الجدلي السلوكي على نظرية التعلم الاجتماعي، والتركيز الأساسي على الأساليب التي تعلم المريض باستمرار ضمن منهج اجتماعي حيوي وفلسفة جدلية، حيث أن الدور الأساسي للمعالج هو استشارة المرضى عن كيفية إدارة شبكاتهم الاجتماعية أو المهنية، دون الحاجة إلى التشاور مع الشبكة الاجتماعية نفسها حول كيفية إدارة المريض، كما وتشمل هذه الاستراتيجيات التشاور مع المريض، والتدخل البيئي، والتشاور مع المعالج، أضف إلى ذلك تطبيقها على نطاق واسع، حيث تختلف استراتيجيات إدارة الحالات في العلاج الجدلي السلوكي عن النماذج الأخرى لإدارة حالة المريض بسبب الاعتماد القوي فالأفراد الذين يستوفون معايير اضطراب الشخصية الحدية في كثير من الأحيان لديهم أكثر من معالج، وبالتالي تم تطوير عدد من الاستراتيجيات مساعدة المعالج على إدارة العالقات مع المعالجين الآخرين وأفراد الأسر، وهذا يعني أن المعالج لا يجتمع مع المهنيين الاخرين بشأن المريض، ولكن بدال من ذلك يكون العميل الحاضر في اجتماعات تخطيط العلاج (يفضل ان يكون قد قام بإعدادها). (مريم حسين، صالح سالم-2021-382).

مكونات (أشكال) العلاج الجدلي السلوكي:

تتكون بنية العلاج الجدلي السلوكي من أربعة مكونات هي:

العلاج الفردي: يبدو العلاج الفردي الجدلي السلوكي مثل معظم جلسات العلاج الفردية القياسية، سيلتقي المريض مع معالجه مرة واحدة في الأسبوع لمدة ساعة تقريباً.

التدريب الجماعي للمهارات: يتضمن العلاج الجدلي السلوكي مكون علاج جماعي، يركز على التدريب على المهارات، تجتمع هذه الفصول أسبوعياً لمدة ساعتين إلى ثلاث ساعات تقريباً.

التدريب عبر الهاتف: (التدريب بين الجلسات) يقدم معالجو العلاج الجدلي السلوكي التدريب للعملاء عبر الهاتف في أوقات الأزمات.

استشارات المعالج: يحتاج معالجو العلاج الجدلي السلوكي إلى الدعم والعلاج من أجل تسهيل وتيسير العلاج بطريقة صحية، يتطلب العلاج الجدلي السلوكي من المعالجين إنشاء مجموعة استشارية تجتمع أسبوعياً لدعم بعضهم البعض والتشاور بشأن الحالات (هشام، نرمين-42-2023).

الأساس النظري وفلسفة العلاج:

يستمد العلاج الجدلي السلوكي من ثلاثة جذور فلسفية، تتمثل في ما يلي:

أولاً: العلاج المعرفي السلوكي:

يعتبر العلاج الجدلي السلوكي نمطا علاجيا معرفيا سلوكيا، حيث يعتمد في الأسس النظرية على العلاج المعرفي السلوكي، فهو معرفي نظرا لاعتماده على أساليب معرفية في تعديل البناء المعرفي والتغلب على أخطاء وانحرافات أساليب الفرد في التفكير، وذلك باستخدام طرق جدلية إقناعية تساعد على تحسين رؤية وتوجهات الفرد نحو الموضوعات الحياتية المختلفة، كما أنه علاج سلوكي نظرا لاستخدامه أساليب وتقنيات سلوكية كالتدريب على المهارات والتدعيم والتعزيز والنمذجة.

حيث وضحت لينهان أن العلاج الجدلي السلوكي يشتمل على مكونات العلاج المعرفي السلوكي التي لها دورا مهما في إحداث التغيير العلاجي، حيث يعتمد بدرجة كبيرة على الإقناع المنطقي الذي يستطيع من خلاله أن يساعد المريض في التعرف إلى ذلك الدور الذي توليه الأفكار العقلانية أو الأفكار التلقائية السلبية في حدوث الضيق والكرب، وفي تطوير نسق الاعتقادات اللاعقلانية، وتغيرها، واستبدالها بأفكار واعتقادات عقلانية تساهم في فض حدة الاضطراب الذي يعاني منها المريض بدرجة كبيرة وربما التخلص في بعض الحالات من مثل هذه الاضطرابات، وبذلك أخذ المكونات المهمة التي يتضمنها العلاج المعرفي السلوكي ويتوقف نجاح العلاج الجدلي السلوكي على مدى العلاقة بين المعالج والمريض، وما تتسم به من احترام

وثقة واهتمام وهو الأمر الذي يعد مطلبا لضمان التطبيق الناجح للإجراءات العلاجية المعرفية السلوكية.

ثانياً: الفلسفة الجدلية:

أشار ديك (Dijk .2013) أن النظرية الجدلية تعتمد على ثلاث مبادئ أساسية وهي أن كل شيء مترابط ومتواصل، حيث أن الواقع ليس ثابتا ولكنه يشكل عملية تغير مستمرة، ويستطيع الفرد العثور على الحقيقة من خلال العمل على دمج أو توليف وجهات النظر المختلفة.

تأثرت لينهان عند وضع نموذجها العلاجي الجدلي بمبادئ النظرية الجدلية، حيث أكدت على أهمية محاكاة نهج النظم الكاملة للتمكن من التغيير وإدارته، كما وضحت لينهان أن الجدلية عملية يتم من خلالها تغيير ظاهرة أو سلوك أو حجة يدور حولها صراع النفي أو الإثبات في مجال البحث والجدل، وذلك حتى ينتهي الصراع باستدلال وجهة نظر جديدة، توفق بين وجهات النظر السابقة كلها بعد إزالة نقاط الضعف، فالمناهج الجدلي يكون فيه كل شيء ملتحما مع نقيضه فهو ثابت ومنفي، وموجود ومعدوم، في نفس الوقت، وتتكرر هذه العملية بشكل لا نهائي.

وتؤكد لينهان أن الفلسفة الجدلية في الواقع تتكون من جزئيات الافتراضات التي لا يمكن التعرف عليها دون الرجوع إلى النظام ككل وأحيانا العكس، وبالتالي تتعارض هذه الفكرة مع التفكير النموذجي (الأسود والأبيض) لدى مضطربي الشخصية الحدية.

الشكل (01) : التفكير النموذجي الأسود والأبيض



من هذا المنطلق يتعامل العلاج الجدلي السلوكي مع المريض بشكل كامل، وليس فقط كمرض أو اضطراب منفصل، فعلى سبيل المثال، المريض الذي لديه أفكار انتحارية هو في الغالب يرغب بالعيش والموت في آن واحد، بقوله أريد أن أموت، بدلا من قتل نفسه في سرية، ولكنه في داخله يوجد الشعور المعاكس في رغبته في العيش، وهذا انخفاض خطر الانتحار، من هنا يأتي التغيير الجدلي والتقدم من حل هذا الموقف المتعارض في دمج وتوليف المتناقضات وإنشاء الحوار الكامل في العلاج، وبناء مواقف جديدة فيتلخص دور العلاج الجدلي السلوكي في إيجاد حل أفضل وإيجاد حياة تستحق أن تعاش

ثالثاً: فلسفة الزن:

ذكر التلمساني (1998) ديانة الزن من الديانات البوذية الأصل، والتي ظهرت في الصين ثم انتشرت في اليابان مع بداية القرن الثاني عشر، تقوم فلسفتها على أن الإنسان يعجز عن

السيطرة على نفسه وحياته إلا إذا قبل نفسه بالكامل وتعايش مع طبيعته دون أن يعاديها أو يقاومها، حتى وإن كانت طبيعته تميل للشر، فالهدف من هذه الطريقة هو الحياة بأسلوب الزن هو أن يتخلص الإنسان من الشعور بالفشل ويتغلب على الأحاسيس المنقسمة داخله بالعلو والدنو، وبالتالي يتعرف على نموذج بسيط لحياته يسمح له بتحديد التناقض الموجود في وعيه بذاته ومحاولة حل هذا التناقض أو الصراع.

توفر فلسفة الزن الأساس النظري الرئيسي للقبول في العلاج الجدلي السلوكي، وتنطلق من المبدأ الأساسي أن "كل شيء كما ينبغي أن يكون" كل شيء يعد سببا ولا يمكن أن يكون خلاف ذلك أو "كل شيء على ما يرام كما هو، وهو الذي يشكل المبدأ الجوهري للقبول، ويتوافق هذا المبدأ بشكل كبير مع النظرية السلوكية التي تؤكد أن جميع السلوكيات تشكل سببا بالممارسة العملية، فتم دمجهما معا في العلاج الجدلي السلوكي لمساعدة كل من المعالج والعميل على قبول اللحظة كما هي دون حكم.

أشار فريدمان (2015) إن مهارات العلاج الجدلي السلوكي الخاصة باليقظة الذهنية تنتمي بشكل مباشر إلى تعاليم الزن، ويعد "كابات زِن (Kabat-Zinn) "أول من قام بدمج اليقظة الذهنية في العلاج الغربي ويعرف اليقظة الذهنية بأنها الاهتمام بطريقة معينة عن قصد، في الوقت الحاضر وغير قائمة على الحكم، فتتمثل في كل من الملاحظة والوصف وهنا يتطلب

ملاحظة الخبرة الخام للواقع داخل وخارج الذات حيث تركز هذه المهارات على الوعي المتعمد والاستغراق في اللحظة الراهنة دون تقييم، والتي ويمارسها كل من المرضى والمعالجين في جميع مراحل العلاج، وذلك لغايات تسهيل الشعور بالخبرة الذاتية، وزيادة التحكم الانتباه، وتعزيز التسامح، والتحقق من الذات، وخفض الاندفاعية، كما إن والعلاقة القائمة بينهم في اللحظة الراهنة هي العلاقة المثالية ويجب أن تقبل هذه العلاقة ويتم الرضا "عجبا لأمر المؤمن، إن أمره كله عنها وكل ما سبق ويتفق ذلك مع الحديث الشريف: خير، وليس ذلك لأحد إلا للمؤمن، إن أصابته سراء شكر، فكان خيرا له، وإن أصابته ضراء صبر، فكان خير له" (مريم حسني، صالح سالم 2021-380)

2-مهارات العلاج الجدلي السلوكي:

يساعد العلاج الجدلي السلوكي الفرد على اكتساب أربع مهارات مهمة للغاية، والتي يمكن أن تقلل من حجم موجات الانفعالات وتساعده في الحفاظ على التوازن الخاص به عندما تطغى عليه تلك المشاعر. وتتمثل هذه المهارات في التالي:

تجاوز المحنةDistress tolerance وهي مهارات تساعد الفرد على التعامل بشكل أفضل مع الأحداث المؤلمة والأزمات من خلال بناء المرونة الخاصة بالفرد، وإكسابه طرق جديدة لتخفيف آثار المواقف والأحداث المزعجة

.اليقظة الذهنيةMindfulness وهي مهارات تساعد على المرور بخبرة أكثر اكتمالاً باللحظة الراهنة مع التركيز بدرجة أقل على خبرات الماضي المؤلمة أو الأحداث المخيف المحتمل حدوثها في المستقبل وتعطي اليقظة أيضاً أدوات للتغلب على الأحكام السلبية المعتادة للفرد عن نفسه وعن الآخرين.

.تنظيم الانفعالEmotion Regulation وهي مهارات تساعد الفرد في التعرف بشكل أكثر وضوحاً على ما يشعر به، ومن ثم مراقبة كل المشاعر وتقليل الحساسية لها، والهدف من ذلك هو تعديل المشاعر المؤلمة دون التصرف بطرق تفاعلية مدمرة

.العلاقات الفعالةInterpersonal Effectiveness تمنح أدوات جديدة للتعبير عن معتقدات الفرد واحتياجاته، ووضع حدود للعلاقات والتفاوض على حلول للمشاكل مع الاحتفاظ بعلاقات متوازنة وفعالة، ومعاملة الآخرين باحترام.

وفيما يلي عرض تفصيلي لكل مهارة:

تجاوُز المحنة(Distress Tolerance)

يميل بعض المرضى إلى تصعيد المشكلة ويجعلون الأمر أسوأ لأنفسهم عندما يشعرون بالضعف وأنهم معرضون للخطر، ولذلك تبقى الأولوية هنا في تعليمهم المهارات التي تحد من

تفاقم المشكلة، ومساعدتهم في العثور على أنشطة مشتتة أو مهدئة تسمح بمرور هذه اللحظة بأقل الخسائر، وتمنعهم من الاستجابة بطريقة عدوانية على نحو متزايد، أو مساعدتهم على تجنب الموقف التفاعلي الصعب.

فإن تشجيع المرضى وخاصة الذين يبدو عليهم دائمًا أنهم لا يفعلون أي شيء صحيح للمشاركة في نشاط يطور من كفاءتهم سيكون له مردود إيجابي لمساعدتهم على تطوير تقدير الذات الإيجابية.

والهدف من تعليم مهارات تجاوز المحنة هو تزويد المرضى بمجموعة متنوعة من الاستراتيجيات لاستخدامها في الوقت الحاضر عندما يعانون من ألم أو صعوبة أو مشقة لا يمكن تغييرها على الفور، حتى يتعلموا كيف يتحملون الألم بمهارة.

وتتلخص هذه المهارة في أن على المرضى جميعًا مواجهة الألم والصعوبة التي لا تقع تحت سيطرتهم، كالكواردث الطبيعية أو المرض أو موت الأحباء، ومن المهم في هذه الأوقات أن يتم تجنب تفاقم الأمور والامتناع عن الاستجابات اللا توافقية (مثل اضطراب الطعام، وسوء استخدام المواد النفسية التي قد تزيد من الألم والمعاناة).

وعلى الرغم من أن ما يحدث قد يكون خارج سيطرة الفرد، إلا أن بإمكانه اختيار الاستجابة المناسبة بمهارة حتى تتغير الأمور.

اليقظة الذهنية(Mindfulness)

تساعد اليقظة الذهنية المشاركين على أن يلاحظوا ببساطة ما يحدث دون الحكم عليه، ودون القيام بأي شيء حيال ذلك، ويؤدي ذلك إلى إيجاد فرص لإعادة البناء المعرفي وتأخر الاستجابة، وتعد بمثابة استجابة معاكسة للاندفاع السائد.في هذه الحالة يتم التحكم بالسلوكيات في انتباههم بحيث يتوقفون عن القلق من المستقبل أو التفكير في الماضي مع زيادة الوعي باللحظة الراهنة، بحيث يتعلمون المزيد عما يجعل مشاعرهم تتسم بالإيجابية أو السلبية.

وتتمثل خطوات الوصول لليقظة فيما يلي:

- أ/ الجلوس في وضع مريح وإغماض العينين.
- ب/ التمييز بين الأفكار التي ترد إلى الذهن على نحو طبيعي أو متعمد.
- ت/ التقليل من سمة التشتت الخاص بالتفكير في الماضي والمستقبل وإعادة صياغتها في صورة إسقاطات ذهنية تحدث في الحاضر.
- ث/ تركيز الانتباه على التنفس حتى الوصول إلى 21 نفسًا متتاليًا.

- ج/ ترك العقل يستريح على نحو طبيعي بدلًا من جمع الأفكار.

ويتم التدريب على مهارات اليقظة الذهنية في بداية العلاج لأنها تعد من المهارات الأساسية أو الجوهرية التي يحتاجها المرضى من أجل الإفادة بنجاح من المهارات الأخرى التي يتم تعلمها والتدريب عليها على مدار الجلسات العلاجية.

وتشكل مهارات اليقظة الذهنية الأساس الذي يتم من خلاله بناء المهارات الأخرى بمعناها الواسع، فهي الاحتفاظ بشيء ما في العقل، ودفع الانتباه لملاحظة ما يحدث، وهو أمر أساسي لاتخاذ قرار بشأن عمل ماهر يتعين على المرضى القيام به.

فعلى سبيل المثال إذا قيل لك "يجب أن تتيقظ بالكيفية التي تتحدث بها"، فيتم الطلب منك أن تدفع الانتباه لتكون على بينة بما تقوله وكيف تقوله.

كما يعد هذا الأساس الذي يجب على المرضى الوقوف عليه في مهارة تنظيم الانفعالات.

وتعد اليقظة الذهنية ببساطة هي ملاحظة ما يحدث وما يمر به الفرد من تجارب وخبرات دون الموافقة على بعض التجارب أو الخبرات ورفض البعض الآخر.

وعندما يكون الفرد في حالة يقظة عقلية فإنه يكون منفتحًا على جميع المشاعر، تمامًا مثل الشمس لا تحدد ما تضيء له أو تشرق عليه لجزيء محدد دون الآخر.

ويتضمن عدم الحكم في اليقظة الذهنية أن يكون الفرد واعيًا منذ البداية بألا يقع في خطأ وضع الناس أو الأفكار أو المشاعر أو المواقف أو الأفعال في فئات تصنيفية مثل جيد أو سيئ، أو صواب أو خطأ، أو يجب أو لا ينبغي.

فيجب أن نكون واعين بذاتنا وبمشاعرنا بكل تفاصيلها في الموقف الراهن بغض النظر عن أي تقييم أو أحكام، حتى نتحكم في حالتنا الذهنية جيدًا.

وتبدأ هذه المهارة بالملاحظة بدون تعليق، ثم الوصف في كلمات محددة لزيادة الوعي.

تنظيم الانفعال(Emotion Regulation)

تشمل مهارات تنظيم الانفعال استراتيجيات التعليم المرضى كيفية فهم وتصنيف مشاعرهم، وتعديل الأسباب التي تزيد من قابلية التأثر بالمشاعر السلبية.

وقد أشار الباحثون إلى تنظيم الانفعال باعتباره طرق يؤثر فيها الناس على حالتهم الانفعالية، وكيف يعبرون عن مشاعرهم.يدرك العديد من المهنيين أن مشكلات تنظيم الانفعال موضوع شائع في العديد من الاضطرابات الانفعالية كالأفراد الذين يعانون من الاكتئاب واضطرابات القلق وسوء استخدام المواد النفسية واضطرابات الشخصية والاضطرابات الذهانية كالفصام. فجميعهم يواجهون على الأقل بعض الصعوبات في إدارة مشاعرهم وانفعالاتهم.

وقد تكون مهارات تنظيم الانفعال مفيدة أيضًا بشكل كبير مع الأفراد الذين لا يعانون من أي اضطراب انفعالي محدد.فمن منا ليس بحاجة إلى استخدام بعض التوجيهات المفيدة حول كيفية التعامل مع انفعالاته بشكل أكثر فعالية.

فالمعلومات التي تأتي من تراكمات سلوك المرضى وسرد انفعالاتهم أمر حيوي لمساعدتهم على فهم كيفية تطور انفعالاتهم، وأين وكيف يمكنهم إجراء تغييرات على الطريقة التي يديرون بها الغضب والإحباط والحرج والعار والمشاعر المؤلمة الأخرى.

فيتم تعليمهم طرق فحص سلاسل السلوك، وقصص الانفعالات ومراجعتها دون حكم، ومع جرعات مكثفة من التحقق من الصحة.

ويتم تشجيع المعالجين على استخدام قصص من حياتهم الخاصة لجعل ذلك الأمر ذا صلة وشخصي ومثير للاهتمام.

فعلى المريض أن يتصرف على عكس الاستجابة الطبيعية، مثل استخدام نصف ابتسامة مع أولئك الذين أثاروا مشاعر الغضب لديه.

فهو فعال بشكل خاص على الرغم من صعوبة تعلمه، وبالتالي فإن تكرار نمذجة الاستجابة المعاكسة ضمن العلاج عندما يكون المريض معاديًا ومهددًا من خلال التحقق من الصحة ووضع حدود.

والاستجابة بلطف فعالة جدًا في تخفيف حدة وشدة الاستجابة الانفعالية، ويساعد ذلك الأمر الذين يعانون من صعوبة إدارة الغضب، فهو يساعد على تقليل قابلية التأثر بالمشاعر السلبية.

وله أهمية خاصة بالنسبة للمرضى الذين لديهم سلوكيات مشهورة ومضطربة (عبد الله، أحمد صابر-2019-134)

الفعالية البينشخصية(Interpersonal Effectiveness)

وتهدف هذه المهارة إلى تدريب المريض على التعرف وفهم احتياجاتهم الشخصية والاجتماعية وتحقيق التوازن بينها، وبالتالي إقامة علاقات اجتماعية ناجحة وإدارتها بكفاءة.

وذلك من خلال التدريب على مهارة حل المشكلات ومواجهة التوقعات السلبية المستمرة عن الذات والآخرين وتقدير الذات (مريم حسني، صالح سالم - 2021 - 387).

3- اليات DBT في تهدئة الجهاز العصبي في تحسين النوم:

يُسهم العلاج السلوكي الجدلي في تحسين جودة النوم من خلال استهداف العوامل النفسية والانفعالية التي تُبقي الفرد في حالة من الاستثارة المرتفعة، ولا سيما القلق، التوتر، الاجترار المعرفي، وصعوبة تهدئة الانفعال قبل النوم. وتقوم هذه المقاربة العلاجية على تدريب الفرد على مجموعة من المهارات المنظمة للانفعال، أهمها اليقظة الذهنية، تحمل الضيق، تنظيم الانفعالات، والفعالية البينشخصية، وهي مهارات تساعد على ملاحظة الخبرة الداخلية دون اندماج مفرط معها، وخفض شدة الاستجابة الانفعالية، والانتقال التدريجي من حالة التوتر إلى حالة أكثر اتزانًا وهدوءًا (Linehan, 2015).

ومن الناحية النفسوفيزيولوجية، يرتبط اضطراب النوم بارتفاع مستوى الاستثارة العصبية والهرمونية، حيث تُظهر الدراسات أن النوم الطبيعي يتأثر بعلاقة دينامية بين الجهاز العصبي، محور الوطاء–النخامية–الكظر، وإفراز الهرمونات المرتبطة بالضغط، وعلى رأسها الكورتيزول. فاضطرابات النوم، ولا سيما الأرق واضطراب إيقاع النوم واليقظة، قد تؤدي إلى اختلالات في إفراز الهرمونات، وانخفاض حساسية الإنسولين، واضطراب تحمل الغلوكوز، وزيادة المؤشرات الالتهابية، وهي عوامل ذات صلة مباشرة بالصحة الأيضية والسكري (Jiao et al., 2025). كما تشير الدراسات الفسيولوجية إلى أن الأرق يرتبط بفرط الاستثارة المركزية وزيادة نشاط محور

الضغط، وهو ما يجعل الدخول في النوم والمحافظة عليه أكثر صعوبة (Nicolaides et al., 2020).

في هذا السياق، تعمل مهارات DBT، خاصة التنفس المنظم، الملاحظة غير الحكمية، تهدئة الحواس، والاسترخاء العضلي، على مساعدة الفرد في خفض التوتر الجسدي والانفعالي قبل النوم. ولا ينبغي فهم ذلك باعتباره تأثيرًا بيولوجيًا مباشرًا وحتميًا، بل باعتباره مسارًا علاجيًا غير مباشر يمر عبر تحسين تنظيم الانفعال، تقليل الاجترار، خفض القلق، وتعزيز القدرة على تهدئة الاستجابة الجسدية للضغط. وعليه، فإن تحسن النوم في إطار DBT يُفهم بوصفه نتيجة لتكامل عاملين: عامل نفسي يتمثل في ضبط الانفعال وتقليل القلق، وعامل جسدي–وظيفي يتمثل في خفض الاستثارة الفسيولوجية المرافقة للضغط.

4–فعالية DBT في علاج الاضطرابات النفسية والجسدية:

يُعد العلاج السلوكي الجدلي من المقاربات العلاجية المدعومة تجريبيًا، وقد طُوّر في الأصل لعلاج اضطراب الشخصية الحدّية والسلوكيات الاندفاعية وإيذاء الذات، ثم توسع استعماله لاحقًا في اضطرابات أخرى تتسم بصعوبات واضحة في تنظيم الانفعال. وترتكز فعاليته على تعليم مهارات عملية تساعد الفرد على التعامل مع الانفعالات الشديدة، وتحمل

الضيق، والحد من الاستجابات الاندفاعية، وبناء طرائق أكثر تكيفًا في التعامل مع المواقف الضاغطة (Linehan, 2015).

وتدعم الدراسات التجريبية فعالية تدريب مهارات DBT بوصفه تدخلًا عابرًا للتشخيصات، خاصة لدى الأفراد الذين يعانون من القلق والاكتئاب وصعوبات تنظيم الانفعال. فقد أظهرت دراسة Neacsiu وزملائه أن تدريب مهارات DBT يمكن أن يُحدث تحسنًا في تنظيم الانفعال واستعمال المهارات النفسية لدى الراشدين الذين يعانون من اضطرابات انفعالية، مع ضرورة الانتباه إلى أن هذه النتائج تظل مرتبطة بسياقها التجريبي وحجم عينتها (Neacsiu et al., 2014). كما يُعد مفهوم تنظيم الانفعال إطارًا نظريًا مهمًا لفهم دور DBT؛ إذ يشير Gross إلى أن تنظيم الانفعال يتضمن عمليات معرفية وسلوكية وفسيولوجية تهدف إلى تعديل شدة الانفعال أو مدته أو طريقة التعبير عنه (Gross, 2015).

أما في الاضطرابات الجسدية، فلا يُنظر إلى DBT بوصفه علاجًا مباشرًا للمرض العضوي، وإنما بوصفه تدخلًا نفسيًا مساعدًا يستهدف العوامل النفسية التي قد تزيد من شدة الأعراض أو تعقّد مسار المرض، مثل التوتر المزمن، القلق، الاكتئاب، ضعف الالتزام السلوكي، واضطراب النوم. ومن هذا المنطلق، يمكن أن يكون DBT مفيدًا لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة عندما تكون الصعوبات الانفعالية والسلوكية جزءًا من المشكلة

العلاجية. وتدعم الأدبيات الحديثة هذا التصور من خلال إظهار العلاقة بين اضطرابات النوم، الخلل الهرموني، الالتهاب، واضطراب الوظائف الأيضية، وهي عوامل وثيقة الصلة بالأمراض المزمنة، ومنها السكري (Jiao et al., 2025).

وعليه، فإن فعالية DBT في هذا السياق ينبغي صياغتها بحذر علمي؛ فهو لا يعالج الاضطرابات الجسدية في ذاتها، بل يساعد في تحسين التكيف النفسي معها، وتقليل الضغط والانفعال المصاحبين لها، وتحسين السلوكيات الصحية المرتبطة بإدارة المرض، وهو ما قد ينعكس إيجابًا على جودة الحياة والنوم والالتزام العلاجي.

5-مبررات استخدام DBT لمرضى السكري المصابين باضطراب النوم:

يُبرَّر استخدام العلاج السلوكي الجدلي لدى مرضى السكري المصابين باضطرابات النوم انطلاقًا من التداخل المعقّد بين المرض المزمن، الضغط النفسي، اضطراب النوم، والتنظيم الهرموني. فمرض السكري لا يُعد حالة عضوية معزولة عن العوامل النفسية، بل يرتبط في كثير من الحالات بدرجات متفاوتة من القلق، الانشغال بالصحة، الخوف من المضاعفات، صعوبة الالتزام العلاجي، واضطراب نمط الحياة. وتُعد هذه العوامل من المثيرات النفسية التي قد تُضعف جودة النوم وتزيد من الاستثارة الانفعالية قبل النوم.

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن اضطرابات النوم تؤثر في التنظيم الهرموني والاستقلابي، بما في ذلك انخفاض حساسية الإنسولين، اضطراب تحمل الغلوكوز، وزيادة الالتهاب، وهي عوامل قد تؤثر سلبًا في الضبط السكري (Jiao et al., 2025). كما تدعم دراسات العلاج المعرفي السلوكي الموجه للنوم لدى مرضى السكري فكرة أن تحسين النوم يمكن أن ينعكس على بعض مؤشرات الضبط السكري؛ فقد أظهرت تجربة عشوائية مجتمعية لدى مرضى السكري من النوع الثاني أن التدخل المعرفي السلوكي لتحسين اضطراب النوم أسهم في تحسين جودة النوم وخفض قيم HbA1c خلال المتابعة (Zhang et al., 2021).

ضمن هذا الإطار، يُمكن توظيف DBT لدى مرضى السكري المصابين باضطراب النوم بوصفه تدخلًا نفسيًا مساعدًا يستهدف المهارات الانفعالية والسلوكية الضرورية لتحسين النوم وإدارة الضغط. فمهارات اليقظة الذهنية تساعد المريض على ملاحظة الأفكار والانفعالات المرتبطة بالمرض دون تضخيمها أو الاندماج معها، بينما تساعد مهارات تحمل الضيق على التعامل مع القلق الليلي والانزعاج الجسدي دون اللجوء إلى سلوكيات غير صحية. كما تسهم مهارات تنظيم الانفعال في خفض التوتر المزمن، وتحسين القدرة على بناء روتين نوم أكثر استقرارًا، والتعامل مع المواقف اليومية المرتبطة بإدارة السكري.

وبذلك، فإن مبرر استخدام DBT في هذه الفئة لا يقوم على الادعاء بأنه علاج مباشر للسكري أو اضطرابات النوم من الناحية الطبية، بل على كونه بروتوكولًا نفسيًا مساعدًا يستهدف العوامل الانفعالية والسلوكية التي تتداخل مع النوم والالتزام العلاجي وجودة الحياة. ومن ثم، يمكن إدراجه ضمن تصور علاجي تكاملي يراعي العلاقة بين التنظيم الانفعالي، الاستثارة الفيزيولوجية، جودة النوم، والضبط السكري.

الفصل الثالث:

اضطراب النوم

1. تعريف اضطراب النوم
2. أنواع اضطراب النوم
3. الاثار النفسية والجسدية لاضطراب النوم
4. العلاقة بين اضطرابات النوم والتنظيم الهرموني والاستقلاب
5. انعكاسات اضطرابات النوم على جودة الحياة

اضطرابات النوم:

1-تعريف اضطرابات النوم:

تُعرف اضطرابات النوم بأنها المعوقات التي تؤدي إلى قلة النوم أو إلى سوء تنظيمه، أو كليهما معًا. ويمكن أن تظهر هذه الاضطرابات في بداية النوم أو أثناه، مما يتسبب في العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية والجسمية والتربوية وفقًا لتعريف أندرسون، فإن اضطرابات النوم تشمل أي خلل في نمط النوم الطبيعي للفرد، وتتعدد أنواع هذه الاضطرابات لتشمل مشكلات في بدء النوم، الكوابيس، المشي أثناء النوم، انقطاع النوم، وكذلك المشاكل المرتبطة بالتنفس مثل الشخير.

ويعرفه ريبر وريبر مصطلح عام يشمل أي حالة غير طبيعية تتصف بها دورة النوم واليقظة بسبب عوامل عصبية وفيزيولوجية أو عوامل نفسية.

وتُعرف اضطرابات النوم بأنها مجموعة من التناذارت التي تتميز بوجود خلل أو اضطراب في عدد ساعات النوم التي يحتاجها الفرد، أو في نوعية النوم، أو في الظروف الفسيولوجية المرتبطة به، وقد تكون ناتجة أيضًا عن الضغوط الانفعالية.

في حين عرفها الببلاوي (2006) على انها الصعوبات التي يواجهها الفرد أثناء نومه. وقد تتنوع هذه الاضطرابات لتشمل اختلالات في كمية النوم أو نوعيته، وتُسمى اضطرابات

إيقاع النوم، أو قد تحدث نتيجة لوقوع أحداث بارزة تؤدي إلى اضطرابات في نمط النوم، وتُسمى اختلالات النوم. (خميسة آية، خلفات ملاك ،2025، ص27)

ويعرف (عزب وعبد الخالق ،2003، ص106) اضطرابات النوم بأنها: "مظاهر من اختلالات في كمية النوم وجودته وعاداته، وقد تكون أولية شاملة مثل: الأرق وفرط النوم او شخير أو اضطراب إيقاع النوم او اليقظة، أو تكون ثانوية مخلة بالنوم مثل: الكوابيس وفزع الليل والتجوال النائم. (خميسة آية، خلفات ملاك ،2025، ص27)

2- أنواع اضطرابات النوم:

اهم أنواع اضطرابات النوم التي يمكن أن تصيب الفرد:

1. فرط النوم: هي حالة يشعر فيها الشخص بنعاس مفرط خلال النهار، حتى بعد حصوله على عدد ساعات كافية النوم ليالً. قد يغفو المصاب بشكل مفاجئ أثناء الأنشطة اليومية.

2.اضطرابات الساعة البيولوجية: تحدث عندما يختل التوقيت الطبيعي للنوم والاستيقاظ، فال يتماشى مع التوقيت المجتمعي أو مع ساعات الليل والنهار، مما يؤدي إلى صعوبة النوم أو الاستيقاظ في الأوقات المطلوبة.

3.الخطل النومي: هي سلوكيات غير طبيعية تحدث أثناء النوم، مثل: المشي أثناء النوم، الكوابيس المزعجة، التحدث أو القيام بحركات مفاجئة أثناء النوم.

4. متلازمة تململ الساقين: هي رغبة ملحّة لا إرادية لتحريك الساقين، غالبًا بسبب شعور بالانزعاج أو الألم الخفيف، وتزداد الأعراض سوءًا عند محاولة الاسترخاء أو النوم.

5. الأرق: صعوبة في بدء النوم أو الاستمرار فيه، أو الاستيقاظ مبكراً دون القدرة على العودة للنوم، رغم وجود الفرصة المناسبة لذلك. الأرق قد يكون قصير الأمد أو مزمنًا.

6. انقطاع النفس النومي: يتوقف الشخص المصاب مؤقتًا عن التنفس أثناء النوم بسبب انسداد مجرى الهواء، مما يؤدي إلى تقطع النوم وشعور بالإجهاد او التعب خلال النهار. غالبًا ما يكون مصحوبًا بالشخير. (خميسة آية، خلفات ملاك،2025، ص28)

3- الأثار النفسية والجسدية لاضطراب النوم:

تأثير اضطرابات النوم على الصحة النفسية:

1. **زيادة القلق والاكتئاب:** اضطرابات النوم المستمرة، مثل الأرق أو النوم المفرط، قد تؤدي إلى زيادة القلق والاكتئاب. نقص النوم يؤثر في القدرة على التعامل مع المشاعر والتوتر مما يفاقم من هذه الاضطرابات النفسية.

2. **التأثير على المزاج:** قلة النوم تؤثر بشكل كبير على المزاج والتركيز، مما يعزز من خطر حدوث تقلبات مزاجية أو الإصابة بالاكتئاب والقلق.

3. **الجهاد العقلي والعاطفي:** النوم غير الكافي يضعف الأداء العقلي والعاطفي، مما يساهم في تطوير مشكلات نفسية مثل القلق والاكتئاب. (خميسة آية، خلفات ملاك،2025، ص36)

الأثار الجسدية (او مشاكل الصحة) المرتبطة باضطرابات النوم:

1. النوم والجهاز المناعي:

تم تلقيح مجموعتين من الاشخاص ضد فيروس الانفلونزا مع تطبيق نظامين مختلفين للنوم، ووجد أن المجموعة التي مسح لها بالنوم أربع ساعات فقط كل ليلة بعد حقنهم تمتعت فقط بأقل من نصف معدل الأجسام المضادة الواقية من الفيروس مقارنة بالمجموعة إلى نعمت بالنوم المنتظم لمدة تراوحت من سبع ساعات ونصف إلى مثاني ساعات ونصف كل ليلة.

ويميل الأشخاص إلى النوم لفترات أطول إذا كانوا يعانون من مرض ما، وهكذا تم البدء في استكشاف دور النوم في عمل جهاز المناعة وتأثري جهاز المناعة على النوم.

2 النوم وعملية الأيض :

ايف فانكزتر في جامعة شيكاغو اختارت مجموعة عشوائية من الشبان الاصحاء ومسحت هلم فقط بالنوم ليلا لمدة أربع ساعات يوميا لمدة أسبوع فوجدت أن معدلات التمثيل الغذائي

Metabolic rate لديهم قد تغيرت بطريقة جعلتهم عرضة للإصابة بالسمنة والسكر، وبمجرد أن مسحت لهم بالنوم المعتاد عادت معدلات التمثيل الغذائي لديهم للمستوى الطبيعي. من هذه الدراسة والدراسات أخرى تم تأكيد أن قصر فتران النوم أو النوم المتقطع يرتبط بحدوث زيادة في الوزن، وازدياد ترسب الكتل الدهنية، والسمنة، ومرض السكر ولقد تأكد الأن أن قلة النوم يغري عملية الأيض لدينا بطرق تزيد من خطورة الإصابة بتلك الاضطرابات الايضية.

ولقد بدأت دراسات معملية مفصلة في استكشاف العلاقات الكامنة بين النوم وعملية الأيض عن طريق دراسة معملية مفصلة في استكشاف العلاقات الكامنة بين النوم وعملية الأيض عن طريق دراسة التغيرات التي تطرأ على الهرمونات، واستهلاك الطاقة، والشهية والتي تحدث نتيجة حصول الأشخاص محل الدراسة على فترات مختلفة من النوم.

وبعد اتباع أسلوب لتقييد النوم (عادة من 1 إلى 2 ساعات مقابل من 18 –10 ساعة في الليلة لمدة أسبوع تقريبا)، يصبح الانسولين أقل فاعلية في خفض نسبة السكر في الدم(أو ما يسمي بزيادة مقاومة الانسولين) وتتضرر أيضا قدرة الجلوكوز على تنظيم معدلاته بمنأى عن الانسولين(أو ما يسمى بانخفاض تحمل الجلوكوز).

تؤدي المعدلات المرتفعة للجلوكوز في الدم إلى تدمري الأوعية الدموية ثم الكلى، والعيون والوظائف العصبية، في حالة عدم ضبطها بشكل صحيح، تغير قلة النوم وخاصة البطئ

الموجات، معدلات الشهية أيضا مما يشعر الأشخاص بجوع أكبر ويدفعهم إلى تناول المزيد من الطعام خاصة الكربوهيدرات.

تفرز الانسجة الدهنية والمعدة هرموني الليبتين والجريلين على التوالي وهما من العوامل الرئيسية المنظمة للمراكز التي تتحكم في الشهية في الدماغ، تساعد نسبة هذين الهرموني على تنظيم الشهية فبعد تناول أي وجبة يرتفع لدينا معدل الليبتين وينخفض معدل الجريلين مما يقلل الشهية، لكن قلة النوم تغير هذا التوازن ويحدث العكس ويزيد من الشعور بالجوع، فلقد تطور البشر بحيث تتم عملية أيض الطعام على النحو الأمثل لديهم أثناء النهار، ومن ثم يترتب على تناول الطعام ليلا عملية أيض أقل كفاءة بكثري (موفق ديهية،2020، 861)

3 قلة النوم وأمراض القلب:

لم تفهم أليات هذا التأثير حتى الأن على نحو تام، لكن قد تؤدي العواقب الأيضية للحرمان من النوم إلى زيادة معدلات الدهون في الدم، وقد تؤدي مع الوقت إلى زيادة مخاطر الإصابة بأمراض القلب، يرتبط بضغط الدم المرتفع، الذي تترتب عليه زيادة خطورة الإصابة بالسكتة الدماغية وأمراض القلب والاوعية الدموية بقصر فترات النوم، كما هول الحال مع زيادة فرص

الإصابة بتكلس في الشرايين، الذي يعد من أهم العوامل التي تزيد من مخاطر الإصابة بالنوبات القلبية التي تؤدي بدورها الى تكوين الجلطات الدموية.

تتأثر العمليات السابقة على الإصابة بالالتهاب، والتي تتضمن انتاج السيتوكينات وزيادة نشاط الخلايا البطانية للأوعية الدموية، تتأثر أيضا بقصر فترة النوم وتساهم بقوة في زيادة مخاطر الإصابة بأمراض القلب.

يزيد التعرض للضوء ليال من معدلات ضربات القلب، ومن ثم فإن الاستيقاظ المتكرر ليال يزيد من التغيرات التي تحدث في معدلات ضربات القلب في الوقت الذي من المفترض في ظل الظروف الطبيعية ألا يتم التعرض فيه للضوء. (موفق ديهية،2020، 862)

1-2 النوم والسرطان:

ركزت معظم الأبحاث التي أجريت بشأن العلاقة بين اضطراب النوم والسرطان على مخاطر الإصابة بهذا المرض لدى العالمين بنظام النوبات حيث يعانون من اضطراب شديد في الايقاع اليومي والنوم معرضون أكثر بالنسبة 20 % تقريبا لمخاطر الإصابة بسرطان الثدي والبروستات مقارنة من النساء والرجال الذين لا يعملون بهذا النظام.

وعلى الرغم من عدم وضوح الروابط بين اضطراب النوم والسرطان ولكن تم تقديم العديد من الاحتمالات منها:

- اضطراب وظائف جهاز المناعة.
- التعرض للضوء ليال مما يسبب انخفاض معدلات الميلاتونين.
- حدوث خلل في ايقاعات دورة الخلايا.

– التغيرات المقصودة التي يتم إدخالها على نظام النوم أو الايقاع اليومي في العديد من النظم الهرمونية والأيضية. (موفق ديهية،2020، 862)

4– العلاقة بين اضطرابات النوم والتنظيم الهرموني والاستقلاب:

تُعد اضطرابات النوم من العوامل المؤثرة في التنظيم الهرموني والاستقلابي، نظرًا لارتباط النوم بعدد من المحاور العصبية–السماوية المنظمة لوظائف الجسم. فالنوم لا يؤدي وظيفة راحة بيولوجية فقط، بل يشارك في ضبط إفراز الهرمونات عبر محاور مركزية، من بينها محور الوطاء–النخامة–الكظر، ومحور الوطاء–النخامة–الغدد التناسلية، ومحور الوطاء–النخامة–الدرق. ومن ثم، فإن اضطراب بنية النوم أو نقص مدته قد يؤدي إلى اختلال في إفراز الهرمونات المنظمة للطاقة، الاستقلاب، الاستجابة للضغط، والوظائف التناسلية، وهو ما ينعكس على التوازن الجسدي العام للفرد (Jiao et al., 2025).

ويؤدي النوم غير الريمي (NREMأوon-REM Sleep)، ولا سيما النوم العميق ضمن مرحلة الموجات البطيئة، دورًا مهمًا في الاستقرار الهرموني؛ إذ تشير الأدبيات إلى أن هذه المرحلة ترتبط بكبح إفراز الهرمون المنبه للدرق، وتنشيط العصب المبهم، وتعزيز إفراز هرمون النمو، مع خفض مستويات الكورتيزول. وتُعد هذه التغيرات ذات أهمية خاصة في تنظيم

استقلاب الغلوكوز، لأن خفض الاستثارة الهرمونية والودية أثناء النوم يساعد الجسم على الحفاظ على توازن الطاقة وتحسين الكفاءة الاستقلابية (Jiao et al., 2025).

أما النوم الريمي، فيرتبط بتنظيم بعض الإيقاعات الهرمونية، خاصة إيقاع إفراز التستوستيرون لدى الذكور، إذ يرتبط تأخر الدخول في النوم الريمي بتأخر الارتفاع الليلي في مستويات هذا الهرمون. كما تشير المعطيات الحديثة إلى أن اضطراب بنية النوم، سواء من خلال نقص النوم العميق أو اضطراب النوم الريمي، قد يؤثر في هرمونات الشهية والطاقة مثل اللبتين والغريلين، مما يفسر جانبًا من العلاقة بين اضطرابات النوم وزيادة الوزن أو القابلية للسمنة (Jiao et al., 2025).

وتظهر الآثار الاستقلابية لاضطرابات النوم بصورة أوضح عند تكرار الحرمان من النوم أو استمرار الأرق؛ إذ يؤدي ذلك إلى تنشيط محور الوطاء–النخامة–الكظر والجهاز العصبي الودي، مما يرفع مستويات الكورتيزول ويزيد حالة اليقظة الفيزيولوجية. ويترتب على هذا التنشيط زيادة في مقاومة الإنسولين واضطراب في استقلاب الغلوكوز، وهو ما يجعل اضطرابات النوم عاملًا مساعدًا في تفاقم الاضطرابات الاستقلابية، وفي مقدمتها السكري من النوع الثاني والسمنة ومتلازمة الأيض (Jiao et al., 2025).

كما يؤثر الحرمان من النوم في نشاط محور الوطاء–النخامة–الدرق، إلا أن هذا التأثير لا يُصاغ بصورة تبسيطية باعتباره خفضًا ثابتًا لهرمونات الغدة الدرقية، بل قد يختلف تبعًا لنوع اضطراب النوم ومدته وطبيعته. فقد تشير بعض المعطيات إلى زيادة نشاط المحور الدرقي في حالات معينة من الحرمان من النوم، بينما تشير معطيات أخرى إلى تغيرات في إفراز TSH وT4 أو في تحويل T4 إلى T3. لذلك ينبغي تناول هذه العلاقة بوصفها علاقة تنظيمية معقدة، لا كاستجابة هرمونية واحدة وثابتة (Jiao et al., 2025).

وتمتد آثار اضطرابات النوم كذلك إلى محور الوطاء–النخامة–الغدد التناسلية، حيث أظهرت بعض الدراسات أن قصر مدة النوم لدى النساء قد يرتبط بانخفاض مستويات الهرمون المنبه للجريب FSH، وأن اضطراب بنية النوم لدى الذكور، خاصة اضطراب النوم الريمي، قد يؤثر في إيقاع إفراز التستوستيرون. وبما أن هذه الهرمونات لا ترتبط بالوظيفة التناسلية فقط، بل تشارك أيضًا في تنظيم الطاقة، كتلة الجسم، واستقلاب الدهون والبروتينات، فإن اضطرابات النوم قد تترك أثرًا أوسع على الصحة الجسدية والاستقلابية (Jiao et al., 2025)

5–انعكاسات اضطرابات النوم على وجودة الحياة:

تؤثر اضطرابات النوم في جودة الحياة من خلال مسارات نفسية، معرفية، جسدية، واجتماعية متداخلة. فعلى المستوى النفسي والمعرفي، يؤدي النوم غير الكافي أو المتقطع إلى

ضعف الانتباه، تراجع القدرة على التركيز، صعوبة استرجاع المعلومات، وزيادة القابلية للانفعال. وتصبح هذه الآثار أكثر وضوحًا عندما يترافق اضطراب النوم مع القلق أو الضغط النفسي أو أعراض الاكتئاب، حيث تتعزز العلاقة بين سوء النوم وتدهور الحالة النفسية بصورة تبادلية؛ فاضطراب النوم قد يزيد من هشاشة المزاج، كما أن القلق والاكتئاب قد يؤديان بدورهما إلى إضعاف جودة النوم (Bener et al., 2024; Freeman et al., 2020).

ومن الناحية الجسدية، يرتبط انخفاض جودة النوم بزيادة خطر الإصابة بعدد من الاضطرابات المزمنة، خاصة الأمراض القلبية الوعائية، ارتفاع ضغط الدم، السمنة، والسكري. ويرجع ذلك إلى أن اضطرابات النوم تؤثر في تنظيم الكورتيزول، هرمون النمو، هرمونات الغدة الدرقية، هرمونات الشهية، وحساسية الإنسولين، إضافة إلى ارتباطها بارتفاع بعض المؤشرات الالتهابية. وبذلك لا يكون اضطراب النوم مجرد عرض ثانوي، بل قد يتحول إلى عامل مساهم في إضعاف الصحة الجسدية وتعقيد مسار الأمراض المزمنة (Jiao et al., 2025).

كما تؤدي اضطرابات النوم إلى تراجع الأداء اليومي للفرد، من خلال التعب المزمن، النعاس النهاري، ضعف الدافعية، وانخفاض القدرة على إنجاز المهام المهنية والاجتماعية. فالفرد الذي يعاني من نوم غير مريح يكون أقل قدرة على ضبط انفعالاته، وأكثر عرضة للإجهاد، وأقل كفاءة في التواصل الاجتماعي والمهني. ولهذا تُعد جودة النوم مؤشرًا مهمًا من مؤشرات جودة

الحياة، لأنها لا تؤثر في الصحة الجسدية فقط، بل تمتد إلى الرضا النفسي، الكفاءة الوظيفية، والعلاقات الاجتماعية (موفق، 2020; Bener et al., 2024).

وبناءً على ذلك، يمكن القول إن اضطرابات النوم تُحدث أثرًا مزدوجًا في جودة الحياة؛ فهي من جهة تُضعف التوازن النفسي والانفعالي والمعرفي، ومن جهة أخرى تُخلّ بالتنظيم الهرموني والاستقلابي المسؤول عن الطاقة والصحة الجسدية. ومن ثم، فإن تحسين النوم لدى مرضى الأمراض المزمنة، ومنهم مرضى السكري، لا يُعد هدفًا عرضيًا أو ثانويًا، بل يمثل مدخلًا علاجيًا مهمًا لتحسين الصحة النفسية، التكيف الجسدي، والالتزام بالسلوكيات الصحية.

الفصل الرابع:

مرض السكري

1. تعريف مرض السكري وتصنيفاته
2. الفيزيولوجيا المريض السكري وتأثيرها على الجهاز العصبي
3. العلاقة بين اضطراب النوم والتحكم في مستويات السكر في الدم
4. تأثير جودة النوم على مقاومة الانسولين
5. نتائج الابحاث حول دور النوم في تحسين او تدهور السكري

1- تعريف المرض السكري وتصنيفاته:

تعريف مرض السكري:

هو ارتفاع نسبة السكر في الدم فوق المعدل الطبيعي (ارتفاع سكر الدم الصيامى فوق 126 ملغ /دل)، نتيجة للنقص في إفراز هرمون الأنسولين أو عدم فعاليته أو كال العاملين معا.

- تعرفه منظمة الصحة العالمية بانه" حالة مزمنة ناتجة عن ارتفاع مستوى السكر في الدم، وقد ينتج ذلك عن مجموعة من العوامل البيئية والوراثية، وغالبا ما تتظافر مع بعضها البعض. والأنسولين هو المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم وقد يرجع سبب ارتفاعه في الدم الى قلة وجود الأنسولين".

وقد عرفته الدكتورة انتصار غرة (الطبيبة في قسم الطب الأسرة والمجتمع جامعة دمشق في دراسة لنيل الدرجة الدارسات العليا في بحثها المعنون بالرعاية الصحية المقدمة لمرضى السكري المراجعين لمركز زهير حبي الصحي) ب " الداء السكري هي متلازمة اضطراب استقبالي ووعائي بأحد سببين (سي بوعزة رهام،2024، ص35)

- إما لنقص إفراز منفرد للأنسولين، أول مشاركة بين مقاومة الأنسولين مع عدم إفراز كافي للمعارضة (أي أن الجسم ال يملك القدرة على المقاومة).
- يعرف الداء السكري بأنه اختلال في عملية * ايض* السكر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر الجلوكوز في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية أو عضوية،

أو بسبب الإفراط في تناول السكريات، أو بسبب عوامل وراثية. ويحدث نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس.

- الداء السكري متلازمة سريريه تتميز بفرط سكر الدم الناجم عن عوز الأنسولين النسبي أو المطلق ويمكن أن يحدث ذلك بطرق عديدة.

وفي الأخير يعتبر داء السكري بأنه ارتفاع نسبة السكر في الدم أو انخفاضه في مستوى الدم، لأسباب مختلفة وتكون إما نفسية أو عضوية أو وراثية. (سي بوعزة رهام،2024، ص36)

تصنيفاته (أنواعه):

الداء السكري من النمط الأول: ويرتكز على:

- معتمد على الأنسولين للبقاء على قيد الحياة.
- يشخص عند 70 % من المرضى قبل عمر 35 سنة.
- بدايته تكون حادة.
- يحدث ضياع كبير في الوزن، ويتميز بسرعة الظهور الأجسام الكيتونية.
- تلعب المناعة الذاتية دورا هاما في حدوثه.
- مريض النمط الأول من الداء السكري مرشح جيد للعالج بمضخة الأنسولين.

بالإضافة الى ان هذا النوع كان يسمى قديما بداء السكري المعتمد على الأنسولين الا ان التسمية الحالية هي السكري من النوع الأول والاعتقاد السائد حول كيفية الاصابة بهذا النوع ان

هناك عوامل بيئية (فيروسات) تحفز عمليات المناعة الذاتية في الجسم على تحطيم خاليا بيتا في البنكرياس وهي الخلايا المسؤولة عن افراز هرمون الأنسولين وهو ضروري لكي تتمكن الخلايا العضلية و الدهنية من امتصاص جلوكوز الدم ان المصابين بهذا النوع من المرض يلزمهم اخذ هرمون الأنسولين على شكل منتظم و كان المرض قبل اكتشاف الانسولين لا يستطيعون العيش لفترة طويلة و يحدث هذا المرض غالبا في مرحلة الطفولة او المراهقة.

الداء السكري من النمط الثاني: ويرتكز على:

- غير معتمد على الأنسولين.
- إفراز الأنسولين متأخر أو مضطرب.
- تلاحظ البدانة في 80 % من الحالات.
- تشاهد متلازمة المقاومة للأنسولين غالبا.
- توجد بشكل شاسع قصة عائلية وراثية.
- أكثر شيوعا من النمط الأول.

بحيث يشكل حوالي 90% ممن يعانون من مرض السكري تقريبا، فهو النوع الأكثر شيوعا ويبدأ عادة بعد سن الأربعين، يسمى سكري الكبار، ويمكن اكتشافه بالصدفة من فحص روتين

عابر أو من شكوى المريض من أعراض معينة، حيث ينتج عن نقص نسيب في تركيز هرمون الأنسولين في الدم.

الداء السكري الحملي gestational DM :

وتظهر اشكاله فيما يلي:

- يظهر الداء السكري أثناء الحمل، ويختفي بعد انتهاء الحمل.

- تزيد نسبة الإصابة بداء السكري بعد الحمل 5 إلى 10 سنوات.

- يحتاج السكر الحملي مراقبة صارمة لمستويات سكر الدم لتفادي الاختلاطات مثل الاجهادات

والتشوهات الوالدية).

- غالبا ما يكون لدى مريضات سوابق بعدم تحمل السكر.

- الحوامل المريضات بداء السكر يستجبن بشكل ممتاز للعالج بمضخة الأنسولين.

وهو يعين بالتحديد ظهور مرض السكري للمرة الأولى أثناء الحمل وهذا النوع قد يختفي مباشرة بعد الوالدة وقد يختفي ليظهر في أوقات الحمل التالية، وقد يستمر بعد الحمل، مثل النوع الأول أو الثاني، وأهمية هذا النوع تكمن في الآثار الجانبية الممكن حدوثها للأم والجنين أثناء الحمل وكذلك بعض المضاعفات الأخرى اليت قد تحدث بعد الوالدة ولذلك فإنه من الضروري اكتشاف هذا النوع من السكر في الأيام الأولى للحمل، ومن الأفضل بالطبع أن يكون اكتشاف الاحتمال بالإصابة قبل الحمل عن طريق الفحوصات اللازمة لذلك.(سي بوعزة رهام،2024، ص38)

عدم تحمل السكر الدم IG :

- تعتبر حالة ما قبل داء السكري.
- حاليا بعد الباحثين يعتبرها نوعا من الداء السكري.
- حوالي 25 % من الحاالت تتصور إلى الداء السكري.
- تحمل خطورة حدوث اختالطات على مستوى الجهاز العصبي.
- يمكن أن تكون حالة عدم تحمل سكر الدم قابلة للعكس من خالل تخفيض الوزن وتغيير نموذج الحياة.
- تساعد مركبات الميتورفين على السيطرة على حالة عدم تحمل سكر الدم.(سي بوعزة رهام،2024،ص39)

2- الفيزيولوجيا المريض السكري وتأثيرها على الجهاز العصبي:

يُعدّ Diabetes Mellitusمن الأمراض المزمنة ذات التأثيرات المتعددة في الجهاز العصبي، خاصة عندما يترافق مع ارتفاع مزمن في مستويات الغلوكوز في الدم. ففرط السكر المزمن لا يؤثر في الاستقلاب فقط، بل يؤدي تدريجيًا إلى إحداث تغيرات وعائية وعصبية تمس الأعصاب الطرفية والجهاز العصبي الذاتي، وقد تظهر في صورة خدر، تنميل، ألم حارق، ضعف الإحساس، أو اضطرابات في الوظائف الحسية والحركية. وتُعدّ الاعتلالات العصبية السكرية من المضاعفات الشائعة للسكري المزمن، إذ ترتبط بآليات متعددة، منها نقص تروية

الأعصاب بسبب المرض الوعائي الدقيق، والتأثير المباشر لفرط الغلوكوز في الخلايا العصبية، والتغيرات الاستقلابية داخل العصب التي تضعف وظيفته (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2025؛ Merck Manual Professional Edition, 2026).

ولا يقتصر تأثير السكري في الجهاز العصبي على البعد العضوي المباشر، بل يتداخل مع عوامل نفسية وانفعالية قد تزيد من شدة الأعراض أو تعقّد مسار المرض. فإدارة السكري اليومية، بما تتطلبه من مراقبة للغذاء، واستعمال للأدوية، ومتابعة للقياسات، والخوف من المضاعفات، قد تُنتج ضغطًا نفسيًا مستمرًا. ويرتبط الضغط المزمن بتنشيط محور الوطاء–النخامة–الكظر والجهاز العصبي الودي، مما يؤدي إلى ارتفاع إفراز الكورتيزول وزيادة الاستثارة الفيزيولوجية، وهي عوامل قد تؤثر في التوازن السكري وتزيد من صعوبة التحكم في المرض.(Jiao et al., 2025, p. 2)

وتكتسب اضطرابات النوم أهمية خاصة في هذا السياق؛ لأن النوم يمثل آلية مركزية لتنظيم الجهاز العصبي والغدد الصماء. فقد بيّنت الأدبيات الحديثة أن اضطرابات النوم، بما فيها الأرق، والحرمان من النوم، واضطراب إيقاع النوم واليقظة، وتقطع النوم، تؤثر في إنتاج الهرمونات وإفرازها، وتُحدث تغيرات صمّاوية تشمل ضعف تحمل الغلوكوز، وانخفاض حساسية

الانسولين، وزيادة الاستجابة الالتهابية، واضطراب الوظائف الاستقلابية (Jiao et al., 2025, pp. 1–3).

كما أن النوم غير الكافي قد ينعكس على الوظائف المعرفية والانفعالية للمريض السكري، من خلال زيادة التعب، وضعف التركيز، واضطراب المزاج، وتراجع القدرة على الالتزام بالسلوكيات العلاجية. ومن ثم، فإن العلاقة بين السكري والجهاز العصبي لا ينبغي فهمها فقط بوصفها علاقة بين فرط الغلوكوز واعتلال الأعصاب، بل بوصفها علاقة تفاعلية بين الغلوكوز، والضغط النفسي، والنوم، والمحاور الهرمونية، والجهاز العصبي الذاتي.

3-العلاقة بين اضطرابات النوم والتحكم في مستويات السكر في الدم:

ترتبط اضطرابات النوم ارتباطًا وثيقًا بصعوبة التحكم في مستويات السكر في الدم، وذلك من خلال مسارات هرمونية، عصبية، وسلوكية متداخلة. فمن الناحية الهرمونية، يؤدي الحرمان من النوم أو النوم المتقطع إلى تنشيط محور الوطاء–النخامة–الكظر، وما يرافقه من ارتفاع في مستويات الكورتيزول. ويُعد الكورتيزول من الهرمونات المضادة لتأثير الانسولين؛ إذ يسهم في رفع إنتاج الغلوكوز، وزيادة اليقظة الفيزيولوجية، وتعزيز حالة الاستثارة التي تعيق النوم المستقر، وبذلك تتشكل حلقة متبادلة بين اضطراب النوم وضعف التحكم السكري (Jiao et al., 2025, pp. 2–4).

وتشير الدراسات إلى أن اضطرابات النوم تؤدي إلى تغيرات صمّاوية واستقلابية تشمل ضعف تحمل الغلوكوز، وانخفاض حساسية الأنسولين، وزيادة الاستجابات الالتهابية. وهذه الآليات تجعل المريض أكثر عرضة لارتفاع السكر الصائم، وتدهور التحكم في الغلوكوز، وزيادة مقاومة الانسولين، خاصة عندما يكون اضطراب النوم مزمنًا أو مترافقًا مع السمنة أو الضغط النفسي أو قلة النشاط البدني(Spiegel et al., 1999, pp. 1436–1437 ؛ Jiao et al., 2025, pp. 1–3).

كما يؤدي النوم العميق، وخاصة نوم الموجات البطيئة، دورًا مهمًا في ضبط استقلاب الغلوكوز. فقد أظهرت الدراسات أن النوم غير الريمي العميق يرتبط بخفض نشاط محور الضغط، وتنظيم التوازن الودي–نظير الودي، وتعزيز إفراز هرمون النمو، وخفض مستويات الكورتيزول. وعندما يتم كبح النوم العميق أو تقطيعه، ترتفع مستويات الكورتيزول والنشاط الودي، مما يؤدي إلى اضطراب الاستتباب الغلوكوزي.(Jiao et al., 2025, p. 3)

ومن الناحية السلوكية، تؤثر اضطرابات النوم في قدرة مريض السكري على الالتزام بخطة العلاج. فضعف النوم قد يزيد التعب والنعاس النهاري، ويضعف الدافعية، ويزيد القابلية للقلق والاكتئاب، وهي عوامل قد تقلل الالتزام بالنظام الغذائي، والنشاط البدني، ومواعيد الدواء، والمراقبة الذاتية لسكر الدم. لذلك فإن تحسين النوم لا يُعد هدفًا ثانويًا، بل يدخل ضمن العوامل

النفسية–السلوكية المساعدة على تحسين التحكم السكري .(Knutson et al., 2006, pp 1771–1772).

4–تأثير جودة النوم في مقاومة الانسولين

تُعدّ مقاومة الانسولين من الآليات المركزية في السكري من النوع الثاني، وهي تشير إلى انخفاض قدرة الخلايا، خاصة في العضلات والكبد والأنسجة الدهنية، على الاستجابة الفعالة للانسولين. وعندما تضعف هذه الاستجابة، يحتاج الجسم إلى إفراز كميات أكبر من الانسولين للحفاظ على مستويات الغلوكوز ضمن الحدود الطبيعية، ومع استمرار الخلل قد يرتفع سكر الدم وتزداد احتمالات تطور الاضطرابات الاستقلابية (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2025).

وتؤثر جودة النوم في مقاومة الانسولين من خلال عدة آليات. أولها تنشيط محور الوطاء–النخامة–الكظر وارتفاع الكورتيزول، حيث يؤدي اضطراب النوم إلى زيادة الاستثارة الفيزيولوجية ورفع مستوى الكورتيزول، مما يقلل حساسية الأنسجة للانسولين ويزيد إنتاج الغلوكوز (Jiao et al., 2025, p. 3). وثانيها اضطراب الجهاز العصبي الذاتي، إذ يؤدي نقص النوم إلى زيادة النشاط الودي، وهو ما قد يخل بتنظيم إفراز الانسولين واستعمال الغلوكوز داخل الخلايا (Spiegel et al., 1999, p. 1437). وثالثها اضطراب الهرمونات المنظمة للشهية والطاقة،

مثل اللبتين والجريلين، مما قد يزيد الشهية ويضعف ضبط الوزن ويرفع قابلية الإصابة بالسمنة، وهي من العوامل المهمة في مقاومة الانسولين.(Jiao et al., 2025, pp. 3–4)

كما أن اضطراب بنية النوم، وليس مدته فقط، يؤثر في الاستقلاب. فالنوم العميق يرتبط بتحسين الاستقرار الهرموني والاستقلابي، بينما يؤدي نقص نوم الموجات البطيئة إلى اضطراب تحمل الغلوكوز .(Spiegel et al., 1999, p. 1438) كما أن اضطراب النوم الريمي قد يؤثر في إيقاعات بعض الهرمونات، منها التستوستيرون لدى الذكور، وهو هرمون له علاقة غير مباشرة بكتلة الجسم والطاقة واستقلاب الدهون والبروتينات.(Jiao et al., 2025, p. 3)

وعليه، فإن انخفاض جودة النوم قد يفاقم مقاومة الانسولين من خلال تداخل الاضطراب الهرموني، وارتفاع الالتهاب، وزيادة الاستثارة العصبية، واضطراب السلوك الصحي. لذلك فإن معالجة اضطرابات النوم لدى مريض السكري قد تُسهم في تحسين قابلية الجسم للاستجابة للانسولين، وإن كان ذلك لا يُغني عن العلاج الطبي والنظام الغذائي والنشاط البدني والمتابعة الدورية(Knutson et al., 2006, pp. 1771–1772)

5-نتائج الابحاث حول دور النوم في تحسين او تدهور السكري:

تُظهر نتائج الأبحاث الحديثة أن النوم يمثل عاملًا مؤثرًا في المسار الاستقلابي للسكري، سواء من حيث خطر تطور المرض أو من حيث القدرة على التحكم في مستوياته بعد

التشخيص. فقد بينت المراجعات العلمية أن اضطرابات النوم تؤثر في إنتاج الهرمونات وإفرازها، وتؤدي إلى تغيرات تشمل ضعف تحمل الغلوكوز، ونقص حساسية الأنسولين، وزيادة الالتهاب، واضطراب التمثيل الغذائي. وهذه التغيرات قد تساهم في تسريع ظهور أمراض استقلابية متعددة، منها السكري، والسمنة، ومتلازمة الأيض (Jiao et al., 2025, pp. 1–4).

وتشير المعطيات التجريبية إلى أن قصر مدة النوم أو تقطع النوم يرتبطان بضعف قدرة الأنسولين على خفض الغلوكوز، وزيادة مقاومة الأنسولين، وتدهور تحمل الغلوكوز. كما أن اضطراب النوم العميق يؤدي إلى خلل في التوازن بين محور الضغط والجهاز العصبي الذاتي، مما يجعل الجسم أكثر قابلية لارتفاع السكر واضطراب الاستقلاب (Spiegel et al., 1999, pp. 1436–1438؛ Knutson et al., 2006, pp. 1769–1771).

في المقابل، يساعد النوم المنتظم والكافي على دعم التوازن الهرموني من خلال خفض الاستثارة الليلية، وتنظيم الكورتيزول، وتعزيز إفراز هرمون النمو أثناء النوم العميق، والمساهمة في استقرار استقلاب الغلوكوز (Jiao et al., 2025, p. 3). لذلك يمكن النظر إلى تحسين النوم بوصفه عاملًا مساعدًا في إدارة السكري، لا باعتباره بديلًا عن العلاج الطبي أو الحمية أو النشاط البدني.

الفصل الخامس:

الإطار المنهجي الدراسة

1. منهج الدراسة

2.دراسة الاستطلاعية

3.أدوات الدراسة

1.3.مقياس اضطراب النوم

2.3.المقابلة العيادية نصف موجهة

3.3.البروتوكول العلاجي المقترح

4.العينة الدراسة

5.الحدود المكانية و الزمانية الدراسة

6.الاساليب الاحصائية

1.منهج البحث وتصميمه:

1-1- المنهج المعتمد في الدراسة:

إن أول خطوة هامة تحدد مجال تدخل الباحث ووضع القواعد العامة لبحثه هو اختيار المنهج الملائم لبحثه باعتباره حسب بدوي (1977، 5) الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة تهيمن على سير العقل وتحديد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة.

وبما أن محور دراستنا ينصب حول تطبيق بروتكول علاجي قائم على العلاج الجدلي السلوكي وتجريبه في الميدان فنرى أن المنهج التجريبي يتماشى مع طبيعة موضوع الدراسة.

ويعرف المنهج التجريبي بأنه المنهج الذي يهدف إلى إقامة العلاقة التي تربط السبب بالنتيجة بين الظواهر أو المتغيرات، ولإقامة العلاقة بين السبب والنتيجة فإننا نقوم بإجراء التجربة التي يتم من خلالها معالجة متغير أو أكثر بتغيير محتواه عدة مرات، ويسمى هذا المتغير بالمتغير المستقل. إن هذه العملية تسمح بدراسة أثار المتغير المستقل في المتغير الذي يتلقى تأثيره، والمسمى بالمتغير التابع. (موريس، 2004، 102)

انطلاقا من هذا التحديد يمكننا القول أن المنهج التجريبي يقوم على العامل التجريبي أو المتغير المستقل المتمثل في بروتكول علاجي قائم على العلاج الجدلي السلوكي لخفض اضطراب النوم، وهو المتغير المراد قياس مدى تأثيره على الموقف، أما المتغير التابع لهذه

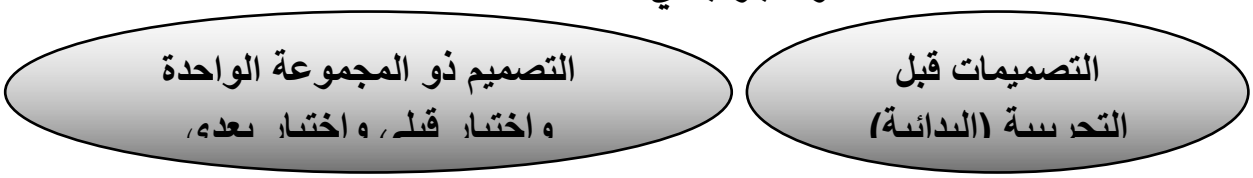
الدراسة فيتمثل في اضطراب النوم لدى مرضى السكري النوع الثاني، الذي يتغير ويتأثر نتيجة تأثير المتغير المستقل.

2-1- التصميم قبل التجريبي (البدائي: Pre – Experimental Design):

التصميمات قبل التجريبية(البدائية)لا يُلجأ إلى تطبيقها إلا عندما يكون من غير الممكن أو من الصعب حسب تكمان (Takman, 1978) تطبيق التصميمات التجريبية الحقيقية أو الشبه التجريبية. (العسّاف ،1995، 315)

وتتلخص حسب الغامدي (1999، 17) في الشكل الموالي التصميم قبل التجريبي(البدائي) للمجموعة الواحدة اختبار قبلي واختبار بعدي، والمتمثلة في تصميمه وبناءه، وأثر العامل (المتغير المستقل)

الشكل(02): التصميم قبل التجريبي(البدائي) للمجموعة الواحدة اختبار قبلي واختبار بعدي.



التصميم والبناء			
O_2	X	O_1	A
القياس البعدي لمقياس اضطراب	ادخال المتغير التجريبي المتمثل في تطبيق	القياس القبلي لمقياس	المجموعة التجريبية الاختيار غير
أثر المتغير المستقل			
$O_2 - O_1$			

يتضح من خلال قراءة الشكل(03): أنّنا نخضع في التصميم البدائي ذو المجموعة الواحدة – بدون مجموعة ضابطة، وبدون اختيار عشوائي – وقياس قبلي(O_1) وقياس بعدي(O_2) المعتمد في دراستنا، المجموعة الواحدة التجريبية للمتغير المستقل والمتمثل في تطبيق البروتكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي لخفض اضطراب النوم، بعد أن يتم قياسها قياسا قبليا قبل التجربة بمقياس اضطراب النوم لدى مرضى السكري النوع الثاني، ثم تقاس المجموعة التجريبية بعد التجربة بقياس بعدي بنفس المقياس لمقارنة نتائج القياس البعدي بنتائج القياس القبلي، وذلك من أجل قياس أثر المتغير المستقل على المتغير التابع.

2- الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية مرحلة تمهيدية أساسية في البحوث التطبيقية والعيادية، لأنها تسمح للباحثة بفهم ميدان الدراسة قبل الشروع في تطبيق الإجراءات الأساسية، كما تساعد على اختبار مدى ملاءمة أدوات القياس، وضبط شروط اختيار العينة، والتأكد من قابلية تطبيق البروتوكول العلاجي المقترح داخل السياق الواقعي للممارسة العيادية. وقد جاءت الدراسة الاستطلاعية في البحث الحالي بوصفها خطوة ضرورية للربط بين الجانب النظري المتعلق بالعلاج الجدلي السلوكي واضطرابات النوم والسكري، وبين الواقع العيادي للحالات الراشدة المصابة بداء السكري داخل مركز إعادة التأهيل .

أُجريت الدراسة الاستطلاعية بمركز عماري لإعادة التأهيل الشامل – صحة وعلاج – الوادي، وهو فضاء عيادي يستقبل حالات متعددة من الراشدين والبالغين والمسنين الذين يعانون من أمراض مزمنة، من بينها السكري، وارتفاع ضغط الدم، والربو، واضطرابات الغدد، وبعض الاضطرابات الجسدية ذات الأثر النفسي والانفعالي. وقد ساعدت طبيعة العمل العيادي داخل المركز على ملاحظة التداخل بين المرض المزمن والحالة النفسية، خاصة لدى الراشدين المصابين بالسكري، حيث لا يظهر المرض في بعده العضوي فقط، بل يتداخل مع القلق، والتوتر، واضطرابات النوم، وضعف الالتزام الصحي، والانشغال المستمر بالمضاعفات المحتملة للمرض .

وانطلقت الدراسة الاستطلاعية من ملاحظة عياديه مفادها أن عددًا من الراشدين المصابين بالسكري يشتكون من صعوبات متكررة في النوم، تشمل صعوبة الدخول في النوم، والاستيقاظ المتكرر أثناء الليل، والنوم غير المريح، والإحساس بالتعب عند الاستيقاظ. وقد أظهرت الملاحظة الأولية أن هذه الاضطرابات لا تنفصل غالبًا عن صعوبات أوسع في تنظيم الانفعال، إذ عبّرت بعض الحالات عن توتر داخلي مرتفع، وتفكير اجتراري قبل النوم، وخوف من تدهور الحالة الصحية، وحساسية زائدة تجاه الأعراض الجسدية، وصعوبة في تهدئة الاستجابة الانفعالية عند الإحساس بالتعب أو عند حدوث تغير في نسبة السكر.

وقد هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى تحقيق مجموعة من الأهداف المنهجية والعيادية، تمثلت أساسًا في التعرف على مدى حضور الشكاوى المرتبطة بالنوم لدى الراشدين المصابين بالسكري داخل المركز، وفحص طبيعة الصعوبات النفسية والانفعالية المصاحبة لها، والتحقق من مدى قابلية تطبيق بروتوكول علاجي قائم على مهارات العلاج الجدلي السلوكي لمرضى السكرى. كما هدفت إلى اختبار وضوح أدوات الدراسة، ومدى تقبل المفحوصين لها، وتحديد الشروط المناسبة لاختيار الحالات التي يمكن إدراجها في الدراسة الأساسية.

وقد تمثلت إجراءات الدراسة الاستطلاعية في استقبال عدد محدود من الحالات الراشدة المصابة بالسكري، وإجراء مقابلات عياديه أولية معها بهدف جمع معطيات عامة حول التاريخ

الصحي والنفسي، ونمط النوم، ومستوى القلق والتوتر، وطبيعة الالتزام بالعلاج الطبي، ومدى تأثير المرض على الحياة اليومية. كما تم الاعتماد على الملاحظة العيادية المنظمة لمتابعة بعض المؤشرات السلوكية والانفعالية، مثل ملامح القلق، والتعب، والتوتر الجسدي، والانشغال بالأعراض، وطريقة الحديث عن المرض. وإلى جانب ذلك، تم فحص إمكانية اعتماد أدوات قياس مناسبة لاضطرابات النوم، مع إمكانية الاستناد إلى بعض المؤشرات الطبية المتوفرة في ملف الحالة، مثل قياس السكر الصائم أو السكر التراكميHbA1c ، متى توفرت هذه المعطيات بالتنسيق مع الطبيب أو الفريق الصحي المشرف.

وأظهرت نتائج الدراسة الاستطلاعية أن موضوع اضطرابات النوم لدى الراشدين المصابين بالسكري يُعد موضوعًا قابلًا للدراسة داخل المركز، نظرًا لتكرار الشكاوى المرتبطة بالنوم لدى هذه الفئة، وارتباطها بالضغط النفسي، والقلق، والتفكير الزائد، والخوف من المضاعفات، وضعف الإحساس بالتحكم في المرض. كما أظهرت الدراسة الاستطلاعية أن بعض المرضى لا يربطون مباشرة بين النوم والحالة النفسية وتنظيم السكري، الأمر الذي أبرز أهمية التدخل النفسي التثقيفي والعلاجي في مساعدتهم على فهم العلاقة بين الانفعال، والنوم، والسلوك الصحي .

كما ساعدت الدراسة الاستطلاعية على ضبط بناء البروتوكول العلاجي المقترح، بحيث لا يكون برنامجًا عامًا حول النوم، بل تدخلًا نفسيًا موجهًا لفئة محددة، وهي فئة الراشدين المصابين بالسكري الذين يعانون من اضطرابات النوم. لذلك تم توجيه البروتوكول نحو مهارات عملية مستمدة من العلاج الجدلي السلوكي، خاصة مهارات اليقظة الذهنية، وتنظيم الانفعال، وتحمل الضيق، إضافة إلى بعض الممارسات السلوكية المنظمة التي تساعد على بناء روتين نوم أكثر استقرارًا.

وبذلك أسهمت الدراسة الاستطلاعية في تأكيد أهمية الموضوع من الناحية العيادية، وفي توضيح قابلية تطبيقه ميدانيًا داخل مركز عماري لإعادة التأهيل الشامل – صحة وعلاج، كما مكّنت الباحثة من ضبط أدوات جمع البيانات، وتكييف البروتوكول العلاجي مع خصائص الراشدين المصابين بالسكري، بما يجعل الدراسة الأساسية أكثر دقة من الناحية المنهجية، وأكثر ارتباطًا بالحاجات الواقعية للحالات من الناحية العيادية.

3-أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على ثلاث أدوات أساسية، هي: مقياس اضطرابات النوم، والمقابلة العيادية نصف الموجهة، والبروتوكول العلاجي المقترح. وقد تم اختيار هذه الأدوات بما يتناسب مع طبيعة الدراسة التي تجمع بين القياس الكمي، والتقدير العيادي، والتدخل العلاجي. ويسمح

هذا الجمع بين الأدوات بالحصول على معطيات كمية حول مستوى اضطراب النوم، ومعطيات كيفية حول التاريخ النفسي والصحي للحالة، إضافة إلى تطبيق تدخل علاجي منظم يستهدف تعديل بعض الجوانب الانفعالية والسلوكية المرتبطة بالنوم والسكري.

1.3.مقياس اضطراب النوم:

المقياس :هو عبارة عن مجموعة من الفقرات والأسئلة والعبارات التي تقوم باحث بإعدادها من أجل الحصول على البيانات التي تحتاج إليها من أجل الوصول إلى النتائج التي من خلالها تحقق أهداف كتابة البحث العلمي، وتتميز الأسئلة والفقرات في الاستبيان بأنها مترابطة مع بعضها البعض بحيث تتمكن باحث من خلالها من الحصول على البيانات التي تحتاج إليها.

في الدراسة الحالية قمنا باستخدام المقياس التالي:

مقياس اضطرابات النوم لأنور حموده البنا (2007) ويتكون من 35 فقرة.

الخصائص السيكو مترية:

ويمكن تعريف الخصائص السيكومترية بأنها دلائل أو مؤشرات إحصائية عن مدى جودة المقياس وفقراته إذ توجد خصائص سيكومترية للفقرات هي تمييز الفقرة واتساقها الداخلي أي صدقها، وتوجد خصائص سيكومترية للمقياس هي صدقه وثباته وحساسيته وشكل التوزيع التكراري للدرجات.

الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

- **حساب صدق وثبات مقياس مستوى اضطرابات النوم:**

جدول رقم (02) يوضح صدق الاتساق الداخلي لمقياس مستوى اضطرابات النوم

المحور	رقم العبارة	العلاقة ما بين الفقرة والبعد	لعلاقة بين البعد والدرجة الكلية
قياس مستوى اضطراب النوم	01	**0.73	**0.91
	02	**0.77	
	03	**0.69	
	04	**0.82	
	05	**0.59	
	06	**0.41	
	07	*0.23	
	08	**0.82	
	09	**0.71	
	10	**0.79	

	11	**0.73	
	12	**0.64	
	13	**0.73	
	14	**0.64	
	15	**0.87	
	16	**0.71	
	17	**0.66	
	18	**0.61	
	19	**0.64	
	20	**0.63	
	21	**0.60	
	22	**0.53	
	23	**0.46	
	24	*0.31	
	25	**0.68	

	26	**0.75	
	27	**0.70	
	28	**0.73	
	29	**0.61	
	30	**0.82	
	31	**0.88	
	32	**0.95	
	33	**0.96	
	34	**0.91	
	35	**0.95	

في الجدول رقم (02) تم حساب صدق الاتساق الداخلي وعرضه اين توصلنا الى ان جميع عبارات مقياس مستوى اضطرابات النوم صادقة ودالة احصائيا عند 0.01 و0.05، وهي صادقة وتؤكد على صلاحية المقياس.

جدول رقم(03) يوضح ثبات مقياس مستوى اضطرابات النوم بطريقة التجزئة النصفية

معامل غوتمان Coefficent De Guttman Split_half	معامل سبيرمان براون Coefficent De Spearman Brown
0.79	0.78

نلاحظ من خلال الجدول رقم(03) ان مقياس مستوى اضطرابات النوم يتمتع بدرجة عالية من الثبات أي انه صالح نظرا لقيمة معامل غوتمان وقيمة معامل سبيرمان العالية.

ثبات مقياس مستوى اضطرابات النوم بطريقة الفا كرونباخ:

جدول رقم(04) يوضح ثبات مقياس مستوى اضطرابات النوم بطريقة الفا كرونباخ

المقياس	عدد الفقرات	الفا كرونباخ
	35	0.951

بلغت قيمة الثبات 95.10 % مما يعني ان المقياس يتمتع بدرجة و ثبات عال و مرتفع جيد، بحيث تزيد هاته النسبة عن النسبة المقبولة احصائيا 60%، مما يؤكد وجود علاقة ترابط واتصال بين عبارات المقياس.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (04) انه جميع المحاور لها مستوى عالي من الثبات وهي تدل على ان المقياس ثابت وصالح للقياس.

وبما ان الاحصاءات تدعم مصداقية أداة الدراسة ومنه يمكن لنا اعتماد على النتائج المتحصل عليها من خلال هذه الدراسة.

ومن خلال هذه النتائج المحصل عليها نجد انها مؤشرات تدعم مصداقية أداة الدراسة وتسمح لنا باعتماد النتائج المتحصل عليها من خلال هذه الدراسة.

❖ **وايضا لقد قمنا بدراسة السيكومترية للتحقق من ثبات مقياس اضطراب النوم**

دراسة سيكومترية للتحقق من ثبات مقياس اضطراب التوم

الثبات: كما قمنا بحساب ثبات مقياس اضطراب النوم على عينة من مرضى السكري النوع الثاني بطريقة ألفا لكرنباخ، كون أن ألفا لكرنباخ يتوافق والمقاييس ذات التدرج الثلاثي فما فوق في الأوزان وهذا ينطبق على المقياس المُطبق في الدراسة الحالية، والجدول التالي يعرض ذلك:

جدول(05): معامل اتساق ألفا كرنباخ لمقياس اضطراب النوم لمرضى السكري النوع الثاني

المقاييس	معامل ألفا كرنباخ	عدد البنود
مقياس اضطراب النوم	0.91	35

الجدول(05) يوضح معامل الثبات بطريقة ألفا كرنباخ لقياس اتساق بنود مقياس اضطراب النوم لدى مرضى السكري النوع الثاني، نلاحظ أن قيمة معامل الثبات عالية إلى درجة تجعلنا نعتمد هذا المقياس والوثوق به في جمع بيانات هذه الدراسة.

2.3.المقابلة العيادية نصف الموجهة:

اعتمدت الدراسة الحالية على المقابلة العيادية نصف الموجهة بوصفها أداة أساسية مكملة لمقياس اضطرابات النوم. وتتميز هذه المقابلة بأنها تجمع بين التنظيم والمرونة؛ إذ تنطلق من محاور محددة مسبقًا، لكنها تتيح في الوقت نفسه للحالة التعبير عن تجربتها الذاتية مع المرض، والنوم، والانفعالات، والالتزام العلاجي.

تهدف المقابلة العيادية نصف الموجهة إلى جمع معطيات نوعية حول الحالات الخمس، بما يسمح بفهم أعمق لطبيعة اضطرابات النوم في سياقها النفسي والمرضي. فالمقياس الكمي يمنح درجة عددية لمستوى الاضطراب، لكنه لا يكشف بالضرورة عن معنى الأرق بالنسبة للحالة، ولا عن الأفكار التي ترافق فترة ما قبل النوم، ولا عن المخاوف المرتبطة بالسكري، ولا

عن الطريقة التي تتعامل بها الحالة مع أعراضها الجسدية والانفعالية. ومن ثمّ، جاءت المقابلة العيادية لتسد هذه الفجوة، وتوفر فهمًا أكثر شمولًا لتجربة الحالة.

وقد شملت المقابلة العيادية نصف الموجهة عددًا من المحاور، منها: البيانات العامة، التاريخ الصحي، تاريخ الإصابة بالسكري، طبيعة العلاج الطبي، مستوى الالتزام بالمتابعة الصحية، نمط النوم، صعوبة الدخول في النوم، الاستيقاظ الليلي، طبيعة الأحلام أو الكوابيس إن وجدت، التعب عند الاستيقاظ، الأفكار والانفعالات السابقة للنوم، القلق المرتبط بالمرض، إدراك الحالة لعلاقة النوم بالسكري، واستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي.

كما استُخدمت المقابلة لتقدير قابلية الحالة للانخراط في البروتوكول العلاجي، وفهم مستوى استعدادها النفسي للمشاركة، ومدى قدرتها على الالتزام بحضور الجلسات وإنجاز الواجبات المنزلية. وتُعد هذه المعطيات مهمة، لأن فعالية العلاج الجدلي السلوكي ترتبط بدرجة كبيرة بمدى التزام المتعالج بتعلم المهارات وتطبيقها خارج الجلسة العلاجية.(Linehan, 2015)

وقد ساعدت المقابلة أيضًا على تتبع بعض المؤشرات الإكلينيكية التي يصعب قياسها كميًا، مثل مستوى الوعي بالمشكلة، وتغير نظرة الحالة إلى النوم، وتحسن القدرة على تهدئة الذات، وانخفاض التفكير الاجتراري، وتطور الإحساس بالتحكم في المرض. وبذلك شكلت

المقابلة العيادية نصف الموجهة أداة أساسية في تفسير النتائج الكمية وربطها بالمعطيات العيادية الخاصة بكل حالة.

3.3. البروتوكول العلاجي المقترح:

ملامح الرئيسة للبروتوكول:

يتكون البرنامج من 12 جلسة من جلسة فردية المدة الزمنية للجلسة 01 ساعة (60 دقيقة) يتخللها استراحة وضيافة بمعدل جلستين في 5أيام، لأفراد العينة التجريبية والتي تتمثل في راشدين الذين يعانون من اضطراب النوم لدى مصابين بأداء السكري في مكتب العيادي بمركز عماري للصحة والعلاج الوادي وفي الجلسة الأخيرة يتم التطبيق الاستبيان البعدي اضطراب النوم مع اختتام جلسات البروتوكول العلاجي المقترح بشكل نهائي.

الجدول رقم (06) يلخص ملامح البروتوكول العلاجي المقترح

العناصر	توضيح العناصر
أهداف البروتوكول	✓ التعارف وبناء العلاقة العلاجية ✓ توضيح مفهوم اضطراب النوم وعلاقته بخفض السكري ✓ معاني العلاج الجدلي السلوكي ✓ تعديل الإدراك المعرفي للأحداث والمواقف الحياتية ✓ تنمية قدرة المتعالج لمواجهة مواقف الحياة الضاغطة ✓ تنمية الإلتزام ✓ التحدي والتحكم ✓ تدعيم مفهوم الذات الإيجابي.
عينة البروتوكول	راشدين في مرحلة إستشفائية في مركز عماري

منفذ البروتوكول	الباحث – عائشة عبيد –ثانية ماستر علم النفس العيادي	
مكان تنفيذ البروتوكول	**مركز عماري سوف** – صحة وعلاج – الوادي	
نوع البروتوكول	العلاج الجدلي السلوكي يتمثل في جلسات فردية للعينة	
عدد الجلسات	(12) اثنا عشر جلسة	
مدة البروتوكول	(08) ثمانية أسابيع	
مدة كل جلسة	فردية	60 دقيقة
فنيات البروتوكول	• فنية الجدل. • فنية اليقظة الذهنية. • فنية تحمل المحن. • فنية التنظيم الانفعالي. • فنية الفعالية البينشخصية • فنية إيجاد طريق في المنتصف	

الأساليب المستخدمة	• الحوار والنقاش • الحوار الداخلي • الإسترخاء والتأمل • إعادة البناء الأفكار • الوعي بالمعنى • التعزيز • النمذجة • الواجب المنزلي

يلخص الجدول (07) الجلسات البروتكول العلاجي

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	الانشطة العلاجية
الجلسة 1	التعارف وبناء العلاقة العلاجية وتوضيح أهداف البرنامج	الحوار والمناقشة – التعزيز	التعارف بين المعالج والمفحوص، شرح أهداف البرنامج وقواعده، توضيح أهمية الالتزام بالعلاج
الجلسة 2	التعريف باضطرابات النوم وعلاقتها بداء السكري	التثقيف النفسي – الحوار الداخلي	تقديم معلومات حول النوم ووظائفه، مناقشة العلاقة بين اضطرابات النوم والسكري وتأثيرها على الصحة النفسية
الجلسة 3	تقديم مفهوم العلاج الجدلي السلوكي ومهاراته الاساسية	الحوار والنقاش – الوعي بالمعنى	شرح مبادئ العلاج الجدلي السلوكي واهميته في التحكم في

			الانفعالات وتحسين جودة النوم
الجلسة 4	تدريب الحالة على المهارة اليقظة الذهنية	اليقظة الذهنية – التأمل	تمارين تركيز الانتباه على التنفس، ملاحظة الأفكار والانفعالات دون إصدار أحكام
الجلسة 5	تنمية القدرة على تحمل الضغوط والمحن	تحمل المحن– الاسترخاء	تعليم المتعالج تقنيات التعامل مع التوتر المرتبط بمشكلات النوم او المرض
الجلسة 6	تدريب الحالة على التنظيم الانفعالات	التنظيم الانفعالي –إعادة البناء المعرفي	التعرف على المشاعر السلبية المرتبطة بالأرق وتعديل تفسيرها
الجلسة 7	تعديل الافكار السلبية المرتبطة بالنوم	إعادة البناء المعرفي–الحوار	تحديد الافكار غير العقلانية حول النوم

		الداخلي	واستبدالها بأفكار اكثر واقعية
الجلسة 8	تنمية مهارات الفعالية البينشخصية	النمذجة –الحوار	تدريب الحالة على التعبير عن احتياجاته والتواصل الفعال مع الاخرين
الجلسة 9	تعزيز مفهوم الذات الايجابي	التعزيز–الحوار الداخلي	مناقشة مصادر القوة لدى الحالة وتنمية الثقة بالنفس
الجلسة 10	تنمية القوة على التحكم في الضغوط الحياتية	الاسترخاء –التأمل	تطبيق تمارين الاسترخاء العضلي و التنفس العميق لتحسين النوم
الجلسة 11	تقييم التغيرات السلوكية والانفعالية	الحوار–الواجب المنزلي	مراجعة المهارات المكتسبة خلال البرنامج ومناقشة تطبيقها في

			الحياة اليومية
الجلسة 12	تقييم التغيرات النهائي واختتام البرنامج	التعزيز –القياس البعدي	تطبيق مقياس اضطرابات النوم بعد البرنامج ومناقشة التحسن الحاصل وإنهاء الجلسات العلاجية

التفصيلي لجلسات البروتوكول

الجلسة الأولى: التعارف وبناء العلاقة العلاجية

هدف الجلسة

إقامة علاقة علاجية قائمة على الثقة، والتعريف بالبرنامج العلاجي وأهدافه.

الخطوات الإجرائية للجلسة

استقبال الحالة والترحيب بها في جو هادئ.

تقديم الباحث نفسه وتوضيح طبيعة دوره العلاجي.

شرح هدف البرنامج وعدد الجلسات ومدتها.

التأكيد على مبدأ السرية والالتزام بالعلاج.

إتاحة الفرصة للحالة للتعبير عن تجربتها مع اضطرابات النوم.

الفنيات المستخدمة

الحوار والمناقشة – التعزيز.

الواجب المنزلي

تسجيل عادات النوم اليومية لمدة أسبوع (وقت النوم ،وقت الاستيقاظ ،عددمرات الاستيقاظ ليلا).

الجلسة الثانية: التوعية باضطرابات النوم وعلاقتها بالسكري

هدف الجلسة

تزويد الحالة بمعلومات علمية حول النوم واضطراباته وعلاقته بداء السكري.

الخطوات الإجرائية

مراجعة الواجب المنزلي المتعلق بعادات النوم.

شرح مراحل النوم ووظائفه الحيوية.

توضيح تأثير اضطرابات النوم على الصحة الجسدية والنفسية.

مناقشة العلاقة بين اضطراب النوم وتنظيم مستوى السكر في الدم.

الفنيات المستخدمة

التثقيف النفسي – الحوار الداخلي.

الواجب المنزلي

ملاحظة العوامل التي تؤثر على جودة النوم (التوتر، التفكير، البيئة).

الجلسة الثالثة: التعريف بالعلاج الجدلي السلوكي

هدف الجلسة

تعريف الحالة بمبادئ العلاج الجدلي السلوكي ومهاراته الأساسية.

الخطوات الإجرائية

شرح مفهوم التوازن بين التقبل والتغيير.

تقديم المهارات الأساسية للعلاج الجدلي السلوكي.

توضيح دور هذه المهارات في خفض التوتر وتحسين النوم.

الفنيات المستخدمة

الحوار والنقاش – الوعي بالمعنى.

الواجب المنزلي

تدوين المواقف التي تسبب التوتر خلال الأسبوع.

الجلسة الرابعة: تدريب الحالة على اليقظة الذهنية

هدف الجلسة

تنمية قدرة الحالة على التركيز في اللحظة الراهنة وتقليل التفكير المفرط.

الخطوات الإجرائية

تعريف مفهوم اليقظة الذهنية.

تدريب الحالة على تمرين التنفس الواعي.

ممارسة تمرين ملاحظة الأفكار دون إصدار أحكام.

الفنيات المستخدمة

اليقظة الذهنية – التأمل.

الواجب المنزلي

ممارسة تمرين التنفس الواعي لمدة عشر دقائق يوميًا.

الجلسة الخامسة: تحمل الضغوط والمحن

هدف الجلسة

تنمية قدرة الحالة على التعامل مع الضغوط المرتبطة بالمرض والنوم.

الخطوات الإجرائية

تحديد مصادر التوتر لدى الحالة.

مناقشة طرق التكيف مع المواقف الصعبة.

تطبيق تمرين الاسترخاء العضلي التدريجي.

الفنيات المستخدمة

تحمل المحن – الاسترخاء.

الواجب المنزلي

تطبيق تمارين الاسترخاء قبل النوم.

الجلسة السادسة: تنظيم الانفعالات

هدف الجلسة

مساعدة الحالة على التعرف على مشاعرها وإدارتها بشكل صحي.

الخطوات الإجرائية

التعرف على الانفعالات المرتبطة بالأرق.

تحليل العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك.

تدريب الحالة على التعبير عن مشاعرها بطريقة صحية.

الفنيات المستخدمة

التنظيم الانفعالي – إعادة البناء المعرفي.

الواجب المنزلي

تسجيل المواقف التي تثير الانفعالات السلبية.

الجلسة السابعة: تعديل الأفكار السلبية المرتبطة بالنوم

هدف الجلسة

تغيير الأفكار غير الواقعية التي تزيد من القلق المرتبط بالنوم.

الخطوات الإجرائية

تحديد الأفكار السلبية حول النوم.

مناقشة مدى واقعية هذه الأفكار.

استبدالها بأفكار إيجابية أكثر توازنًا.

الفنيات المستخدمة

إعادة البناء المعرفي – الحوار الداخلي.

الواجب المنزلي

كتابة ثلاث أفكار إيجابية قبل النوم يوميًا.

الجلسة الثامنة: تنمية الفعالية البينشخصية

هدف الجلسة

تحسين مهارات التواصل مع الآخرين والتعبير عن الاحتياجات.

الخطوات الإجرائية

مناقشة أهمية العلاقات الاجتماعية في الصحة النفسية.

تدريب الحالة على مهارات التواصل الفعال.

استخدام النمذجة لتوضيح السلوك المناسب.

الفنيات المستخدمة

النمذجة – الحوار.

الواجب المنزلي

تطبيق مهارات التواصل في موقف حياتي حقيقي.

الجلسة التاسعة: تعزيز مفهوم الذات الإيجابي

هدف الجلسة

تعزيز الثقة بالنفس وتقدير الذات لدى الحالة.

الخطوات الإجرائية

مناقشة نقاط القوة لدى الحالة.

تدريب الحالة على التفكير الإيجابي.

استخدام التعزيز الإيجابي لدعم السلوك التكيفي.

الفنيات المستخدمة

التعزيز – الحوار الداخلي.

الواجب المنزلي

كتابة ثلاثة إنجازات يومية.

الجلسة العاشرة: التحكم في الضغوط وتحسين النوم

هدف الجلسة

تعليم الحالة تقنيات تساعد على الاسترخاء وتحسين جودة النوم.

الخطوات الإجرائية

تطبيق تمارين الاسترخاء والتنفس العميق.

مناقشة العادات الصحية للنوم.

تدريب الحالة على روتين نوم منتظم.

الفنيات المستخدمة

الاسترخاء – التأمل.

الواجب المنزلي

تطبيق روتين النوم الصحي يوميًا.

الجلسة الحادية عشرة: مراجعة المهارات المكتسبة

هدف الجلسة

تقييم التغيرات التي طرأت على الحالة خلال البرنامج.

الخطوات الإجرائية

مراجعة جميع المهارات التي تم تعلمها.

مناقشة كيفية تطبيقها في الحياة اليومية.

تعزيز استمرار استخدام المهارات بعد انتهاء البرنامج.

الفنيات المستخدمة

الحوار – الواجب المنزلي.

الجلسة الثانية عشرة: التقييم النهائي واختتام البرنامج

هدف الجلسة

تقييم فعالية البرنامج العلاجي وإنهاء الجلسات.

الخطوات الإجرائية

تطبيق مقياس اضطرابات النوم (القياس البعدي).

مناقشة التحسن الذي تحقق لدى الحالة.

تقديم إرشادات للحفاظ على التحسن.

اختتام البرنامج العلاجي.

الفنيات المستخدمة

التعزيز – القياس البعدي.

يمثل الجدول (08) الاستاذ محكمة لبروتوكول علاجي:

الاسم واللقب	درجة العلمية	جامعة
خليفة زواري	بروفيسور	حمه الخضر
قيسي محمد السعيد	بروفيسور	حمه الخضر
عوين بلقاسم	بروفيسور	حمه الخضر

5-العينة الدراسة:

تكوّن عينة الدراسة من **خمس أفراد عيادية** من الراشدين المصابين بداء السكري، والذين يعانون من اضطرابات في النوم، وتم التكفل بهم داخل مركز عماري سوف – صحة وعلاج –

الوادي، وقد تم اختيار هذه الحالات بطريقة قصدية، نظرًا لأن الدراسة ذات طبيعة عيادية وشبه تجريبية، ولا تستهدف التعميم الإحصائي على مجتمع واسع، بل تسعى إلى فحص فعالية بروتوكول علاجي محدد لدى حالات تتوفر فيها خصائص مرتبطة مباشرة بموضوع الدراسة.

ويُعد اختيار العينة القصدية مناسبًا في الدراسات العيادية التي تركز على حالات محددة تتوفر فيها شروط التشخيص أو المعاناة المرتبطة بمتغيرات الدراسة، لأن الهدف لا يتمثل في تمثيل المجتمع الإحصائي العام، بل في تعميق الفهم العيادي لتأثير التدخل العلاجي داخل سياق مضبوط نسبيًا .(Creswell, 2014) كما أن التصميم شبه التجريبي ذي المجموعة الواحدة والقياس القبلي والبعدي يسمح بتقدير التغير الحاصل لدى الحالات نفسها بعد تطبيق المتغير المستقل، وهو في هذه الدراسة البروتوكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي (Shadish et al., 2002).

وقد تمثلت عينة الدراسة في الحالات الخمس التي تم العمل عليها سابقًا، وهي حالات راشدة تعاني من داء السكري ومن شكاوى متكررة مرتبطة بالنوم، مثل صعوبة الدخول في النوم، والاستيقاظ المتكرر أثناء الليل، والنوم غير المريح، والإحساس بالتعب عند الاستيقاظ. وقد تم التعامل مع هذه الحالات وفق مبدأ السرية العيادية، لذلك جرى ترميزها بدل ذكر أسمائها

الحقيقية، على النحو الآتي: الحالة الأولى، الحالة الثانية، الحالة الثالثة، الحالة الرابعة، والحالة الخامسة.

وقد تم اعتماد مجموعة من الشروط في اختيار الحالات، تمثلت في أن تكون الحالة راشدة، وأن تكون مشخصة طبيًا بداء السكري، وأن تظهر لديها شكاوى مرتبطة باضطرابات النوم وفق المقابلة العيادية والقياس القبلي، وأن تبدي استعدادًا للمشاركة في البرنامج العلاجي، وأن تكون قادرة على الالتزام بحضور الجلسات العلاجية. كما تم استبعاد الحالات التي تعاني من اضطراب عقلي حاد يمنع الاستفادة من البرنامج، أو تدهور صحي شديد يتطلب تدخلًا طبيًا عاجلًا، أو التي لا تستطيع الالتزام بسير الجلسات العلاجية.

وتكمن أهمية اعتماد هذه الحالات الخمس في أن الدراسة الحالية تنتمي إلى الدراسات العيادية التدخلية، حيث يتم التركيز على التغير الحاصل داخل كل حالة، وليس فقط على المقارنة العددية العامة. ومن ثمّ، فإن تحليل نتائج الحالات الخمس سيتم من خلال المقارنة بين القياس القبلي والقياس البعدي لمستوى اضطرابات النوم، مع الاستعانة بالمعطيات العيادية المستخلصة من المقابلة نصف الموجهة والملاحظة السريرية. ويُعد هذا الإجراء مناسبًا في الدراسات النفسية العلاجية، لأن فعالية التدخل لا تُقاس بالدلالة الإحصائية وحدها، بل تُفهم أيضًا من خلال الدلالة العملية والدلالة الإكلينيكية للتغير الحاصل لدى كل حالة (Jacobson & Truax, 1991).

ويتيح العدد المحدود للحالات متابعة علاجية أكثر دقة، خاصة أن البروتوكول المقترح يتكون من اثنتي عشرة جلسة فردية، مما يسمح بتتبع تطور كل حالة عبر مراحل البرنامج، وملاحظة مدى استفادتها من المهارات العلاجية، ومدى قدرتها على تطبيقها في الحياة اليومية. كما أن طبيعة الدراسة الحالية تفرض التعامل مع العينة لا بوصفها أرقامًا فقط، بل بوصفها حالات عيادية لها تاريخ مرضي ونفسي خاص، وتستدعي قراءة فردية للتغيرات التي تطرأ عليها بعد التدخل.

6-الحدود المكانية والزمانية للدراسة

تحددت الحدود المكانية للدراسة في مركز عماري سوف – صحة وعلاج – الوادي، وهو المركز الذي تم فيه استقبال الحالات الخمس، وإجراء المقابلات العيادية، وتطبيق القياس القبلي والبعدي، وتنفيذ الجلسات العلاجية. ويُعد هذا المركز مناسبًا لطبيعة الدراسة لأنه يستقبل حالات راشدة تعاني من أمراض مزمنة، من بينها السكري، كما يوفر سياقًا عياديًا يسمح بملاحظة العلاقة بين المرض المزمن والحالة النفسية واضطرابات النوم .

أما الحدود الزمانية للدراسة، فتمثلت في الفترة مابين03\03\2026 الى 18\04\2026 التي شملت الدراسة الاستطلاعية، ثم مرحلة القياس القبلي، ثم تطبيق البروتوكول العلاجي، ثم إجراء

القياس البعدي بعد انتهاء الجلسات. وقد امتد البرنامج العلاجي ثمانية أسابيع، موزعة على اثنتي عشرة جلسة فردية، مدة كل جلسة 60 دقيقة.

وتُعد هذه الحدود ضرورية لضبط المجال التطبيقي للدراسة، لأن النتائج التي سيتم التوصل إليها ترتبط بالسياق المكاني والزماني الذي أُجريت فيه، وبخصائص الحالات الخمس التي شملها التدخل. لذلك لا يتم التعامل مع نتائج الدراسة بوصفها قابلة للتعميم المطلق، بل بوصفها نتائج عيادية مرتبطة بعينة محدودة وببروتوكول علاجي محدد، يمكن أن تمهد لدراسات لاحقة على عينات أوسع وتصاميم تجريبية أكثر ضبطًا.

7-اساليب المعالجة الإحصائية لفرضيات الدراسة:

يلجأ الباحث إلى الأساليب الإحصائية التي تساعده على الوصول إلى معطيات ونتائج يحلل من خلالها الظاهرة المدروسة، وقد استخدمنا الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وذلك بعد ترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي ومعالجتها باستخدام:

الإحصاء الوصفي والبياني:

- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.
- المضلعات التكرارية.
- معامل ارتباط بيرسون.

الإحصاء الاستدلالي:

- اختبار"ت" t.test لعينتين مترابطتين، للكشف عن دلالة متوسط الفروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي، ثم القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم.

- معادلة كوهن(Cohen, 1988) لحساب مؤشر"d" للدلالة العملية على حجم الأثر في اختبار"t" لمتوسطي درجات عينتين مرتبطين.

- معادلة مؤشر التغير الموثوق(Reliable Change Index(RCI، وهو مفهوم وضعه Jacobson & Truax لقياس ما إذا كان التغير الذي حدث للفرد بعد العلاج أو التدخل النفسي تغيرا حقيقيا، وليس مجرد خطأ في القياس أو تغير عشوائي.

- معادلة نقطة القطع أو الحد الفاصل(Cut-off) وتعني Jacobson & Truax وهي قيمة رقمية تُستخدم للفصل بين فئتين مثل(سوي/غير سوي)، وفي التحليل الإكلينيكي لـ(Cut-off) يحدد: هل انتقل الشخص بعد العلاج من المجال الإكلينيكي(المشكلة النفسية) إلى المجال الطبيعي؟

الفصل السادس:

عرض النتائج، تحليلها وتفسيرها

1. عرض وتحليل النتائج.
2. مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضيات.
3. الاستنتاج العام.
4. مقترحات الدراسة.

1.عرض وتحليل النتائج:

تمهيد:

بعد تطبيق إجراءات الدراسة الأساسية وتفريغ البيانات ومعالجتها إحصائيا، سيتم من خلال هذا الفصل عرض وتحليل النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق بروتكول علاجي قائم على العلاج الجدلي السلوكي لخفض اضطراب النوم، واختباره بمقياس اضطراب النوم لدى مرضى السكري النوع الثاني، في مجموعة تجريبية واحدة بقياسين قبلي وبعدي، وسينتهي هذا الفصل بتفسير النتائج ومناقشتها.

1-التساؤل الأوّل: هل حقيقة يساهم البروتكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض اضطراب النوم لدى مرضى السكري النوع الثاني.

وللإجابة على التساؤل الأوّل نقترح الفرضية التالية:

1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم.

وللتحقق من صحة الفرضية الأولى قمنا بإجراء اختبار"ت" لعينتين مترابطتين، وبعد التأكد من افتراضات اختبار"ت" وشروطه، الجدول التالي يعرض نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية والعملية.

جدول(09): دلالة متوسط الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم

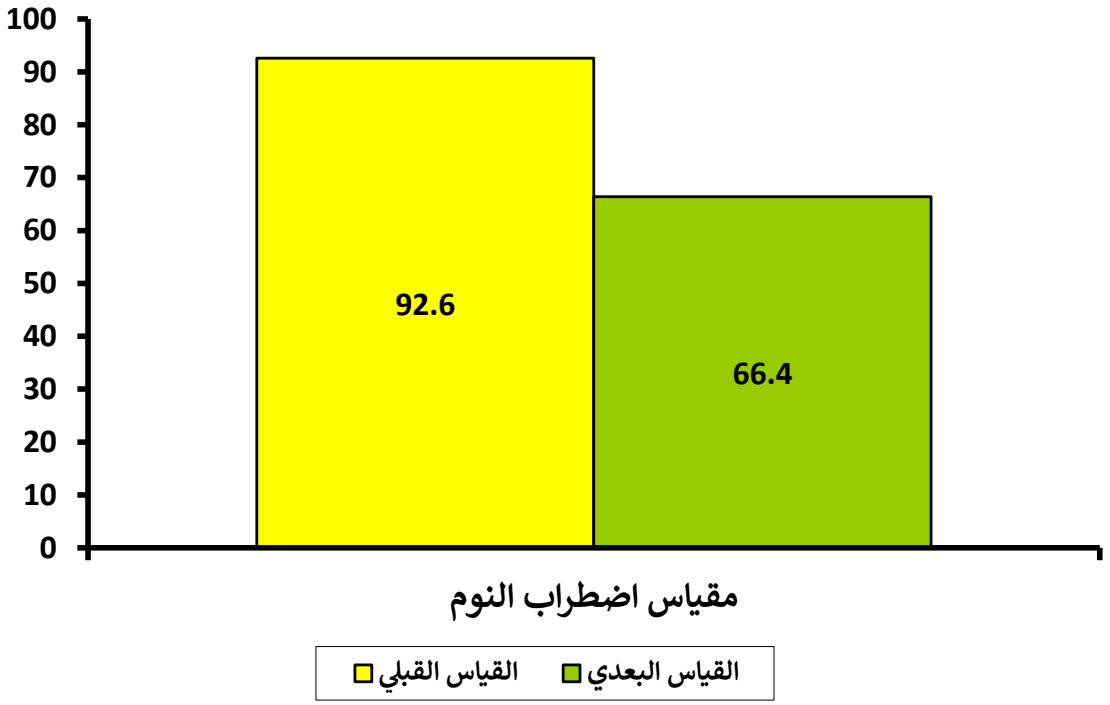
المجموعة التجريبية n =5	المتوسط الحسابي $\bar{X}$		متوسط الفروق $\overline{D}$	الانحراف المعياري $S_{\bar{D}}$	قيمة t_c	القيمة الاحتمالية	الدلالة الاحصائية	الدلالة العملية (حجم التأثير d)
	القياس القبلي	القياس البعدي						
مقياس اضطراب النوم	92.6	66.4	26.2	2.38	24.54	00.00	دال	2.39 (ضخم)

$t_{t\,(df\ 4,\alpha\leq 0.05)} = 2.77$

يتضح من بيانات الجدول(09): أن متوسط الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم البالغ (26.2) وانحراف معياري(2.38)، كما جاءت قيمة اختبار "ت" المحسوبة (24.54) أكبر من قيمة "ت" المجدولة(2.77)، وقيمة احتمالية محسوبة(0.000) أصغر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يدل على أن الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية يؤدي إلى التباين في درجات قياس اضطراب النوم لدى مرضى السكري النوع الثاني، وهذه النتيجة تدفعنا إلى القبول بالفرضية الأولى: توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم.

والشكل التالي يعرض المقارنة البيانية للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم.

الشكل(03): المقارنة البيانية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم



يتضح من خلال المقارنة البيانية بالشكل(03): أن متوسط درجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم البالغ(66.4) يقل عن متوسط درجات القياس القبلي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم البالغ(92.6).

ويعود هذا النقصان في متوسط درجات القياس البعدي مقارنة بمتوسط درجات القياس القبلي إلى الأثر والمساهمة الإيجابية للبروتكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض اضطراب النوم لدى مرضى السكري النوع الثاني.

ولتقويم البروتكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض اضطراب النوم لدى مرضى السكري النوع الثاني، من خلال نتائج التجربة، تم التحقق من الدلالة العملية بحساب حجم تأثير تطبيق البروتكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي ـ وهو الوجه المكمل للدلالة الإحصائية ـ وذلك بتطبيق معادلة كوهن(Cohen,1988) كمؤشر للدلالة على حجم الأثر في اختبار"t" لعينتين مترابطتين، وأشار كوهن إلى معايير محكية للحكم على قيمة حجم الأثر المستخرجة بواسطة مؤشر"d" حيث اعتبر حجم التأثير ضعيفاً عند القيمة]0.20 – 0.50[ومتوسطاً عند القيمة[0.50 – 0.80[، وكبيراً عند القيمة[0.80 – 1.50[وضخما عند القيمة[1.50 – فأكثر[(الدردير، 2006، 80).

وبالرجوع كذلك للجدول(03): وبعد عرض المعايير المحكية للحكم على قيمة حجم الأثر المستخرجة بواسطة مؤشر"d"، يتبن لنا أن القيم المعيارية المحسوبة لحجم تأثير البروتكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض اضطراب النوم لدى مرضى السكري النوع الثاني. بحجم تأثير مقدر بـ:(2.39) تُثبت أن للبروتكول العلاجي القائم على العلاج

الجدلي السلوكي دلالة عملية ذات تأثير ضخم على المجموعة التجريبية في خفض اضطراب النوم لدى مرضى السكري النوع الثاني.

تم تحديد الدلالة الإكلينيكية باستخدام نموذج(1991) Jacobson & Truax من خلال حساب مؤشر التغير الموثوق(RCI) ونقطة القطع(Cut–off)، والجدول التالي يعرض ذلك:

جدول(10): نتائج الدلالة الإكلينيكية لمرضى السكري النوع الثاني بعد تطبيق البروتكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض اضطراب النوم

حالات مرضى السكري	درجات القياس X		الفرق D	خطأ قياس الفروق SEdiff	مؤشر RCI	القرار	المعيار Cut-off	القرار
	القياس القبلي	القياس البعدي						
الأولى	85	60	25	2.23	11.20	تحسن اكلينيكي موثوق للكل	72.5	انتقال كل الحالات الخمسة من الحالة الاكلينيكية إلى الحالة الطبيعية
الثانية	90	65	25		11.20		77.5	
الثالثة	93	63	30		13.44		78	
الرابعة	95	68	27		12.10		81.5	
الخامسة	100	76	24		10.75		88	

$RCI \geq \pm 1.96$

يعرض الجدول(10) نتائج الدلالة الإكلينيكية لمرضى السكري النوع الثاني بعد تطبيق البروتكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض اضطراب النوم، أين نجد أن جميع قيم RCI تجاوزت قيمة($RCI \geq 1.96$)، مما يشير إلى تغير موثوق، أي أن جميع أفراد المجموعة التجريبية حققوا تحسنًا إكلينيكيًا موثوقًا بعد تطبيق البروتكول.

كما أظهرت المقارنة مع المعيار للحالة الأولى($60\rangle Cut-off_{72.5}$) بما أن درجة القياس البعدي(60) أقل من قيمة نقطة القطع(72.5)، وكذلك الحالة الثانية ($65\rangle Cut-off_{77.5}$) نجد درجة القياس البعدي(65) أقل من قيمة نقطة القطع(77.5) والحالة الثالثة($63\rangle Cut-off_{78}$) نجد أن درجة القياس البعدي(63) أقل من قيمة نقطة القطع(78)، ثم الحالة الرابعة($68\rangle Cut-off_{81.5}$) نجد أن درجة القياس البعدي(68) أقل من قيمة نقطة القطع(81.5)، وفي الأخير الحالة الخامسة($76\rangle Cut-off_{88}$) نجد أن درجة القياس البعدي(76) أقل من قيمة نقطة القطع(88). بعد عرض كل الحالات الخمسة نلاحظ أن جميع درجات القياس بعدي لأفراد المجموعة التجريبية تقل عن المعيار Cut-off مما يدل على الانتقال لجميع أفراد المجموعة التجريبية من المجال الإكلينيكي إلى المجال السوي الطبيعي، وتحقق التحسن الإكلينيكي الكامل لجميع أفراد العينة. وهذا الاخير يؤكد أن البروتكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي قد ساهم حقيقة في خفض اضطراب النوم لدى جميع حالات مرضى السكري النوع الثاني.

2- التساؤل الثاني: هل تستمر فعالية البروتكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض اضطراب النوم لدى مرضى السكري النوع الثاني بعد مرور فترة المتابعة؟

وللإجابة على التساؤل الثاني نقترح الفرضية التالية:

2-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم.

وللتحقق من صحة الفرضية الثانية قمنا بإجراء اختبار"ت" لعينتين مترابطتين، وبعد التأكد من افتراضات اختبار"ت" وشروطه، الجدول التالي يعرض نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية

جدول(11): دلالة متوسط الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم

المجموعة التجريبية n =5	المتوسط الحسابي $\bar{X}$		متوسط الفروق $\overline{D}$	الانحراف المعياري $S_{\bar{D}}$	قيمة t_c	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
	القياس البعدي	القياس التتبعي					
مقياس اضطراب النوم	66.4	63	3.4	0.55	13.88	0.000	دال

$t_{t\,(df\ 4,\alpha\leq 0.05)} = 2.77$

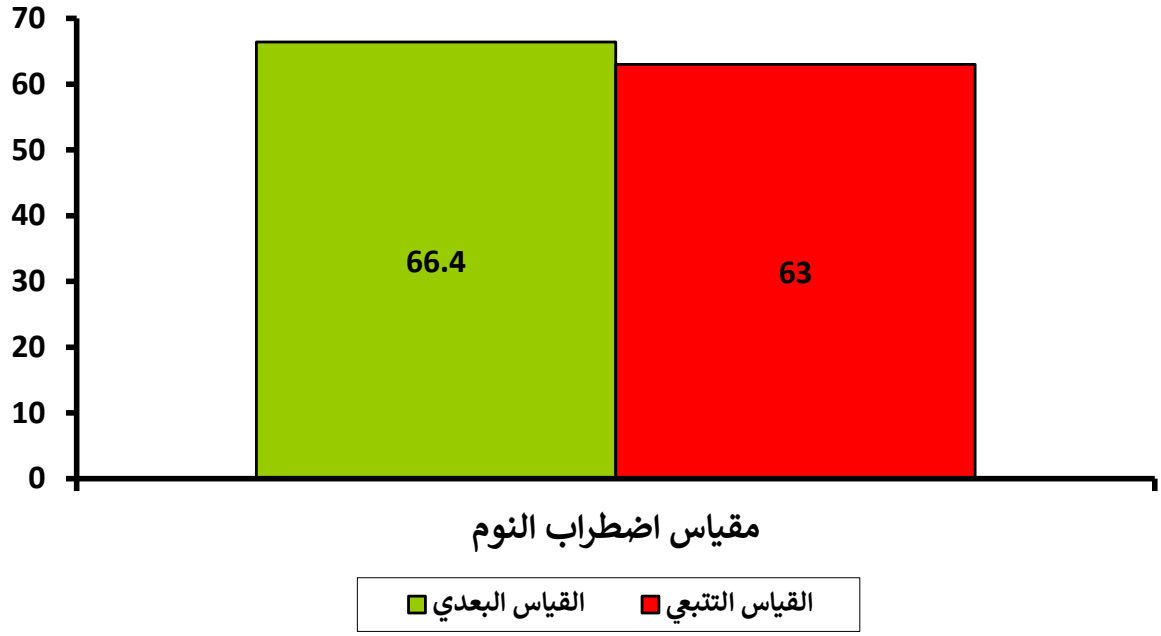
يتضح من بيانات الجدول(11): أن متوسط الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم البالغ(3.4) وانحراف معياري(0.55)، كما جاءت قيمة اختبار "ت" المحسوبة (13.88) أكبر من قيمة "ت" المجدولة(2.77)، وقيمة احتمالية محسوبة(0.000) أصغر من مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) مما يدل على أن الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية يؤدي إلى التباين في درجات قياس اضطراب النوم لدى مرضى السكري النوع الثاني، وهذه النتيجة تدفعنا إلى رفض

الفرضية الثانية: لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم.

ويعود النقصان في متوسط درجات القياس التتبعي مقارنة بمتوسط درجات القياس البعدي إلى استمرار الأثر والمساهمة الإيجابية للبروتكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض اضطراب النوم لدى مرضى السكري النوع الثاني.

والشكل التالي يعرض المقارنة البيانية للقياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم.

الشكل(04): المقارنة البيانية بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم



يتضح في المقارنة البيانية بالشكل(04): أنّ متوسط درجات القياس التتبعي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم البالغ(63) يقل عن متوسط درجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية من مرضى السكري النوع الثاني على مقياس اضطراب النوم البالغ(66.4).

وهذا ما يؤكد أن النتائج الإيجابية للبروتكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض اضطراب النوم لدى مرضى السكري النوع الثاني تتميز باستقرار.

2. مناقشة وتفسير النتائج:

1. تفسير مناقشة النتائج الفرضية الاولى:

تشير نتائج الفرضية الأولى إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب النوم لدى مرضى السكري من النوع الثاني. فقد انخفض المتوسط الحسابي من (92.6) في القياس القبلي إلى (66.4) في القياس البعدي، بمتوسط فروق قدره (26.2)، كما بلغت قيمة اختبار "ت" (24.54)، وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يدل على فعالية البروتوكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض اضطرابات النوم لدى أفراد العينة. كما بلغ حجم الأثر (d = 2.39)، وهو حجم أثر مرتفع جدًا، الأمر الذي يشير إلى أن التحسن لم يكن مجرد تغير إحصائي بسيط، بل يعكس تأثيرًا علاجيًا فعليًا وملموسًا.

وتتفق هذه النتيجة مع ما جاء في الدراسة التأسيسية التي أجرتها مارشا لاينهان سنة 1993، والتي أكدت فعالية العلاج الجدلي السلوكي في خفض الاضطرابات المرتبطة بخلل التنظيم الانفعالي وتحسين التوافق النفسي لدى المرضى. كما تتفق مع دراسة Neacsiu وآخرين (2014)، التي أوضحت أن التدريب على مهارات DBT يساهم في تحسين التنظيم الانفعالي وخفض مستويات القلق والتوتر النفسي، وهي عوامل ترتبط بشكل مباشر باضطرابات النوم.

كما يمكن تفسير هذه النتيجة بطبيعة اضطرابات النوم لدى مرضى السكري من النوع الثاني، إذ إن هذه الاضطرابات تتأثر بعوامل نفسية متعددة مثل القلق المرتبط بالمرض، والانشغال بالمضاعفات الصحية، والتوتر المزمن، واضطراب نمط الحياة اليومية. وقد أشارت دراسة Knutson وآخرين (2006) إلى وجود علاقة بين اضطرابات النوم وضعف التحكم في مستوى السكر في الدم، مما يجعل تحسين النوم هدفًا علاجيًا مهمًا لدى هذه الفئة من المرضى.

وعليه، فإن النتائج الحالية تؤكد تحقق الفرضية الأولى، وتدل على أن البروتوكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي ساهم بصورة فعالة في خفض اضطرابات النوم لدى مرضى السكري من النوع الثاني.

تفسير نتائج الدلالة الإكلينيكية

لم تقتصر نتائج الدراسة على الدلالة الإحصائية فقط، بل أظهرت كذلك دلالة إكلينيكية واضحة. فقد بينت نتائج مؤشر التغير الموثوق (RCI) أن الحالات الخمس حققت تغيرًا موثوقًا بعد تطبيق البروتوكول العلاجي، حيث تجاوزت قيم التغير الحد المطلوب للدلالة على أن التحسن الحاصل ليس ناتجًا عن الصدفة أو خطأ القياس. كما أظهرت نتائج نقطة القطع (Cut-off) أن درجات القياس البعدي للحالات أصبحت أقل من الحد الإكلينيكي المعتمد، وهو ما يدل على انتقال الحالات من المجال المرضي إلى المجال الأقرب إلى السواء النفسي.

وتبرز أهمية هذه النتيجة في أن الدلالة الإحصائية وحدها لا تكفي للحكم على فعالية العلاج من الناحية العيادية، إذ إن اختبار "ت" يوضح وجود فروق بين القياسات، بينما يوضح مؤشر التغير الموثوق مدى أهمية هذا التغير على مستوى الحالة الفردية. وهذا ما أكده Jacobson وTruax (1991)، حيث أشارا إلى أن فعالية العلاج النفسي تقاس بمدى انتقال الفرد من المجال المرضي إلى المجال الوظيفي السوي، إضافة إلى موثوقية التغير الحاصل.

كما تدل هذه النتائج على أن التحسن لم يكن مقتصرًا على متوسطات المجموعة فقط، بل تحقق فعليًا لدى جميع الحالات المدروسة، وهو ما يعزز القيمة العلاجية للبروتوكول المستخدم، خاصة في ظل صغر حجم العينة واعتماد الدراسة على التحليل الفردي للحالات.

2. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

كما أظهرت نتائج الفرضية الثانية وجود فروق دالة إحصائيًا بين القياسين البعدي والتتبعي، حيث انخفض المتوسط الحسابي من (66.4) في القياس البعدي إلى (63) في القياس التتبعي، بمتوسط فروق بلغ (3.4)، كما بلغت قيمة اختبار "ت" (13.88)، وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)، مما يشير إلى استمرار التحسن لدى أفراد العينة حتى بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي.

ورغم وجود فروق دالة بين القياسين البعدي والتتبعي، إلا أن اتجاه الفروق كان لصالح القياس التتبعي، أي أن درجات اضطراب النوم واصلت الانخفاض بعد انتهاء الجلسات

العلاجية، وهو ما يدل على استمرارية الأثر العلاجي للبروتوكول وعدم اقتصاره على فترة التطبيق فقط.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Linehan (1993) التي أشارت إلى أن آثار العلاج الجدلي السلوكي تستمر حتى بعد انتهاء الجلسات العلاجية بسبب اعتماد المرضى على المهارات المكتسبة في مواجهة الضغوط اليومية. كما تتفق مع دراسة Harvey وآخرين (2011) التي أكدت أن تحسين التنظيم الانفعالي يؤدي إلى تحسن مستمر في جودة النوم لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية وصحية مزمنة.

3. الاستنتاج العام:

تدل النتائج العامة للدراسة على أن البروتوكول العلاجي القائم على العلاج الجدلي السلوكي كان فعالًا في خفض اضطرابات النوم لدى مرضى السكري من النوع الثاني، سواء من خلال المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي، أو من خلال استمرار التحسن في القياس التتبعي. وقد ظهر هذا الأثر على ثلاثة مستويات متكاملة: مستوى إحصائي تمثل في دلالة الفروق، ومستوى عملي تمثل في حجم الأثر المرتفع، ومستوى إكلينيكي تمثل في تحقق التغير الموثوق وانتقال الحالات إلى ما دون الحد الإكلينيكي.

وتنسجم هذه النتائج مع التصور النظري للعلاج الجدلي السلوكي الذي يرى أن الاضطرابات النفسية والسلوكية ترتبط بخلل في تنظيم الانفعال وضعف مهارات مواجهة

الضغوط. وبما أن اضطرابات النوم لدى مرضى السكري تتأثر بعوامل نفسية كالتوتر والقلق والانشغال بالمضاعفات الصحية، فإن استهداف هذه العوامل نفسيًا يؤدي إلى تحسين جودة النوم والتكيف النفسي لدى المرضى.

مقترحات الدراسة

- اعتماد البروتوكولات العلاجية النفسية القائمة على مهارات العلاج الجدلي السلوكي (DBT) ضمن برامج التكفل النفسي بمرضى السكري الذين يعانون من اضطرابات النوم .
- إدماج مهارات اليقظة الذهنية، وتنظيم الانفعال، وتحمل الضيق، والاسترخاء ضمن البرامج العلاجية الموجهة لمرضى السكري بهدف تحسين جودة النوم لديهم .
- إجراء دراسات مستقبلية على عينات أكبر وأكثر تنوعًا من مرضى السكري للتحقق من فعالية البروتوكول العلاجي بصورة أوسع .
- اعتماد تصميمات تجريبية أكثر ضبطًا، تتضمن مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة، بما يسمح بزيادة دقة النتائج وقابليتها للتعميم .
- توسيع نطاق القياس ليشمل مؤشرات طبية وفسيولوجية مثل الهيموغلوبين السكري (HbA1c)، ومستوى السكر الصائم، وضغط الدم، إلى جانب المقاييس النفسية الخاصة بالنوم والقلق وجودة الحياة .

- إجراء دراسات مقارنة بين العلاج الجدلي السلوكي (DBT) والعلاج المعرفي السلوكي للأرق (CBT–I)لمعرفة أيهما أكثر فعالية في خفض اضطرابات النوم لدى مرضى السكري .
- دراسة أثر الدمج بين العلاج الجدلي السلوكي والعلاج المعرفي السلوكي للأرق في تحسين جودة النوم والتحكم في المؤشرات الصحية المرتبطة بالسكري .
- اختبار فعالية البروتوكول العلاجي لدى فئات أخرى من المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، مثل مرضى ارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب، والسمنة .
- تنظيم دورات تدريبية للأخصائيين النفسانيين حول استخدام تقنيات العلاج الجدلي السلوكي في التعامل مع الاضطرابات المرتبطة بالأمراض المزمنة .
- إعداد برامج ومواد إرشادية لمرضى السكري تتضمن أساليب تحسين النوم الصحي، وإدارة القلق، والتحكم في الأفكار السلبية المصاحبة للأرق .
- تنظيم ورشات وبرامج توعوية لفائدة المرضى وأسرهم حول أهمية النوم الجيد وعلاقته بالتحكم في مستويات السكر وتحسين الصحة النفسية والجسدية .
- تعزيز التعاون بين الأطباء والأخصائيين النفسانيين من أجل تقديم رعاية متكاملة تأخذ بعين الاعتبار الجوانب النفسية والجسدية المرتبطة بمرض السكري .

- توجيه الاهتمام العلاجي والبحثي إلى اضطرابات النوم لدى مرضى السكري باعتبارها عاملًا مؤثرًا في جودة الحياة والالتزام بالعلاج والتحكم في المرض، وليس مجرد عرض ثانوي مصاحب له.

قائمة المراجع

قائمة المراجع والمصادر

المراجع العربية:

1. أبو زيد، أحمد محمد جاد الرب. (2021). العلاج الجدلي السلوكي وخفض الاضطرابات الانفعالية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

2. أبو علام، رجاء محمود. (2017). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية. القاهرة: دار النشر للجامعات.
3. أبو عيطة، سهير. (2017). الإرشاد النفسي المعاصر. عمان: دار المسيرة.
4. البنا، أنور حمودة. (2008). المواقف الحياتية الضاغطة وعلاقتها باضطرابات النوم واليقظة لدى طلبة جامعة الأقصى في محافظة غزة من الجنسين المتزوجين وغير المتزوجين. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الإنسانية، 16(2)، 585–630.
5. خميسة، آية، وخلفات، مالك. (2025). اضطرابات النوم وآثارها النفسية والجسمية. مذكرة ماستر، جامعة الشهيد حمه لخضر، الوادي، الجزائر.
6. ديهية، موفق. (2020). اضطرابات النوم والمشكلات الصحية. مجلة المعيار، 24(52)، 852–865.
7. الزغبي، عبد الكريم. (2017). علم النفس الصحي: المفاهيم والتطبيقات. عمان: دار المسيرة.
8. سي بوعزة، رهام. (2024). مساهمة العلاج المتمركز حول العميل في خفض الوحدة النفسية للمصابين بداء السكري. مذكرة ماستر ،جامعة بلحاج بوشعيب، عين تموشنت، الجرائز.
9. صالح، مريم. (2021). العلاج الجدلي السلوكي: النظرية والتطبيق. عمان: دار الفكر.
10. عبد الله، أحمد عمرو. (2019). العلاج الجدلي السلوكي بين النظرية والتطبيق. القاهرة: دار الفكر العربي.

11. العساف، صالح بن حمد. (2020). المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية. الرياض: دار الزهراء.
12. العلي، نهلة. (2022). الإرشاد الجدلي السلوكي وتنمية المهارات الحياتية. عمان: دار الفكر.
13. فايد، حسين علي. (2018). العلاج النفسي السلوكي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
14. كاظم، علي محمود. (2014). قياس اضطرابات النوم لدى طلبة المرحلة الإعدادية. مجلة كلية التربية الأساسية، جامعة بابل.
15. ملحم، سامي محمد. (2018). مناهج البحث في التربية وعلم النفس (ط8). عمان: دار المسيرة.
16. محروم، مريم حسني حمد، والخوالدة، صالح سالم السويلم. (2021). العلاج الجدلي السلوكي: مدخل علاجي واعد. مجلة علوم الإنسان والمجتمع، 10(2)، 367–407.
17. هشام، نرمين. (2023). العلاج الجدلي السلوكي وتطبيقاته الإكلينيكية. القاهرة: دار الجامعة الجديدة.

المراجع الأجنبية

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). Diagnosis and classification of diabetes: Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care, 48(Suppl. 1), S27–S49.
2. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.

3. Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. Journal of Affective Disorders, 135(1–3), 10–19.
4. Cappuccio, F. P., D'Elia, L., Strazzullo, P., & Miller, M. A. (2010). Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. Diabetes Care, 33(2), 414–420.
5. Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
6. Creswell, J. W. (2014). Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (4th ed.). Sage.
7. Edinger, J. D., & Means, M. K. (2005). Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia. Clinical Psychology Review, 25(5), 539–558.
8. Fisher, L., Glasgow, R. E., & Strycker, L. A. (2010). The relationship between diabetes distress and clinical depression with glycemic control among patients with type 2 diabetes. Diabetic Medicine, 27(5), 554–560.
9. Gangwisch, J. E., Heymsfield, S. B., Boden-Albala, B., et al. (2007). Sleep duration as a risk factor for diabetes incidence in a large U.S. sample. Sleep, 30(12), 1667–1673.
10. Harley, R., Sprich, S., Safren, S. A., Jacobo, M., & Fava, M. (2007). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. Journal of Nervous and Mental Disease, 195(4), 363–368.

11. Harvey, A. G. (2008). Insomnia, psychiatric disorders, and the transdiagnostic perspective. Current Directions in Psychological Science, 17(5), 299–303.
12. Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59(1), 12–19.
13. Knutson, K. L., Ryden, A. M., Mander, B. A., & Van Cauter, E. (2006). Role of sleep duration and quality in the risk and severity of type 2 diabetes mellitus. Archives of Internal Medicine, 166(16), 1768–1774.
14. Linehan, M. M. (1993). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Guilford Press.
15. Linehan, M. M. (2015). DBT Skills Training Manual (2nd ed.). Guilford Press.
16. Lloyd, C. E., Dyer, P. H., & Barnett, A. H. (2005). Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. Diabetic Medicine, 17(3), 198–202.
17. McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., & Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 169(6), 650–661.
18. Morin, C. M., & Benca, R. (2012). Chronic insomnia. The Lancet, 379(9821), 1129–1141.
19. Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. Behaviour Research and Therapy, 59, 40–51.

20. Ong, J. C., Ulmer, C. S., & Manber, R. (2012). Improving sleep with mindfulness and acceptance: A metacognitive model of insomnia. Behaviour Research and Therapy, 50(11), 651–660.

21. Reutrakul, S., & Van Cauter, E. (2018). Sleep influences on obesity, insulin resistance, and risk of type 2 diabetes. Metabolism, 84, 56–66.

22. Riemann, D., Spiegelhalder, K., Feige, B., Voderholzer, U., Berger, M., Perlis, M., & Nissen, C. (2010). The hyperarousal model of insomnia: A review of the concept and its evidence. Sleep Medicine Reviews, 14(1), 19–31.

23. Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference. Houghton Mifflin.

24. Spiegel, K., Leproult, R., & Van Cauter, E. (1999). Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. The Lancet, 354(9188), 1435–1439.

25. Surwit, R. S., Van Tilburg, M. A. L., Zucker, N., McCaskill, C. C., Parekh, P., Feinglos, M. N., Edwards, C. L., Williams, P., & Lane, J. D. (2002). Stress management improves long-term glycemic control in type 2 diabetes. Diabetes Care, 25(1), 30–34

الملاحق

ملحق (1) مخرجات (spss) تنائج الدراسة تجريبية

Paired Samples Statistics

Std. Error Mean	Std. Deviation	N	Mean		
2.502	5.595	5	92.60	درجات القياس القبلي لدى مرضى السكري على مقياس اضطراب النوم	Pair 1
2.731	6.107	5	66.40	درجات القياس البعدي لدى مرضى السكري على مقياس اضطراب النوم	
2.731	6.107	5	66.40	درجات القياس البعدي لدى مرضى السكري على مقياس اضطراب النوم	Pair 2
2.915	6.519	5	63.00	درجات القياس التتبعي لدى مرضى السكري على مقياس اضطراب النوم	

Paired Samples Correlations

Sig.	Correlation	N		
0.027	0.920	5	درجات القياس القبلي لدى مرضى السكري على مقياس اضطراب النوم & درجات القياس البعدي لدى مرضى السكري على مقياس اضطراب النوم	Pair 1
0.000	0.998	5	درجات القياس البعدي لدى مرضى السكري على مقياس اضطراب النوم & درجات القياس التتبعي لدى مرضى السكري على مقياس اضطراب النوم	Pair 2

Tests of Normality

Shapiro-Wilk			درجات القياس
Sig.	df	Statistic	
0.998	5	0.998	درجات القياس القبلي لدى مرضى السكري على مقياس اضطراب النوم
0.664	5	0.940	درجات القياس البعدي لدى مرضى السكري على مقياس اضطراب النوم
0.779	5	0.956	درجات القياس التتبعي لدى مرضى السكري على مقياس اضطراب النوم

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Test

	Paired Differences						
	95% Confidence Interval of the Difference		Std. Error Mean	Std. Deviation	Mean		
	Upper	Lower					
	29.164	23.236	1.068	2.387	26.200	درجات القياس القبلي لدى مرضى السكري على مقياس اضطراب النوم - درجات القياس البعدي لدى مرضى السكري على مقياس اضطراب النوم	Pair 1
	4.080	2.720	0.245	0.548	3.400	درجات القياس البعدي لدى مرضى السكري على مقياس اضطراب النوم - درجات القياس التتبعي لدى مرضى السكري على مقياس اضطراب النوم	Pair 2

القرار	نقطة Cutoff القطع أو المعيار	القرار	مؤشر RCI التغير الموثوق	خطأ SEdiff القياس للفروق	Differences	درجات القياس البعدي	درجات القياس القبلي
	72.5		11.20	2.23	25	60	85
	77.5		11.20	2.23	25	65	90
	78		13.44	2.23	30	63	93
	81.5		12.10	2.23	27	68	95
	88		10.75	2.23	24	76	100

ملحق(02) مقياس اضطراب النوم

مقياس اضطراب النوم

الرقم	الفقرة	تنطبق بدرجة محدودة	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق تمامًا
01	أعاني من صعوبة الدخول في النوم			
02	أعاني من حدوث تقطع متكرر في النوم			
03	أشعر بعدم الراحة بعد الاستيقاظ من النوم			
04	أشكو من الاستيقاظ المبكر			
05	أشعر بالتوتر عندما يحين وقت النوم			
06	أعاني من عدم القدرة على النوم المدة التي ينبغي نومها			
07	أشكو من الاستمرار في النوم			
08	أرغب في النوم والتقلب عدة مرات قبل الدخول في النوم			
09	أشكو من الاستيقاظ مبكرًا وعدم القدرة على العودة في النوم			
10	أشعر بالتعب الجسمي أو العقلي عند الاستيقاظ من النوم			
11	أنام أكثر من 10 ساعات في اليوم الواحد			
12	أعاني من النوم بصورة مفاجئة دون إرادتي خلال النهار			
13	أشعر بالرغبة في النوم حتى في النهار			
14	أستغرق فترة طويلة للانتقال إلى حالة اليقظة الكاملة عند الاستيقاظ من النوم			
15	أستيقظ قليلًا حين الوقت أثناء النهار أو الليل			
16	أعاني من النعاس الشديد خلال النهار			
17	أستيقظ عدة مرات أثناء النوم			
18	أنتقل بصعوبة من حالة النوم إلى حالة اليقظة			

19	أنتقل بصعوبة من حالة اليقظة إلى النوم			
20	أعاني من النوم في الأوقات الطبيعية المعتاد عليها			
21	أشعر أنني لا أنام بقدر كاف			
22	أنام ساعات كافية لكنني لا أشعر بالنشاط عند الاستيقاظ			
23	أستيقظ أثناء النوم صارخًا مذعورًا			
24	أنهض من نومي متصببًا عرقًا مرتجفًا			
25	أحاول الهروب من الحجرة من شدة الفزع أثناء النوم			
26	أستيقظ مرتبكًا خائفًا وجلًا أثناء النوم			
27	أعاني من أحلام مزعجة أثناء النوم			
28	أنهض من نومي شاكيًا من محتوى حلمي المرعب			
29	أرى حلمًا مخيفًا مرعبًا أثناء نومي يؤدي إلى انقطاع استمرار النوم مستنجدًا طالبًا النوم			
30	أعاني من المشي أثناء النوم			
31	أتجول في أركان البيت أثناء النوم ويكون وجهي محدقًا دون تعبير			
32	غالبًا ما أقوم من السرير أثناء الثلث الأول من النوم وأسير متجولًا لعدة دقائق دون تذكر أي شيء عن الحدث			
33	أعاني من التكلم أثناء النوم			
34	أتكلم ببعض الكلمات أو الجمل بصوت مسموع أثناء النوم			
35	أستيقظ أثناء النوم وأنا أردد مجموعة من الكلمات أو الجمل			