

جامعة قاصدي مرياح - ورقلة  
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية  
قسم علم النفس و علوم التربية



مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي

ميدان: علوم إجتماعية

الشعبة علم النفس

التخصص: علم النفس العيادي

من إعداد الطالبة : زوليخة قزير

بعنوان:

علاقة المعتقدات ماوارء المعرفية بقلق المرض  
(دراسة مقارنة لعينة من أبناء المصابين بالسرطان وأبناء غير  
المصابين بالسرطان بمدينة ورقلة)

نوقشت بتاريخ : 2016/05/26

لجنة المناقشة :

د.خلادي يمينة	- جامعة قاصدي مرياح	رئيسا و مناقشا
د.محمد سليم خميس	- جامعة قاصدي مرياح	مشرفا
د. وردة بلحسيني	- جامعة قاصدي مرياح	مناقشا

الموسم الجامعي : 2016/2015

## شكر و تقدير

بداية الحمد و الشكر لله سبحانه و تعالى  
الذي أعانني على إتمام هذا البحث، و لولا توفيقه عز و جل  
لما تحقق من ذلك شيء، ثم الصلاة و السلام على نبيه الذي  
اصطفى و بعد، ولا يسعني في هذه اللحظة إلا أن أتوجه  
بخالص شكري وكامل عرفاني للأستاذ الفاضل سليم خميس  
الذي رعى هذا العمل وأشرف عليه موجهها ومرشدا ومعينا  
فجزاه الله عني كل خير .

كما أتوجه بأسمى معاني الشكر لأساتذتي الكرام أعضاء  
لجنة المناقشة الذين قبلوا مناقشة وإثراء هذا العمل .  
وأتوجه بجزيل الشكر والامتنان لأسرتي على مسانبتها لي  
للوصول إلى هذه المرحلة، كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر  
الجزيل لكل من ساعدني من قريب أو بعيد، وأتقدم بشكري  
لكل زملائي ورفقائي طلبة علم النفس العيادي دفعة  
2016/2015 أرجو من الله أن يوفقهم جميعا لما يحبه  
و يرضاه.

زوليخة

## ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المعتقدات ماوراء المعرفية و قلق المرض لدى عينة من أبناء المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان بمدينة ورقلة، ومعرفة نسبة انتشار قلق المرض لدى هذه العينة، والفروق بين أفراد العينة في قلق المرض، بالإضافة إلى التعرف على مدى تأثير تفاعل كل من (المعتقدات ماوراء المعرفية و الإصابة بالسرطان)، (الجنس والإصابة بالسرطان)، (السن و الإصابة بالسرطان) على قلق المرض. ومن هنا جاءت فرضيات الدراسة كالتالي :

- (1) لا توجد علاقة ارتباطية دالة بين المعتقدات ماوراء المعرفية و قلق المرض لدى عينة الدراسة.
- (2) نتوقع أن تكون نسبة انتشار قلق المرض منخفضة لدى عينة الدراسة.
- (3) لا توجد فروق دالة في قلق المرض بين أبناء المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان.
- (4) لا يؤثر تفاعل المعتقدات ماوراء المعرفية و الإصابة بالسرطان على قلق المرض.
- (5) لا يؤثر تفاعل الجنس و الإصابة بالسرطان على قلق المرض.
- (6) لا يؤثر تفاعل السن و الإصابة بالسرطان على قلق المرض.

وللتحقق من الفرضيات سألنا الدكتور تم تطبيق مقياس ماوراء المعرفة لـ عبدالله عبد الظاهر الخولي، ومقياس قلق المرض المصمم من قبل الطالبة، و بعد التأكد من صدق و ثبات كل مقياس، تم إجراء الدراسة الأساسية على عينة قصدية من أبناء المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان بمدينة ورقلة، تمثلت عينة الدراسة في (85) راشد من أبناء المصابين بالسرطان، و(85) راشد من أبناء غير المصابين بالسرطان، أعمارهم بين (19-50) سنة من كلا الجنسين (ذكور/إناث) ، بمدينة ورقلة. وقد تمت معالجة البيانات إحصائياً باستخدام برنامج (SPSS-V,19)، وكانت النتائج كالتالي:

- (1) توجد علاقة ارتباطية دالة بين المعتقدات ماوراء المعرفية و قلق المرض لدى عينة الدراسة.
- (2) ارتفاع نسبة انتشار قلق المرض لدى عينة الدراسة من خلال استجاباتهم على مقياس قلق المرض، حيث بلغت نسبة ذوي قلق المرض المرتفع (24,08%)، ونسبة ذوي قلق المرض المتوسط (24,38%) من عينة الدراسة.

3) توجد فروق دالة في قلق المرض بين أبناء المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان، لصالح أبناء المصابين بالسرطان.

4) لا يؤثر تفاعل المعتقدات ماوارء المعرفية و الإصابة بالسرطان على قلق المرض.

5) لا يؤثر تفاعل الجنس و الإصابة بالسرطان على قلق المرض

6) لا يؤثر تفاعل السن و الإصابة بالسرطان على قلق المرض

ولقد تمت مناقشة وتفسير النتائج بالعودة إلى الدراسات السابقة، وما كتب نظريا حول الموضوع،

و في الأخير تبقى هذه النتائج محدودة بعينة الدراسة و منهجها و أدواتها.

**الكلمات المفتاحية:** المعتقدات ماوارء المعرفية، قلق المرض.

## Résumé :

Notre étude vise à identifier la relation entre les croyances métacognitives et l'anxiété de la Maladie sur un échantillon d'enfants de patients cancéreux et d'enfants de personnes non cancéreuses dans la ville de Ouargla, d' identifier le pourcentage prévalence l'anxiété de la Maladie dans cet échantillon, les différences entre les répondants sur l'échelle d'anxiété, ainsi que d'identifier l'ampleur de l'impact de chacun (des croyances métacognitives et l'atteinte de cancer), (le sexe et l'atteinte de cancer), (âge et l'atteinte de cancer) sur l'anxiété de la Maladie. Pour répondre aux interrogations précédentes de cette étude on a formulé les hypothèses suivantes:

- 1) Il n'y a pas de corrélation significative entre les croyances métacognitives et l'anxiété de la Maladie dans l'échantillon de l'étude.
- 2) On prévoit que le taux de propagation l'anxiété de la Maladie est faible parmi l'échantillon d'étude.
- 3) Il n'y a pas de différences significatives dans l'anxiété de la Maladie entre les enfants de patients cancéreux et les enfants des personnes non cancéreuses.
- 4) Il n'y a pas d'interaction des croyances métacognitives et l'atteinte du cancer sur l'anxiété de la Maladie.
- 5) Il n'y a pas d'interaction du sexe et l'atteinte du cancer sur l'anxiété de la Maladie.
- 6) Il n'y a pas d'interaction de l'âge et l'atteinte de cancer sur l'anxiété de la Maladie.

Afin de vérifier l'authenticité des hypothèses de cette étude, on a appliquée les outils suivants: le test de méta cognitive de Abdullah Abdul Zahir Kholi, et le test l'anxiété de la Maladie conçu par l'étudiante, et après la vérification de la validité et la stabilité de ces outils, on a appliquée les tests sur l'échantillon délibérée, qui se compose de (85) Adulte des enfants de patients cancéreux, et (85) Adulte des enfants des personnes non cancéreuses, avec un intervalle d'âge de (19-50 ans), des deux sexes (hommes / femmes), de la ville de Ouargla. et après la collecte des données on a procédé a

l'analyse statistique on utilisant le programme statistique (SPSS.19) des sciences sociales Ce ci nous a permis d'aboutir aux résultats suivants :

- 1) Il existe une corrélation significative entre Les croyances métacognitives et l'anxiété de la Maladie dans l'échantillon de l'étude.
- 2) une forte prévalence l'anxiété de la Maladie chez d'échantillon d'étude à travers leurs réponses sur le test l'anxiété de la Maladie, ainsi le pourcentage a atteint (08,24%) chez des individus dont l'anxiété de la Maladie est élevé, et le pourcentage a atteint (38,24%) chez des individus dont l'anxiété de la Maladie est moyenne de l'échantillon de l'étude.
- 3) Il existe des différences significatives dans l'anxiété de la Maladie entre les enfants de patients cancéreux et les enfants des perssons non cancéreuses, au profit des enfants de patients cancéreux.
- 4) il n'y a pas d'incidence d'interaction des croyances métacognitives et l'atteinte de cancer sur l'anxiété de la Maladie.
- 5) il n'y a pas d'incidence d'interaction du sexe et l'atteinte de cancer sur l'anxiété de la Maladie.
- 6) il n'y 'a pas d'incidence d'interaction d'âge et l'atteinte du cancer sur l'anxiété de la Maladie.

La discussion des résultats s'est faite a partir des études précédentes et les écrits théoriques sur le même thème. Enfin les résultats de cette étude reste limitée par l'échantillon ; la méthodologie et les outils choisis.

**Mots clés :** les croyances métacognitives, l'anxiété de la Maladie

## فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
كلمة شكر.....	أ
ملخص الدراسة.....	ب
فهرس المحتويات.....	و
فهرس الجداول .....	ي
فهرس الأشكال.....	ل
مقدمة الدراسة .....	1

### الجانب النظري

#### الفصل الأول: تقديم الدراسة

1. مشكلة الدراسة .....	05
2. تساؤلات الدراسة.....	09
3. فرضيات الدراسة .....	10
4. أهداف الدراسة.....	10
5. أهمية الدراسة.....	10
6. حدود الدراسة.....	11
7. المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة.....	11

#### الفصل الثاني: اضطراب قلق المرض

تمهيد.....	15
1. مدخل إلى اضطرابات الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة.....	16
1.1 تعريف اضطرابات الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة.....	16
2.1 التغيرات المستحدثة في اضطرابات الأعراض الجسدية وفق (DSM-5).....	18
3.1 محكات تشخيص اضطرابات الأعراض الجسدية وفق (DSM-4,5) و( ICD-10).....	22
2. ماهية اضطراب قلق المرض.....	24
1.2 تعريف اضطراب قلق المرض.....	24
2.2 تشخيص اضطراب قلق المرض.....	26
3.2 الفرق بين اضطراب قلق المرض واضطراب توهم المرض.....	29
4.2 الاضطرابات المصاحبة، التطور والمآل.....	32

33	3. النماذج النظرية المفسرة لاضطراب قلق المرض
33	1.3. النماذج العصبية البيولوجية
33	2.3. النماذج المعرفية السلوكية
36	4. علاج اضطراب قلق المرض
36	1.4. العلاج الدوائي
36	2.4. العلاج المعرفي السلوكي
40	خلاصة الفصل

### الفصل الثالث: المعتقدات ما وراء المعرفية

42	تمهيد
43	1. التصور المفاهيمي لما وراء المعرفة
43	1.1. نشأة ما وراء المعرفة
44	2.1. تعريف ما وراء المعرفة
46	3.1. خصائص العمليات ما وراء معرفية
48	2. مكونات ما وراء المعرفة
48	1.2. مكونات ما وراء المعرفة في المجال التربوي
51	2.2. مكونات ما وراء المعرفة في مجال علم النفس المرضي
56	3. التفسير ما وراء معرفي للاضطراب النفسي
56	1.3. الخلفية النظرية
58	2.3. نماذج لتفسير بعض الاضطرابات النفسية
58	1.2.3. اضطراب القلق العام
61	2.2.3. الوسواس القهري
64	4. العلاج ما وراء معرفي
64	1.4. أهداف العلاج ما وراء المعرفي
65	2.4. الفنيات المستخدمة في العلاج ما وراء المعرفي
67	خلاصة الفصل



## الجانب التطبيقي

### الفصل الرابع: إجراءات تطبيق الدراسة الميدانية

تمهيد	70
1. المنهج المستخدم في الدراسة	70
2. الدراسة الاستطلاعية	71
1.2. أهداف الدراسة الاستطلاعية	71
2.2. عينة الدراسة الاستطلاعية	71
3. أدوات الدراسة	72
1.3. مقياس ما وراء المعرفة	72
أولا : وصف المقياس	72
ثانيا: الخصائص السيكومترية لمقياس ما وراء المعرفة لـ عبد الله عبدالظاهر الخولى	73
ثالثا : الخصائص السيكومترية لمقياس ما وراء المعرفة في البيئة المحلية(للباحث الحالي)	77
2.3. مقياس قلق المرض	81
أولا : وصف المقياس	81
ثانيا : الخصائص السيكومترية للمقياس	82
4. الدراسة الأساسية	87
1.4. عينة الدراسة الأساسية	87
4.2. إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية	90
5. الأساليب الإحصائية المستخدمة	91
خلاصة الفصل	91

### الفصل الخامس: عرض و تحليل نتائج الدراسة

تمهيد	93
1. عرض و تحليل نتيجة الفرضية الأولى	93
2. عرض و تحليل نتيجة الفرضية الثانية	94
3. عرض و تحليل نتيجة الفرضية الثالثة	95
4. عرض و تحليل نتيجة الفرضية الرابعة	97
5. عرض و تحليل نتيجة الفرضية الخامسة	98
6. عرض و تحليل نتيجة الفرضية السادسة	99
خلاصة الفصل	100

## الفصل السادس: مناقشة و تفسير نتائج الدراسة

102	تمهيد
102	1. مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الأولى
106	2. مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الثانية
108	3. مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الثالثة
110	4. مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الرابعة
111	5. مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الخامسة
112	6. مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية السادسة
113	خلاصة الفصل
114	خلاصة الدراسة
115	توصيات
117	المراجع
	الملاحق

الملحق (01) : مقياس ما وراء المعرفة

الملحق (02) : استمارة تحكيم مقياس قلق المرض

الملحق (03) : قائمة المحكمين لمقياس قلق المرض

الملحق (04) : مقياس قلق المرض في صورته الأولية

الملحق (05) : مقياس قلق المرض في صورته النهائية

الملحق (06) : نتائج المعالجة الاحصائية ببرنامج (SPSS-V,19)

## فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	جدول يوضح عرض ووصف موجز لأهم الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية	19
02	جدول يبين محكات تشخيص اضطرابات الأعراض الجسدية وفق (DSM-4,5) و (ICD-10)	22
03	جدول يوضح مقارنة بين قلق المرض و توهم المرض	30
04	جدول يبين مكونات ما وراء المعرفة في المجال التربوي	48
05	جدول يبين مكونات ما وراء المعرفة في مجال علم النفس المرضي	52
06	جدول يبين نتائج التحليل العاى من الدرجة الثانية بطريقة المكونات الأساسية لفقرات مقياس ما وراء المعرفة	75
07	جدول يبين جدول يوضح أبعاد الصورة النهائية لمقياس ما وراء المعرفة وعبارات كل بعد	78
08	جدول يبين ملخص لمعاملات الارتباط بين مجموع درجة كل عبارة وكل من الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية للمقياس	79
09	جدول يبين معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للأبعاد والدرجة الكلية للمقياس	79
10	جدول يبين نتائج معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية لمقياس ما وراء المعرفة	80
11	جدول يبين نتائج اختبار"ت" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين الطرفيتين على مقياس ما وراء المعرفة	81
12	جدول يبين نتائج اختبار"ت" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين الطرفيتين لكل بعد من أبعاد مقياس ما وراء المعرفة	81
13	جدول يبين معامل ألفا كرونباخ لتجانس بنود كل بعد وبنود مقياس ما وراء المعرفة	82
14	جدول يبين معامل الثبات قبل و بعد التعديل للمقياس ككل وأبعاده	83
15	جدول يبين يوضح أبعاد وبنود مقياس قلق المرض	84
16	جدول يبين مستويات قلق المرض	84
17	جدول يبين يوضح الفقرات المعدلة والمحدوفة من مقياس قلق المرض في ضوء آراء المحكمين.	85
18	جدول يبين نتائج معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية لمقياس قلق	86

	المرض	
87	جدول يبين نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين الطرفيتين على مقياس قلق المرض	19
87	جدول يبين نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين الطرفيتين لكل بعد من أبعاد مقياس قلق المرض	20
88	جدول يبين معامل ألفا كرونباخ لتجانس بنود كل بعد وبنود مقياس قلق المرض	21
88	جدول يبين معامل الثبات قبل و بعد التعديل للمقياس ككل وأبعاده	22
89	جدول يبين يوضح عدد عينة أبناء المصابين بالسرطان و توزيعها حسب الجنس و السن	23
90	جدول يبين عدد عينة أبناء غير المصابين بالسرطان و توزيعها حسب الجنس و السن	24
91	جدول يبين عدد العينة الكلية و توزيعها حسب الجنس و السن	25
94	جدول يبين معامل الارتباط بين المعتقدات ماوراء المعرفية و قلق المرض	26
95	جدول يبين نسب انتشار قلق المرض حسب مستوياته الثلاث	27
96	جدول يبين نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أبناء المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان على مقياس قلق المرض	28
97	جدول يبين نتائج تحليل التباين الثنائي حسب متغيري المعتقدات ماوراء المعرفية والإصابة بالسرطان	29
98	جدول يبين نتائج تحليل التباين الثنائي حسب متغيري الجنس والإصابة بالسرطان	30
99	جدول يبين نتائج تحليل التباين الثنائي حسب السن والإصابة بالسرطان	31

## فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	شكل يوضح أهم التغيرات المستحدثة بين (DSM4) للاضطرابات جسدية الشكل و (DSM5) للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية	18
02	شكل يوضح الفرق بين اضطراب قلق المرض واضطراب توهم المرض	29
03	شكل يوضح كيفية حدوث قلق المرض	34
04	شكل يوضح مستويات النظام المعرفي	46
05	شكل يوضح نموذج ويلز "Wells" لاضطراب القلق العام	58
06	شكل يوضح النموذج ماوراء معرفي لاضطراب الوسواس القهري	62
07	شكل يوضح توزيع عينة أبناء المصابين بالسرطان حسب الجنس	90
08	شكل يوضح توزيع عينة أبناء المصابين بالسرطان حسب السن	
09	شكل يوضح توزيع عينة أبناء غير المصابين بالسرطان حسب الجنس	90
10	شكل يوضح توزيع عينة أبناء غير المصابين بالسرطان حسب السن	
11	شكل يوضح النسب المئوية لتوزيع أفراد العينة حسب مستويات قلق المرض	95
12	شكل يوضح الفروق بين متوسطات درجات أبناء المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان على مقياس قلق المرض	96

### مقدمة الدراسة :

يشهد العالم في الآونة الأخيرة مخاطر متباينة منها على سبيل المثال لا الحصر، مخاطر التلوث وتدهور البيئة الطبيعية وثقب الأوزون وظاهرة الانحباس الحراري وغيرها...وقد تلازم مع زيادة هذه المخاطر انتشار الأمراض، والتي أضحت في تزايد يوما بعد يوم، وعجز الطب عن علاج العديد منها مثل أمراض القلب والسيدا، والسرطان.. وأضحت تصنف مثل هذه الأمراض ضمن الأمراض الخطيرة، مما نتج عنه خوف وقلق شديد لدى الأفراد حول صحتهم. والخوف والقلق عند الإنسان أمر طبيعي باعتباره حريص على سلامة صحته، ولكن قد يبالغ البعض في هذا القلق وتسيطر عليهم مخاوف غير واقعية حول كل ما يتعلق بحالتهم الصحية، فيقلقون بشكل دائم حول إصابتهم بمرض ما رغم عدم وجود دليل على ذلك، ومثل هذه الحالات أصبحت تصنف ضمن اضطراب قلق المرض، حيث يعد هذا الأخير واحد الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية، الذي أضيف حديثا في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5)، والذي يعرف بالخوف الشديد من الإصابة بمرض خطيرة والانشغال المفرط بالصحة في غياب الأعراض الجسدية الجوهرية. حيث يميل المصابين بقلق المرض للانتباه الانتقائي، وإساءة التفسير للمعلومات ذات الصلة بالصحة والمرض وتسيطر عليهم مخاوف مرضية واعتقادات وهمية تدعم فكرة وجود مرض خطير، وهذه الاعتقادات قد تأخذ بعدا ما وراء معرفيا، يؤثر على الأسلوب الذي يستجيب به الفرد للأفكار المتعلقة بالصحة والمرض، وهو ما يندرج ضمن النموذج الما وراء المعرفي في تفسيره للاضطرابات النفسية. وانطلاقا مما سبق، ارتأت الطالبة أن يشمل موضوع هذه الدراسة العلاقة بين المعتقدات ماوارة المعرفية و قلق المرض لدى عينة من أبناء المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان بمدينة ورقلة، معتمدة على الخطة التالية، والتي شملت جانبين، جانب نظري وجانب تطبيقي يحتوي كل منهما على ثلاثة فصول، حيث:

بالنسبة للجانب النظري فقد جاء الفصل الأول فيه كمدخل للدراسة يتناول مشكلة الدراسة و ما يتبعها من

فرضيات و إبراز لأهمية الدراسة و كذا أهدافها بالإضافة إلى حدود الدراسة و أخيرا المفاهيم الإجرائية.

في حين جاء الفصل الثاني ليتناول اضطراب قلق المرض، من حيث تناول مدخل إلى اضطرابات

الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة، من خلال التعرف على مفهومها ،التغيرات المستحدثة

فيها وفق (DSM-5)، محكات تشخيصها وفق (DSM-4,5) و (ICD-10)، ثم تناول تعريف

اضطراب قلق المرض، معايير تشخيصه والفرق بينه وبين اضطراب توهم المرض، ثم النماذج النظرية المفسرة لاضطراب قلق المرض، وأخيرا علاج هذا الاضطراب.

و تناول **الفصل الثالث** المعتقدات ماوارة المعرفية من حيث التطرق لنشأتها، تعريفها وخصائصها، ثم مكوناتها في المجال التربوي وفي مجال علم النفس المرضي، ثم تناول التفسير الما وراء معرفي للاضطراب النفسي من خلال تقديم نموذجين لذلك، وصولا إلى العلاج الما وراء معرفي .

أما **الجانب لتطبيقي** فقد احتوى **الفصل الرابع** إجراءات تطبيق الدراسة الميدانية، من تعريف المنهج المستخدم و أدوات الدراسة و الدراسة الاستطلاعية، ثم الدراسة الأساسية، و في الأخير الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

في **الفصل الخامس** تم عرض و تحليل النتائج، و في **الفصل السادس** تم مناقشتها و تفسيرها، و في الأخير تقديم خلاصة للدراسة.

الجانب النظري



# الفصل الأول:

## تقديم الدراسة

1. مشكلة الدراسة
2. تساؤلات الدراسة
3. فرضيات الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. أهمية الدراسة
6. حدود الدراسة
7. المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة

## 1. مشكلة الدراسة :

يحتل مرض السرطان موقفا حساسا في وعي جمهور الناس من حيث إثارته لمشاعر الخوف والقلق لدى الكثيرين ويرجع ذلك إلى اعتبار السرطان أحد الأمراض الخطيرة المرتبط بالموت في أذهان غالبية البشر وذلك لارتفاع نسبة الوفيات بسبب هذا المرض. ففي عام 2012، كان هناك 14 مليون حالة جديدة و 8.2 مليون حالة وفاة جراء السرطان في جميع أنحاء العالم (GLOBOCAN,2012). ويتوقع أن ترتفع الإصابة بالسرطان إلى 22 مليون نسمة خلال العقدين القادمين، كما أنه أكثر من 60 % من حالات السرطان الجديدة في العالم تحدث في أفريقيا، وآسيا، وأميركا الوسطى والجنوبية. وتحدث 70% من وفيات السرطان في العالم أيضا في هذه المناطق. (the National CancerInstitute,2016).

أما في الجزائر فسجلت 37900 حالة سرطان في سنة 2012، كما تسبب في وفاة 21700 حالة في نفس السنة (GLOBOCAN,2012). وقد قام زعطوط وبلعسل بدراسة إحصائية لحالات السرطان في مركز مكافحة السرطان بورقلة على مدار ثلاث سنوات من 2008 إلى 2010، حيث بلغ عدد الحالات 125 حالة في سنة 2008، و 220 حالة في سنة 2009، و 249 حالة في سنة 2010. حيث تنتمي تلك الحالات جغرافيا إلى ولايات مختلفة، حيث بلغت 101 مريضا بورقلة (40 %)، و 80 مريضا من وادي سوف (32 %)، و 37 مريضا من غرداية (15 %)، إضافة إلى ولايات أخرى مثل بسكرة، و أدرار و اليزي، وسطيف (Zatout et Belaacel,2012).

إن تزايد الإصابة بالأمراض الخطيرة كالسرطان وغيره من الأمراض أدى إلى تزايد قلق وخوف الأفراد من الإصابة بهذه الأمراض، والخوف عند الإنسان هو أمر طبيعي باعتبار أنه حريص على سلامة صحته وإعادة ما يعتبر قدرًا من القلق والتوجس بشأن الحالة الصحية للشخص أمرا طبيعيا ومقبولا عند الشعور بعرض جسدي ما أو التعرض لما قد يؤثر على السلامة الصحية بشكل عام، إلا أن هذا القدر عند بعض الأشخاص يكون مفرطا ومبالغا فيه بالنسبة للاحتماالية الواقعية لوجود مشكلة طبية فعلية خطيرة(وائل أبو هندي،2015). وقد اصطلح على هذه الحالة بعدة مصطلحات بدءا بقلق الصحة، توهم المرض، وأخيرا قلق المرض.

ويعد قلق المرض (Illness Anxiety) أحد الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية والذي أضيف حديثا في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5)، الذي يتسم بالخوف الشديد من الإصابة بمرض خطيرة والانشغال المفرط بالصحة في غياب الأعراض الجسدية الجوهرية، كالخوف من مرض القلب، السرطان...

ويتوازي قلق المرض مع تشخيص توهم المرض (Hypochondrias)(المدرج سابقا في (DSM-4))، ولكن لا يعد توهم المرض مثل قلق المرض، فيشخص الفرد بقلق المرض فقط عندما لا يوجد هناك أي أعراض جسدية. فأغلب الأفراد الذين يشخصون باضطراب توهم المرض في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع المعدل، لديهم خبرة من الأعراض الجسدية التي تركز على قلقهم. ولكن أوضح الآن الدليل الخامس أن المخاوف من الأمراض الخطيرة المصاحبة بالأعراض الجسدية يتم تشخيصها باضطراب الأعراض الجسدية(أن كرينغ وآخرون،2016، 471).

ويعرف "John L. Perri" قلق المرض، بأنه اضطراب نفسي يتميز بالانشغال المفرط بالمرض والميل إلى الخوف أو الاعتقاد بأن الفرد لديه مرض خطير على أساس وجود علامات أو أعراض جسدية خفيفة الشدة، ويتجه بعض الأفراد المصابين بقلق المرض لتلقي الرعاية الطبية، في حين يتجنب البعض الآخر الحصول على الرعاية الطبية. ويستند التشخيص السريري لاضطراب قلق المرض بالمخاوف المستمرة والسلوكيات المرتبطة بالمرض لمدة ستة أشهر أو أكثر (John L. Perri,2014).

وبسبب حداثة تعريف اضطراب قلق المرض فإنه لا توجد دراسات وبائية على نسب انتشاره(أن كرينغ وآخرون،2016، 471). إلا أنه من استقرار الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع المعدل، فإنه عادة ما تبدأ الاهتمامات بكل من الأعراض الجسدية وقلق الصحة في بداية مرحلة البلوغ (أن كرينغ وآخرون،2016،468)، كما يحدث بنسب متساوية بين الرجال والنساء( Joel E. Dimsdale, MD,2013).

ويعتقد "John L. Perri" أن قلق المرض ينتج من سوء تفسير وظائف ومؤشرات الجسم الطبيعية، مما يزيد من القلق حول الصحة (John L. Perri,2014)، وفي هذا الصدد حاولت العديد من النماذج النظرية تفسير القلق المتعلق بالصحة، ومن بينها النظرية المعرفية التي تفترض أن الأشخاص الذين يعانون من قلق شديد مستمر فيما يتعلق بالصحة والمرض لديهم نزوع قوي وأصيل لإساءة تفسير أعراضهم الجسدية بما فيها التغيرات الفسيولوجية وكذلك المعلومات الطبية أو أي معلومات تتعلق بالصحة كدليل على أنهم مصابون أو معرضون بصفة خاصة للإصابة بمرض ما خطير(وائل أبو هندي،2015)، وبالرغم من الدور المهم الذي لعبته النظرية المعرفية في تفسير القلق المتعلق بالصحة بشكل خاص والاضطراب النفسي بشكل عام من خلال تركيزها على أهمية التفكير و محتوى الأفكار والمعتقدات، إلا أن ويلز وما تيبوز ( Wells and Mathews ,1996) أكدوا على أنه ليس فقط محتوى

الأفكار والمعتقدات هو المسؤول على فهم الاضطرابات النفسية و إنما ترجع كذلك إلى اعتقادات ما وراء معرفية و تقييم لهذه المعرفة (فريدة قماز، 2011، 232).

و في هذا الصدد وضع (Wells and Mathews, 1994) تصورا نظريا يركز أساسا على مفهوم ما وراء المعرفة (Bailey, R., and Wells, A, 2015)، الذي يشير حسب ويلز "Wells" إلى "المعرفة حول المعرفة والتفكير حول التفكير، الذي يعد مهماً لفهم كيف تعمل المعرفة وتتشكل لدفع الفرد على الاهتمام أو ضبط التقييمات والتأثيرات وراء أشكال استراتيجيات الشخص الذي يستخدم لتنظيم أفكاره وسلوكياته" (رياض العاسمي، 2016). حيث قام كل من "Robin Bailey, Adrian Wells, 2015" بدراسة بعنوان "المعتقدات ما وراء المعرفة معدلة للعلاقة بين سوء التفسير كارثي وقلق الصحة"، وهدفت الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين سوء التفسير الكارثي، ما وراء المعرفة وقلق الصحة، كما هدفت إلى التأكد مما إذا كان التفاعل بين المعتقدات ما وراء المعرفة وسوء التفسير كارثي يقدم تفسير إضافي للتباين في هذه المعادلة، عند التحكم في المتغيرات الأخرى (أي، العصابية، والتضخيم الحسي الجسدي و سوء التفسير الكارثي)، طبقت الدراسة على (351) طالب من طلاب التمريض، كما استخدم الأدوات التالية: مؤشر وايتلي (Pilowsky 1967) لقياس والقلق الصحة، مقياس التضخيم الحسي الجسدي (SSAS)، استبيان الشخصية العصابية من مقياس Revised- Eysenck، مقياس ماوراء المعرفة استبيان (MCQ 30)، استبيان الإدراك حول صحة جسمية (Rief-CABAH)، استبيان سيناريوهات التفسير الصحي (HSIQ). وأظهرت النتائج أن هناك علاقة إيجابية بين ما وراء المعرفة، وسوء التفسير الكارثي، وقلق الصحة، كما أظهر تحليل الاعتدال أن تأثير سوء التفسير الكارثي على قلق الصحة تم تفسيره من خلال التفاعل مع ما وراء المعرفة. وأظهر تحليل الانحدار الهرمي مدى تفاعل التباين المفسر في قلق الصحة عند التحكم في المتغيرات الأخرى (أي، العصابية، والتضخيم الحسي الجسدي و سوء التفسير الكارثي)، وكان متغير ماوراء المعرفة عامل تنبؤ وحيد وقوي لقلق الصحة من سوء التفسير الكارثي. وخلصت الدراسة الى أن ما وراء المعرفة تعد عاملا مهما في العلاقة بين سوء التفسير الكارثي و قلق الصحة (Bailey, R., and Wells, A, 2015).

وعليه يركز النموذج الماوراء معرفي في تفسيره وعلاجه للاضطرابات النفسية على المتغيرات ما وراء المعرفة المتنوعة التي تسهم في نشأة واستمرار الاضطراب النفسي، منها : "معتقدات دمج الفكر (مثل : الدمج بين الفكر والحدث، الدمج بين الفكر والفعل، الدمج بين الفكر والموضوع)، استراتيجيات التحكم في الفكر (مثل:القلق،العقاب،التحكم الاجتماعي،التشويش)، المعتقدات ماوراء

المعرفية(مثل : المعتقدات الإيجابية عن القلق، الثقة المعرفية ، الوعي الذاتي المعرفي، المعتقدات السلبية بشأن عدم القدرة على التحكم في الأفكار أو الخطر،المعتقدات بشأن الحاجة إلى التحكم)" (عبد الله عبد الظاهر الخولي، 2014، 81). ويتم تحديد المعارف الذاتية عن العمليات المعرفية المختلة وظيفيا ودورها في حدوث الضيق والألم النفسي المرتبط بتلك الأفكار، ثم العمل على تعديلها (عادل عبد الله محمد، 2000).

وفي هذا الصدد يقول "روبن بايلي، Robin Bailey": إن للعوامل الما وراء معرفية دوراً حاسماً في تحديد أساليب التفكير غير المجدية، التي تساهم وتزيد من الاضطرابات النفسية، وأضاف أيضاً: "تكون عملية كيف يفكر المرء أهم بكثير مما يفكر به" (رمي الحموي،2015).

وقد توصلت كذلك الكثير من الدراسات إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين الاضطراب النفسي والمعتقدات ما وراء المعرفية(Metacognitive beliefs)، بالإضافة إلى أن لها دور رئيسي في العلاج ما وراء المعرفي من خلال التأثير على الأسلوب الذي يستجيب به الفرد للأفكار والمعتقدات والانفعالات السلبية، فهي بمثابة القوة المحركة خلف أسلوب التفكير المختل. حيث جاءت دراسة لـ عبد الله عبد الظاهر الخولي(2014) بعنوان: استراتيجيات التحكم في الفكر ومعتقدات ما وراء المعرفة كمنبئات بالاكتئاب لدى عينة من المراهقين، وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الاكتئاب وكل من المعتقدات ما وراء المعرفية، واستراتيجيات التحكم في الفكر، كما هدفت الدراسة إلى الكشف عن الاكتئاب من خلال كل من المعتقدات ما وراء المعرفية واستراتيجيات التحكم في الفكر، تكونت عينة الدراسة من (216) من طلاب الجامعة للعام الدراسي(2011/2012)، وقد استخدم الباحث المقاييس التالية : بطارية Beck للاكتئاب (د-2) (II-BDI)، ومقياس ما وراء المعرفة((30-MCS) (Hatton-

Control Thought) (Cartwright&Wells,1997)، ومقياس التحكم في الفكر (Control Thought Strategies,1997).وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن قيم معاملات الارتباط بين الاكتئاب وكل من المعتقدات ما وراء المعرفية واستراتيجيات التحكم في الفكر جاءت دالة عند(0.01)، كما كشفت عن إمكانية التنبؤ بالاكتئاب من خلال استراتيجيات التحكم في الفكر و المعتقدات ما وراء المعرفية (Abdallah Mohamed Abdelzاهر,2014).

كما أظهرت دراسة " ويلز ، باباجورجيو " Wells & Papageorgiou, 1998" التي هدفت إلى استكشاف العلاقة بين المعتقدات ما وراء المعرفية وكل من القلق المرضى واضطراب الوسواس القهري. حيث تم استخدام الأدوات التالية: قائمة الأفكار المقلقة لويلز، استبيان حالة القلق لبين Penn ، قائمة بادو، ومقياس ما وراء المعرفة. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى التنبؤ بأن المعتقدات الإيجابية عن

القلق والمعتقدات السلبية والتي تتضمن عدم القدرة على التحكم في القلق وخطورته، ربما تتنبأ بالقلق. كما أظهرت النتائج وجود ارتباط ايجابي بين أبعاد ما وراء المعرفة والنزعة إلى القلق المرضى وأعراض الوسواس القهري. وقد ارتبطت المعتقدات السلبية بشأن خطورة وعدم التحكم في القلق بوسواس وسلوك الاغتسال المتكرر. أما المعتقدات الإيجابية عن القلق فقد ارتبطت بوسواس وسلوك التأكد المتكرر (عبد الله عبد الظاهر الخولي، 2014، 353).

ويرى ويلز "Wells" في هذا الصدد أن إحدى سمات الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق هي أن الأفكار يصبح من الصعب السيطرة عليها كما تتحاز بطرق معينة تؤدي إلى تفاقم وإدامة المعاناة النفسية (عبد الله عبد الظاهر الخولي، 2014، 79)، كميل المصابين بقلق المرض للانتباه الانتقائي وإساءة التفسير للمعلومات ذات الصلة بالصحة والمرض والتي تؤكد قناعاتهم وتؤجج مخاوفهم (وائل أبو هندي، 2015). فوجود بيئة تعزز هذه المخاوف كإصابة أحد الوالدين بمرض خطير كالسرطان، قد يغذي الخوف من هذا المرض عند أبناء المصاب ويزيد تركيزهم وانتباههم نحو تفكيرهم حول صحتهم. ويعد هذا الأخير والمتمثل في توجيه الفرد انتباهه إلى تفكيره، ومحاولة فهم ووعي لما يحدث له، أهم ما ترتكز عليه نظرية ما وراء المعرفة.

ونظرا لقلة الدراسات الأجنبية والعربية (في حدود علم الطالبة) التي تناولت العلاقة بين المعتقدات ما وراء المعرفة وقلق المرض من جهة، ومن جهة أخرى فإن عينة هذه الدراسة والمتمثلة في فئة أبناء المصابين بمرض السرطان لم يتوفر أيضا دراسات تطرقت لهذه الفئة في تناولها للاضطرابات النفسية ولاسيما المقارنة مع فئة أبناء غير المصابين بالسرطان. وسعيا لفهم أفضل للعلاقات المتبادلة بين هذه المتغيرات جاءت الدراسة الحالية للإجابة على التساؤلات التالية.

## 2. تساؤلات الدراسة :

- (1) هل توجد علاقة ارتباطية دالة بين المعتقدات ما وراء المعرفة و قلق المرض لدى عينة الدراسة ؟
- (2) ماهي نسبة انتشار قلق المرض لدى عينة الدراسة؟
- (3) هل توجد فروق دالة في قلق المرض بين أبناء المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان؟
- (4) هل يؤثر تفاعل المعتقدات ما وراء المعرفة و الإصابة بالسرطان على قلق المرض؟
- (5) هل يؤثر تفاعل الجنس و الإصابة بالسرطان على قلق المرض؟
- (6) هل يؤثر تفاعل السن و الإصابة بالسرطان على قلق المرض؟

### 3. فرضيات الدراسة :

- (7) لا توجد علاقة ارتباطيه دالة بين المعتقدات ماوارء المعرفية و قلق المرض لدى عينة الدراسة.
- (8) نتوقع أن تكون نسبة انتشار قلق المرض منخفضة لدى عينة الدراسة.
- (9) لا توجد فروق دالة في قلق المرض بين أبناء المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان.
- (10) لا يؤثر تفاعل المعتقدات ماوارء المعرفية و الإصابة بالسرطان على قلق المرض.
- (11) لا يؤثر تفاعل الجنس و الإصابة بالسرطان على قلق المرض.
- (12) لا يؤثر تفاعل السن و الإصابة بالسرطان على قلق المرض.

### 4. أهداف الدراسة :

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- (1) معرفة طبيعة العلاقة بين المعتقدات ماوارء المعرفية و قلق المرض لدى عينة الدراسة.
- (2) معرفة نسبة انتشار قلق المرض لدى عينة الدراسة.
- (3) معرفة طبيعة الفروق في قلق المرض بين أبناء المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان.
- (4) معرفة تأثير تفاعل المعتقدات ماوارء المعرفية و الإصابة بالسرطان على قلق المرض.
- (5) معرفة تأثير تفاعل الجنس و الإصابة بالسرطان على قلق المرض.
- (6) معرفة تأثير تفاعل السن و الإصابة بالسرطان على قلق المرض.
- (7) بناء أداة لقياس قلق المرض وفق المعايير المستحدثة في (DSM-5).

### 5. أهمية الدراسة :

تتضح أهمية هذه الدراسة من خلال الجوانب التالية:

- (1) أهمية الموضوع الذي تناولته الدراسة والذي يظهر من خلال متغيريها، الأول وهو المعتقدات ماوارء المعرفية والتي تعد من المواضيع الحديثة التي بدأ يتوجه إليها البحث بعد النمو المتزايد للدراسات في مجال علم النفس المعرفي والتي ساهمت و بقوة في فهم وعلاج الاضطراب النفسي، والمتغير الثاني

- هو قلق المرض، وهو اضطراب ادرج حديثا في (DSM-5) والذي ندرت فيه الدراسات كثيرا سواء العربية أو الأجنبية(في حدود علم الطالبة).
- (2) أهمية العينة التي تناولتها الدراسة، وهي فئة أبناء المصابين بمرض السرطان إذ لم يتوفر (في حدود علم الطالبة)دراسات تطرقت لهذه الفئة في دراستها للاضطرابات النفسية.
- (3) من الناحية التطبيقية فإن هذه الدراسة قد تضمنت بناء أداة لقياس قلق المرض وفق المعايير المستحدثة لهذا الاضطراب في(DSM-5) إذ لم يتوفر(حدود علم الطالبة) أداة لقياسه، وبالتالي الاستفادة منه في إجراء دراسات أخرى، وإثراء المكتبة السيكومترية .
- (4) إمكانية الاستفادة من نتائج الدراسة لفهم الاضطراب الذي تتناوله وتطوير علاجات نفسية أكثر فاعلية تعتمد أحدث النظريات المعرفية وهي العلاج ماوراء المعرفي.

## 6. حدود الدراسة :

- الحدود البشرية : تمثلت عينة الدراسة في (85) راشد من أبناء المصابين بالسرطان، و(85) راشد من أبناء غير المصابين بالسرطان، أعمارهم بين (19-50) سنة من كلا الجنسين (ذكور/إناث) ، بمدينة ورقلة.
- الحدود الزمنية : أجريت هذه الدراسة خلال السنة الدراسية (2015-2016).
- الحدود المكانية : أجريت الدراسة على عينة من أبناء المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان، في مدينة ورقلة (عينة من مصلحة مكافحة السرطان بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة، وعينة من عموم سكان مدينة ورقلة).

## 7. المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

- (1) اضطراب قلق المرض: خوف زائد لدى الشخص حول الإصابة بمرض خطير وانشغاله بصحته بشكل مفرط وتفسيراته غير الواقعية لأعراض جسدية غير موجودة وإذ كانت موجودة فهي خفيفة ولا تتناسب مع درجة انشغاله المفرط، والذي يظهر من خلال قيام الشخص بسلوكيات مرتبطة بالصحة بشكل مفرط كأن يتفقد جسمه بشكل متكرر بحثا عن علامات المرض، وقد يصاحب هذا الاضطراب كثرة التردد على الأطباء وإجراء الفحوص الطبية، كما قد يتجنب ذلك بالمرة. ويتمثل في ثلاثة أبعاد،وهي:



- **الانشغال حول الصحة:** ويقاس هذا البعد درجة انشغال الفرد بصحته
  - **الخوف من المرض:** ويقاس هذا البعد مستوى الخوف من الإصابة بالمرض
  - **سلوكيات البحث عن الأمان:** ويقاس هذا البعد السلوك الذي يبديه الفرد للاطمئنان على صحته و الذي يظهر من خلال المبالغة في البحث عن الرعاية الطبية أو تجنب الرعاية الطبية.
  - و يتحدد قلق المرض في هذه الدراسة من خلال الدرجة الكلية التي يحصل عليها أبناء المصابين و غير المصابين بالسرطان على مقياس قلق المرض المصمم من قبل الطالبة.
- (2) المعتقدات ماوارة المعرفية :** وتشير إلى المعارف أو المعتقدات المختلة وظيفيا الخاصة بالأفكار وسيرورة عمليات الفكر التي تنشأ انطلاقا من التمثيلات العقلية المعرفية الداخلية للواقع المدرك، أو من خلال الواقع الخارجي المعاش للفرد أو تفاعله الموقفي مع المحددات البيئية الموقفية المعاشة . وتمثل في خمسة أبعاد حسب عبد الله عبد الظاهر الخولى وهي:
- **المعتقدات الإيجابية عن القلق:** اعتقاد الفرد بإيجابية القلق في حياته من حيث مساعدته في تجنب المشكلات ، تنظيم حياته ، تنظيم المعلومات في عقله، التوافق وحل المشكلات، وتأدية العمل بصورة جيدة.
  - **المعتقدات السلبية عن عدم القدرة على التحكم والخطر:** تدور حول معتقدات الفرد السلبية بشأن الخطر الذي يمكن أن يحدث له بسبب القلق، وكذلك حول معتقداته السلبية بشأن عدم القدرة على التحكم فيه أو تجاهل الأفكار المسببة له.
  - **الثقة المعرفية( : تقييم الثقة في الانتباه والذاكرة):** تدور حول تقييم الفرد لثقته في ذاكرته وقدرته على الانتباه مثال : الثقة في ذاكرة الأسماء أو الكلمات ، الأماكن ، والأحداث.
  - **المعتقدات عن الحاجة للتحكم في الأفكار:** تدور حول معتقدات الفرد حول أهمية التحكم في الأفكار وحاجته له ، واعتقاده بأن عدم القدرة على التحكم في الأفكار علامة على ضعفه، أنه إذا لم يستطع التحكم في أفكاره فلن يؤدي علمه بصورة جيدة ، وإذا حدث القلق بسبب عجزه عن التحكم في أفكاره فهذا خطأه ، وعلاوة على ذلك فهو يعتقد أنه سيعاقب لعجزه عن التحكم في أفكاره المتطفلة.
  - **الوعي الذاتي - المعرفي(الميل إلى تركيز الانتباه على عمليات التفكير):** يدور حول ميل الفرد إلى تركيز انتباهه على عمليات التفكير التي يقوم بها عقله، وبالتالي فهو دائما ما يقوم بفحص

أفكاره ، ويهتم بالطريقة التي يعمل بها عقله ، ويفكر كثيرا في أفكاره ويراقبها ويرصدها ، ويرغب في أن يكون على وعى مستمر بتفكيره .

وتتحدد المعتقدات ماوارء المعرفية في هذه الدراسة من خلال الدرجة الكلية التي يحصل عليها أبناء المصابين وغير المصابين بالسرطان على مقياس المعتقدات ماوارء المعرفية (MCS-30) لعبدالله عبدالظاهر الخولى.

(5) **أبناء المصابين بالسرطان** : وهم أبناء لأحد الوالدين المصابين بالسرطان، راشدين أعمارهم بين (19-50) سنة ، من كلا الجنسين (ذكور/إناث) ، بمدينة ورقلة.

(6) **أبناء غير المصابين بالسرطان** : وهم أبناء والديهم غير مصابين بالسرطان، راشدين أعمارهم بين (19-50) سنة ، من كلا الجنسين (ذكور/إناث) ، بمدينة ورقلة.

## الفصل الثاني:

### اضطراب قلق المرض

#### تمهيد

1. مدخل إلى اضطرابات الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة
2. ماهية اضطراب قلق المرض
3. النماذج النظرية المفسرة لاضطراب قلق المرض
4. علاج اضطراب قلق المرض

#### خلاصة الفصل

## تمهيد :

تشكل الاضطرابات التي تكون فيها الأعراض الجسدية بارزة، فئة جديدة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5)، وتسمى الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة، حيث أعيد صياغتها على أساس إعادة تنظيم التشخيصات في الاضطرابات جسدية الشكل من الدليل الرابع. ويعد اضطراب قلق المرض أحد الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية، الذي أضيف حديثاً في الدليل الخامس (DSM-5) نتيجة للتغيرات التي مست هذه الفئة، ويعرف اضطراب قلق المرض بالخوف الشديد من الإصابة بمرض خطيرة والانشغال المفرط بالصحة في غياب الأعراض الجسدية الجوهرية، وسيتم التطرق له في هذا الفصل بداية بمدخل إلى اضطرابات الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة، من خلال التعرف على مفهومها، التغيرات المستحدثة فيها وفق (DSM-5)، محكات تشخيصها وفق (DSM-4,5) و (ICD-10)، ثم نتناول تعريف اضطراب قلق المرض، معايير تشخيصه والفرق بينه وبين اضطراب توهم المرض، الاضطرابات المصاحبة له، تطور ه ومآله، ثم النماذج النظرية المفسرة لاضطراب قلق المرض، وأخيراً علاج هذا الاضطراب.

## 1. مدخل إلى اضطرابات الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة (Somatic Symptom and Related Disorders)

### 1.1. تعريف اضطرابات الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة :

مع تطور الفهم والمعرفة للحالات (التي يجد الطبيب فيها مريضا يشتكي إما من عرض أو أعراض جسدية ثابتة أو متغيرة ولا يوجد لها تفسير طبي عضوي، أو من قناعة وانشغال مفرط إما بوجود مرض جسدي أو علة ما أو الخوف من وجود ذلك المرض)، نظر الأطباء إلى تلك الحالات في البداية على أنها في الأغلب أعراض ثانوية غالبا لاضطراب الاكتئاب أو اضطراب القلق ونادرا ما تكون حالات أولية، وكتب في مراجع الطب النفسي "إن ثبت أنها أولية فإن علاجها يكون صعبا للغاية" (وائل أبو هندي، 2015، ع.م.س لوسواس المرض المتصل المعرفي السلوكي)، كما تعددت الأسماء والأصناف المرضية:

"مثلا المراق Hypochondriasis أو اضطراب توهم العلل البدنية Disorder Hypochondriacal

وكذلك الاضطرابات جسدية الشكل Disorder Somatoform مثل اضطراب الجسدية Disorder Somatization والاضطراب التحولي Disorder Conversion.... الخ) وفي كل هذه الحالات كان الجوهر الذي يعول عليه للتشخيص هو وجود أعراض جسدية غير مفسرة طبييا Symptoms Unexplained Medically " (نفس المرجع السابق).

وأخيرا في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس (DSM-5). تغير الجوهر الذي يعتمد التشخيص عليه من التعويل على العرض أو الأعراض الجسدية غير المفسرة طبييا إلى التعويل على الأعراض المعرفية السلوكية المصاحبة للعرض الجسدي المزعج (APA, 2013)، وهو ما يمثل تأثرا بالتوجه الأحدث في التعامل مع هذه المشكلات وهو الاتجاه المعرفي السلوكي (وائل أبو هندي، 2015، ع.م.س لوسواس المرض المتصل المعرفي السلوكي). حيث تعرف الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس بأنها: "الاهتمام الزائد بالأعراض الجسدية أو الصحة" (أن كرينغ وآخرون، 2016، 466). وفي الدليل التشخيصي الرابع المعدل يشار إلى هذه الاضطرابات بالأعراض الجسدية التي لا يعرف لها سبب عضوي، وتسمى هذه الاضطرابات بـ"جسدية الشكل Somatoform " لتأكيد أن الأعراض تأخذ شكل الإحساسات الجسدية أو الجسمية" (نفس المرجع السابق والصفحة).

ويميل الأفراد ذوو الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية بالطلب المتكرر للرعاية الطبية، التي تكون في بعض الأحيان مكلفة جدا. فعادة ما يزورون عدة أطباء لتركيزهم على الصحة، وكذلك

يحاولون استخدام علاجات مختلفة والحجز في المستشفى وإجراء جراحات من الأمور الشائعة لدى هذه الفئة (ن كرينغ وآخرون، 2016، 467).

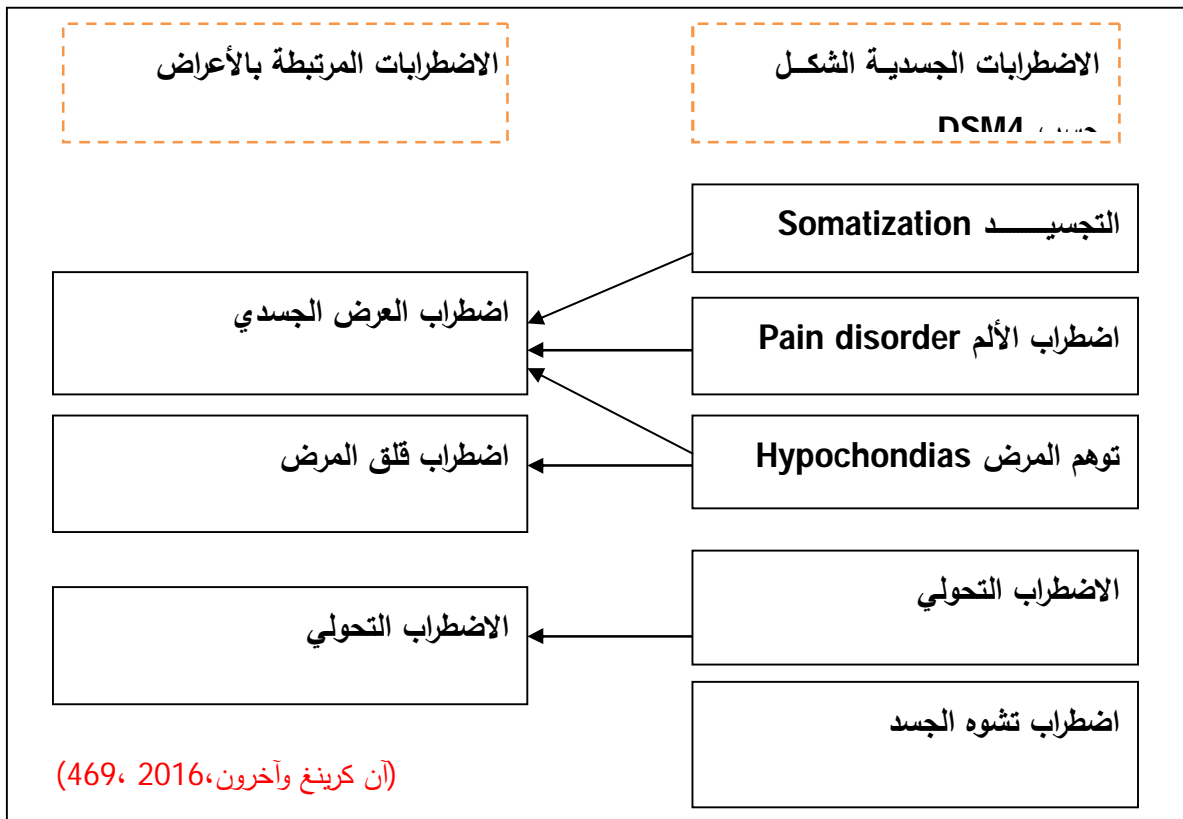
ويرى (Rief and Broadbent, 2007) نقلا عن أن كرينغ وآخرون (2016)، أنه "مع مرور الوقت، أصبح من الواضح أن هناك صعوبة في تمييز ما إذا كانت بعض الأعراض سببها بيولوجي أم لا. فعادة لا يتفق الأطباء حول السبب الطبي للعرض" (نفس المرجع السابق، 466). كما يرى (Simon, Von Korff, Piccenlli, et al., 1999) أن بعض الأفراد ربما يكون لديهم عرض جسدي صعب تشخيصه بسبب قصور في المعلومات والتكنولوجيا الطبية. بالإضافة إلى أن أغلب الأفراد مروا بخبرة واحدة على الأقل من عدم تشخيص العرض الجسدي الذي أصيبوا به في حياتهم. وعليه فقد اشتمل الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس على اضطرابات الأعراض الجسدية بدون تفسير طبي لها (نفس المرجع السابق والصفحة).

تشير التقديرات إلى أن الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية "تصل النفقات الطبية لها إلى 256 بليون دولار في السنة لدى الولايات المتحدة" (Barsky, Orav, and, Bates, 2005) عن (نفس المرجع السابق، 467). وبالرغم من حصول مرضى هذه الاضطرابات على الرعاية الطبية، إلا أنهم يشعرون بعدم الرضا نحو هذه الرعاية الطبية. فعادة ما يصفون أطباؤهم بأنهم غير أكفاء أو مهتمين بهم (Persing, Stuart, Noyes, et al., 2000) عن (نفس المرجع السابق والصفحة). ولهذا نجدهم باستمرار يطلبون العلاج المكثف من خلال زيارات أطباء جدد و القيام بفحوصات جديدة. ومن ثم يصبح هؤلاء المرضى غير قادرين على العمل بسبب اهتمامهم الزائد بصحتهم (نفس المرجع السابق والصفحة).

من خلال ما سبق نخلص إلى أن اضطرابات الأعراض الجسدية تتميز بتركيز كبير على المخاوف الجسدية و الاهتمام الزائد بالأعراض الجسدية المزعجة، كما تعتمد هذه المجموعة من الاضطرابات في تشخيصها على الأعراض المعرفية السلوكية المصاحبة للعرض الجسدي المزعج بدل الاعتماد على الأعراض الجسدية غير المفسرة طبيا.

## 2.1. التغيرات المستحدثة في اضطرابات الأعراض الجسدية وفق (DSM-5):

يشار إلى اضطرابات الأعراض الجسدية في الدليل الخامس بالعرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة، حيث جرى التقليل من عدد هذه الاضطرابات وأنماطها الفرعية لتجنب مشاكل التداخل. إن المبادئ الكامنة خلف التغيرات في العرض الجسدي و الاضطرابات ذات الصلة انطلقا من الدليل الرابع، تشكل عاملا حاسما في فهم تشخيصات الدليل الخامس. فقد كان المصطلح المستخدم في الدليل الرابع "الاضطرابات الجسدية الشكل" مربكا، وتم استبداله بـ "العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة"، وذلك للتداخل الكبير بين الاضطرابات الجسدية الشكل، بالإضافة إلى فقدان كبير للوضوح حول حدود التشخيص (أنور الحمادي، 2015، 218). وعلى الرغم من أن الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات، غالبا ما يشاهدون في العيادات الطبية وليس عيادات الصحة العقلية (APA, 2013, 310)، فقد وجد الأطباء غير النفسيين الاضطرابات الجسدية الشكل في الدليل الرابع صعبة الفهم والاستخدام. وبالتالي فقد تعرف التصنيف الحالي في الدليل الخامس على هذا التداخل، فحد من العدد الكلي للاضطرابات وحد كذلك من تصنيفاتها الفرعية (أنور الحمادي، 2015، 218)، كما يلي:



شكل رقم (01): يوضح أهم التغيرات المستحدثة بين (DSM4) للاضطرابات جسدية الشكل و (DSM5) للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية

ويوضح الشكل رقم (01) التحول الذي حدث بين (DSM-4) و (DSM-5)، وعليه تصبح فئات الدليل الرابع وهي : اضطراب التجسيد، واضطراب الألم، واضطراب توهم المرض في فئة واحدة طبقاً للدليل التشخيصي الخامس وهي اضطراب العرض الجسدي، وهناك بعض الأفراد المشخصين بتوهم المرض قد يندرجون تحت فئة اضطراب قلق المرض (سيتم التفصيل فيه لاحقاً)، أما اضطراب تشوه الجسد فقد تم نقله لفصل الاضطرابات المرتبطة بالواسواس القهري في الدليل الخامس (آن كرينغ وآخرون، 2016، 469) كما يبين جدول التالي عرض ووصف موجز لأهم الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس، كمايلي:

**جدول رقم (01): يوضح عرض ووصف موجز لأهم الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية**

التغيرات المفتاحية في DSM5	التوصيف	التشخيصات طبقاً لـ DSM5
- لا يوجد للأعراض تفسيرات طبية واضحة. - الألم جزء من الأعراض، وليس تشخيصاً منفصلاً	الأفكار أو المشاعر أو السلوكيات الزائدة المرتبطة بالأعراض الجسدية.	اضطراب العرض الجسدي Somatic symptom disorder
تشخيص جديد	المخاوف الشديدة من الإصابة بمرض خطير بالرغم من غياب الأعراض الجسدية الجوهرية.	اضطراب قلق المرض Illness anxiety disorder
-إزالة المعيار التشخيصي بإثبات الطبيب بأن أعراض المريض غير مفتعلة. -إزالة المعيار التشخيصي بظهور الاستهداف للعوامل النفسية. -يؤكد أهمية الفحوصات العصبية	الأعراض العصبية التي لا يمكن تفسيرها بأمراض طبية أو سلوك جائزاً في الثقافة. حسية أو حركية لا يوجد لها سبب فسيولوجي.	الاضطراب التحولي Conversion disorder
	أعراض جسدية أو نفسية مزيفة بشكل قصدي للحصول على مكاسب من هذه الأعراض.	اضطراب التمارض Malingering
(آن كرينغ وآخرون، 2016، 468)	أعراض جسدية أو نفسية يحدثها المريض عمداً، بدون دليل على وجود مكاسب من هذه الأعراض.	الاضطراب المصطنع Factitious disorder

إن التشخيص الرئيسي في هذه الفئة التشخيصية، هو اضطراب العرض الجسدي، والذي يعتمد تشخيصه على الأعراض والعلامات الإيجابية (أعراض جسدية مؤلمة بالإضافة إلى الأفكار والمشاعر،



والسلوكيات الشاذة، استجابة لهذه الأعراض) وهذا بدلا من عدم وجود تفسير طبي للأعراض جسدية ذلك أن السمة المميزة لغالب الأفراد الذين يعانون من اضطراب العرض الجسدي ليست الأعراض الجسدية في حد ذاتها، وإنما الطريقة في عرضها وتفسيرها. حيث تم دمج المكونات الوجدانية والمعرفية، و السلوكية في معايير اضطراب العرض الجسدي مما يوفر انعكاسا أكثر شمولا ودقة عن الصورة السريرية الحقيقية مما يمكن تحقيقه من خلال تقييم الشكاوى الجسدية وحدها (APA,2013,309)، حيث يشمل اضطراب العرض الجسدي على المشقة الشديدة أو الطاقة المبذولة نحو الأعراض الجسدية" (أن كرينغ وآخرون،2016، 466). وفي هذا الصدد يقول "Jeffrey P. Staab" (وهو أحد الذين شاركوا في التجارب الميدانية لاضطراب الأعراض الجسدية) عادة تصنيفها في الدليل الخامس): "من خلال القضاء على مفهوم الأعراض غير المبررة طبيًا، أصبحت المعايير في ( DSM-5 ) تحدد افتراضات سهلة لتشخيص الاضطرابات النفسية عند المرضى الذين يعانون من أعراض طبية غير واضحة الأسباب وهذا التغيير هو أمر أساسي للغاية ، ذلك أن الآلاف من المرضى تم تشخيصهم في السابق بأنهم يعانون من قرحة الضغط قبل اكتشاف الملوية البوابية "Helicobacter pylori" ، وهناك العديد من الأمثلة على افتراضات خاطئة لأننا لا يمكن تحديد مشكلة طبية. في حين أصبح الآن يمكننا أن نعترف بأن انشغال المريض حتى بوجود أعراض جسدية أعلى من المعتاد، بغض النظر عن ما إذا كان هناك تشخيص أو لا وهو ما لاقى ترحيب عند المرضى، فالقلق حول الصحة والالتيقظ الجسدي هي أكثر قابلية للفهم لدى الكثير من المرضى" (Mayo Foundation for Medical Education and Research,2016).

ولأن التمييز بين اضطراب التجسيد والاضطراب جسدي الشكل غير المتميز لم يكن واضحا فقد أدمجت في الدليل الخامس تحت اضطراب العرض الجسدي، كما أنه أصبح يشخص بعض الأفراد الذين لديهم ألم مزمن تحت تصنيف اضطراب العرض الجسدي مع سيطرة الألم ، في حين أن البعض الآخرين يكون تشخيصهم تحت العوامل النفسية المؤثرة على الحالات الطبية الأخرى أو اضطراب التأقلم Adjustment Disorder (أنور الحمادي،2015،446).

يحتوي اضطراب قلق المرض على "المخاوف من الإصابة بمرض طبي شديد في ظل غياب الأعراض الجسدية" (أن كرينغ وآخرون،2016، 466)، حيث أن "الأفراد الذين شخص لديهم سابقا توهم المرض Hypochondriasis والذين لديهم قلق مرتفع متعلق بالصحة دون أعراض جسدية، يشخصون في الدليل الخامس باضطراب قلق المرض (إلا إذا كان قلق الصحة لديهم يشرح بشكل أفضل باضطراب قلق أساسي آخر كاضطراب القلق العام)" (أنور الحمادي،2015،446).

كما يتضمن الاضطراب التحولي (اضطراب العرض العصبي الوظيفي) "الأعراض العصبية التي لا تجد تفسيراً طبيياً، حيث أن معاييرها قد عدلت لتركز على الأهمية الأساسية للفحص العصبي، وللقول بأن العوامل النفسية المؤثرة قد لا يمكن إثباتها عند وضع التشخيص" (نفس المرجع السابق، 447).

ويقدم جدول (01) أيضاً اضطراب التمارض Malingering والاضطراب المصطنع Factitious disorder والاضطرابات المرتبطة في بؤرة الاكتشاف (آن كرينغ وآخرون، 2016، 466).

كما أوجد اضطراب نفسي جديد في الدليل الخامس وهو "العوامل النفسية المؤثرة على الحالات الطبية الأخرى Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions"، والذي كان مدرجاً سابقاً في قسم (الحالات الأخرى و التي يمكن أن تكون محورياً للاهتمام السريري). وقد وضع هذا الاضطراب كما وضع الاضطراب المصطنع تحت فئة العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة، لأن الأعراض الجسدية هي المهيمنة في كلا الاضطرابين ولأن كليهما أكثر ما يواجهان في العيادات الطبية (أنور الحمادي، 2015، 446).

وبسبب حداثة تعريفات هذه الاضطرابات، فلا توجد دراسات وبائية على نسب انتشار كل اضطراب على حدة ومن استقراء الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل، فإنه عادة ما تبدأ الاهتمامات بكل من الأعراض الجسدية وقلق المرض في بداية مرحلة البلوغ. وبالرغم من أن الكثير يمرون بخبرات الاهتمام خلال حياتهم، فالأعراض قد تتضاعف أو تزول، أو قد يحدث شفاء تلقائي. وقد وجدت إحدى الدراسات أن ثلث المرضى المشخصين باضطراب التجسيد Somatization Disorder استمرت عندهم الأعراض عند إعادة تقييم حالتهم بعد مرور (12 شهراً) (Simon and Gureje, 1999) عن (آن كرينغ وآخرون، 2016، 468) وتستمر أكثر المشقة المترتبة على الاهتمامات بالصحة وتميل الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية إلى الحدوث مع اضطرابات القلق، واضطرابات المزاج، واضطرابات استخدام المواد، واضطرابات الشخصية (نفس المرجع السابق والصفحة).

### 3.1. محكات تشخيص اضطرابات الأعراض الجسدية وفق (DSM-4,5) و (ICD-10):

يلخص الجدول التالي محكات تشخيص اضطرابات الأعراض الجسدية وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع والخامس (DSM-4,5) والمحكات التشخيصية للاضطرابات الجسدية الشكل المحددة في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10)، والذي يشتمل على فئات الاضطرابات التالية، وهي:

جدول رقم (02): بين محكات تشخيص اضطرابات الأعراض الجسدية وفق (DSM-4,5) و (ICD-10)

(ICD-10)	(DSM-4)	(DSM-5)
الاضطرابات جسدية الشكل Somatoform Disorders	الاضطرابات جسدية الشكل Somatoform Disorders	العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة Somatic Symptom and Related Disorders
- اضطراب الجسدية الشكل - الاضطراب جسدي الشكل غير مميز - اضطراب توهم المرض - خلل الأداء (خلل الوظيفة) المستقل (الأوتونومي) الجسدي الشكل - اضطراب الألم الجسدي الشكل المستديم - الاضطرابات الجسدية الشكل الأخرى - اضطراب جسدي الشكل، غير معين	- اضطراب الجسدية الشكل - الاضطراب جسدي الشكل غير مميز - اضطراب توهم المرض - الاضطراب التحولي  - اضطراب الألم - اضطراب التشوه الوهمي للجسد - الاضطراب جسدي الشكل غير المعين على أي نحو آخر	✓ اضطراب العرض الجسدي  ✓ اضطراب قلق المرض ✓ الاضطراب التحولي  ✓ الاضطراب المصطنع  ✓ العوامل النفسية المؤثرة في الحالات الطبية الأخرى ✓ اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى ✓ اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة

نلاحظ من خلال الجدول رقم (02) تشابه المحكات التشخيصية للاضطرابات الجسدية الشكل في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع (DSM-4) والمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10)، فيما عدا الاختلاف في الاضطرابين (اضطراب التحولي و اضطراب التشوه الوهمي للجسد) اللذين يشخصان في (DSM-4) في حين ينفرد (ICD-10) بتشخيص (خلل الأداء) (خلل الوظيفة) المستقل (الأوتونومي) الجسدي الشكل، وهو ما يعكس التشخيص القائم على وجود أعراض جسدية غير مفسرة طبياً، في حين جاء الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية

الخامس (DSM-5) ليعيد تنظيم التشخيصات في الاضطرابات الجسدية الشكل من الدليل الرابع وذلك بالاعتماد على الأعراض المعرفية السلوكية المصاحبة للعرض الجسدي بدلا من عدم وجود تفسير طبي للأعراض الجسدية، وعليه نجد أن :

✓ الدليل الخامس أكد على "المشقة والسلوك المصاحب للأعراض الجسدية أكثر من عدد الأعراض الجسدية، مما أدى إلى دمج بعض الاضطرابات في اضطراب واحد وذلك للحد من التداخل، كاضطراب العرض الجسدي الذي أدمج فيه اضطراب الجسدية و اضطراب الألم" (آن كرينغ وآخرون، 2016، 470). حيث يقدم اضطراب العرض الجسدي وسيلة أكثر فائدة سريريا تميز الأفراد الذين قد اعتبرت في الماضي لتشخيص اضطراب الجسدية (APA, 2013, 310).

✓ تغيير مصطلح "الاضطرابات الجسدية الشكل" المدرج في (DSM-4) و (ICD-10) إلى "اضطرابات العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة" في (DSM-5) تماشيا مع التصور الجديد لهذه الاضطرابات.

✓ انفرد الدليل الخامس أيضا باستحداث اضطراب قلق المرض عوضا اضطراب توهم المرض في (DSM-4) و (ICD-10)، والذي يتقاطع معه في بعض الأعراض ويختلف معه في أخرى كما سيتم التطرق له في الفصل الموالي.

✓ استبعاد اضطراب التشوه الوهمي من اضطرابات العرض الجسدي في الدليل الخامس والحاقة باضطرابات الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة، بعدما كان يشخص في الدليل الرابع كأحد الاضطرابات الجسدية الشكل.

✓ انفرد الدليل الخامس بتشخيص الاضطراب المصطنع، والعوامل النفسية المؤثرة في الحالات الطبية الأخرى ضمن الاضطرابات الأعراض الجسدية عن الدليل الرابع و (ICD-10).

وفي الأخير يمكن القول أن التغييرات في المحكات التشخيصية التي جاء بها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس فيما يخص الاضطرابات الأعراض الجسدية تعكس تصورا مختلفا لمفهوم هذه الاضطرابات عما هو موجود في (DSM-4) و (ICD-10)، وذلك من خلال اعتماد المكونات الوجدانية والمعرفية، و السلوكية في هذه المحكات التشخيصية بدل الاعتماد على التفسير الطبي، طالما أن الأطباء قلما ما يتفقون حول السبب الطبي للعرض الجسدي. ونظرا لتعلق موضوع الدراسة بأحد المحكات التشخيصية المستحدثة في الدليل الخامس وهو "اضطراب قلق المرض"، فقد تم الاعتماد على الدليل الخامس في هذه الدراسة.

## 2. ماهية اضطراب قلق المرض:

## 1.2. تعريف اضطراب قلق المرض :

يعد اضطراب قلق المرض أحد اضطرابات الأعراض الجسدية، وقد عرفه بعض الباحثين كمالي : يعرف "Joel E, Dimsdale MD" اضطراب قلق المرض، بأنه "انشغال وخوف من وجود أو اكتساب مرض خطير، حيث يتم تأكيد التشخيص عندما تستمر المخاوف والأعراض لأكثر من (06) أشهر على الرغم من الطمأنة بعد تقييم طبي كامل. وغالبا ما يبدأ هذا الاضطراب في مرحلة البلوغ المبكر، كما يحدث بنسب متساوية بين الرجال والنساء" (Joel E, Dimsdale MD, 2013).

كما يعرف "John L. Perri" اضطراب قلق المرض، بأنه "اضطراب نفسي يتميز بالانشغال المفرط بالمرض والميل إلى الخوف أو الاعتقاد بأن الفرد لديه مرض خطير على أساس وجود علامات أو أعراض جسدية خفيفة الشدة. وينتج قلق المرض من سوء تفسير وظائف ومؤشرات الجسم الطبيعية، مما يزيد من القلق المتعلق بالصحة. و يبالغ المصاب بقلق المرض في الأهمية الطبية للأوجاع والآلام البسيطة، ويصبح قلقا ومشغولا بفكرة وجود مرض مهدد للحياة. وتستمر هذه المخاوف عادة حتى بعد الفحص الدقيق من قبل الطبيب وإقراره بعدم وجود أي خلل عضوي، وتأكيدات الطبيب ليس لها سوى تأثير ضئيل ومؤقت على مخاوف هؤلاء الأفراد. حيث يتجه بعض الأفراد المصابين بقلق المرض لتلقي الرعاية الطبية، في حين يتجنب البعض الآخر الحصول على الرعاية الطبية. ويستند التشخيص السريري لاضطراب قلق المرض بالمخاوف المستمرة والسلوكيات المرتبطة بالمرض لمدة ستة أشهر أو أكثر" (John L. Perri, 2014).

أما "أن كرينغ وآخرون" يعرفون اضطراب قلق المرض بالسمة الرئيسية التي تميزه، وهي "الانشغال بالمخاوف من كون الفرد مصابا بمرض خطير بالرغم من عدم وجود أعراض جسدية جوهرية. ولكي تطابق هذه المخاوف المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب في الدليل الخامس (DSM-5) لابد أن تستمر هذه المخاوف لمدة ستة أشهر على الأقل" (أن كرينغ وآخرون،، 2016، 470). ويتفق معهم في ذلك "وائل أبو هندي" بأن اضطراب قلق المرض يعتمد أساسا على "القناعة بوجود أو الخوف من وجود مرض ما والتي تعد المحرك المستمر للقلق" (وائل أبو هندي، 2015، ع.م.س لوسواس المرض المتصل المعرفي السلوكي).

من خلال ما سبق من التعاريف نجد أن جميعها تتفق في مفهومها لاضطراب قلق المرض في

النقاط التالية :

- ✓ الانشغال والخوف من كون الفرد مصاب أو سيصاب بمرض خطير
- ✓ مستوى عال من القلق حول الصحة
- ✓ القيام بسلوكيات البحث عن الطمأنة
- ✓ لا وجود لأعراض جسدية جوهرية
- ✓ استمرار الانشغال لمدة (06) أشهر على الأقل

إن يمكن تعريف اضطراب قلق المرض بأنه: خوف زائد لدى الشخص حول الإصابة بمرض

خطير وانشغاله بصحته بشكل مفرط وتفسيراته غير الواقعية لأعراض جسدية غير موجودة وإذا كانت موجودة فهي خفيفة ولا تتناسب مع درجة انشغاله المفرط، والذي يظهر من خلال قيام الشخص بسلوكيات مرتبطة بالصحة بشكل مفرط كأن يتفقد جسمه بشكل متكرر بحثاً عن علامات المرض، وقد يصاحب هذا الاضطراب كثرة التردد على الأطباء وإجراء الفحوص الطبية، كما قد يتجنب ذلك بالمرّة.

## 2.2. تشخيص اضطراب قلق المرض:

## 1.2.2. معايير تشخيص اضطراب قلق المرض:

يشخص اضطراب قلق المرض حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5)، كمايلي:

- أ- الانشغال بوجود أو باكتساب مرض خطير
  - ب- الأعراض الجسدية ليست موجودة أو، إذا تواجدت، فتكون خفيفة الشدة فقط. إذا تواجدت حالة طبية أخرى أو أن هناك مخاطر عالية لتطور حالة طبية (على سبيل المثال، تاريخ عائلي قوي موجود)، فالانشغال يكون مفرطاً أو غير متناسب بشكل واضح.
  - ج- هناك مستوى عال من القلق حول الصحة، ويشعر الفرد بالفزع بسهولة حول الحالة الصحية الشخصية.
  - د- يؤدي الفرد سلوكيات متعلقة بالصحة بشكل مفرط (على سبيل المثال، تكرار التحقق من الجسم بحثاً عن علامات المرض) أو يظهر سلوكاً تجنبياً سيئ التكيف (على سبيل المثال، يتجنب مواعيد الطبيب والمستشفيات).
  - هـ- الانشغال المرضي الحالي قد كان حاضراً لمدة 6 أشهر على الأقل، ولكن المرض المحدد الذي يخشى منه قد يتغير خلال تلك الفترة من الزمن.
  - و- لا يفسر الانشغال المتعلق بالمرض بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر، مثل اضطراب العرض الجسدي، اضطراب الهلع، اضطراب القلق العام، اضطراب تشوه شكل الجسم، واضطراب الواسواس القهري، أو اضطراب الضلالي، النوع الجسدي.
- تحديد ما إذا كان:
- نمط الباحث عن الرعاية : الرعاية الطبية، غالباً ما يقوم بزيارة الطبيب أو الخضوع للفحوص والإجراءات.
  - نمط المتجنب للرعاية : نادراً ما تستخدم الرعاية الطبية (أنور الحمادي، 2015، 219).

## 2.2.2. التشخيص الفارقي لاضطراب قلق المرض:

ويتم التمييز بين اضطراب قلق المرض والاضطرابات الأخرى حسب (DSM-5)، كمايلي:

**(1) الحالات الطبية الأخرى:** إن الاعتبار الأول للتشخيص الفارقي هو حالة طبية كامنة، بما في ذلك الاضطرابات العصبية أو الغدد الصماء، الأورام الخبيثة الخفية، وغيرها من الأمراض التي تؤثر على العديد من أجهزة الجسم. إلا أن وجود حالة طبية لا يستبعد إمكانية تواجدها اضطراب قلق المرض. فإذا تواجدت حالة طبية، فإن القلق والانفعال المرضي المتعلق بالصحة غير متناسب بشكل واضح مع خطورتها، والمخاوف العابرة المتعلقة بالحالة الطبية لا تعد اضطرابات قلق المرض (APA,2013, 317).

**(2) اضطرابات التكيف:** القلق المتعلق بالصحة يعد استجابة طبيعية لمرض خطير وليس اضطراب نفسي. ولا يعد القلق الصحي مرضي عندما يكون مرتبط بشكل واضح بحالة طبية والذي يكون عادة مؤقتاً وإذا كان القلق حول الصحة شديداً بما فيه الكفاية، فإنه يمكن تشخيصه باضطراب التكيف، ومع ذلك، فقط عندما يكون القلق حول الصحة مستوفي المدة، الشدة، والكره فإنه يمكن تشخيص اضطراب قلق المرض. وهكذا، فإن التشخيص يتطلب استمرار متواصل من القلق غير متناسب متعلقة بالصحة لمدة 6 أشهر على الأقل (نفس المرجع السابق والصفحة).

**(3) اضطراب العرض الجسدي (اضطراب جسدي الشكل - سابقاً في DSM4):** يتم تشخيص اضطراب العرض الجسدي عند وجود أعراض جسدية شديدة بالمقابل، فإن الأفراد الذين يعانون من اضطراب قلق المرض لديهم أعراض جسدية خفيفة ويكونون أساساً منشغلين بفكرة أنهم مرضى (نفس المرجع السابق والصفحة).

### **(4) اضطرابات القلق:** والمتمثلة في :

● **اضطراب القلق العام:** نجد أن الأفراد يقلقون بشأن أحداث ، وضعيات، أو الأنشطة متعددة ، واحدة منها فقط قد تتطوي على الصحة.

● **اضطراب الهلع:** نجد أن الفرد يخشى أن نوبات الهلع تعكس وجود مرض طبي. ومع ذلك، على الرغم من أن هؤلاء الأشخاص قد يكون لديهم قلق حول صحتهم، إلا أن قلقهم يكون عادة حاد جداً وعرضي. في اضطراب قلق المرض، القلق والمخاوف الصحية أكثر ثباتاً ودواماً. والأفراد الذين يعانون من اضطراب قلق المرض قد يتعرضون لنوبات الهلع التي يتم استثارتها بسبب مخاوفهم المرضية (نفس المرجع السابق والصفحة).

**(5) الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة:** الأفراد الذين يعانون من اضطراب قلق المرض قد تكون لديهم أفكار مقحمة عن وجود المرض، وكذلك قد يكون لديهم سلوكيات قهرية مرافقة (على سبيل المثال، البحث عن الطمأنينة). ومع ذلك، في اضطراب قلق المرض، يتركز الانشغال عادة على



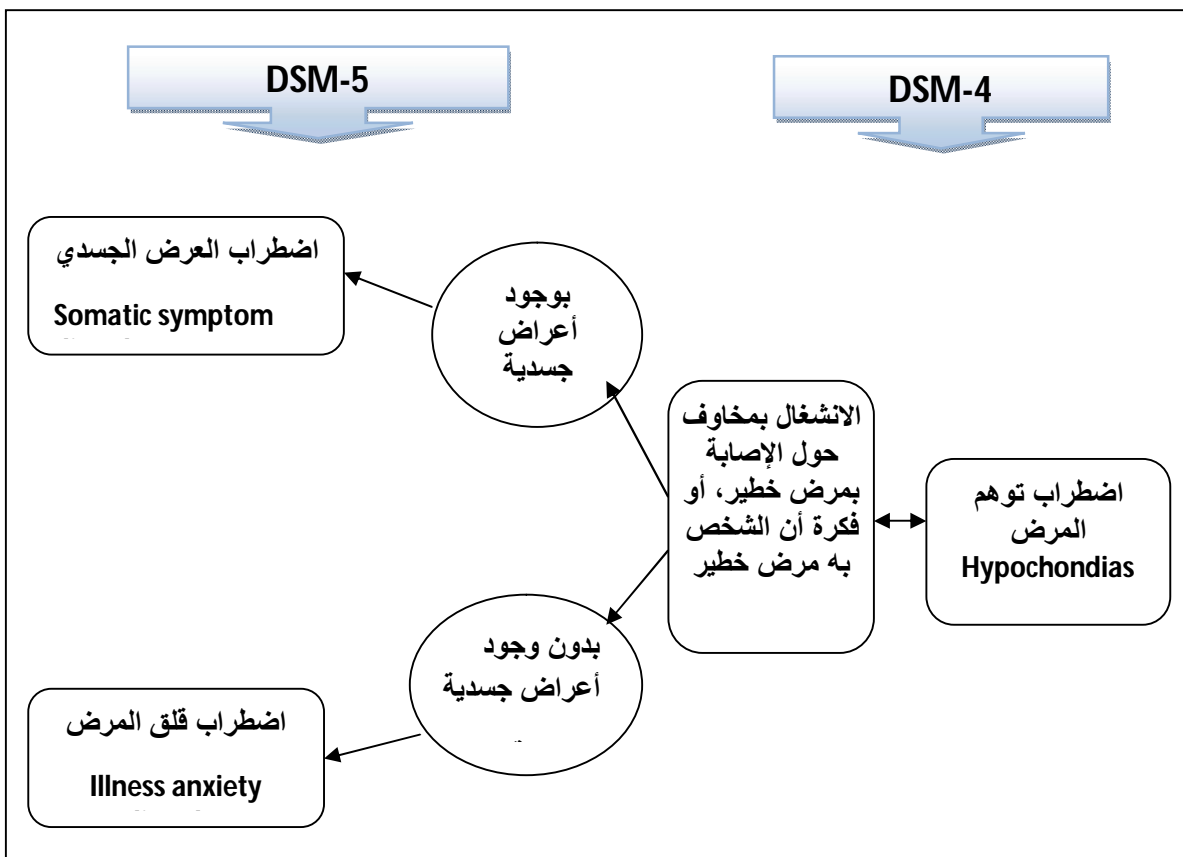
وجود المرض، أما اضطراب الوسواس القهري (OCD)، نجد أن الأفكار المقحمة تركز عادة على المخاوف من الإصابة بالمرض في المستقبل، كما أن معظم الأفراد المصابين بالوسواس القهري تكون وساوسهم و قهوراتهم تنطوي على مخاوف أخرى بالإضافة إلى المخاوف بشأن الإصابة بالمرض. كما نجد في اضطراب التشوه الوهمي للجسد، المخاوف تقتصر على المظهر الجسدي للفرد، والتي ينظر إليها على أنها خلل أو عيب (APA,2013, 317).

**(6) اضطرابات الاكتئاب :** قد نجد عند بعض الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب الأساسي ينشغلون بصحتهم ويقلقون بشكل مفرط حول المرض، وبالتالي لا يتم تشخيص اضطراب قلق المرض بشكل مستقل في حالة حدوث هذه المخاوف خلال نوبات الاكتئاب الكبرى فقط. ومع ذلك، إذا استمر الإفراط في قلق المرض بعد خمود النوبة في اضطراب الاكتئاب الأساسي، ينبغي النظر في تشخيص اضطراب القلق المرض(نفس المرجع السابق،318).

**(7) الاضطرابات الذهانية:** الأفراد الذين يعانون من اضطراب قلق المرض ليسوا متوهمين، ويمكن أن يعترفون بأن المرض الذي يخافون منه غير موجود، ذلك أن أفكارهم لا تصل إلى الحدة والشدة التي نراها في الأوهام الجسدية التي تحدث في الاضطرابات الذهانية (على سبيل المثال، الفصام، الاضطراب الضلالي، النوع الجسدي، اضطراب الاكتئاب الجسيم، مع مظاهر ذهانية)، والأوهام الجسدية الحقيقية عادة ما تكون أكثر غرابة (على سبيل المثال، يتوهم أن عضو ما يتعفن أو ميتا) من الانتشغال الذي نجده في اضطراب قلق مرض، حيث أن القلق أو الانتشغال الذي نجده في اضطراب قلق المرض، وإن لم يكن مؤسس في الواقع، يكون معقولاً(نفس المرجع السابق والصفحة).

### 3.2. الفرق بين اضطراب قلق المرض واضطراب توهم المرض:

إن السمة الرئيسية التي تميز اضطراب قلق المرض هي الانشغال بالمخاوف من كون الفرد مصابا بمرض خطير بالرغم من عدم وجود أعراض جسدية جوهرية. ولكي تطابق هذه المخاوف المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب في الدليل الخامس (DSM-5) لابد أن تستمر هذه المخاوف لمدة ستة أشهر على الأقل. ويتوازي اضطراب قلق المرض مع تشخيص اضطراب توهم المرض Hypochondrias في الدليل الرابع المعدل (DSM-4)، وهو يعرف بالخوف الشديد من الأمراض الخطيرة. ولكن لا يعد اضطراب توهم المرض مثل اضطراب قلق المرض، فيشخص الفرد باضطراب قلق المرض فقط عندما لا يوجد هناك أي أعراض جسدية (أن كرينغ وآخرون، 2016، 471). فأغلب الأفراد الذين يشخصون باضطراب توهم المرض في الدليل الرابع المعدل لديهم خبرة من الأعراض الجسدية التي تركز على قلقهم. ولكن أوضح الآن الدليل الخامس أن المخاوف من الأمراض الخطيرة المصاحب بالأعراض الجسدية يتم تشخيصها باضطراب الأعراض الجسدية (نفس المرجع السابق والصفحة). والشكل التالي يبين الفرق بين الاضطرابين كمايلي :



شكل رقم (02): يوضح الفرق بين قلق المرض وتوهم المرض

كما يبين الجدول التالي مقارنة بين قلق المرض وتوهم المرض من حيث المعايير التشخيصية لكل اضطراب، كمايلي:

**جدول رقم (03): يوضح مقارنة بين قلق المرض و توهم المرض**

الملاحظة	توهم المرض (DSM-4)	قلق المرض (DSM-5)
- في قلق المرض (DSM5) الأعراض الجسدية ليست موجودة -توهم المرض (DSM4) الأعراض الجسدية موجودة لم يعد يتطلب السلبية للتقييم الطبي، حيث تغير الجوهر الذي يعتمد التشخيص عليه من الاعتماد على الأعراض الجسدية غير المفسرة طبيا إلى الاعتماد على الآثار المعرفية والسلوكية لتركز هذا القلق على الحالة الصحية الشخصية	أ. الانشغال بمخاوف حول الإصابة بمرض خطير، أو فكرة أن الشخص به مرض خطير ، بناء على إساءة تفسير أعراض جسدية.	أ. الانشغال بوجود أو باكتساب مرض خطير.
	ب. يستمر الانشغال على الرغم من التقييم الطبي الملائم وإعادة الطمأنة.	ب. الأعراض الجسدية ليست موجودة أو، إذا تواجدت، فتكون خفيفة الشدة فقط. إذا تواجدت حالة طبية أخرى أو أن هناك مخاطر عالية لتطور حالة طبية (على سبيل المثال، تاريخ عائلي قوي موجود)، فالانشغال يكون مفرطاً أو غير متناسب بشكل واضح.
	ج. لا يبلغ الاعتقاد المذكور في المعيار [أ] شدة ضلالية (كما في الاضطراب الضلالي، النوع الجسدي) وليس محصوراً في هم محدد حول المظهر (كما في اضطراب التشوه الوهمي للجسد)	ج. هناك مستوى عال من القلق حول الصحة، ويشعر الفرد بالفزع بسهولة حول الحالة الصحية الشخصية.
	د. يؤدي الانشغال إلى كرب دال إكلينيكيًا أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو أداء الوظائف المهمة الأخرى.	د. يؤدي الفرد سلوكيات متعلقة بالصحة بشكل مفرط(على سبيل المثال، تكرار التحقق من الجسم بحثاً عن علامات المرض) أو يظهر سلوكاً تجنبياً سيئ التكيف (على سبيل المثال، يتجنب مواعيد الطبيب والمستشفيات).

تابع للجدول رقم (03): يوضح مقارنة بين قلق المرض و توهم المرض

الملاحظة	DSM-4	DSM-5
معياري مشترك	هـ. مدة الاضطراب ستة أشهر على الأقل	هـ. الانشغال المرضي الحالي قد كان حاضرا لمدة 6 أشهر على الأقل، ولكن المرض المحدد الذي يخشى منه قد يتغير خلال تلك الفترة من الزمن.
معياري مشترك	و. لا يمكن تعليل الانشغال تعليلاً أفضل بوصفه اضطراب قلق عام، أو اضطراب وسواس قهري أو اضطراب هلع، أو نوبة اكتئاب عظمي، أو قلق انفصال، أو اضطراباً آخر جسدي الشكل.	و. لا يفسر الانشغال المتعلق بالمرض بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر، مثل اضطراب العرض الجسدي، اضطراب الهلع، اضطراب القلق العام، اضطراب تشوه شكل الجسم، واضطراب الواسواس القهري، أو اضطراب الضلالي، النوع الجسدي.
- يتم التمييز بين المصابين بقلق المرض عن طريق طلب أو تجنب العون الطبي - في يتم التمييز بين المصابين بتوهم المرض سابقا عن طريق الاستبصار.	تحديد ما إذا كان : -مع نقص الاستبصار :إذا كان الشخص غير مدرك في أغلب الوقت خلال النوبة الحالية أن همومه حول إصابته بمرض خطير هي زائدة هي الحد أو غير معقولة.	تحديد ما إذا كان : - نمط الباحث عن الرعاية : الرعاية الطبية، غالبا ما يقوم بزيارة الطبيب أو الخضوع للفحوص والإجراءات. - نمط المتجنب للرعاية : نادرا ما تستخدم الرعاية الطبية.

يوضح الجدول رقم (03): الفروق في المعايير بين قلق المرض و توهم المرض، حيث نلاحظ أن بعض المعايير متطابقة، في حين اختلفت بعض المعايير باختلاف الأساس الذي أعيدت به محكات تشخيص الدليل الخامس. وحسب الدليل الخامس "يندرج ما يقرب من 75% من الأفراد الذين تم تشخيصهم سابقا بتوهم المرض تحت تشخيص اضطراب العرض الجسدي. والباقي، حوالي 25% من الأفراد الذين يعانون من التوهم لهم قلق صحي عالي في غياب أعراض جسدية، وأن أعراض العديد من هؤلاء الأفراد لا توهل للحصول على تشخيص اضطراب القلق. وبالتالي تشخص هذه المجموعة الأخيرة من الأفراد في (DSM-5) ضمن اضطرابات قلق المرض، بسبب التركيز القوي على المخاوف

الجسدية" (APA, 2013, 310)، ولأن اضطراب قلق المرض غالبا ما وجد في البيئات الطبية، لذلك هو مدرج مع الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة (نفس المرجع السابق والصفحة).

## 4.2. الاضطرابات المصاحبة، التطور والمآل:

لأن اضطراب قلق المرض هو اضطراب جديد، فإن الاضطرابات التي تتصاحب معه بالتحديد غير معروفة، غير أنه من المعروف أن توهم المرض سابقا يحدث مع اضطرابات القلق (وخاصة اضطرابات القلق، العام، اضطرابات الهلع، والوسواس القهري) واضطراب الاكتئاب (APA, 2013, 318). بالإضافة إلى أن ما يقرب من ثلثي الأفراد الذين يعانون من اضطراب قلق المرض من المحتمل أن يكون لديهم على الأقل اضطراب نفسي آخر قائم بذاته، كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب قلق المرض قد يكون لهم مخاطر عالية للإصابة باضطراب العرض الجسدي واضطرابات الشخصية (نفس المرجع السابق والصفحة).

أما تطور ومآل اضطراب قلق المرض فهو "غير واضح، ويعتقد أن اضطراب قلق المرض عموما يكون مزمن مع التقدم في العمر، ببداية مبكرة في مرحلة البلوغ المتوسطة" (نفس المرجع السابق، 316). وفي عينات سكانية، وجد أن القلق المرتبطة بالصحة يزيد مع التقدم في السن، لكن أعمار الأفراد الذين لديهم قلق عالي حول الصحة في البيئات الطبية لا يبدو أنه يختلف عن أعمار غيرهم من المرضى في البيئات الأخرى (الذين لا يتلقون الرعاية الطبية)، كما وجد عند الأفراد الأكبر سنا، أن القلق المتعلق بالصحة غالبا ما يتركز على فقدان الذاكرة، ويعتبر هذا الاضطراب نادر الحدوث لدى الأطفال (نفس المرجع السابق والصفحة).

### 3. النماذج النظرية المفسرة لاضطراب قلق المرض :

إن أهم التحديات التي تواجهها الدراسات التي تبحث في أسباب الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية، أن تشخيصات الدليل الخامس اختلفت عن التشخيصات الواردة في الدليل الرابع المعدل. فالملاح الرئيسية للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية ولاسيما اضطراب قلق المرض تشمل الانتباه الشديد للأعراض الجسدية والقلق غير المناسب نحو الصحة. وتركز النماذج العصبية البيولوجية والسلوكية المعرفية على محاولة فهم العوامل التي تزيد الوعي والمشقة نحو الأعراض الجسدية" (أن كرينغ وآخرون، 2016، 476)، كمايلي:

#### 1.3. النماذج العصبية البيولوجية :

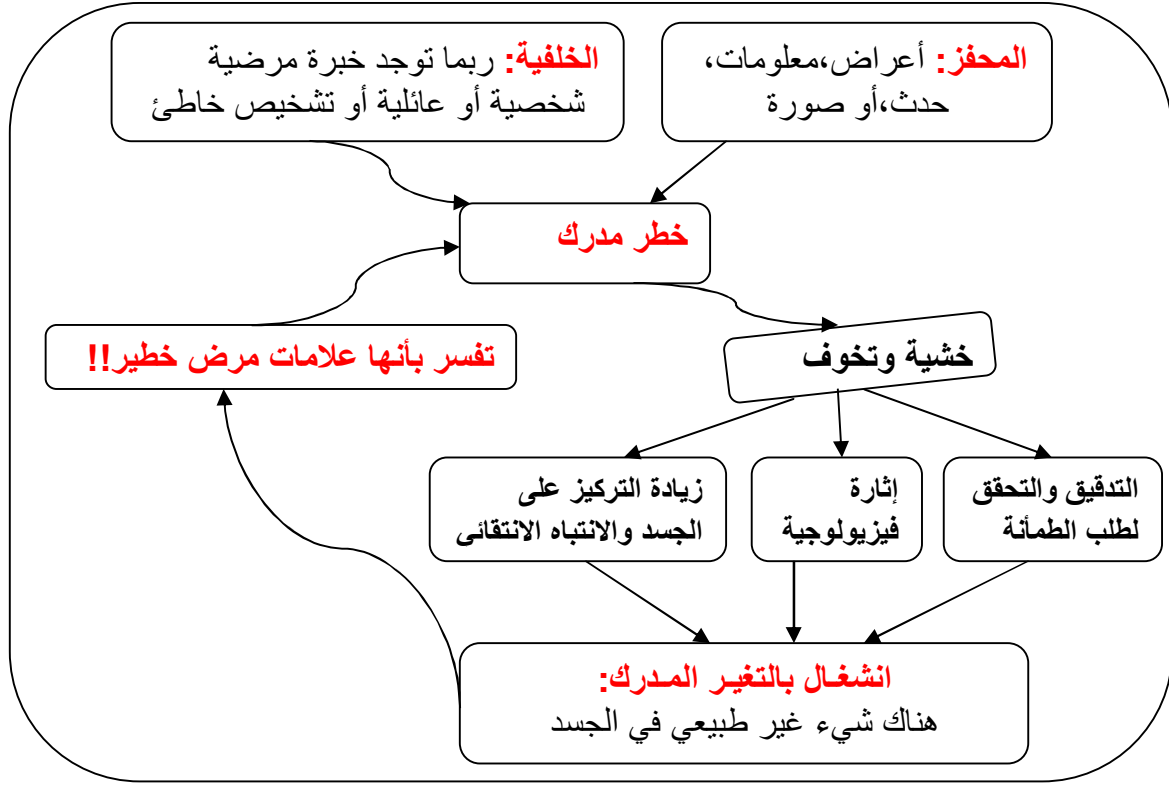
تركز النماذج العصبية البيولوجية للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية على أجزاء المخ التي تنشط من خلال الإحساسات الجسدية غير السارة. فالألم والإحساسات الجسدية المزعجة مثل السخونة، تزيد من نشاط أجزاء من المخ تسمى الفص الأمامي (the anterior insula) والتلفيف الحزامي، هذه الأجزاء ترتبط بقوة مع القشرة المخية الحسية الجسدية (the somato-sensory cortex)، وهي منطقة المخ المسؤولة عن الإحساسات الجسمية. فتنشيط هذه الأجزاء يرتبط مع التركيز على الأعراض الجسدية، وزيادة معدلات الاستجابة غير المرغوبة للمنبهات. ومن ثم فهناك بعض الأفراد الذين لديهم نشاط مرتفع لهذه الأجزاء في المخ، وهذا يساعد في تفسير لماذا يصاب بعض الأفراد بخبرة الألم و الأعراض الجسدية مقارنة بالآخرين (نفس المرجع السابق، 477).

#### 2.3. النماذج المعرفية السلوكية:

تركز النماذج المعرفية السلوكية على الآليات التي تسهم في زيادة التركيز والقلق على الصحة من خلال التركيز على العمليات المعرفية والسلوكية التي توجه ردة الفعل تجاه الأعراض الجسدية. حيث أن هناك عاملان معرفيان أساسيان هما: التركيز على الأحاسيس الجسدية وتفسير هذه الأحاسيس (نفس المرجع السابق والصفحة).

حيث تفترض النماذج المعرفية أن الأفراد الذين يعانون من قلق شديد مستمر فيما يتعلق بالصحة والمرض لديهم نزوع قوي وأصيل لإساءة تفسير أعراضهم الجسدية بما فيها التغيرات الفسيولوجية وكذلك المعلومات الطبية أو أي معلومات تتعلق بالصحة كدليل على أنهم مصابون أو معرضون بصفة خاصة للإصابة بمرض ما خطير (واثل أبو هندي، 2015، العلاج المعرفي السلوكي ع.م.س لوسواس المرض مقدمة)، ويظهر ذلك النزوع لإساءة التفسير عند التعرض لمثير مبهم ما مثل الشعور بإحساس جسدي ما، لا

يعرفون له سببا فيميلون بسرعة إلى تفسيره بصورة كارثية تخص الصحة والمرض، حيث تؤدي هذه الأخيرة إلى سلوكيات إدامة القلق (وائل أبو هندي، 2015، العلاج المعرفي السلوكي ع.م.س لوسواس المرض مقدمة)، والشكل التالي يوضح آلية حدوث قلق المرض، كمايلي :



شكل رقم (03): يوضح كيفية حدوث قلق المرض (نفس المرجع السابق)

كما يبين النموذج في الشكل أعلاه لحالة اضطراب قلق المرض فإنه بمجرد التقاء المحفز مع الخلفية المعرفية المناسبة والذي يؤدي إلى إدراك الخطر فإن الخشية والتخوف تضمن استمرار الإثارة الفسيولوجية وزيادة التركيز على الجسد والانتباه الانتقائي كردود فعل تلقائية إضافة إلى ردود الفعل الإستراتيجية كالتدقيق والتحقق وطلب الطمأنة والتي تفشل جميعا في تهدئة القلق والانشغال بتلك التغيرات الحادثة في الجسد والتي تفسر كعلامات على وجود المرض الخطير ولهذا نفس تأثير الخطر المدرك والذي يضاعف الخشية والتخوف (نفس المرجع السابق).

كما يرى (Salkovskis et al) أن هناك أربعة عمليات رئيسة تشترك في إحداث وإدامة القلق

بشأن الصحة هي:

1- التحيزات المعرفية في معالجة المعلومات المدركة والتي تؤدي إلى إضفاء خطر أكثر من اللازم على الأعراض فضلا عن تركيز الانتباه على الجسد والانتباه الانتقائي والذاكرة الانتقائية مثلا: الطبيب قال

بأنه ربما نجري تحليلاً آخر في الشهور القليلة المقبلة... لا بد أن أفكر أن هناك شيئاً خطيئتماً يهمل الحقيقة بأن الطبيب قال ليس هناك أي شيء غير طبيعي في نتيجة التحليل.

2- ردود الفعل الفسيولوجية الجسدية بما يسبب زيادة الوعي بالأحاسيس الجسدية، ومن ثم الانتباه الانتقائي.

3- سلوكيات البحث عن الأمان: كالتجنب والفحص أو التحقق وطلب الطمأنينة.

4- تغيرات وجدانية: خاصة القلق والاكتئاب والتي من المعروف فضلاً عما تسببه من أعراض جسدية أنها تزيد من التوجس والشعور بالخطر كما تساعد على غلبة السلبية في التفسيرات والتوقعات (وائل أبو هندي، 2015، العلاج المعرفي السلوكي ع.م.س لوسواس المرض مقدمة).

كما يرى " أن كرينغ وآخرون" أن "اعتقاد الفرد بأنه مريض عضوياً قد يرجع إلى خبراته الأولى مع الأعراض العضوية (كإصابته بمرض خطير في مرحلة الطفولة)، أو إلى السلوكيات العائلية التي ترسخت بداخله" (أن كرينغ وآخرون، 2016، 479). كما أن الخوف من أن يكون أحد الأحاسيس الجسدية علامة على المرض يؤدي إلى سعي الفرد إلى البحث المتكرر عن المعلومات الطبية المتاحة على شبكة الإنترنت، والتي تكون في كثير الأحيان غامضة أو ذات مصطلحات طبية لا يفهمها الشخص العادي، مما يؤدي إلى تفاقم المخاوف والقلق بشأن الصحة بدلاً من الطمأنينة (Jean Tignol, 2014)، وقد يسعى الشخص وراء من طمأنه على حاله سواء من الأطباء أو أفراد العائلة، وعندما يجد الفرد الاهتمام والتعاطف من الآخرين قد يؤدي ذلك إلى تعزيز سلوك طلب المساعدة. وبالإضافة إلى هذا النوع من الاهتمام قد يجد بعض الأفراد أنواعاً أخرى من المعززات السلوكية للأعراض الجسمية، فقد يتلقون على سبيل المثال مساعدات مالية وهذا يتوقف على مدى إعاقة الأعراض التي يعانونها لأنشطتهم اليومية مما يعزز حالة القلق بشأن الصحة (أن كرينغ وآخرون، 2016، 479).



#### 4. علاج اضطراب قلق المرض:

نتطرق هنا إلى العلاج الدوائي، ثم العلاج المعرفي السلوكي، كمايلي:

##### 1.4. العلاج الدوائي:

مع أنه لا يوجد دواء محدد لعلاج قلق المرض إلا أن عدداً من المجموعات الدوائية تستخدم في علاجه. ومن هذه المجموعات مضادات الاكتئاب التي تعمل على رفع مستويات مادتي سيروتونين (HT-5) ونورادرينالين (NA)(عبد الله السباعي، 2016)، حيث أثبتت بعض الدراسات أثر مضادات الاكتئاب في خفض أعراض قلق المرض" (Greeven et al, 2007) عن (آن كرينغ وآخرون، 2016، 488) ذلك أن الأعراض الجسدية للاكتئاب شائعة هي الأخرى، وهي تتضمن الشعور بالإرهاق وقلة الطاقة، وكذلك الأوجاع والآلام الجسدية، وهذه الأعراض تكون بالغة إلى حد أن تقنع أصحابها بأنهم يعانون حالات طبية خطيرة حتى وإن لم يكن لهذه الأعراض سبب جسدي محدد، وبالتالي ليس من قبيل المفاجأة أن مضادات الاكتئاب غالباً ما يؤدي إلى تخفيف حدة المخاوف من الأعراض الجسدية (Simon, Von Korff, Piccinelli, et al. 1999). وكذلك قد تستخدم مضادات الذهان التقليدية بجرعات قليلة ولمدة قصيرة. وهذه العقاقير مأمونة العواقب وليس لها ضرر على المدى الطويل بالنسبة لأجهزة الجسم المختلفة، ولا تسبب الإدمان (عبد الله السباعي، 2016).

##### 3.4. العلاج المعرفي السلوكي:

لقد ثبتت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تقليل المخاوف الصحية، وذلك من خلال الاستراتيجيات التي تهدف إلى تقليل الانتباه المفرط نحو الأحاسيس الجسدية، وتنفيذ الأفكار السلبية حيال هذه الأحاسيس، وإنهاء عوامل الإدامة مثل التدقيق والتحقق، طلب الطمأنة.. الخ (آن كرينغ وآخرون، 2016، 486). ويشير (وائل أبو هندي، 2015) إلى أن المسار العلاجي المعرفي السلوكي لكل حالة يكون حسب الصياغة الخاصة بها، حيث تركز الجلسات الأولى على: جمع الأدلة على صحة النموذج المعرفي السلوكي لشرح الحالة، ثم يتم الاتفاق على أهداف العملية العلاجية، و يبدأ المعالج في الجلسات التالية بتريخ وجهة نظر أن القلق وليس المرض العضوي هو أساس الأعراض، فضلا عن شرح ومناقشة أسباب استمرار القلق والأعراض من خلال الدوران في حلقات الإدامة المفرغة للأعراض واختبار ذلك بالتجارب السلوكية. وتتم مناقشة وتعديل الافتراضات المعيقة الخاصة بالصحة والمرض، ثم في الجلسات

الأخيرة يبدأ المريض في إهمال احتياطات الأمان التي ظهرت في الصياغة الخاصة به، وصولاً إلى قطع حلقات الإدامة. وختاماً يتم التدريب على منع الانتكاس.

و تشمل الاستراتيجيات المعرفية العلاجية في علاج قلق المرض عدداً من عيوب التفكير، منها : التفكير الاجتراري وأفكار ماذا لو؟ ومنها التشوهات أو التحيزات المعرفية، ومنها الافتراضات المعيقة والقناعات الخاصة بالصحة والمناعة والمرض -والتي لا تفيد إن لم تضر- ومنها كذلك عدم تحمل الحيرة أو الشك (عدم الاطمئنان المؤكد 100%) (وائل أبو هندي، 2015، ع.م.س لوسواس المرض فنيات العلاج2)، إضافة إلى أهمية التعرف قدر الإمكان على 'قاعدة بيانات الصحة والمرض' الناقصة أو الخاطئة أياً كانت مصادرها ببرامج فضائيات تلفزيونية، الإنترنت، الجرائد، الجيران الأصدقاء.. إلخ. كما تهدف التجارب السلوكية إلى مساعدة الشخص ليكتشف أن ما يخشاه لن يحدث من خلال اختبار التوقعات، ولاستكشاف "الحقيقة" حول القناعات وترسيخ القناعة بأسباب غير مرضية للأعراض (نفس المرجع السابق)، فضلاً عن مساعدته على اكتشاف دور عوامل الإدامة، وأيضاً لمساعدته على اكتشاف دور التفكير السلبي في زيادة الأعراض بشكل عام وأخيراً مساعدته على معرفة ما إذا كان استخدام إستراتيجية بديلة سيكون مفيداً (نفس المرجع السابق).

وفيما يلي بعض التقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي لقلق المرض:

**استكشاف الصلات بين الأعراض والعوامل النفسية:** يتم الوصول إلى ذلك باستخدام الاكتشاف الموجه أثناء مراجعة سجلات الأفكار أو المفكرات اليومية للأعراض مع العميل، فمثلاً يصف العميل كيف أنه عندما سمع معلومة جديدة عن فيروس سي الكبدي شعر بانقباض في صدره وبعدم كفاية الهواء وبدأ في التنفس بسرعة وعمق فشعر بالدوار مما زاد قناعته بأنه فعلاً مصاب بالمرض وهكذا... وهناك عدد من التجارب السلوكية يمكن جمعها تحت مسمى تجارب حدث الأعراض أو اختبار التوقعات، مثل: تجربة استقراز زيادة التنفس التي تجعل العميل يدرك دور فرط التهوية في إحداث بعض أعراض ، وتجربة بؤرة التركيز الجسدية أو الانتباه الانتقائي وهي تفيد كدليل على آثار التركيز والتحقق على الأعراض الجسدية (وائل أبو هندي، 2015، ع.م.س لوسواس المرض فنيات العلاج1).

**(2) العمل على تحايزات (التحريفات) المعرفية:** من خلال البحث عن المعاني الفردية الخاصة بالعميل لكلمات مثل الموت والألم والمرض... إلخ، ويمكن أن تستعمل تقنية "الاتجاه النازل" في استخراج المعاني الخاصة بالعميل مثلاً بالنسبة لك ما هو السيئ حول الموت؟ أو ما هو السيئ حول الألم /المرض؟، أو بالنسبة لك ما هو السيئ حول عدم التأكد 100%؟ (وائل أبو هندي، 2015، ع.م.س لوسواس المرض فنيات العلاج2).

**(3) العمل على التفكير الكارثي :** ينقسم التفكير الكارثي إلى جزئين الأول هو التنبؤ بنتيجة سيئة أو إعطاء تفسير سيئ والثاني هو الاستنتاج المتسرع أن النتيجة السيئة لو حدثت (أو التفسير لو صح) فستكون كارثية الوقع، فمثلا عند اكتشاف كتلة ما تحت الجلد يتنبأ مرضى قلق المرض بأنها لا بد أن تكون علامة سرطان ولو صح ذلك فلا لا أحد يشفى من السرطان، ونجد كذلك كلا من التهويل لوقع النتيجة السيئة (السرطان) والتهوين لقدرة المريض على المجابهة والسيطرة على السرطان. ومن أساليب العمل المعرفي على هذا النوع من التشوهات المعرفية ما يسمى "بتقنية ماذا لو؟" أو أسئلة "السيناريو الأسوأ" مثلا ماذا لو حدث أنك أصبت فعلا بالسرطان ماذا ستفعل أو كيف ستكون؟ ثم يستمر الاكتشاف الموجه بعد ذلك لجعل رؤية المريض واقعية حتى يجيب على السؤال بشكل يوضح لا ما يخشى هو منه وإنما ما يمكن واقعا أن يحدث إذا صحت مخاوفه (نفس المرجع السابق).

**(4) العمل المعرفي لتغيير القناعات (إعادة عزو الأعراض) :** يميل مرضى قلق المرض بشكل خاص إلى إساءة تفسير المعلومات الصحية ذات الصلة، ويجدون فيها تهديدا أكثر مما تحتمل واقعا، كما يميلون أيضا للانتباه الانتقائي، وإغفال أو استبعاد الأسباب غير الخطيرة أو الشائعة لأعراضهم الجسدية، وبالتالي فإنهم يقعون في فخ استبعاد كل الاحتمالات الطيبة، ومن أجل ذلك فإن عملية إعادة عزو الأعراض هي حجر الزاوية الرئيسي في العلاج. ويتم ذلك من خلال إعادة التعليل الشفوية وجمع الأدلة للفرضيات البديلة من خلال التجارب السلوكية وتعديل الافتراضات والقناعات، ومنها سجلات أفكار قلق الصحة ومناقشة الاحتمالات، ومنها أيضا لوحات الفطائر Pie Charts وتقنية الهرم المقلوب Technique Pyramid Inverted وأيضا تعديل التخيلات Modification Imagery والعمل على الصور العقلية بحيث يتم في النهاية الوصول بالاكتمشاف الموجه إلى تفسير أكثر واقعية وأقل كارثية لأعراض العميل. ويفترض أن تؤدي هذه المرحلة عند نجاحها إلى توليد التفسيرات البديلة، كتفسيرات أقل تهديدا (نفس المرجع السابق).

**(6) العمل المعرفي لتصحيح عوامل الإدامة:** حيث يستهدف العلاج في هذه المرحلة، مايلي:

▪ **سلوكيات التدقيق والتحقق:** زُ المعالج سلوكيات التدقيق والتحقق التي يلجأ لها المريض عادة ويطلب منه تكرارها لبيان أن التدقيق والتحقق Self Checking المتكرر غالبا يؤدي إلى زيادة الأعراض أو حتى إحداث أعباء أكثر إحداثا للقلق فمثلا نجد أن الابتلاع المتكرر يؤدي إلى جعل البلع يبدو أكثر صعوبة، وتحسس الكتل Feeling for lumps يؤدي إلى العثور عليها وربما يتسبب في

حدوثها مثلما أن التنفس العميق المتكرر يُؤدِّي إلى الإجهاد العضلي، ومن المهم بعد ذلك متابعة محاولات المريض للكف عن هذه النوعية من السلوكيات (وائل أبو هندي، 2015، ع.م.س لوسواس المرض فنيات العلاج2)

■ **التجنب**: تختلف درجة التجنب من مريض لآخر حسب متغيرات كثيرة، ونجد صوراً كثيرة من التجنب مثل تجنب المستشفيات وعيادات الأطباء، وتجنب الأفكار أو الصور العقلية حول لطمحة /المرض، وتجنب رؤية البرامج التلفزيونية، المقالات، إلخ. حول الصحة للمرض، وأيضاً تجنب زيارة أو معرفة أخبار الأصدقاء / أو أعضاء العائلة من المرضى، ولابد لنجاح العلاج من تدريب المريض على التعرض التدريجي لكل ما يتحاشاه أثناء وبين الجلسات (نفس المرجع السابق).

■ **احتياطات التأمين أو الأمان**: هناك أمثلة عديدة على احتياطات الأمان في مرضى قلق المرض تختلف حسب الحالة والمرض المخشي فهناك من يؤمن نفسه بمجرد تناول مستحضرات الفيتامينات المتعددة بلا داعٍ طبي، وهناك من يتجنب الأنشطة المجهدة أو يغرق في الراحة المفرطة والتي تجعله بعد ذلك يتعب من أقل مجهود! من يحاول السد يطرأ على الاستجابات الجسدية، وأخيراً هناك من يتخذ من طلب الطمأنينة Reassurance Seeking المتكرر احتياط تأمين فهو مثلاً يفحص دمه أسبوعياً للاطمئنان أو يسأل أحد أفراد الأسرة صباحاً ومساءً (نفس المرجع السابق).

ومن أجل إيقاف هذه السلوكيات ينصح المريض أولاً باختبار آثار هذه السلوكيات بنفسه مستخدماً تقنية التجارب العلاجية المتناوبة، وذلك بعد تدريبه على التقييم الذاتي للقلق، والأحاسيس، وقوة الاعتقاد، وبعد ذلك تتم زيادة السلوك المستهدف لفترة ما مثلاً تفحص الجسد، أو البحث عن المعلومات على الإنترنت ثم في الفترة التالية على المريض أن يمتنع تماماً عن السلوك المستهدف بينما لا يزال يرصد القلق والأعراض، وقوة الاعتقاد وأخيراً تراجع البيانات الناتجة وتمثل في رسوم بيانية، وكثيراً ما يندهش العملاء من كونهم أسوأ في اليوم الذي تتم فيه زيادة السلوك المستهدف، ويمكن استخدام هذه التجربة لمساعدتهم على اتخاذ قرار بإسقاط السلوك المستهدف تماماً (نفس المرجع السابق).

وأخيراً يركز العلاج المعرفي السلوكي على الربط بين المناقشة والتقنيات اللفظية و التجارب السلوكية، لمساعدة المريض على الاستفادة من خبراته الماضية وفهم التفسير البديل الذي تظهره التجارب من أجل تطوير القدرة على المجابهة الذاتية لقلق المرض (نفس المرجع السابق).

## خلاصة الفصل:

من خلال ما جاء في هذا الفصل نستخلص أن اضطراب قلق المرض الذي ينتمي إلى مجموعة الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية والذي استحدثت معايير في الدليل الخامس، يتسم بالخوف الشديد من الإصابة بمرض خطيرة والانشغال المفرط بالصحة في غياب الأعراض الجسدية الجوهرية، وهو بذلك يختلف عن اضطراب توهم المرض الذي يعتمد تشخيصه على وجود أعراض جسدية، ويصنف المصابين باضطراب قلق المرض إلى نوعين هما : نمط الباحث عن الرعاية أو طالب للعون الطبي ونمط المتجنب للرعاية أو متجنب للعون الطبي، والذي نادرا ما يستخدم الرعاية الطبية. وقلق المرض يزيد مع التقدم في السن، كما أنه قد يتصاحب مع اضطراب نفسي آخر، وتركز النماذج النظرية في تفسيره على محاولة فهم العوامل التي تزيد التركيز والقلق على الصحة، وتقترح بذلك علاجا دوائيا للتخفيف من حدة المخاوف من الأعراض الجسدية، وعلاجا نفسيا يستهدف التقليل من الانتباه المفرط نحو الأحاسيس الجسدية، وتنفيذ الأفكار السلبية حيال هذه الأحاسيس.

## الفصل الثالث :

# المعتقدات ما وراء المعرفية

### تمهيد

1. التصور المفاهيمي لما وراء المعرفة
2. مكونات ما وراء المعرفة
3. التفسير لما وراء معرفي للاضطراب النفسي
4. العلاج لما وراء معرفي

### خلاصة الفصل

## تمهيد :

يُعدُّ مفهوم ما وراء المعرفة من أكثر موضوعات علم النفس التربوي والمعرفي حداثةً، وإثارةً للبحث، ذلك لاعتباره أحد أهم مكونات السلوك الذكي في معالجة المعلومات. وعلى الرغم من أن بداية توظيف ما وراء المعرفة كان في المجال التربوي، من خلال ربطه بعملية التعلم، إلا أن الباحثين في مجال علم النفس المرضي قدموا فيما بعد توسعة للنظرية الخاصة بما وراء المعرفة في التنظيم الانفعالي، من خلال توظيف ما وراء المعرفة في فهم وتفسير السلوك المرضي، وذلك بتحديد المعتقدات ما وراء المعرفة التي تسهم في تطور واستمرار الاضطراب النفسي. وهذا ما يشكل محور هذا الفصل، حيث سنتناول فيه بداية التصور المفاهيمي لما وراء المعرفة من خلال التطرق إلى نشأتها، تعريفها وخصائصها، ثم مكوناتها في المجال التربوي وفي مجال علم النفس المرضي، ثم نتناول التفسير لما وراء معرفي للاضطراب النفسي من خلال تقديم نموذجين لذلك، وصولاً إلى العلاج لما وراء معرفي .

## 1. التصور المفاهيمي لما وراء المعرفة:

### 1.1. نشأة ما وراء المعرفة :

يعد مفهوم ما وراء المعرفة "Metacognition" واحداً من التكوينات النظرية المعرفية المهمة في علم النفس المعاصر، وترجع أصول النظرية ما وراء المعرفة إلى فرعي علم النفس التنموي و علم النفس التربوي، فمنذ فترة غير بعيدة (1979) تم الاعتراف بأن المعتقدات ما وراء المعرفة "Beliefs Metacognitive" تلعب دوراً حاسماً في كيفية تعلم الناس وأن التدريب في مجال السيطرة على المعتقدات ما وراء المعرفة يمكن أن يؤدي إلى تعلم أكثر فعالية (Flavell, 1979) عن (وائل أبو هندي، 2015). وقد ظهر هذا المفهوم على يد فلافل "Flavell" عام 1976 ولقي اهتماماً ملموساً على المستويين: النظري والتطبيقي، فقد أجرى عليه براون "Brown" تطبيقات متعددة في مختلف المجالات الأكاديمية وتوصل من خلال هذه التطبيقات إلى الأهمية البالغة لدور كل من المعرفة وما وراء المعرفة في التعلم الفعال (فتحي الزياد، 1996، 400).

كما استخدم الفيلسوف "Adam Smith" في القرن التاسع عشر الميلاي "مصطلح المراقب المحايد "Impartial Spectator" وشبهه بشخص آخر داخل كل منا لديه القدرة على الوعي بمشاعرنا وأوضاعنا المختلفة. ومع شيء من التدريب نستطيع استخدام هذا المراقب المحايد لمراقبة سلوكياتنا عن بعد. ويفترض أننا نحن ذلك المراقب الذي يرصد ما نقوم به، ومن ثم تتكون لدينا القدرة على التحكم في السلوكيات غير التكيفية بما في ذلك الاضطرابات النفسية" (ناصر بن إبراهيم المحارب، 2000، 66).

وقد تطور الاهتمام بهذا المفهوم في عقد الثمانينات ولا يزال يلقي الكثير من الاهتمام نظراً لارتباطه بنظريات الذكاء والتعلم واستراتيجيات حل المشكلة واتخاذ القرار. وأصبح هذا المفهوم موضوعاً للعديد من الأبحاث والدراسات التي تنوعت في تناولها له. فلقد تناولت الدراسات استراتيجيات ما وراء المعرفة وكذلك مهارات ما وراء المعرفة مروراً بنمو وتطور هذا المفهوم، وصولاً إلى كيفية تطبيقه واستخدامه في عمليتي التعلم والتعليم (أحمد الحكمي، 2010)، وأخيراً توظيف عناصر النظرية ما وراء معرفية في فهم أسباب مشكلات الصحة النفسية وكذلك في علاجها، حيث جاءت البداية الحقيقية للعلاج النفسي ما وراء المعرفي على يد كل من "ويلز وماثيو (Mathews & Wells، 1994) اللذان قاما بوضع النظرية ما وراء معرفية للتفسير والعلاج النفسي لاضطراب القلق العام "Disorder Anxiety Generalized" فأثبتت نجاحاً وتوالت بعد ذلك النجاحات حتى أصبح



لتقنيات العلاج ما وراء المعرفي الآن دعماً تكديسه الأبحاث والدراسات، وما يزال الإبداع والتجديد مستمرا في هذا المجال" (وائل أبو هندي، 2015).

## 2.1. تعريف ما وراء المعرفة :

يعد مصطلح ما وراء المعرفة (Metacognition) من المصطلحات التي أثارت الكثير من الانتباه خلال العقدين الماضيين، وأصبح استخدامه واسع الانتشار بين الباحثين في مجال علم النفس المعرفي منذ استخدامه أول مرة بواسطة جون فلافل (Flavell, 1976). وأصبح هذا المفهوم موضوعاً للعديد من الأبحاث والدراسات التي تنوعت في تناولها له. وعلى الرغم من مرور ثلاثة عقود على استخدام مصطلح ما وراء المعرفة إلا أنه لم يتم الاتفاق على تحديد ماهيته (فخري عبد الهادي، 2010، 72)، حيث :

عرف فلافل "Flavell" (1976-1979) العمليات ما وراء المعرفية بأنها التفكير في التفكير والوعي بالعمليات المعرفية التي يستخدمها الفرد في معالجة المعلومات (Flavell 1987). وبهذا المنظور، فقد اعتبرت هذه العمليات على أنها "الاستراتيجيات التي تحكم عمليات التفكير والتعلم" (رافع نصير الزغول، عماد عبد الرحيم الزغول، 2003). ويتفق تيلور (Taylor, 1999) مع ما ذهب إليه فلافل في تعريفه لما وراء المعرفة مع شيء من التفصيل حيث أشار إلى أنه عملية تقدير ما يعرفه الفرد مسبقاً، وتصور دقيق لمهام التعلم وما تتطلبه هذه المهام من مهارات ومعرفة، بالإضافة إلى سرعة القيام بالاستنتاجات والاستدلالات الصحيحة عن كيفية استخدام إستراتيجية معرفية محددة في موقف محدد وأن يقوم بذلك بكفاءة وثبات" (فخري عبد الهادي، 2010، 73).

في حين قدم فتحي جروان (1999) تعريف يتسم بنوع من الشمول إذ يشير إلى أن "ما وراء المعرفة مفهوم يدل على عمليات التفكير العليا التي تتحكم في توجيه وإدارة نشاطات حل المشكلة واتخاذ القرار، وتبقي على وعي الفرد لذاته ولغيره في أثناء القيام بالمهام التي تتطلب معالجة للمعلومات. وهو نوع من الحديث مع الذات والتفكير حول التفكير عن طريق التخطيط للأداء ومراقبة تنفيذ الخطة والتقييم" (فتحي جروان، 1999، 427).

كما يعرف "Schraw and Dennison" (1994) التفكير ما وراء المعرفي بأنه "وعي الفرد الذاتي بعملياته المعرفية، وبنائه المعرفي، موظفاً هذا الوعي في إدارة هذه العمليات، من خلال استخدام مهارات: التخطيط، والمراقبة، والتقويم، واتخاذ القرارات، واختيار الاستراتيجيات الملائمة" (عبد الناصر الجراح، علاء الدين عبيدات، 2011، 150) وهو ما يؤكد زيتون (2003) على أن "التفكير

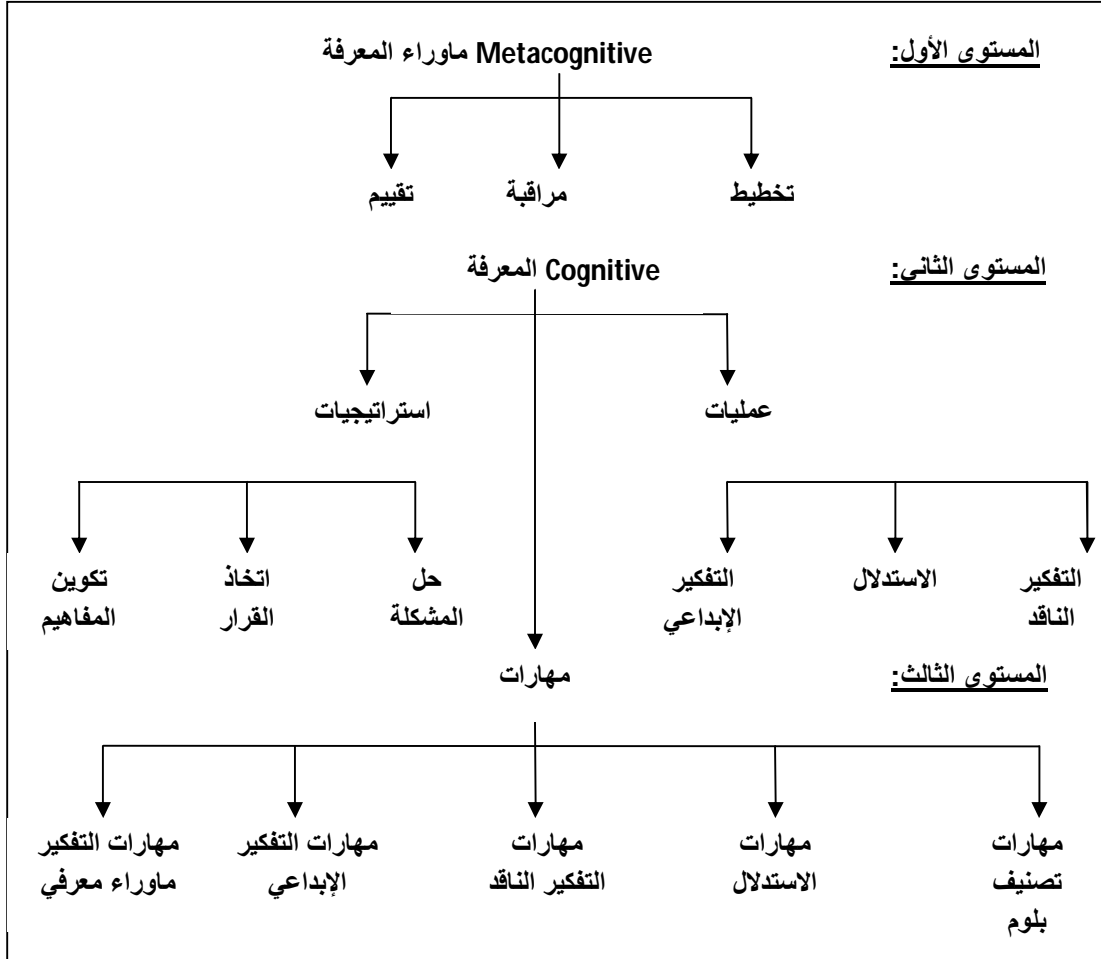
وراء المعرفي يمثل قدراتنا على صياغة خطة عمل ومراجعتها ومراقبة تقدمنا نحو تنفيذ هذه الخطة وتحديد أخطاء العمل والقيام على معالجتها والتأمل في تفكيرنا قبل إنجاز العمل وفي أثناءه وبعده ومن ثم تقييم تفكيرنا من أوله لآخره كما يمكن القول بان التفكير وراء المعرفي يؤدي إلى إدارة عملية التفكير بشكل جيد" (نعمات عبد المجيد، سهى بدوى محمد، (د.س)).

أما "Livingston" (1997) فيعرف ما وراء المعرفة بأنها: "عمليات التفكير من المستوى الأعلى" (عدنان يوسف العتوم، 2004، 207) حيث يعتبر المعرفيون ما وراء المعرفة المستوى الأعلى من مستويات النظام المعرفي الذي يتولى عملية ضبط ما يحدث في المستويات الأخرى. وتشتمل عملية الضبط هذه على سبيل المثال، التحول من الشعور بالانزعاج إلى التخيل أو تحويل الانتباه إلى شيء آخر (ناصر المحارب، 2000، 67). ويقول وائل أبو هندي (2015) في هذا الصدد: "يمكننا تبسيط تعريف ما وراء المعرفة بأنه ذلك الجانب من جوانب الإدراك الذي يراقب ويوجه ويقيم ويتحكم في العمليات العقلية والتفكير والمشاعر" (وائل أبو هندي، 2015)، وكما يقول ويلز فإن "معظم الناس لديهم بعض الخبرات المباشرة والواعية لما وراء المعرفة، مثلاً، عندما يكون الإنسان غير قادر على تذكر اسم شخصٍ ما فإنه كثيراً ما يشعر بأنه متأكد من وجود الاسم مختزناً في ذاكرته، ويدخله هذا في حالة ما وراء معرفية تظهر في شكل شعور قوي يسمى أثر على طرف اللسان (Effect-Tongue Tip-of The) فهي إحدى الخبرات ما وراء المعرفة، المسئولة عن مراقبة ورصد وتنظيم الخبرة المعرفية الراهنة (أو الجارية حالياً) التي تشمل أيضاً الخبرات الشخصية كمشاعر الثقة أو الشعور بالمعرفة (Knowing of Feelings)" (نفس المرجع السابق). لذا فقد عرف ويلز "Wells" (2009) ما وراء المعرفة بأنها معرفة حول المعرفة والتفكير حول التفكير، الذي يعد مهماً لفهم كيف تعمل المعرفة وتتشكل لدفع الفرد على الاهتمام أو ضبط التقييمات والتأثيرات وراء أشكال استراتيجيات الشخص الذي يستخدم تنظيم أفكاره وسلوكياته (رياض العاسمي، 2016).

في ضوء التعاريف السابقة يمكن تعريف ما وراء المعرفة بأنها: وعي الفرد الذاتي لعملياته المعرفية، وبناءه المعرفي، موظفاً هذا الوعي في إدارة وتنظيم وضبط العمليات العقلية والتفكير والمشاعر من خلال استخدام مجموعة من المهارات مثل: التخطيط، والمراقبة، والتقييم، واتخاذ القرارات، واختيار الاستراتيجيات الملائمة.

### 3.1. خصائص العمليات ما وراء معرفية :

قبل التطرق لخصائص العمليات ما وراء معرفية، لابد من التعرف على العمليات المعرفية، ولاسيما النظام المعرفي الذي تنتمي إليه، والشكل التالي بين مستويات النظام المعرفي، كمايلي:



الشكل رقم (04): يوضح مستويات النظام المعرفي

(فتحي عبد الرحمن جروان، 2002، 43)

نلاحظ من خلال الشكل أعلاه أن ما وراء المعرفة تمثل المستوى الأعلى للنظام المعرفي، كما تمثل عمليات الضبط العليا التي تستخدم في التخطيط والمراقبة والتقييم لأداء الفرد أو نشاطاته العقلية (العمليات المعرفية) أثناء قيامه بمهمة معينة. حيث تمثل هذه الأخيرة المستوى الثاني من النظام المعرفي، في حين تمثل المهارات (النوطة بالمستويين السابقين) المستوى الثالث من هذا النظام .

وفي هذا الصدد يرى فلافل (1979) أنه ربما لا يكون فرقاً واضحاً وجلياً بين العمليات المعرفية و العمليات الما وراء معرفية وقد يكمن الفرق الوحيد بينهما في الكيفية التي يتم فيها استخدام المعلومات والهدف منها، وعموماً يمكن إبراز الفرق بينهما على النحو الآتي:

- تستخدم العمليات المعرفية على نحو مباشر على المهمات (تعلم خبرة، حل مشكلة ...)، أي أنها تستخدم لتحقيق هدف معين، في حين تستخدم العمليات الماورائية للتخطيط للعمليات المعرفية وكيفية تنفيذها ومراقبة سير عملها وتقييم نتائجها أي التأكد من تحقيق الهدف.
- العمليات الما وراء معرفية قد تسبق أو تأتي بعد العمليات المعرفية.
- العمليات الما وراء معرفية تصبح أكثر إلحاحاً عندما تقشل العمليات المعرفية في تحقيق أهدافها حيث يعمد الفرد إلى مراجعة أنشطته المعرفية والحكم على مدى فعاليتها (Roberts & Erdos, 1993) عن (نعمات عبد المجيد، سهى بدوى محمد، (د.س)).
- كلاهما قد يستخدم نفس الاستراتيجيات كالتخطيط والتساؤل مثلاً ولكن مع اختلاف الهدف من استخدامها فالتساؤل في العمليات المعرفية ربما يستخدم كأداة لاكتساب المعرفة في حين يستخدم في العمليات الما وراء معرفية كأداة للتأكد من تحقيق التعلم أو الحكم على فعالية العملية المعرفية في تنفيذ المهمة التعليمية.
- كلاهما يعتمد على بعضها البعض فأى محاولة لاختيار أحدهما بمعزل عن الأخرى قد لا تعطي صورة واضحة عنها (Livingston, 1997) عن (نفس المرجع السابق).

مما سبق يتضح أن العمليات الماوراء تمتاز بخصائص تتمثل فيمايلي:

✓ أن العمليات الماوراء معرفية لا تنفذ مباشرة على المهمة وإنما على العمليات المعرفية التي تجرى على هذه المهمة فهي تسيطر على العمليات المعرفية من حيث التخطيط لهذه العمليات ومتابعة تنفيذها ومراقبة سيرها والحكم على نتائجها.

✓ تختلف العمليات الماوراء معرفية من فرد إلى آخر تبعاً للفروق المرتبطة بعوامل النمو والنضج والذكاء والخبرات السابقة، حيث لوحظ أن الأطفال عادة لا يطورون مثل هذه الأساليب إلا في المراحل العمرية اللاحقة، حيث أنهم في المراحل المبكرة غالباً لا يكونون على وعي بمثل هذه العمليات تمتاز العمليات الماوراء معرفية بقدرتها على تحديد العمليات المعرفية لمناسبة لتنفيذ المهمات المطلوبة (عبد الهادي فخري، 66، 2010)

## 2. مكونات ما وراء المعرفة :

### 1.2. مكونات ما وراء المعرفة في المجال التربوي:

يعد مصطلح ما وراء المعرفة مفهوم معقد ويتضمن أكثر من بعد ولا يوجد اتفاق بين الباحثين على ماهية الأبعاد المكونة له، وفيما يلي نورد مكونات ما وراء المعرفة حسب بعض الباحثين في المجال التربوي، كمايلي:

#### جدول رقم (04): يبين مكونات ما وراء المعرفة في المجال التربوي

الباحث	مكونات ما وراء المعرفة
Flavell, 1979	<p><b>1- معرفة الفرد بخصائص المعرفة:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الفرد معرفة الفرد بخصائصه الذاتية، وحالاته الوجدانية، وإمكاناته العقلية</li> <li>• المهمة: الوعي بأن أنماط مختلفة من المهام تتطلب أنماطاً مختلفة من المعالجة يؤثر على كيفية التعاطي الذهني أو المعرفي معها.</li> <li>• الاستراتيجيات: ويميز بين الاستراتيجيات المعرفية، أي الإجراء المباشر الذي يعتمد إليه الفرد لتحقيق الهدف أو غرض معين، مثل استعمال إستراتيجية التلخيص أو التساؤل. أما الاستراتيجيات فوق المعرفية فتقوم على عملية التوجيه الذاتي أو التنظيم الذاتي أو التقويم الذاتي للإجراءات المعرفية أو الاستراتيجيات المعرفية السابقة كأن يتساءل الفرد : هل إلقاءه للأسئلة كان دقيقاً ؟ هل كانت الأسئلة مناسبة ؟ هل تعلق بجوانب مهمة عن الموضوع؟</li> </ul> <p><b>2. التجارب ذات العلاقة بما وراء المعرفة:</b> يقصد بها أي خبرات وجدانية أو معرفية تصاحب ممارستنا للنشاطات العقلية. مثال على ذلك: إدراك الفرد أنه يشعر بالضيق نتيجة عجزه عن فهم شيء ما قاله شخص آخر.</p>
Paris & Winograd 1990 Jacobs & 1987, Paris	<p><b>1 - التقييم الذاتي المعرفي :</b></p> <p>التقديرات والأحكام التي يمارسها الفرد إزاء إمكاناته وقدراته المعرفية، وإزاء عوامل المهمة أو النشاط التي تؤثر في النشاط المعرفي، وحول الاستراتيجيات المعرفية التي قد تعزز أو تعرقل الأداء. إن التقييم الذاتي يجيب عن الأسئلة من طراز "ماذا أعرف" (المعرفة التصريحية)، "كيف تفكر" (المعرفة الإجرائية)</p> <p><b>2 - الإدارة الذاتية للنشاط المعرفي:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• التخطيط : تحديد الأهداف وتعبئة الموارد قبل أداء المهمة.</li> <li>• التنظيم : رصد سير العمل ومراقبته وتصحيح الأداء وتصويبه خلال الأداء.</li> <li>• التقويم : تقييم الأداء ومراجعته بعد إنجاز المهمة.</li> </ul>

الدراسة	مكونات ما وراء المعرفة
Marzano et. al. 1988	<p>1- المعرفة والسيطرة أو التحكم الذاتي: الالتزام ، المواقف ، الانتباه .</p> <p>2- المعرفة وضبط العمليات : وتتطوي على جانبين :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• أهمية المعرفة المتعلقة بما وراء المعرفة: التصريحية ، المعرفة الإجرائية ، المعرفة الشرطية .</li> <li>• السيطرة التنفيذية : التخطيط ، التنظيم ، المراقبة ، التقويم.</li> </ul>
Gunston y ، 1993	<p>1-المعرفة: وتتحدد بطبيعة التعلم وعملياته، والمعرفة باستراتيجيات التعلم الفعالة .</p> <p>2-الوعي: ويعني الوعي بالنشاط التعليمي، والوعي بالتقدم الفردي خلال النشاط، ووعي المتعلم بطبيعة المعرفة لديه</p> <p>3-الضبط: ويتحدد في طبيعة القرارات التي تتخذ والأفعال التي يقوم بها المتعلم أثناء النشاط.</p>
Dannison & 1995	<p>1-المعرفة حول المعرفة : المعرفة التصريحية ، المعرفة الإجرائية ، المعرفة الشرطية.</p> <p>2- تنظيم المعرفة أو النشاط المعرفي : التخطيط ، إدارة المعلومات ، التعامل مع جوانب الغموض ، الرصد الذاتي أو المراقبة الذاتية ، التقويم .</p>
philips ، Wilen& 1995	<p>1-الوعي : حيث يعي الشخص بسلوكه المعرفي خلال المهمة التعليمية، يتضمن الوعي بالغرض منها ، والوعي بما يعرفه عنها، والوعي بما هو في حاجة إلى معرفته .</p> <p>2-السلوك : ويعنى قدرة الفرد علي التخطيط للاستراتيجيات تعلمه ومعالجة أية صعوبات تظهر باستخدام استراتيجيات تعويضية، وقدرته على ممارسة أشكال المراجعة والضبط الذاتي لسلوكه.</p>
1999 جابر عبد الحميد	<p>1-معرفة عن التكوينات المعرفية الإدراكية: وتتكون من المعلومات والفهم الذي لدى المتعلم عن عمليات تفكيره، وكذلك معرفته باستراتيجيات التعلم المختلفة التي يستخدمها في مواقف تعليمية مختلفة .</p> <p>2-ميكانيزمات تنظيم الذات: مثل الضبط المعرفي ، والمراقبة المعرفية ، ويقصد بها قدرة المتعلم على أن يختار ويستخدم ويراقب استراتيجيات التعلم الملائمة لكل من أسلوب التعلم والموقف الحالي.</p>

(محمد عبد الحليم حسب الله، 2005، 09)

نستنتج مما سبق من نماذج في الجدول أعلاه أن أبعاد مفهوم ما وراء المعرفة تنظم في مجموعتين من العمليات أو الأنشطة الذهنية ، كمايلي:

**المجموعة الأولى:** وتسمى بمعرفة المعرفة أو وعي الفرد بنشاطه المعرفي، ويتسم هذا الوعي أو المعرفة حول النشاط المعرفي بنوع من الاستقرار أو الثبات النسبي عبر المهمات والمواقف . لأنها تتعلق بما يعتقد الفرد أنه يعرفه أو يعيه فيما يتعلق بنشاطه المعرفي في المواقف التعليمية الافتراضية. وفي هذا السياق المعرفي لما وراء المعرفة يمكن التمييز بين ثلاثة أنماط من المعرفة :

أ . المعرفة التصريحية: المعرفة التي تتعلق بمهارات الشخص (وعي الشخص بمهاراته وحدودها )، والاستراتيجيات ، وإمكانياته الذاتية العقلية والوجدانية وقدراته كمتعلم . . وهي المعرفة التي تجيب في الغالب عن سؤال "ماذا".

ب . المعرفة الإجرائية : وتتعلق بكيفية توظيف استراتيجيات التعلم مثلا ( أي تجيب عن سؤال "كيف" )  
ج . المعرفة الشرطية: المعرفة التي تتعلق ب "متى ينبغي استعمال استراتيجية معينة" ( سواء أتعلق الأمر باستراتيجيات التعلم أم اتخاذ القرار أم حل المشكلات وغيرها )، أو تتعلق بأسباب أو دواعي استعمالها ( لماذا تستعمل؟) (محمد عبد الحليم حسب الله، 10، 2005).

أما المجموعة الثانية فيطلق عليها تنظيم المعرفة أو تنظيم النشاط المعرفي، أو الضبط الذاتي المعرفي ولعل الجوانب التي يتكرر ذكرها في هذا المجموعة تتلخص في المهارات التالية :

- أ . التخطيط : ومن أمثلة الأنشطة المتعلقة بالتخطيط في سياق التعلم .
- ب . الرصد الذاتي المعرفي : ومن أمثلته متابعة المتعلم لانتباهه وتركيزه خلال حل المشكلة أو عند الاستماع لمحاضرة .
- ج . التنظيم الذاتي المعرفي: وترتبط ارتباطا وثيقا باستراتيجيات الرصد الذاتي إذ تستهدف علاج الأخطاء ، وإصلاح الاضطراب ، وتصحيح مسار السلوك التعليمي ومستوى الفهم والاستيعاب ..
- د . التقويم : هو تقييم وحكم لكن عقب الانتهاء من الأداء أو مرحلة من مراحل (نفس المرجع السابق، 11).

## 2.2. مكونات ما وراء المعرفة في مجال علم النفس المرضي:

على الرغم من أن بداية توظيف ما وراء المعرفة كان في المجال التربوي كما أسلفنا، والذي ارتبط ارتباطا وثيقا بكيفية تدريب الطلاب على التفكير ما وراء المعرفي للتعامل مع صعوباتهم الدراسية. "إلا أن الكثير من الباحثين يتفقون على أن أهمية التدريب على هذا النوع من التفكير يتعدى هذا المجال ليمس حياة الأشخاص فهو يساعدهم على تحسين تفكيرهم وتنظيم سلوكهم وبناء وعي يتعلق بنمو الإستراتيجية من خلال تحليل المهمة و إصدار الأحكام" (Laughlin Mc & Leather,2001) عن (فريدة قماز، 2011، 229).

وفي هذا الصدد قام الباحثين ممن كان لهم اهتمام بما وراء المعرفة بتقديم إسهاماتهم في مجال فهم وعلاج الاضطراب النفسي من خلال تحديد العوامل ما وراء المعرفية الشائعة في الاضطرابات النفسية، حيث قدم كل من " Nelson and Stuart " توسعة للنظرية الخاصة بما وراء المعرفة في التنظيم الانفعالي، كما قام "Shafran and Rachman" بوصف دور الدمج بين الفكر والفعل (TAF)، وهو أحد أنماط التحريفات ما وراء المعرفة في الوسواس. كما عرض Wells نموذجه في تفسير وعلاج اضطراب القلق العام.. "(عبد الله عبد الظاهر الخولي، 2014، 76).

إن التراث العلمي يؤكد حداثة توظيف ما وراء المعرفة لتفسير وعلاج السلوك المرضي، وبالتالي عدم وجود اتفاق حول مكونات ما وراء المعرفة التي تسهم في نشوء واستمرار الاضطراب النفسي، والجدول رقم (05) يوضح مكونات ما وراء المعرفة حسب بعض الباحثين، كما يلي:



جدول رقم (05): يبين مكونات ما وراء المعرفة في مجال علم النفس المرضي

الباحث	مكونات ما وراء المعرفة
<p>Mathews and Wells , 1997</p>	<p>تقسم المعتقدات ما وراء المعرفة الخاصة بمعنى ودلالة الأفكار الاقتحامية إلى ثلاثة مجالات واسعة (أول نموذج ما وراء معرفي متكامل لاضطراب الوسواس القهري (1997))، وتعتبر هذه المعتقدات عبارة عن تعبيرات أو مظاهر عن معتقد ضمني في صدق الخبرة العقلية الذهنية المتسلطة، ويتصرف المرضى بصورة أساسية كما لو كانت هذه الأفكار صحيحة:</p> <p><b>1- الدمج بين الفكر والفعل:</b> ويشير إلى الدمج بين الأفكار والأفعال، أي اعتقاد الفرد بأن توافر الأفكار السيئة لديه يعني أنه سيقوم بفعل سيئ.</p> <p><b>2- الدمج بين الفكر والحدث،</b> ويشير إلى الاعتقاد بأن التفكير يمكن أن يسبب حدوث حدث ما أو يكون في حد ذاته دليلاً على حدوثه، أي اعتقاد الفرد بأنه إذا ما فكر في أحد الأحداث السيئة فإن تفكيره سيجعلها تحدث بصورة كبيرة.</p> <p><b>3- الدمج بين الفكر والموضوع:</b> ويشير إلى اعتقاد الفرد بأن الأفكار أو المشاعر أو الذكريات يمكن أن تنتقل إلى أناس آخرين أو إلى موضوعات، مثال: اعتقاد الفرد بأن بعض الموضوعات تصدر عنها أفكار سيئة، أو اعتقاده بأن أفكاره وذكرياته يمكن أن تتحول إلى سلوك، وأن الموضوعات التي يشاهدها في البيئة الخارجية قد تكون سببا في صدور أفكار سيئة، فإذا طرأت على ذهنه مثلا فكرة أن هذا الطعام ملوث، فإن هذا يعني أنه قد تلوث. لذا فالمعتقدات ما وراء المعرفة الخاصة بدمج الفكر تعد سببا رئيسا في اضطراب الوسواس القهري، وترتبط أيضا بالاكنتاب (عبدالله عبدالظاهر الخولي، 2012).</p> <p><b>بالإضافة إلى:</b></p> <p><b>1- معتقدات ما وراء معرفية إيجابية</b> عن ضرورة أداء الطقوس القهرية استجابة للأفكار الوسواسية الملحة، مثل: - إن لم أؤدي طقوسي فإن مشاعري أو انفعالاتي سوف تتركني بصورة مستمرة - إن اجتراري للأفكار يجعل الأشياء تسير سيرا حسنا</p> <p><b>2- معتقدات ما وراء معرفية سلبية،</b> حول أداء الطقوس القهرية، مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- من الممكن أن تتسبب طقوسي في مرضي</li> <li>- ليس لدى تحكما في طقوسي</li> <li>- إن طقوسي سوف تتغلب علي (عبد الله عبد الظاهر الخولي، 2014، 114)</li> </ul>
<p>Wells and Purdon, 1999</p>	<p>هناك عاملين أساسيين لاستمرار السلوك المرضي:</p> <p><b>1- معرفة ما وراء المعرفة :</b> تتضمن سيورة عملية التفكير، و تشمل مجموع المعارف و المعتقدات التي يملكها الشخص حول ذاته و العالم الخارجي.</p> <p><b>2- مراقبة ما وراء المعرفة :</b> تتضمن مجموعة من الوظائف التنفيذية، مثل: التخطيط، تحديد المصادر، المراقبة، كشف الأخطاء و تصحيحها (فريدة قماز، 2011، 233)</p>

الباحث	مكونات ما وراء المعرفة
Semerari et al, 2003	<p>يقسم نشاط ما وراء المعرفة إلى وظائف فرعية، والتي كانت أساس لبناء مقياس ما وراء المعرفة، وهي: 1- فهم الشخص لتفكيره: وتتضمن هذه الوظيفة 04 مؤشرات، وهي:</p> <p>أ- التقمص أو التوحد : وتعني القدرة على التمييز، و التعريف بحالة الشخص الداخلية، أي: ( القدرة على التعرف على التمثيلات الذاتية للأفكار ..، القدرة على التعرف على الانفعالات)</p> <p>ب- المتغيرات المترابطة: هي القدرة على ربط علاقة بين مختلف الأجزاء المنفصلة للعقل ، والعلاقة الترابطية بين مختلف أجزاء العقل و السلوك، و قد اعتبرت هذه العلاقة ميزة مهمة في طريقة التفكير ما وراء المعرفي بالنسبة للمصابين بالسواس القهري بالنسبة لسميراري وآخرون (2003) فإن التقمص و المتغيرات الترابطية تشكلان المراقبة لما وراء معرفي.</p> <p>ج- التمايز : قدرة الشخص على إدراك أن التمثيلات أو التصورات هي أحداث ذاتية، و أنها تختلف عن الواقع دون أن يؤثر فيها تأثير مباشر .</p> <p>د -الاندماج: و تعني قدرة الشخص على وضع تفسير متجانس(منسجم)حول عملياته و حالته العقلية هذه الوظيفة توضح أهمية الجانب الذهني للشخص من خلال التطرق لعرض مناقشته، وحواراته الداخلية لهذا فإن أن أي خلل في هذا البعد يؤدي إلى تشوش و انفصام في التفكير، إلى جانب تناقض في التصورات حول ذاته و حول الأشخاص (فريدة قماز، 2011، 236).</p> <p>2- فهم الشخص لتفكير الآخرين: وتهتم بفهم الشخص لتفكير الآخرين، على أساس أنه في تفاعل دائم مع الآخرين، وتتضمن المؤشرات التالية:</p> <p>أ- التقمص أو التوحد : و تعني القدرة على تمييز و تعريف الحالة الانفعالية و المعرفية للأشخاص الآخرين. ب- المتغيرات المترابطة: و تعني القدرة على تحديد أسباب استجابات الآخرين</p> <p>ج -التمايز: و تعني القدرة على التعرف على طبيعة تمثيلات الأشخاص الآخرين</p> <p>د -الاندماج: و تعني القدرة على تقديم وصف منسجم لعمليات و حالات الآخرين.</p> <p>3السيطرة: و هي القدرة على العمل من خلال تصورات الفرد و حالاته العقلية، تعتبر هذه الخاصية مكون أساسي لتفكير ما وراء المعرفة، و تدخل ضمن مستوى التنظيم الذاتي لمكانيزم التفكير، و تعني السيطرة على المعلومات، و تقسم استراتيجيات السيطرة إلى أنواع منفصلة وفقا لمدى تعقد عمليات ما وراء معرفية، وهي:</p> <p>أ- استراتيجيات في المستوى الأول : و تتضمن تعديل الحالة العقلية التي قد تؤثر في الحالة الجسمية، وذلك بتجنب المواقف المخيفة أو اللجوء إلى طلب المساعدة.</p> <p>ب-استراتيجيات من المستوى الثاني : تتطلب مستوى فكري أكبر على أساس تطوعي أو إرادي الغرض منه هو تثبيط بعض السلوكات غير المرغوب فيها، يتم ذلك عن طريق تعديل الانتباه و التركيز و التفكير التطوعي أو عدم التفكير في المشكلة .</p> <p>ج-استراتيجيات من المستوى الثالث:تتطلب مستوى عال من التفكير، يبنى فيها الشخص اتجاهات نقدية للاعتقادات التي تكون سببا لمشكلته(نفس المرجع السابق، 238).</p>

مكونات ما وراء المعرفة	الباحث
<p>تقسم المتغيرات ما وراء المعرفة المتنوعة التي تسهم في نشأة واستمرار الاضطراب النفسي، إلى :</p> <p>1-معتقدات دمج الفكر: الدمج بين (الفكر والحدث) و(الفكر والفعل) و(الفكر والموضوع)</p> <p>2-استراتيجيات التحكم في الفكر:</p> <p>1) استراتيجيات سلبية: تساهم في زيادة الاضطراب واستمراره مثل العقاب، القلق، اللامبالاة، تعديل المعايير ، وقف الفكر .</p> <p>2) استراتيجيات تكيفية إيجابية مثل: التشويش، التحكم الاجتماعي، إعادة التقييم، إرجاء القلق، الانشغال الذهني المستقل، تعديل الصور الخيالية(عبد الله عبد الظاهر الخولي،2014، 81)</p> <p>3-المعتقدات ما وراء المعرفة: والمتمثلة في:</p> <p>1)المعتقدات الإيجابية عن القلق: اعتقاد الفرد بإيجابية القلق في حياته من حيث مساعدته في تجنب المشكلات ، تنظيم حياته ، تنظيم المعلومات في عقله، التوافق وحل المشكلات، وتأدية العمل بصورة جيدة.</p> <p>2)المعتقدات السلبية عن عدم القدرة على التحكم والخطر: تدور حول معتقدات الفرد السلبية بشأن الخطر الذي يمكن أن يحدث له بسبب القلق، وكذلك حول معتقداته السلبية بشأن عدم القدرة على التحكم فيه أو تجاهل الأفكار المسببة له.</p> <p>2) الثقة المعرفية(تقييم الثقة في الانتباه والذاكرة): تدور حول تقييم الفرد لثقته في ذاكرته وقدرته على الانتباه مثال : الثقة في ذاكرة الأسماء أو الكلمات ، الأماكن ، والأحداث .</p> <p>3)المعتقدات عن الحاجة للتحكم في الأفكار: تدور حول معتقدات الفرد حول أهمية التحكم في الأفكار وحاجته له ، واعتقاده بأن عدم القدرة على التحكم في الأفكار علامة على ضعفه، أنه إذا لم يستطع التحكم في أفكاره فلن يؤدي عمله بصورة جيدة ، وإذا حدث القلق بسبب عجزه عن التحكم في أفكاره فهذا خطأه، وعلاوة على ذلك فهو يعتقد أنه سيعاقب لعجزه عن التحكم في أفكاره المتطفلة.</p> <p>4) الوعي الذاتي - المعرفي(الميل إلى تركيز الانتباه على عمليات التفكير): يدور حول ميل الفرد إلى تركيز انتباهه على عمليات التفكير التي يقوم بها عقله، وبالتالي فهو دائما ما يقوم بفحص أفكاره ، ويهتم بالطريقة التي يعمل بها عقله، ويفكر كثيرا في أفكاره ويراقبها ويرصدها، ويرغب في أن يكون على وعى مستمر بتفكيره (نفس المرجع السابق والصفحة)</p>	<p>Fisher &amp; Wells, 2006</p>
<p>أكد على أن :</p> <p>الوعي الذاتي المعرفي: "وهو عبارة عن ميل الفرد إلى الوعي بتفكيره ومراقبته"، يعد البعد ما وراء المعرفي الوحيد الذي اعتمد عليه في تمييز مرضى اضطراب الوسواس القهري عن مرضى اضطراب القلق العام(Sookman &amp; Stekete, 2007)عن (عبدالله عبدالظاهر الخولي، 2012)</p>	<p>Sookman &amp; Stekete, 2007</p>

من خلال ما سبق نجد أنه لا يوجد اتفاق بين الباحثين حول مكونات ما وراء المعرفة في مجال علم النفس المرضي كما هو الحال في المجال التربوي. غير أنه إذا كان الباحثين في المجال التربوي قد اهتموا من خلال تحديدهم لمكونات ما وراء المعرفة في إبراز أهمية الدور الذي تلعبه في تنمية التفكير أو حل المشكلات ولاسيما تلك المتعلقة بعملية التعلم، فإن الباحثين في مجال علم النفس المرضي سلطوا الضوء على جانب آخر للعوامل ما وراء المعرفة ألا وهو الجانب المرضي منها. وذلك من خلال اهتمامهم بالبحث عن المعتقدات ما وراء المعرفة المختلفة وظيفياً والتي تسهم في نشوء واستمرار الاضطراب النفسي.

وعليه فقد افترض ويلز "Wells" أن ما وراء المعرفة قد تطور في مجال علم النفس المرضي من خلال فهمه لاضطراب الوسواس القهري وتقديمه لأول نموذج ما وراء معرفي متكامل لاضطراب الوسواس القهري (1997)، حيث عرف ويلز "Wells" ما وراء المعرفة بأنها: "تشير إلى المعارف أو المعتقدات الخاصة بالتفكير والاستراتيجيات المستخدمة في تنظيم وضبط عمليات التفكير" (عبدالله عبدالظاهر الخولي، 2012).

وعليه يمكن تحديد بعدين لما وراء المعرفة، كمايلي:

**البعد الأول: المعتقدات ما وراء المعرفة:** وتشير إلى المعارف أو المعتقدات المختلفة وظيفياً الخاصة بالأفكار وسيرورة عمليات الفكر التي تنشأ انطلاقاً من التمثيلات العقلية المعرفية الداخلية للواقع المدرك، أو من خلال الواقع الخارجي المعاش للفرد أو تفاعله الموقفي مع المحددات البيئية الموقفية المعاشة .

**البعد الثاني: الاستراتيجيات ما وراء المعرفة:** وهي تلك الاستراتيجيات التي تهدف إلى التحكم في العمليات العقلية والتفكير والمشاعر، وهي تتضمن استراتيجيتين، هي:

- استراتيجيات سلبية (غير تكيفية): مثل العقاب، القلق، اللامبالاة، وقف الفكر .
- استراتيجيات إيجابية (تكيفية): مثل: التشويش، التحكم الاجتماعي، إعادة التقييم.

### 3. التفسير الماوراء معرفي للاضطراب النفسي :

#### 1.3. الخلفية النظرية:

يستند النموذج الما وراء المعرفي في تفسيره للاضطرابات النفسية على مبدأ أن معظم الاضطرابات النفسية سببها وجود نمط من التفكير الموسع. ويسمى هذا النمط بـ: "بمتلازمة الانتباه المعرفية (CAS) (Cognitive Attentional Syndrome) وهي مكونة من سلاسل من الفكر الكلامي في شكل قلق واجترار، وهو نمط من تركيز الانتباه على التهديد واستراتيجيات المواجهة التي لها تأثيرات عكسية بدلا من إنهاء التفكير السلبي فإنها تعمل على تمديده" (Wells, 2012)، وتسيطر على هذه العمليات الثلاث معتقدات ما وراء المعرفة، بما في ذلك الاعتقاد أن مثل هذه العمليات سوف تساعد على معالجة مشكلاتهم بالرغم من أن العمليات جميعها في نهاية المطاف هي نتيجة غير مقصودة لإطالة أمد الشدة (رياض العاسمي، 2016).

ويقول ويلز "Wells" في هذا الصدد: "إن إحدى سمات الاضطرابات النفسية مثل القلق أو الاكتئاب هي أن الأفكار يصبح من الصعب السيطرة عليها كما تتحاز بطرق معينة تؤدي إلى تفاقم وإدامة المعاناة النفسية، حيث يقر أغلب المرضى أنهم يشعرون بفقدان السيطرة على أفكارهم وربما سلوكياتهم، وهو ما يقود إلى نمط من التفكير الذي يسمى: متلازمة الانتباه المعرفية التي تعتبر العامل الرئيسي المتسبب في إطالة أمد اضطرابات القلق والاكتئاب خاصة" (وائل أبو هندي، 2014). وحسب ويلز "Wells" تشمل متلازمة الانتباه المعرفية عدة مكونات متفاعلة مع بعضها البعض، كما يلي :

(1) التفكير التكراري المستمر، يتم استخدام التفكير التكراري المستمر في شكل القلق المفرط ("ماذا لو؟") أو الاجترار (أكثر من تحليل، "لماذا؟") ويدور الشخص في سلاسل من الأفكار التي تدور حول المشاكل وقد تستمر لبعض الوقت (نفس المرجع السابق).

(2) استراتيجيات التأقلم الانتباهية الفاشلة، وتشمل الإفراط في "رصد التهديد" أو تركيز الانتباه على التهديدات المتصورة أو المشاكل، وهي حالة غالبا ما تنطوي على الانغلاق المفرط على الذات وتؤدي إلى تركيز الاهتمام على علامات الخطر (مثلا، الأفكار المقتحمة) والاستثارة الفسيولوجية والانفعالية، وتعتبر استراتيجية الاهتمام بمراقبة ورصد علامات الخطر في الوسواس القهري استراتيجية ما وراء معرفية بطبيعتها كما أنها استراتيجية إرادية ومجهدة تهدف إلى تنظيم العمليات المعرفية، لكنها غالبا تسبب العكس، ذلك أن الرغبة المفرطة في السيطرة على الفكر والمحاولات الفاشلة لقمعها أو السيطرة

على الأفكار والمشاعر المزعجة، تؤدي إلى زيادة حدة ومعدل ورود تلك الأفكار، ومثلها في ذلك محاولات الإلهاء أو "عدم التفكير" في الموضوع أو المشكلة غالباً تعطي نتائج عكسية (وائل أبو هندي، 2014).

**3) محاولات المجابهة عكسية النتائج**، مثل الإفراط في استخدام سلوكيات طلب الأمان حيث لا لزوم لها، أو الإفراط في المحاولات لحماية النفس أو الآخرين من أو تجنب الأذى المتصور أو المشاعر السلبية، بما في ذلك تجنب حالات أو أنشطة معينة أو التسويف أو القهورات، وواقع الأمر أن هذه الاستراتيجيات تعرقل تعديل المفاهيم والمعارف ما وراء المعرفة وتمنع بالتالي تصحيحها (نفس المرجع السابق).

وعليه فمتلازمة الانتباه المعرفية "هي نمط من التفكير يتكون من القلق، والاجترار، وتثبيت الاهتمام على التهديد والخطر، إضافة إلى الانسياق وراء سلوكيات التعامل التي يعتقد الشخص أنها مفيدة، رغم أن الكثير منها يأتي بنتائج عكسية" وبذلك تستمر أغلب المشكلات النفسية على اختلافها (نفس المرجع السابق).

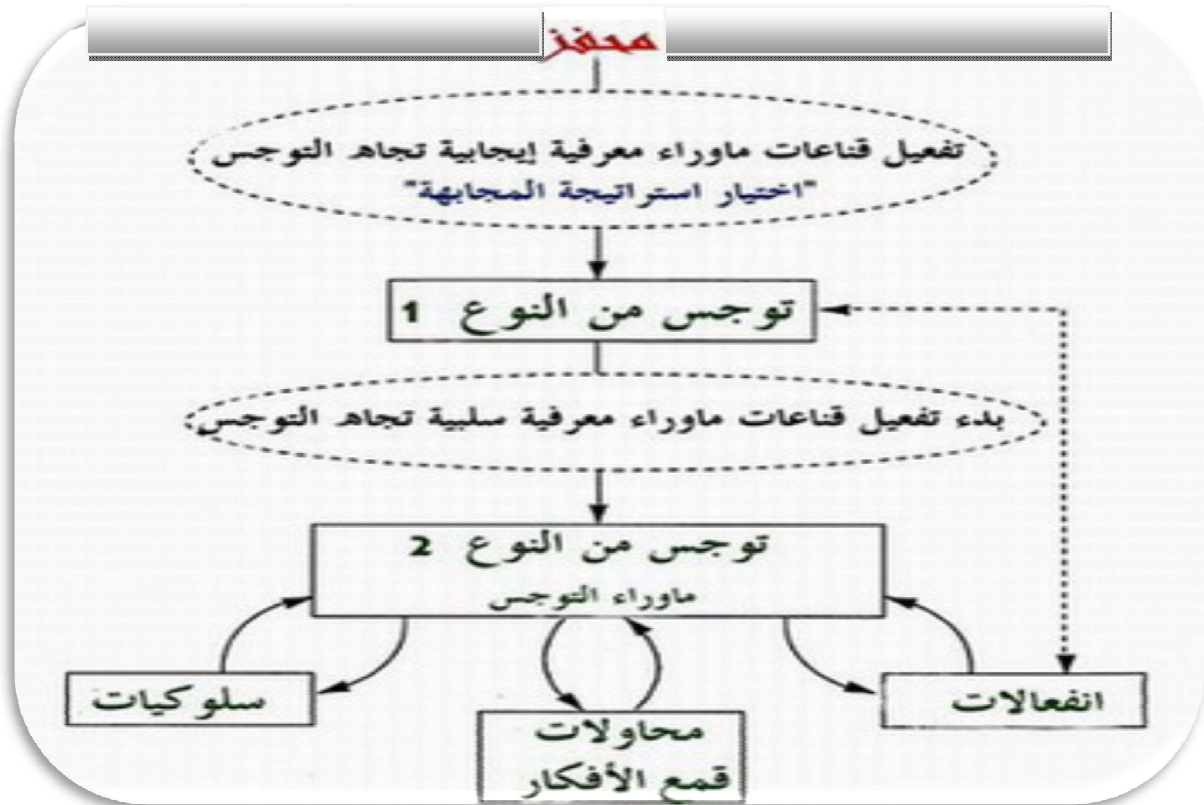
وبناء على هذا هذا الطرح الذي قدمه ويلز "Wells" بدأ كيان النموذج ما وراء المعرفي، وتم تطوير هذا النهج الفكري في رؤية أسباب إدامة المشكلات النفسية والانفعالية بداية من اضطراب القلق العام، ثم الاضطرابات الأخرى، مثل اضطراب الكرب التالي للصدمة Post Traumatic Stress Disorder واضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder واضطراب القلق الاجتماعي Social Anxiety Disorder واضطراب نتف الشعر Hair-Pulling Disorder أو هوس نتف الشعر Trichotillomania وغير ذلك من الاضطرابات النفسية. وفيما يلي نتطرق إلى مثالين من الاضطرابات النفسية وكيفية تفسيرهما بالنموذج ما وراء المعرفي.

### 2.3. نماذج لتفسير بعض الاضطرابات النفسية :

لتوضيح كيفية تفسير النموذج ما وراء المعرفي للاضطراب النفسي، نتطرق هنا لاضطرابي: القلق العام والوسواس القهري كمثالين عن ذلك، كمايلي:

#### 1.2.3. اضطراب القلق العام:

لقد أدخل ويلز "Wells" (1997) مفهوما اعتبره مهما و أصبح أساسيا في تصوره و هو "مفهوم التوجس، ولم يعتبره نتيجة ظاهرية للقلق، و إنما هو نتيجة اعتقاداتنا و تقييماتنا"(فريدة قماز، 2011، 241)، حيث تتميز عمليات التفكير التي تصاحب التوجس Worry "وهو العلامة المميزة لاضطراب القلق العام رغم وجوده في كافة الاضطرابات النفسية ورغم كونه خيرة يعرفها كل البشر" باختلافات هامة عن أنواع التفكير الأخرى (Wells, & Papageorgiou, 1995) عن (وائل أبو هندي، 2014). "قللتوجس تغيرات معرفية ووجدانية وفسولوجية جسدية تصاحبه وتميزه، ورغم أن التوجس في أغلب الناس يمر عابرا، إلا أن مرضى القلق العام حسب نموذج ويلز "Wells" معرضون بصفة خاصة للتوجس استجابة للمحفزات التي تحمل تهديدا ما أو خطرا ما"(نفس المرجع السابق)، والشكل التالي يوضح ذلك، كمايلي:



شكل رقم (05): يوضح نموذج ويلز "Wells" لاضطراب القلق العام (نفس المرجع السابق)،



يوضح الشكل رقم (05) نموذج ويلز "Wells" لاضطراب القلق العام، الذي يشير نقلا عن وائل أبو هندي (2014) إلى أن :

المحفزات (أفكارا سلبية تقتحم الوعي فمثلا عند قراءة نبأ عن تسمم بعض الأطفال في مدرسة ما تفكر الأم في ماذا لو حصل هذا في مدرسة ابنها أو ابنتها؟)

تفعيل ما وراء المعرفة المفعلة لخطط واستراتيجيات المواجهة المختلفة

يتم اختيار التوجس كاستجابة لمحفز الخطر

لأمرضى القلق العام عادة ما يمتلكون قناعات صلبة عن أهمية وإيجابية استخدام التوجس كاستراتيجية مواجهة للإحساس بالخطر

يولد التوجس أيضا من سيناريوهات الاحتمالات السيئة أو الكارثية إضافة للمخارج والحلول السلوكية الممكنة

منها، وهذا ما يسمه ويلز التوجس من النوع 1 Type I Worrying

(الذي يتعلق بالأحداث الخارجية والأحداث الداخلية غير المعرفية كالأعراض الجسدية)

يتسبب التوجس من النوع 1 في زيادة القلق وما يصاحبه من أعراض معرفية وجسدية

(وذلك عندما يطول التوجس بعض الشيء)

تبدأ سيناريوهات المخارج والحلول في التوافد على الذهن الذي يؤدي ذلك إلى تقليل أعراض القلق

تعزيز استجابة التوجس من النوع 1 عند استشعار الخطر

(إنقاص المشاعر المزعجة تعطي الشخص ثقة يستشعرها في نفسه بالقدرة على مواجهة

التوجس، كما ترسخ المعتقدات الإيجابية تجاه التوجس من النوع 1)

بعد فترة طويلة من التوجس، الأعراض الجسدية للقلق غالبا ما تفسر بطريقة سلبية

مما قد يؤدي إلى زيادة التوجس من النوع 1

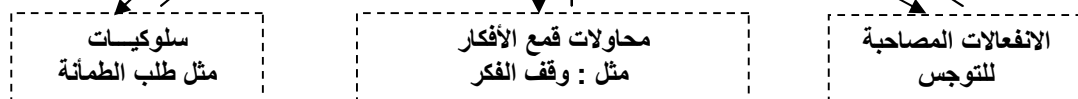
مع الوقت تتراكم القناعات السلبية تجاه التوجس بسبب المخاوف من الآثار السلبية لفترات التوجس الطويلة،

(عادة ما نجد لدى مريض القلق المتعمم قناعات مثل أن التوجس لفترة طويلة يمكن أن يتسبب في ارتفاع الضغط)

تفعيل الآليات ما وراء المعرفة المسنولة عن مراقبة التفكير ومحاولة التحكم في الأفكار

يؤدي إلى توجس النوع 2 يسميه ويلز " ما وراء التوجس Metaworry

أي تقييم عملية التوجس تقييما سلبيا بمجرد حدوثها وهو ما يعني أنه سيتوجس من التوجس





من خلال ماسبق نجد أن ويلز يقترح أن هناك نمطين من التوجس :

**التوجس من النوع الأول:** يدور حول الحوادث الخارجية والحوادث الداخلية غير المعرفية و**التوجس من النوع الثاني:** هو التوجس حول التوجس (Meta-worry) (ماوراء التوجس) وهو التقويم السلبي لنشاطات الفرد المعرفية. ومن الأمثلة على ذلك (سوف يصيبني التوجس بالجنون)، (لا أستطيع التحكم في التوجس).

وعليه نجد أن التوجس المفرط يدرك على أنه معمم و غير متحكم فيه من خلال:

- "تفاعل أثر المعتقدات الايجابية و السلبية للتوجس"(فريدة قماز، 2011، 242). ذلك أن مرضى القلق يعانون من تنافر معرفي يتمثل في تمسكهم باعتقادات ايجابية حول التوجس (مثل:التوجس يساعد في مجابهة المشكلات التي قد تحدث مستقبلا) و باعتقادات سلبية حول التوجس(مثل:سوف يصيبني التوجس بالجنون) (ناصر المحارب، 2000، 255).

- الأشخاص الذين يعانون من اضطراب القلق العام لديهم ميل لاعتبار التوجس كإستراتيجية تعامل مع الخطر المتوقع و لكن عندما تتحقق أهداف التوجس (أي مقاومة الخطر المتوقع) فإن هذا يؤدي إلى انخفاض القلق مما يزيد من تعزيز استخدامات التوجس كإستراتيجية تعامل مع الضغط، و لكن هذا يصبح مشكلة عندما تنشط المعتقدات السلبية عن التوجس(المعتقدات السلبية بشأن عدم القدرة على التحكم والخطر) مما يؤدي إلى محاولات مجابهة عكسية النتائج(Adrian Wells,2006,208). وهذا يقود الشخص إلى اختبار شعور مهم بهشاشته (Vulnérabilité) النفسية، كما أن هذا النمط من التعامل يجعل الشخص يقيم التوجس على أنه غير مراقب و خطير وهو ما يعزز توجس النوع2 أو ماوراء التوجس بشأن فقدان السيطرة على الأفكار (Wells,1999) عن (فريدة قماز، 2011، 242).

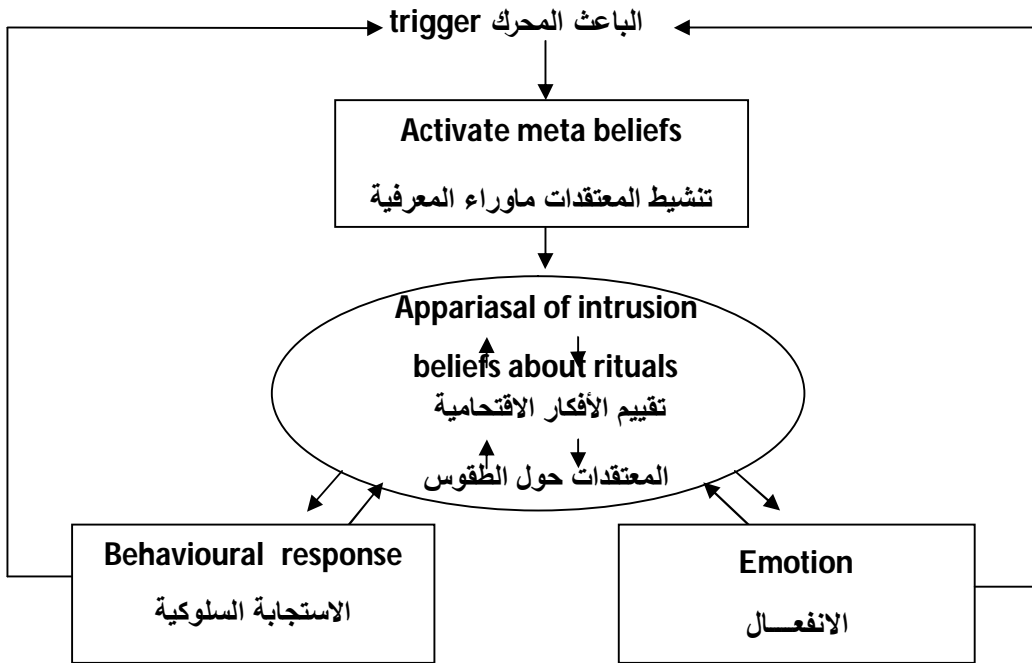
وتبعاً لهذا النموذج يكون هدف العلاج الأساسي هو تغيير المعتقدات غير الفعالة حول التوجس وليس التركيز على تدريب المريض على التحكم في التوجس وفي أعراضه كما هو الحال في الكثير من المحاولات الخاصة بعلاج القلق العام.

## 2.2.3. الوسواس القهري:

يعتبر اضطراب الوسواس القهري أحد اضطرابات القلق "يتسم بوجود إما وسواس أو أفعال قهرية، وتعرف الوسواس بأنها أفكار مقاومة أو معتقدات أو دفعات قهرية يخبرها الشخص على أنها مقتحمة وغير ملائمة، وتسبب قلقاً ملحوظاً أو شعوراً بالكرب، والوسواس ليست مجرد قلق مفرط حول مشكلات الحياة اليومية، ويحاول الشخص أن يكبح أو يتجاهل الوسواس أو يحايدتها بأفكار أو تصرفات و أفعال أخرى، ويدرك الشخص أن أفكاره الوسواسية هي نتاج عقله. أما الأفعال القهرية فهي عبارة عن سلوكيات متكررة (مثل تكرار غسل اليدين)، أو أفعال عقلية (مثل تلاوة الصلاة في صمت) يجد الشخص نفسه مدفوعاً لأدائها استجابة لوسواس أو وفقاً لقواعد متصلبة، لتقليل الشعور بالكرب أو منع المواقف المخيفة" (دايفيد هـ. بارلو وآخرون، 2015، 475).

وقد قدمت عدة تفسيرات معرفية لأعراض الوسواس القهري، حيث نجد بيك "Beck" (2000) يرى أن "محتوى الوسواس يرتبط بخطر ما بعيد يظهر في شكل شك أو تحذير، أما الطقوس القهرية فهي محاولات تهدئة الشكوك والوسواس عن طريق الفعل" (أرون بيك، 2000، 102)، في حين يرى كار "Carr" أن مرضى الوسواس القهري "لديهم توقعات عالية غير عادية للنتائج السلبية، وأنهم يببالغون في تقدير النتائج السلبية لعدد من الأفعال والتصرفات" (دايفيد هـ. بارلو وآخرون، 2015، 482). أما سالكوفسكي "Salkovskis" (1985) فيرى أن "الأفكار الوسواسية المقتحمة تعمل كمنبهات قد تثير أنماطاً معينة من الأفكار التلقائية السلبية، ويعد كل من الشعور بالمسؤولية ولوم الذات بمثابة السياقات المركزية في نسق معتقدات مريض الوسواس القهري. ويمكن فهم التحديد في صورة السلوك والمعارف القهرية باعتباره محاولة لخفض الإحساس بالمسؤولية ومنع اللوم" (نفس المرجع السابق، 483).

في حين يرى ويلز "Wells" أن "الإفراط في التأكيد على دور المسؤولية لا طائل منه، بل يجب إعطاء مزيد من الاهتمام للمعتقدات ما وراء المعرفة الخاصة بالحاجة للتحكم في الأفكار والاستراتيجيات الانتباهية عند علاج ذوى اضطراب الوسواس القهري" (عبد الله عبد الظاهر الخولى، 2014، 80) وعليه قام Wells و Matthews سنة 1994 بافتراض أول نموذج ما وراء معرفي تفسيري متكامل لاضطراب الوسواس القهري قائم على المعتقدات الخاصة بمعنى ودلالة الأفكار الاقتحامية و دورها في ظهور و استمرار الاضطراب وقد تم تقنينه بعد ذلك بمعرفة (Wells, 1997) (عبد الله عبد الظاهر الخولى، 2012). والشكل رقم (06) يوضح العوامل الما وراء معرفية التي تسهم في استمرار اضطراب الوسواس القهري، كمايلي:



شكل رقم (06): يوضح النموذج ما وراء معرفي لاضطراب الوسواس القهري (Wells,2000) عن (عبدالله عبدالظاهر الخولي، 2014، 107)

وكما هو موضح في الشكل أعلاه، فإن الباعث المحرك (Trigger) يكون في أغلب الأحيان عبارة عن شك أو فكر متسلط أو مقتحم (Thought Intrusive)، على الرغم من أن الشعور أو الانفعال المتسلط يمكن أن يقوم بدور الباعث المحرك للسلوك أيضاً، حيث يقوم هذا الباعث بتنشيط المعتقدات ما وراء المعرفية والمتعلقة به. وتشتمل المعتقدات المرتبطة بهذا المستوى على معتقدات تتعلق بالأخطار ومعنى الفكر (نفس المرجع السابق، 108)، حيث تم تقسيم المعتقدات ما وراء المعرفية الخاصة بهذه الأفكار، إلى ثلاثة مجالات هي:

**(1) الدمج بين الفكر والفعل:** يشير إلى الدمج بين الأفكار والأفعال، أي اعتقاد الفرد بأن توافر الأفكار السيئة لديه يعني أنه سيقوم بفعل سيئ، مثال: "إنني إن أفكر في طعنه، فمن المحتمل أن أقوم بطعنه"  
**(2) الدمج بين الفكر والحدث:** يشير إلى الاعتقاد بأن التفكير يمكن أن يسبب حدوث حدث ما أو يكون في حد ذاته دليلاً على حدوثه، أي اعتقاد الفرد بأنه إذا ما فكر في أحد الأحداث فإن تفكيره سيجعلها تحدث بصورة كبيرة، مثال: "إنني إن أفكر في الشيطان فإن الشيطان سوف يظهر" (عبدالله عبد الظاهر الخولي، 2014، 109).

**(3) الدمج بين الفكر والموضوع:** ويشير إلى اعتقاد الفرد بأن الأفكار أو المشاعر أو الذكريات يمكن تحويلها إلى موضوعات، وأن هذه الموضوعات يمكن عندئذ تحويلها إلى أفكار ومشاعر ونقلها إلى أفراد آخرين

أو موضوعات أخرى بأسلوب انتقال العدوى، مثال: اعتقاد الفرد بأن بعض الموضوعات تصدر عنها أفكار سيئة، أو اعتقاده بأن أفكاره وذكرياته يمكن أن تتحول إلى سلوك، فإذا طرأت على ذهنه فكرة أن هذا الطعام ملوث، فإن هذا يعني أنه قد تلوث بالفعل (عبدالله عبد الظاهر الخولي، 109، 2014). إن الاعتقاد في الدمج بين الفكر والفعل يتسبب في تحريك استجابات سلوكية خاصة مثل محاولة التحكم في التفكير أو الأفعال. فعلى سبيل المثال، إذا ما كان أحد الأفراد يعتقد في أن توافر تفكير سلبي لديه يعني أنه قد فعل شيئاً سلبياً، يدخل الفرد في عملية تأكد ذهني أو سلوكي في محاولة منه لتكذيب هذا الفكر المتسلط (نفس المرجع السابق والصفحة)

بالإضافة إلى الجوانب ما وراء المعرفة المرتبطة بالدمج، فإن النموذج يطرح أيضاً العوامل ما وراء المعرفة الأخرى، والتي تؤثر على طبيعة تقييمات الأفكار المقتحمة (of Appraisals Intrusions)، وأيضاً تؤثر في التقييمات بشأن نتائج الفكر المتسلط من المعتقدات التي يتمسك بها الفرد بشأن الطقوس والاستجابات السلوكية القهرية. ويوجد نمطان من المعتقدات التي يتمسك بها الأفراد بشأن الطقوس القهرية التي يقومون بها وهما:

**(1) المعتقدات الإيجابية (beliefs Positive):** مثال: "إنني إن اغتسل أو استحم دون التفكير في أفكار سيئة، فإن الأشياء السيئة لن تحدث".

**(2) المعتقدات السلبية (beliefs Negative):** مثال: "يمكن أن تحدث طقوسي العقلية ضرراً جسدي" (نفس المرجع السابق والصفحة).

وعليه تؤثر هذه المعتقدات على انتقاء وتنفيذ السلوك، كما تؤثر على حدة ردود الأفعال الانفعالية، ويؤدي الأفراد الطقوس أو سلوكيات التأكد إلى أن يتم إشباع إحدى الحالات المستهدفة داخلياً. ولذلك فإن المعتقدات التي توجه هذه السلوكيات تحتوى على تمثيل لهدف وتتضمن مراقبة العمليات والتحكم فيها (Wells, 2000)، كما تزيد الاستجابات الانفعالية من احتمالية زيادة الوسوس المتطفلة، كما هو موضح في صورة التغذية المرتدة بعودتها إلى الباعث المحرك (نفس المرجع السابق، 110).

من خلال ما سبق نجد أن النموذج الما وراء معرفي يركز في تفسيره للاضطرابات النفسية على المعتقدات ما وراء المعرفة المتنوعة التي تسهم في نشأة واستمرار الاضطراب النفسي، وعليه يهدف هذا النموذج إلى اكتشاف ما يعتقد المرضى حول أفكارهم الخاصة، وكيفية التعامل مع أفكارهم ومعتقداتهم.

وباختصار، يمكن القول أنه إذا كانت النظرية المعرفية تتناول محتوى الإدراك، فإن النظرية

ما وراء المعرفة تتناول العمليات التي تحافظ على هذا الإدراك.

#### 4. العلاج ما وراء المعرفي :

يعد العلاج ما وراء المعرفي (MCT) (Therapy Cognitive-Meta) شكل جديد من أشكال العلاج المعرفي، حيث يقدم مستوى من الصياغة والتدخل الذي لا يركز في الغالب على تحدي مضمون الأفكار والمعتقدات السلبية التي يتم التأكيد عليها في العلاج المعرفي التقليدي، وإنما يركز العلاج ما وراء المعرفي على المعتقدات الخاطئة حول التفكير والاستراتيجيات غير المفيدة للتنظيم العقلي (رياض العاسمي، 2016)، وبالتالي فهو يركز على أنماط التفكير والتنظيم العقلي بدلا من مضمون الأفكار (Wells, 2012).

#### 1.4. أهداف العلاج ما وراء المعرفي :

يهدف العلاج ما وراء المعرفي إلى إزالة متلازمة الانتباه المعرفية (CAS) من خلال رفع مستوى الوعي لهذه العملية وتحسين الانتباه الانتقائي وذلك بمساعدة المرضى على تطوير طرق جديدة للسيطرة على انتباههم باستخدام تقنيات محددة، وتعديل المعتقدات ما وراء المعرفة التي تؤدي إلى أنماط التفكير غير المفيدة (Wells Adrian, 2012)، وعليه يسعى العلاج ما وراء المعرفي إلى:

- 1- توعية المريض بأن السبب في الاضطراب ليس الأفكار والمعتقدات نفسها ولكن طريقة التقييم التي يتبعها لهذه الأفكار والمعتقدات، وبالتالي جعله يدرك دور المعتقدات ما وراء المعرفة في نشأة واستمرار الاضطراب النفسي.
- 2- توعية الأفراد بضرورة التخلي عن بعض الاستراتيجيات غير التكيفية التي يلجؤون إليها من أجل التحكم في أفكارهم المتطفلة مثل العقاب أو القلق.
- 3- دحض وتقني المعتقدات الإيجابية والسلبية التي يتمسك بها المرضى بشأن أفكارهم الاقتحامية و سلوكياتهم.
- 4- تعديل عدد من المعتقدات ما وراء المعرفة خاصة معتقدات دمج الفكر.
- 5- تدريب المرضى على كيفية استخدام الاستراتيجيات العلاجية ما وراء المعرفة مع المواقف المشككة المصاحبة للاضطراب النفسي، و تشكيكهم في النتائج المترتبة من وجهة نظرهم على التخلي عن القيام باستراتيجيات التحكم.
- 6- زيادة مهارات اليقظة أو الانتباه المنقطع (Detached Mindfulness) (Wells, 2000) عن (عبد الله عبد الظاهر الخولي، 2014، 82)

### 2.3. الفنيات المستخدمة في العلاج ما وراء المعرفي :

يعد العلاج ما وراء المعرفي علاج محدود المدة، فعادة ما يأخذ بين (8-12) جلسة علاجية. ويستخدم المعالج في هذا النموذج مناقشات مع العميل لاكتشاف المعتقدات والخبرات والاستراتيجيات ما وراء المعرفة الخاصة به أثناء التعامل مع مشكلاته، ثم التوصل إلى الصياغة ما وراء المعرفة الخاصة به، لافتاً إلى كيفية ظهور هذه الأعراض المرضية وأسبابها والحفاظ عليها واستمرارها في ذهن العميل (رياض العاسمي، 2016). وهنا، ينتقل العلاج إلى إدخال خبرات مصممة خصيصاً لصعوبات العميل (على سبيل المثال أنت تعتقد أنه إذا كنت تقلق كثيراً فسوف يؤدي إلى مزاج سيء أو إلى الجنون"، دعنا نحاول التركيز على القلق قدر الإمكان للدقائق الخمسة القادمة، ومعرفة ما إذا كان هناك أي تأثير لها)، واستخدام فنيات ما وراء معرفية، مثل: تقنية التدريب على الانتباه، واليقظة العقلية المستقلة (نفس المرجع السابق)، وفيما يلي عرض لبعض الفنيات المستخدمة في العلاج ما وراء المعرفي:

#### 1) فنية التوجيه ما وراء المعرفي (Meta-cognitive Guidance):

**وصفها:** استخدم سلسلة من الأسئلة أثناء التعرض للمواقف، والتي تهدف إلى رفع ما وراء الوعي (Meta-awareness)، واللاتمركز، والتحرر من الانتباه (Freeing of attention) ويمكن استخدام هذه الإستراتيجية في المواقف المحايدة، ويتم تطبيقها في المواقف التي تثير القلق. وفيما يلي مثالاً لتوضيح كيفية توظيفها في العلاج.

**تطبيقها:** هل تعتبر دائماً أن أفكارك هي مجرد حقائق تختلف عما تراه في العالم الخارجي في نفس الوقت هل سبق وأن توقفت للحظة لتدرك أو تعي التدفق الداخلي للأفكار التي تلازمك بصفة مستمرة أود أن نتجول معا وأثناء قيامنا بذلك عليك استخدام انتباهك بطريقة جديدة. أثناء الجولة: هل يمكن أن تصبح واعياً لأفكارك وتخيلاتك هل يمكن أن ترى أفكارك والعالم الخارجي في نفس الوقت حاول أن تركز على أحد الأفكار أثناء تركيزك على ما يحدث في الشارع القريب منك اسأل نفسك: هل أنا أعني بجانب أفكاري أم أنني أعني بجانب ما تراه عيني في تلك اللحظة (Wells, 2005) عن (عبد الله عبد الظاهر الخولي، 2014، 84)

#### 2) فنية التداخي الحر (Free association task):

**وصفها:** لتسهيل الملاحظة السلبية للأحداث الداخلية وتدفعها والتي تثيرها المثيرات اللفظية، وتسهيل ما وراء الوعي، واللاتمركز، والاستقلال الانتباهي، والمعالجة المفاهيمية المنخفضة (نفس المرجع السابق ، 85).

**تطبيقها:** يتم التعريف بالمهمة بالطريقة التالية: "حتى تكون على معرفة باستخدام الانهماك الذهني المستقل (DM) (detached mindfulness) من المفيد أن تتدرب عليه كاستجابة لأحداث تلقائية تدور في عقلك، وبقيامك بذلك يمكن أن تتعلم كيف ترتبط بهذه الأحداث بطريقة جديدة. وفي لحظة سوف أقول لك سلسلة من الكلمات، وأرجو أن تسمح لعقلك أن يخلق بحرية استجابة لها، عليك ألا تقوم بالتحكم أو تحليل ما تفكر فيه، بعد سماع هذه الكلمات فقط راقب كيفية استجابة عقلك لها. وربما تجد أن لا شيء يحدث بصورة كبيرة، ولكن ربما تجد أن صورا وأحاسيس قد طرأت على ذهنك ليس من المهم ما يحدث، ومهمتك فقط هي أن تشاهد سلبيا ما يحدث دون محاولة التأثير على أي شيء. حاول ذلك باستخدام عينيك المفتوحتين حتى تبدأ، وسوف أقول لك بعض الكلمات الآن: تفاحة، عيد ميلاد، شاط البحر، شجرة، دراجة، الطيف، الورود الطبيعية. ماذا لاحظت عندما راقبت عقلك. الفكرة هي أنك يجب أن تطبق هذه التقنية على أفكارك ومشاعرك السلبية، فقط شاهد ما يدور في عقلك دون الانخراط بصورة نشطة في أي من عمليات التفكير. "هذه المهمة يتم التدريب عليها باستخدام مثيرات إيجابية محايدة أو غير محايدة في البداية، ثم يتم استخدامها من خلال تقديم كلمات ترتبط باهتمامات العميل (أي البواعث المحركة لأفكاره وسلوكياته) بصورة تدريجية كلما كان ذلك مناسباً (Wells, 2005) عن (عبد الله عبد الظاهر الخولي، 2014، 85)

### 3) فنية تدريب الانتباه (ATT) (Attentional training technique):

**وصفها:** يعتبر أسلوب تدريب الانتباه Wells (1990) أحد الإجراءات الانتباهية الأساسية المصممة لزيادة المراقبة ما وراء المعرفية (Meta-cognitive Monitoring)، وعمليات التحكم وتقليل النشاط المفاهيمي الوقائي أو الدفاعي (Reduce Preservative Conceptual activity) ويعد هذا الأسلوب تدريبا انتباهيا سمعيا خارجيا، ويتكون من ثلاثة مكونات: الانتباه الانتقالي (Selective Attention)، تحويل الانتباه (Attention Switching)، الانتباه المتقطع (divided attention) والتدريب على هذا الأسلوب يستغرق 94 دقيقة تقريبا، يتم تخصيص ثماني منها للانتباه الانتقالي، و4 دقائق لتحويل الانتباه السريع، ودقيقتين للانتباه المتقطع (عبد الله عبد الظاهر الخولي، 2014، 89).

**تطبيقها:** يتم الإطار النظري الأساسي لهذا الإجراء وفقا للتصور الآتي: "إن من العوامل المهمة التي تجعل المشكلات الوجدانية تستمر هي أن يصبح انتباهك مغلقا على أفكار أو أحداث سلبية، وهذا يكون من الصعب التحكم فيه. إن أحد الأساليب التي يمكن أن تقلل من هذا الاتجاه يعرف باسم تدريب الانتباه وفي هذا الأسلوب تقوم بالتدريب على تركيز انتباهك خارجيا على أصوات بطريقة

خاصة وفقا للتعليمات. والهدف من هذا الإجراء ليس مجرد تدريبك على التشويش على أفكارك ومشاعرك السلبية، ولكن كي يتيح لك التدريب على استخدام انتباهك بطريقة مختلفة. وربما كثيرار ما يكون لديك أفكار أو مشاعر سلبية أثناء التدريب، وهذا أمر طبيعي تماما وإذا كان لديك هذه الأفكار أو المشاعر فإنه يجب عليك فقط أن تتعامل معها على أنها نوعا من الضوضاء الإضافية، ثم تعود إلى تركيز انتباهك. والهدف ليس تفريغ عقلك من الأفكار، ولكن التدريب بمرونة على استخدام انتباهك ووعيك بطريقة خاصة. "بعد ذلك يستمر المعالج في إعطاء التعليمات الخاصة بهذا الإجراء (Wells,2005) عن (عبد الله عبد الظاهر الخولى، 2014، 89)

### خلاصة الفصل:

من خلال ما جاء في هذا الفصل نستخلص أن مصطلح ما وراء المعرفة على الرغم من حداثة قد حظي باهتمام ملحوظ في السنوات القليلة الماضية لارتباطه بنظريات التعلم واستراتيجيات حل المشكلة، ثم استثمارة في مجال علم النفس المرضي لتفسير وعلاج السلوك المرضي، وذلك بعدما أدرك المختصين في هذا المجال أن اهتمامهم بمحتوى الأفكار لم يعد كافيا لتفسير السلوك المرضي بل أصبح هناك حاجة إلى تصور مختلف، يهتم بشكل و محتوى و سيرورة الأفكار كعوامل للإصابة بالاضطراب النفسي، وعليه سعى المختصين في هذا المضمار إلى البحث عن العوامل ما وراء المعرفة المتعلقة بالاضطراب النفسي، من خلال تحديدهم للمعتقدات والاستراتيجيات ما وراء المعرفة التي تساهم في نشوء واستمرار الاضطراب النفسي ومن ثم قيامهم بتطوير علاج نفسي قائم على مفهوم ما وراء المعرفة، والذي أصبح يعرف بالعلاج ما وراء المعرفي.



الجانبة الميداني

## الفصل الرابع :

# إجراءات تطبيق الدراسة الميدانية

### تمهيد

1. المنهج المستخدم في الدراسة
2. الدراسة الاستطلاعية
3. أدوات الدراسة
4. الدراسة الأساسية
5. الأساليب الإحصائية المستخدمة

### خلاصة الفصل

**تمهيد :**

بعدما تم التطرق في الفصول السابقة إلى الإطار النظري لمتغيرات الدراسة، سيتم التطرق في هذا الفصل لأهم الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية الذي تضمن المنهج المستخدم، وعينة الدراسة و أدواتها، وخصائصها السيكمترية، و لدراسة الأساسية و أهم إجراءاتها والأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة البيانات.

**1. المنهج المستخدم في الدراسة :**

يعد المنهج فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار العديدة، إما من أجل الكشف عن حقيقة مجهولة لدينا، أو من أجل البرهنة على حقيقة لا يعرفها الآخرون (عبد الرحمان الوافي، 2007، 39).

وتتبع هذه الدراسة المنهج الوصفي، والذي يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في ذلك الواقع، ويهتم بوصفها وصفا دقيقا، ويعبر عنها تعبيراً كيفياً، وتعبيراً كمياً (محمود الجراح، 2008، 75). ولأن موضوع هذه الدراسة يبحث في العلاقة بين المعتقدات ماوارة المعرفية وقلق المرض من جهة، والمقارنة بين أبناء المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان من جهة أخرى، فإن المنهج المستخدم في هذه الدراسة هو : **المنهج الوصفي بأسلوبيه الإرتباطي والمقارن**، حيث تتدرج هذه الدراسة ضمن البحوث الوصفية الإرتباطية والمقارنة، التي تعتمد على المنهج الوصفي الإرتباطي لدراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة وهي مدى ارتباط المعتقدات ماوارة المعرفية بقلق المرض لدى عينة الدراسة، ومن جهة أخرى بما أن الدراسة أيضا تهدف إلى معرفة الفروق بين المجموعات وهذا حسب الفرضيات المطروحة، فإنها تعتمد على المنهج الوصفي المقارن.

## 2. الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة من خطوات الإجراءات الميدانية للدراسة، فهي تعتبر أساسا جوهريا لبناء البحث (محي الدين مختار، 47، 2000)، ومن خلالها يمكن استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة المرغوب في دراستها و التعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها و إخضاعها للبحث العلمي وصياغتها صياغة دقيقة تيسر التعمق في بحثها في مرحلة لاحقة، بالإضافة إلى التأكد من صلاحية أدوات القياس التي سيستعملها في الدراسة الأساسية.

### 1.2. أهداف الدراسة الاستطلاعية :

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى :

- 1) تعرف الباحث على الظاهرة التي يرغب في دراستها و جمع المعلومات و بيانات عنها.
- 2) معرفة الخصائص السيكومترية للأداة قبل الشروع في تطبيقها في الدراسة الأساسية، و اكتشاف بعض جوانب النقص في إجراءات التطبيق.
- 3) استطلاع الظروف التي يجري فيها البحث و التعرف على العقبات التي تقف في طريق إجرائه .
- 4) صياغة مشكلة البحث صياغة دقيقة تمهيدا لدراستها دراسة متعمقة .
- 5) التعرف على أهم الفروض التي يمكن إخضاعها للتحقيق العلمي و ذلك باستنباطها من البيانات و المعطيات التي يقوم الباحث بتأملها (مروان عبد المجيد إبراهيم، 2000، 39).

### 2.2. عينة الدراسة الاستطلاعية :

تمثل العينة مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة معينة و إجراء الدراسة عليها و من ثم استخدام تلك النتائج و تعميمها على كامل مجتمع الدراسة الأصلي . (محمد عبيدات وزملاؤه، 1999، 84)

أجريت الدراسة الاستطلاعية على عينة تتكون من (40) راشدا من مدينة ورقلة، وتم اختيارهم من كلا الجنسين (ذكورا وإناثا)، كما تراوح سنهم بين (19-50) سنة، وقد حاولنا أن تكون عينة الدراسة الاستطلاعية قريبة من خصائص عينة الدراسة الأساسية حيث شملت عينة الدراسة الاستطلاعية أبناء المصابين بالسرطان وأبناء غير المصابين بالسرطان.

### 3. أدوات الدراسة :

في ضوء استعراض عدد من الدراسات العربية والأجنبية، وفي ضوء الاطلاع على ما هو متاح من مقاييس للمعتقدات ما وراء المعرفية، و قلق المرض، وبناء على صياغة مشكلة الدراسة الحالية، تقرر إجراء ما يلي:

- استخدام مقياس ما وراء المعرفة (Meta-Cognition Scale (MCS-30) من إعداد (Wells & Cartwright-Hatton, 1997)، ترجمة وتقنين عبد الله محمد عبد الظاهر الخولي.
- بناء أداة لقياس قلق المرض وفق المعايير المستحدثة لهذا الاضطراب في (DSM-5) (إذ لم يتوفر في حدود علم الطالبة) أداة لقياسه.

ولكي نتحقق من صلاحية الأدوات المستخدمة في الدراسة نقوم بحساب الصدق و الثبات لأدوات الدراسة في البيئة التي ستجرى فيها الدراسة، حتى نثق في النتائج المتحصل عليها كمايلي :

#### 1.3. مقياس ما وراء المعرفة (Meta-Cognition Scale (MCS-30) :

##### أولا : وصف المقياس

قام بإعداد هذا المقياس ويلز وكارتريت (Wells & Cartwright-Hatton, 1997) ويهدف هذا المقياس إلى معرفة الفروق الفردية بين الأفراد في المعتقدات ما وراء المعرفية. حيث تعتبر هذه الأخيرة ذات أهمية في نموذج ما وراء المعرفة بشأن الاضطرابات النفسية. ويحتوي هذا المقياس على (30) عبارة، صيغت في اتجاه ايجابي، ويتم الإجابة عليها ضمن أربعة بدائل هي (دائما، كثيرا، قليلا، أبدا) تتراوح تقديراتها الكمية بين (1-2-3-4) على الترتيب. وقد تم إيجاد الصدق البنائي له بواسطة التحليل العاملي التفسيري والتوكيدي، وقد اقترحت النظرية ملاءمة خمسة عوامل للمقياس الأصلي. وقد دعم التحليل العاملي التفسيري بنية العوامل الخمس، حيث أصبح أكثر مطابقة مع الحل النهائي الذي تم الحصول عليه من الدراسات السابقة، والعوامل الخمس للمقياس هي:

- (1) الثقة المعرفية Cognitive confidence،
- (2) المعتقدات الإيجابية عن القلق Positive beliefs about worry،
- (3) الوعي الذاتي المعرفي Cognitive self-consciousness،
- (4) المعتقدات السلبية بشأن عدم القدرة على التحكم في الأفكار أو الخطر، Negative beliefs about uncontrollability of thoughts and danger

(5) المعتقدات بشأن الحاجة للتحكم في الأفكار beliefs about need to control.

و عليه تتحدد المعتقدات ماوارة المعرفية من خلال الدرجة الكلية التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة على مقياس المعتقدات ماوارة المعرفية (MCS-30) (عبد الله عبد الظاهر الخولي، 2014، 316).

**ثانيا : الخصائص السيكومترية لمقياس ما وراء المعرفة لـ عبدالله عبدالظاهر الخولي**

من أجل إعداد هذا المقياس قام عبدالله عبدالظاهر الخولي بالخطوات التالية:

(أ) ترجمة المقياس إلى اللغة العربية.

(ب) تقديم نسخة مبدئية من المقياس بعد ترجمته إلى بعض أساتذة اللغة الإنجليزية، وبعض أعضاء هيئة التدريس بقسم المناهج وطرق تدريس اللغة الإنجليزية بالكلية من أجل مراجعتها.

(ج) عرض الصورة الأولية للمقياس على بعض أساتذة علم النفس لمعرفة آرائهم حول مدى ارتباط العبارات بالأبعاد التي تدرج تحتها، ومدى ارتباطها بالمقياس ككل وإبداء آرائهم في حسن صياغة العبارات.

(د) تعديل الصورة الأولية في ضوء آراء المحكمين وتوجيهاتهم.

(هـ) تطبيق المقياس على عينة صغيرة من طلاب الفرقة الثالثة بلغ عددهم عشرة طلاب كدراسة قبل استطلاعية pre-pilot study وذلك للتأكد من عدم وجود مشكلات في عبارات المقياس قد تواجه المفحوصين في الدراسة الاستطلاعية.

(و) تطبيق المقياس على عينة استطلاعية بلغ قوامها (91) طالبا وطالبة، ثم تفرغ استجابات العينة تمهيدا لاستخدامها في التحقق من صدق هذا المقياس وثباته (نفس المرجع السابق والصفحة).

**(1) حساب الصدق:**

معنى أن يكون المقياس صادقا هو أن يقيس هذا الاختبار أو الأداة المعدة لما وضع لقياسه (فاطمة صابر، مرفت خفاجة، 2002، 167). وقد تم حساب الصدق كمايلي:

**أ- الصدق المنطقي (صدق المحكمين):**

بعد ترجمة المقياس ومراجعة عباراته بالمقياس الأصلي، وصلت عبارات الصورة الأولية للمقياس إلى (30) عبارة، تم توزيعها تحت خمسة أبعاد، وصار عدد عبارات كل بعد 6 عبارات، وقد تم عرض الصورة الأولية من المقياس على مجموعة من المحكمين ضمت بعض أعضاء هيئة التدريس تخصص صحة نفسية ببعض الجامعات المصرية، وذلك لإبداء آرائهم في النقاط التالية :

- مدى ارتباط العبارة بالبعد الذي تتدرج تحته.  
 - مدى ارتباط العبارة بالمقياس ككل.  
 - مدى ملائمة العبارة من حيث الصياغة.  
 وتراوحت نسبة موافقة المحكمين على عبارات المقياس بعد التعديل بين (88%-100%) (عبد الله عبد  
 الظاهر الخولي، 2014، 320).

#### ب- صدق المحك :

أفادت الدراسات أن العوامل ما وراء المعرفية في مقياس ما وراء المعرفة ترتبط إيجابيا مع أعراض  
 الوسواس القهري، كما ترتبط إيجابيا مع القلق المرضى، كما أن درجة الفرد على مقياس ما وراء المعرفة  
 تعبر عن استعداد الفرد للإصابة بالاكنتاب (Papageorgiou & Wells, 2003). وقد بلغت قيمة  
 معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة الاستطلاعية على مقياس ما وراء المعرفة ومقياس الاكنتاب  
 (0.464\*\*) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.01) (نفس المرجع السابق، 321).

#### ج- الصدق العاملى :

بعد تطبيق الصورة الأولية من المقياس على العينة الاستطلاعية والتي بلغ عددها (91) طالبا  
 وطالبة، قام الباحث بحساب الصدق العاملى للمقياس باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم  
 الاجتماعية SPSS بطريقة المكونات الأساسية ، ثم التدوير المتعامد بطريقة الفاريماكس Varimax، وقد  
 تم اعتماد العوامل وفقا لمعيارين رئيسيين :  
 - أن يكون الجذر الكامن للعامل أكبر من أو يساوى الواحد الصحيح.  
 - أن يكون عدد العبارات التي حققت التشبع المطلوب على العامل (0.3) فأكثر وذلك زيادة في دقة  
 فحص العبارات(نفس المرجع السابق والصفحة).

ومن خلال نتائج التحليل العاملى تم استخلاص عشرة عوامل رئيسية للمقياس من خلال التحليل  
 العاملى من الدرجة الأولى، وقد قام الباحث بتدوير هذه العوامل رغبة في اختزالها بما يتناسب مع الإطار  
 النظري الذي يعتمد عليه المقياس، وبما يتفق مع شروط العامل وقيم التشبعات حيث بينت نتائج  
 المصفوفة بعد التدوير أنه توجد عوامل لم تتشعب عليها سوى عبارة واحدة أو عبارتين، كما أن هناك بعض  
 العبارات التي تشبعت على أكثر من عامل، علاوة على أن هذه القيم متقاربة إلى حد كبير، لذا كان لابد  
 من التحليل العاملى من الدرجة الثانية(نفس المرجع السابق، 325)، وبعد التدوير المتعامد من الدرجة الثانية

بطريقة الفاريماكس وحذف التشعبات الأقل من (0.3)، تم استخلاص خمس عوامل رئيسية لمقياس ما وراء المعرفة، كما يوضحها الجدول التالي:

**جدول رقم (06): نتائج التحليل العاُملي من الدرجة الثانية بطريقة المكونات الأساسية لفقرات مقياس ما وراء المعرفة**

قيمة الجذر الكامن		التباين الكلي	العوامل
الاشتراكيات	نسبة التباين %		
14.450	14.450	4.335	1
28.180	13.730	4.119	2
38.898	10.717	3.215	3
47.417	8.519	2.556	4
54.229	6.812	2.044	5

(عبد الله عبد الظاهر الخولي، 2014، 325).

وبعد فحص نتائج التحليل العاُملي أصبح عدد عبارات الصورة النهائية لمقياس ما وراء المعرفة (30) عبارة اندرجت تحت خمسة أبعاد، يوضحها الجدول التالي:

**جدول رقم (07): أبعاد الصورة النهائية لمقياس ما وراء المعرفة وعبارات كل بعد**

عبارات كل بعد	العبارات	م
28-23-19-10-07-01	المعتقدات الإيجابية عن القلق	-1
29-26-24-17-14-08	الثقة المعرفية	-2
21-15-11-09-04-02	المعتقدات السلبية عن عدم القدرة على التحكم والخطر	-3
27-25-22-20-13-06	معتقدات حول الحاجة للتحكم في الأفكار	-4
30-18-16-12-05-03	الوعي الذاتي المعرفي	-5

(نفس المرجع السابق والصفحة)

## (2) حساب الثبات:

يقصد بثبات الاختبار أن يكون على درجة عالية من الدقة والإتقان والاتساق والاطراد فيما يزودنا به من بيانات عن السلوك المفحوص، وقياسه قياساً متسقاً في ظروف مختلفة ومتباينة (سوسن مجيد، 2010، 66). وقد تم حساب الثبات كمايلي:

### أ- طريقة ألفا كرونباخ :

استخدم الباحث معادلة ألفا كرونباخ للتحقق من ثبات مقياس ما وراء المعرفة (MCS-30) ، وقد بلغت قيمة معامل اثبات (0.85) وهي قيمة تدل على ثبات المقياس(عبد الله عبد الظاهر الخولي، 2014، 317).



ب- التجزئة النصفية:

استخدم الباحث طريقة التجزئة النصفية في حساب معامل ثبات المقياس معتمدا على معادلة سبيرمان - براون، وقد بلغت قيمته (0.78) وهي قيمة تدل على ثبات المقياس (عبد الله عبد الظاهر الخولي، 2014، 317).

ج- إعادة تطبيق الاختبار :

استخدم الباحث طريقة إعادة تطبيق الاختبار في حساب ثبات مقياس ما وراء المعرفة بعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية والتي بلغ عددها (19) طالبا وطالبة، وبعد تطبيقه مرة ثانية بعد فترة زمنية بلغت ثلاثة أسابيع، وقد بلغ معامل الارتباط بين درجات الطلاب في التطبيقين (0.746)\*\* وهي قيمة دالة عند مستوى 0.01 وهذا مؤشر على أن المقياس على درجة عالية من الثبات (نفس المرجع السابق والصفحة).

د- الاتساق الداخلي :

تم التحقق من تجانس المقياس داخليا باستخدام طريقة الاتساق الداخلي من خلال إيجاد معامل الارتباط بين مجموع درجات العينة على كل عبارة ومجموع درجاتهم على المقياس ككل، ومعامل الارتباط بين مجموع درجات العينة على كل عبارة ومجموع درجاتهم على البعد الذي تدرج تحته، كما في جدول التالي :

جدول رقم(08):يبين ملخص لمعاملات الارتباط بين مجموع درجة كل عبارة

وكل من الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية للمقياس

عبارات كل بعد	عبارات المعتقدات الإيجابية عن القلق	عبارات المعتقدات السلبية عن عدم التحكم والخطر	عبارات بعد الثقة المعرفية	عبارات بعد المعتقدات عن الحاجة للتحكم	عبارات بعد الوعي الذاتي المعرفي
الارتباط بالبعد	(-0.626) ** (0.773)	(-0.466) ** (0.796)	(-0.633) ** (0.824)	(-0.491) ** (0.685)	(-0.503) ** (0.719)
الارتباط بالمقياس	(-0.320) ** (0.580)	(-0.444) ** (0.674)	(-0.324) ** (0.600)	(-0.186) ** (0.556)	(-0.073) ** (0.360)

(نفس المرجع السابق، 319).

كما تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للبعد والدرجة الكلية للمقياس، كما في الجدول التالي:

جدول رقم(09): يبين معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للأبعاد والدرجة الكلية للمقياس

الوعي الذاتي المعرفي	المعتقدات عن الحاجة للتحكم	الثقة المعرفية	المعتقدات السلبية عن عدم التحكم والخطر	المعتقدات الإيجابية عن القلق	البعد
**0.348	**0.717	**0.653	**0.592	**0.593	الدرجة الكلية للمقياس

من خلال ماسبق تبين الخصائص السيكومترية لمقياس ما وراء المعرفة (MCS-30) أن هذه الأداة تعد إضافة قيمة لقياس وتقييم ما وراء المعرفة(عبد الله عبد الظاهر الخولي، 2014، 319).

ثالثا : الخصائص السيكومترية لمقياس ما وراء المعرفة في البيئة المحلية(للباحث الحالي):

تم إعادة قياس الخصائص السيكومترية لهذا المقياس للتأكد من مدى صلاحيته في البيئة المحلية كمايلي :

(1) حساب الصدق:

أ. صدق الاتساق الداخلي للبنود:

من طرق حساب صدق المحتوى طريقة الاتساق الداخلي للمقياس بحيث تعتمد هذه الطريقة على حساب معاملات الارتباط بين الدرجة على كل بند و الدرجة الكلية للمقياس.حيث كانت النتائج بعد تطبيق على عينة الدراسة الاستطلاعية و البالغ عددهم (40) راشدا بمدينة ورقلة، كمايلي:

الجدول رقم (10) : يبين نتائج معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية لمقياس ما وراء المعرفة

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
16	0,531	دال عند 0,01	01	0,557	دال عند 0,01
17	0,672	دال عند 0,01	02	0,465	دال عند 0,01
18	0,487	دال عند 0,01	03	0,388	دال عند 0,05
19	0,556	دال عند 0,01	04	0,488	دال عند 0,01
20	0,646	دال عند 0,01	05	0,662	دال عند 0,01
21	0,625	دال عند 0,01	06	0,438	دال عند 0,01
22	0,500	دال عند 0,01	07	0,489	دال عند 0,01
23	0,619	دال عند 0,01	08	0,514	دال عند 0,01
24	0,437	دال عند 0,01	09	0,616	دال عند 0,01
25	0,503	دال عند 0,01	10	0,565	دال عند 0,01
26	0,404	دال عند 0,01	11	0,727	دال عند 0,01
27	0,518	دال عند 0,01	12	0,397	دال عند 0,05
28	0,638	دال عند 0,01	13	0,584	دال عند 0,01
29	0,333	دال عند 0,05	14	0,372	دال عند 0,05
30	0,723	دال عند 0,01	15	0,712	دال عند 0,01

من خلال الجدول رقم(10)، نلاحظ أن معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية للاختبار تتراوح بين (0,372\_0,723) وهي جميعها دالة عند مستوى دلالة (0,01)أو(0,05)، و بالتالي فبنود المقياس متماسكة، مترابطة، متنسقة فيما بينها و تقيس كلها نفس المتغير، و هذا مؤشر يؤكد على صدق المقياس .

#### ب. صدق المقارنة الطرفية :

يمثل صدق المقارنة الطرفية قدرة الاختبار على التمييز بين طرفي الخاصية(بشير معمرية، 2012،231) وقد تم تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية و البالغ عددهم (40) راشدا بمدينة ورقلة، وبعد تكيم الإجابات و ترتيب النتائج أو الدرجات المتحصل عليها، تم ترتيبها من أعلى إلى أدنى درجة، و تم مقارنة (33.33%) التي تمثل فئة الأفراد ذوي الدرجات العليا مع (33.33%) التي تمثل فئة الأفراد ذوي الدرجات الدنيا ، ثم استعمال قانون "ت" لحساب دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين، و تم الحصول على النتائج المبينة في الجدول التالي :

**الجدول رقم (11) : يبين نتائج اختبار"ت" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين الطرفيتين على مقياس ما وراء المعرفة**

الفئات / القيم	ن	م	2ع	"ت" المحسوبة	"ت" المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الفئة العليا	13	82	6,95	13,21	2,79	24	دالة عند
الفئة الدنيا	13	48,76	5,81				0,01

ن : عدد أفراد العينة / م : المتوسط الحسابي / 2ع : التباين / ت : اختبار دلالة الفروق .

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة "ت" المحسوبة أكبر من قيمة "ت" المجدولة عند درجة حرية (24) و مستوى دلالة (0,01) ، وعليه فإن الفرق دال دلالة جوهريّة ومنه فبنود المقياس تميز تمييزا واضحا بين الفئة العليا والفئة الدنيا، و هذا ما يؤكد صدق المقياس .

كما يبين الجدول رقم (12) نتائج اختبار"ت" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين الطرفيتين لكل بعد من أبعاد مقياس ما وراء المعرفة، كمايلي:

جدول رقم (12): يبين نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين الطرفيتين لكل بعد من أبعاد مقياس ما وراء المعرفة

الأبعاد	القيم الفئات	ن	م	2ع	"ت" المحسوبة	"ت" المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
البعد الأول	الفئة العليا	13	16,61	2,81	11,68	2,79	24	دال عند 0,01
	الفئة الدنيا	13	7,07	0,86				
البعد الثاني	الفئة العليا	13	14,84	1,51	14,07	2,79	24	دال عند 0,01
	الفئة الدنيا	13	7,46	1,12				
البعد الثالث	الفئة العليا	13	17,69	2,09	13,29	2,79	24	دال عند 0,01
	الفئة الدنيا	13	8,53	1,33				
البعد الرابع	الفئة العليا	13	34,53	3,55	15,71	2,79	24	دال عند 0,01
	الفئة الدنيا	13	16	2,34				
البعد الخامس	الفئة العليا	13	20,38	1,50	13,74	2,79	24	دال عند 0,01
	الفئة الدنيا	13	12,30	1,49				

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيم "ت" المحسوبة لكل بعد من أبعاد المقياس أكبر من قيمة "ت" المجدولة عند درجة حرية (24) و مستوى دلالة (0,01)، وعليه فإن الفرق دال دلالة جوهرياً ومنه فالأبعاد الخمسة لمقياس ما وراء المعرفة تميز تمييزاً واضحاً بين الفئة العليا والفئة الدنيا، و هذا ما يؤكد صدق المقياس .

## (2) حساب الثبات :

### أ . معامل ألفا لكرونباخ للتجانس :

يعتبر معامل ألفا كرونباخ من أهم مقاييس الاتساق الداخلي للاختبار، ومعامل ألفا يربط ثبات الاختبار بثبات بنوده ، فازدياد قيمة تباينات البنود بالنسبة إلى التباين الكلي يؤدي إلى انخفاض معامل الثبات، و انخفاضها (تجانسها) يؤدي إلى ارتفاع معامل الثبات (بشير معمرية، 2012، 284).

و كانت نتائج معامل ألفا كرونباخ على المقياس ككل وعلى أبعاده، موضحة في الجدول رقم

### (13)، كمايلي :

جدول (13) : يوضح معامل ألفا كرونباخ لتجانس بنود كل بعد وبنود مقياس ما وراء المعرفة

البنود	القيم	ن	$\alpha$
للمقياس ككل		30	0,91
البعد الأول		06	0,87
البعد الثاني		06	0,77
البعد الثالث		06	0,82
البعد الرابع		06	0,75
البعد الخامس		06	0,73

"ن" : عدد البنود / "α" : معامل ألفا كرونباخ

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ تقارب القيمة واحد، سواء لبنود المقياس ككل أو بنود أبعاده مما يدل على أن الثبات مرتفعاً .

#### ب. التجزئة النصفية :

تعني التجزئة النصفية تجزئة الاختبار الواحد إلى نصفين متساويين، يشمل النصف الأول غالباً البنود الفردية و الثاني الزوجية ، ثم يحسب معامل الارتباط (بيرسون) بين الجزأين و الذي يشير إلى الدرجة التي تتطابق فيها درجات نصف الاختبار . (صلاح مراد، فوزية هادي، 2002، 194)

و كانت نتائج التجزئة النصفية على المقياس ككل وعلى أبعاده، كما هي موضحة في الجدول التالي :

جدول (14) : يوضح معامل الثبات قبل و بعد التعديل للمقياس ككل وأبعاده

مستوى الدلالة	معامل الارتباط		ن	البنود
	بعد التعديل	قبل التعديل		
دالة عند 0,01	0,91	0,83	30	للمقياس ككل
دالة عند 0,01	0,87	0,77	06	البعد الأول
دالة عند 0,01	0,74	0,58	06	البعد الثاني
دالة عند 0,01	0,78	0,64	06	البعد الثالث
دالة عند 0,01	0,78	0,64	06	البعد الرابع
دالة عند 0,01	0,73	0,57	06	البعد الخامس

"ن" : عدد البنود

نلاحظ من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بعد التعديل كلها دالة عند (0,01)، سواء لبنود المقياس ككل أو بنود أبعاده و عليه فإن المقياس ثابت .

بناءً على النتائج السابقة نجد أن قيم الصدق و الثبات كانت عالية، و بالتالي يمكننا الاعتماد

على هذا المقياس في الدراسة الحالية .

### 2.3. مقياس قلق المرض:

أولاً : وصف المقياس

تم إعداد مقياس قلق المرض بعد الاطلاع على الأدب النظري المتاح، والمعايير الخاصة بتشخيص هذا الاضطراب المدرجة في (DSM-5)، وكذا الاطلاع على بعض الأدوات التي تقيس بعض أعراض هذا الاضطراب مثل:

- مؤشر وايتلي "Le whiteley index" : وهو أداة تستخدم لقياس قلق الصحة وتوهم المرض.
- استبيان القلق نحو الصحة "QUESTIONNAIRE D'ANXIETE ENVERS LA SANTE"
- Morgiane BRIDOU ، وهو استبيان يقيس القلق نحو الصحة.
- مقياس توهم المرض في اختبار منيسوتا (اختبار الشخصية المتعددة (MMPII).

وعليه تم استخلاص أداة تتكون من (28) بنداً في صورتها النهائية، ويتم الإجابة عليها ضمن أربعة بدائل هي (إطلاقاً، نادراً، أحياناً، دائماً) تتراوح تقديراتها الكمية بين (1-2-3-4) على الترتيب، موزعة على ثلاثة أبعاد تتمثل في:

- 1) الانشغال حول الصحة: ويقاس هذا البعد درجة انشغال الفرد بصحته، و يضم هذا البعد (10) بنود.
- 2) الخوف من المرض: ويقاس هذا البعد مستوى الخوف من الإصابة بالمرض، و يضم هذا البعد (08) بنود.

3) سلوكيات البحث عن الأمان: ويقاس هذا البعد السلوك الذي يبديه الفرد للاطمئنان على صحته من خلال إجراءات مبالغ فيها يقوم بها الفرد عندما يخبر أعراضاً جسدية معينة أو يقوم بها احتياطاً من أجل الوقاية ولتجنب الإصابة بالمرض، كما يظهر من خلال المبالغة في البحث عن الرعاية الطبية أو تجنبها بالمرّة، و يضم هذا البعد (10) بنود، وفيمايلي جدول يوضح أبعاد وبنود مقياس قلق المرض:

4) جدول (15) : يوضح أبعاد وبنود مقياس قلق المرض

الأبعاد	البنود
الانشغال حول الصحة	1-4-7-10-13-16-19-22-24-26
الخوف من المرض	2-5-8-11-14-17-20-23
سلوكيات البحث عن الأمان	3-6-9-12-15-18-21-25-27-28

يبين الجدول رقم (15) أبعاد وبنود مقياس قلق المرض، ونشير في هذا المقام إلى أن جميع البنود صيغت في اتجاه سلبي، بمعنى أنه كلما ادت الدرجة على هذا المقياس كلما كان ذلك دليلاً على أن الفرد يعاني من أعراض قلق المرض، وذلك وفقاً لمستوياته الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (16) يوضح مستويات قلق المرض

مستويات قلق المرض	
ذوي قلق المرض مرتفع	(85 - 112) درجة
ذوي قلق المرض متوسط	(57 - 84) درجة
ذوي قلق المرض منخفض	(28 - 56) درجة

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أدنى درجة نظرية للمقياس هي (28) وأعلى درجة هي (112)، حيث تم تحديد مدى مقياس قلق المرض (28-112) يساوي (84)، وتم تقسيمه إلى ثلاث مستويات متساوية، مدى كل مستوى يساوي (28)، وعليه تكون درجات المستوى المرتفع بين (85 - 112) درجة، أما المستوى المتوسط فقد حدد بين (57 - 84) درجة، بينما انحصرت درجات المستوى المنخفض بين (28 - 56) درجة.

#### ثانياً : الخصائص السيكومترية لمقياس قلق المرض

##### (1) حساب الصدق :

##### أ- صدق المحكمين :

تم عرض مقياس قلق المرض المكون من (29) فقرة في صورته الأولية كما هو موضح في استمارة التحكيم في الملحق رقم (02) على (05) محكمين هم أساتذة في علم النفس، الملحق رقم (03). حيث طلب منهم قراءة أبعاد المقياس والتعريف الإجرائي لكل بعد، والبنود المتضمنة فيه، ثم الحكم عليها من حيث مدى وضوحها و ملاءمتها، باستبعاد العبارات غير الملائمة أو إدخال تعديلات تصحيحية للصياغة، أو إضافة فقرات جديدة بما يخدم المقياس ويزيد من قيمته. وفي ضوء آراء المحكمين اعتماد نسبة اتفاق (85 %) فأكثر لإبقاء الفقرة في المقياس، واعتماداً على ذلك، حظيت جميع بنود المقياس بالاتفاق بين المحكمين، في حين تم تعديل خمسة (05) فقرات من حيث الصياغة، كما هو مبين في الجدول رقم (17) كمايلي:

الجدول رقم (17): يوضح الفقرات المعدلة والمحذوفة من مقياس قلق المرض في ضوء آراء المحكمين.

الفقرات المحذوفة	الفقرة بعد التعديل	الفقرة قبل التعديل	رقم	الفقرات الأبعاد
/	عندما أشعر بإحساس جسدي غير معتاد، أجد صعوبة في التفكير في شيء آخر	عندما أشعر بإحساس جسدي غير مريح، أجد صعوبة في التفكير في شيء آخر	07	البعد الأول الانشغال حول الصحة
/	أقلق عندما أحس بإحساس جسدي غير طبيعي	أقلق عندما أحس بإحساس جسدي غير مريح	13	البعد الأول الانشغال حول الصحة
/	عندما أشعر بإحساس جسدي غير معتاد، ينتابني شك في أنه نتيجة مرض خطير	عندما أشعر بإحساس جسدي غير مريح، ينتابني شك في أنه نتيجة مرض خطير	05	البعد الثاني الخوف من المرض
/	عندما أشعر بأحاسيس جسدية غير معتادة، أتوجه إلى سؤال من حولي (العائلة والأصدقاء) عن ذلك	عندما أشعر بأحاسيس جسدية غير مريحة، أتوجه إلى سؤال من حولي (العائلة والأصدقاء) عن ذلك	09	البعد الثالث سلوكيات البحث عن الأمان
/	بمجرد شعوري بأحاسيس جسدية غير طبيعية أتوجه للطبيب	بمجرد شعوري بأحاسيس جسدية غير مريحة أتوجه للطبيب	18	

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه الفقرات المعدلة بالنسبة للبعد الأول، الثاني، والثالث في حين لم يكن هناك أي حذف لبند من بنود المقياس.

#### ب- صدق الاتساق الداخلي للبنود:

بعد تطبيق مقياس قلق المرض على عينة الدراسة الاستطلاعية و البالغ عددهم (40) راشدا، كانت جميع البنود دالة ماعدا البند رقم(24) الذي لم تثبت دلالاته حيث كان معامل الارتباط بين هذا البند والدرجة الكلية للمقياس هو (0,233)وهو غير دال، وبالتالي تم حذف هذا البند من المقياس حيث أصبح عدد بنود المقياس(28 بندا) بعدما كان (29 بندا)، وكانت النتائج كمايلي:



الجدول رقم (18) : يبين نتائج معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية لمقياس قلق المرض

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
01	0,328	دال عند 0,05	15	0,565	دال عند 0,01
02	0,515	دال عند 0,01	16	0,792	دال عند 0,01
03	0,757	دال عند 0,01	17	0,768	دال عند 0,01
04	0,659	دال عند 0,01	18	0,370	دال عند 0,01
05	0,743	دال عند 0,01	19	0,772	دال عند 0,01
06	0,791	دال عند 0,01	20	0,616	دال عند 0,01
07	0,577	دال عند 0,01	21	0,517	دال عند 0,01
08	0,675	دال عند 0,01	22	0,791	دال عند 0,01
09	0,480	دال عند 0,01	23	0,718	دال عند 0,01
10	0,528	دال عند 0,01	24	0,803	دال عند 0,01
11	0,728	دال عند 0,01	25	0,462	دال عند 0,01
12	0,404	دال عند 0,01	26	0,382	دال عند 0,05
13	0,632	دال عند 0,01	27	0,471	دال عند 0,01
14	0,518	دال عند 0,01	28	0,472	دال عند 0,01

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية للاختبار تتراوح بين (0,792\_0,328) وهي جميعها دالة عند مستوى دلالة (0,01)أو(0,05)، و بالتالي فبنود المقياس متماسكة، مترابطة ، متسقة فيما بينها و تقيس كلها نفس المتغير، و هذا مؤشر يؤكد على صدق المقياس ج- صدق المقارنة الطرفية :

بعد تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية و البالغ عددهم (40) راشدا و بعد تكيم الإجابات و ترتيب النتائج أو الدرجات المتحصل عليها، تم ترتيبها من أعلى إلى أدنى درجة، و تم مقارنة (33.33%) التي تمثل فئة الأفراد ذوي الدرجات العليا مع (33.33%) التي تمثل فئة الأفراد ذوي الدرجات الدنيا ، ثم استعمال قانون "ت" لحساب دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين، وتم الحصول على النتائج المبينة في الجدول التالي :

الجدول رقم (19) : يبين نتائج اختبار"ت" لدلالة الفروق بين متوسطات

المجموعتين الطرفيتين على مقياس قلق المرض

القيم الفئات	ن	م	ع2	"ت" المحسوبة	"ت" المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الفئة العليا	13	82,53	8,80	13,36	2,79	24	دالة عند
الفئة الدنيا	13	44,53	5,23				0,01

ن : عدد أفراد العينة / م : المتوسط الحسابي / ع2 : التباين / ت : اختبار دلالة الفروق .

من خلال الجدول رقم (19) نلاحظ أن "ت" المحسوبة أكبر من "ت" الجدولة عند درجة حرية (24) و مستوى دلالة (0,01)، وعليه فإن الفرق دال دلالة جوهريّة ومنه فبنود المقياس تميز تمييزاً واضحاً بين الفئة العليا والفئة الدنيا، وهذا ما يؤكد صدق المقياس .

أما الجدول رقم (20): فيبين نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين الطرفيتين لكل بعد من أبعاد مقياس قلق المرض

الأبعاد	القيم الفئات	ن	م	ع2	"ت" المحسوبة	"ت" الجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
البعد الأول	الفئة العليا	13	30,46	3,57	12,06	2,79	24	دال عند
	الفئة الدنيا	13	15,76	2,55				0,01
البعد الثاني	الفئة العليا	13	23,61	5,45	6,17	2,79	24	دال عند
	الفئة الدنيا	13	13	2,94				0,01
البعد الثالث	الفئة العليا	13	26,07	4,51	7,09	2,79	24	دال عند
	الفئة الدنيا	13	15,84	2,57				0,01

ن : عدد أفراد العينة / م : المتوسط الحسابي / ع2 : التباين / ت : اختبار دلالة الفروق .

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيم "ت" المحسوبة لكل بعد من أبعاد المقياس أكبر من قيمة "ت" الجدولة عند درجة حرية (24) و مستوى دلالة (0,01)، وعليه فإن الفرق دال دلالة جوهريّة ومنه فالأبعاد الثلاثة لمقياس قلق المرض تميز تمييزاً واضحاً بين الفئة العليا والفئة الدنيا، وهذا ما يؤكد صدق المقياس.

## (2) حساب الثبات :

أ - معامل ألفا لكرونباخ للتجانس :

بعد تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية كانت نتائج معامل ألفا كرونباخ على

المقياس ككل وعلى أبعاده، كما هي موضحة في الجدول رقم (21) كمايلي :

جدول رقم (21) : يوضح معامل ألفا كرونباخ لتجانس بنود كل بعد وبنود مقياس قلق المرض

البنود	القيم	ن	$\alpha$
للمقياس ككل		28	0,93
البعد الأول		10	0,86
البعد الثاني		08	0,85
البعد الثالث		10	0,75

"ن" : عدد البنود / "α" : معامل ألفا كرونباخ

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه نجد أن قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ تقارب القيمة واحد، سواء لبنود المقياس ككل أو بنود أبعاده مما يدل على أن الثبات مرتفعاً .

#### ب- التجزئة النصفية :

كانت نتائج التجزئة النصفية على المقياس ككل وعلى أبعاده، كما هي موضحة في الجدول التالي :

جدول (22) : يوضح معامل الثبات قبل و بعد التعديل للمقياس ككل وأبعاده

مستوى الدلالة	معامل الارتباط		ن	البنود
	بعد التعديل	قبل التعديل		
دالة عند 0,01	0,90	0,82	28	للمقياس ككل
دالة عند 0,01	0,82	0,70	10	البعد الأول
دالة عند 0,01	0,85	0,74	08	البعد الثاني
دالة عند 0,01	0,75	0,61	10	البعد الثالث

"ن" : عدد البنود

نلاحظ من الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط بعد التعديل كلها دالة عند (0,01)، سواء لبنود المقياس ككل أو بنود أبعاده و عليه فإن المقياس ثابت.

بناء على النتائج السابقة نجد أن قيم الصدق و الثبات كانت عالية، و بالتالي يمكننا الاعتماد على هذا المقياس في الدراسة الحالية .

#### 4. الدراسة الأساسية :

##### 1.4. عينة الدراسة الأساسية :

تكونت عينة الدراسة الأساسية من أبناء المصابين بالسرطان وأبناء غير المصابين بالسرطان من كلا الجنسين، وتراوح سنهم بين (19-50) سنة، تم اختيارهم بطريقة قصدية لتعذر حصر مجتمع الدراسة، من مدينة ورقلة (عينة من مصلحة مكافحة السرطان بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة، وعينة من عموم سكان مدينة ورقلة).

وتعتمد العينة القصدية على انتقاء الباحث أفراد عينته بما يخدم أهداف دراسته وبناء على معرفته دون أن يكون هناك قيود أو شروط غير التي يراها هو مناسبة من حيث توفر خصائص معينة، و تعد هذه العينة غير ممثلة لكافة مجتمع الدراسة ولكنها تعتبر أساس متين للتحليل العلمي ومصدر ثري للمعلومات التي تشكل قاعدة مناسبة للباحث حول موضوع الدراسة (ظاهر الكالدة ، جودة كلظم، 1997، 177).

أجريت الدراسة الأساسية على عينة تتكون من (255) من أبناء المصابين بالسرطان وأبناء غير المصابين بالسرطان، من كلا الجنسين (ذكور/ إناث)، وتراوح سنهم بين (19-50) سنة. تم استرجاع (221) استمارة، بعد عملية الفرز و التصحيح ألغي منها (51) استمارة لعدم استكمال الإجابة على بعض البنود، و بالتالي أصبح عدد العينة يتكون من (170) راشدا، (85) راشدا من أبناء المصابين بالسرطان، و(85) راشدا من أبناء غير المصابين بالسرطان، موزعة حسب الجنس و السن كما يلي:

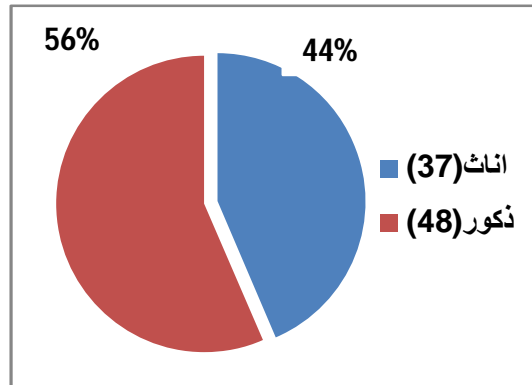
1) توزيع عينة أبناء المصابين بالسرطان كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (23): يوضح عدد عينة أبناء المصابين بالسرطان و توزيعها حسب الجنس و السن

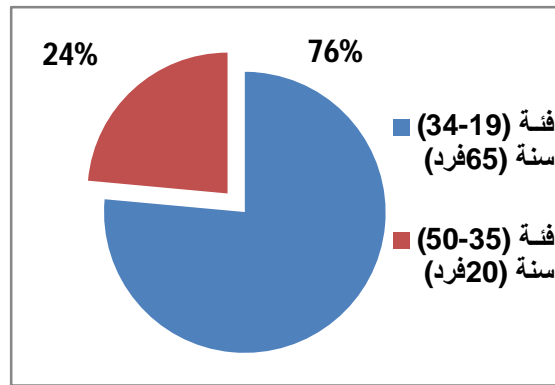
النسبة	العدد	مؤشرات إحصائية المتغيرات
56%	48	ذكور
44%	37	إناث
100%	85	المجموع
76%	65	فئة (34-19) سنة
24%	20	فئة (50-35) سنة
100%	85	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن عدد الذكور كان (48)، وبنسبة (56%)، بينما عدد الإناث بلغ (37)، وهو ما يمثل نسبة (44%)، كما يتضح أيضا أن فئة (34-19) سنة عددها (65) فردا، وبنسبة

(76%)، بينما فئة (35-50) سنة بلغ عددها (20) فرداً، وهو ما يمثل نسبة (24%)، والشكلين التاليين يبينان ماسبق كمايلي:



الشكل رقم (07) يوضح توزيع عينة أبناء المصابين بالسرطان حسب الجنس



الشكل رقم (08) يوضح توزيع عينة أبناء المصابين بالسرطان حسب السن

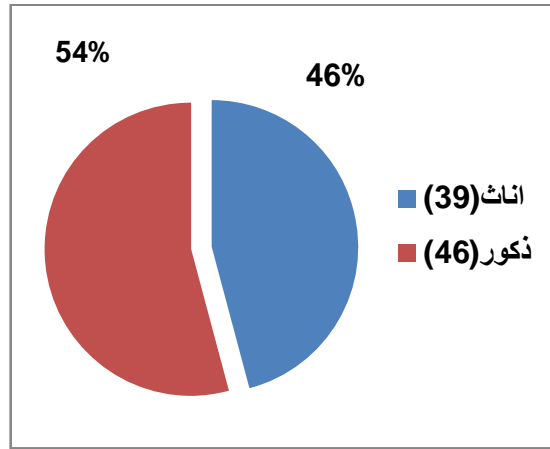
(2) توزيع عينة أبناء غير المصابين بالسرطان كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول (24) : يوضح عدد عينة أبناء غير المصابين بالسرطان و توزيعها حسب الجنس و السن

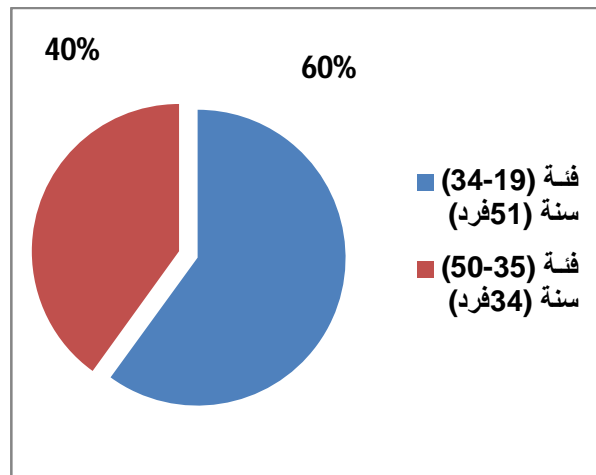
النسبة	العدد	مؤشرات إحصائية المتغيرات
54%	46	ذكور
46%	39	إناث
100%	85	المجموع
60%	51	فئة (19-34) سنة
40%	34	فئة (35-50) سنة
100%	85	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن عدد الذكور كان (46)، وبنسبة (54%)، بينما عدد الإناث بلغ (39)، وهو ما يمثل نسبة (46%)، كما يتضح أيضاً أن فئة (19-34) سنة عددها (51) فرداً، وبنسبة

(60%)، بينما فئة (35-50) سنة بلغ عددها (34) فرداً، وهو ما يمثل نسبة (40%)، والشكلين التاليين يبينان ماسبق كمايلي:



الشكل رقم (09) يوضح توزيع عينة أبناء غير المصابين بالسرطان حسب الجنس



الشكل رقم (10) يوضح توزيع عينة أبناء غير المصابين بالسرطان حسب السن

(3) توزيع العينة الكلية كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول (25) : يوضح عدد العينة الكلية و توزيعها حسب الجنس و السن

المجموع	أبناء		المؤشرات الإحصائية المتغيرات	
	غير المصابين بالسرطان	المصابين بالسرطان		
94	46	48	ذكور	الجنس
76	39	37	إناث	
<b>170</b>	<b>85</b>	<b>85</b>	<b>المجموع</b>	
116	51	65	سنة (34-19)	السن
54	34	20	سنة (50-35)	
<b>170</b>	<b>85</b>	<b>85</b>	<b>المجموع</b>	

يتضح من خلال الجدول رقم (25) أن العدد الإجمالي للأبناء المصابين بالسرطان بلغ (85) فردا وهو يساوي العدد الإجمالي لأبناء غير المصابين بالسرطان وهو (85) فردا أيضا، وبالتالي يصبح العدد الإجمالي لعينة الدراسة هو (170) فردا من أبناء المصابين وغير المصابين بالسرطان، ويتوزعون حسب: الجنس إلى (94) ذكرا و(76) إناثا من أبناء المصابين وغير المصابين بالسرطان، أما حسب السن فنجد (116) فردا ينتمون إلى فئة (19-34) سنة من أبناء المصابين وغير المصابين بالسرطان، في حين (54) فردا ينتمون إلى فئة (35-50) سنة من أبناء المصابين وغير المصابين بالسرطان.

#### 2.4. إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية :

بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية و التأكد من صدق و ثبات أدوات الدراسة، تم تطبيق الدراسة الأساسية على عينة من أبناء المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان بمدينة ورقلة، بدءا من 20 مارس 2016 إلى غاية 10 أبريل 2016، حيث تم شرح الهدف العلمي للدراسة، وكيفية الإجابة على المقاييس، والإجابة على أسئلة المفحوصين في حالة تعذر فهم أسئلة المقياسين، وإعطاء الحرية للمفحوصين ليقرروا المشاركة في البحث، واحترام خياره في حالة رفض المشاركة، أمل في حالة قبول المشاركة يتم التأكيد على ضرورة تحري الصدق في الإجابة، خاصة أن هوية المفحوص تبقى دائما مجهولة، المهم ما يدلي به من معلومات. وتتراوح مدة الإجابة على أسئلة المقياسين من (15) إلى (20) دقيقة. وعليه بلغ العدد الكلي للعينة (170) راشدا، من كلا الجنسين و تتراوح أعمارهم بين (19-60) سنة، ويمكن تلخيص خطوات إجراء الدراسة كمايلي :

- 1- جمع المادة النظرية المتعلقة بالإطار النظري و الدراسات السابقة .
- 2- بناء مقياس قلق المرض.
- 3- إجراء الدراسة الاستطلاعية وهذا بتطبيق مقياس ماوراء المعرفة، ومقياس قلق المرض على عينة استطلاعية و التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياسين.
- 4- تطبيق الدراسة بتوزيع المقياسين الدراسة الذي يشمل (مقياس ماوراء المعرفة، ومقياس قلق المرض) على العينة الأساسية، و هذا بتوزيع (255) استمارة ، و تم استخراج (221) و ألغي منها (51) استمارة لعدم استكمال الإجابة على بعض البنود، ثم تصحيح الاستبيان وفقا لمفتاح تصحيح كل مقياس .
- 5- استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لاستخراج النتائج

- 6- تحليل النتائج التي جمعت من خلال أدوات الدراسة بعد إدخالها في الحاسوب باستخدام برنامج (SPSS-V,19) ومناقشة تلك النتائج في ضوء الدراسات السابقة و الإطار النظري
- 7- صياغة التوصيات و المقترحات في ضوء نتائج الدراسة

## 5. الأساليب الإحصائية المستخدمة :

لمعالجة البيانات المتحصل عليها بعد تطبيق الدراسة الأساسية اعتمدت الأساليب الإحصائية

التالية :

- المتوسط الحسابي
  - الانحراف المعياري
  - النسبة المئوية
  - معامل الارتباط بيرسون
  - اختبار "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطات.
  - تحليل التباين الثنائي (مقدم عبد الحفيظ، 2003).
- ولقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات باستعمال حزمة البرنامج الإحصائي في العلوم الاجتماعية (SPSS-V,19)، والتي حصلنا من خلالها على النتائج التي نعرض إليها في الفصل الموالي.

## خلاصة الفصل:

بعد عرض جميع الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، حيث تم التعرض إلى منهج الدراسة و أدوات القياس، و حساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، و عينة الدراسة، ثم إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية. و في الأخير الحصول على مجموعة من البيانات باستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية و التي تسمح لنا بعرض و تحليل النتائج التي سيتم التطرق إليها في الفصل الموالي.



## الفصل الخامس :

# عرض و تحليل نتائج الدراسة

### تمهيد

1. عرض و تحليل نتائج الفرضية الأولى
2. عرض و تحليل نتائج الفرضية الثانية
3. عرض و تحليل نتائج الفرضية الثالثة
4. عرض و تحليل نتائج الفرضية الرابعة
5. عرض و تحليل نتائج الفرضية الخامسة
6. عرض و تحليل نتائج الفرضية السادسة

### خلاصة الفصل

**تمهيد :**

بعدما تم عرض الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية في الفصل السابق، سيتم التطرق في هذا الفصل إلى عرض النتائج المتوصل إليها من اختبار فرضيات الدراسة باستخدام الأساليب الإحصائية المعتمدة، وذلك في جداول ثم تحليل البيانات الواردة فيها، حسب ترتيب الفرضيات كمايلي :

**1. عرض و تحليل نتيجة الفرضية الأولى:**

تنص الفرضية الأولى على : لا توجد علاقة ارتباطيه دالة بين المعتقدات ماوارء المعرفية و قلق المرض لدى عينة الدراسة.

للتحقق من هذه الفرضية تم اختبار العلاقة بين المعتقدات ماوارء المعرفية و قلق المرض لدى عينة الدراسة و ذلك باستخدام معامل الارتباط بيرسون و كانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي :

**جدول (26) : يوضح معامل الارتباط بين المعتقدات ماوارء المعرفية و قلق المرض**

مستوى الدلالة	" ر " المجدولة	درجة الحرية	" ر " المحسوبة	ن	الأساليب الاحصائية المتغيرات
0,01	0,182	168	0,54	170	المعتقدات ماوارء المعرفية
دالة					قلق المرض

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معامل الارتباط بين المعتقدات ماوارء المعرفية و قلق المرض يساوي : " ر " المحسوبة = (0,54) وهي أكبر من " ر " المجدولة = (0,182) عند درجة حرية (168) و مستوى دلالة (0,01)، أي هناك علاقة ارتباطيه موجبة ذات دلالة إحصائية بين المعتقدات ماوارء المعرفية و قلق المرض، وهذا ينفي صحة الفرضية الأولى وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة.

## 2. عرض و تحليل نتيجة الفرضية الثانية:

تتص الفرضية الثانية على: نتوقع أن تكون نسبة انتشار قلق المرض منخفضة لدى عينة الدراسة من خلال استجاباتهم على مقياس قلق المرض.

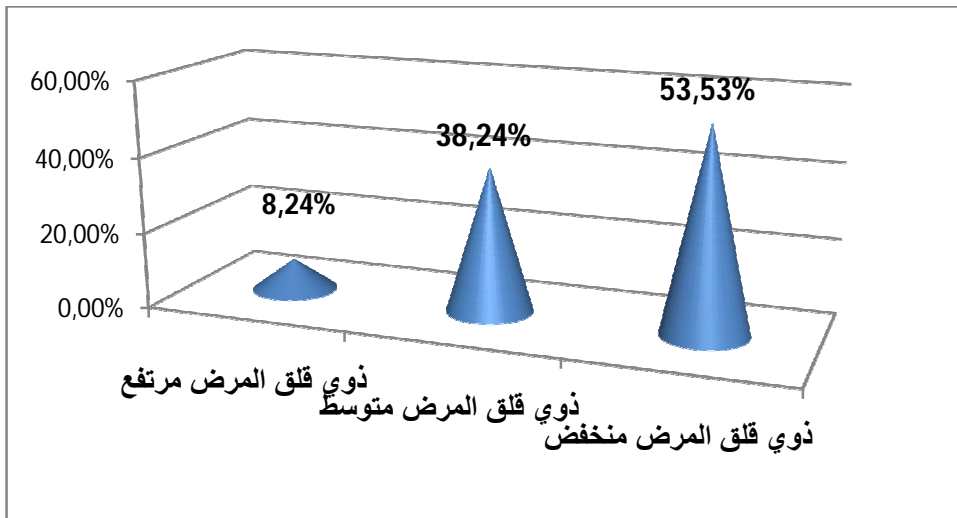
للتحقق من هذه الفرضية تم توزيع أفراد العينة تبعاً لدرجاتهم على مقياس قلق المرض (الدرجة الكلية) على المستويات الثلاثة لقلق المرض، كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول (27) : يوضح نسب انتشار قلق المرض حسب مستوياته الثلاث

المتغيرات	المؤشرات الإحصائية	العدد	المتوسط الحسابي	النسبة (%)
ذوي قلق المرض مرتفع	(112 - 85) درجة	14	90,07	08,24%
ذوي قلق المرض متوسط	(84 - 57) درجة	65	68,20	38,24%
ذوي قلق المرض منخفض	(56 - 28) درجة	91	44,67	53,53%
المجموع	(112 - 28) درجة	170	57,41	100%

يتضح من خلال الجدول أعلاه أنه:

- بلغ عدد أفراد العينة الذين تقع درجاتهم ضمن المستوى المرتفع لقلق المرض (14) فرداً، وهم يشكلون نسبة (08,24%).
- بلغ عدد أفراد العينة الذين تقع درجاتهم ضمن المستوى المتوسط لقلق المرض (65) فرداً، وهم يشكلون نسبة (38,24%).
- بلغ عدد أفراد العينة الذين تقع درجاتهم ضمن المستوى المنخفض لقلق المرض (91) فرداً، وهم يشكلون نسبة (53,53%). ويمكن ملاحظة هذه المستويات من خلال الشكل الموضح أدناه:



الشكل رقم (11): يوضح النسب المئوية لتوزيع أفراد العينة حسب مستويات قلق المرض

نلاحظ من الشكل رقم (11) أن نسبة أفراد العينة مرتفعي الدرجات على قلق المرض كانت الأقل مقارنة بالمستويين المتوسط والمنخفض، وعلى الرغم من ذلك تعتبر هذه النسبة والتي تشكل (8,24%) مرتفعة بالنظر إلى الدراسات الوبائية للاضطرابات النفسية، حيث تشير هذه النسبة إلى وجود أعراض قلق المرض في صورته المرضية الدالة إكلينيكيًا، في حين تشير نسبة أفراد العينة متوسطي الدرجات على قلق المرض والتي تشكل (38,24%) إلى وجود أعراض قلق المرض في صورته الكامنة، ومنه يمكن اعتبار نسبة انتشار قلق المرض مرتفعة لدى أفراد عينة الدراسة، وعليه يمكن القول أن الفرضية الثانية لم تتحقق، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة.

### 3. عرض و تحليل نتيجة الفرضية الثالثة :

تنص الفرضية الثالثة على : لا توجد فروق دالة في قلق المرض بين أبناء المرضى المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان.

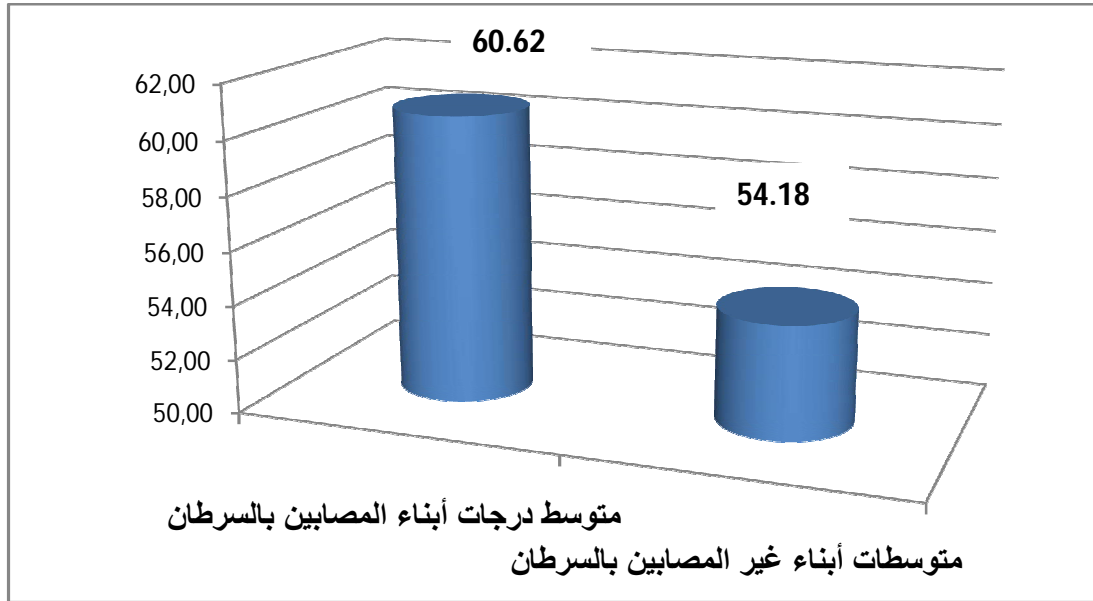
لاختبار هذه الفرضية تمت المعالجة الإحصائية لمتغيرات هذه الفرضية باستخدام اختبار "ت" " لدلالة الفروق بين متوسطات، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي :

#### الجدول (28) : يوضح نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أبناء المصابين

##### بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان على مقياس قلق المرض

مستوى الدلالة	"ت" المجدولة	درجة الحرية	"ت" المحسوبة	"ع" الانحراف المعياري	"م" المتوسط الحسابي	ن	الأساليب الاحصائية المتغيرات
0,05 دالة	1,98	168	2,62	17,40	60,62	85	أبناء م بالسرطان
				14,42	54,18	85	أبناء غ م بالسرطان

من خلال الجدول نلاحظ أن المتوسط الحسابي بالنسبة لأبناء المصابين بالسرطان "م"=(60,62) و تنحرف القيمة عن المتوسط بدرجة "ع"=(17,40)، أما المتوسط الحسابي بالنسبة لأبناء غير المصابين بالسرطان "م"=(54,18) و تنحرف القيمة عن المتوسط بدرجة "ع"=(14,42)، أما قيمة "ت" المحسوبة=(2,62) أكبر من قيمة "ت" المجدولة=(1,98) عند درجة حرية (168) ومستوى دلالة (0,05)، وعليه فإن الفرق دال دلالة جوهريّة بين درجات أبناء المصابين بالسرطان وأبناء غير المصابين بالسرطان في قلق المرض لصالح أبناء المصابين بالسرطان، كما يوضح الشكل التالي الفروق في هذه المتوسطات:



الشكل رقم (12): يوضح الفروق بين متوسطات درجات أبناء المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان على مقياس قلق المرض

نلاحظ من الشكل رقم (12) أن المتوسط الحسابي لدرجات أبناء المصابين بالسرطان "م" = (60,62) أكبر من المتوسط الحسابي لدرجات أبناء غير المصابين بالسرطان "م" = (54,18). وعليه ومن خلال ما جاء في الجدول رقم (28)، والشكل رقم (12)، فإن الفرق دال دلالة جوهريّة بين درجات أبناء المصابين بالسرطان وأبناء غير المصابين بالسرطان في قلق المرض لصالح أبناء المصابين بالسرطان، وهذا ينفي صحة الفرضية الثالثة، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة.

#### 4. عرض و تحليل نتيجة الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الجزئية الرابعة على : لا يؤثر تفاعل المعتقدات ماوراء المعرفية و الإصابة بالسرطان على قلق المرض.

لاختبار هذه الفرضية تمت المعالجة الإحصائية لمتغيرات هذه الفرضية باستخدام "تحليل التباين الثنائي" وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي :

**الجدول (29) : يوضح نتائج تحليل التباين الثنائي حسب متغيري المعتقدات ماوراء المعرفية والإصابة بالسرطان**

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	الأساليب الاحصائية المتغيرات
دال عند (0,01)	36,012	7604,277	1	7604,277	المعتقدات ماوراء المعرفية
غير دال عند (0,05)	3,159	667,055	1	667,055	الإصابة بالسرطان
غير دال عند (0,05)	1,680	354,752	1	354,752	المعتقدات ماوراء المعرفية* الإصابة بالسرطان

المعتقدات ماوراء المعرفية : (عادية، مختلة)

الإصابة بالسرطان: (أبناء المصابين بالسرطان، أبناء غير المصابين بالسرطان)

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن:

- بالنسبة للمعتقدات ماوراء المعرفية: قيمة "ف"=36,012 وقيمة "مستوى الدلالة"=0,00 أقل من (0,01) ومنه قيمة "ف" دالة، أي يوجد فرق بين متوسطات الأفراد ذوي المعتقدات ماوراء المعرفية العادية ومتوسطات الأفراد ذوي المعتقدات ماوراء المعرفية المختلة، وبالتالي تؤثر المعتقدات ماوراء المعرفية على اضطراب قلق المرض.
- بالنسبة للإصابة بالسرطان: قيمة "ف"=3,159 وقيمة "مستوى الدلالة"=0,07 أكبر من (0,05) ومنه قيمة "ف" غير دالة، أي لا يوجد فرق بين متوسطات أبناء المصابين بالسرطان و متوسطات أبناء غير المصابين بالسرطان، وبالتالي لا تؤثر الإصابة بالسرطان على اضطراب قلق المرض.
- بالنسبة لتفاعل (المعتقدات ماوراء المعرفية\*الإصابة بالسرطان): قيمة "ف"=1,68 وقيمة "مستوى الدلالة"=0,190 أكبر من (0,05) ومنه قيمة "ف" غير دالة، وبالتالي لا يؤثر تفاعل (المعتقدات ماوراء المعرفية\*الإصابة بالسرطان) على اضطراب قلق المرض، وبالتالي تحقق الفرض الصفري.

## 5. عرض و تحليل نتيجة الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الجزئية الثالثة على : لا يؤثر تفاعل الجنس و الإصابة بالسرطان على قلق المرض لاختبار هذه الفرضية تمت المعالجة الإحصائية لمتغيرات هذه الفرضية باستخدام "تحليل التباين الثنائي" وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي :

الجدول (30) : يوضح نتائج تحليل التباين حسب متغيري الجنس والإصابة بالسرطان

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	الأساليب الاحصائية المتغيرات
غير دال عند (0,05)	0,263	67,917	1	67,917	الجنس
دال عند (0,05)	6,614	1707,302	1	1707,302	الإصابة بالسرطان
غير دال عند (0,05)	0,116	29,938	1	29,938	الجنس * الإصابة بالسرطان

الجنس: (ذكور/إناث)

الإصابة بالسرطان: (أبناء المصابين بالسرطان، أبناء غير المصابين بالسرطان)

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن:

- بالنسبة للجنس: قيمة "ف" = 0,263 وقيمة "مستوى الدلالة" = 0,60 أكبر من (0,05) ومنه قيمة "ف" غير دالة، أي لا يوجد فرق بين متوسطات الذكور ومتوسطات الإناث وبالتالي لا يؤثر الجنس على اضطراب قلق المرض.
- بالنسبة للإصابة بالسرطان: قيمة "ف" = 6,614 وقيمة "مستوى الدلالة" = 0,01 أقل من (0,05) ومنه قيمة "ف" دالة، أي يوجد فرق بين متوسطات أبناء المصابين بالسرطان ومتوسطات أبناء غير المصابين بالسرطان، وبالتالي تؤثر الإصابة بالسرطان على اضطراب قلق المرض.
- بالنسبة لتفاعل (الجنس \* الإصابة بالسرطان): قيمة "ف" = 0,116 وقيمة "مستوى الدلالة" = 0,73 أكبر من (0,05) ومنه قيمة "ف" غير دالة، وبالتالي لا يؤثر تفاعل (الجنس \* الإصابة بالسرطان) على اضطراب قلق المرض، وبالتالي تحقق الفرض الصفري.

## 6. عرض و تحليل نتيجة الفرضية السادسة:

تنص الفرضية الجزئية الثالثة على : لا يؤثر تفاعل السن و الإصابة بالسرطان على قلق المرض لاختبار هذه الفرضية تمت المعالجة الإحصائية لمتغيرات هذه الفرضية باستخدام "تحليل التباين الثنائي" وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي :

**الجدول (31) : يوضح نتائج تحليل التباين حسب متغيري السن والإصابة بالسرطان**

مستوى الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	الأساليب الاحصائية المتغيرات
غير دال عند (0,05)	0,397	102,119	1	102,119	السن
غير دال عند (0,05)	3,702	951,201	1	951,201	الإصابة بالسرطان
غير دال عند (0,05)	0,900	231,248	1	231,248	السن * الإصابة بالسرطان

السن: فئة (19-34) سنة وفئة (35-50) سنة

الإصابة بالسرطان: (أبناء المصابين بالسرطان، أبناء غير المصابين بالسرطان)

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن:

- بالنسبة للسن: قيمة "ف"=0,3970 وقيمة "مستوى الدلالة"=0,529 أكبر من (0,05) ومنه قيمة "ف" غير دالة، أي لا يوجد فرق بين متوسطات الأفراد ذوي الفئة العمرية (19-34) سنة ومتوسطات الأفراد ذوي الفئة العمرية (35-50) سنة، وبالتالي لا يؤثر السن على اضطراب قلق المرض.
- بالنسبة للإصابة بالسرطان: قيمة "ف"=3,702 وقيمة "مستوى الدلالة"=0,056 أقل من (0,05) ومنه قيمة "ف" دالة، أي لا يوجد فرق بين متوسطات أبناء المصابين بالسرطان و متوسطات أبناء غير المصابين بالسرطان، وبالتالي لا تؤثر الإصابة بالسرطان على اضطراب قلق المرض.
- بالنسبة لتفاعل (السن\*الإصابة بالسرطان): قيمة "ف"=0,900 وقيمة "مستوى الدلالة"=0,344 أكبر من (0,05) ومنه قيمة "ف" غير دالة، وبالتالي لا يؤثر تفاعل (السن\*الإصابة بالسرطان) على اضطراب قلق المرض، وبالتالي تحقق الفرض الصفري.



### خلاصة الفصل :

تم التطرق في هذا الفصل إلى نتائج الفرضية العامة و الفرضيات الجزئية للدراسة من خلال عرضها في جداول و تقديم تحليل لنتيجة كل فرضية، و في الفصل الموالي سيتم تفسير و مناقشة هذه النتائج .

## الفصل السادس :

# مناقشة و تفسير نتائج الدراسة

### تمهيد

1. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الأولى
2. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثانية
3. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثالثة
4. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الرابعة
5. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الخامسة
6. مناقشة و تفسير نتائج الفرضية السادسة

### خلاصة الفصل

## تمهيد

بعدها تم التطرق في الفصل السابق إلى عرض مفصل لمختلف نتائج الدراسة و كذا تحليلها، سيتم في هذا الفصل مناقشة و تفسير نتائج الفرضيات على ضوء ما جاء في الأدب النظري وما توصلت إليه بعض الدراسات السابقة في الموضوع.

## 1. مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الأولى :

تنص الفرضية الأولى على : لا توجد علاقة ارتباطيه دالة بين المعتقدات ماوارء المعرفية و قلق المرض لدى عينة الدراسة.

بعد اختبار العلاقة بين المعتقدات ماوارء المعرفية و قلق المرض باستخدام معامل الارتباط بيرسون اتضح من خلال عرض نتائج الفرضية الأولى، كما في الجدول رقم (26) أن معامل الارتباط بين المعتقدات ماوارء المعرفية و قلق المرض يساوي : "ر" المحسوبة = (0,54) وهي أكبر من "ر" المجدولة = (0,182) عند درجة حرية (168) و مستوى دلالة (0,01)، أي أن هناك علاقة ارتباطيه موجبة ذات دلالة إحصائية بين المعتقدات ماوارء المعرفية و قلق المرض لدى عينة الدراسة، أي كلما زادت درجة المعتقدات ماوارء المعرفية زادت درجة قلق المرض.

وتتفق هذه النتيجة مع العديد من نتائج الدراسات السابقة، التي تؤكد أن العلاقة بين المعتقدات ماوارء المعرفية والاضطراب النفسي، فنجد من الدراسات الأجنبية، دراسة " ويلز، باباجورجيو " Wells & Papageorgiou, 1998 التي أثبتت وجود ارتباط ايجابي بين أبعاد ما وراء المعرفة والنزعة إلى القلق المرضى وأعراض الوسواس القهري (عبد الله محمد عبد الظاهر الخولي، 2014، 353)، و تتفق معها دراسة " مايرز، ويلز " Myers & Wells, 2005 التي أكدت ارتباط المسؤولية المتضخمة بالأعراض الوسواسية بصورة إيجابية، و أنه بغض النظر عن مستوى المسؤولية فقد ارتبطت العوامل ما وراء المعرفية المرتفعة بالأعراض الوسواسية المرتفعة(نفس المرجع السابق، 355). في حين أثبتت دراسة " Bortolon C, and al, 2014 أن المعتقدات ما وراء المعرفة لها تأثير وساطة على العلاقة بين الأفكار الدخيلة والاضطراب الانفعالي في الفصام، واضطراب الوسواس القهري (Bortolon C, and al, 2014). وأكدت دراسة " Kenneth Connelly, 2014 " العلاقة بين المعتقدات ما وراء المعرفية والرهاب الاجتماعي(Kenneth Connelly, 2014).

أما من الدراسات العربية فنجد: دراستين لعبد الله عبد الظاهر الخولي: دراسة في سنة (2008) بعنوان "فاعلية برنامج مبني على استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من ذوي اضطراب الوسواس القهري في ضوء نموذج ويلز وماتثيوس، والتي أثبتت وجود علاقة ارتباطيه دالة بين اضطراب الوسواس القهري وبين ما وراء المعرفة (عبد الله عبد الظاهر الخولي، 2008)، ودراسة في سنة (2014) بعنوان: "استراتيجيات التحكم في الفكر ومعتقدات ما وراء المعرفة كمنبئات بالاكنتاب لدى عينة من المراهقين" أكدت العلاقة بين الاكنتاب والمعتقدات ما وراء المعرفة (Abdallah) (Abdelzاهر, 2014).

أما بالنسبة للدراسات التي تناولت العلاقة بين المعتقدات ما وراء المعرفة وقلق المرض فعلى الرغم من ندرتها وخاصة العربية منها، فقد أشارت أيضا إلى أن المعتقدات ما وراء المعرفة قد ارتبطت مع أعراض قلق الصحة، كما شكلت عامل تنبؤ قوي للقلق حول الصحة، واعتبرتها سببا رئيسيا في أعراض قلق الصحة.

حيث قام كل من " Robin Bailey, Adrian Wells, 2015 " بدراسة بعنوان "المعتقدات ما وراء المعرفة معدلة للعلاقة بين سوء التفسير كارثي وقلق الصحة"، وهدفت الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين سوء التفسير الكارثي، وما وراء المعرفة وقلق الصحة، كما هدفت إلى التأكد مما إذا كان التفاعل بين المعتقدات ما وراء المعرفة وسوء التفسير كارثي يقدم تفسير إضافي للتباين في هذه المعادلة، عند التحكم في المتغيرات الأخرى (أي، العصابية، والتضخيم الحسي الجسدي و سوء التفسير الكارثي)، طبقت الدراسة على (351) طالب من طلاب التمريض، كما استخدم الأدوات التالية: مؤشر وايتلي (Pilowsky 1967) لقياس والقلق الصحة، مقياس التضخيم الحسي الجسدي (SSAS)، استبيان الشخصية العصابية من مقياس Revised- Eysenck، مقياس ما وراء المعرفة استبيان (MCQ 30)، استبيان الإدراك حول الصحة الجسمية (Rief-CABAH)، استبيان سيناريوهات التفسير الصحي (HSIQ). وأظهرت النتائج أن هناك علاقة إيجابية بين ما وراء المعرفة، وسوء التفسير الكارثي، وقلق الصحة، كما أظهر تحليل الاعتدال أن تأثير سوء التفسير الكارثي على قلق الصحة تم تفسيره من خلال التفاعل مع ما وراء المعرفة. وأظهر تحليل الانحدار الهرمي مدى تفاعل التباين المفسر في قلق الصحة عند التحكم في المتغيرات الأخرى (أي، العصابية، والتضخيم الحسي الجسدي وسوء التفسير الكارثي)، وكان متغير ما وراء المعرفة عامل تنبؤ وحيد وقوي لقلق الصحة من سوء التفسير الكارثي. وخلصت الدراسة إلى أن ما

وراء المعرفة تعد عاملا مهما في العلاقة بين سوء التفسير الكارثي و قلق الصحة ( Bailey, R., and Wells, A,2015).

وتتفق معها دراسة " Gabriele Melli and al,2016" التي جاءت بعنوان: دور المعتقدات ما وراء المعرفية في قلق الصحة، وكان الهدف من هذه الدراسة هو استكشاف العلاقة بين المعتقدات ما وراء المعرفة وأعراض قلق الصحة واختبار ما إذا كانت هذه المعتقدات عامل تنبؤ للقلق الصحي بعد التحكم في كل من القلق والاكتئاب وحساسية القلق والمعتقدات المختلفة. حيث طبقت الدراسة على عينة غير سريرية من ايطاليا، تمثلت في(342) مشارك متوسط أعمارهم (37.69) سنة، وكانت نسبة (61.4%) من الإناث ونسبة (59.1%) من الذكور. استخدمت الأدوات التالية : استبيان قلق الصحة، مقياس بيك للاكتئاب، مؤشر حساسية القلق،استبيان الإدراك الصحي، مقياس ما وراء المعرفة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المعتقدات ما وراء المعرفة عن عدم التحكم وتداخل أفكار المرض لها ارتباط قوي مع قلق الصحة بالمقارنة مع المعتقدات المختلفة، كما أشارت نتائج تحليل الانحدار الهرمي المتعدد أن المعتقدات ما وراء المعرفة عن عدم التحكم وتداخل أفكار المرض تنبأت بأعراض قلق الصحة بشكل يفوق المعتقدات المختلفة والاكتئاب، والقلق العام، وحساسية القلق. وعلاوة على ذلك، أشارت نتائج تحليل الاعتدال أن المعتقدات ما وراء المعرفة عن عدم التحكم وتداخل أفكار المرض تعد معدلة للعلاقة بين الحساسية للقلق وقلق الصحة. وبشكل عام، تدعم هذه الدراسة الفرضية القائلة بأن لما وراء المعرفة دورا هاما في قلق الصحة (Gabriele Melli and al,2016).

وبالرجوع إلى نتائج الدراسة الحالية نجد أنها توصلت إلى وجود علاقة دالة بين المعتقدات ما وراء المعرفة واضطراب قلق المرض، حيث يمكن تفسير هذه النتيجة بأن المعتقدات ما وراء المعرفة تملك التأثير الرئيسي على الأسلوب الذي يستجيب به الفرد للأفكار المتعلقة بالصحة والمرض، وهو ما أكدته كل من ويلز وماثيو "Wells & Mathews"، من خلال طرحهما للنموذج لما وراء المعرفي في تفسيره للاضطرابات النفسية. حيث يقوم هذا النموذج في تفسيره للقلق حول الصحة على مبدأ أن قلق الصحة ينجم عن وجود نمط من التفكير الموسع، أي متلازمة الانتباه المعرفية (CAS). التي تتكون من سلاسل من الفكر الكلامي في شكل قلق زائد عن وجود المرض(التفكير الزائد في الصحة)، أي نمط من تركيز الانتباه على التهديد، مثل فحص الجسم بشكل مفرط بحثا عن علامات المرض. واستخدام استراتيجيات المواجهة التي لها تأثيرات سلبية، مثل: البحث بالإنترنت عن الأمراض، أو محاولة وقف التفكير في

المرض، بدلا من وقف المعتقدات ما وراء المعرفة الايجابية والسلبية المرتبطة بقلق الصحة والتي تعمل على استمرار هذه المتلازمة، مما يؤدي إلى الاعتقاد بوجود المرض (Robin Bailey,2015)

واتساقا مع التفسير المعرفي للقلق حول الصحة، يقول "John L. Perri" "أن قلق المرض ينتج من سوء تفسير وظائف ومؤشرات الجسم الطبيعية، مما يزيد من القلق حول الصحة ( John L. Perri,2014)، إلا أن الدراسات الحديثة أثبتت أن عامل سوء التفسير الكارثي لا يمكنه التأثير على القلق حول الصحة إلا من خلال التفاعل مع المعتقدات ما وراء المعرفة وهو ما أكدته دراسة ( Bailey, R., and Wells, A,2015). كما أن التحكم في متلازمة الانتباه المعرفية يتم عن طريق المعتقدات المختلفة عن التفكير، حيث يساهم بعدان متباينان من المعتقدات في هذا النمط . فالبعد الأول هو: المعتقدات ما وراء المعرفة الإيجابية ومن أمثلته " من المفيد أن نركز انتباهنا على التهديد "، " إن القلق بخصوص المستقبل يعنى أنى قادر على تجنب الخطر " . أما البعد الآخر فهو: المعتقدات ما وراء المعرفة السلبية المتعلقة بعدم القدرة على التحكم والخطر، بمعنى أهمية وخطورة الأفكار والخبرات المعرفية، وتتضمن أمثلة هذا البعد من المعتقدات ما وراء المعرفة " ليس لدي أي سيطرة على مخاوفي الصحية"، " يمكن أن يؤدي الانزعاج إلى إصابة عقلي بأذى"، "عدم قدرتي على تذكر الأسماء دليل على وجود ورم في المخ لدي" (Wells,2009) عن (عبد الله عبد الظاهر الخولي،2012)، وعليه يجتمع كل من سوء التوافق في المعرفة والخبرات والاستراتيجيات ما وراء المعرفة في إطار نظرية ما وراء المعرفي لاستثارة أسلوب غير مجدى من التفكير الذي يؤدي إلى نشأة اضطراب قلق المرض واستمراره، لذلك يستهدف العلاج ما وراء المعرفي (MCT) الحد من التفكير الزائد عن الصحة، من خلال المعتقدات ما وراء المعرفة المرتبطة بقلق الصحة (Robin Bailey,2015)

مما سبق يتضح دور المعتقدات ما وراء المعرفة في نشوء الاضطرابات النفسية المختلفة بشكل عام وقلق المرض بشكل خاص، وهو ما يفسر الارتباط بينهما.

## 2. مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الثانية :

تنص الفرضية الثانية على : نتوقع أن تكون نسبة انتشار قلق المرض منخفضة لدى عينة الدراسة من خلال استجاباتهم على مقياس قلق المرض.

ومن خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (27) والشكل رقم (11) تبين المعالجة الإحصائية للبيانات، أن النسب المئوية الخاصة بتوزيع مستويات قلق المرض لدى عينة الدراسة الكلية كانت كالتالي:

- قدرت نسبة الذين لديهم قلق المرض مرتفعا ب: (8,24%).
- قدرت نسبة الذين لديهم قلق المرض متوسطا ب: (38,24%).
- قدرت نسبة الذين لديهم قلق المرض منخفضا ب: (53,53%).

ومن خلال هذه النتيجة نجد أن نسبة أفراد العينة مرتفعي الدرجات على قلق المرض كانت الأقل مقارنة بالمستويين المتوسط والمنخفض، وعلى الرغم من ذلك تعتبر هذه النسبة والتي تشكل (8,24%) مرتفعة بالنظر إلى الدراسات الوبائية للاضطرابات النفسية(وهذا في غياب وجود دراسات تحدد نسبة انتشار قلق المرض حسب معاييرهم المستحدثة في(DSM-5))، حيث تشير هذه النسبة إلى وجود أعراض قلق المرض في صورته المرضية الدالة إكلينيكيًا، في حين تشير نسبة أفراد العينة متوسطي الدرجات على قلق المرض والتي تشكل (38,24%) إلى وجود أعراض قلق المرض في صورته الكامنة، ومنه يمكن اعتبار نسبة انتشار قلق المرض مرتفعة لدى أفراد عينة الدراسة. ويمكن إرجاع هذه النسبة إلى عدة عوامل تعمل على ترسيب وتحفيز نمو قلق المرض، منها:

- انتشار الأمراض الخطيرة خلال السنوات الأخيرة وهذا في غياب علاج شاف ونهائي لهذه الأمراض، مثل: التهاب الكبد الوبائي،أمراض القلب، السرطانات بكل أنواعها، فهذه الأخيرة مثلا تشير الإحصاءات حولها أن هناك 14 مليون حالة جديدة لسنة 2012، في جميع أنحاء العالم (GLOBOCAN,2012). وأن أكثر من 60 % من حالات السرطان الجديدة في العالم تحدث في أفريقيا، وآسيا، وأميركا الوسطى والجنوبية(the National CancerInstitute,2016)، وخاصة أن الجزائر سجلت 37900 حالة سرطان في سنة 2012(GLOBOCAN,2012). وبالرجوع إلى الحدود المكانية للدراسة الحالية وهي مدينة ورقلة، فقد صرح مكتب سجل السرطان بورقلة" Ouargla cancer de Registr" بالإحصائيات عن سنة(2014) كما يلي : (405) حالة سرطان مسجلة وتوزعت بين الجنسين كالتالي: (133) ذكرا و(272) أنثى، وقد تصدر سرطان الثدي لدى النساء أكبر نسبة

انتشار و يليه سرطان عنق الرحم، أما بالنسبة للرجال فنجد أن سرطان الرئة هو الأكثر انتشارا لدى هذه الفئة و يليه سرطان البروستاتا، كما بلغت نسبة الوفيات لسنة (2014) (35) حالة و فوات (مكتب سجل السرطان بورقلة، 2015) عن (وهيبة شرقي، 2015، 15). و عليه فزيادة انتشار هذه الأمراض يؤدي إلى زيادة الخوف و القلق حول هذه الأمراض.

■ اتساع الوعي الطبي بين الناس، حيث أضحت المعلومات المتعلقة بالأمراض سهلة المنال وهذا في ظل تعدد وتنوع مصادرها، مثل الانترنت. ذلك أن "سعي الفرد إلى البحث المتكرر عن المعلومات الطبية المتاحة على شبكة الإنترنت، والتي تكون في كثير الأحيان غامضة أو ذات مصطلحات طبية لا يفهمها الشخص العادي، تؤدي إلى تفاقم المخاوف و القلق بشأن الصحة بدلا من الطمأنينة" (Jean Tignol, 2014)، فحسب شركة "غوغل"، فإن بحثاً واحداً من بين (20) بحث على محرك البحث العملاق الخاص بها يرتبط بمواضيع صدّية" (رضا صوايا، 2015).

■ تركيز وسائل الإعلام سواء الحصص التلفزيونية أو الإذاعية أو المكتوبة على تناول الأمراض، حيث أضحت تسلط الضوء على الأمراض الخطيرة بشكل مكثف و تتناول بشكل مفصل أعراضها و مسبباتها.. مما يؤدي إلى زيادة الخوف من الإصابة بهذه الأمراض و بالتالي ترسب لقلق المرض. حيث يؤكد كل من "إيزيرلنج و ليفيتال" في هذا الصدد على أن " البيئة التي تتضمن مؤشرات و مصادر مختلفة تساعد على تفاقم الخوف من الإصابة بمرض السرطان بين الأفراد، و من هذه المصادر: عيادة الطبيب، و بطاقات المنتجات الاستهلاكية، و تقارير وسائل الإعلام عن وفيات مرضى السرطان" (دلال قويدر، 2008، 54).

من خلال ما سبق نجد أن قلق المرض باعتباره انشغال مفرط بالمرض و الميل إلى الخوف أو الاعتقاد بالإصابة بمرض خطير، قد ينجم من خلال مساهمة العوامل السابقة في تطوير رد فعل سلبي اتجاه الأفكار المتعلقة بالصحة و المرض، من خلال التضخيم الجسدي الناجم عن زيادة اليقظة الناشئة عن القلق في شكل حلقة تؤثر على الفرد و تجعله يخبر و وظائف و مؤشرات الجسم الطبيعية على أنها دليل وجود مرض خطير، مما يؤثر سلباً على حياته بشكل عام سواء على الصعيد المهني أو العاطفي أو الاجتماعي.



## 3. مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الثالثة :

تنص الفرضية الثالثة على : لا توجد فروق دالة في قلق المرض بين أبناء المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان.

بعد المعالجة الإحصائية لمتغيرات هذه الفرضية باستخدام اختبار "ت" " لدلالة الفروق بين المتوسطات، اتضح من خلال عرض نتائج الفرضية الثالثة، كما في الجدول رقم (28) والشكل رقم (12) أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المرض بين أبناء المرضى المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان، حيث تم التوصل إلى أن المتوسط الحسابي بالنسبة لأبناء المصابين بالسرطان "م"=(60,62) و تتحرف القيمة عن المتوسط بدرجة "ع"=(17,40)، أما المتوسط الحسابي بالنسبة لأبناء غير المصابين بالسرطان "م"=(54,18) و تتحرف القيمة عن المتوسط بدرجة "ع"=(14,42)، أما قيمة "ت" المحسوبة=(2,62) أكبر من قيمة "ت" المجدولة=(1,98) عند درجة حرية (168) ومستوى دلالة (0,05)، وعليه فإن الفرق دال دلالة جوهريّة بين درجات أبناء المصابين بالسرطان وأبناء غير المصابين بالسرطان في قلق المرض لصالح أبناء المصابين بالسرطان.

ويمكن تفسير هذه النتيجة، بأن أبناء المصابين بالسرطان لديهم أحد الأبوين مصاب بالسرطان، وهذا يعتبر عامل قوي يدعو للقلق والخوف من الإصابة بهذا المرض، حيث يشير "هولاند وسولين" في هذا الصدد إلى أن الأفراد الذين يعانون من الخوف المرضي من الإصابة بمرض السرطان يتعرضون إلى حالة شديدة من القلق تفسد أداءهم، ويتطور هذا الشكل من الخوف في أعقاب محنة صحية أو في حالة فقد قريب أو صديق أصيب بالسرطان. ويصبح الفرد شديد الحساسية والقلق نحو أي عرض جسمي كان يعاني منه الشخص المصاب خلال فترة مرضه، كما يصبح الفرد ملاحظا وحساسا لأي عرض جسمي يطرأ عليه كان يتجاهله في الماضي(دلال قويدر،2008، 52). كما كشفت الدراسات عن ارتفاع الخوف من السرطان بين النساء وبين الأفراد الذين لديهم تاريخ من الارتباط الشخصي مع ضحايا مرض السرطان، فقد وصف "ريللي" (31) حالة من حالات الخوف المرضي من السرطان من بينها (39%) لديه سجل فقد صديق أو قريب أو جار بسبب الإصابة بالسرطان، كما ظهر تاريخ سابق يرتبط بعلاج مشكلات نفسية أخرى لدى(13)آخرين من المرضى، وكان من بين الأعراض الجسمية التي يتم ردها عن طريق الخطأ إلى إصابة الفرد بالسرطان أعراض ترتبط بشكل عام بالفرع، وانتفاخ البطن، وتقلصات القولون، وصعوبة البلع(نفس المرجع السابق).

كما أن القلق والخوف من الإصابة بمرض خطير كالسرطان، يكون أحيانا سببه موضوعي، كالوراثة. فمن المعروف علميا أن العديد من أمراض السرطان تنتقل وراثيا، فالسرطان ينجم عن خلل في المادة الوراثية الجينية (ADN)، التي تمثل في خلايا الإنسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها، فخلايا جسم الإنسان تتكاثر بشكل منتظم ويطيء، لكن في حالة السرطان يحدث خلل في المادة الوراثية الجينية (ADN)، مما يؤدي إلى تسارع زائد في نموها وانتشارها، وقد دلت الدراسات الحديثة على وجود أساس وراثي في العديد من أنواع السرطان مثل سرطان القولون والثدي، مما يؤكد عوامل الخطورة لدى أفراد العائلة (شيلي تايلور، 2008، 662). كما أظهرت إحدى الدراسات أن وجود حالة إصابة بورم سرطاني في عائلة شخص ما يمكن أن تزيد من احتمال إصابة الشخص بالورم نفسه أو بأي نوع آخر من الأورام السرطانية. حيث توصلت دراسة أجريت على (23) ألف شخص في إيطاليا وسويسرا إلى أنه وبالنسبة لكل نوع من (13) نوعا من الأورام السرطانية، يواجه الأقرباء مخاطر متزايدة للإصابة بنوع المرض نفسه أو بأنواع أخرى من المرض (جامعة الملك سعود، 2013). وعملت دراسة، نشرت في مجلة "تاريخ علم الأورام"، على متابعة 12 ألف مصاب بمرض السرطان ممن تختلف أماكن إصابتهم به في الجسم، وجرى مقارنتهم بـ (11) ألفا آخرين لم يصابوا بالمرض، وعمد الباحثون إلى جمع المعلومات عن تاريخ العائلة مع المرض، خصوصا بين الأقرباء من الدرجة الأولى (ومن يتشاركون ما يقرب من 50 في المئة من الجينات - وهم الآباء أو الإخوة أو الأبناء). وتوصل الباحثون في هذه الدراسة إلى أن الأقرباء من الدرجة الأولى المصابين بسرطان الحنجرة تزداد لديهم الاحتمالية الطبيعية للإصابة بسرطان الفم والحلق بواقع ثلاثة أضعاف، بينما تزداد المخاطر لدى أقارب المصاب بسرطان الفم والحلق بواقع أربعة أضعاف للإصابة بسرطان المريء، كما أن سرطان الثدي يضاعف من خطورة الإصابة بسرطان المبيض لدى السيدات من أفراد العائلة نفسها. وتزداد احتمالية الإصابة بسرطان غدة البروستاتا بواقع ضعف لدى أقارب مصاب بسرطان المثانة من الرجال. وأكدت الدراسة أيضا على بعض المخاطر التي كانت معروفة للإصابة بالمرض، ومن بينها ارتفاع احتمالية أن تصاب السيدات بورم سرطاني في الثدي، إذا ما كان لديهن تاريخ في العائلة بالإصابة بسرطان الأمعاء (نفس المرجع السابق).

من خلال ما سبق، نجد أن ما يتعرض له أبناء المصابين بالسرطان من خبرات سابقة متعلقة بالسرطان، وما يصلون له من بيانات ومعلومات حوله، وما يكونونه من اتجاهات نحو الصحة والمرض، كلها عوامل تساهم بشكل فاعل في رفع مستوى قلق المرض لديهم مقارنة بأبناء غير المصابين بالسرطان.

## 4. مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على : لا يؤثر تفاعل المعتقدات ماوراء المعرفية و الإصابة بالسرطان على قلق المرض.

بعد المعالجة الإحصائية لمتغيرات هذه الفرضية باستخدام اختبار "تحليل التباين الثنائي"، اتضح من خلال عرض نتائج الفرضية الرابعة، كما في الجدول رقم (29)، أنه:

- بالنسبة للمعتقدات ماوراء المعرفية: قيمة "ف" = 36,012 وقيمة "مستوى الدلالة" = 0,00 أقل من (0,01) ومنه قيمة "ف" دالة، أي يوجد فرق بين متوسطات الأفراد ذوي المعتقدات ماوراء المعرفية العادية ومتوسطات الأفراد ذوي المعتقدات ماوراء المعرفية المختلة، وبالتالي تؤثر المعتقدات ماوراء المعرفية على اضطراب قلق المرض.

- بالنسبة للإصابة بالسرطان: قيمة "ف" = 3,159 وقيمة "مستوى الدلالة" = 0,07 أكبر من (0,05) ومنه قيمة "ف" غير دالة، أي لا يوجد فرق بين متوسطات أبناء المصابين بالسرطان و متوسطات أبناء غير المصابين بالسرطان، وبالتالي لا تؤثر الإصابة بالسرطان على اضطراب قلق المرض.

- بالنسبة لتفاعل (المعتقدات ماوراء المعرفية\*الإصابة بالسرطان): قيمة "ف" = 1,68 وقيمة "مستوى الدلالة" = 0,190 أكبر من (0,05) ومنه قيمة "ف" غير دالة، وبالتالي لا يؤثر تفاعل (المعتقدات ماوراء المعرفية\*الإصابة بالسرطان) على اضطراب قلق المرض، وبالتالي تحقق الفرض الصفري.

وتتفق هذه النتيجة من حيث تأثير المعتقدات ماوراء المعرفية على قلق المرض، مع ما جاء به النموذج الما وراء المعرفي لـ ويلز وماثيو "Wells & Mathews" في تفسيره للقلق حول الصحة، كما تتفق مع دراسة (Bailey, R., and Wells, A, 2015)، و دراسة (Gabriele Melli and al, 2016)، التي أكدت على دور المعتقدات ماوراء المعرفية في قلق الصحة.

وبالرجوع إلى نتيجة الدراسة الحالية، نجد أنه على الرغم من إثبات تأثير المعتقدات ماوراء المعرفية على قلق المرض، من خلال وجود فروق متوسطات الأفراد ذوي المعتقدات ماوراء المعرفية العادية ومتوسطات الأفراد ذوي المعتقدات ماوراء المعرفية المختلة، إلا أنه لم تثبت تأثير عامل الإصابة بالسرطان على قلق المرض في هذه الفرضية، ومن ثم تكون النتيجة عدم وجود تأثير لتفاعل (المعتقدات ماوراء المعرفية\*الإصابة بالسرطان) على اضطراب قلق المرض.

### 5. مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الخامسة:

- تنص الفرضية الخامسة على : لا يؤثر تفاعل الجنس و الإصابة بالسرطان على قلق المرض بعد المعالجة الإحصائية لمتغيرات هذه الفرضية باستخدام اختبار "تحليل التباين الثنائي"، اتضح من خلال عرض نتائج الفرضية الخامسة، كما في الجدول رقم (30)، أنه:
- بالنسبة للجنس: قيمة "ف" = 0,263 وقيمة "مستوى الدلالة" = 0,60 أكبر من (0,05) ومنه قيمة "ف" غير دالة، أي لا يوجد فرق بين متوسطات الذكور ومتوسطات الإناث وبالتالي لا يؤثر الجنس على اضطراب قلق المرض.
  - بالنسبة للإصابة بالسرطان: قيمة "ف" = 6,614 وقيمة "مستوى الدلالة" = 0,01 أقل من (0,05) ومنه قيمة "ف" دالة، أي يوجد فرق بين متوسطات أبناء المصابين بالسرطان ومتوسطات أبناء غير المصابين بالسرطان، وبالتالي تؤثر الإصابة بالسرطان على اضطراب قلق المرض.
  - بالنسبة لتفاعل (الجنس\*الإصابة بالسرطان): قيمة "ف" = 0,116 وقيمة "مستوى الدلالة" = 0,73 أكبر من (0,05) ومنه قيمة "ف" غير دالة، وبالتالي لا يؤثر تفاعل (الجنس\*الإصابة بالسرطان) على اضطراب قلق المرض، وبالتالي تحقق الفرض الصفري.
- وتتفق هذه النتيجة من حيث عدم تأثير الجنس على قلق المرض، مع دراسة "أحمد عبد الخالق" التي استهدفت دراسة العلاقة بين الخوف من السرطان وقلق الموت وأسباب الخوف من الموت، والقلق، والعصابية، كما هدفت إلى دراسة الفروق في الخوف من السرطان بين الجنسين. وطبقت الدراسة علة (252) طالبا جامعيا من جامعة الكويت من مختلف التخصصات، منهم (100) طالب و(152) طالبة، أعمارهم بين (18-26) سنة. واستخدمت الدراسة : مقياس الخوف من السرطان، مقياس قلق الموت لتمبلر، ومقياس تقدير الخوف من الموت، مقياس أسباب الخوف من الموت، مقياس جامعة الكويت للقلق، المقياس العاملي للعصابية. وتوصلت الدراسة إلى : وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الخوف من السرطان وقلق الموت وأسباب الخوف من الموت، والقلق، والعصابية، كما توصلت إلى عدم وجود فروق جوهرية في الخوف من السرطان بين الجنسين، حيث حصلت الإناث على متوسط درجات أعلى بصورة طفيفة من نظرائهن من الذكور على مقياس الخوف من السرطان (دلال قويدر، 2008، 23).
- كما يؤكد "Joel E. Dimsdale, MD" أن القلق حول الصحة يحدث بنسب متساوية بين الرجال والنساء (Joel E. Dimsdale, MD, 2013)

وبالرجوع إلى نتيجة الدراسة الحالية، نجد أنه على الرغم من إثبات تأثير عامل الإصابة بالسرطان على قلق المرض، من خلال وجود فروق بين متوسطات أبناء المصابين بالسرطان ومتوسطات أبناء غير المصابين بالسرطان على مقياس قلق المرض، إلا أن تفاعل هذا العامل مع الجنس لم يؤثر على اضطراب قلق المرض، نظرا لعدم تأثير الجنس على قلق المرض في هذه الدراسة.

## 6. مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على : لا يؤثر تفاعل السن و الإصابة بالسرطان على قلق المرض بعد المعالجة الإحصائية لمتغيرات هذه الفرضية باستخدام اختبار "تحليل التباين الثنائي"، اتضح من خلال عرض نتائج الفرضية السادسة، كما في الجدول رقم (31)، أنه:

- بالنسبة للسن: قيمة  $F=0,3970$  وقيمة "مستوى الدلالة"  $=0,529$  أكبر من  $(0,05)$  ومنه قيمة "ف" غير دالة، أي لا يوجد فرق بين متوسطات الأفراد ذوي الفئة العمرية (19-34) سنة ومتوسطات الأفراد ذوي الفئة العمرية (35-50) سنة، وبالتالي لا يؤثر السن على اضطراب قلق المرض.
- بالنسبة للإصابة بالسرطان: قيمة  $F=3,702$  وقيمة "مستوى الدلالة"  $=0,056$  أقل من  $(0,05)$  ومنه قيمة "ف" دالة، أي لا يوجد فرق بين متوسطات أبناء المصابين بالسرطان و متوسطات أبناء غير المصابين بالسرطان، وبالتالي لا تؤثر الإصابة بالسرطان على اضطراب قلق المرض.
- بالنسبة لتفاعل (السن\*الإصابة بالسرطان): قيمة  $F=0,900$  وقيمة "مستوى الدلالة"  $=0,344$  أكبر من  $(0,05)$  ومنه قيمة "ف" غير دالة، بالتالي لا يؤثر تفاعل (السن\*الإصابة بالسرطان) على اضطراب قلق المرض، وبالتالي تحقق الفرض الصفري.

وتختلف هذه النتيجة من حيث عدم تأثير السن على قلق المرض، مع جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5)، الذي بين أن قلق المرض غالبا ما يبدأ في مرحلة البلوغ المتوسطة، وأنه يزيد مع التقدم في السن (APA,2013, 316)، ويمكن تفسير هذه النتيجة في أن غالب الأفراد اليوم يدركون من خلال ما تشير إليه الإحصاءات وما يصرح به المختصين من أطباء ..أو مما يقدم في الإعلام، من أن الأمراض الخطيرة أضحت تصيب الصغار والكبار في السن حتى وان اختلفت نسب الإصابة بها. وفي هذا الصدد يؤكد كمال بوزيد رئيس مصلحة الأورام السرطانية "بيار ماري كوري" بمستشفى مصطفى باشا بالعاصمة، أن الجزائر تسجل سنويا 44 ألف حالة إصابة جديدة للأورام

السرطانية، و1500 حالة جديدة لدى الأطفال، 10 آلاف حالة جديدة لسرطان الثدي و3 آلاف حالة سرطان أمعاء عند النساء، و2000 حالة سنويا لسرطان عنق الرحم، أما فيما يخص السرطان عند الرجال فيأتي سرطان الرئة في المقدمة بتسجيل 4 آلاف حالة جديدة سنويا، ويليه سرطان الأمعاء بـ3500 حالة سنويا، وتسجل الجزائر سنويا 3 آلاف حالة سرطان البروستات (هيرة مجراب، 2014). وبالتالي يصبح الخوف والقلق تجاه الأمراض لا يختلف عند الشباب منه عن الكبار في السن.

وبالرجوع إلى نتيجة الدراسة الحالية، نجد أنه بالإضافة إلى عدم إثبات تأثير السن على قلق المرض، فإن الأمر كذلك بالنسبة لتأثير عامل الإصابة بالسرطان على قلق المرض في هذه الفرضية، ومن ثم تكون النتيجة عدم وجود تأثير لتفاعل (السن\*الإصابة بالسرطان) على اضطراب قلق المرض.

#### خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى تفسير ومناقشة نتائج الدراسة، حيث أنه لم تتحقق كل من الفرضية الأولى والثانية والثالثة، في حين تحققت الفرضية الرابعة والخامسة والسادسة، وتم تفسير ومناقشة هذه النتائج من خلال ما جاء في الأدب النظري وما توصلت إليه بعض الدراسات السابقة في الموضوع، ومن خلال الواقع.

## خلاصة الدراسة :

إن الهدف من هذه الدراسة هو معرفة العلاقة بين المعتقدات ماوارء المعرفية و قلق المرض لدى عينة من أبناء المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان بمدينة ورقلة، ومعرفة نسبة انتشار قلق المرض لدى هذه العينة، والفروق بين أفراد العينة في قلق المرض، بالإضافة إلى التعرف على مدى تأثير تفاعل كل من (المعتقدات ماوارء المعرفية و الإصابة بالسرطان)، (الجنس و الإصابة بالسرطان)، (السن و الإصابة بالسرطان) على قلق المرض، ومن خلال عرض النتائج و مناقشة و تفسير الفرضيات فقد تبين ما يلي:

- ❖ عدم تحقق الفرضية الأولى، حيث اتضح وجود علاقة ارتباطيه دالة بين المعتقدات ماوارء المعرفية و قلق المرض لدى عينة الدراسة، وذلك من خلال نتائج التحليل الإحصائي لمعامل الارتباط، و قد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج معظم الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين المعتقدات ماوارء المعرفية والاضطراب النفسي، كما اتفقت مع ما جاء في التراث النظري من آراء رواد النظرية ماوارء المعرفية أمثال (Bailey, R., and Wells, A).
- ❖ عدم تحقق الفرضية الثانية، حيث اتضح ارتفاع نسبة انتشار قلق المرض لدى عينة الدراسة من خلال استجاباتهم على مقياس قلق المرض، حيث بلغت نسبة الذين لديهم قلق المرض مرتفعا (24,08%)، ونسبة الذين لديهم قلق المرض متوسطا (38,24%) من عينة الدراسة.
- ❖ عدم تحقق الفرضية الثالثة، حيث اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قلق المرض بين أبناء المصابين بالسرطان و أبناء غير المصابين بالسرطان، لصالح أبناء المصابين بالسرطان، والذي يبين أهمية معايشة الفرد لخبرة إصابة أحد الأبوين بالسرطان، وبالتالي يعد عامل مهم يرسب لقلق المرض.
- ❖ تحقق الفرضية الرابعة، التي تقر بعدم وجود تأثير لتفاعل المعتقدات ماوارء المعرفية و الإصابة بالسرطان على قلق المرض.
- ❖ تحقق الفرضية الخامسة، التي تقر بعدم وجود تأثير لتفاعل الجنس و الإصابة بالسرطان على قلق المرض.
- ❖ تحقق الفرضية السادسة، التي تقر بعدم وجود تأثير لتفاعل السن و الإصابة بالسرطان على قلق المرض.

## التوصيات :

انطلاقاً من النتائج التي تم التوصل إليها، يمكن اعتبار هذه الدراسة كبدائية لدراسات أخرى مدعمة  
نقترح منها، مايلي :

- ✓ تصميم برنامج علاجي علاجي ماوراء معرفي لاضطراب قلق المرض.
- ✓ مقارنة العلاج المعرفي و العلاج ماوراء المعرفي لاضطراب قلق المرض
- ✓ دراسة العلاقة بين استراتيجيات التحكم ماوراء المعرفية و اضطراب قلق المرض.
- ✓ دراسة العلاقة بين المعتقدات ماوراء المعرفية و اضطراب الهلع.
- ✓ دراسة العلاقة بين المعتقدات ماوراء المعرفية والقلق العام.
- ✓ دراسة العلاقة بين المعتقدات ماوراء المعرفية واضطراب العرض الجسدي .
- ✓ دراسة العلاقة المعتقدات ماوراء المعرفية واضطراب الاكتئاب



# قائمة المراجع

### المراجع باللغة العربية:

#### الكتب:

1. آرون بيك (2000) : العلاج المعرفي و الاضطرابات الانفعالية، ط1، ترجمة عادل مصطفى حسان يعقوب، دار النهضة العربية، بيروت .
2. الجمعية الأمريكية للطب العقلي (APA) (2001): الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM IV)، ترجمة أمينة السماك، عادل مصطفى، مكتبة المزار الإسلامية، الكويت .
3. أنور الحمادي(2015): خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM5، ط1، دار العربية للعلوم ناشرون، بيروت.
4. آن كريغ وآخرون(2016): علم النفس المرضي استنادا على الدليل التشخيصي الخامس، ترجمة أمثال هادي الحويله وآخرون، ط2، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
5. بشير معمريه (2012): أساسيات القياس النفسي و تصميم أدواته، (د.ط)، دار الخلدونية للنشر و التوزيع، الجزائر.
6. دايفيد ه.بارلو وآخرون(2015): مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي، ترجمة: صفوت فرج وآخرون، ط2، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
7. رافع نصير الزغول، عماد عبد الرحيم الزغول (2003): علم النفس المعرفي، ط 1 ، دار المسيرة، عمان.
8. شيلي تايلور (2008) : علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك، فوزي شاکر داود، ط1، دار الحامد، عمان .
9. صلاح مراد، فوزية هادي (2002) : طرائق البحث العلمي تصميماتها و إجراءاتها، (د.ط)، دار الكتاب الحديث، الكويت .
10. ظاهر الكلالدة ، وجوده كلظم (1997): أساليب البحث العلمي، (د.ط)، زهران للنشر، عمان.
11. محي الدين مختار (د.س) : محاضرات في علم النفس الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
12. عادل عبد الله محمد (2000): العلاج المعرفي السلوكي "أسس وتطبيقات"، دار الرشاد، القاهرة.

13. عبد الحفيظ مقدم (2003): الإحصاء و القياس النفسي و التربوي مع نماذج من المقاييس و الاختبارات، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر.
14. عدنان العتوم (2004): علم النفس المعرفي بين النظرية والتطبيق، (د.ط)، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
15. عبد الرحمان الوافي (2007) : مدخل إلى علم النفس، ط2، دار هومة للنشر و التوزيع، الجزائر .
16. عبد الهادي فخري (2010) : علم النفس المعرفي، ط1، دار أسامة للنشر و التوزيع، عمان.
17. عبد الله عبد الظاهر الخولي(2014): برامج علاجية للوساوس والأفعال القهرية (رؤية تجديدية في ضوء استراتيجيات العلاج ماوراء المعرفي)، مصر .
18. فتحي مصطفى الزيات(1996): سيكولوجية التعلم بين المنظور الارتباطي والمنظور المعرفي، ط1، دار النشر للجامعات ، القاهرة.
19. فتحي عبد الرحمن جروان: (2002). تعليم التفكير مفاهيم وتطبيقات، ط5، دار الفكر، عمان.
20. فاطمة عوض صابر، ميرفت علي خفاجة (2002) : أسس و مبادئ البحث العلمي، ط1، مكتبة الإشعاع الفنية، الإسكندرية.
21. محمد عبيدات وزملاؤه (1999) : منهجية البحث العلمي القواعد و المراحل و التطبيقات، ط2، دار وائل للنشر و الطباعة، عمان .
22. مروان عبد المجيد إبراهيم (2000) : أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، ط1، مؤسسة الوراق، عمان.
23. ناصر المحارب(2000): المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي، ط1، دار الزهراء، الرياض.

### رسائل الماجستير والدكتوراه:

24. دلال قويدر(2008): الخوف من سرطان الدم وعلاقته بالصدمة النفسية، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة دمشق.
25. وهيبه شرقي(2015): لاضطرابات النفسعصبية وعلاقتها بكل من الاكتئاب والتدين لدى مرضى- دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف ورقلة، مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي غير منشورة، تخصص: علم النفس العيادي، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

### المجلات . البحوث والمقالات:

26. عبد الناصر الجراح، علاء الدين عبيدات(2011): مستوى التفكير ما وراء المعرفي لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك في ضوء بعض المتغيرات، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 7 ، عدد 2 ، 2011، 145- 162.
27. فريدة قماز(2011): التفكير الما وراء معرفي و تفسير السلوك المرضي، دراسات نفسية و تربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية و التربوية، عدد 6، جوان 2011، 211-249.
28. محمد عبد الحليم حسب الله (2005): فاعلية برنامج مقترح قائم على استراتيجيات ما وراء المعرفة في تنمية مهارات تدريس حل المشكلات الرياضية لدى الطالبات المعلمات بكلية المعلمين بالبيضاء، مجلة كلية التربية بدمياط ، مصر .
29. محمد عبد الظاهر الخولي،(2008)، فاعلية برنامج مبني على استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من ذوي اضطراب الوسواس القهري من طلاب كلية التربية بالفرقة الثالثة في ضوء نموذج ويلز وماتثيوس، 18/04/2016، 21:45، <https://www.w.academia.edu/>

### المواقع الالكترونية:

30. أحمد الحكمي(2010): نظرية ما وراء المعرفة، 2016/05/05، 20:23، <http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=3117>
31. أمينة منصور الحطاب(2011): تنمية التفكير ما وراء المعرفي لدى الطلبة، 2016/05/13، 11:20، <http://www.alrai.com/article/8983.html>
32. جامعة الملك سعود(2013):اكتشاف علاقة بين الإصابة بالسرطان والقرابة العائلية، 2016، 22:06/03/02، <http://faculty.ksu.edu.sa/5030/news2/Pages/article،2016،22:06/03/02> 580.aspx
33. رضا صوايا(2015):الانترنت بديلاً عن الطبيب؟، 2016/04/15، 18:22، <http://www.al-akhbar.com/node/229068>

34. رمى الحموي(2015): العلاج الما وراء معرفي: ما هو؟، 2016/04/18، 23:02،  
<http://www.syr-res.com/article/4928.html>
35. رياض العاسمي(2016): العلاج القائم على ما وراء المعرفة، 2016/02/27، 21:45،  
<http://www.skygatesc.com/vb/showthread.php?t=3942>
36. زهيرة مجراب (2014): 250 جزائري يصابون بالسرطان يوميا، 2016/05/01، 20:05،  
<http://www.echoroukonline.com/ara/mobile/articles/219112.html>
37. نعمات عبد المجيد، سهى بدوى محم(د.س): النظرية المعرفية، 2016، 12:05/05/6،  
<http://www.ckfu.org/vb/attachment.php?attachmentid=87602&d=135507372>
- 3  
38. عبد الله عبد الظاهر الخولي(2012): استراتيجيات التحكم في الفكر ومعتقدات  
ما وراء المعرفة كمنبئات بالاكتئاب لدى عينة من المراهقين، 2016/05/05،  
<https://faculty.psau.edu.sa/am.khalil/ar/research/rs0000002043>، 17:53
39. عبدالله عبدالظاهر الخولي(2012): اضطراب الوسواس القهري وما وراء المعرفة، 2016/02/17،  
<http://www.maganin.com/Content.asp?ContentID=21016>، 20:24
40. عبد الله السباعي(2016): اضطراب قلق الأمراض، 2016/05/10، 18:15،  
<http://www.alnafsy.com/articles/9/1220>،
41. وائل أبو هندي(2014): العلاج ما وراء المعرفي، 2015/10/18، 20:13،  
<http://www.maganin.com/content.asp?contentid=21024>
42. وائل أبو هندي(2015): العلاج المعرفي السلوكي ع.م.س لوسواس المرض مقدمة،  
<http://maganin.com/content.asp?ContentId=20156>، 19:43، 2016/02/17
43. وائل أبو هندي (2015): ع.م.س لوسواس المرض المتصل المعرفي السلوكي، 2016/02/17،  
<http://maganin.com/content.asp?ContentId=20157>، 19:48
44. وائل أبو هندي (2015): ع.م.س لوسواس المرض من الصياغة للعلاج، 2016/02/17،  
<http://www.maganin.com/content.asp?contentid=20158>، 19:51
45. وائل أبو هندي (2015): ع.م.س لوسواس المرض فنيات العلاج1، 2016/02/17، 19:57،  
<http://maganin.com/content.asp?ContentId=20196>

46. وائل أبو هندي (2015): ع.م.س لوسواس المرض فنيات العلاج 2، 2016/02/17، 20:04،  
<http://maganin.com/content.asp?ContentId=20205>

### المراجع باللغة الأجنبية:

#### الكتب :

47. APA (2013) : American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

#### رسائل الماجستير والدكتوراه:

48. Morgiane Bridou (2012) : ETUDE DES PRINCIPAUX FREINS ET LEVIERS PSYCHOLOGIQUES ENVERS L'EXAMEN DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL Le rôle particulier de l'anxiété envers la santé dans l'adoption de cette démarche, THÈSE pour obtenir le grade de Docteur, Discipline/ Spécialité : Psychologie, de l'université François - Rabelais de Tours, France.

#### المجلات . البحوث والمقالات: المقالات:

49. Adrian Wells (2006): Paul Kingb, Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 37,206-21,  
<http://www.brown.uk.com/brownlibrary/wells.pdf>
50. Abdallah Mohamed Abdelzaher(2014): Thought control strategies and meta-cognitive beliefs as predictors of Depression in a sample of adolescents, Journal of Faculty of education , Vol.30, No.2, April.2014 , PP1-73, [http://www.aun.edu.eg/reserches\\_files/15399.pdf](http://www.aun.edu.eg/reserches_files/15399.pdf)

51. Bortolon C, and al(2014): Further insight into the role of metacognitive beliefs in schizophrenia and OCD patients: testing a mediation model,doi: 10.1016/j.psychres.2014.07.081. Epub 2014 Aug 9, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25150921>.
52. Bailey, R., and Wells, A. (2015):,Metacognitive Beliefs Moderate the Relationship between Catastrophic Misinterpretation and Health Anxiety, Journal of Anxiety Disorders, <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.05.005>
53. Gabriele Melli and al(2016):The role of metacognitive beliefs in health anxiety, Science Direct DOI: 10.1016/j.paid.2015.10.006, [https://www.researchgate.net/publication/283080170\\_The\\_role\\_of\\_metacognitive\\_beliefs\\_in\\_health\\_anxiety](https://www.researchgate.net/publication/283080170_The_role_of_metacognitive_beliefs_in_health_anxiety)
54. Jean Tignol(2014) : « 18. Hypochondrie ou anxiété pour la santé », in Jean-Philippe Boulenger et al., Les troubles anxieux, Lavoisier «Psychiatrie»,<http://www.cairn.info/les-troubles-anxieux—9782257204080-page-191.htm>
55. Kenneth Connelly(2014): The Role of Metacognition within Social Anxiety Disorder, the UCLan Journal of Undergraduate Research Volume 7 Issue 2,02/05/2016,12:16, <http://bcu.org/journals/index.php/Diffusion/article/viewFile/13/12>.
56. Simon, Von Korff,.Piccinelli, et al.(1999:.,An international study of the relation between somatic symptoms and depression. New England Journal of Médecine,341, 1329-1335.

### الأيام الدراسية:

57. Zatout Ramdane.et Belaacel Amel.(2012).Bilan d'activité du centre anti-cancer d'Ouargla,communication orale. Journée internationale du cancer 2012.

### المواقع الالكترونية:

58. GLOBOCAN .(2012). Global Cancer Statistics,22/04/2016,14:23,  
<http://globocan.iarc.fr>.
59. Joel E. Dimsdale, MD(2013): Illness Anxiety Disorder,16/04/2016,13:45,  
<https://www.merckmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/somatic-symptom-and-related-disorders/illness-anxiety-disorder>.
60. John L. Perri(2014): Illness anxiety disorder,16/04/2016,13:00,  
<http://www.britannica.com/science/illness-anxiety-disorder>.
61. Mayo Foundation for Medical Education and Research(2016): DSM-5 redefines hypochondriasis, 11/04/2016, 10:27  
<http://www.mayoclinic.org/medical-professionals/clinical-updates/psychiatry-psychology/diagnostic-statistical-manual-mental-disorders-redefines-hypochondriasis>.
62. the National Cancer Institute(2016): Cancer Statistics,22/04/2016,12:48,  
<http://www.cancer.gov/about-cancer/what-is-cancer/statistics>
63. Wells Adrian(2012): METACOGNITIVE THERAPY (MCT),05/05/2016.  
18:55.<http://www.stateofmind.it/2012/05/adrian-wells-metacognitive-therapy/>.



الملاحق

## الملحق (01):

### مقياس ما وراء المعرفة (MCS-30) Meta-Cognition Scale

لـ (Wells & Cartwright-Hatton, 1997)، ترجمة وتقتين عبد الله محمد عبد الظاهر الخولي

الاسم : ..... : السن : .....  
الجنس : .....

#### تعليمية التطبيق:

يهتم هذا المقياس بمعتقدات الأفراد بشأن تفكيرهم، وفيما يلي قائمة بعدد من المعتقدات الشائعة بين عدد كبير من الناس. برجاء قراءة كل عبارة بعناية ثم حدد مقدار اتفاقك معها، وذلك بوضع علامة (X) أمام الاستجابة التي تتفق معك من الاستجابات الأربعة التالية وهي: " دائما، كثيرا، قليلا، أبدا ". علما بأنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة وأن الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن رأيك تعريدا صادقا وحقيقيا، عليك ألا تفكر كثيرا أثناء الإجابة بل سجل الاستجابة وفقا للانطباع الأول الذي يقع في نفسك.

الرقم	العبارات	دائما	كثيرا	قليلا	أبدا
01	يساعدني القلق على تجنب المشكلات في المستقبل				
02	يمثل قلقي خطورة بالنسبة لي				
03	أفكر كثيرا بشأن أفكار				
04	يمكن أن أتسبب لنفسني بالمرض بسبب قلقي				
05	أنا على وعي بالطريقة التي يعمل بها عقلي عندما أفكر في إحدى المشكلات				

**ملاحظة:** لم يتم عرض كامل المقياس وذلك نظرا لعدم أخذ إذن نشره من مؤلفه، وبالتالي حفاظا على حقوق المؤلف، وتقاديا للمتابعة القانونية التي يمكن أن تتجر على نشره دون إذن من صاحبه، لم نلحق المقياس بهذه المذكرة .

## الملحق (02):

استمارة تحكيم مقياس قلق المرض  
جامعة قاصدي مريـاح - ورقلة -  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم التربية

السنة الجامعية: 2015/2016

الطالبة : قزیز زولیکة

### استمارة التحكيم

الاسم واللقب :

الدرجة العلمية :

التخصص :

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ..

في إطار التحضير لإنجاز رسالة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي تحت عنوان :

" المعتقدات ماوارء المعرفية وعلاقتها بقلق "

(دراسة مقارنة لعينة من أبناء المصابين بالسرطان و أبناء

غير المصابين بالسرطان بمدينة ورقلة)

نضع بين أيديكم هذا الاستبيان والذي يهدف إلى قياس قلق المرض لدى عينة من الراشدين فنرجوا منكم أن تقوموا هذه الأداة وتعديلها والمطلوب يتمثل في تحديد :

- مدى ملائمة البدائل للبنود .

- مدى ملائمة التعليمات.

- مدى ملائمة المثال.

- مدى ملائمة البنود للأبعاد ووضوح الصياغة اللغوية.

- مدى قياس البنود لما وضعت لقياسه .

يعد هذا الاستبيان محاولة من الطالبة لبناء أداة تقيس "قلق المرض" وهو اضطراب أضيف حديثا في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، وفي حدود علم الطالبة لا يوجد مقياس خاص بهذا الاضطراب، وعليه تم وضع بنود هذا الاستبيان تحت إشراف الأستاذ المشرف، بعد الاطلاع على الأدب النظري المتاح و المعايير الخاصة بتشخيص هذا الاضطراب وفق (DSM-5) والاطلاع على بعض الأدوات التي تقيس بعض أعراض هذا الاضطراب مثل:

▪ مؤشر واينلي Le whiteley index : وهو أداة تستخدم لقياس قلق الصحة وتوهم المرض

▪ استبيان القلق نحو الصحة QUESTIONNAIRE D'ANXIETE ENVERS LA SANTE ↓

Morgiane BRIDOU : وهو استبيان يقيس القلق نحو الصحة

▪ مقياس توهم المرض في اختبار منيسوتا(اختبار الشخصية المتعددة MMPII )

## ➤ التعريف الإجرائي:

**اضطراب قلق المرض:** هو خوف زائد لدى الشخص حول الإصابة بمرض خطير وانشغاله بصحته بشكل مفرط وتفسيراته غير الواقعية لأعراض جسدية غير موجودتوا إذا كانت موجودة فهي خفيفة ولا تتناسب مع درجة انشغاله المفرط، والذي يظهر من خلال قيام الشخص بسلوكيات مرتبطة بالصحة بشكل مفرط كأن يتفقد جسمه بشكل متكرر بحثا عن علامات المرض وقد يصاحب هذا الاضطراب كثرة التردد على الأطباء وإجراء الفحوص الطبية، كما قد يتجنب ذلك بالمرّة، وتتمثل في ثلاثة أبعاد هي

**الانشغال حول الصحة:** ويقاس هذا البعد درجة انشغال الفرد بصحته

**الخوف من المرض:** ويقاس هذا البعد مستوى الخوف من الإصابة بالمرض

**سلوكيات البحث عن الأمان:** ويقاس هذا البعد السلوك الذي يبديه الفرد للاطمئنان على صحته من خلال إجراءات مبالغ فيها يقوم بها الفرد عندما يخبر أعراضا جسدية معينة أو يقوم بها احتياطا من أجل الوقاية ولتجنب الإصابة بالمرض، كما يظهر من خلال المبالغة في البحث عن الرعاية الطبية أو تجنبها بالمرّة.

ويتحدد قلق المرض في هذه الدراسة من خلال الدرجة الكلية التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة على

استبيان قلق المرض المصمم من قبل الطالبة.

\* جدول خاص بمدى ملائمة بدائل الأجوبة :

البديل	غير ملائمة	ملائمة	البدائل
			إطلاقا
			نادرا
			أحيانا
			دائما

\* جدول خاص بمدى ملائمة التعليم : :

الملاحظة	غير ملائمة	ملائمة	التعليمية
			بعد التحية و السلام ... بين يديك قائمة تحتوي على مجموعة من العبارات من فضلك اقرأها جيدا و تفهم معناها، ثم قم بوضع علامة ( X ) في الخانة التي تعبر عنك بصدق خلال الأشهر (06) السته الماضية، مع ملاحظة أنه لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة . أرجوا التكرم بالإجابة على جميع العبارات دون استثناء بكل صراحة وصدق، علما أن المعلومات التي ستدلي بها ستخضع للسرية التامة ولن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

\* مدى ملائمة المثال :

دوما	أحيانا	نادرا	إطلاقا	العبارة
		X		أفكر دائما في صحتي

ملاحظة : .....

\* جدول يوضح مدى ملائمة بنود المقياس ووضوح الصياغة اللغوية :

التعديل المقترح	مدى وضوح الصياغة اللغوية		مدى ملائمة البند لما يقيسه		البند	البيد
	واضح	غير واضح	لا يقيس	يقيس		
					(1) أشعر بالقلق بشأن صحتي	الانشغال حول الصحة
					(2) تشغلني فكرة إمكانية إصابتي بمرض خطير في المستقبل	
					(3) عندما أشعر بإحساس جسدي غير مريح، أجد صعوبة في التفكير في شيء آخر	
					(4) أشعر بتطور مرض خطير لدي	
					(5) أقلق عندما أحس بإحساس جسدي غير مريح	
					(6) أجد صعوبة في طرد الأفكار التي تراودني عن صحتي	
					(7) عندما اسمع حديث عن مرض خطير، أنشغل بالاهتمام بصحتي	
					(8) عندما اسمع عن وفاة شخص أعرفه عانى من مرض خطير، أميل للانشغال أكثر بصحتي	
					(9) عندما أقرأ أو أسمع شيئاً حول موضوع مرض في التلفزيون أو الراديو، ينتابني الشك بأنني مصاب بهذا المرض	
					(10) عائلتي وأصدقائي يقولون أنني مصاب بوسواس حول صحتي	
					(11) يرعبني التفكير أو الحديث عن الأمراض الخطيرة	الخوف من المرض
					(12) عندما أشعر بإحساس جسدي غير مريح، ينتابني شك في أنه نتيجة مرض خطير	
					(13) أصاب بالفزع عندما أشعر بإحساس جسدي غير معتاد	
					(14) أجد صعوبة في مقاومة أفكار حول المرض	
					(15) أصاب بالأرق عندما أشعر بأحاسيس	

					جسدية غير طبيعية	سلوكيات البحث عن الأمان
					16)لدي رعب من الإصابة بمرض خطير	
					17)تخيفني شكاوى الآخرين من أمراضهم و عللهم	
					18)ينتابني خوف شديد لمجرد التفكير بإمكانية إصابتي بالمرض	
					19)أتفحص جسدي باستمرار بحثا عن علامات المرض	
					20)ألاحظ باستمرار أي تغيرات أو أحاسيس جسدية طارئة	
					21)عندما أشعر بأحاسيس جسدية غير مريحة، أتوجه إلى سؤال من حولي (العائلة والأصدقاء) عن ذلك	
					22)اهتم بمعرفة أعراض الأمراض من خلال وسائل الإعلام لأرى ما إذا كنت مصاب بإحداها	
					23)أزور عدة أطباء لأطمئن على حالتي الصحية	
					24)بمجرد شعوري بأحاسيس جسدية غير مريحة أتوجه للطبيب	
					25)أجري فحوصات طبية باستمرار حتى أطمأن على صحتي	
					26)نادرا ما أزور الطبيب	
					27)أتجنب مواعيد الطبيب والمستشفيات	
					28)أكره القيام بالفحوص الطبية (التحاليل،الأشعة..)	
					29)أتجنب الحديث والنقاش حول الأمراض	

### الملحق (03):

#### قائمة المحكمين لمقياس قلق المرض

الرقم	اللقب والاسم	الدرجة العلمية	التخصص	مكان العمل
01	الطاوس وازي	أستاذ محاضر "ب"	علم النفس الاجتماعي	جامعة ورقلة
02	بن مجاهد فاطمة الزهراء	أستاذ محاضر "أ"	علم النفس العيادي	جامعة ورقلة
03	طالب حنان	أستاذ محاضر "أ"	علم النفس العيادي	جامعة ورقلة
04	خالد بو عافية	أستاذ محاضر "أ"	علم النفس العصبي	جامعة ورقلة
05	حمودة سليمة	أستاذ محاضر "أ"	علم النفس المرضي الاجتماعي	جامعة ورقلة



## الملحق (04):

مقياس قلق المرض في صورته الأولية

جامعة قاصدي مرياح - ورقة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

التعليمية :

بعد التحية و السلام ...

بين يديك قائمة تحتوي على مجموعة من العبارات من فضلك اقرأها جيدا و تفهم معناها، ثم قم بوضع علامة ( X ) في الخانة التي تعبر عنك بصدق خلال الأشهر (06) الستة الماضية، مع ملاحظة أنه لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة .

أرجوا التكرم بالإجابة على جميع العبارات دون استثناء بكل صراحة وصدق، علما أن المعلومات التي ستدلي بها ستخضع للسرية التامة ولن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

مثال ذلك :

دوما	أحيانا	نادرا	إطلاقا	العبرة
		X		أفكر دائما في صحتي

البيانات الشخصية :

- الجنس :  ذكر  أنثى

- السن :  سنة

- هل عانيت خلال الأشهر (06) الستة الماضية من أعراض جسدية متكررة استدعت تدخلا

طبيا عاجلا

نعم - حدد هل هذه الأعراض الجسدية :  خفيفة  متوسطة  شديدة

لا

- هل أصيب أحد والديك بمرض السرطان:  نعم - حدد :  الأب  الأم

لا

برجاء الإجابة على جميع العبارات وشكرا لتعاونكم

الرقم	العبارة	إطلاقا	نادرا	أحيانا	دائما
01	أشعر بالقلق بشأن صحتي				
02	يرعبني التفكير أو الحديث عن الأراض الطيرة				
03	أتفحص جسدي باستمرار بحثا عن علامات المرض				
04	تشغلني فكرة إمكانية إصابتي بمرض خطير في المستقبل				
05	عندما أشعر بإحساس جسدي غير مريح، ينتابني شك في أنه نتيجة مرض خطير				
06	ألاحظ باستمرار أي تغيرات أو أحاسيس جسدية طارئة				
07	عندما أشعر بإحساس جسدي غير مريح، أجد صعوبة في التفكير في شيء آخر				
08	أصاب بالفزع عندما أشعر بإحساس جسدي غير معتاد				
09	عندما أشعر بأحاسيس جسدية غير مريحة، أتوجه إلى سؤال من حولي (العائلة والأصدقاء) عن ذلك				
10	أشعر بتطور مرض خطير لدي				
11	أجد صعوبة في مقاومة أفكار حول المرض				
12	اهتم بمعرفة أعراض الأمراض من خلال وسائل الإعلام لأرى ما إذا كنت مصاب بإحداها				
13	أقلق عندما أحس بإحساس جسدي غير مريح				
14	أصاب بالأرق عندما أشعر بأحاسيس جسدية غير طبيعية				
15	أزور عدة أطباء لأطمئن على حالتي الصحية				
16	أجد صعوبة في طرد الأفكار التي تراودني عن صحتي				
17	لدي رعب من الإصابة بمرض خطير				
18	بمجرد شعوري بأحاسيس جسدية غير مريحة أتوجه للطبيب				
19	عندما اسمع حديث عن مرض خطير، أنشغل بالاهتمام بصحتي				
20	تخيفني شكاوى الآخرين من أمراضهم وعللهم				
21	أجري فحوصات طبية باستمرار حتى أطمأن على صحتي				
22	عندما اسمع عن وفاة شخص أعرفه عانى من مرض خطير، أميل للانشغال أكثر بصحتي				
23	ينتابني خوف شديد لمجرد التفكير بإمكانية إصابتي بالمرض				
24	نادرا ما أزور الطبيب				
25	عندما أقرأ أو أسمع شيئا حول موضوع مرض في التلفزيون أو الراديو، ينتابني الشك بأنني مصاب بهذا المرض				
26	أتجنب مواعيد الطبيب والمستشفيات				
27	عائلتي وأصدقائي يقولون أنني مصاب بوسواس حول صحتي				
28	أكره القيام بالفحوصات الطبية (التحاليل، الأشعة..)				
29	أتجنب الحديث والنقاش حول الأمراض				

## الملحق (05):

مقياس قلق المرض في صورته النهائية

جامعة قاصدي مرباح - ورقة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

### التعليمة :

بعد التحية و السلام ...

يبين يديك قائمة تحتوي على مجموعة من العبارات من فضلك اقرأها جيدا و تفهم معناها، ثم قم بوضع علامة ( X ) في الخانة التي تعبر عنك بصدق خلال الأشهر (06) السنة الماضية، مع ملاحظة أنه لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة .

أرجوا التكرم بالإجابة على جميع العبارات دون استثناء بكل صراحة وصدق، علما أن المعلومات التي ستدلي بها ستخضع للسرية التامة ولن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

### مثال ذلك :

العبارة	إطلاقا	نادرا	أحيانا	دوما
أفكر دائما في صحي		X		

### البيانات الشخصية :

- الجنس :  ذكر  أنثى

- السن :  سنة

- هل عانيت خلال الأشهر (06) السنة الماضية من أعراض جسدية متكررة استدعت تدخلا طبيا عاجلا

نعم - حدد هل هذه الأعراض الجسدية :  خفيفة  متوسطة  شديدة

لا

- هل أصيب أحد والديك بمرض السرطان:

نعم - حدد :  الأب  الأم

لا

برجاء الإجابة على جميع العبارات وشكرا لتعاونكم

الرقم	العبارة	إطلاقا	نادرا	أحيانا	دائما
01	أشعر بالقلق بشأن صحتي				
02	يرعيني التفكير أو الحديث عن الأراض الطيرة				
03	أتفحص جسدي باستمرار بحثا عن علامات المرض				
04	تشغلني فكرة إمكانية إصابتي بمرض خطير في المستقبل				
05	عندما أشعر بإحساس جسدي غير معتاد، ينتابني شك في أنه نتيجة مرض خطير				
06	ألاحظ باستمرار أي تغيرات أو أحاسيس جسدية طارئة				
07	عندما أشعر بإحساس جسدي غير معتاد، أجد صعوبة في التفكير في شيء آخر				
08	أصاب بالفزع عندما أشعر بإحساس جسدي غير معتاد				
09	عندما أشعر بأحاسيس جسدية غير معتادة، أتوجه إلى سؤال من حولي (العائلة والأصدقاء) عن ذلك				
10	أشعر بتطور مرض خطير لدي				
11	أجد صعوبة في مقاومة أفكار حول المرض				
12	اهتم بمعرفة أعراض الأمراض من خلال وسائل الإعلام لأرى ما إذا كنت مصاب بإحداها				
13	أقلق عندما أحس بإحساس جسدي غير طبيعي				
14	أصاب بالأرق عندما أشعر بأحاسيس جسدية غير طبيعية				
15	أزور عدة أطباء لأطمئن على حالتي الصحية				
16	أجد صعوبة في طرد الأفكار التي تراودني عن صحتي				
17	لدي رعب من الإصابة بمرض خطير				
18	بمجرد شعوري بأحاسيس جسدية غير طبيعية أتوجه للطبيب				
19	عندما اسمع حديث عن مرض خطير، أنشغل بالاهتمام بصحتي				
20	تخيفني شكاوى الآخرين من أمراضهم وعللهم				
21	أجري فحوصات طبية باستمرار حتى أطمأن على صحتي				
22	عندما اسمع عن وفاة شخص أعرفه عانى من مرض خطير، أميل للانشغال أكثر بصحتي				
23	ينتابني خوف شديد لمجرد التفكير بإمكانية إصابتي بالمرض				
24	عندما أقرأ أو أسمع شيئا حول موضوع مرض في التلفزيون أو الراديو، ينتابني الشك بأنني مصاب بهذا المرض				
25	أتجنب مواعيد الطبيب والمستشفيات				
26	عائلتي وأصدقائي يقولون أنني مصاب بوسواس حول صحتي				
27	أكره القيام بالفحوصات الطبية (التحاليل، الأشعة..)				
28	أتجنب الحديث والنقاش حول الأمراض				

**الملحق (06):**  
**نتائج المعالجة الإحصائية ببرنامج (SPSS-V,19)**

**الفرضية الأولى**

CORRELATIONS

/VARIABLES=Anxiety cognit

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

**Correlations**

**Notes**

Output Created		26-avr.-2016 17:37:35
Comments		
Input	Active Dataset Filter Weight Split File N of Rows in Working Data File	DataSet0 <none> <none> <none> 170
Missing Value Handling	Definition of Missing  Cases Used	User-defined missing values are treated as missing. Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.
Syntax		CORRELATIONS /VARIABLES=Anxiety cognit /PRINT=TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE.
Resources	Processor Time Elapsed Time	00 00:00:00,062 00 00:00:00,030

[DataSet0]

**Correlations**

	Anxiety	cognit
Anxiety Pearson Correlation	1	<b>,540**</b>
Sig. (2-tailed)		,000
N	170	170
cognit Pearson Correlation	<b>,540**</b>	1
Sig. (2-tailed)	,000	
N	170	170

## Correlations

	Anxiety	cognit
Anxiety Pearson Correlation	1	,540**
Sig. (2-tailed)		,000
N	170	170
cognit Pearson Correlation	,540**	1
Sig. (2-tailed)	,000	
N	170	170

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## الفرضية الثانية

/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

DESCRIPTIVES VARIABLES=Anxiety

## Descriptives

### Notes

Output Created		26-avr.-2016 17:53:47
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	170
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	All non-missing data are used.
Syntax		DESCRIPTIVES VARIABLES=Anxiety /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
Resources	Processor Time	00 00:00:00,000
	Elapsed Time	00 00:00:00,000

[DataSet0]

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Anxiety	170	30,00	96,00	57,4059	16,26500
Valid N (listwise)	170				

FREQUENCIES VARIABLES=Anxiety Niveau  
/ORDER=ANALYSIS.

## Frequencies

### Statistics

		Anxiety	Niveau
N	Valid	170	170
	Missing	0	0

### Niveau

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	قلق المرض مرتفع	14	<b>8,2</b>	8,2	8,2
	قلق المرض متوسط	65	<b>38,2</b>	38,2	46,5
	قلق المرض منخفض	91	<b>53,5</b>	53,5	100,0
Total		170	100,0	100,0	

T-TEST GROUPS=Malade(2 1)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=Anxiety

/CRITERIA=CI(.95).

## T-Test

### Notes

Output Created		26-avr.-2016 17:50:19
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	170
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax		T-TEST GROUPS=Malade(2 1) /MISSING=ANALYSIS /VARIABLES=Anxiety /CRITERIA=CI(.95).
Resources	Processor Time	00 00:00:00,000
	Elapsed Time	00 00:00:00,000

[DataSet0]

### Group Statistics

	Malade	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Anxiety	MA	85	<b>60,6235</b>	17,40961	1,88834
	NM	85	54,1882	14,42921	1,56507



**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Anxiety	Equal variances assumed	3,849	,051	2,624	168	,009	6,43529	2,45260	1,59340	11,27719
	Equal variances not assumed			2,624	162,406	,010	6,43529	2,45260	1,59219	11,27840

## Univariate Analysis of Variance

### Between-Subjects Factors

		N
MetaCognit	1,00	90
	2,00	80
Cancer	1,00	85
	2,00	85

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:Anxiety

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	9656,576 <sup>a</sup>	3	3218,859	15,244	,000
Intercept	530808,221	1	530808,221	2513,783	,000
<b>MetaCognit</b>	7604,277	1	7604,277	36,012	<b>,000</b>
<b>Cancer</b>	667,055	1	667,055	3,159	<b>,077</b>
<b>MetaCognit * Cancer</b>	354,752	1	354,752	1,680	<b>,197</b>
Error	35052,418	166	211,159		
Total	604933,000	170			
Corrected Total	44708,994	169			

a. R Squared = ,216 (Adjusted R Squared = ,202)

### Descriptive Statistics

Dependent Variable:Anxiety

MetaCognit	Cancer	Mean	Std. Deviation	N
1,00	SNM	60,0789	14,19437	38
	SMA	67,0385	16,05012	52
	Total	64,1000	15,59894	90
2,00	SNM	49,4255	12,89547	47
	SMA	50,5152	14,58835	33
	Total	49,8750	13,53979	80
Total	SNM	54,1882	14,42921	85
	SMA	60,6235	17,40961	85
	Total	57,4059	16,26500	170

## Estimated Marginal Means

### 1. MetaCognit

Dependent Variable:Anxiety

MetaCognit	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
1,00	63,559	1,551	60,497	66,620
2,00	49,970	1,650	46,712	53,228

### 2. Cancer

Dependent Variable:Anxiety

Cancer	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
SNM	54,752	1,585	51,623	57,882
SMA	58,777	1,617	55,584	61,969

## الفرضية الخامسة

```
UNIANOVA Anxiety BY Sex Cancer
/METHOD=SSTYPE(3)
/INTERCEPT=INCLUDE
/POSTHOC=Sex Cancer(SCHEFFE)
/CRITERIA=ALPHA(0.05)
/DESIGN=Sex Cancer Sex*Cancer.
```

## Univariate Analysis of Variance

### Between-Subjects Factors

		N
Sex	1,00	94
	2,00	76
Cancer	1,00	85
	2,00	85

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:Anxiety

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1858,365 <sup>a</sup>	3	619,455	2,400	,070
Intercept	554726,546	1	554726,546	2148,967	,000
<b>Sex</b>	67,917	1	67,917	,263	<b>,609</b>
<b>Cancer</b>	1707,302	1	1707,302	6,614	<b>,011</b>
<b>Sex * Cancer</b>	29,938	1	29,938	,116	<b>,734</b>
Error	42850,630	166	258,136		
Total	604933,000	170			
Corrected Total	44708,994	169			

a. R Squared = ,042 (Adjusted R Squared = ,024)

# Univariate Analysis of Variance

## Notes

Output Created		20-mai-2016 00:24:54
Comments		
Input	Data	C:\Users\computer\Documents\Untitled1.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	170
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the model.
Syntax		UNIANOVA Anxiety BY Sex Cancer /METHOD=SSTYPE(3) /INTERCEPT=INCLUDE /EMMEANS=TABLES(Sex) /EMMEANS=TABLES(Cancer) /PRINT=DESCRIPTIVE /CRITERIA=ALPHA(.05) /DESIGN=Sex Cancer Sex*Cancer.
Resources	Processor Time	00 00:00:00,031
	Elapsed Time	00 00:00:00,037

[DataSet1] C:\Users\computer\Documents\Untitled1.sav

### Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Sex	1,00	94
	2,00	76
Cancer	1,00 SNM	85
	2,00 SMA	85

### Descriptive Statistics

Dependent Variable: Anxiety

Sex	Cancer	Mean	Std. Deviation	N
1,00	SNM	53,2174	13,76939	46
	SMA	60,4375	18,33948	48
	Total	56,9043	16,57960	94
2,00	SNM	55,3333	15,27181	39
	SMA	60,8649	16,37098	37
	Total	58,0263	15,95491	76
Total	SNM	54,1882	14,42921	85
	SMA	60,6235	17,40961	85
	Total	57,4059	16,26500	170

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Anxiety

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1858,365 <sup>a</sup>	3	619,455	2,400	,070
Intercept	554726,546	1	554726,546	2148,967	,000
Sex	67,917	1	67,917	,263	,609
Cancer	1707,302	1	1707,302	6,614	,011
Sex * Cancer	29,938	1	29,938	,116	,734
Error	42850,630	166	258,136		
Total	604933,000	170			
Corrected Total	44708,994	169			

a. R Squared = ,042 (Adjusted R Squared = ,024)

GET

```
FILE='C:\Users\computer\Documents\Untitled1.sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
UNIANOVA Anxiety BY Sex Cancer
  /METHOD=SSTYPE(3)
  /INTERCEPT=INCLUDE
  /EMMEANS=TABLES(Sex)
  /EMMEANS=TABLES(Cancer)
  /PRINT=DESCRIPTIVE
  /CRITERIA=ALPHA(.05)
  /DESIGN=Sex Cancer Sex*Cancer.
```

### Estimated Marginal Means

#### 1. Sex

Dependent Variable:Anxiety

Sex	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
1,00	56,827	1,658	53,555	60,100
2,00	58,099	1,844	54,459	61,739

#### 2. Cancer

Dependent Variable:Anxiety

Cancer	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
SNM	54,275	1,749	50,823	57,728
SMA	60,651	1,757	57,181	64,121

الفرضية السادسة

```
UNIANOVA Anxiety BY Age Cancer
  /METHOD=SSTYPE(3)
  /INTERCEPT=INCLUDE
  /POSTHOC=Age Cancer(SCHEFFE)
  /CRITERIA=ALPHA(0.05)
  /DESIGN=Age Cancer Age*Cancer.
```

### Univariate Analysis of Variance

Between-Subjects Factors

	N
Age 1,00	116
2,00	54
Cancer 1,00	85
2,00	85

#### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable:Anxiety

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	2055,502 <sup>a</sup>	3	685,167	2,667	,050
Intercept	452516,554	1	452516,554	1761,116	,000
<b>Age</b>	102,119	1	102,119	,397	,529
<b>Cancer</b>	951,201	1	951,201	3,702	,056
<b>Age * Cancer</b>	231,248	1	231,248	,900	,344
Error	42653,492	166	256,949		
Total	604933,000	170			
Corrected Total	44708,994	169			

**Between-Subjects Factors**

		N
Age	1,00	116
	2,00	54
Cancer	1,00	85

a. R Squared = ,046 (Adjusted R Squared = ,029)

**Descriptive Statistics**

Dependent Variable:Anxiety

Age	Cancer	Mean	Std. Deviation	N
1,00	SNM	53,8431	13,13830	51
	SMA	61,6308	16,87136	65
	Total	58,2069	15,76486	116
2,00	SNM	54,7059	16,36983	34
	SMA	57,3500	19,14288	20
	Total	55,6852	17,31705	54
Total	SNM	54,1882	14,42921	85
	SMA	60,6235	17,40961	85
	Total	57,4059	16,26500	170

**Estimated Marginal Means**

**1. Age**

Dependent Variable:Anxiety

Age	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
1,00	57,737	1,499	54,777	60,697
2,00	56,028	2,259	51,569	60,487

**2. Cancer**

Dependent Variable:Anxiety

Cancer	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
SNM	54,275	1,775	50,771	57,778
SMA	59,490	2,049	55,444	63,537