

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية



مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي

ميدان: علوم اجتماعية

الشعبة علم النفس

التخصص: علم النفس العيادي

من إعداد الطالبة : سيرين عيشاوي

بعنوان:

فاعلية برنامج علاجي ما وراء معرفي في خفض قلق المرض

لدى عينة من طلبة تخصص علم الأحياء التطبيقية جامعة قاصدي مرباح ورقلة وطلبة معهد
التكوين العالي الشبه الطبي بورقلة

نوقشت بتاريخ: 18-05-2017

لجنة المناقشة :

د. زعطوط رمضان	-جامعة قاصدي مرباح-	رئيسا و مناقشا
د. عقيل بن ساسي	-جامعة قاصدي مرباح-	مشرفا ومقررا
د. بوغافية خالد	-جامعة قاصدي مرباح-	مناقشا

الموسم الجامعي : 2017/2016

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

كلمة شكر وتقدير

بداية الحمد و الشكر لله سبحانه و تعالى الذي وفقنا إلى هذا المستوى قبل كل شيء.

ثم الصلاة و السلام على نبيه الذي اصطفى و بعد، ولا يسعني في هذه اللحظة إلا أن أتوجه بخالص

شكري وكامل عرفاني لأستاذي الفاضل المشرف على هذا العمل الأستاذ الدكتور : "عقيل بن ساسي" على

مجهوداته الجبارة فكان نعم المشرف والموجه.

كما أتوجه بأسمى معاني الشكر لأساتذتي الكرام وكذا أعضاء لجنة المناقشة الذين قبلوا مناقشة وإثراء

هذا العمل. بعدها نتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساندني في إنجاز هذا العمل زملائي الطلبة

كما نتوجه بالشكر كذلك إلى كل من استقبلنا بصدر رحب وسهل لنا إجراء الدراسة الميدانية .

الطالبة سيرين عيشاوي

ملخص الدراسة بالعربية:

تهدف هذه الدراسة إلى البحث عن نسبة انتشار قلق المرض لدى عينة الدراسة، وكذا التعرف على العلاج ما وراء المعرفي ومدى تخفيفه من أعراض قلق المرض لدى عينة من طلبة تخصص علم الأحياء التطبيقية بجامعة قاصدي مرباح ورقلة، وطلبة معهد التكوين العالي الشبه الطبي. والتي صيغت فرضياتها كالتالي:

1- نسبة انتشار قلق المرض مرتفعة لدى عينة الدراسة.

2- يؤدي العلاج ما وراء المعرفي إلى التخفيف من حالات قلق المرض.

وللتحقق من الفرضيات تم تطبيق مقياس قلق المرض على عينة قوامها 90 طالبا، واختارت الطالبة الحالات التي كانت درجتها مرتفعة على هذا المقياس. حيث كان العدد 6 طالبات قسمت إلى مجموعتين:

3 طالبات من تخصص علم الأحياء التطبيقية (مجموعة تجريبية).

3 طالبات من معهد التكوين العالي الشبه طبي (مجموعة ضابطة).

وبعد إدخال المتغير التجريبي (البرنامج العلاجي باستعمال العلاج ما وراء المعرفي) على المجموعة التجريبية لمدة 3 أسابيع بواقع 5 جلسات لكل حالة تم تطبيق مقياس قلق المرض مرة ثانية، وكانت النتائج:

1 - نسبة انتشار اضطراب قلق المرض قدرت ب 6.6% بالنسبة لفئة الأكثر من أو يساوي 84 و93.4% بالنسبة لفئة الأقل من أو يساوي 84.

2 - يؤدي العلاج ما وراء المعرفي إلى التخفيف من حالات قلق المرض.

الكلمات المفتاحية: قلق المرض، العلاج ما وراء المعرفي.

Abstract:

this study aims at investigating the scatter ration of the illness anxiety and the effectiveness of metacognitive therapy for relining the illness anxiety amongst sample of students in Applied Biology Speciality in University of kasdi Merbah Ouargla (A.B.S), and students of the Institute of Higher Education of paramedical in Ouargla (H.I.P) .

We was the (I.A.S) illness anxiety scale was designed by the researcher we applied on sample of 90 students, we selected the cases that were high (I.A.S) score (≥ 84) Where the number was 6 students divided into two groups:

3 students from(A.B.S) experimental group.

3 students from(H.I.P) control group.

We also was the therapeutic program that was applied for 3 weeks with 5 hearings per person. the findings ware :

1- the ration of illness anxiety was 6.6 % score(≥ 84) .

2 - The metacognitive therapy leads to reduce the illness anxiety
The results were discussed under light the previous studies.

Keywords: illness anxiety, metacognitive therapy.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى
د	كلمة شكر وتقدير
هـ	ملخص الدراسة بالعربية
و	ملخص الدراسة بالانجليزية
ز	فهرس المحتويات
ي	فهرس الجداول
ك	فهرس الأشكال
1	مقدمة
الباب الأول: الجانب النظري	
الفصل الأول: تقديم موضوع الدراسة	
5	1 مشكلة الدراسة
11	2 تساؤلات الدراسة
11	3 فرضيات الدراسة
11	4 -أهداف الدراسة
11	5 أهمية الدراسة
11	6 حدود الدراسة
12	7 -التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة
12	8 مصطلحات مرتبطة بالدراسة
الفصل الثاني: اضطراب قلق المرض	
15	تمهيد
16	1- مفهوم اضطراب قلق المرض
17	2- أسباب اضطراب قلق المرض
17	3- معايير تشخيص اضطراب قلق المرض

18	4- أعراض اضطراب قلق المرض
19	5- تصنيف اضطراب قلق المرض
20	6- النظريات المفسرة لاضطراب قلق المرض
23	7- علاج اضطراب قلق المرض
23	7 ± -العلاج العضوي (الدوائي)
23	7 2 -العلاج النفسي
23	7 2 -العلاج المعرفي السلوكي
24	7 4 -العلاج ما وراء المعرفي
29	خلاصة الفصل
الباب الثاني: الجانب الميداني	
الفصل الثالث: الإجراءات الميدانية للدراسة	
27	تمهيد
32	1- منهج الدراسة
32	2- مجتمع وعينة الدراسة
34	3- أدوات الدراسة
36	4- الخصائص السيكمترية
38	5- الأساليب الإحصائية
41	البرنامج العلاجي
47	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة	
49	تمهيد
49	1- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الأولى
50	2- عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثانية
62	دراسات مقترحة
63	قائمة المراجع
68	الملاحق

69	الملحق رقم(1): استمارة تحكيم مقياس قلق المرض
76	الملحق رقم(2): قائمة الأساتذة المحكمين لمقياس قلق المرض
77	الملحق رقم(3): مقياس قلق المرض في صورته النهائية

فهرس الجداول:

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
رقم 01	يوضح أبعاد وبنود مقياس قلق المرض	36
رقم 02	يوضح مستويات قلق المرض	36
رقم 03	يوضح الفقرات المعدلة والمحذوفة من مقياس قلق المرض في ضوء آراء المحكمين.	37
رقم 04	يوضح معامل الارتباط بين الفقرة والبعد وبين الفقرة و الخاصة	38
رقم 05	يوضح معامل الارتباط بين البعد والخاصة	39
رقم 06	يوضح معامل الارتباط ومعامل جتمان للمجموعتين	39
رقم 07	يوضح معامل ألفا كرونباخ لأبعاد الخاصة	40
رقم 08	يوضح النسبة المئوية لانتشار قلق المرض	49
رقم 09	يوضح قيمة اختبار كولمجروف سميرونوف في القياس القبلي	59
رقم 10	يوضح نتائج اختبار "ت" بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي لمقياس قلق المرض	59
رقم 11	يوضح نتائج اختبار "ت" بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياس قلق المرض	59

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
21	يوضح كيفية حدوث قلق المرض	رقم 1

مقدمة

تعد الاضطرابات النفسية أنماط سيكولوجية أو سلوكية ناتجة عن الشعور بالضيق أو العجز الذي يصيب الفرد ولا تعد جزءا من النمو الطبيعي للمهارات العقلية، وقد تغيرت أساليب إدراك وفهم حالات الصحة النفسية على مر الأزمان وعبر الثقافات، ولا تزال هناك اختلافات في تصنيف الاضطرابات النفسية وتقييمها، على الرغم من أن المعايير القياسية مقبولة على نطاق واسع. وفي الوقت الحالي يتم تصوير الاضطرابات النفسية على أنها اضطرابات في عصبونات الدماغ ومن المرجح أن تكون ناتجة عن العمليات الارتقائية التي يشكلها التفاعل المعقد بين العوامل الوراثية والتجارب الحياتية.

وقد ذكر أن أكثر من ثلث سكان معظم دول العالم تعرضوا للإصابة بأحد الفئات الرئيسية من الأمراض النفسية في مرحلة ما من حياتهم، وكثيرا ما يتم تفسير أسباب ذلك من خلال نموذج الاستعداد ويمكن أن يتلقى المصابون بأمراض نفسية الرعاية الصحية اللازمة في مستشفيات الأمراض النفسية أو في المجتمع أي خارج المستشفى. ويقوم الأطباء النفسيون أو الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون بتشخيص الأمراض النفسية بالاستعانة بأساليب متعددة، وكثيرا ما يعتمدون على الملاحظة وطرح الأسئلة في المقابلات التي تتم مع المرضى، ويقدم العلاج للأمراض النفسية الكثير من أخصائيي الصحة النفسية. ومن بين الاضطرابات النفسية نجد اضطراب قلق المرض أو ما يعرف سابقا بتوهم المرض والذي أدرج حديثا من بين الاضطرابات جسدية الشكل . يتميز توهم المرض بالانشغال الزائد و المفرط بالصحة البدنية والجسمية ، وهو نوع من الوسواس المركز على الصحة الجسدية، و جدير بالذكر أن العلاج النفسي وأدوية الأمراض النفسية خياران رئيسيان لعلاج المريض النفسي شأنهما شأن العلاج الاجتماعي والمساعدة الذاتية في بعض الحالات .

تأتي الدراسة الحالية للتعرف على نسبة انتشار اضطراب قلق المرض لدى عينة الدراسة، ومدى تخفيف العلاج ما وراء المعرفي من حالات قلق المرض لدى عينة من طلبة تخصص علم الأحياء التطبيقية بجامعة قاصدي مباح، وطلبة معهد التكوين العالي الشبه طبي بورقلة. معتمدة على الخطة التالية: والتي شملت بايين: الباب الأول الجانب النظري، والباب الثاني الجانب الميداني يحتوي كل منهما على فصلين:

بالنسبة للباب الأول: **الجانب 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 التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة.

في حين جاء **الفصل الثاني** ليتناول اضطراب قلق المرض، مفهومه، وأعراضه، ومعايير تشخيصه، ثم النماذج النظرية المفسرة لاضطراب قلق المرض، وأخيرا علاج هذا الاضطراب بالتطرق إلى العلاج ما وراء المعرفي.

أما الباب الثاني: **الجانب الميداني** فقد احتوى **الفصل الثالث** الإجراءات الميدانية للدراسة، من تعريف بللمنهج المستخدم والعينة، و أدوات الدراسة و في الأخير الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة. أما **الفصل الرابع** تم عرض و تحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة، بعدها بعض الدراسات المقترحة.

الباب الأول:

الجانب النظري

الفصل الأول: تقديم موضوع الدراسة

• تمهيد

- 1 مشكلة الدراسة
- 2 تساؤلات الدراسة
- 3 فرضيات الدراسة
- 4 أهداف الدراسة
- 5 أهمية الدراسة
- 6 حدود الدراسة
- 7 التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة
- 8 مصطلحات مرتبطة بالدراسة

مشكلة الدراسة

تعتبر الاضطرابات النفسية من المواضيع التي أثارت مدا واسعا من اهتمام العلماء والمفكرين عبر مختلف العصور وصولا إلى يومنا هذا، حيث يستخدم مفهومها عادة للتعبير عن حالات جد متفاوتة تتراوح بين الشعور بالكدر والضيق والتعاسة والملل وتمتد لتشمل الحالات العقلية الخطيرة.

(بوعود، 2014، ص5)

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 حديثا 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، 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.

(آن كرينغ، وجونسون، ودافيسون، وجوهان، 2016، ص471).

يبدأ هذا الأخير في أي سن ويصبح مزمنًا في ثلثي الحالات كما أن ثلث المرضى لا يتحسنون ويضطرب تكيفهم من حيث الوظيفة المهنية أو العلاقات الاجتماعية بسبب الانشغال بالمرض وقد تزداد الإعاقة فيصبح الشخص طريح الفراش وأحيانا يتعرض لعمليات جراحية استكشافية تحمل أخطارا عديدة بالإضافة إلى أن الأعراض التي يشكو منها قد تؤدي إلى تشخيص خاطئ وبالتالي خطأ العلاج. (الخليل، 2001، ص150)

يلاحظ الاضطراب كذلك في المراهقة، ويظل ثابتا لعدة سنوات حتى دون أن يعرض المريض نفسه على الطبيب. (تاجي، 2015)، وهو نادر الحدوث عند الأطفال، إلا في بعض حالات فقدان الأم أو الإيداع في المؤسسات الاجتماعية، كما يظهر واضحا في الشيخوخة والذي قد يرجع إلى الحاجة الشديدة لدى المسنين لجلب الأنظار ولفت الانتباه إليهم، كما يلاحظ في حالات العجز أو الإعاقة حيث يبالغ في الإصابة الجسمية . (بلان، 2014، ص58)

تتراوح نسبة انتشاره (3-14 %) من المرضى ولكن معدل الانتشار بين جموع الناس غير معروف ويستوي الرجال والنساء في قلق المرض، كما أنه يصيب جميع الأعمار خاصة المراهقين. (الخليل، 2001، ص152)

لقد أشار العديد من الباحثين أن هناك العديد من المداخل العلاجية لقلق المرض، هذا ما أكدته دراسة "العازمي" (2014)، والتي تهدف إلى تبيان أثر المعالجة بالاستبصار الديني على تخفيض أعراض توهّم المرض لدى طلبة الجامعة من مرضى العيادات الخارجية وذلك من خلال بناء برنامج مقترح وقياس فاعليته. (العازمي، 2014)

ودراسة "بولدا و بومان" (2009) بعنوان : والتي تهدف إلى تحديد ما إذا كان العلاج المعرفي السلوكي من خلال الكتب والذي يقوم على أقل قدر من التواصل مقبولاً بالنسبة لأفراد العينة الذين تم تشخيص حالتهم وفق الدليل التشخيصي الرابع المعدل على أنها اضطراب توهّم المرض. والتخفيض من حدة أعراضه. (بلان، 2014، ص67-68)

من خلال هذه الدراسات السابقة والتي تهدف إلى إزالة أعراض قلق المرض فهي قليلة -في حدود اطلاع الباحثة - وان وجدت نجدها تناولت وركزت على العلاج المعرفي السلوكي والذي يركز فقط على محتوى هذه الأفكار دون أن يضع في الاعتبار المعتقدات ما وراء المعرفية التي تعد سبباً في استمرار احتفاظ مرضى اضطراب قلق المرض بأعراضهم رغم تعرضهم للعلاج وهذه المعتقدات. أي أن هذه الدراسات أهملت دور المعتقدات ما وراء المعرفية في الاضطراب إضافة إلى الأفكار والأفعال المتعلقة بهذا الاضطراب وعلاجه بالما وراء المعرفي .

يعد العلاج ما وراء المعرفي شكلاً من أشكال العلاج المعرفي، يقدم مستوى من الصياغة والتدخل الذي لا يركز في الغالب على تحدي مضمون الأفكار والمعتقدات السلبية التي يتم التأكيد عليها في العلاج المعرفي التقليدي، إنما يركز العلاج ما وراء المعرفي على المعتقدات الخاطئة حول التفكير والاستراتيجيات غير المفيدة للتنظيم العقلي، وبالتالي فهو يركز على أنماط التفكير والتنظيم العقلي بدلاً من مضمون الأفكار. (العاسمي، 2016)

كما ينظر إليه على أنه وظيفة وليس لمحتوى المعرفة إنما للعمليات كالتفكير المثابر التركيز الاقتحامي واستراتيجيات المراقبة الداخلية التي هي معاكسة للإنتاجية. (WELLS & FISHER, 2009, p146)

يتمثل العلاج ما وراء المعرفي بفكرة أن بعض الاضطرابات النفسية قد نعزو أسبابها لوجود خلل في أحد العناصر أو الوظائف المعرفية، فقد يبالغ المريض في أفكاره ومعتقداته عن الأشخاص والعالم المحيط به وهذه الأفكار بدورها تساهم في تفاقم المرض فيكون الهدف من العلاج المعرفي أن نوضح للمريض عدم صحة وواقعية هذه الأفكار مما يخفف من حدة مرضه. ويقدم العلاج النفسي ما وراء المعرفي عدداً من التقنيات لإكساب الأشخاص ملكات معينة عبر صقل وظائف عقلية معينة ولعل من أهم تلك التقنيات تقنية تدريب التركيز Technique Training Attention وفيها يتم تدريب الشخص

- على التحكم في التركيز وتوسيع وتضييق مجاله وكذلك إبدال التركيز من هدف إلى آخر، وهو ما يتم عادة عبر الاستماع إلى أكثر من صوت في نفس الوقت (Wells, 2009)
- ويعتبر قلق المرض محل اهتمام العديد من الباحثين وذلك للتعرف على نسب انتشاره هذا ما أكدته العديد من الدراسات السابقة، وفي ما يلي عرض لبعضها:
- دراسة " بلان" (2014)، والتي هدفت إلى التعرف على نسبة انتشار توهم المرض لدى العاملات في مهنة التمريض وكذلك التعرف على الفروق في توهم المرض عند الممرضات تبعاً لمتغيرات (العمر، الوضع الأسري، عدد سنوات الخدمة) حيث تكونت عينة الدراسة من 400 ممرضة من العاملات في المشافي في محافظة دمشق، مستخدماً أداة مقياس توهم المرض إعداد الحاج (1991) واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، تمت معالجته إحصائياً بواسطة SPSS وتوصل إلى النتائج الآتية :
 - أن نسبة 24 % من الممرضات يعانين توهم المرض.
 - عدم وجود فروق في توهم المرض وفقاً لمتغير العمر.
 - توجد فروق في توهم المرض وفقاً لمتغير الوضع الأسري، كذلك وفقاً لمتغير سنوات الخدمة
 - دراسة "طليعي" (2009)، بعنوان: توهم المرض لدى طلبة العلوم الطبية في علاقتها مع العمر والجنس ودرجة التعليم، حيث أجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من 500 طالب وطالبة، وقد تم تطبيق اختبار توهم المرض، وأظهرت النتائج أنه:
 - من أصل 70 حالة كان هناك 57 حالة تظهر لديهم أعراض خفيفة، و 13 حالة تظهر لديهم أعراض معتدلة.
 - لا توجد علاقة لاضطراب توهم المرض بالوضع الأسري.
 - كان الاضطراب أكثر انتشاراً بين الإناث في هذا البحث. وظهرت أعراضه لدى طلاب العلوم الطبية في جميع المجالات لا سيما في تلك المجالات التي تحتوي على معلومات طبية دقيقة ومتكررة .
 - كان هناك أيضاً ارتفاع في معدل انتشار الأعراض لدى الأفراد ممن يحملون درجة البكالوريوس أكثر من ذوي المستويات التعليمية الأخرى. (بلان.2014، ص68)
 - وعموماً فإن نسبة انتشار توهم المرض لدى عامة الناس نادر نوعاً ما، هذا ما أكدته دراسة "مارتن وجاكوبي"، "Martin & Jacobi, 2006" فقد هدفت إلى تقدير معدلات انتشار اضطراب توهم المرض والشروط المرافقة لحالات توهم المرض التي لا تفي بجميع المعايير التشخيصية لوصف الخصائص الصحية المرتبطة بها مثل جودة الحياة ودرجة الاستفادة من الرعاية الصحية لدى عينة الدراسة الممثلة للمجتمع. شملت عينة الدراسة (4181) فرداً ألمانيا ممن تتراوح أعمارهم بين (18- 63) عاماً. استخدمت الدراسة: نموذج المقابلة الصحية الألمانية وقائمة مسح الصحة النفسية، كما تم استخدام المقابلات والتقارير الذاتية. والنتيجة العامة هي:

- أن اضطراب توهم المرض وفق المعايير الكلية لتشخيصه وفق DSM- IV هو اضطراب نادر لدى عامة الناس.

وقد تكون استجابة توهم المرض دافعا يائسا للخائفين من الناس يدعوهم الى التماس العون وإلى حماية أنفسهم من الرعب الذي لا يمكنهم تحديده أو فهمه. كما قد تكون ذريعة لحصول الفرد على كسب ثانوي عن طريق جذب انتباه الآخرين له. (عبد الستار، 1980، ص 38- 39).

وهذا ما وصلت إليه دراسة "نويس وآخرين (Noyes et al., 2003) والتي هدفت إلى اختبار النموذج البين شخصي لاضطراب توهم المرض في الولايات المتحدة الأمريكية. وقد تكونت عينة الدراسة من (162) مريضا مراجعا للعيادة الطبية العامة. وتم تطبيق دليل Witeley لاضطراب توهم المرض اختبار الأعراض السيكوسوماتية اختبار العلاقات، اختبار المشكلات البين شخصية دليل العوامل الخمسة، ومقاييس التفاعل الجسدي للمريض. و توصلت الدراسة إلى:

- أن مرضى اضطراب توهم المرض متعلقون بشكل غير آمن بنمط التعلق القائم على الخوف. ولديهم مشكلات بين شخصية تمتد إلى نمط العلاقة الجسدية التي تتطلب الصبر.
- ومنه فإن نتيجة هذه الدراسة تدعم النموذج البين شخصي لاضطراب توهم المرض.

(بلان، 2014، ص64)

وفي دراسة (Wells, 2009) التي تهدف إلى إزالة أعراض الاكتئاب عن طريق العلاج ما وراء المعرفي حيث شملت عينة الدراسة 4 شباب دون إخضاعهم للعلاج الدوائي أو علاج آخر خلال السنتين الماضيتين والذين كانوا يعانون من الاكتئاب الجسيم مدى الحياة منذ سن المراهقة، حيث قام المعالج بتقديم 6-8 حصص أسبوعية من العلاج ما وراء المعرفي لمدة 45-60 دقيقة في كل حصة وكذا مقياس تقييم الاكتئاب لهاملتون، ومقياس الاستجابة التأملية، والمعتقدات الايجابية حول مقياس التأمل والمعتقدات السلبية حول مقياس التأمل، واستبيان ما وراء المعرفة، أظهرت نتائج الدراسة:

- أن كل المرضى في حالة تحسن، وذلك من خلال الحصص العلاجية، والمتابعات، وتم اعتبارهم في حالة شفاء. (Dugas, 2012, p77-78)

وفي دراسة (Nordhal, 2009)، والتي تهدف إلى المقارنة بين العلاج ما وراء المعرفي المختصر (MCT) والعلاج المعرفي السلوكي (CBT). تمثلت عينة الدراسة من 30 مريضا في جامعة النرويج، في مؤسسة المريض الخارجي، (مريض يتردد على المستشفى للمعالجة أو التشخيص ولكنه لا يقيم فيه) تم تعيينهم بشكل عفوي لتلقي إما العلاج المعرفي السلوكي (CBT) أو العلاج ما وراء المعرفي (MCT)، تضمنت الدراسة مقياس "بيك" للاكتئاب وكذا البيان التفصيلي لأفكار القلق، دام العلاج ما وراء المعرفي متوسط 5-7 حصص باستعمال ممارسة تقنية تدريب الانتباه (ATT) والانتباه المنفصل (DM) والتأمل وتحدي المعتقدات السلبية والايجابية حول القلق، بالإضافة إلى الواجب المنزلي في كل حصة، أظهرت نتائج الدراسة :

- اختلافات معتبرة في العلاج ما وراء المعرفي والعلاج المعرفي السلوكي للقلق، واختلاف غير معتبر في الاكتئاب كما أن حجم تأثير العلاج ما وراء المعرفي كانت أعلى لكل من علامات القلق والاكتئاب .
- كلتا التركيبتين أظهرت نوعا ما مرتبطين، وكانت قد جمعتا من الناحية المفاهيمية، إلا أنه أظهر العلاج ما وراء المعرفي فاعلية أكثر في العلاج ما بعد التشخيص، وهو المفضل على العلاج السلوكي المعرفي. (Dugas, 2012, p78)
- دراسة (Fisher & Wells, 2005)، والتي تهدف إلى التعرف على نسبة انتشار اضطراب الوسواس القهري، والتعرف على مدى تأثير العلاج ما وراء المعرفي على هؤلاء المرضى، شملت عينة الدراسة المجتمع الأمريكي، حيث قام ببناء برنامج علاجي يعتمد على مجموعة من الاستراتيجيات ما وراء المعرفية العلاجية، كما استعان الباحث ببعض الأدوات التي تم من خلالها قياس المعتقدات ما وراء المعرفية، والتي توصل من خلالها إلى أن انتشار هذا الاضطراب فإنه من المقدر في أمريكا أن فردا بين كل أربعين فردا يعاني منه، وقد كان قديما يعد من الاضطرابات النادرة غير القابلة للعلاج، أما الآن فإنه يعتبر رابع أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا بين الأمريكيين وفي الحقيقة فإن هذا الاضطراب على درجة كبيرة من الانتشار، كما أظهرت نتائج الدراسة التي قام بها كل من Fisher & Wells إلى:
- أن المعتقدات ما وراء المعرفية تعد منبئات بالأعراض الوسواسية القهرية، مقارنة بمعتقدات المسؤولية المتضخمة بعد ضبط القلق والاكتئاب لكل منهم . (الخولي، 2014)
- من خلال عرض الدراسات السابقة فإننا نسجل الملاحظات الآتية:
- اتفقت الدراسات السابقة والتي تناولت اضطراب توهم المرض، وأعراضه، ونسبة انتشاره. حيث أن دراسة "بلان" ودراسة "طليعي" اتفقت في تناولها لانتشار الاضطراب لدى مهنة التمريض، كما اتفقت في استخدام مقياس توهم المرض ل Witeley و تعرضت إلى الضغوط النفسية وتأثيرها. حيث نجد أن التعرض للمواقف الضاغطة وكذا طبيعة التعامل مع الآخرين باختلاف الفئات والعادات وكذا أسلوب التعامل من شأنها أن تولد العديد من الاضطرابات مثلما هو الحال في دراسة " بلان" ودراسة "طليعي" إلا أن دراسة "مارتن وجاكوبي" تختلف حيث نجدها درست انتشار اضطراب توهم المرض لدى عامة الناس في حين نجد دراسة "تويس" تهدف للتعرف على النموذج البين شخصي المشكل للاضطراب، إلا أنها اختلفت في أمور جوهرية وهي:
- من حيث النتائج: فقد توصلت كل من الدراسات السابقة إلى ارتفاع معدل انتشار أعراض توهم المرض لدى عينة الدراسة، كما أن الاضطراب أكثر انتشارا عند الإناث كما في دراسة "طليعي"، كذلك توجد فروق في توهم المرض وفقا لمتغير الوضع الأسري، وسنوات الخدمة، هذا ما أكدته دراسة "بلان". في حين نجد أن دراسة "مارتن وجاكوبي" ووفق المعايير الكلية لتشخيصه فهو نادر الحدوث لدى عامة الناس.

- من حيث العينة: دراسة "بلان" استهدف عينة الممرضات العاملات في المشافي، بينما دراسة "طليعي" استهدف عينة طلبة العلوم الطبية، ودراسة "مارتن وجاكوبي" استهدفت عامة الناس، أما دراسة "نويس" تناولت المرضى المراجعين العيادة الطبية.

- من حيث المتغيرات: نجد دراسة "بلان" تناولت متغير العمر، والوضع الأسري، وكذا متغير سنوات الخدمة. أما دراسة "طليعي" تناولت متغير العمر، الجنس، درجة التعليم.

- من حيث المنهج: من المناهج المستخدمة في هذه الدراسات نجد المنهج الاستكشافي كدراسة "نويس" ودراسة "مارتن وجاكوبي" والمنهج الوصفي العلائقي في دراسة "طليعي"، والمنهج الوصفي الفارقي والمطبق في دراسة "بلان".

إلا أنه من خلال الدراسات التي تبين لنا مدى فاعلية العلاج ما وراء المعرفي لمثل هذه الاضطرابات نجدها أجمعت أغلبها على أنه بالرغم من أن العلاج ما وراء المعرفي موجز نسبياً إلا أنه حقق نجاحاً بشكل كبير، وسجل تحسن على مستوى أعراض كل من القلق والاكتئاب وكذا الوسواس القهري. والذي يعتمد أساساً على تعديل المعتقدات ما وراء المعرفية بعكس العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز فقط على محتوى هذه الأفكار، دون أن يضع في الاعتبار المعتقدات ما وراء المعرفية التي تعد سبباً في استمرار احتفاظ المرضى بأعراضهم رغم تعرضهم للعلاج وهذه المعتقدات.

إلا أن هذه الدراسات اختلفت في تناول أعراض الاضطراب المستهدف، حيث نجد:

- من حيث الهدف: دراسة "Fisher و Wells" تهدف إلى إزالة أعراض الوسواس القهري، والاكتئاب في دراسة "Wells"، أما دراسة "Nordhal" فهي مختلفة عن الدراستين السابقتين والتي تهدف للمقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج ما وراء المعرفي.

- من حيث النتائج: نجد أن هذه الدراسات توصلت إلى نتيجة مفادها: أن العلاج ما وراء المعرفي ذو فاعلية أكثر من العلاج المعرفي السلوكي، هذا ما أكدته دراسة "Nordhal"، كما أنه فعال في إزالة أعراض بعض الاضطرابات مثل الوسواس القهري في دراسة "Wells" و "Fisher" والاكتئاب في دراسة "Wells".

ولم تكن هناك دراسات حول قلق المرض-في حدود اطلاع الطالبة- وهذا ما فتح المجال أمام دراستنا الحالية.

انطلاقاً من نتائج الدراسات السابقة تأتي هذه الدراسة لتناول أحد العلاجات النفسية لذوي قلق المرض، ألا وهو العلاج ما وراء المعرفي نظراً لقلّة الدراسات المحلية - في حدود اطلاع الطالبة - وذلك من خلال طرح التساؤلات الآتية:

2- تساؤلات الدراسة:

1 - ما هي نسبة انتشار قلق المرض لدى عينة الدراسة؟

2 - هل يؤدي العلاج ما وراء المعرفي إلى التخفيف من حالات قلق المرض؟

3-الفرضيات :

- 1 - نتوقع نسبة انتشار قلق المرض مرتفعة لدى عينة الدراسة.
- 2 - يؤدي العلاج ما وراء المعرفي إلى التخفيف من حالات قلق المرض.

4-الأهداف:

هدفت الدراسة الحالية إلى:

- * بناء أداة لقياس قلق المرض وفق المعايير المستحدثة في(DSM-5)، (ICD10)، (ICD11).
- * تسليط الضوء على أحد الاضطرابات النفسية ألا وهو اضطراب قلق المرض، والتعرف على نسبة انتشاره لدى عينة الدراسة.
- * تقييم العلاج ما وراء المعرفي في مدى تخفيفه من حالات ذوي قلق المرض.

5-الأهمية:

- * تكتسي هذه الدراسة أهميتها من أهمية متغيراتها.
- * عدم وجود دراسات محلية عالجت اضطراب قلق المرض من الناحية المعرفية.
- * يمكن لنتائج البحث أن تفسح المجال للعديد من الدراسات بخصوص العلاج ما وراء المعرفي لبعض الاضطرابات النفسية الأخرى.

6- حدود الدراسة:

- الحدود البشرية:** تمثلت عينة الدراسة في طلبة تخصص علم الأحياء التطبيقية بجامعة قاصدي مرياح وطلبة معهد التكوين العالي الشبه طبي بورقلة.
- الحدود الزمنية:** أجريت هذه الدراسة خلال الموسم الدراسي: 2016-2017.
- الحدود المكانية:** أجريت الدراسة على عينة من الطلبة بجامعة قاصدي مرياح ورقلة، ومعهد التكوين العالي الشبه طبي بورقلة.
- كما تتحدد هذه الدراسة من خلال أدوات جمع بياناتها:
- مقياس قلق المرض المصمم من قبل الطالبة.

7-التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

1 قلق المرض: هو انشغال أو اعتقاد مستمر لدى الشخص حول الإصابة بمرض خطير أو أكثر، وانشغاله

بصحته بشكل مفرط، بالرغم من الطمأنة والتقييم الطبي، هذا ما يسبب له من الناحية العيادية حزنا

وضعفا في جوانب مهمة من الأداء، ويتمثل في ثلاثة أبعاد:

- **انشغالات (أو اعتقادات) حول الصحة:** ويقاس هذا البعد درجة انشغال الفرد بصحته.

- **القلق حول الصحة:** ويقاس هذا البعد مستوى قلق الفرد بشأن صحته.

- **سلوكيات متعلقة بالصحة:** ويقاس هذا البعد مختلف السلوكيات التي يقوم بها الشخص بشكل

متكرر والمتعلقة بالصحة للتحقق من الجسم وبحثا عن علامات المرض.

ويتحدد قلق المرض في هذه الدراسة من خلال الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص على استبيان

قلق المرض المصمم من قبل الطالبة. ويعتبر الفرد من ذوي قلق المرض إذا حصل على درجة أكبر من

أو يساوي المتوسط الحسابي النظري (84).

8 - مصطلحات مرتبطة بالبحث:

العلاج ما وراء المعرفي:

هو علاج نفسي يعرض كنهج علاجي للعديد من الاضطرابات النفسية، والتي تؤكد على أهمية كيف يفكر

الشخص، بدلا من مجرد التركيز على محتوى الإدراك القائمة على طرق العلاج المعرفي السلوكي، هدفه

التعرف على متلازمة الانتباه المعرفية من خلال رفع مستوى الوعي لهذه العملية وتحسين الانتباه الانتقائي

ومساعدة العميل على تطوير طرق جديدة للسيطرة على انتباههم باستخدام استراتيجيات فعالة، وتعديل

المعتقدات ما وراء المعرفية. (Devlet, 2014, p14)

الفصل الثاني

اضطراب قلق المرض

- تمهيد
- 1 - مفهوم اضطراب قلق المرض.
- 2 - أسباب اضطراب قلق المرض.
- 3 - معايير تشخيص اضطراب قلق المرض.
- 4 - أعراض اضطراب قلق المرض.
- 5 - تصنيف اضطراب قلق المرض.
- 6 - النظريات المفسرة لحدوث اضطراب قلق المرض.
- 7 - علاج اضطراب قلق المرض.
- 7-1- العلاج العضوي (الدوائي).
- 7 3 -العلاج النفسي.
- 7 4 -العلاج المعرفي السلوكي.
- 7 5 -العلاج ما وراء المعرفي.
- خلاصة الفصل

اضطراب قلق المرض

تمهيد :

تعتبر الاضطرابات جسدية الشكل اضطرابات نفسية تبرز فيها الأعراض الجسدية دون أن يكون لها أي سبب عضوي أو تغير فيزيولوجي يفسرها، ولكن هناك من البراهين ما يدل على ارتباطها بالحالة النفسية والسمة الرئيسة لهذه الاضطرابات هي التقدم المستمر بشكاوي وأعراض جسمية ، مع طلب لإجراء تقصيات طبية بالرغم من النتائج السلبية للفحوص وطمأننة الأطباء بأن الأعراض لا تستند إلى أي أساس جسمي. وإذا كانت هناك أي مشكلات جسمية فإنها لا تفسر طبيعة وشدة الأعراض ولا انزعاج وضيق المريض.

ورغم أن بداية الحالة يرتبط بضغوط نفسية وحياتية إلا أن المريض عادة يقاوم أن يكون سبب الحالة نفسي. تنتشر هذه الاضطرابات بشكل غالب في العقدين الرابع والخامس من العمر وهو مرض نادر الحدوث عند الأطفال إلا في بعض الحالات مثل فقدان الأم و الإيداع في المستشفيات . من بين الاضطرابات نجد اضطراب قلق المرض والذي سنتطرق إليه بشيء من الدقة والتفصيل.

1- مفهوم اضطراب قلق المرض :

1-1 - هو الانشغال الزائد بمرض وانشغال الشخص بصحته بشكل مفرط وتفسيراته غير الواقعية لأعراضه الجسدية مما يؤدي إلى الخوف أو الاعتقاد أنه لديه مرض خطير رغم أن الفحص الجسدي الدقيق يؤكد عدم وجود مرض ، وهذا الاعتقاد أو الخوف غير المنطقي يظل ثابتا رغم التأكيدات الطبية بعدم وجود مرض لديه، ولكن هذا الاعتقاد لا يصل إلى شدة الوهم حيث أنه يمكن أن يقبل احتمال كونه مبالغا في خوفه من المرض أو أنه قد لا يوجد مرض على الإطلاق ، قد يصل الانشغال بوظائف الجسم مثل ضربات القلب أو العرق أو حركة الأمعاء أو الأعراض الجسدية الطفيفة (مثل السعال) إلى حد تفسير الشخص ذلك كبرهان على مرض خطير قد يشمل المرض عدة أجهزة جسدية وقد يتركز بعضو واحد. (تاجي، 2015)

1-2 - يعرفه كفاقي بأنه: اضطراب نفسي المنشأ، عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك . مما يؤدي إلى حصر تفكير الفرد في نفسه واهتمامه المرضي الدائم بصحته وجسمه بحيث يطغى على كل الاهتمامات الأخرى ويعوق اتصاله السوي بالآخرين ، ويشعر بالنقص والشك في نفسه. (بلان، 2014، ص60)

1-3 - 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 و السلوكيات المرتبطة بالمرض لمدة ستة أشهر أو أكثر. (Perri, 2014)

1-4 - يعرف كذلك : بأنه الانشغال الزائد للشخص بصحته بشكل مفرط و تفسيراته غير الواقعية لأعراضه الجسدية مما يؤدي إلى الخوف أو الاعتقاد أن لديه مرضا خطيرا رغم أن الفحص الجسدي الدقيق يؤكد عدم وجود مرض، و هذا الاعتقاد أو الخوف غير المنطقي يظل ثابتا رغم التأكيدات الطبية بعدم وجود مرض لديه، و لكن هذا الاعتقاد لا يصل إلى شدة الوهم حيث انه يمكن أن يقبل احتمال كونه مبالغا في خوفه من المرض أو انه قد لا يوجد مرض على الإطلاق. (الخليل، 2001، ص 150)

*من خلال هذه التعاريف نجد أن أغلبها تتفق على :

-الانشغال والخوف المفرط حول الصحة.

-المبالغة في الآلام والأوجاع البسيطة.

-الاعتقاد بوجود مرض عضوي رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك.

- بالإضافة إلى الشعور بالقلق.

*ومنه يمكن لنا أن نعرف قلق المرض : بأنه مرض نفسي يجعل المصاب ينشغل بشكل مفرط حول صحته، ويعتقد وجود مرض عضوي رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك وكذا المبالغة في الآلام والأوجاع البسيطة، وهذا لمدة ستة أشهر أو أكثر.

2-أسباب اضطراب قلق المرض:

- **العوامل البيولوجية :** لوحظ زيادة معدل انتشار توهم المرض بين التوائم المتماثلة والأقارب من الدرجة الأولى، وهذا يشير إلى العامل الوراثي الجيني، كما لوحظ أن متوهمي المرض لديهم عتبة الألم منخفضة وأن تحملهم للمعاناة الجسدية ضئيل جدا لدرجة أن ما يستقبله الشخص الطبيعي كضغط على البطن مثلا يخبره المتوهم للمرض كألم البطن. قد يهئ المرض العضوي الشخص لتوهم المرض بطريقتين الأولى هي التفاعلات التوهمية المرضية العابرة غالبا تتبع مرضا خطيرا أو مهددا للحياة، والثانية هي توهم المرض الأولى، يبدو أنه يرجع لطفولة بها أمراض عديدة وتواريخ مرضية عديدة عايشها الطفل.
- **العوامل النفسية:** ترى المدرسة التحليلية أن توهم المرض يرجع إلى أصول دينامية فالرغبات العدوانية توجه إلى شكاوي جسدية بعد كبتها وتحويلها بواسطة حيلتي الكبت والنقل، وغضب متوهم المرض يعود إلى احباطات الطفولة والفقْد أثناءها ويعبر عنه خلال توهم المرض كالماس مساعدة الناس وجذب اهتمامهم ثم رفضهم بعد ذلك، ووصفهم بعدم الفاعلية والعجز عن مساعدته، ومن ثم يعد توهم المرض دفاع ضد الشعور بالذنب وشعور الشخص بأنه سيء ونقص اعتبار الذات، بالإضافة إلى أنه علامة على الانشغال بالذات، فالألم والمعاناة الجسدية تصبح وسيلة للتفكير عن أخطاء الماضي سواء كانت على مستوى الواقع أو مستوى الخيال.
- **العوامل الاجتماعية والثقافية:** قد يعتبر الدور المرضي طريقا للهروب من مشكلات عسيرة الحل في بعض البيئات، فتؤجل مقاضاته ويلتمس له الأعذار كمريض بل وقد يكسب تعاطف المحيطين به.
(الخليل، 2001، ص 152-153)

3-معايير تشخيص اضطراب قلق المرض:

يشخص اضطراب قلق المرض حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية

(DSM-5)، كما يلي:

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 سيء 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 الوسواس 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 .

(الحمادي، 2015، ص219).

التشخيص حسب التصنيف الدولي للأمراض ICD11:

أ -انشغال مستمر مع الخوف من إمكانية الإصابة بمرض خطير أو أكثر ، متنامي مهدد للحياة.

ب -يتعلق هذا الانشغال باليقظة المفرطة، وسوء التفسير الكارثي للأعراض الجسدية بما في ذلك الأحاسيس العادية أو المألوفة.

ت استمرار الانشغال أو الخوف بالرغم من الطمأنة والتقييم الطبي.

ث حدوث واحد أو أكثر من السلوكات التالية والمتعلقة بالانشغال أو الخوف:

- الاجتناب - الفحص - البحث عن المعلومة - و/أو طلب الطمأنة.

ج- يسبب الانشغال أو الخوف من الناحية العيادية حزناً أو ضعفاً معبراً في جوانب مهمة من الأداء.

د- يشمل التشخيص كذلك الأشخاص الذين هم بدون متبنيات أو اعتقادات وهمية.

(Veale, & J. Stein, 2014, P24)

4- أعراض اضطراب توهم المرض: تتمثل أعراضه فيما يلي:

*تسلط فكرة المرض على الشخص، والشعور العام بعدم الراحة.

*تضخيم شدة الإحساس العادي بالتعب والألم، واهتمام المرضى والانشغال بالجسم والصحة والعناية الزائدة بها. ويشاهد هذا الاهتمام بكثرة التردد على الأطباء والمبالغة في الأعراض التافهة وتضخيمها

والاعتقاد أنها مرض خطير، والتركيز على صغائر الأعراض المرضية ومحاولة المريض دائماً تشخيص مرضه بنفسه وهذا التشخيص غالباً ينطبق على الحقائق المعروفة طبياً والجري دائماً وراء فتاوى العلاج التي تكتب في الصحف والمجلات والمحاولات العديدة لعلاج نفسه بطريقة محددة.

* الشكوى من اضطرابات جسمية خاصة في المعدة والأمعاء وأي جزء آخر من أجزاء الجسم، وفي بعض الأحيان يكون اختيار العضو أو الوظيفة (التي يكون هدف توهم المرض) له علاقة رمزية بالمشكلة التي تكمن وراء توهم المرض، والإحساس بحركات الأمعاء وضربات القلب وما شابه ذلك، وتتنوع الشكوى. ويجد المريض شكاوى إضافية من المرض. ويميل المريض إلى تعميم المشاعر الجسمية الشاذة المرتبطة بتوهم المرض حتى ليشعر أن الجسم كله في حالة معاناة، وقد يؤدي هذا إلى حالة انسحاب كامل بعيداً عن العالم المحيط به .

*الشعور بالنقص مما يعوق الاتصال الاجتماعي ويؤدي إلى الانعزال أو الانسحاب.
(زهران، 2005، ص492)

5- تصنيف اضطراب قلق المرض:

هناك تصنيفات مختلفة و متعددة لتوهم المرض منها التصنيف الطبي الذي اقترحه Ey و الذي يضم التصنيفات التالية:

5-1 توهم المرض الحصري:

في هذا النوع ينحصر تفكير المريض بالخوف من المرض، لديه مخاوف و تفكير حصري فيما يتعلق بالنشاطات التناسلية، و الوظائف العضوية، و الخوف من السل و الزهري و الإيدز و من الميكروبات من السرطان و غيرها... و في حالات توهم المرض فإن الشخصية الأساسية للمريض تكون ميالة نحو البسيكاستانيا بما فيها من عدائية موجهة نحو الذات، الإفراط في التعلق بالتفاصيل و التدقيق، التشكيك التردد و الوسوسة.

5-2 توهم المرض القلق:

يتصف هذا المريض بجملة من الصفات أهمها أنه قلق وعنيف الانفعال، يتأثر بسرعة و بعنف، كئيب مغتم مستعد للتنازل، يتبع بحماس الأنظمة و التعليمات التي يجعله يحس بأن جسده يهدده و تحديداً يهدد أناه. و هو موسوم بالنظافة و يجعل من هذا الوسواس عصب حياته، هذه الحياة التي تحدها الأنظمة الغذائية، التعليمات الطبية و الأدوية من كل جوانبها. و حاول هذا المريض توريط الطبيب المعالج له و اتهامه بأنه هو سبب تطور مرضه (لأنه لا يعترف بأنه يتوهم)، و قد تظهر لدى هذا النوع من المرضى نوبات من القلق الحاد العشوائي، و أثناء هذه النوبات يتبلور تعلق المريض بالوسواس المرضية (يجد في هذه الوسواس و التوهمات ملاذاً له من صراعاته).

5-3 توهم المرض الهستيرى:

تؤدي الهستيريا إلى تحريك ميكانيزم توهمي إقلابي، و هذا الإقلاب الهستيرى يقوم بتحويل الصراع النفسى إلى أعراض جسدية (وظيفية أو حسية أو حركية)، و ذلك فى محاولة لحل هذا الصراع عن طريق تنفيسه فى التظاهر الجسدى. فالإقلاب الهستيرى من شأنه أن يخفض من حدة القلق الهذيانى لدى مريض التوهم، فالمتوهم و اعتماداً على خياله يعيش المرض و يبالغ فى معاشته، معتمداً على تضخيم الأحاسيس المرضية و على الكذب.

5-4 توهم المرض العظامى (بارانوى):

يتسم هذا المريض بالصفات التالية: عدائى، طاغى، مستبد، متكرر، متطلب، و يشكو من شخص معين يصب عليه انتقاداته، وغالباً ما تتركز الشكاوى المرضية لهذا المريض فى أحشاء البطن، مع اضطرابات فى الجهاز الهضمى. وغالباً ما تتركز هموم المريض و اهتماماته حول عملية التغذية (من الطعام و حتى البراز)، و فى بعض الأحيان تتركز شكاوى المتوهم العظامى (البارانوى) فى المنطقة البولية التناسلية. و هذا المريض يشكو دوماً من كونه ضحية المحيط الذى يعيش فيه، ضحية الأطباء، و ضحية العمليات الجراحية التى أجريت له دون طائل. و هو بذلك يحس نفسه ضحية عوامل و اعتداءات حقيقية، و ليس ضحية عوامل وهمية أو فكرية-أخلاقية. (مارتى، 1999، ص45-48)

6- النظريات المفسرة لاضطراب قلق المرض:

إن أهم التحديات التى تواجهها الدراسات التى تبحث فى أسباب الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية، أن تشخيصات الدليل الخامس اختلفت عن التشخيصات الواردة فى الدليل الرابع المعدل. "فالملامح الرئيسية للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية ولاسيما اضطراب قلق المرض تشمل الانتباه الشديد للأعراض الجسدية والقلق غير المناسب نحو الصحة. و تركز النماذج العصبية البيولوجية والسلوكية المعرفية على محاولة فهم العوامل التى تزيد الوعي والمشقة نحو الأعراض الجسدية" (آن كرينغ وجونسون، و دافيسون، وجوهان، 2016، ص476)، كما يلي:

1.6. النماذج العصبية البيولوجية :

تركز النماذج العصبية البيولوجية للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية على أجزاء المخ التى تنشط من خلال الإحساسات الجسدية غير السارة. فالألم والإحساسات الجسدية المزعجة مثل السخونة، تزيد من نشاط أجزاء من المخ تسمى الفص الأمامى (the anterior insula) والتلفيف الحزامى، هذه الأجزاء ترتبط بقوة مع القشرة المخية الحسية الجسدية (the somato-sensory cortex)، وهى منطقة المخ المسؤولة عن الإحساسات الجسمية. فتتسبب هذه الأجزاء يرتبط مع التركيز على الأعراض الجسدية، وزيادة معدلات الاستجابة غير المرغوبة للمنبهات. ومن ثم فهناك بعض الأفراد الذين لديهم نشاط مرتفع لهذه

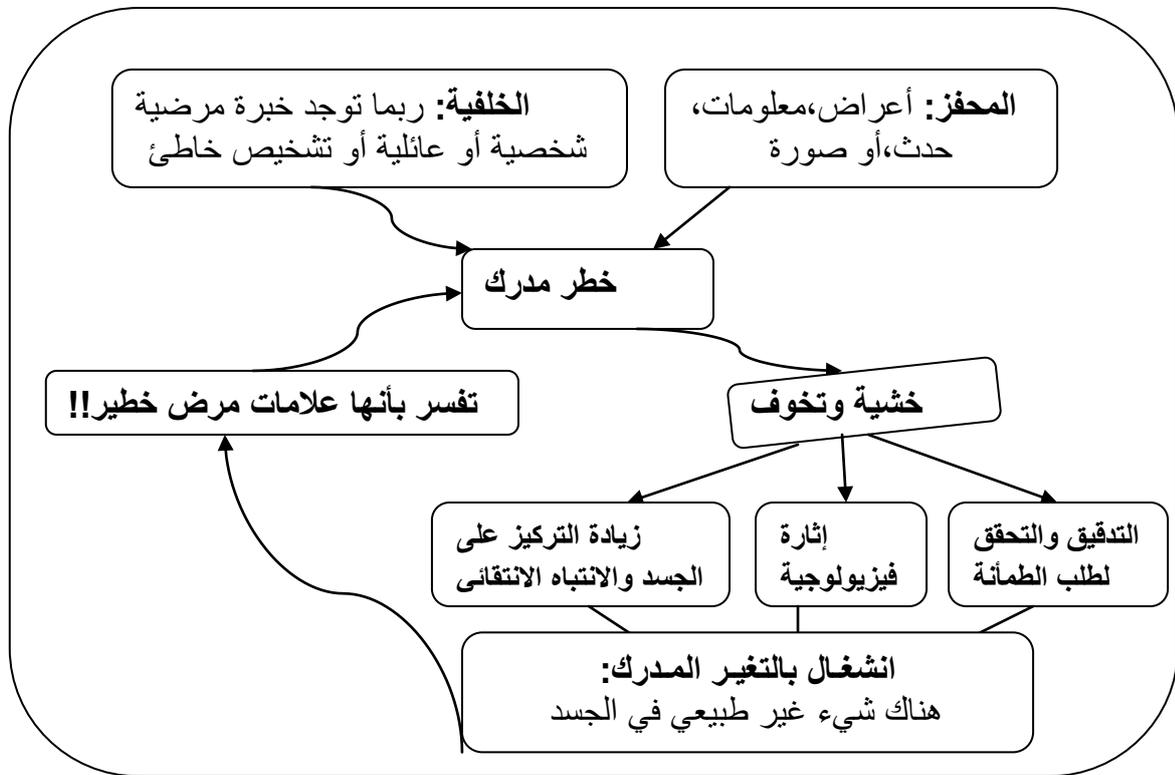
الأجزاء في المخ، وهذا يساعد في تفسير لماذا يصاب بعض الأفراد بخبرة الألم و الأعراض الجسدية مقارنة بالآخرين (أن كرينغ وجونسون، ودافيسون، وجوهان، 2016، ص477).

2.6. 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.

(أن كرينغ وجونسون، ودافيسون، وجوهان، 2016، ص478)

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 (وانل أبو هندي، 2015)، 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 ، والشكل التالي يوضح آلية حدوث قلق المرض، كما يلي :



شكل رقم (1): يوضح كيفية حدوث قلق المرض. (أبو هندي، 2015)

كما يبين النموذج في الشكل أعلاه لحالة اضطراب قلق المرض فإنه بمجرد النقاء 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 (أبو هندي، 2015).

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 تحليلا آخر في الشهور القليلة المقبلة... لا بد أنه يفكر لا أن هناك شيئا خطأ" بينما 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 الطمأنة.

4- تغيرات وجدانية: خاصة القلق والاكتئاب والتي من المعروف فضلا عما تسببه من أعراض جسدية أنها تزيد من التوجس والشعور بالخطر كما تساعد على غلبة السلبية في التفسيرات والتوقعات (أبو هندي، 2015).

كما يرى "آن كرينغ وآخرون" أن "اعتقاد الفرد بأنه مريض عضويا قد يرجع إلى خبراته الأولى مع الأعراض العضوية (كإصابته بمرض خطير في مرحلة الطفولة)، أو إلى السلوكيات العائلية التي ترسخت بداخله" (آن كرينغ وجونسون، ودافيسون، وجوهان، 2016، ص 478). 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 تؤدي إلى تفاقم المخاوف والقلق بشأن الصحة بدلا من الطمأنة (Jean 2014, Tignol)، 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 أنواعا أخرى من المعززات السلوكية للأعراض الجسمية، فقد

ينتقلون على سبيل المثال مساعدات مالية وهذا يتوقف على مدى إعاقة الأعراض التي يعانونها لأنشطتهم اليومية مما يعزز حالة القلق بشأن الصحة.

7- علاج اضطراب قلق المرض:

7-1- العلاج العضوي (الدوائي):

تستخدم الأدوية النفسية الوهمية، و الأدوية المهدئة في علاج قلق المرض. فقد يفيد علاج العقاقير مثل مضادات الاكتئاب والمهدئات في التخفيف من التوتر المصاحب ، و قد تستخدم كذلك لتخفيف أعراض القلق والهلع، وفي تخفيف الشعور بالخوف من الإصابة بمرض أو حالة صحية ما . تؤخذ مضادات الاكتئاب يوميا عادة، وقد تستغرق مدة أسبوعين إلى شهرين للحصول على الأثر المطلوب وهي لا تسبب الإدمان عادة. (شاهين، والرخاوي، 1977، ص 67)

- إن العلاج بالعقاقير لا يفيد إلا في حالة وجود أعراض مصاحبة يتوجه إليها، مثل القلق و الاكتئاب، و عندما يكون توهم المرض ثانويا لاضطراب نفسي آخر فيجب علاج هذا الاضطراب. (الخليل، 2001، ص153)

7-2- العلاج النفسي:

يعرفه حامد زهران " بأنه نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج المشكلات أو الاضطرابات ذات الصبغة الانفعالية، التي يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، حيث يتم العمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة وتوافقه مع بيئته واستغلال إمكاناته وتنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو الصحي، بحيث يصبح المريض أكثر نضجا وقدرة على التوافق النفسي في المستقبل ". (إجلال، 2000، ص 86). هذا العلاج النفسي الذي يركز على التظمين النفسي والإيحاء لمساعدة المريض على كشف صراعاته الداخلية و التخلص منها ، و شرح العوامل التي أدت إلى المرض والعلاقة بينها وبين الأعراض، وتوجيه مجال الاهتمام من الذات إلى مجالات أخرى.

يجب أن يوجه العلاج النفسي لمتوهم المرض لتقليل التوتر و كيفية التعايش مع المرض المزمن و يتم في إطار فردي تحليلي أو جماعي. وقد نلجأ في ذلك إلى العلاج السلوكي أو العلاج التدعيمي، و أحيانا إلى العلاج التحليلي العميق.

7-3-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، ص486). ويشير (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 بتريسيخ 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، وصولا إلى قطع حلقات الإدامة. وختاما يتم التدريب على منع الانتكاس.

و تشمل الاستراتيجيات المعرفية العلاجية في علاج قلق المرض عددا 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%) إضافة إلى أهمية التعرف قدر الإمكان على 'قاعدة بيانات الصحة والمرض' الناقصة أو الخاطئة أيا كانت مصادرها -برامج 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 وتريسيخ القناعة بأسباب غير مرضية للأعراض (أبو هندي، 2015) فضلا عن مساعدته على اكتشاف دور عوامل الإدامة، وأيضاً لمساعدته على اكتشاف دور التفكير السلبي في زيادة الأعراض بشكل عام وأخيرا مساعدته على معرفة ما إذا كان استخدام إستراتيجية بديلة سيكون مفيدا . إذن نجد العلاج المعرفي السلوكي يركز 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 (أبو هندي، 2015)

7-4- 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).

1- أهداف العلاج ما وراء المعرفي: 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 المعرفية 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 وتفنيذ المعتقدات الإيجابية والسلبية التي يتمسك بها المرضى بشأن أفكارهم الاقترامية و سلوكياتهم.
- 4 - تعديل عدد من المعتقدات ما وراء المعرفية خاصة معتقدات دمج الفكر.
- 5 - تدريب المرضى على كيفية استخدام الاستراتيجيات العلاجية ما وراء المعرفية مع المواقف المشككة المصاحبة للاضطراب النفسي، و تشكيكهم في النتائج المترتبة من وجهة نظرهم على التخلي عن القيام باستراتيجيات التحكم. (أبو هندي، 2016)
- 6 - زيادة مهارات اليقظة أو الانتباه المتقطع (Detached Mindfulness) (Wells, 2000) عن (الخولي، 2014، ص82)

2- بعض فنيات أو تقنيات العلاج ما وراء المعرفي:

يقدم العلاج النفسي ما وراء المعرفي عددا من التقنيات لإكساب الأشخاص ملكات معينة عبر صقل وظائف عقلية معينة ولعل من أهم تلك التقنيات تقنية تدريب التركيز Attention Training Technique وفيها يتم تدريب الشخص على التحكم في التركيز وتوسيع وتضييق مجاله وكذلك إبدال التركيز من هدف إلى آخر، وهو ما يتم عادة عبر الاستماع إلى أكثر من صوت في نفس الوقت (Wells, 2009) مع التدريب على تحويل التركيز من صوت إلى آخر ومن التركيز على أكثر من الصوت إلى التركيز على صوت واحد إلخ، وأيضا يقدم تقنيات تطوير " موهبة " الوعي التام المنفصل أو المستقل Detached Mindfulness ، وغيرها إذ كما قلت في البداية ما يزال المجال مفتوحا للابتكار والإبداع.

حيث تم تطوير هذه الاستراتيجيات من أجل تحرير المرضى من أساليبهم التفكيرية سيئة التكيف وهي:

- 1-تقنية تدريب الانتباه (ATT): هي إستراتيجية مهمة في العلاج ما وراء المعرفي الهدف منها هو مساعدة المرضى الذين يعانون من القلق والاكتئاب في إعداد مرونة إجرائية والتحرر من المستويات غير الصحية للانتباه المعدل ذاتيا.

وصفها: نقوم بوصف وتفسير الغرض للمريض، وبعدها ممارسة 5 دقائق للانتباه الاختياري 5 دقائق للتحويل (التبديل) السريع للانتباه، وفترة موجزة (1-2) دقيقة للانتباه المنقسم (المنفصل). يطلب من المريض أن يركز بشكل حصري على واحد من عدة أصوات داخل الغرفة، وراء الغرفة، أو في فضاءات مكانية في الخلف، في الأمام، إلى الجانب من أجل تشتيت التركيز بسرعة، ومحاولة أخذ كل الأصوات في فترة واحدة على التوالي، تمارس مرة واحدة على الأقل في اليوم، ولا يجب استعمال هذه التقنية من أجل إلغاء أو محو الأفكار السلبية، ولا يجب مقاومة الأفكار خلال الإجراء لكن تعالج كحركة إضافية في الذهن. (Dugas, 2012, p75)

2-تقنية الانتباه المنفصل (DM): في هذه التقنية المريض منتبه وواعي بالأحداث المعرفية دون تثبيت الانتباه إلى أي منها بالخصوص، تم وصف هذه التقنية للاعتراف بالأفكار الحالية أو المشاعر والأحاسيس، مع التركيز على الانتباه الزائد إلى قبول التجربة الفورية. في الانتباه المنفصل (DM) يمنع كل ارتباط سلوكي أو مفاهيمي مع الأفكار، المعتقدات الذكريات، والأحاسيس، علاوة على ذلك هذه الأحداث الذهنية هي ملاحظة من وجهة نظر منعزلة، بالتخيل داخل الذهن تتفصل عن معارف الفرد وشروود الفرد.

وصفها: الطريقة الوحيدة لتسهيل هذا النموذج مع المرضى يكمن في سؤالهم أو الطلب منهم باستحضار صورة ذهنية لنمر، والسماح له بالحركة بحرية حول منظر طبيعي ريفي خلال ملاحظة سلوكياته كمجاز للأفكار السلبية. من الممكن كذلك وضع مفاهيم للأفكار كأحداث عابرة للذهن. يطلب من المرضى محاولة تنفيذ الانتباه المنفصل بأنفسهم كلما لاحظوا فكرة سيئة، في محاولة لإخراج التناذر الانتباهي المعرفي (CAS) وتجنب تنبيه الاجابات والمعتقدات غير المساعدة .

هذه التقنية تعود إلى كيفية استجابة الأفراد إلى الأحداث الذهنية:القلق، الصور المتطفلة، أفكار وذكريات سلبية فهي تتضمن عدم تواصل لأي استجابة معرفية أو مكافحة إضافية للأفكار.

(wells & Fisher, 2009, p148)

بهذه الطريقة نجد تقنية تدريب الانتباه والانتباه المنفصل يعملان بانسجام لإعداد مراقبة انتباهية مرنة وإزاحة أو محو المعالجة المرضية لكل معلومة والأفكار الناتجة دون العمل لإزاحة الأفكار نفسها.

(Dugas, 2012, p76)

3-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 دائما 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 واعيا 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 (الخولى، 2014، ص84)

4- فنية التداوي الحر (Free association task):

وصفها: لتسهيل الملاحظة السلبية للأحداث الداخلية وتدفقها والتي تثيرها المثيرات اللفظية، وتسهيل ما وراء الوعي، واللاتمركز، والاستقلال الانتباهي، والمعالجة المفاهيمية المنخفضة (نفس المرجع السابق ص85).

تطبيقها: يتم التعريف بالمهمة بالطريقة التالية": حتى تكون على معرفة باستخدام الانهماك الذهني المستقل (detached mindfulness) (DM) 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 يحلق 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 وسلوكاته) بصورة تدريجية كلما كان ذلك مناسب (Wells, 2005) عن (الخولى، 2014، ص85)

4-ترتيب التطبيقات وتقنيات ما وراء المعرفة خلال العلاج ما وراء المعرفي:

المعالج بشكل عام يتبع مساراً متتابعاً بالرغم من أنه قد تكون هناك بعض الاختلافات بين اضطرابات معينة وكذلك بالنسبة لعميل معين له جدول زمني عام من أجل تطبيق تقنيات ما وراء المعرفة على النحو التالي :

- إشراك العميل للعلاج وتشكيل حلقة علاجية (تحالف) .
- التثقيف النفسي حول هذا الاضطراب والعلاج المحدد.
- تحويل المريض إلى وضع ما وراء المعرفي.
- تفعيل إستراتيجية التحكم التنفيذي للتغلب على الآثار.
- تغيير إستراتيجية المواجهة غير تكيفية مع الأكثر فعالية.
- التعامل مع تحدي المعتقدات المتهورة للإدراك والعواطف.
- تحدي وتعامل مع المعتقدات المتهورة والخطرة للعواطف والإحساس والإدراك.
- تحدي وتعامل مع ايجابيات معتقدات ما وراء المعرفة .
- استبدال استراتيجيات الوقاية من الانتكاس وإنهاء العلاج.

(Devlet, 2014, p14)

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم التطرق إليه في هذا الفصل نستنتج أن قلق المرض من الاضطرابات جسدية الشكل والذي أدرج حديثاً وفق المعايير المستحدثة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس والتصنيف الدولي 11، حيث يتسم بلانشغال الزائد للشخص بصحته بشكل مفرط و تفسيراته غير الواقعية لأعراضه الجسدية مما يؤدي إلى الخوف أو الاعتقاد أن لديه مرضاً خطيراً رغم أن الفحص الجسدي الدقيق يؤكد عدم وجود مرض، ونقترح بذلك علاجاً دوائياً للتخفيف من حدة المخاوف من الأعراض الجسدية، وعلاجاً نفسياً يستهدف التقليل من الانتباه المفرط نحو الأحاسيس الجسدية، كالعلاج الحديث ألا وهو العلاج ما وراء المعرفي الذي يهدف إلى تحويل أو تغيير المرضى إلى نموذج ما وراء المعرفي للتفكير وتحدي معالجة أفكارهم، حيث أنه يستهدف الأساس المنطقي لما وراء المعتقدات الإيجابية والسلبية وكذا كسلوك تأقلمي وتحكمي في التهديد، إذ تركز برامج هذه المعالجة على تفسيرات المرضى وردود أفعالهم على أفكارهم، وليس على محاولة تعديل المعارف بشكل مباشر، ومع ذلك يعتبر امتداداً للعلاج السلوكي المعرفي التقليدي . حيث أن العلاج ما وراء المعرفي قد يكون له احتمالية معالجة وخلق استقرار لأعراض بعض الاضطرابات بطريقة فعالة ومباشرة مثل اضطراب قلق المرض.

الباب الثاني:

الجانب الميداني

الفصل الثالث: الإجراءات الميدانية للدراسة

تمهيد.

1. المنهج المستخدم في الدراسة.

2. العينة والمجتمع الأصلي للدراسة

أولاً: الدراسة الاستطلاعية

ثانياً: الدراسة الأساسية

3. أدوات الدراسة:

1. مقياس قلق المرض .

أولاً : وصف المقياس .

ثانياً : الخصائص السيكومترية للمقياس.

2- البرنامج العلاجي

أولاً: وصف البرنامج.

ثانياً: تطبيق البرنامج.

تمهيد:

بعد الاطلاع على الجانب النظري والتعرف على اضطراب قلق المرض وفق التصنيفات الحديثة DSM5 و ICD11 نتطرق إلى إجراءات الدراسة الميدانية من خلال التطرق إلى المنهج المستخدم في الدراسة الحالية، وكذا أدوات الدراسة، والدراسة الاستطلاعية، أي نقل لما هو موجود في الواقع التطبيقي.

1 المنهج:

يعد المنهج الطريقة أو الوسيلة التي يحتكم إليها الباحث ، وهو الطريقة المستخدمة و التي يتبعها الباحث في بحثه ودراسته لاكتشاف الحقيقة .

بما أن طبيعة البحث هي التي تفرض على الباحث المنهج الذي يتبعه، وبما أننا بصدد دراسة "فاعلية العلاج ما وراء المعرفي في خفض قلق المرض لدى عينة من طلبة تخصص علم الأحياء التطبيقية، وطلبة معهد التكوين العالي شبه الطبي" اعتمدت الدراسة الراهنة على المنهج التجريبي، إذ يعد أقرب مناهج البحوث لحل المشاكل بالطريقة العلمية كما يعد منهج البحث الوحيد الذي يمكنه الاختبار الحقيقي لفروض العلاقات الخاصة بالسبب والأثر. ويتوفر به أقصى درجات الضبط العلمي حيث يتيح للباحث أن يغير عن قصد وعلى نحو منتظم متغيرا معينا ليرى تأثيره على متغير آخر في الظاهرة محل الدراسة. (عوض، وعلي، 2002، ص57)

وقد استعلت الطالبة تصميم المجموعتين التجريبية (3 حالات) من طلبة تخصص علم الأحياء التطبيقية بجامعة قاصدي مرباح ورقلة، والضابطة (3 حالات) من معهد التكوين العالي شبه طبي.

المجتمع الأصلي للدراسة:

يتمثل مجتمع هذه الدراسة في طلبة التمريض بالمعهد الوطني للتكوين العالي شبه الطبي بمدينة ورقلة. بلغ عددهم (450) طالب و طالبة. يزاولون تعليمهم في هذا المعهد وتتراوح أعمارهم بين (18-21) سنة. يخضعون لتكوين علمي أكاديمي لمدة ثلاث سنوات، وفق برامج تعليمية خاصة بالتمريض في معهد التمريض (الشبه الطبي) بمدينة ورقلة يتحصلون في نهاية تكوينهم على شهادة ليسانس مهنية تمكنهم من تقديم العناية التمريضية في المؤسسات الإستشفائية العمومية و الخاصة.

كما تمثل مجتمع طلبة تخصص علم الأحياء التطبيقية بجامعة قاصدي مرباح ورقلة في (1529) طالب بكلية علوم الطبيعة والحياة.

عينة الدراسة:

للقيام بدراسة أو بحث علمي لا بدأ أولاً القيام بالدراسة الاستطلاعية، وهذا من أجل تحديد الإطار العام الذي تجرى فيه الدراسة، وكذلك لجمع المعلومات عن حالات البحث المراد دراستها. وقد كانت الدراسة الاستطلاعية في بادئ الأمر على عينة تتكون من (50) طالب. 27 طالبة من تخصص علم الأحياء التطبيقية، و 23 طالبة من معهد التكوين العالي الشبه طبي من مدينة ورقلة، وتم اختيارهم بطريقة عشوائية، وقد حاولنا أن تكون عينة الدراسة الاستطلاعية قريبة من خصائص عينة الدراسة الأساسية .

حيث 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 (إبراهيم، 2000، ص39).

بعد التأكد من صدق وثبات مقياس قلق المرض المصمم من طرف الطالبة تم تطبيقه على 50 طالبة من تخصص علم الأحياء التطبيقية و 40 طالبة من معهد التكوين الشبه طبي وذلك للأسباب التالية:

أ - طبيعة التخصص والذي قد نعتبره من بين تخصصات العلوم الطبية.

ب كذلك احتمالية انتقال العدوى من أشخاص مصابين بأمراض معدية من خلال التعامل مع عينات الدم.

ت كذلك الوضع الذي يكون فيه المخبري عند إجراء التحاليل المخبرية.

من هنا نستطيع القول بأن اختيار العينة كان للأسباب السابق ذكرها، وبعد تطبيق مقياس قلق

المرض على عينة الدراسة الأساسية تم اختيار 6 حالات. 3 حالات من طلبة تخصص علم الأحياء التطبيقية بجامعة قاصدي مرباح ورقلة لتكون مجموعة تجريبية، و3 حالات من طلبة معهد التكوين العالي الشبه طبي بورقلة كمجموعة ضابطة، بقياسين قبلي وبعدي، وبعد أخذ موافقتهم على تطبيق برنامج

العلاج ما وراء المعرفي. تم خلالها القيام بالقياس القبلي لكلا المجموعتين، بعدها تطبيق البرنامج بالنسبة للمجموعة التجريبية وبعدها القيام بالقياس البعدي لكلا المجموعتين.

وصف أداة القياس وخصائصها السيكمترية:

1 مقياس قلق المرض:

تم بناء هذه الأداة بعد الاطلاع على ما يأتي:

من خلال تحليل فقرات بطارية منسوتا المتعدد الأوجه MMPI في مقياس توهم المرض سجلت الطالبة ما يلي:

*تتدرج الفقرات تحت الأبعاد التالية:

-البعد الأول: الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية، ويشمل أرقام الفقرات:

.141،159،101،97،111،91،59،57،53،47،39،44،40،28،20،11،8،255،142

-البعد الثاني: القلق حول الصحة، ويشمل أرقام الفقرات: .33،45،92،148،175،176،237،224

-البعد الثالث: سلوكيات متعلقة بالصحة، ويشمل أرقام الفقرات: . 22،39،118،152،378

*ICD10 : الدلائل التشخيصية:

A. اعتقاد مستمر بوجود مرض جسمي خطير أو أكثر يتسبب في العرض أو الأعراض الموجودة، وذلك بالرغم من أن الأبحاث والفحوصات المتكررة لم تتجح في التعرف على أي تفسير جسمي كاف أو انشغال مستمر بتشوه مفترض.

B. رفض مستديم لقبول النصح والطمأننة من عدة أطباء مختلفين بعدم وجود مرض جسمي يفسر الأعراض. (عكاشة، 1999، ص 175)

*DSM5 : معايير التشخيص:

A. الانشغال بوجود أو باكتساب مرض خطير.

B. 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.

C. هناك مستوى عال من القلق حول الصحة، ويشعر الفرد بالفزع بسهولة حول الحالة الصحية الشخصية.

D. 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).

E. الانشغال المرضي الحالي قد كان حاضراً لمدة 6 أشهر على الأقل، ولكن المرض المحدد الذي يخشى منه قد يتغير خلال تلك الفترة من الزمن.

F. 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 الوسواس القهري، أو اضطراب الضلالي، النوع الجسدي.

(الحمادي، 2015، ص 219).

*ICD11:معايير التشخيص:

1- انشغال مستمر مع الخوف من إمكانية الإصابة بمرض خطير أو أكثر متنامي مهدد للحياة.
2- يتعلق هذا الانشغال باليقظة المفرطة، وسوء التفسير الكارثي للأعراض الجسدية بما في ذلك الأحاسيس العادية أو المألوفة.

3- استمرار الانشغال أو الخوف بالرغم من الطمأنينة والتقييم الطبي.

4- حدوث واحد أو أكثر من السلوكيات التالية والمتعلقة بالانشغال أو الخوف:

الاجتناب - الفحص - البحث عن المعلومة - و/أو طلب الطمأنينة.

5- يسبب الانشغال أو الخوف من الناحية العيادية حزناً أو ضعفاً معبراً في جوانب مهمة من الأداء.

6- يشمل التشخيص كذلك الأشخاص الذين هم بدون متبئات أو اعتقادات وهمية.

(Veale & Stein, 2014, P24)

* بعض المقاييس المستخدمة في الدراسات السابقة.

وعليه تم استخلاص أداة تتكون من (28) بنداً في صورتها النهائية، ويتم الإجابة عليها ضمن خمسة بدائل هي (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً) تتراوح تقديراتها الكمية بين (1، 2، 3، 4، 5) على الترتيب موزعة على ثلاثة أبعاد تتمثل في:

- انشغالات (أو اعتقادات) حول الصحة: ويقاس هذا البعد درجة انشغال الفرد بصحته. ويضم

9 عبارات.

- القلق حول الصحة: ويقاس هذا البعد مستوى قلق الفرد بشأن صحته. ويضم 9 عبارات.

- سلوكيات متعلقة بالصحة: و يقيس هذا البعد مختلف السلوكيات التي يقوم بها الشخص بشكل متكرر والمتعلقة بالصحة للتحقق من الجسم وبحثا عن علامات المرض. ويضم 10 عبارات.

جدول رقم (1) : يوضح أبعاد وبنود مقياس قلق المرض

الأبعاد	عدد البنود
انشغالات(أو اعتقادات)حول الصحة	1,3,7,8,9,4,5,2.
القلق حول الصحة	10,11,12,13,14,15,16,17,18.
سلوكيات متعلقة بالصحة	19,27,28,26,24,25,23,22,21,20.

يبين الجدول رقم (1) أبعاد وعدد بنود مقياس قلق المرض، حيث أن 26 بند مصاغة بطريقة سلبية وبندين مصاغين بطريقة ايجابية، أي أنه كلما زادت الدرجة المتحصل عليها الفرد على هذا المقياس كلما دل ذلك على أن الفرد يعاني قلق المرض. والجدول التالي يوضح مستوياته:
الجدول رقم(2): يوضح مستويات قلق المرض.

مستويات قلق المرض	
ذوي قلق المرض المنخفض	درجة (28-56)
ذوي قلق المرض المتوسط	درجة (56-84)
ذوي قلق المرض المرتفع	درجة (84-112)

نلاحظ من خلال الجدول أن أدنى درجة للمقياس هي (28) وأعلى درجة هي (116)، حيث تم تحديد مدى مقياس قلق المرض (28-140) يساوي (112)، وتم تقسيمه إلى ثلاث مستويات متساوية مدى كل مستوى يساوي (28)، وعليه تكون درجات المستوى المنخفض بين (28-56) درجة، أما المستوى المتوسط فقد حدد بين (56-84) درجة، بينما درجة المستوى المرتفع بين (84-112) درجة.

ثانيا : الخصائص السيكومترية لمقياس قلق المرض:

(1) حساب الصدق : للتأكد من صدق مقياس قلق المرض قامت الطالبة بحسابه بطريقة:

أ - صدق المحكمين:

تم عرض مقياس قلق المرض المكون من (30) فقرة في صورته الأولية كما هو موضح في استمارة التحكيم في الملحق رقم (01) على (05) محكمين هم أساتذة في علم النفس، الملحق رقم (02). حيث طلب منهم قراءة أبعاد المقياس والتعريف الإجرائي لكل بعد، والبنود المتضمنة فيه، ثم الحكم

عليها من حيث مدى وضوح صياغتها 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، واعتمادا على ذلك، حظيت جميع بنود المقياس بالاتفاق بين المحكمين، في حين تم تعديل ستة (06) فقرات من حيث الصياغة كما هو مبين في الجدول رقم (03) وحذف بندين اللذين ارتئ أنهما لا يخدمان المقياس كما هو موضح في الجدول :

الجدول رقم (03): يوضح الفقرات المعدلة والمحذوفة من مقياس قلق المرض في ضوء آراء المحكمين.

الفقرات الأبعاد	رقم الفقرة	الفقرة قبل التعديل	الفقرة بعد التعديل	الفقرات المحذوفة
البعد الأول: انشغالات(اعتقادات)حول الصحة	2	/	/	أهتم بشكل كبير بمظهري الجسمي.
	3	يتسبب انشغالي حول صحتي بخلل اجتماعي ووظيفي.	يتسبب الانشغال بصحتي بخلل اجتماعي.	/
	4	أجد صعوبة في طرد الأفكار التي تراودني عن صحتي.	أجد صعوبة في إزاحة الأفكار التي تراودني عن صحتي.	/
	5	أشعر بالفزع بسهولة بشأن صحتي.	أفزع بسهولة بشأن صحتي.	/
	9	أعتقد أنني مصاب أو سأصاب بمرض خطير.	أعتقد أنني مصاب بمرض خطير.	/
	11	نومي مضطرب وقلق	أنام بشكل مضطرب	/
	16			لدي خوف وقلق مفرط بشأن الإصابة بمرض معين.

أراقب باستمرار التغيرات الجسدية التي تحدث لدي.	ألاحظ باستمرار التغيرات الجسدية التي تحدث لدي.	27	البعد الثالث: سلوكيات متعلقة بالصحة.
--	--	----	--------------------------------------

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه الفقرات المعدلة بالنسبة للبعد الأول، الثاني، والثالث ، والبدين اللذين حذفنا من المقياس (البند رقم 2، والبند 16 قبل التحكيم).

ب صدق الاتساق الداخلي:

يتم حساب الاتساق الداخلي عن طريق إيجاد معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تمثله، ثم حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس.

(مراد وسليمان، 2002، ص 357)

الجدول رقم (4): يوضح معامل الارتباط بين الفقرة والبعد وبين الفقرة و الخاصة

معامل الارتباط بين الفقرة والخاصة	معامل الارتباط بين الفقرة والبعد	رقم الفقرة	معامل الارتباط بين الفقرة والخاصة	معامل الارتباط بين الفقرة والبعد	رقم الفقرة
**0,570	**0,386	15	**0,457	**0,662	01
0,191	**0,693	16	**0,429	**0,454	02
**0,609	**0,659	17	**0,542	**0,663	03
**0,584	**0,605	18	**0,643	**0,639	04
**0,587	**0,386	19	**0,580	**0,626	05
**0,375	*0,272	20	**0,478	**0,654	06
0,159	*0,363	21	**0,383	**0,390	07
**0,504	**0,766	22	**0,403	**0,582	08
0,079	0,159	23	**0,390	**0,440	09
*0,336	**0,625	24	**0,553	**0,631	10
0,524	**0,642	25	**0,652	**0,653	11
**0,095	0,156	26	**0,711	**0,598	12
**0,453	**0,577	27	**0,699	**0,789	13
*0,353	**0,589	28	0,212	**0,320	14

*: دال عند 0.05 ، **: دال عند 0.01

من خلال الجدول رقم(4) والذي يوضح معامل الارتباط بين الفقرة والبعد وبين الفقرة والخاصة ككل نلاحظ أن أغلب فقرات المقياس دالة عند مستوى الدلالة 0.01، هذا ما يدل على الفقرات وأبعادها تقيس لما وضعت لقياسه.

الجدول رقم(5): يوضح معامل الارتباط بين البعد والخاصة

الأبعاد	معامل الارتباط بين البعد والخاصة
البعد الأول	**0,847
البعد الثاني	**0,901
البعد الثالث	**0,689

*دال عند (0.05) ، **دال عند (0.01)

من خلال الجدول رقم (5) نلاحظ أن الأبعاد مرتبطة بالخاصة ارتباطا قويا ودال إحصائيا عند (0.01) وهذا يعني أنها تقيس الخاصة.

من خلال الجدولين رقم (4) ورقم (5) يتضح لنا أن المقياس يتمتع بصدق تناسق داخلي عال .

2-الثبات: للتأكد من ثبات مقياس قلق المرض قامت الطالبة بحساب الثبات بطريقة:

ث - التجزئة النصفية:

تم حساب الثبات بطريقة جتمان (Guttman) والتي يتم بتجزئة الأداة إلى نصفين (البنود الفردية مقابل البنود الزوجية).

الجدول رقم(6): يوضح معامل الارتباط ومعامل جتمان للمجموعتين:

المجموعات	عدد الفقرات	معامل الارتباط	معامل جتمان
النصف الأول	14	0,765	0,893
النصف الثاني	14	0,691	

من خلال الجدول رقم (6) والذي يوضح معامل الارتباط بين المجموعتين الأولى والثانية، والذي بلغ في النصف الأول (0.765)، بينما بلغ النصف الثاني (0.691)، في حين نجد معامل جتمان بلغ (0.893)، وهي قيم مرتفعة نسبياً هذا ما يدل على ثبات المقياس.

ج - طريقة ألفا كرونباخ:

الجدول رقم (7): يوضح معامل ألفا كرونباخ لأبعاد الخاصة:

الأبعاد	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
البعد الأول: انشغال واعتقاد حول الصحة	9	0,738
البعد الثاني: القلق حول الصحة	10	0,803
البعد الثالث: سلوكيات متعلقة بالصحة	9	0,570

من خلال الجدول رقم (7) نلاحظ أن معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد الخاصة كانت قيم مرتفعة هذا ما يدل على ثبات أبعاد الخاصة. حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ للبعد الأول (0.738)، والبعد الثاني بلغ (0.803)، بينما البعد الثالث بلغ (0.570).

من خلال الجدول رقم (6) و (7) نستطيع القول أن المقياس يتمتع بمستوى عالٍ من الثبات.

2 البرنامج العلاجي:

تم إعداد هذا البرنامج من طرف الطالبة بعد الاطلاع على الأطر النظرية والتي تخص البرامج العلاجية، والتي من خلالها أعدت جلسات البرنامج، ومحتوى كل جلسة كما هو موضح:

أ -الهدف العام من البرنامج:

يهدف البرنامج العلاجي إلى التخفيف من الأعراض لدى عينة من حالات قلق المرض.

ب إجراءات تطبيق البرنامج:

كان منهاج سير البرنامج العلاجي في كل جلسة كما يلي:

- **هدف الجلسة:** ويقصد بها التقنية المراد تطبيقها على الحالات، حيث خصصت جلستين لتقنية تدريب

الانتباه، وجلستين للانتباه المنفصل، في حين الجلسة الأولى خصصت لخلق جو من الألفة والثقة،

وكذا التنقيف النفسي بالاضطراب، والبرنامج العلاجي.

- **التقنيات المستخدمة:** يقصد بها الفنية المطبقة في الجلسة .

- **محتوى الجلسة:** ويقصد بها كل ما يتم التطرق إليه في كل جلسة.

- **مدة الجلسة:** ويقصد بها المدة التي تستغرقها الطالبة في تحقيق الهدف أثناء التطبيق.

- **المواد المستخدمة:** ويقصد بها المواد أو الأدوات المستخدمة أثناء التطبيق.

ج- محتوى البرنامج العلاجي:

طبق البرنامج العلاجي في 5 جلسات بمعدل 3 جلسات أسبوعيا، والتي طبقت فرديا، حيث

تراوحت مدة كل جلسة 45 دقيقة، ماعدا الجلسة الأولى فكانت مدتها 60 دقيقة وذلك لأنها تهدف إلى

التنقيف النفسي بالاضطراب، وكذا البرنامج العلاجي .

أولاً: وصف البرنامج:

الجلسة الأولى :

أهداف الجلسة :

1 - إقامة علاقة بين "الطالبة" والحالة . (أخذ الموافقة من الحالات)

2 - تعريف الحالة بالبرنامج وتقديم معلومات حول البرنامج . (أي في إطار إعداد مذكرة)

3- التنقيف النفسي بالاضطراب (قلق المرض)

4- تقديم شرح عن العلاج ما وراء المعرفي.

زمن الجلسة : (60دقيقة)

محتوى الجلسة :

في هذه الجلسة التمهيديّة تستقبل الطالبة (المعالج) الحالة استقبالا طيبا بحيث تقيم علاقة جيدة مع

الحالة؛ لأن هذه العلاقة تهدف إلى الألفة والتقبل والثقة المتبادلة بين المعالج والمريض ويكون هذا التقبل

غير مشروط، كل هذا من أجل الإطار العلاجي. وكان الاستقبال باهتمام ومن ثم تقدم طالبة نفسها للمريض مع بعض الحديث الودي العام عن الحالة ويكون الحديث الودي في حدود الخمس دقائق. - بعد ذلك تطمئن طالبة الحالة بأن جميع المعلومات تكون في سرية تامة ولا يحق لأي شخص الاطلاع على هذه المعلومات .

- يلي ذلك أن قامت طالبة بطرح أسئلة محددة للتأكد من التاريخ الشخصي، والتاريخ العائلي والتاريخ الصدمي، والأدوية التي يتناولها، هذه الأسئلة جزء من استمارة البحث النفسي .

- تلى ذلك تعريف الحالة باضطراب قلق المرض، وأسبابه، وأعراضه وعلاجه. تقوم طالبة (المعالج) بشرح المبادئ الأساسية للعلاج ما وراء المعرفي للحالة، حيث يوضح أن العلاج ما وراء المعرفي له أهمية كبيرة لمساعدته للتغلب على قلق المرض . فالأفكار التي تظهر بصورة تلقائية تنطبع بذهنه وقد لا يشعر بها إلا إذا ركز انتباهه عليها، ويكون ذلك من خلال التدريب.

- توضح طالبة للحالة مدة البرنامج وعدد جلساته ومدة كل جلسة، وأن اللقاء سوف يكون بواقع 4 جلسات في الأسبوع، والجلسة المتبقية في الأسبوع الموالي. أي 5 جلسات ومدة كل جلسة 45 دقيقة وتؤكد طالبة على ضرورة الالتزام بمواعيد الجلسات والتعاون . في أداء الواجبات المنزلية وأهميتها في العلاج.

- أخيرا تختتم الجلسة بواجب منزلي (وهو تكليف المريض بتسجيل بعض الأفكار السلبية الاقتحامية في ما يخص صحته.

الجلسة الثانية :

أهداف الجلسة :

1- شرح تقنية تدريب الانتباه.

2- التدريب على التقنية.

التقنية المستخدمة :

1- تقنية تدريب الانتباه.

2- الواجب المنزلي.

زمن الجلسة : (45دقيقة)

محتوى الجلسة :

في بداية الجلسة تتحقق طالبة من ردود فعل الحالة تجاه الجلسة السابقة، وإذا كان هناك تساؤلات أو قضايا ترغب الحالة مناقشتها. ثم بعد ذلك تم مراجعة الواجب المنزلي الذي أعطي لها، وكان النقاش يدور حول الأعراض التي تشتكي منها الحالة، وما هي المواقف المسببة لظهور هذه الأعراض، وما هي الأفكار التلقائية التي تحدث .

بعد ذلك تستكمل الطالبة دراسة الحالة وتشمل التاريخ الشخصي والعائلي والتاريخ الدراسي .
بعدها تقوم الطالبة بشرح تقنية تدريب الانتباه وكيفية تطبيقها إذ تعتبر تقنية تدريب الانتباه ببساطة مجموعة من تدريبات زيادة اللياقة العقلية تتم بمساعدة المعالج النفسي أو حتى بمساعدة تسجيل صوتي حيث يتبع العميل التعليمات فيستمع إلى عدة أصوات في نفس الوقت مثلًا صوت زقزقة العصفير وصوت دقات الساعة وصوت الأذان أو أجراس ... ثم يتبع التعليمات محاولًا انتباهه وتركيزه بين الأصوات المتزامنة من صوت إلى آخر بنمط منتظم. ورغم كونها تقنية بسيطة نوعًا ما إلا أنها تختلف عن أغلب تقنيات العلاج المعرفي المعتادة خاصة كونها واسعة بسعة مجالات استخدامها وتعدد طرق الاستفادة منها في أغلب اضطرابات القلق والاكتئاب والأعراض الجسدية، ذلك أن زيادة القدرة على توجيه وتحويل الانتباه تفيد في مساعدة طيف واسع من المرضى الذين تتمحور مشكلاتهم مثلًا حول فرط التركيز على الذات أو الجسد أو الانشغال بأفكار معينة أو مشاعر أو أحاسيس جسدية أو إشارات بيئية معينة فكل هؤلاء يمكنهم الاستفادة من زيادة سيطرتهم على الانتباه والتركيز بشكل عام. فنجد في مرضى وسواس المرض على سبيل المثال كيف أن التركيز بشكل مفرط على الأحاسيس الجسدية أو الأعراض هو عامل مساهم رئيسي في امراضية الحالات. وتهدف تدريبات التركيز إلى زيادة اللياقة العقلية والسيطرة على الانتباه وليست تظهر فوائدها إلا بعد تدريبات منتظمة. و لا بد من التأكيد على أن تقنية تدريب الانتباه ليست إستراتيجية مواجهة مثل صرف الانتباه نستخدمها للتعامل مع الخبرات (أفكار ومشاعر) غير سارة بأن نصرف الانتباه عنها. بل هي تدريب مصمم لتحسين السيطرة على الانتباه وجعله أكثر مرونة وأقل تعرقلا.

وحسب ويلز فان جلسة تدريب الانتباه تستغرق من 10-12 دقيقة مرة واحدة على الأقل وتتكون الجلسة من 3 مراحل:

- 1 +الانتباه الانتقائي: وفيها يطلب من العميل لمدة خمس دقائق أن يركز على صوت واحد أو موضع واحد ضمن عدة أصوات متزامنة أو عدة مواضع ثم يحول انتباهه من صوت إلى آخر متخذًا من بقية الأصوات ما يشبه الخلفية الذهنية الحاضرة.
 - 2 +الانتباه المتحول : وفيها يطلب من العميل لمدة 5 دقائق أن يقوم بتحويل انتباهه من صوت إلى آخر بوتيرة أسرع. فأسرع.
 - 3 +الانتباه الموزع: أو الانتباه المقسم: وفيها يطلب من الحالة أن يقوم لمدة دقيقتين بزيادة اتساع وعمق انتباهه ليشمل أكثر من صوت معا على خلفية من الأصوات الأخرى وفي بعض الحالات يمكن أن تزداد أصوات في الخلفية كصوت المذياع لجعل التدريب أكثر صعوبة وتحديًا ومن المهم أن يبقى العميل عيناه مفتوحتان أثناء التدريب مع استقرار البصر على نقطة ثابتة.
- وفي نهاية الجلسة تختتم بتلخيص ما دار فيها من أقوال الحالة. والواجب المنزلي في أن يطلب من الحالة تطبيق التقنية والتدريب عليها.

الجلسة الثالثة :

أهداف الجلسة :

- 1 - أن تعرف الحالة الدور الذي تقوم به فنية تدريب الانتباه في زيادة التركيز .
- 2 - تدريب الحالة على تقنية تدريب الانتباه .
- 3 - مراجعة الواجب المنزلي .

التقنية المستخدمة :

مناقشة تقنية تدريب الانتباه.

زمن الجلسة : (45 دقيقة)

محتوى الجلسة :

في بداية الجلسة تتحقق الطالبة من ردود فعل الحالة تجاه الجلسة السابقة. وذكر الملاحظات أو الاستفسارات التي لديها . بعد ذلك تم مناقشة الواجب المنزلي الذي تم الاتفاق عليه، والذي كان في القيام بالتقنية (تدريب الانتباه) كواجب وما هي الأعراض المصاحبة لتلك المواقف . وما هو التصرف الذي قام به لمواجهة تلك المواقف، ومن ثم توضح الطالبة للحالة بأن هذه المواقف قد يمر بها أي إنسان ولكن كل شخص يختلف عن الآخر وذلك من خلال تفكيره، وأن هذه الأفكار غير معقولة وهي السبب في الانفعال غير الصحيح لهذا الموقف فالأفكار هذه غالبا ما تكون سلبية ولكن يجب عليك أن تبدلها بأفكار إيجابية وان تتوقع أشياء طيبة بدلا من هذه التوقعات السلبية.

الجلسة الرابعة:

أهداف الجلسة :

- 1 - مراجعة الواجبات المنزلية .
- 2 - شرح تقنية الانتباه المنفصل.
- 3- ممارسة تقنية صرف الانتباه أو الانتباه المنفصل.

التقنية المستخدمة:

تقنية الانتباه المنفصل.

زمن الجلسة : (45 دقيقة)

محتوى الجلسة :

في بداية الجلسة يتحقق المعالج من رأي المريض حول الجلسات السابقة، وهل لديه أسئلة أو استفسار حول ما دار بتلك الجلسات. تلي ذلك مناقشة الواجب المنزلي والتأكد من مدى استفادته من ممارسة لتقنية تدريب الانتباه وهل واجه صعوبات في أدائها.

وبعد ذلك تقوم الطالبة بتدريب الحالة على تقنية صرف الانتباه ثم بعد ذلك شرح فنية صرف الانتباه وما هو دور هذه الفنية في إيقاف كثرة الأفكار التي تراود المريض ومتى تستخدم هذه الفنية، فالمريض الذي يعاني من بعض الأعراض يطلب منه الباحث بعدم التركيز على هذه الأعراض لأنها تجعله يزداد سوءا فلا بد من صرف انتباه المريض عن تلك الأعراض وأن لديه القدرة على التحكم في الأعراض التي يشكو منها، ويعطي المريض مثال على ذلك عندما يعاني المريض من بعض الأعراض وهو يتحدث مع شخص ما في هذه الحالة بإمكان المريض طرد الأفكار السلبية من خلال الاقتراب أكثر من الشخص الذي يتحدث معه، أو التركيز على المحادثة بدلا من الأفكار المتعلقة بتقويمه لنفسه، وهناك طريقة أخرى ممكن أن يطلبها المعالج من المريض عندما يكون قلقا خلال الجلسة أن يصف بصوت مسموع محتويات الغرفة، ثم توضح الطالبة للحالة أن فنية صرف الانتباه تخفف من حدة الاضطراب كما توضح الطالبة أن هناك طريقة أخرى لصرف الانتباه يمكن للمريض استخدامها وهي التمرينات الحسابية كأن يطرح أو يجمع، أو التفكير في أسماء الأشخاص الذين تبدأ أسماؤهم بحرف "الخاء". كما بإمكان المريض أن يستخدم الحوادث السارة كرحلة سعيدة.

وأخيرا تختتم هذه الجلسة بتلخيص ما دار فيها وبواجب منزلي ويكون بتسجيل الأفكار البديلة حيث تقوم الحالة بتسجيل الأفكار السلبية ثم يحاول إيجاد أفكار إيجابية بدلا من الأفكار السلبية.

الجلسة الخامسة :

أهداف الجلسة :

- مراجعة الواجب المنزلي .
- مناقشة تقنية صرف الانتباه .
- إعادة تطبيق استبيان قلق المرض
- إنهاء الجلسة

زمن الجلسة : (45 دقيقة)

محتوى الجلسة :

تبدأ الطالبة بمناقشة الواجب المنزلي التي كلفت به الحالة في الجلسة السابقة، وبعد ذلك تم التدريب على تقنية صرف الانتباه والتركيز على أهميتها في التخلص من الانفعالات والمشاعر السلبية. وأخيرا تختتم هذه الجلسة بتلخيص ما دار فيها ، بالإضافة إلى الجلسات الأخرى. ثم إعادة تطبيق استبيان قلق المرض لإنهاء العلاج.

كما تحت الحالة على الاستمرار والمثابرة على ما تعلمه من تقنيات.

خلاصة الفصل:

تم في هذا الفصل تناول الإجراءات المنهجية للدراسة، و ذلك من خلال عرض المنهج المستخدم فيها وكذا تقديم مجتمع الدراسة و خصائصه، ثم وصف أداة الدراسة و خصائصها السيكمترية، وكذا البرنامج العلاجي وما تحويه كل جلسة. و كذا الأساليب الإحصائية المعتمدة. وسيتم في الفصل الموالي عرض لهذه النتائج وتحليلها ومناقشتها.

الفصل الرابع: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير النتائج

- تمهيد

- 1 - عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الأولى.
- 2 - عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثانية.

تمهيد:

تعد نتائج الدراسة وتفسيراتها هما محصلة البحث العلمي المتوقع من الدراسة، وتقدم الطالبة في هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها، والتفسير الذي قدم لهذه النتائج على ضوء ما تم التطرق إليه نظرياً والدراسات السابقة. كما يتضمن هذا الفصل التوصيات والاقتراحات التي يجب الأخذ بها في مجال الاضطرابات النفسية وعلاجها.

1 - عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الأولى للدراسة:

التي تنص على: نتوقع أن نسبة انتشار قلق المرض مرتفعة لدى عينة الدراسة. والجدول التالي يوضح نتيجتها:

الجدول رقم(8): يوضح النسبة المئوية لانتشار قلق المرض

النسبة المئوية	الفئات
93.4%	أقل من أو يساوي 84
6.6%	أكثر من أو يساوي 84
100%	المجموع

من خلال الجدول رقم (8) والذي يوضح نسبة انتشار قلق المرض لدى عينة الدراسة، والتي قسمت لفئتين أقل من أو يساوي 84 وهي قيمة المتوسط الحسابي النظري، حيث تمثل نسبة الأكبر من أو يساوي 84 والتي قيمتها 6.6% .

من خلال عرض نتيجة الفرضية الأولى التي تنص على: أن نسبة انتشار اضطراب قلق المرض مرتفعة لدى عينة الدراسة. والتي تبين من خلال النتائج أن نسبة انتشار اضطراب قلق المرض بالنسبة لفئة أقل من أو يساوي 84 بلغت 93.4% ، أما فئة أكثر من أو يساوي 84 بلغت 6.6% لدى عينة الدراسة. أي أن أغلب أفراد عينة الدراسة لا تظهر عليها أعراض قلق المرض. إلا أنه يمكن تفسير هذه النسبة المعتبرة (6.6%) بارجاعها إلى عدة أسباب تتصل بشخصية الفرد كالحساسية النفسية الزائدة عند الفرد، و تمرّكه حول ذاته وتكرار تفقد جسمه و مراقبته، أو كثرة التردد على الأطباء لأبسط الأمراض. حيث يرى بلان كمال (2014) أن توهم المرض ناتج عن عوامل نفسية ضاغطة، يستنتج المضطرب في سياق عملية تفسير ذاتي لعلاقات وإحساسات فيزيولوجية بسيطة تحدث معه إثر تعرضه لمرض خطير فيبدي اهتماماً مبالغاً في صحته، وتسيطر عليه مخاوف مرضية واعتقادات وهمية تدعم فكرة وجود المرض، وتتمحور حول مظاهره و أعراضه المتخيلة. (بلان، 2014، ص3). لذلك فإن في أغلب الأحيان تكون شكاوى المريض عديمة الأساس العضوي وفي بعض الأحيان قد تواجه الفرد أعراض عضوية

طفيفة أو بسيطة ولكن المريض يجسده أو يببالغ فيها (عطية، 2003، ص16). و قد يعود أيضا لطبيعة تعامل الأسرة الخاطيء مع الأمراض كالمبالغة في اتخاذ الحيطة و الحذر خوفا من الإصابة بها، حيث يرى (ماركس 1998) أن الأشخاص الذين ينشئون في أسر تكون أكثر وعيا بموضوع الصحة و يواجهون انتباها مفردا للمرض البدني هم في الأغلب أكثر الأشخاص عرضة للإصابة بتوهم المرض (ماركس، 1998، ص162).

كما قد يعود وجود توهم المرض إلى كثرة البحث والإطلاع عن الأمراض وأعراضها و طرق انتقالها خاصة لطلاب العلوم الطبية بصفة عامة و لطلاب التمريض بصفة خاصة. فقد وصف كينيون Kenyion عام 1965 أن طلاب العلوم الطبية هم أكثر عرضة للإصابة بتوهم المرض. (مارتي، 1999، ص45). و قد أضاف (محمد، 2009) أن هؤلاء المرضى يتميزون بالاستماع والمتابعة الدقيقة للأحداث والنشرات و المؤتمرات الطبية، حتى يصبح الواحد منهم على دراية بأخطر الأمراض وآخر المؤتمرات الطبية التي تجرى وأحدث الأدوية. (علي، 2009)

كما قد نرجع هذه النسبة المعتبرة كذلك إلى طبيعة المقاييس والمادة العلمية المدرسة لطلبة التمريض في المعهد، و التي تعتمد و بشكل كبير على دراسة معظم الأمراض بمختلف أشكالها و أعراضها و طرق انتقالها، و درجة خطورتها و دراسة أجهزة الجسم و الأمراض التي تصيبها و الأسباب المؤدية للإصابة بها، ونذكر على سبيل المثال بعض المقاييس التي يدرس فيه أسباب الإصابة بمعظم الأمراض المتنتلة (العدوى) الموجودة في المستشفيات، وطرق انتقالها، بالإضافة إلى التبرص الميداني (stage bloqué) الذي يجريه طلبة التمريض في المستشفى بحجم ساعي يقدر بـ (1640 ساعة) في ثلاث سنوات كل مستوى دراسي بمدة معينة، واحتكاكهم المباشر بالمرضى و الأمراض باختلاف أنواعها و درجة خطورتها، كلها أسباب قد تساعد إلى حد كبير في إصابتهم بتوهم المرض، أو تكون على الأقل سبب في تكوين ميولهم للإصابة به.

2 - عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثانية:

التي تنص على : يؤدي العلاج ما وراء المعرفي إلى التخفيف من حالات قلق المرض.

1 التحليل النوعي:

حددت الحالات بعد تطبيق مقياس قلق المرض المصمم من طرف الطالبة، حيث تم اختيار 6 حالات. 3 حالات من طلبة تخصص علم الأحياء التطبيقية بجامعة قاصدي مرباح ورقلة، لتكون مجموعة تجريبية، و 3 حالات من طلبة معهد التكوين العالي الشبه طبي لتمثل المجموعة الضابطة بقياسين قبلي وبعدي. تم خلالها بالقيام بالقياس القبلي لكلا المجموعتين، بعدها تطبيق البرنامج العلاجي بالنسبة للمجموعة التجريبية، ومن ثم القيام بالقياس البعدي لكلا المجموعتين.

3- ملخص الجلسات العلاجية لحالات المجموعة التجريبية:

الحالة الأولى:

الجلسة الأولى:

الجلسة الأولى تهدف إلى إقامة علاقة بين الطالبة والحالة و أخذ الموافقة منها، كذلك تعريف الحالة بالبرنامج وتقديم معلومات حول البرنامج أي في إطار إعداد مذكرة ، وكذا التنقيف النفسي بالاضطراب (قلق المرض)، و تقديم شرح عن العلاج ما وراء المعرفي. وذلك لمدة 60 دقيقة. سجلت الطالبة الجلسة الأولى مع الحالة الأولى بتاريخ 12-04-2017 على الساعة 19:45-20:45. بعد خلق جو من الثقة والاحترام المتبادل تم التعرف على الحالة -خ- والتي تبلغ من العمر 21 سنة وكذا التعرف على التاريخ الشخصي، والعائلي، والتاريخ الصدمي، وحتى الأدوية المتناولة إن كانت هناك أدوية تتناولها الحالة، والاضطرابات التي أصيبت بها الحالة أثناء فترة نموها، أي جمع قدر ممكن من المعلومات حول الحالة. حيث تبين أن الحالة ليس لديها أي اضطرابات أو مشاكل بحسب قولها، في حين تبين أن التاريخ العائلي للحالة تسوده بعض الأمراض والاضطرابات مثل: مرض السكري والذي قد نقول أنه وراثي بما أن أم الحالة والابن، والعمات كذلك بالإضافة إلى ضغط الدم. كما نجد أن الإعاقة الذهنية والحركية منتشرة بين الأبناء كأخت الحالة، وأبناء خالاتها 2. أما في ما يخص الوضع الاقتصادي متوسط، علاقات أسرية جيدة مع الأب والأم والإخوة وكذا الأقارب. هذه عبارة عن معلومات أساسية تخص تاريخ الحالة، بعدها تطرقت الطالبة إلى التنقيف النفسي باضطراب قلق المرض (مفهومه وأسبابه، وأعراضه، وعلاجه) كذلك التطرق إلى العلاج ما وراء المعرفي ودوره في التخفيف من اضطراب قلق المرض من خلال تقنياته العلاجية، بعد ذلك تم التطرق إلى عدد الجلسات، ومدة كل جلسة ألا وهي مدة 45 دقيقة لباقي الجلسات، والاتفاق على الوقت المناسب لها، وملخص كل جلسة. دامت هذه الجلسة الأولى 60 دقيقة بما أنها الجلسة الأولى تشتمل على التنقيف النفسي بالاضطراب وكذا العلاج ما وراء المعرفي .

3 الجلسة الثانية:

تهدف الجلسة الثانية إلى التدريب على تقنية تدريب الانتباه وكيفية تطبيقها، والهدف منها وذلك للوعي بالأفكار التي تراود الفرد ومن ثم تقويمها. سجلت الطالبة الجلسة الثانية مع الحالة الأولى بتاريخ 19-04-2017، على الساعة 20:45-21:30. ابتدأت بالتعرف على ردود فعل الحالة من الجلسة الأولى، والتي كانت تقول بأنها أضافت لها الكثير من خلال التعرف على الاضطراب والعلاج ما وراء المعرفي. بعد ذلك تم شرح تقنية تدريب الانتباه، التي تعد من بين تقنيات العلاج ما وراء المعرفي، والتي تعمل على تدريب الحالة على كيفية الوعي بالأفكار، ومن

ثم تقويمها. بعد ذلك تم التدريب على التقنية وكان ذلك بمساعدة تسجيل صوتي لثلاثة أصوات: زقزقة العصفير، وصوت الشلال، وصوت القطة، في نفس الوقت. بعدها القيام بمراحل تدريب الانتباه لويلز وهي: الانتباه الانتقائي لمدة 5 دقائق وهي الانتباه إلى الأصوات ومحاولة اختيار أو انقضاء صوت واحد والتركيز عليه وذلك لمدة 5 دقائق حيث وقع الاختيار على صوت زقزقة العصفير بعدها الانتباه التحولي، الذي كان على صوت القطة، أي الانتقال من صوت إلى صوت آخر. وأخيرا الانتباه الموزع لمدة دقيقتين الذي يكون بالجمع بين الأصوات ككل. ومن خلال التقنية يستطيع الفرد أن يقوم أفكاره. أخيرا اختتمت الجلسة بواجب منزلي ألا وهو التدريب على التقنية. دامت الجلسة 45 دقيقة.

4 الجلسة الثالثة:

تهدف الجلسة الثالثة إلى التعرف على الدور الذي تلعبه تقنية تدريب الانتباه في زيادة التركيز وبالتالي الوعي بالأفكار، كما تهدف إلى زيادة التدريب على التقنية. سجلت الطالبة هذه الجلسة مع الحالة الأولى بتاريخ 20-04-2017، على الساعة 21:45-22:30. ابتدأت بالتعرف على ردود الفعل من الجلسة السابقة، حيث تبين أن الحالة لم تفهم التقنية إلا بعد طرح أمثلة من الأفكار التي تراودها بشكل دائم: مثل انتقال العدوى من جراء العمل في المخبر، وكذا تفكيرها بأختها المعاقة، بعدها تم إعادة التدريب على التقنية باستعمال الأفكار التي قد طرحتها. بعدها تم مناقشة الواجب المنزلي والذي كان في القيام بالتقنية (تدريب الانتباه) كواجب. وما هي الأعراض المصاحبة لتلك المواقف، وهنا يظهر دور الطالبة في التوضيح للحالة بأن هذه المواقف قد يمر بها أي إنسان ولكن كل شخص يختلف عن الآخر وذلك من خلال تفكيره، وأن هذه الأفكار غير المعقولة وهي السبب في الانفعال غير الصحيح لهذا الموقف فالأفكار هذه غالبا ما تكون سلبية ولكن يجب عليك أن تبدئها بأفكار إيجابية، وان تتوقع أشياء طيبة بدلا من هذه التوقعات السلبية. بعدها تم إعادة تطبيق تقنية تدريب الانتباه دامت الجلسة 45 دقيقة.

الجلسة الرابعة:

تهدف الجلسة الرابعة إلى التعرف على تقنية صرف الانتباه أو الانتباه المنفصل، والتدريب عليها. والتعرف على دورها في إزالة الأفكار السلبية. سجلت هذه الجلسة مع الحالة بتاريخ 21-04-2017، على الساعة 21:30-22:15. ابتدأت بالتعرف على ردود الفعل من الجلسة السابقة، وكذا الاستفسارات أو التساؤلات حول الجلسات السابقة. بعدها تم التعرف على تقنية الانتباه المنفصل ودورها في إيقاف كثرة الأفكار التي تراود ال حالة ومتى تستخدم هذه الفنية، فمثلا المريض الذي يعاني من بعض الأعراض يطلب منه الباحث بعدم التركيز على هذه الأعراض لأنها تجعله يزداد سوءا فلا بد من صرف انتباه المريض عن تلك الأعراض وأن هلهديه القدرة على التحكم في الأعراض التي يشكو منها، ثم وضحت الطالبة للحالة أن فنية صرف الانتباه تخفف من حدة الاضطراب. كما أن هناك طريقة أخرى لصرف الانتباه يمكن للحالة استخدامها وهي التمرينات الحسابية

كأن يطرح أو يجمع، أو التفكير في أسماء الأشخاص الذين تبدأ أسماؤهم بحرف "الخاء". كما بإمكان الحالة أن يستخدم طريقة الحوادث السارة كرحلة سعيدة، تخيل سير القطار. حيث تم طرح موقف للحالة وهو الاعتقاد بأن العمل في المخبر يمكنه أن ينقل لي العدوى أو يتسبب في إصابتي، الفكرة التي تراود الحالة كل وقت، بعدها تطلب الطالبة من الحالة أن تحول الفكرة السلبية إلى فكرة ايجابية وذلك لصرف انتباهها والتشويش عليه، كذلك طريقة تخيل سير القطار وكيف للمناظر التي نمر بها تظهر ثم تختفي كل مرة، هكذا نسقط الأفكار السلبية على هذه المناظر ونتركها تختفي بصرف انتباهنا عليها. اختتمت الجلسة بواجب منزلي بتسجيل الأفكار السلبية وتطبيق تقنية صرف الانتباه. دامت الجلسة 45 دقيقة.

الجلسة الخامسة:

تهدف هذه الجلسة إلى مناقشة تقنية صرف الانتباه أو الانتباه المنفصل، والتدريب عليها، ومناقشة ما جرى خلال الجلسات السابقة، بعدها تطبيق استبيان قلق المرض، وإنهاء العلاج. سجلت هذه الجلسة بتاريخ 2017-04-23، على الساعة: 21:15-22:00، بدأت الطالبة بمناقشة الواجب المنزلي التي كلفت به الحالة في الجلسة السابقة، ألا وهو تسجيل الأفكار السلبية، وتطبيق تقنية صرف الانتباه، وبعد ذلك تم إعادة التدريب على تقنية صرف الانتباه باستخدام الأفكار السلبية التي سجلتها الحالة، من بين الأفكار مرض أختها وابنة أخيها، والتركيز على أهمية التقنية في التخلص من الانفعالات والمشاعر السلبية، وذلك بعكس تلك الأفكار إلى ايجابية واستخدام إحدى الطرق التي تم شرحها (طريقة العد العكسي مثلا، أو تخيل سير القطار...).

وأخيرا اختتمت هذه الجلسة بتلخيص ما دار في كل الجلسات. ثم إعادة تطبيق استبيان قلق المرض لإنهاء العلاج.

كما حثت الطالبة الحالة على الاستمرار والمثابرة على ما تعلمته من تقنيات. دامت الجلسة 45 دقيقة.

الحالة الثانية:

الجلسة الأولى:

سجلت الطالبة الجلسة الأولى بالنسبة للحالة الثانية بتاريخ 2017-04-13 على الساعة: 08:10-09:10. كذلك بعد خلق جو من الثقة والاحترام المتبادل تم التعرف على الحالة -ح- والتي تبلغ من العمر 21 سنة، تم التعرف على التاريخ الشخصي، والعائلي، والتاريخ الصدمي، و الأدوية المتناولة إن كانت هناك أدوية تتناولها الحالة، والاضطرابات التي أصيبت بها الحالة أثناء فترة نموها أي جمع قدر ممكن من المعلومات حول الحالة. حيث تبين أن الحالة ليس لديها أي اضطرابات أو مشاكل بحسب المعلومات التي قدمتها الحالة، في حين نجد أن التاريخ العائلي للحالة تسوده بعض الأمراض مثل الأم المصابة بضيق التنفس، وضغط الدم والسكري بالنسبة للعم والجدة، أما في ما يخص الوضع الاقتصادي جيد، علاقات أسرية جيدة مع الأب والأم والإخوة وكذا الأقارب، ومكانة جيدة مقارنة بباقي

إخوتها، كان من طموحات الحالة بناء أسرة متماسكة. هذه عبارة عن معلومات أساسية تخص تاريخ الحالة، بعدها كذلك تطرقت الطالبة إلى التنقيف النفسي باضطراب قلق المرض (مفهومه وأسبابه وأعراضه، وعلاجه) كذلك التطرق إلى العلاج ما وراء المعرفي ودوره في التخفيف من اضطراب قلق المرض من خلال تقنياته العلاجية، بعد ذلك تم التطرق إلى عدد الجلسات، ومدة كل جلسة ألا وهي مدة 45 دقيقة لباقي الجلسات، والاتفاق على الوقت المناسب لها، وملخص كل جلسة. دامت هذه الجلسة الأولى 60 دقيقة بما أنها الجلسة الأولى تشتمل على التنقيف النفسي بالاضطراب وكذا العلاج ما وراء المعرفي .

الجلسة الثانية:

تهدف الجلسة الثانية إلى التدريب على تقنية تدريب الانتباه وكيفية تطبيقها، والهدف منها وذلك للوعي بالأفكار التي تراود الفرد ومن ثم تقويمها. سجلت الطالبة الجلسة الثانية بتاريخ 18-04-2017، على الساعة 08:15-09:00. ابتدأت بالتعرف على ردود فعل الحالة من الجلسة الأولى، والتي كانت تقول بأنها أضافت لها الكثير من خلال التعرف على الاضطراب والعلاج ما وراء المعرفي، وكذا الكثير من الأمور التي تخص النفس والتي لم تكن تعرفها. بعد ذلك تم شرح تقنية تدريب الانتباه، التي تعد من بين تقنيات العلاج ما وراء المعرفي، والتي تعمل على تدريب الحالة على كيفية الوعي بالأفكار، ومن ثم تقويمها. بعد ذلك تم التدريب على التقنية وكان ذلك بمساعدة تسجيل صوتي لثلاثة أصوات: زقزقة العصافير، وصوت الشلال، وصوت القطة، في نفس الوقت. بعدها القيام بمراحل تدريب الانتباه لويلز وهي: الانتباه الانتقائي لمدة 5 دقائق وهي الانتباه إلى الأصوات ومحاولة اختيار أو انتقاء صوت واحد والتركيز عليه وذلك لمدة 5 دقائق حيث وقع الاختيار على صوت القطة، بعدها الانتباه التحولي، الذي كان على صوت الشلال، أي الانتقال من صوت إلى صوت آخر. وأخيرا الانتباه الموزع لمدة دقيقتين الذي يكون بالجمع بين الأصوات ككل. ومن خلال التقنية يستطيع الفرد أن يقوم أفكاره. أخيرا اختتمت الجلسة بواجب منزلي ألا وهو التدريب على التقنية. دامت الجلسة 45 دقيقة.

الجلسة الثالثة:

تهدف الجلسة الثالثة إلى التعرف على الدور الذي تلعبه تقنية تدريب الانتباه في زيادة التركيز وبالتالي الوعي بالأفكار، كما تهدف إلى زيادة التدريب على التقنية. سجلت هذه الجلسة مع الحالة بتاريخ 19-04-2017، على الساعة 08:00-08:45. ابتدأت بالتعرف على ردود الفعل من الجلسة السابقة، حيث أن الحالة تقول أن هذه التقنية أفادتني في كيفية التركيز على أفكارني وبالتالي تصنيفها. بعدها تم مناقشة الواجب المنزلي والذي كان في القيام بالتقنية (تدريب الانتباه) كواجب. وما هي الأعراض المصاحبة لتلك المواقف، حيث ذكرت الحالة بعض الأفكار من بينها: العمل

في المخبر قد يكون سببا ناقلا لي المرض، تقول أن هذه الفكرة تراودها أثناء الحديث عن طريقة العمل وإمكانية انتقال العدوى. ومن ثم توضح الطالبة للحالة بأن هذه المواقف قد يمر بها أي إنسان ولكن كل شخص يختلف عن الآخر وذلك من خلال تفكيره، وأن هذه الأفكار غير المعقولة وهي السبب في الانفعال غير الصحيح لهذا الموقف فالأفكار هذه غالبا ما تكون سلبية ولكن يجب عليك أن تبدلها بأفكار إيجابية، وان تتوقع أشياء طيبة بدلا من هذه التوقعات السلبية. بعدها تم إعادة تطبيق تقنية تدريب الانتباه دامت الجلسة 45 دقيقة.

الجلسة الرابعة:

تهدف الجلسة الرابعة إلى التعرف على تقنية صرف الانتباه أو الانتباه المنفصل، والتدريب عليها. والتعرف على دورها في إزالة الأفكار السلبية. سجلت هذه الجلسة مع الحالة بتاريخ 20-04-2017، على الساعة 08:00-08:45. ابتدأت بالتعرف على ردود الفعل من الجلسة السابقة، وكذا الاستفسارات أو التساؤلات حول الجلسات السابقة. بعدها تم التعرف على تقنية الانتباه المنفصل ودورها في إيقاف كثرة الأفكار التي تراود المريض ومتى تستخدم هذه الفنية، فمثلا المريض الذي يعاني من بعض الأعراض يطلب منه الباحث بعدم التركيز على هذه الأعراض لأنها تجعله يزداد سوءا فلا بد من صرف انتباه المريض عن تلك الأعراض وأن لديه القدرة على التحكم في الأعراض التي يشكو منها، ثم وضحت الطالبة للحالة أن فنية صرف الانتباه تخفف من حدة الاضطراب. كما أن هناك طريقة أخرى لصرف الانتباه يمكن للحالة استخدامها وهي التمرينات الحاسوبية كأن يطرح أو يجمع، أو التفكير في أسماء الأشخاص الذين تبدأ أسماؤهم بحرف "الخاء". كما بإمكان الحالة أن تستخدم طريقة الحوادث السارة كرحلة سعيدة، تخيل سير القطار. حيث تم طرح موقف للحالة وهو الاعتقاد بأن العمل في المخبر يمكنه أن ينقل العدوى أو يتسبب في الإصابة بمرض معين، الفكرة التي تراود الحالة كل وقت، بعدها طلبت الطالبة من الحالة استخدام طريقة العد العكسي من 100 وطرح 4 في كل مرة وذلك لصرف انتباهها والتشويش عليه، كذلك طريقة تخيل سير القطار وكيف للمناظر التي نمر بها كيف تظهر ثم تختفي كل مرة، هكذا نسقط الأفكار السلبية على هذه المناظر ونتركها تختفي بصرف انتباهنا عليها.

اختتمت الجلسة بواجب منزلي بتسجيل الأفكار السلبية وتطبيق تقنية صرف الانتباه. دامت الجلسة 45 دقيقة.

الجلسة الخامسة:

تهدف هذه الجلسة إلى مناقشة تقنية صرف الانتباه أو الانتباه المنفصل، والتدريب عليها، ومناقشة ما جرى خلال الجلسات السابقة، بعدها تطبيق استبيان قلق المرض، وإنهاء العلاج. سجلت هذه الجلسة بتاريخ 24-04-2017، على الساعة: 09:30-10:15، بدأت الطالبة بمناقشة الواجب المنزلي التي كلفت به الحالة في الجلسة السابقة، ألا وهو تسجيل الأفكار السلبية، وتطبيق تقنية

سجلتها الحالة، من بين الأفكار: العمل بالمخبر الذي يتسبب في انتقال بعض الأمراض المعدية، والتركيز على أهمية التقنية في التخلص من الانفعالات والمشاعر السلبية، وذلك بعكس تلك الأفكار إلى ايجابية واستخدام إحدى الطرق التي تم شرحها (طريقة العد العكسي مثلا، أو تخيل سير القطار...).

وأخيرا اختتمت هذه الجلسة بتلخيص ما دار في كل الجلسات السابقة. ثم إعادة تطبيق استبيان قلق المرض لإنهاء العلاج.

كما حثت الطالبة الحالة على الاستمرار والمثابرة على ما تعلمته من تقنيات. دامت الجلسة 45 دقيقة.

الحالة الثالثة:

الجلسة الأولى:

سجلت الطالبة الجلسة الأولى بالنسبة للحالة الثالثة بتاريخ 2017-04-13 على الساعة:

11:00-10:00. و بعد خلق جو من الثقة والاحترام المتبادل كذلك تم التعرف على الحالة ف- والتي تبلغ من العمر 21 سنة، تم التعرف على تاريخها الشخصي حيث تقول أنها تعاني مرض الربو بالإضافة إلى أم الحالة التي كانت تعاني سرطان الثدي، هذا ما سبب لها الانشغال والتفكير المستمر بإمكانية إصابتها هي الأخرى. كما تم التعرف على التاريخ العائلي والذي تتحدث فيه عن ضغط الدم بالنسبة لأعمامها، و وفاة عمته بمرض السرطان، بالإضافة إلى التعرف على الوضع الاقتصادي الذي تقول عنه وضع جيد، كما أن العلاقات داخل الأسرة وخارجها علاقات حسنة. هذه عبارة عن معلومات أساسية تخص تاريخ الحالة، بعدها كذلك تطرقت الطالبة إلى التثقيف النفسي باضطراب قلق المرض (مفهومه وأسبابه وأعراضه، وعلاجه) كذلك التطرق إلى العلاج ما وراء المعرفي ودوره في التخفيف من اضطراب قلق المرض من خلال تقنياته العلاجية، بعد ذلك تم التطرق إلى عدد الجلسات ومدة كل جلسة ألا وهي مدة 45 دقيقة لباقي الجلسات، والاتفاق على الوقت المناسب لها، وملخص كل جلسة. دامت هذه الجلسة الأولى 60 دقيقة بما أنها الجلسة الأولى تشتمل على التثقيف النفسي بالاضطراب وكذا العلاج ما وراء المعرفي.

الجلسة الثانية:

سجلت الطالبة الجلسة الثانية مع الحالة الثالثة بتاريخ 2017-04-18، على الساعة 13:00-13:45. ابتدأت بالتعرف على ردود فعل الحالة من الجلسة الأولى كذلك، والتي كانت تقول بأنها أضافت لها الكثير من خلال التعرف على الاضطراب والعلاج ما وراء المعرفي، حيث كانت الحالة تظن أن اضطراب قلق المرض هو نفسه الوسواس القهري. ومن خلال الجلسة تم التفريق بين هذين الاضطرابين. بعد ذلك تم شرح تقنية تدريب الانتباه، التي تعد من بين تقنيات العلاج ما وراء المعرفي والتي تعمل على تدريب الحالة على كيفية الوعي بالأفكار، ومن ثم تقويمها. بعد ذلك تم التدريب على التقنية وكان ذلك بمساعدة تسجيل صوتي لثلاثة أصوات: زقزقة العصفير وصوت الشلال، وصوت القطة، في نفس

الوقت. بعدها القيام بمراحل تدريب الانتباه لويلز وهي: الانتباه الانتقائي لمدة 5 دقائق وهي الانتباه إلى الأصوات ومحاولة اختيار أو انتقاء صوت واحد والتركيز عليه وذلك لمدة 5 دقائق حيث اختارت الحالة صوت الشلال، بعدها الانتباه التحولي، أي الانتقال من صوت إلى صوت آخر وكان صوت زقزقة العصفير، وأخيرا الانتباه الموزع لمدة دقيقتين الذي يكون بالجمع بين الأصوات ككل. ومن خلال التقنية يستطيع الفرد أن يقوم أفكاره. أخيرا اختتمت الجلسة بواجب منزلي ألا وهو التدريب على التقنية. دامت الجلسة 45 دقيقة.

الجلسة الثالثة:

تهدف الجلسة الثالثة إلى التعرف على الدور الذي تلعبه تقنية تدريب الانتباه في زيادة التركيز وبالتالي الوعي بالأفكار، كما تهدف إلى زيادة التدريب على التقنية. سجلت هذه الجلسة مع الحالة بتاريخ 19-04-2017، على الساعة 09:00-09:45. ابتدأت بالتعرف على ردود الفعل من الجلسة السابقة، حيث أن الحالة تقول أن هذه التقنية مفيدة أفادنتي في كيفية التركيز على أفكاري. بعدها تم مناقشة الواجب المنزلي والذي كان في القيام بالتقنية (تدريب الانتباه) كواجب. وما هي الأعراض المصاحبة لتلك المواقف، حيث كانت معظم أفكار الحالة تدور حول المرض وإصابتها بمرض السرطان مثل أمها، كذلك فكرة العمل في المخبر قد يكون سببا ناقلا لها المرض، حيث وقعت خلال فترة تربصها في هذا المشكل ألا وهو أثناء أخذها لعينة دم لأحد المرضى سقطت في رجلها الحقنة حيث بدأت الحالة تنتقل من طبيب إلى آخر لطلب الطمأنة تقول أن هذه الفكرة تراودها أثناء الحديث عن طريقة العمل وإمكانية انتقال العدوى. ومن ثم توضح الطالبة للحالة بأن هذه المواقف قد يمر بها أي إنسان ولكن كل شخص يختلف عن الآخر وذلك من خلال تفكيره، وأن هذه الأفكار غير المعقولة وهي السبب في الانفعال غير الصحيح لهذا الموقف فالأفكار هذه غالبا ما تكون سلبية ولكن يجب عليك أن تبدلها بأفكار إيجابية، وان تتوقع أشياء طيبة بدلا من هذه التوقعات السلبية. بعدها تم إعادة تطبيق تقنية تدريب الانتباه دامت الجلسة 45 دقيقة.

الجلسة الرابعة:

تهدف الجلسة الرابعة إلى التعرف على تقنية صرف الانتباه أو الانتباه المنفصل، والتدريب عليها. والتعرف على دورها في إزالة الأفكار السلبية، والأعراض المرضية. سجلت الجلسة مع الحالة بتاريخ 24-04-2017، على الساعة 10:00-10:45. ابتدأت الجلسة بالتعرف على ردود الفعل من الجلسة السابقة، بعدها تم التطرق إلى التعريف بتقنية صرف الانتباه أو الانتباه المنفصل والتي تعتبر بمثابة ضوضاء للذهن تعمل على التشويش على الأفكار السلبية بطرق مختلفة، حيث تعمل على محو هذه الأفكار السلبية الاقترامية، ثم وضحت الطالبة للحالة أن فنية صرف الانتباه تخفف من حدة الاضطراب كذلك. كما أن هناك طريقة أخرى لصرف الانتباه يمكن للحالة استخدامها وهي التمرينات الحسابية كأن يطرح أو يجمع، أو التفكير في أسماء الأشخاص الذين تبدأ

أسماءهم بحرف "الخاء". كما بإمكان الحالة أن يستخدم طريقة الحوادث السارة كرحلة سعيدة ، تخيل سير القطار . حيث تم طرح موقف للحالة وهو احتمالية الإصابة بمرض معين ، (من الأفكار التي تراود الحالة كل وقت) ، بعدها طلبت الطالبة من الحالة استخدام طريقة العد العكسي من 100 وطرح 4 في كل مرة وذلك لصرف انتباهها والتشويش عليه، كذلك طريقة تخيل سير القطار وكيف للمناظر التي نمر بها كيف تظهر ثم تختفي كل مرة، هكذا نسقط الأفكار السلبية على هذه المناظر ونتركها تختفي بصرف انتباهنا عليها.

اختتمت الجلسة بواجب منزلي بتسجيل الأفكار السلبية وتطبيق تقنية صرف الانتباه . دامت الجلسة 45 دقيقة.

الجلسة الخامسة:

تهدف هذه الجلسة إلى مناقشة تقنية صرف الانتباه أو الانتباه المنفصل، والتدريب عليها، ومناقشة ما جرى خلال الجلسات السابقة، بعدها تطبيق استبيان قلق المرض، وإنهاء العلاج. سجلت هذه الجلسة بتاريخ 25-04-2017، على الساعة: 12:30-13:15، بدأت الطالبة بمناقشة الواجب المنزلي الذي كلفت به الحالة في الجلسة السابقة، ألا وهو تسجيل الأفكار السلبية، وتطبيق تقنية صرف الانتباه، وبعد ذلك تم إعادة التدريب على تقنية صرف الانتباه باستخدام الأفكار السلبية التي سجلتها الحالة، من بين الأفكار: العمل بالمخبر الذي يتسبب في انتقال بعض الأمراض المعدية، انتقال المرض من أمها (سرطان الثدي)... والتركيز على أهمية التقنية في التخلص من الانفعالات والمشاعر السلبية، وذلك بعكس تلك الأفكار إلى ايجابية واستخدام إحدى الطرق التي تم شرحها (طريقة العد العكسي مثلا، أو تخيل سير القطار...).

وأخيرا اختتمت هذه الجلسة بتلخيص ما دار في كل الجلسات السابقة . ثم إعادة تطبيق استبيان قلق المرض لإنهاء العلاج .

كما حثت الطالبة الحالة على الاستمرار والمثابرة على ما تعلمته من تقنيات. دامت الجلسة 45 دقيقة.

2 التحليل الكمي:

- لمعرفة التكافؤ .

- لمعرفة هل توجد فروق بين المجموعتين التجريبية، والضابطة في القياس القبلي .

تدرس الطالبة الفروق باختبار "ت". ولتطبيق اختبار "ت" يجب توفر مجموعة من الشروط:

1 أن تكون العينة عشوائية.

2 البيانات كمية من المستوى النسبي أو الفئوي.

3 أن تكون البيانات اعتدالية. والتي تم التحقق منها باستعمال اختبار كولمجروف سيميرنوف.

الجدول رقم (09) يوضح قيمة اختبار كولمجروف سميرونوف في القياس القبلي

اختبار Kolmogorov-Smirnov			القياس
مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة الاختبار	القبلي
0.200	6	0.213	

من خلال الجدول رقم (9) نلاحظ أن قيمة اختبار كولمجروف سميرونوف بلغت 0.213، وهي قيمة غير دالة أي تحقق الاعتدالية . وبالتالي نستطيع تطبيق اختبار "ت" لعينتين مستقلتين.

الجدول رقم(10) يوضح نتائج اختبار"ت" بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي

لمقياس قلق المرض

البيانات المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
التجريبية	3	89.33	5.50	0	غير دالة
الضابطة	3	89.33	7.57		

من خلال الجدول رقم (10) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للمجموعتين الضابطة والتجريبية متساوي والذي بلغ 89.33، هذا ما يدل على أن المجموعتين متكافئتين في القياس القبلي. كما تم التحقق من شروط اختبار"ت" في القياس البعدي، حيث بلغت قيمة اختبار كولمجروف سميرونوف 0.303 وهي غير دالة، ما يعني أن البيانات تتوزع توزيعاً إعتدالياً. وبالتالي يمكن تطبيق اختبار "ت".

الجدول رقم (11) يوضح نتائج اختبار "ت" بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي

لمقياس قلق المرض

البيانات المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
التجريبية	3	66	19	1.97	غير دالة
الضابطة	3	89.33	7.57		

من خلال الجدول رقم (11) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية انخفض في القياس البعدي والذي بلغ 66، بينما كانت قيمة اختبار "ت" 1.97، وهي قيمة غير دالة مما يدل على عدم وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي، بالرغم من أن المتوسط الحسابي انخفض بشكل كبير مقارنة بالقياس القبلي الذي بلغ فيه 89.33.

من خلال عرض نتيجة الفرضية الثانية التي تنص على: يؤدي العلاج ما وراء المعرفي إلى التخفيف من حالات قلق المرض. أشارت النتائج إلى وجود فروق بين متوسطات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياسين القبلي، والبعدي. مما يدل على أن برنامج العلاج ما وراء المعرفي قد أثبت فاعليته في التخفيف من قلق المرض لدى حالتين، والتي انخفضت درجتهم على مقياس قلق المرض بشكل كبير مقارنة بالقياس القبلي هذا ما اتفق مع نتائج العديد من الدراسات الأجنبية الخاصة بفاعلية العلاج ما وراء المعرفي للعديد من الاضطرابات النفسية مثل: دراسة ل (Wells,2009) التي تهدف إلى إزالة أعراض الاكتئاب عن طريق العلاج ما وراء المعرفي حيث شملت عينة الدراسة 4 شباب دون إخضاعهم للعلاج الدوائي أو علاج آخر خلال السنتين الماضيتين والذين كانوا يعانون من الاكتئاب الجسيم مدى الحياة منذ سن المراهقة، حيث قام المعالج بتقديم 6-8 حصص أسبوعية من العلاج ما وراء المعرفي لمدة 45-60 دقيقة في كل حصة وكذا مقياس تقييم الاكتئاب لهاملتون، ومقياس الاستجابة التأملية والمعتقدات الايجابية حول مقياس التأمل والمعتقدات السلبية حول مقياس التأمل، واستبيان ما وراء المعرفة، والتي أظهرت نتائجها تحسن كل المرضى وذلك من خلال الحصص العلاجية، والمتابعات، وتم اعتبارهم في حالة شفاء. (Dugas, 2012, p77-78). كما أثبتت فاعليته في دراسة ل (Nordhal,2009)، والتي تهدف إلى المقارنة بين العلاج ما وراء المعرفي، والعلاج المعرفي السلوكي. تمثلت عينة الدراسة من 30 مريضا في جامعة النرويج، دام العلاج ما وراء المعرفي متوسط 5-7 حصص باستعمال ممارسة تقنية تدريب الانتباه (ATT) والانتباه المنفصل (DM) والتأمل وتحدي المعتقدات السلبية والايجابية حول القلق، بالإضافة إلى الواجب المنزلي في كل حصة، حيث أظهرت نتائج الدراسة: اختلافات معتبرة في العلاج ما وراء المعرفي والعلاج المعرفي السلوكي للقلق، واختلاف غير معتبر في الاكتئاب كما أن حجم تأثير العلاج ما وراء المعرفي كانت أعلى لكل من علامات القلق والاكتئاب، حيث أظهر العلاج ما وراء المعرفي فاعلية أكثر في العلاج ما بعد التشخيص، وهو المفضل على العلاج السلوكي المعرفي. (Dugas, 2012, p78). إلا أن قيمة اختبار "ت" التي قدرت ب 1.97 وهي غير دالة، ويمكن تفسيرها بقلة أفراد العينة، كذلك بالنسبة للحالة الثالثة فكانت استجابتها ضعيفة نوعا ما رغم أن درجتها على المقياس انخفضت إلا أنها ليست بالشكل المطلوب، والتي قد نرجع أسبابها إلى بعض العوامل سواء عائلية أو بيئية، كذلك قد نرجع عدم استجابتها بشكل جيد للجلسات إلى تناولها للأدوية مثل الأدوية الخاصة بمرض الربو. كذلك إصابة والدتها بالسرطان وهذا ما قد نقول عنه أنه من العوامل المرسبة لقلق المرض، ويمكن تفسير هذه النتيجة، بأن أبناء المصابين بالسرطان (لديهم أحد

الأبوين مصاب بالسرطان)، يعتبر عامل قوي يدعو للقلق و الخوف 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 -مثمًا هو الحال عند الحالة التي فقدت جدتها بمرض السرطان- أو صديق أصيب بالسرطان. ويصبح الفرد شديد الحساسية والقلق نحو أي عرض جسمي كان يعاني منه الشخص المصاب خلال فترة مرضه، كما يصبح الفرد ملاحظًا وحساسًا لأي عرض جسمي يطرأ عليه كان يتجاهله في الماضي(قويدر، 2008، 52). وبالتالي نقول أن الحالة تحتاج إلى جلسات أكثر ومتابعة مستمرة. إلا أنه ومن خلال الدراسات نجد أن دراستنا الحالية تتفق مع عدد من الدراسات، في فاعلية العلاج ما وراء المعرفي والذي يهدف إلى إزالة الأعراض المرضية من خلال رفع مستوى الوعي، وتحسين الانتباه الانتقائي باستخدام تقنيات محددة، وتعديل المعتقدات ما وراء المعرفية التي تؤدي إلى أنماط التفكير غير المفيدة.

دراسات مقترحة:

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

- ✓ تصميم برنامج علاجي ما وراء معرفي لاضطراب قلق المرض بجلسات أكثر وتقنيات أحدث.
- ✓ ضرورة الاهتمام بالبرامج العلاجية للاضطرابات النفسية.
- ✓ دراسة العلاج ما وراء المعرفي لاضطراب القلق.
- ✓ دراسة العلاج ما وراء المعرفي لاضطراب الوسواس القهري.
- ✓ دراسة العلاج ما وراء المعرفي لاضطراب الاكتئاب.
- ✓ دراسة مقارنة للعلاج المعرفي بالعلاج ما وراء المعرفي لاضطراب قلق المرض.
- ✓ إجراء دراسات أكثر على عينات أكبر.

قائمة المراجع

1-المراجع العربية:

1. إبراهيم، عبد الستار، ترجمة: شعلان عزت (1988). العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان، ط (1) الكويت، عالم المعرفة .
2. ابراهيم، مروان عبد المجيد (2000) . أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، ط 1، عمان مؤسسة الوراق.
3. أبو هندي، وائل (2014). العلاج ما وراء المعرفي، أطلع عليه مباشرة بتاريخ 14-1-2017 22:20 من الموقع: <http://www.maganin.com/content.asp?contentid=21024>
4. أبو هندي، وائل (2015). العلاج المعرفي السلوكي ع.م.س لوسواس المرض مقدمة، أطلع عليه مباشرة بتاريخ 14-01-2017، 19:43، من الموقع:
<http://maganin.com/content.asp?ContentId=20156>
5. أبو هندي، وائل (2015). ع.م.س لوسواس المرض المتصل المعرفي السلوكي، أطلع عليه مباشرة بتاريخ 20-01-2017، 19:48، من الموقع:
<http://maganin.com/content.asp?ContentId=20157>
6. أبو هندي، وائل (2015). ع.م.س لوسواس المرض فنيات العلاج 1، أطلع عليه مباشرة بتاريخ 21-01-2017، 19:57، من الموقع:
<http://maganin.com/content.asp?ContentId=20196>
7. أبو هندي، وائل (2015). ع.م.س لوسواس المرض من الصياغة للعلاج، أطلع عليه مباشرة بتاريخ 20-01-2017، 19:51، من الموقع:
<http://www.maganin.com/content.asp?contentid=20158>
8. أن كرينغ، وجونسون، ودافيسون، وجوهان (2016). علم النفس المرضي استنادا على الدليل التشخيصي الخامس، ترجمة أمثال هادي الحويله وآخرون، ط2، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
9. بلان، كمال يوسف (2014). الفروق في اضطراب توهم المرض لدى عينة من الممرضات العاملات في المشافي العامة بمحافظة دمشق، مجلة جامعة دمشق - المجلد 30 - العدد الأول كلية التربية- جامعة دمشق، سوريا.
10. بوعود، أسماء (2014). مجلة الاضطرابات النفسية بين السيكلوجيا الحديثة والمنظور الإسلامي العدد2، ص5-6.

11. بيار، مارتى وآخرون، وترجمة نابلسي غزوى، إشراف وتعليق أحمد النابلسي محمد، (1990)
بسيكوسوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضية (حالة دورا بين فرويد ومارتي)، ط (1)، بيروت، دار
النهضة العربية.
12. تاجي، أحمد (2015). الاضطرابات جسدية الشكل، أطلع عليه مباشرة بتاريخ 2017-1-12
20:15 من الموقع:
- <https://www.facebook.com/2drpsychiatric/posts/800401666706680>
13. جميل عطية، عز الدين (2003). الأوهام المرضية أو الضلالات في الأمراض النفسية والعنف
ط (1)، القاهرة، عالم الكتب.
14. حامد زهران، عبد السلام (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط(4)، القاهرة، عالم الكتب.
15. الحكمي، أحمد (2010). نظرية ما وراء المعرفة، أطلع عليه مباشرة بتاريخ 2017-1-13
22:23 من الموقع: <http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=9058>
16. الحمادي، أنور (2015). خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية
DSM5، ط1، بيروت، الدار العربية للعلوم ناشرون.
17. حمودة البنا، أنور (2006). الأمراض النفسية والعقلية، ط (1)، غزة، مكتبة جامعة الأقصى.
18. الخليل، مازن (2001). دليل الصحة النفسية للأطباء والعاملين في الرعاية الصحية الأولية من
منظمة الصحة العالمية، دمشق، سوريا.
19. الخولي، عبد الله عبد الظاهر (2012). استراتيجيات التحكم في الفكر ومعتقدات
ما وراء المعرفة كمنبئات بالاكنتاب لدى عينة من المراهقين، 05 أطلع عليه مباشرة بتاريخ 2017-01-
17:53، من الموقع:
- <https://faculty.psau.edu.sa/am.khalil/ar/research/rs0000002043>
20. الخولي، عبد الله عبد الظاهر (2014). برامج علاجية للوساوس والأفعال القهرية (رؤية تجديدية
في ضوء استراتيجيات العلاج ما وراء المعرفي)، مصر.
21. الخولي، عبد الله عبد الظاهر (2014). اضطراب الوسواس القهري وما وراء المعرفة، أطلع عليه
مباشرة بتاريخ 2017/01/07، 20:12، من الموقع:
- <http://www.maganin.com/content.asp?contentid=21016>
22. دبراسو، فطيمة (2014). اضطراب التصور الجسدي وعلاقته بصعوبة تعلم القراءة والكتابة عند
الطفل، رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، بجامعة سطيف2.

23. سرحان، وليد (2014). توهم المرض مشكلة نفسية شائعة، أطلع عليه مباشرة بتاريخ 19-01-2017 من الموقع: <http://al3loom.com/?p=1200>
24. السماك، أمينة و مصطفى عادل، عن الجمعية الأمريكية للطب العقلي (APA) (2001). الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM IV)، الكويت، مكتبة المزار الإسلامية.
25. شاهين، عمر، و الرخاوي، يحيى (1977). مبادئ الأمراض النفسية، ط (3)، القاهرة مكتبة النصر الحديثة.
26. العازمي، يوسف مخلد براك الصواغ (2014). الأمراض النفس جسمية، مجلة الطفولة والتربية ع20، ج2، ص201-2014.
27. العاسمي، رياض (2016). العلاج القائم على ما وراء المعرفة، اطلع عليه مباشرة بتاريخ 13-1-2017 من الموقع: <http://www.skygatesc.com/vb/showthread.php?t=3942>
28. عكاشة، أحمد (1999). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD/10): تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية (الأوصاف السريرية الإكلينيكية و الدلائل الإرشادية التشخيصية) منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.
29. قاسم، حسين صالح (2010). توهم المرض، أطلع عليه مباشرة بتاريخ 21-01-2017 من الموقع: <http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=203392> 19:00
30. قطييط، غسان يوسف (2012). ما وراء المعرفة، أطلع عليه مباشرة بتاريخ 13-1-2017 من الموقع: <http://www.ghassan-ktait.com/?id=67> 22:22
31. قويدر، دلال (2008). الخوف من سرطان الدم وعلاقته بالصدمة النفسية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.
32. محمد سرى، إجلال، (2000). علم النفس العلاجي، ط (2)، القاهرة، عالم الكتب.
33. مراد، صلاح وأحمد، سليمان، وأمين، علي (2002). الاختبارات والمقاييس في العلوم النفسية والتربوية خطوات اعدادها وخصائصها، القاهرة، دار الكتاب الحديث.
34. مروان عبد المجيد إبراهيم، (2000). أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، ط 1، عمان مؤسسة الوراق.
35. مزوز، بركو (2011). المقابلة أنواعها وخطواتها وأهميتها في البحث العلمي، أطلع عليه مباشرة بتاريخ 11-4-2017 من الموقع: <http://www.al3loom.com> 13:22

36. ونوغي، فطيمة (2014). أثر سوء التوافق الزوجي في تكوين الميل إلى الأمراض النفسية لدى المرأة من خلال تطبيق اختبار (MMPI-2)، رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر بجامعة بسكرة، الجزائر.

2- المراجع الأجنبية:

37. Adrian Wells (2012). METACOGNITIVE THERAPY (MCT),05-02-2017 17:20 <http://www.stateofmind.it/2012/05/adrian-wells-metacognitive-therapy/>.
38. Adrian Wells, Paul Kingb(2006) , 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>
39. Ethan Dugas(2012). Metacognitive Therapy for Major Depressive Disorder: Development and Clinical Potential, 15-12-2016, 20:45 by the Department of Counseling and Clinical Psychology Teachers College, Columbia University.
- Happel,Susan L. Longley, Barbara A. Muller, & Steven J. Yagla (2003). Test <https://www.merckmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/somatic-symptom-and-related-disorders/illness-anxiety-disorder>.
40. Joel E. Dimsdale, MD(2013): Illness Anxiety Disorder,16-01-2017,13:45.
41. John L. Perri(2014). Illness anxiety disorder,14-01-2017,13:00, <http://www.britannica.com/science/illness-anxiety-disorder>.
42. Martin A. & Jacobi F. (2006).Features of Hypochondriasis and Illness Worry in the General Population in Germany. Psychosomatic Medicine, 68, P. 770-777.
43. Odile A. van den Heuvel, David Veale, Dan J. Stein(2014). Hypochondriasis: considerations for ICD-11Department of Psychiatry, VU University Medical Center (VUmc), Amsterdam, The Netherlands. 2Department of Anatomy & Neurosciences, VUmc.
- of an Interpersonal Model of Hypochondriasis. Psychosomatic Medicine, 65,P
44. Peter Fisher and Adrian Wells(2009). Metacognitive Therapy The CBT Distinctive Features Series,15-12-2016, 20:20, www.ejop.org, P146-149.
45. Psikiyatrist, Mersin Devlet Hastanesi, (2014) The Conceptual Foundations of Metacognitive Therapy.

الملاحق

الملحق رقم 1: استمارة تحكيم مقياس قلق المرض

جامعة قاصدي مرياح ورقلة

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

استمارة تحكيم

.....: الأستاذ(ة) الكريم(ة)

..... : الدرجة العلمية

إشراف: د. عقيل بن ساسي.

إعداد الطالب (ة): عيشاوي سيرين

أستاذي الفاضل، أستاذتي الفاضلة :

في إطار إعداد مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي والمعنونة ب: " فاعلية برنامج علاجي ما وراء معرفي في خفض قلق المرض لدى عينة من طلبة تخصص علم الأحياء التطبيقية جامعة قاصدي مرياح ورقلة وطلبة معهد التكوين العالي الشبه الطبي بورقلة" قمنا بإعداد أداة تقيس قلق المرض، لذا أرجو منكم تحكيم هذه الأداة التي صممت لغرض: قياس قلق المرض .

وذلك من حيث:

- 1 مدى وضوح التعليمات.
 - 2 مدى مناسبة المثال التوضيحي.
 - 3 مدى كفاية بدائل الأجوبة.
 - 4 مدى قياس البعد للخاصة.
 - 5 مدى قياس العبارة للخاصة وجودة الصياغة اللغوية لها.
- وقد تم بناء هذه الأداة بعد الاطلاع على ما يأتي:

* من خلال تحليل فقرات بطارية منسوتا المتعدد الأوجه MMPI في مقياس توهم المرض .

* الدلائل التشخيصية ICD10 لتوهم المرض.

* المعايير التشخيصية في DSM5 لقلق المرض .

* المعايير التشخيصية في ICD11 لقلق المرض.

* المقاييس المستعملة في بعض الدراسات السابقة .

بناء على ما سبق تم التوصل إلى:

1 التعريف الإجرائي للخاصة:

اضطراب قلق المرض: هو انشغال أو اعتقاد مستمر لدى الشخص حول الإصابة بمرض خطير أو أكثر، وانشغاله بصحته بشكل مفرط، بالرغم من الطمأنة والتقييم الطبي، هذا ما يسبب له من الناحية العيادية حزنا وضعفا في جوانب مهمة من الأداء، وقد يصاحب هذا الاضطراب كثرة التردد على الأطباء وإجراء الفحوص الطبية، والذي يصاحب برفض مستديم لقبول النصح والطمأنة من عدة أطباء مختلفين بعدم وجود مرض جسمي يفسر الأعراض، ويتمثل في ثلاثة أبعاد .

2 الأبعاد وتعريفها:

1-2- انشغالات (أو اعتقادات) حول الصحة: ويقاس هذا البعد درجة انشغال الفرد بصحته .

2-2- القلق حول الصحة: ويقاس هذا البعد مستوى قلق الفرد بشأن صحته.

2-3- سلوكيات متعلقة بالصحة: ويقاس هذا البعد مختلف السلوكيات التي يقوم بها الشخص بشكل متكرر والمتعلقة بالصحة للتحقق من الجسم وبحثا عن علامات المرض.

ويتحدد قلق المرض في هذه الدراسة من خلال الدرجة الكلية التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة على استبيان قلق المرض المصمم من قبل الطالبة.

3- وصف محتوى الأداة في صورتها الابتدائية: قامت الطالبة بصياغة 30 عبارة موزعة على

أبعاده الثلاث بطريقة عشوائية، وذلك وفقا لطريقة " ليكرت (مثلا) " حيث يتاح للتلميذ أن يختار إجابته على مقياس متدرج من 5 بدائل هي (دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا)، حيث أن الدرجة التي تمنح

للتلميذ نتيجة إجابته على العبارة الموجبة هي: (1,2,3,4,5) ، أما العبارة السالبة فتأخذ الدرجة (5,4,3,2,1) على الترتيب.

و لتسهيل عملية التحكيم ستجدون مجموعة من الجداول كل جدول يخص مطلوبا معيناً. وتكون الإجابة بوضع علامة × في الخانة المناسبة، كما أن أسفل كل جدول مكان مخصص لملاحظات أخرى ترونها ذات أهمية.

1. التعليمات:

عزيزي التلميذ/ عزيزتي التلميذة:

اقرأ كل عبارة بتمعن وضع علامة (x) تحت العبارة المناسبة التي تنطبق عليك، وذلك خلال 6 أشهر الماضية دون أن تترك أي عبارة دون إجابة، علماً أنه لا توجد عبارة صحيحة وأخرى خاطئة، وأن إجابتك سوف تستعمل فقط لغرض البحث العلمي وشكراً لتعاونك معنا.

جدول رقم 1 : خاص بمدى وضوح التعليمات

واضحة بدرجة جيدة	واضحة بدرجة متوسطة	غير واضحة	
			التعليمات

ملاحظات.....

2. المثال التوضيحي:

-أفكر دائماً في صحتي.

جدول رقم 2 : خاص بمدى مناسبة المثال التوضيحي

مناسب جداً	مناسب بدرجة متوسطة	غير مناسب	
			المثال

ملاحظات.....

3. بدائل الأجوبة:

دائما / غالبا / أحيانا / نادرا / أبدا.

جدول رقم 3 : خاص بمدى كفاية بدائل الأجوبة

غير كافية	كافية بدرجة متوسطة	كافية جيدا	
			بدائل الأجوبة

ملاحظات.....

4. مدى قياس البعد للخاصة:

جدول رقم 4 : خاص بمدى قياس البعد للخاصة

لا يقيس	يقيس بدرجة متوسطة	يقيس بدرجة جيدة	الأبعاد
			انشغالات أو اعتقادات حول الصحة.
			القلق حول الصحة.
			سلوكيات متعلقة بالصحة.

ملاحظات.....

5. مدى قياس العبارة للخاصة وجودة الصياغة اللغوية لها:
الجدول رقم 05: مدى قياس العبارة للخاصة وجودة الصياغة اللغوية لها.

العبارات	يقيس درجة عالية	يقيس درجة متوسطة	لا يقيس	اقتراح البديل
1-تشغلني فكرة إصابتي بمرض خطير.				
2-أهتم بشكل مفرط بمظهري الجسمي.				
3-يتسبب انشغالي حول صحتي بخلل اجتماعي ووظيفي.				
4-أجد صعوبة في طرد الأفكار التي تراودني عن صحتي.				
5-أشعر بالفزع بسهولة بشأن صحتي.				
6-يرعبني التفكير أو الحديث عن الأمراض الخطيرة.				
7-أشعر بتطور مرض خطير لدي.				
8-أنشغل كثيرا بوظائف جسمي.				
9-أعتقد أنني مصاب أو سأصاب بمرض خطير.				
10-اعتقاداتي حول المرض مبالغ فيها.				
11-نومي مضطرب وقلق.				
12-أشعر بالقلق بشأن صحتي.				
13-أقلق عندما أحس بإحساس جسدي غير طبيعي.				
14-كثيرا ما أشعر بعدم الراحة.				

				15-علاقاتي الاجتماعية متوترة .
				16-لدي خوف وقلق مفرط بشأن الاصابة بمرض معين
				17- يبتابني خوف شديد لمجرد التفكير بإمكانية إصابتي بالمرض
				18-صحتي الجسمية كصحة معظم أصدقائي.
				19-أشعر في معظم الأوقات بضعف عام في جسمي.
				20-يمر علي أيام لا أنام بسبب القلق.
				21-أفقد صحتي بشكل مفرط بحثا عن علامات المرض.
				22-أراجع الأطباء باستمرار للاطمئنان على حالتي الصحية.
				23-أشك دائما بوسائل وأدوات التشخيص وحتى الأطباء.
				24-أشكو بصفة متكررة من أوجاع وآلام غامضة.
				25-في معظم الأوقات أرفض نصح وطمأنة الأطباء بعدم وجود مرض جسمي.
				26-كثيرا ما أشعر بالتعب والآلم.
				27-ألاحظ باستمرار التغيرات الجسدية التي تحدث لدي.
				28-أفقد الإحساس في منطقة أو أكثر من جسمي.
				29-تنتابني آلام في المعدة كل بضعة أيام .
				30-صحتي خلال السنوات القليلة الماضية جيدة على وجه العموم.

الملاحق

.....ملاحظات

.....

.....

الملحق رقم 2: قائمة الأساتذة المحكمين لمقياس قلق المرض

الدرجة العلمية	اللقب والاسم	الرقم
أستاذ محاضر "ب"	الطاوس وازي	01
دكتوراه	الحاج صبري فاطمة الزهراء	02
دكتوراه	شهرزاد نوار	03
أستاذ محاضر "أ"	صالح طارق	04
دكتوراه	حمودة سليمة	05

الملحق رقم 3: استبيان قلق المرض في صورته النهائية

جامعة قاصدي مرباح - ورقة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

التعليمية :

بعد التحية و السلام ...

أخي الطالب/ أختي الطالبة:

اقرأ كل عبارة بتمعن وضع علامة (x) تحت العبارة المناسبة التي تنطبق عليك، وذلك خلال 6 أشهر الماضية دون أن تترك أي عبارة دون إجابة، علما أنه لا توجد عبارة صحيحة وأخرى خاطئة. أرجو 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. وشكرا لتعاونك معنا.

البيانات الشخصية :

- الجنس : ذكر أنثى

- السن :

- المستوى التعليمي :

المثال التوضيحي:

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	العبارة
			X		أفكر دائما في صحتي

الرقم	الفقرات	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
1	تشغلني فكرة إصابتي بمرض خطير.					
2	يتسبب الانشغال حول صحتي بخلل اجتماعي.					
3	أجد صعوبة في إزاحة الأفكار التي تراودني عن صحتي.					
4	أفزع بسهولة بشأن صحتي.					
5	يرعبني الحديث عن الأمراض الخطيرة.					
6	أشعر بتطور مرض خطير لدي.					
7	أنشغل كثيرا بوظائف جسمي.					
8	أعتقد أنني مصاب بمرض خطير.					
9	اعتقاداتي حول المرض مبالغ فيها.					
10	أنام بشكل مضطرب.					
11	أشعر بالقلق بشأن صحتي.					
12	أقلق عندما أحس بإحساس جسدي غير طبيعي.					
13	كثيرا ما أشعر بعدم الراحة.					
14	علاقاتي الاجتماعية متوترة .					
15	ينتابني خوف شديد لمجرد التفكير بإمكانية إصابتي بالمرض					
16	صحتي الجسمية كصحة معظم أصدقائي.					
17	أشعر في معظم الأوقات بضعف عام في جسمي.					
18	يمر علي أيام لا أنام بسبب القلق.					
19	أنفقد صحتي بشكل مفرط بحثا عن علامات المرض.					
20	أراجع الأطباء باستمرار للاطمئنان على حالتي الصحية.					
21	أشك بوسائل وأدوات تشخيص الأطباء.					
22	أشكو بصفة متكررة من أوجاع وآلام غامضة.					
23	في معظم الأوقات أرفض طمأنة الأطباء بعدم وجود مرض جسمي.					
24	كثيرا ما أشعر بالألم.					
25	أراقب باستمرار التغيرات الجسدية التي تحدث لدي.					
26	أفقد الإحساس في منطقة أو أكثر من					

					جسمي.	
					تنتابني آلام في المعدة كل بضعة أيام .	27
					صحتي خلال السنوات القليلة الماضية جيدة على وجه العموم.	28

