

اثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية في خفض الإعراض العصابية

لدى مرضى القلب

م.د. بسمة كريم شامخ

الجامعة المستنصرية-كلية التربية

قسم الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي

الملخص

ان العوامل النفسية تمثل دوراً مهماً في زيادة مخاطر الإصابة بأمراض القلب نتيجة الاتحاد فيما بين العوامل الجينية وعوامل البيئة، كما أن الأعراض العصابية الشائعة في الوقت الحاضر وما تشكله من نسبة كبيرة، لاسيما إن أعراض العصاب تصيب فئات عمرية مختلفة وتسبب آثار سلبية على الأفراد، وتبرز أهمية الدراسة الحالية، في خفض أعراض اضطرابية وزيادة المهارات الشخصية في مواجهة الضغوط النفسية. أما هدف الدراسة هو معرفة أثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية (أعادة تفسير الإحساس بالألم- التكيف مع حالة الذات - الدعاء والتمني) في خفض الإعراض العصابية لدى مرضى القلب من خلال الفرضيات الآتية:

* لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية الثلاثة (أسلوب إعادة تفسير الإحساس بالألم بالألم - التكيف مع حالة الذات - الدعاء والتمني) والضابطة على مقياس الإعراض العصابية في التطبيق البعدي.

* لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى (أسلوب إعادة تفسير الإحساس بالألم) في الاختبار القبلي والبعدي على مقياس الإعراض العصابية.

* لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية (أسلوب التكيف مع حالة الذات) في الاختبار القبلي والبعدي على مقياس الإعراض العصابية.

* لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الثالثة (أسلوب الدعاء والتمني) في الاختبار القبلي والبعدي على مقياس الإعراض العصابية.

وتحقيقاً لهدف البحث وفرضياته تطلب تطبيق برنامجاً علاجياً ذو "٨" جلسات لكل أسلوب بواقع (٨) جلسات لـ"أسلوب إعادة تفسير الإحساس بالألم و (٨) جلسات لـ"أسلوب التكيف مع حالة الذات" و(٨) جلسات لـ"أسلوب الدعاء والتمني" على مرضى القلب المشخصين إكلينيكيًا والراقدين في مستشفى بغداد التعليمي ممن أظهروا درجات عالية على مقياس الإعراض العصابية الذي أعدته الباحثة لهذا الغرض. موزعين على أربع مجاميع بواقع (٨) أفراد لثلاث مجموعات تجريبية ومجموعة ضابطة، وبتابع الوسائل الإحصائية المناسبة على عينة البحث والبالغة "٣٢" فرداً: أظهرت النتائج أن أساليب التكيف المعرفية والسلوكية لها أثر في خفض الإعراض العصابية لدى مرضى القلب، وأن الأساليب الثلاثة لا فرق بينها ذو دلالة إحصائية في شدة التأثير لخفض الإعراض العصابية وأن المجموعات التجريبية الثلاثة كانت قد استفادت من الأساليب الثلاثة في خفض الإعراض العصابية وذو دلالة إحصائية عن المجموعة الضابطة. وقد فسرت وناقشت الباحثة نتائج البحث الحالي على وفق نظرية (آرون بيك) المتبناة في البحث. وقد خرجت الباحثة بجملة من الاستنتاجات، إن مرضى القلب يعانون من الإعراض العصابية وكذلك خرج البحث بعدد من التوصيات منها ضرورة

استفادة مراكز الصحة النفسية التابعة لوزارة الصحة من مقياس الإعراض العصابية والبرنامج العلاجي واستكمالاً للبحث
خرجت الباحثة بعدد من المقترحات.

Abstract

The psychological factors represent an important role in increasing the risks of having cardiac diseases as a result of the union between the genetic and environmental factors. Moreover, in the present time, the familiar neuroses symptoms represent a great percent in the society in members different ages with their negative effects on individuals .

The importance of this study appears in reducing the disorders symptoms and increasing the personal skills in facing psychological stresses.

As for the aim of this study, it is concerned with knowing the effect of behavioral, cognitive adaptive styles:-(re-interpreting the pain feeling, adopting with self- case and pleasing and wishing in reducing neuroses symptoms of cardiac patients through the following hypotheses:-

- There are no significant statistical differences among the ranks of grades of the individuals of the three experimental groups:(re-interpreting the pain feeling ,adopting with self case and pleasing and wishing)and the controlled group in the post-test of the scale of neuroses symptoms scale.
- There are no significant statistical differences among the ranks of grades of the individuals of the first experimental groups:(re-interpreting of pain feeling style) in the pre post-test of the scale of neuroses symptoms scale.
- There are no significant statistical differences among the ranks of grades of the individuals of the second experimental groups:(adopting with self case style) in the pre post-test of the scale of neuroses symptoms scale.
- There are no significant statistical differences among the ranks of grades of the individuals of the third experimental groups:(pleasing and wishing style) in the pre post-test of the scale of neuroses symptoms scale.

To achieve the aim and hypotheses of the research ,it is required to apply a therapal program of (8) sessions for every style in(8) sessions for each of the three styles on cardiac patients who are clinically diagnosed in "Baghdad Educational Hospital" and who show high digress on the neuroses symptoms scale neuroses symptoms scale which is pre pared for this purpose by the researcher they are distributed four groups (8) for each group by using the suitable statistical means on the research sample which is (32) .The results show that the behavioral cognitive adaptive styles have an effects on reducing the cardiac patients symposia and there are no significant statistical differences among the three styles in the intensity of effect where all the three groups get benefit from the styles in reducing the symptoms in comparison with the controlled group.The results are interpreted and discussed by the researcher according to(Ayron Beck) theory adopted in this study .The researcher has arrived at a number of conclusions and recommendations like the necessity of Using the neuroses symptoms scale by the psychological health centers of ministry of health and also the program .A number of suggestions has reached upon by the researcher.

مشكلة البحث

تشيع شكاوي الأمراض المزمنة في البلدان النامية، فهناك حوالي ٣٠% من الأفراد في هذه البلدان يعانون من الأمراض المزمنة (Bonica, 1987:p13). أذ أنها تؤثر على المريض سلباً من الناحية النفسية والاجتماعية والطبية والاقتصادية (Tumlin, 2001:p1177). فقد توصلت غالبية الدراسات ومنها دراسة (Keefe, et al, 2001) أن المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة لديهم مستويات عالية من المشكلات الانفعالية كالإكتئاب والقلق مقارنة بالمجموعات الضابطة - Keefe, et al, 2001, p587- (607). وقد توصلت دراسة (شامخ، ٢٠٠٩) الى أن مرضى القلب يعانون من بعض الاضطرابات النفسية ومنها اضطراب التوافق (شامخ، ٢٠٠٩، ص١٧٦). وما يجلب انتباه المعالجين النفسيين هو ظروف الامراض المزمنة، كما أن العوامل النفسية بما في ذلك الانتباه والمزاج والقلق والعوامل المعرفية تسهم مباشرة في أدراك المرض والطريقة التي يُعاني بها الفرد وفي أستمرايتها (بيرسومايز، ٢٠٠٠، ص٢) (Justins, 1995, p9) (Abd Azim, 1999, p173). وقد أشارت الدراسات الحديثة مثل دراسة (Snow- Tuerk et al (1996) الى وجود علاقة بين استخدام أساليب محددة للتكيف مع الاعراض العصائية (Snow- Tuerk et al , 1996, p 455-462). يعاني الافراد المصابين بالأمراض المزمنة كأمراض القلب من الالم المزمن وهو الشكوى الاساسية في عدد من الاضطرابات العصائية وبالعكس فقد يؤدي الالم المزمن الى عدد من الاعراض العصائية فأعراض الاكتئاب تظهر لدى مرضى السرطان مثلاً (Massie and Holland, 1990, p12-17). وقد يكون الالم هو الشكوى في "الاكتئاب المقنع" بينما يندر ظهور الالم في الاضطرابات الذهانية (Thornton and Silverman, 1997, p31). ويظهر مرضى الالم المزمن مستويات من المرض النفسي (Tumlin, 2001, p1288). ويرغم شيوع الأمراض المزمنة وانعكاساتها النفسية والطبية والاقتصادية، ورغم تحول الانتباه في السنوات الأخيرة الى دور العوامل النفسية في العوامل الجسمية وأستمرايتها فقد تبين انتقال المكتبات المحلية الى دراسات كافية لموضوع الإعراض العصائية وكيفية تخفيفها عن طريق بعض أساليب التكيف حتى يمكن تقديم الخدمات الارشادية والعلاجية بما يقلل الإعراض العصائية ويساعد المرضى على استبدال أساليب تكيفهم غير المناسبة بأخرى أفضل منها، ولذلك ارتأت الباحثة التصدي لهذه المشكلة من خلال أساليب التكيف المعرفية والسلوكية المتمثلة ب (أعادة تفسير الإحساس بالألم - التكيف مع حالة الذات - الدعاء والتمني) الذي اعتمدها الباحثة في البحث الحالي، ولهذا يمكن تلخيص مشكلة البحث الحالي بالسؤال الآتي: هل هناك أثر لأساليب التكيف المعرفية والسلوكية في خفض الإعراض العصائية لدى مرضى القلب؟

أهمية البحث

تمثل امراض القلب Heart Diseases مشكلة صحية عالمية الانتشار، ابتلت بها البلدان الصناعية والنامية على حد سواء، وهي شبيهة بالامراض القديمة التي مرت على العالم مثل الطاعون Plaque، والحمى الصفراء Yellow fever، والجذري Small Pox إذ تعد من أبرز الاسباب المؤدية للعجز والوفاة في مختلف البلدان، وقد ازداد شيوع امراض القلب خلال الـ ٥٠ عاماً كمرض مزمن ومهيم في العديد من انحاء العالم (Braunwald,1997,p3-5). يصاب القلب بأمراض عديدة، وتحتل امراض القلب -المتتمثلة بالذبحة الصدرية Angina Pectoris المستقرة وغير المستقرة، ومرض احتشاء العضلة القلبية Myocardial Infarction، ومرض فشل القلب Heart Failure -النسبة الاعلى فيها التي تتساعن حدوث العصيدة Atheroma، وخرثرة الشرايين الاكليلية Coronary Artery Thrombosis كما يرافقها عدد من المتغيرات تتمثل باختلال متسوى البروتينات الشحمة والإنزيمات في الدم، ان امراض القلب تبقى مسؤولة عن موت مليون شخص سنوياً، وكذلك ٥ ملايين يعانون من امراض القلب الوعائية Cardiovascular Diseases يدخلون المستشفى كل سنة (Thomas,1998,P:484-485). ان امراض القلب بشكل عام تبدأ في مرحلة الطفولة Childhood ثم يتطور المرض لتظهر اعراضه في منتصف العمر Middle Age أو المراحل المتأخرة من البلوغ Adulthood، إن إصابة النساء هي أقل من الرجال وهذا يعود إلى دور الهرمونات الجنسية المعروفة بالاستروجينات والمعروف عنها أنها تؤثر على ايض البروتينات الشحمية وتختزل الكوليسترول الكلي في البلازما (Loeb, 1994, P.81,89). تزيد العديد من عوامل الخطورة Risk Factors من خطورة حدوث امراض القلب وحدث النوبة القلبية Heart Attack، البعض منها تعد عوامل خطورة تقليدية Classical Risk Factors، والآخرى تعد عوامل خطورة جديدة، البعض منها يمكن تحويلها وعلاجها والسيطرة عليها، والآخرى لا يمكن (Bogaty 3062-3068,etal.,2001,p:3062-3068). هناك عوامل تحدد مستوى الاستجابة المناعية ضد الامراض، إلا ان اكثرها اهمية هو العامل الوراثي Genetic Factor، ودورها في الاستعداد للإصابة بامراض القلب، وتوجيه مسارها (Thomas, 1998,p:400). كما ان العوامل النفسية تمثل دوراً مهماً في زيادة مخاطر الإصابة بامراض القلب نتيجة الاتحاد فيما بين العوامل الجينية والمحيط، كما اكدت الدراسات ان الحالة الاقتصادية والاجتماعية وقلة دخل الفرد مرتبط مع زيادة الوفاة بسبب امراض القلب، وتحدث في الاشخاص غير المتعلمين من المدخنين وسريعي الغضب لقلة الدعم الاجتماعي لهم مقارنة مع الاشخاص المتعلمين (Haslett et al., 2002,P381-386)(Burk et al.,1991,p:1176-1187)، (Kraus et al.,1980,p: 407-414). وقد أظهرت دراسة Nasr,1997 أن الالم المزمن مرتبط بالخوف، والخوف والغضب نتيجة شائعة لأي خبرة، فالخوف والقلق الزائد يزيدان من الالم والمزيد من الالم يؤدي الى المزيد من القلق، وتحدث هذه الدائرة المفرغة في حالات الالم المزمن، فصعوبة التنبؤ

بالألم والخوف من الأمراض الخطيرة الأخرى يجعلان المرضى قلقين (Stannard et al, 1998, p9). ويؤدي وجود الألم الى تغيرات انفعالية فجد اهتمام المريض مركزاً على هل الشفاء ممكن أم لا؟ ويزداد القلق إذا ما حدثت محاولات غير ناجحة أم ناجحة جزئياً للشفاء (Nasr, 1997, p1-19). ويميل مرضى الأمراض المزمنة الى الانسحاب وتأمل الذات، وتقل أمكانياتهم الجسدية وتقل أهتماماتهم الاجتماعية فيقل اتصالهم بالأفراد الموجودين خارج نطاق أسرهم، كما تقل أهتماماتهم الخاصة بالعمل، وتقل رغبتهم في التفاعل مع الآخرين ويشعرون بأنهم متعبين جداً لدرجة أنهم غير قادرين على عمل أي شيء، وإذا كان المريض هو رب الأسرة فأن دوره يتضاءل وتقل سلطته على أعضاء أسرته، كما يقل تقديره لذاته (Thornton and Silverman, 1997, p36). وقد ربطت دراسة (Rosenberg et al, 1987) ودراسة (Holmes and Stevenson, 1990) بين أساليب التكيف الايجابي المتمثلة بالبحث عن المعلومات وممارسة الرياضة والاعتماد على اعضاء الاسرة بدرجة مناسبة ووضع اهداف واقعية وأدوار ومهام واقعية وناجحة (Rosenberg et al, 1987, p653-658) (Holmes and Stevenson, 1990, p577-584). وقد أختلفت الدراسات في تحديد الفروق بين النساء والرجال بالنسبة للتكيف مع الاعراض العصابية، فقد توصل بوكلو وزملاؤه (Buckelew, et al 1990) الى ان النساء يستخدمن اعادة البناء المعرفي والسعي وراء المعرفة بدرجة أكبر من الرجال، ولكنهم يتشابهون معاً في استخدامهم للتعبير الانفعالي ولوم الذات وتقليل التهديد وتخيلات تحقيق الرغبات (Buckelew, et al 1990, p287-294). بينما توصل سترونج وزملاؤه (Strong, et al, 1994) الى أن النساء والرجال يتشابهون في قدرتهم على التكيف (Strong, et al, 1994, p1058-1063). أما أساليب التكيف السلبية تتضمن الانسحاب والتخلي عن التحكم الى قوة وسيطة أو خارجية كالركون الى الراحة أو اللجوء الى استخدام العقاقير والمسكنات، ومن أساليب التكيف السلبي أيضاً التمني والميل الى الشكوى من كم عال من القلق والاكتئاب وتجنب الانشطة (بيرس ومايز، ٢٠٠٠، ص ٢٠) (Crisson and Keefe, 1988, p147-154) (Snow-Tuerk, et al, 1996, p:455). ومنها أيضاً الاعتمادية الزائدة على شريك الحياة، وقلّة الارادة لعمل الانشطة والعزلة والغضب والاعتمادية (Thronton and Silverman, 1997, p:8). وترتبط الطرق السلبية بالمعتقدات غير العقلانية والمرضى الذين يعانون من امراض مزمنة لديهم توقعات سلبية ومسؤولياتهم عن أظهار أي تحكم في ألمهم، ويرون أنفسهم عاجزين، وهذه الرؤية السلبية غير التوافقية عن موقفهم وكفاءتهم الشخصية تثبط العزيمة، وتزيد عدم النشاط ورد الفعل الزائد للمثيرات مما يؤدي الى تقليل الجهد والانشطة وزيادة الضغط النفسي وأيضاً استمرار سلوك المرض (Pincust & Morley, 2001, p599-617). وبشكل عام تربط أساليب التكيف السلبية بالإحساس بوجود كارثة، وبالاكتئاب وبالضغوط النفسية (Snow-Tuerk, et al, 1996, p:462) (Nasr, 1997, p:1-)

20). فقد تناولت دراسة (Rosenstiel&Keefe,1983)العلاقة بين أساليب التكيف وبعض المتغيرات النفسية حيث اعتبرت أساليب التكيف هي المتغير المستقل وتوصلت الى أن أساليب التكيف تعد مؤشر للتوافق السلوكي والانفعالي للمرضى (Rosenstiel&Keefe,1983,p:33-44).وقد توصلت دراسة (Snow-Tuerk,et al,1996) أن أساليب التكيف السلبى ترتبط بالاكتئاب في حين ترتبط الأساليب الايجابية بالقيام بالأنشطة وانخفاض الضغوط النفسية (Snow-Tuerk,et al,1996,p:400).وهناك دراسات كدراسة (Jensen et al,1991)اعتبرت اساليب التكيف هي المتغير التابع فتوصلت الى أن كفاءة الذات تزيد من القدرة على التكيف الايجابي (Jensen et al,1991,p:263-269). وقد أظهرت دراسة (Strategier,et al,1988)أن اساليب التكيف ترتبط بخفض مستوى وسلوك الالم ومنها التدريب على الاسترخاء وعلى استخدام مهارات التكيف المعرفية (Strategier,et al,1988,p:91-110).وهناك كثير من الدراسات التي استخدمت أساليب التكيف المعرفية والسلوكية ومنها دراسة كرامر والس: Cramer & Ellis 1986 التي استخدمت أسلوب العلاج الجدلي حيث استهدفت الدراسة قياس درجة الأفكار اللاعقلانية لدى الطلبة وتقويم قوتها في ظهور الشعور غير الملائم المتعلق بالغضب والقلق والكآبة واليأس والشعور بأنه لا قيمة له ، وكانت النتائج ، هي ان الشعور بالغضب والقلق والكآبة واليأس والذنب والاستياء والشعور بأنه لا قيمة له، (وهي نوع من الشعور غير الملائم) ذات علاقة ارتباطية دالة بالأفكار اللاعقلانية التي يحملها الطلبة (Cramer & Ellis,1986,p:320).أما المنصوري ، ٢٠٠٠ فقد استهدفت دراسته تعديل أساليب التفكير الخاطئ باستعمال الدفع المتعقل ، إذ توصل إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في متوسطات أساليب التفكير الخاطئ على القياسين القبلي و البعدي ، حيث أشارت النتائج إلى وجود أثر دال إحصائيا للعوامل المعرفية ، والسلوكية في حين لم يظهر أثر دال بين الجوانب المعرفية والجوانب السلوكية على مستوى أساليب التفكير الخاطئ(المنصوري، ٢٠٠٠، ص ٥ - ١٠٢). إن الأعراض الاكتئابية تختلف من الأقل حدوثا إلى الأكثر حدوثا عند البلوغ المتأخر منه الحال عند البلوغ في المراحل المتوسطة ، فقد توصلت إحدى الدراسات الحديثة إلى إن الحدوث الأقل للأعراض الاكتئابية عند الافراد ذوي الاعمار المتقدمه وموازنة بالأفراد ذوي الأعمار المتوسطة يرتبط بالمصاعب الاقتصادية الأقل، وبالتغيرات الاجتماعية السلبية الأقل، وأن من بين الدلائل الأكثر شيوعا عن الاكتئاب عند الافراد ذوي الاعمار المتقدمة الأعراض الاكتئابية المبكرة والصحة المعتلة وأحداث الفقدان مثل موت الزوج بالإضافة إلى الدعم والرعاية القليلة ، ففي إحدى الدراسات أظهرت الأرمال أعراضا اكتئابية عالية تصل إلى سنتين اثنتين بعد موت الزوج ، أن هناك فرقا في النوع في ما يتعلق بالأعراض الاكتئابية ، فقد توصلت إحدى الدراسات الطولية إلى وجود حالات اكتئاب أكثر لدى النساء عند الوصول إلى الأعمار الممتدة من (٥٠-٦٠ عاما)، بشكل أكثر مما هو عند الرجال ، وأن الرجال يظهرون أعراضا اكتئابية أكثر من

سن(٦٠-٨٠ عاما ً)، وذلك بسبب كون الرجال أكثر تأثراً من النساء في حالة عدم مواصلة العمل (Santrock,2006,p.594-595). وتأتي أهمية الدراسة أيضا من كونها أول دراسة تناولت بعض الأعراض العصائية لدى مرضى القلب في العراق والوطن العربي (على حد علم الباحثة)أذ تتناول مفهوم الأعراض العصائية والتي تعد من الأعراض النفسية الشائعة في الوقت الحاضر وما تشكله من نسبه كبيرة لاسيما إن أعراض العصاب تصيب فئات عمرية مختلفة وتسبب آثار سلبية على الأفراد،وقد أظهرت دراسات سابقة كدراسة:لنهان واخرين (Linehan et al,1991)،ودراسة لنهان واخرين (Linehan et al,1994)، ودراسة ثوماس واخرين (Thomas et al,1995)، ودراسة كورنر ولنهان (Koerner& al,1994)، ودراسة لويزا واخرين (Louise,2003)، ودراسة سيمس واخرين (Simms et al,2004)، ودراسة لويزا واخرين (Louisa et al, 2005)، ودراسة ماك كولين (MaQuillan,2005)، قد أثبتت فاعلية جلسات العلاج السلوكي المعرفي، في خفض اعراض اضطرابية وزيادة المهارات الشخصية في مواجهة الضغوط النفسية،وفي ضوء ذلك يحاول البحث الحالي أن يغطي بعض القصور في الدراسات السابقة من حيث الاعتماد على مجموعات تجريبية ومجموعة ضابطة ،ومن حيث توفير أداة مناسبة للباحثين في مجال الصحة النفسية والطب النفسي، وتبرز أيضا أهمية الدراسة كون الهدف منها هو معرفة أثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية في خفض الإعراض العصائية لدى مرضى القلب، وربما تعد إضافة جديدة إلى البرامج الإرشادية والعلاجية ،إذ يعتمد البرنامج على معالجة أوالتكيف من الإعراض العصائية التي يعاني منها مرضى القلب، وكذلك سوف تطبق الباحثة في هذا البرنامج ثلاثة أساليب(أعادة تفسير الإحساس بالألم - التكيف مع حالة الذات - الدعاء والتمني) على عينة من مرضى القلب والذين يعانون من الإعراض العصائية خاصة ان هذه المشكلة منتشرة بين مرضى القلب ، وتعتقد الباحثة حسب علمها لا توجد دراسة تناولت خفض الإعراض العصائية لدى مرضى القلب محلياً وعربياً.

أهداف البحث وفرضياته :

يهدف البحث الحالي الى : معرفة أثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية(أعادة تفسير الإحساس بالألم - التكيف مع حالة الذات - الدعاء والتمني) في خفض الإعراض العصائية لدى مرضى القلب من خلال الفرضيات الآتية:

- أ- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية الثلاثة (أسلوب إعادة تفسير الإحساس بالألم بالألم - التكيف مع حالة الذات - الدعاء والتمني) والضابطة على مقياس الإعراض العصائية في التطبيق البعدي.
- ب- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى (أسلوب إعادة تفسير الإحساس بالألم) في الاختبار القبلي والبعدي على مقياس الإعراض العصائية.

ج- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية (أسلوب التكيف مع حالة الذات) في الاختبار القبلي البعدي على مقياس الإعراض العصابية.

د- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الثالثة (أسلوب الدعاء والتمني) في الاختبار القبلي والبعدي على مقياس الإعراض العصابية.

حدود البحث: يتحدد البحث الحالي بما يأتي :

مرضى القلب من الراقدين في مستشفيات محافظة بغداد(ابن النفيس - ابن البيطار- بغداد التعليمي- الكاظمية التعليمي- الصدر التعليمي) والمشخصين إكلينيكياً من قبل اختصاصي الأمراض القلبية والباطنية.

تحديد المصطلحات:

أساليب التكيف المعرفية والسلوكية عرفها كل من :

Taylor 1995:

"عملية ضبط المتطلبات(الداخلية والخارجية) التي تزيد عن مصادر الشخص ،ويتضمن التكيف جهود ضبط عملية للمتطلبات البيئية " (Taylor،1995,p19).

Naser 1997:

"مؤشرات لبقاء مشكلة ما وتكرار حدوث مضاعفاتها من أكتئاب وغيره"
(Naser،1997,p10).

بيرس ومايز ٢٠٠٠:

"جهود غرضيه لتدبر أو أبطال التأثيرات السلبية للضغوط"(بيرس ومايز،٢٠٠٠،ص٨).

الإعراض العصابية عرفها كل من

Beck 1974:

وجود صراعات نفسية مختلفة داخلية أو خارجية تشترك جميعها في صفات عامة تؤثر في سعادة الشخص وتوافقه من دون أن تؤدي إلى فقدان صلته بالعالم المحيط " (Beck,1974,p.356) .

كفافي ١٩٩٠:

بأنها وسائل لمواجهة مواقف معينة أو هي حلول لمشكلات خاصة وان كانت حلولاً فاشلة ووسائل غير ناجحة (كفافي، ١٩٩٠، ص٤١٠).

ومن خلال ما تقدم من تعريفات للإعراض العصابية فإن الباحثة تتبنى تعريف بيك للأعراض العصابية تعريفاً نظرياً وهو " وجود صراعات نفسية مختلفة داخلية أو خارجية تشترك جميعها في صفات عامة تؤثر في سعادة الشخص وتوافقه من دون أن تؤدي إلى فقدان صلته بالعالم المحيط".

أما التعريف الاجرائي للاعراض العصابية فهو "الدرجات التي يحصل عليها الفرد من خلال استجابته على مقياس الإعراض العصابية المعد لهذا الغرض".
وقد تناولت الباحثة بعض الأعراض العصابية وهي:

- الاكتئاب Depression

عرفه بيك Beck (1974) :

شكل من الاضطرابات العاطفية يمتاز بتغير مزاج الفرد وظهور مشاعر الحزن والوحدة والقنوط وتبدل المشاعر والعواطف وخيبة الأمل وصعوبة التفكير والتركيز وتكوين صورة سلبية عن الذات ولوم الذات وأفكار تتعلق بالموت والانتحار بالإضافة إلى ظهور أعراض جسمية كالصداع وفقدان الشهية واضطرابات النوم (Beck,1974,p.356) .

- القلق Anxiety

عرفه بيك كما أشار له موراي ١٩٨٨

استجابة سلوكية معرفية مرتبطة بصورة مباشرة بالأفكار والتصورات غير المنطقية والسلبية والمتمثلة في شكل معتقدات فكرية مثيرة للقلق تظهر على شكل حوار وألفاظ داخلية يقولها الفرد لنفسه عن الحوادث والمواقف الخطرة التي يمر بها أو التي يتوقع حدوثها في حياته (موراي،١٩٨٨،ص ٧٨) .

الأفكار الوسواسية Obsessional thoughts

عرفها بيك Beck (1974) :

شعور مفاجئ بورود بعض الأفكار على ذهن الفرد بشكل مستمر ، تسبب له الضيق والاستثارة ، تتضمن هذه الأفكار التشكك في نوايا الآخرين وأخلاصهم والأنشغال المستمر بوظائف أجهزة الجسم المختلفة والتوهومات المرضية والتردد في انجاز الأعمال واتخاذ القرارات ولوم الذات (Beck,1974,p.356) .

سوء التوافق الاجتماعي: وعرفه

بيك ٢٠٠٠

" نظرة الشخص السلبية تجاه عالمه، ونفسه وتقدير سلبي لمستقبله"(بيك،٢٠٠٠،ص ١٢٧) .

الاطار النظري

القسم الأول/العلاج السلوكي المعرفي

العلاج السلوكي المعرفي منهج علاجي يستخدم فنيات تعديل السلوك وبيدمجها مع مناهج تغيير الأعتقادات غير المتكيفة ، والمعالج هنا يحاول مساعدة الحالات على ضبط ردود افعالهم الأنفعالية المزعجة عن طريق تعليمهم الأساليب الأكثر فاعلية في التفكير والتحدث مع الذات بشأن التجارب الحياتية التي يخوضونها (Athinson et al,1996,p.566) .

وترد بدايات تطور العلاج السلوكي المعرفي الى اعمال اليس (١٩٦٢) وبيك (١٩٧٦) ، بالإضافة الى جهود ومثابرة العديد من العلماء والباحثين الآخرين امثال باندورا (Bandura,1969-1965) ، وسيلجمان (Seligman,1970) ، وماهوني (Mahoney, 1974) وميتشنيوم (Meichenbaum,) 1977 ، وكان لهم اثر كبير في تطوير العلاج المعرفي ليصبح بشكله الحالي الذي يستوعب فنيات سلوكية ومعرفية معاً

(Early,2000,P.30 ;McMullin & Giles,1981,p.8). وهذا الدمج بين السلوكية والمعرفية في العلاج اصبح واضحاً وجلياً للمعالج بعد ان تم وضع عدد من الافتراضات حول مبادئ العلاج السلوكي المعرفي، وعلى النحو الاتي:

- ١ / ان الحالة والمعالج يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل الى الحلول .
- ٢ / للمعرفة دور اساسي في التعلم الانساني .
- ٣ / المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سببي .
- ٤ /الاتجاهات والتوقعات والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور اساسي في فهم وانتاج السلوك ويؤثر في العلاج .

٥ / العمليات المعرفية تندمج معاً في نماذج سلوكية (Early,2000,P.30) . ويرى أن المشكلات النفسية ترجع بالدرجة الأساس ، الى ان الفرد يقوم بتحريف الواقع والحقائق بناءً على مقدمات مغلوبة وافتراضات خاطئة ، وتنشأ هذه الأوهام عن تعلم خاطئ حدث في إحدى مراحل نموه المعرفي(بيك ، ٢٠٠٠ ص٧). ولهذا يرى أصحاب هذا الاتجاه ان السلوك غير المرغوب فيه او المشاعر المحزنة تبدأ مع بدء التفكير وكيفية التفكير(نصار ، ١٩٩٨ ، ص٨٧).كما ان نظريات العلاج السلوكي المعرفي جميعها تتفق في الافتراض القائل ، ان الاضطرابات النفسية هي حصيلة لعلميات التفكير غير العقلاني وغير التكيفي وان الاسلوب الأمثل للتخلص منها يكمن في تعديل البنية المعرفية نفسها (Carig head, 1982, p:5). وفي عملية تعديل السلوك لا يمكن الفصل بين جوانب التفكير ، اذ ان هذه الجوانب جميعها تتفاعل فيما بينها ويكمل بعضها بعضاً، فالاضطراب الانفعالي ليس حالة وجدانية منعزلة ، بل هو عبارة عن جوانب متكاملة من النشاط السلوكي الداخلي (فكري) والنشاط السلوكي الخارجي (حركي) وهذا يعني ان التفكير والانفعال متلاحمان ويتبادلان التأثير والتأثر في علاقة دائرية (إبراهيم،١٩٩٨، ص ٢٩١) .والعلاج المعرفي بمعناه الواسع يتكون من كل المدخلات التي من شأنها أن تخفف الاضطراب النفسي، عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإرشادات الذاتية المغلوبة ، وبهذا المعنى يمكن تغيير الاستجابات الانفعالية غير المناسبة ، غير ان بناء الأحكام الخاطئة قد يبدو عادة متأصلة وعميقة الجذور يصعب الوصول اليها ، بحيث يتطلب تصحيحها اتباع بعض الخطوات منها(كما يرى بيك ، ٢٠٠٠).

- أ- ان يدرك الفرد ويعي محتوى تفكيره .
- ب- التمييز بين الافكار اللاعقلانية المنحرفة والافكار التوافقية السوية.
- ج- استبدال تلك الافكار غير المنطقية باخرى اكثر منطقية وتوافقية.
- د- التثبيت من صحة ماحققه من تغيير رأي الفرد بحاجة الى تغذية راجعة(بيك،٢٠٠٠، ص٢٣٠).
- يرى ماهوني (Mahoney) ان الكثير من علماء العلاج او الإرشاد السلوكي المعرفي يقررون ان هذا المنحنى العلاجي يضم اتجاهين رئيسيين:-
- الأول : الاتجاه العقلاني ويمثله اليس (Allis) والثاني الاتجاه الاستدلالي ويمثله بيك (Beck) (الصفار ، ٢٠٠٢، ص٣٢). وبناء على ذلك يحاول تعديل السلوك المعرفي تغيير السلوك من خلال التركيز على كيفية ادراك الفرد للمثيرات البيئية وتفسيره لها وليس من خلال تغيير الظروف البيئية نفسها بطريقة مباشرة (الخطيب ، ١٩٩٥ ، ص٢٤٨). لذا اهتم معدلو السلوك المعرفيون بتطوير الاجراءات الارشادية التي تستند على مشاركة المسترشد نفسه في تغيير سلوكه ، فالمبدأ الاساس هو ان الاهتمام بتحليل أنماط التفكير لدى الإنسان شرط اساسي لتطوير البرامج الارشادية الفاعلة التي تتصف بالشمولية والتكامل (Ollendick & Cerny, 1981, p:151). يركز العلاج السلوكي المعرفي على تعديل افكار الفرد عن نفسه وعن الاخرين من خلال المناقشة والحوار والتدريب على التفكير بطريقة ايجابية وواقعية وتحديد اخطاء التفكير والتوصل الى الافتراضات الأساسية الخاطئة لدى الفرد من خلال الجلسات العلاجية ، كما يعد التضخيم احد الاخطاء الاساسية في التفكير فضلاً عن التصغير والاستنتاج الانتقائي والتعميم والتفكير الحدي المتطرف (سلباً كان ام ايجاباً) (المالح، ١٩٩٥ ، ص١٣١). ويعد العلاج السلوكي المعرفي اكثر من تطبيق روتيني او ميكانيكي لمجموعة من التقنيات ، فالمعالج او المرشد يقوم بالتحليل الوظيفي لكل قضية ويركز على العوامل الادراكية لدى المسترشد للتغلب على تاثيرات المشاكل وعلاجها باستعمال تقنيات العلاج السلوكي، والغرض ليس تغيير السلوك وحده، وانما تغيير المفاهيم والتفسيرات الشخصية (عبد الله، ٢٠٠٠، ص٥١). يتألف العلاج السلوكي المعرفي بمعناه الواسع من كل المداخل التي من شأنها ان تخفف الكرب النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية والاشارات الذاتية المغلوطة، هذا ومن ابرز العلماء في هذا المجال ميكنبوم (D Meichenbaum) وارون بيك (Beak,A) والبرت الس (Ellis,A) وفيما يأتي عرض لوجهة نظر آرون بيك (محمد، ٢٠٠٠، ص١٨).

نظرية آرون بيك Aron Beck

ان المدارس المعاصرة (التحليلية ، السلوكية ، البايولوجية) من وجهة نظر بيك (Beck,1976) تستهين بقدرة الحالة في فهم نفسها بنفسها وعلى حل مشكلاته بما لديه من قدرات عقلية ، وكأنهم يدفعون الحالة الى الاعتقاد بانه عاجز عن علاج نفسه وان عليه ان يطرق باب المعالج المحترف كلما آلمت به شدة من الشدائد المعتادة في الحياة اليومية ، وان تلك المدارس السابقة مقتنعة بأن الاضطرابات النفسية

تتبع من اسباب خارج نطاق فهم الحالة ، وانه لايمكن استخدام طرائق سهلة وواضحة ليعالج بها الحالة مشكلاته المعتادة في حياته اليومية بنفسه مع قليل من التوجيه ان هذا التلقين يحط من قيمة الفطرة الانسانية ويجرد الحالة من استعمال عقلها في تحليل مشاكلها ومعالجتها ، بل ويعتقد بيك ان تلك الأتجاهات النظرية انما تقف حجر عثرة امام المعالج النفسي ويكف المعالج عن حث الحالة على استعمال عقلها ، الا ان المعالج النفسي المعرفي مقتنع بأهمية منطقة الوعي عند الانسان ويعتبرها المادة الثرية التي تتيح لنا تحفيز الحالات في الانتباه للأفكار الواعية والاعتماد على الوسائل الفطرية في تحديد مشاكله النفسية والتغلب عليها (بيك،٢٠٠٠،ص١٠) . وقد تزايد الأهتمام منذ السبعينيات بمنحى ادخال العقل والمنطق في العلاج النفسي وتغيير الأفكار الخاطئة او اللاعقلانية التي تتبناها الحالة ، وبرز في هذا المنظور العلاجي ثلاثة اتجاهات علاجية أساسية ، وهم كل من بيك (Beck) واليس (Ellis) وميكنبوم (Meichenbaum) (Eysenck,2000,P.718) .

حيث يمثل اتجاه بيك Beck الاتجاه الاستدلالي البنائي في العلاج السلوكي المعرفي ، فقد شهدت فترة الثمانينات تطبيقات جديدة وموسعة لهذا الاتجاه على عدد كبير من الاضطرابات ، بدءاً من العمل مع كبار السن وحتى العمل مع مشكلات الأطفال ، وهو مالم يكن موجوداً من قبل ، واتسع المجال ايضاً ليشمل التعامل مع العزلة الاجتماعية والانحرافات الجنسية ، إذ وجدت مرونة كبيرة في استعمال استراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي ، وبدأ الأهتمام يتزايد به بعد ذلك.وشهد عام (١٩٨٩) تطوراً جديداً ، اذ اتخذ العلاج منحى آخر وبدأت التطبيقات الامبريقية على عينات كانت مستبعدة من قبل، وفي الوقت نفسه اتسع مجال استعمال العلاج السلوكي المعرفي ليشمل كثير من الاضطرابات ، فتناول اضطرابات الطعام ، ادمان الهيرويين والكحوليات والهلع والاكتئاب الحاد والاعاقات الذهنية فوجد بيرسونز واخرون (Persons, et al , 2003) ان هذا الاسلوب له فاعليته مع الافراد من ذوي المستويات المختلفة من التعليم والدخل والخلفية الاجتماعية والثقافية وحتى غير المتعلمين او ذوي التعلم الأقل من المتوسط ،على النقيض من الاعتقاد السائد آنذاك (Persons, et.al 2003 p:12) . هذا وازضاف (بيك ، ١٩٨٨) خمسة تشويهاة معرفية جديدة لها دورها الفاعل في توتر العلاقات المختلفة هي:-

- أ.الرؤية الضيقة (لايدرك الفرد خلالها إلا ما يتفق مع تفكيره هو) .
- ب.التفسيرات المنحازة او العزو السلبي.
- ج. اطلاق اسماء او مسميات سلبية على الاشياء او الاشخاص.
- د. قراءة العقل او الافكار (ان الفرد يعرف ما يفكر فيه شريكه وان هذا الشريك يجب ان يكون قادراً على ان يقوم بتخمين مايفكر فيه الفرد).

هـ. التفكير الذاتي Subjective Reasoning (وهو الاعتقاد بان الفرد سيشعر ان انفعالاته قوية بما فيه الكفاية وان هناك ما يبرر ذلك).

شهدت بداية التسعينيات إضافتين مهمتين قدمهما (بيك) تتمثل في بحثه عن متغيرات الشخصية والاكتئاب بينما الثانية تتمثل في اعادة صياغة نظريته عن الاكتئاب في ضوء ذلك وتعود مساهمته الأولى الى الاهتمام باعمال (باولبي) Bowlby عن التعلق وما يقابلها من احساس بالضيق وهذا ما دفع بيك وزملاءه الى اجراء بحث عن الشخصية وما الذي يجعلها عرضة للاكتئاب ، فرأى باولبي ان اختلال العلاقات الاجتماعية يعد اساساً للاصابة بالاكتئاب ، ووجد بيك ان هذا سيعد صحيحاً لنمط واحد من نمطي الشخصية والذي اسماه النمط المنتحي اجتماعياً Sociotropic أي الذي يتحرك استجابة للمثيرات الاجتماعية داخل الجماعة ، ووجد ان هذا النمط من الاشخاص الذين يقدرون العلاقات الحميمة ومن ثم يصبح مكتئباً عند فسخ علاقة معينة ، او الاحساس بالرفض أو بعد مروره بخبرة الحرمان الاجتماعي في مقابل هذا النمط وجد بيك نمطاً اخر من الاشخاص اسماه النمط المستقل عن الاخرين autonomous يقدر أصحابه الاستقلال عن الاخرين والحراك ومن المحتمل اصابتهم بالاكتئاب عندما لا يستطيعون تحقيق الانجاز الذي يتمنونه او عندما لا يستطيعون الحراك ، او عندما يفشلون في تحقيق اهدافهم ، ويمثل هذان النمطان نهايتين لبعد واحد على مقياس اسماه بيك الانتماء الاجتماعي - الاستقلال عن الجماعة (Sociotropy - autonomy) ،ومن التطورات المهمة التي شهدتها ميدان العلاج السلوكي المعرفي خلال التسعينيات الاهتمام الزائد باضطرابات الشخصية وتطبيقاتها الاكلينيكية وتوصلت الى عديد من المؤشرات التي كشفت عنها نتائج الدراسات المختلفة والتي تؤثر في الشخصية، وهي: الجانب المعرفي، والخصائص النمائية ، والجانب الانفعالي وكذلك العلاقة العلاجية او الارشادية التي تلعب دوراً حيوياً في العلاج الى جانب ذلك امتدت تطبيقات العلاج او الإرشاد السلوكي المعرفي لتشمل مجموعة من الاضطرابات كالغضب والقلق والاضطرابات النفس اجتماعية (محمد ، ٢٠٠٠ ، ص ٩٩-١٠٥).

افتراضات بيك العلاجية :

يعد النموذج الذي قدمه بيك (Beck) من ابرز النماذج العلاجية في هذا الإتجاه واكثرها شيوعاً ، ويعتبر منهجاً ظاهرياً (فينومينولوجي) ومعرفياً معاً ، ففي الوقت الذي يركز فيه على معارف ومعتقدات الفرد في "الهنا / والآن" كسبب في اضطراب الشخصية فإنه يستعين ايضاً ببعض الفنيات لتعليم الفرد المهارات التي يجب ان تتغير بتغير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل ، ويرى بيك ان الشخصية تتكون من مخططات او ابنية معرفية (Schemas) ، وهي المعلومات والمعتقدات والمفاهيم والافتراضات التي اكتسبها الفرد خلال مراحل النمو ، ويرى بان الأمزجة والمشاعر السلبية هي نتاج لمعارف محرفة ولا عقلانية ، ويبرز الانحراف الحاد في البناء المعرفي في حالة الاضطرابات النفسية ، وان شكل البناء المعرفي هو ما يميز الاشكاليات النفسية عند الشخص المصاب بالاضطرابات النفسية ،

فيؤثر على ادراكات الفرد والتفسيرات التي يقدمها للأشياء ، وان إدراك أية خبرة جديدة يتم في ضوء علاقاتها بالأبنية المعرفية هذه ، فمن المحتمل ان يتم تشويه تلك الخبرات حتى تتناسب مع هذه الأبنية (محمد، ٢٠٠٠، ص٥٩). فنجد في ضوء هذه النظرية ان الفرق بين اضطراب القلق مثلاً واضطراب آخر مثل سوء التوافق الاجتماعي يتمثل في امكانية تحديدهما في اطار ابنية معرفية مختلفة حيث نلاحظ ان الأبنية المعرفية السائدة تتعلق بالآراء السلبية عن الذات والآخرين والعالم ، في حين تتعلق الأبنية المعرفية في حالة القلق بالخطر واحتمال التعرض له ، ويقوم البناء المعرفي على حث الفرد للاستجابة وفق التفسيرات الخاطئة التي كونها الفرد عن ذاته والمحيط الذي يعيش فيه ، وينتج عن الفرد في الوقت نفسه حالة عاطفية تتلاءم مع ما هو عليه سواء أكان غضباً أو حزناً أو خوفاً أو .. الخ ، وبذلك تكون الحالة الأنفعالية نتاج تلك العمليات المعرفية وطريقة رؤية الفرد لنفسه وعالمه (Beck&Rector, 2000,PP.291-300) .

ويستخدم بيك طريقة علاج حالات الأكتئاب كأمثلة للعلاج المعرفي (الأضطراب الاكتئابي هو مجال الاهتمام الأكبر لبيك ، وان طريقته في العلاج المعرفي مرتبطة بالأكتئاب ، لذا فمعظم أمثله عن الأكتئاب) ، اذ يرى بأن المكتئب شخص متشائم يعاني من تحيز ادراكي نحو الأبعاد السلبية في الخبرات ويخطئ في تفسير الأمور ، ويقترح بيك بأن التفكير الأكتئابي هو نتاج لخلل في الأبنية المعرفية الأساسية ، وهذا الخلل يعبر عن ذاته في التعامل مع الأحداث المختلفة ، ويعتقد بيك ان الأدرارك السليبي يحدث أولاً ومن ثم تظهر الأعراض الأضطرابية في السلوك والانفعال والتفكير ، واستناداً الى ذلك يتمثل الهدف الأساسي للعلاج المعرفي في مساعدة الحالة على التعامل بواقعية مع خبراتها وتغيير انماط تفكيرها وادراكها للأمور وتسمى هذه العملية بالتحقق من الواقع (Reality Checking) واختبار الفرضيات (Hypothesis Testing) (Back,1963,PP.324-333).وتتم هذه العملية على ثلاث مراحل :

أ / تصحيح الأفكار الآلية السلبية للحالة .

ب / تدريب الحالة على التعامل مع تلك الأفكار بموضوعية .

ج / تشجيع الحالة على تعديل الأفكار الخاطئة وغير التكيفية والاستنتاجات الاعتبائية

والتعميمات وتعظيم الأمور (Beck,1991,PP.368-375) .

ويميز بيك بين أربعة انواع من التفكير الشاذ :

١- التفكير الثنائي(Dichotomous Thinking):وهو التفكير بطريقة مطلقة كالاتقاد بان الإنسان الذي يرتكب خطأ واحداً هو انسان سيئ لا يفعل الا الأخطاء ولا يصدر عنه الا الخطأ أو العكس .

٢ - الاستنتاج الأعتباطي (Arbitrary Inference) : ويشمل الخروج بالاستنتاجات اعتماداً على ادلة غير كافية ، كأن يغضب الانسان نتيجة كلمة او نظرة غاضبة من شخص آخر، وهذه الكلمة او النظرة لم تكن في الأصل موجهة نحوه شخصياً .

٣ - الأفرط في التعميم (Overgeneralization) : وهنا تبني اعتقادات وافكار عامة بناءً على خبرات محددة ، كأن يعتقد الشخص انه فاشل في كل شيء اذا فشل مرة واحدة .

٤ - تعظيم الأمور (Magnification) : ويشمل المبالغة في معنى أو أهمية الخبرات، كأن يشعر الشخص ان عدم قدرته على تحقيق ما يصبو اليه كارثة (Beck,1976,P.56) .

الأفكار الآلية Automatic Thoughts

لاحظ بيك ان انواعاً معينة من الأفكار كانت تغفل عنها الحالات ، لا عن مقاومة او دفاع بل لأنهم لم يتعلموا التركيز عليها ، وكان يرى ان هذه الأفكار هي الحاسمة في فهم طبيعة المشاكل النفسية (Hermine,2004,P24)، واهتم بيك بهذا النوع من الأفكار، وتوصل بعد المزيد من التمعن والتفحص الى ان الحالات لم تكن تركز كما يجب على سيل افكارها ، فتصريحات الحالات بينت أنهم يقدمون مادة تتصل بمشاكلها الحالية واحلامها ، او حكايات عن خبراتها او تقفز من فكرة الى اخرى في سلسلة من التدايعات ، ولم يركزوا قط على ملاحظة افكارها والأدلاء بها ، وان كل ما قدموه كان مبنياً على حدسهم لما يرجح انهم كانوا يفكرون بها وليس التركيز على ما كانوا يفكرون فيه بالفعل (Beck&Clark, 1997,PP.49-58)، وان طبيعة الأفكار الآلية السلبية لا تلاحظها الحالة وحتى الناس الأسوياء ما لم يتم التدريب في التركيز على الأفكار الآلية ، ومع ذلك كان بالأمكان مساعدة ذوي المشاكل النفسية للتوصل الى افكارها الآلية وتحويل الانتباه اليها ، وكلما اشتد الاضطراب عند الحالات زادت الأفكار الآلية السلبية بروزاً ووضوحاً وكلما تحسنت حالته خفت وضوحها (Davidson,2002, PP.545-574) ، والأفكار الآلية السلبية تظهر وكأنها منعكسات آلية منطقية تقاوم التغيير ، وتتميز الأفكار الآلية السلبية بأنها تعكس مضامين معينة تؤدي الى زملة سايكوباتولوجية ، وتكون عند حافة الوعي وتسبق الوجدان (أي تسبق حالة الغضب أو القلق أو الاستهجان ..الخ) ، ويتسق مضمونها مع هذا الوجدان أو ذلك وتعد معقولة من وجهة نظر الحالة وهي المسببة في التشويه المعرفي ، وهذا الأمر يؤدي بالحالة الى تفسير الأحداث من وجهة نظره فيحدث الاوضاع التفكيرية الثنائية أو الأعتباطية أو الأفرط في التعميم أو تعظيم الأمور او اثنتين من هذه الافكار المشوهة او عدد منها (بيك، ٢٠٠٠، ص ٣١) (Marzillier,1979,PP.249-258) .

ويسمي بيك هذا النوع من العلاج بالعلاج السلوكي المعرفي ، اما ليس فيسميه بالعلاج العقلاني العاطفي السلوكي وهذا المنهج الائتلافي بين السلوكي والمعرفي يحاول تعديل السلوك لدى الحالات من خلال التأثير في عمليات التفكير، ويؤدي تغيير المعارف الى التغيير في السلوك ، وربما تحدث هذه

التغيرات في السلوك تغييراً في المعارف ، والعلاج المعرفي هنا يؤكد على الدور السببي للتفكير في حدوث الانفعالات والسلوك ، ولم يغفل دور تغيير السلوك في تغيير الانفعالات والتفكير، ونتيجة لهذا الدمج بين السلوكية والمعرفية والرؤية الائتلافية عند معظم المعالجين المعرفيين كثيرا ما نرى الفنيات المعرفية مع الفنيات السلوكية في فنية واحدة متكاملة (Linehan,1993a, P.21).وفيما يأتي اهم الفنيات المعرفية السلوكية:

فنيات العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy Techniques

١ - إعادة تفسير الاحساس بالالم Reinterpreting pain sensation:

يصنفه البعض ضمن اساليب تعديل السلوك المعرفي ، ويشمل هذا الأسلوب تنمية مهارات حل المشكلات من خلال تطوير استراتيجيات عامة مناسبة للتعامل مع المشكلات وايجاد الحلول لها في حالة مواجهتها ، ومع ان هذا الأسلوب يقترن بأسم ديزوريلا و كولدفرايد (Dizurella & Goldfried,1971) الا ان جون ديوي (Dewey,1933) قد اشار منذ زمن الى مهارة ايجاد الحلول للمشكلات في الكثير من كتاباته ، ويؤكد كازدن (Kazdin,1978) على ان عملية تطبيق اسلوب إعادة تفسير الاحساس في العلاج النفسي يشبه الى حد بعيد الأسلوب الذي اقترحه ديوي ، ويوصف هذا الاسلوب في ادب العلاج النفسي على انه سلوكي معرفي لأنه يحاول تطوير طرائق عامة في التعامل مع المشكلات بدلاً من التركيز على السلوكيات الظاهرة المحددة (Bransford&Stein,1993,P.16,27). اما كلفورد (Guiford) فقد اشار فيما بين العامين (١٩٥٩-١٩٦٧) الى ان للذكاء علاقة وثيقة بقدرة الشخص على حل المشكلات فيقول كلفورد "ان حل المشكلات هي عملية عقلية بحاجة الى الربط بين المعلومات وتحليلها وبناء الاستنتاجات ، فلا بد من ان يمتلك الفرد القدرة الذكائية : كالمرونة (Flexibility) والطلاقة (Fluency) والاصالة (Originality) من اجل حل المشكلات (Ellis&Hunt,1993,P.280). ويعتقد اتباع هذا النموذج العلاجي ان السلوك غير التكيفي انما هو نتاج لعجز الشخص وعدم قدرته على حل المشكلات بطريقة منظمة (Medin et al,2005,P.391).ويتحدد هذا الاسلوب ب :

أولاً / تحديد المشكلة او توليدها وفهم معناها .

ثانياً / اعادة صياغة المشكلة في صيغة تسمح بالبحث فيها .

ثالثاً / التخطيط المفصل للعمل على حل المشكلة (كتحديد الاحتماليات التي يجب الانتباه لها حول المشكلة ، ومصادر جمع البيانات) .

رابعاً / تنفيذ الخطة المرسومة لحل المشكلة .

خامساً / استخلاص البيانات وعرضها على شكل تقرير لاختيار الحل المناسب بين عدة حلول . سادساً / تفسير البيانات واستخلاص النتائج من اجل التوصل الى اسباب اختيارنا لهذا الحل.

سابقاً / تقويم الخطوات المتبعة في حل المشكلة وتقييم النتيجة النهائية .
ويمكن اعتبار الخطوة الأولى والثانية مرحلة واحدة بينما تعتبرالخطوات الأخرى مرحلة قائمة بذاتها ،
فالتقويم قد يعني اعادة صياغة المشكلة مرة ثانية او اعادة تشكيلها بطريقة اكثر ملاءمة للعلاج
(Hermine,2004,P.147 ;Medin et al,2005,P.391).

٢ - التكيف مع حالة الذات Coping Self - statment :

ويقىس أخبار الذات أن الفرد قادر على التكيف مع الألم بغض النظر عن شدته.
مثال:أقول لنفسي كون شجاعاً وأن أستمر برغم الألم .

وتعد هذه المهارة فنية من فنيات العلاج السلوكي المعرفي ، وطورها ماهوني (Mahoney,1977)
، وهناك عدة نقاط مشتركة بين هذه الفنية وفنية حل المشكلات .

يركز هذا النموذج على مساعدة الشخص على اكتساب مهارات التعايش مع ضغوط الحياة اليومية
وتطوير المهارات التي من شأنها تسهيل عملية التكيف مع المواقف الصعبة التي تتم مواجهتها ، ويسمي
ماهوني هذا الأسلوب بـ علم الشخصي (Personal Science) أما الخطوات التي يتضمنها هذا النموذج
العلاجي فهي :

Specify Problem	١ / حدد المشكلة
Collect Date	٢ / أجمع البيانات
Identify Patterns & Source	٣ / حدد الأنماط والمصادر
Examine Options	٤ / اختبر الخيارات
Narrow & Experiment	٥ / حدد وجرب
Compare Data	٦ / قارن البيانات
Extend , Revise & Replace	٧ / وسع، نقيح ، و استبدل

(Linehan et al,1993,PP.157-158).

وتبدأ هذه الفنية العلاجية بتحديد مهارات التعايش التي يمتلكها الشخص والمهارات التي يفتقر إليها ،
وبعدها تحدد الأسباب التي يكمن وراءها العجز الذي يعاني منه ، وتنتهي بوضع خطة علاجية مناسبة
للتغلب على ذلك ، وغالباً ما يدخل في هذه الفنية العلاجية فنيات علاجية عديدة : كالنمذجة وملاحظة
الذات والايحاء الذاتي .. الخ ،ولاتركز هذه الفنية على تطوير مهارات محددة ليؤديها الحالات في مواقف
معينة ، بل يركز على تطوير مهارات عامة يمكن استخدامها في اكثر من موقف واحد
(روجرز،٢٠٠٦،ص٤٣) . وتستخدم فنية التكيف مع حالة الذات مع المتعرضين للضغوط النفسية ،
وكذلك تستخدم مع معظم الأضطرابات النفسية وبالأخص عند وجود خلل في قدرة الأفراد في التعامل مع
المحيط بشكل ملائم ، وحاجتهم الى امتلاك المهارة المناسبة في التعامل مع الآخرين ومع الضغوط

النفسية (Lawrence & Oliver, 1999, P.414) وتشمل كيفية التعامل مع الذات الأعتزاز بالنفس والتقدير الحقيقي للأماكنيات والقدرات وكيفية استغلالها ، والشعور بالسعادة لأمتلاك تلك القدرات ، والتطلع نحو افضل استخدام لها (Hermine, 2004, P.122) . ومن اجل تنمية قدرة الحالات في التكيف مع حالة الذات على المعالج ان يتبع الإجراءات الآتية:

أ/خلق الظروف التي تحفز على اداء المهارات داخل الجلسات او خارجها.

ب/على المعالج ملاحظة الحالة داخل الجلسة في تعاملها مع المحيط العلاجي بعد عملية التعلم.

ج/يسأل المعالج الحالة كيفية تعامله مع المشاكل التي ستواجهه بعد عملية التعلم.

د / يلعب المعالج الأدوار الاجتماعية مع الحالة .

هـ / يعطي بعض التوجيهات للحالة حول المهارات التي يحتاج الي تعلمها ، اذا لزم الامر .

و / على المعالج تجزئة المهارات الاجتماعية الواجب تعلمها الى اجزاء سهلة التطبيق ،من اجل التعرف على مسارات تعلم الحالات،فضلاً عن أن الشعور بالتغيرات والتحسينات الحاصلة تعطي دعماً نفسي للحالة .

ز / على المعالج البدء بمهمات سهلة ثم الانتقال الى الأصعب بعد اتقان سابقتها .

ح / يفكر المعالج بصوت عال اثناء تطبيق اية امثلة عند تمثيلها امام الحالات .

ط / يشير المعالج الى النماذج الشخصية الموجودة في بيئة الحالة لكي يلاحظها من اجل امتلاك السلوكيات المناسبة للتعامل مع الحياة .

ي / يجب البدء بتطبيق مهارة التعامل مع المحيط داخل الجلسة .

ك / التأكيد على تطبيق مهارة التعامل مع المحيط بصورة تخيلية قبل ممارستها في الواقع .

ل / ضرورة تنفيذ التدريب والمهارات التي تم تعلمها في الحياة الواقعية .

م / تعزيز الحالة وتشجيعه على أي تقدم وان كان بسيطاً ، لتعزيز الحالة في الأستمرار

في التقدم (Lester & Brannon, 2003, P.507; Peterson, 2000, PP.145-161) .

٣- الدعاء والتمني Praying and hoping:

ويقاس التحدث مع الذات بضرورة التمني والدعاء بأن الالم سيتحسن في يوم ما ، كما أن اول من استخدم هذا الأسلوب في العلاج هو الفرنسي اميل كوي (Emile Coue) ، واطلق عليه حينها الأيحاء الذاتي (Self-Suggestion) ، فقد كان يعلم حالاته ان يقولوا لأنفسهم يوماً بعد يوم (أنني أتحسن أكثر فأكثر) فناعةً من كوي بأن هذا الأيحاء الذاتي بإمكانه تغيير السلوك ويهدف هذا الاسلوب الى تدريب الحالات الأستجابات اللفظية على افتراض ان ذلك سيؤدي الى تعديل السلوك، والتعود على الأسترخاء في المواقف التي تبعث على القلق وعدم الراحة (Linehan, 1993b, P.47) . وتشتمل هذه العملية على

تعريض الحالة للمثيرات التي تبعث على القلق في الجلسات العلاجية بهدف تعميم ردود الفعل المكتسبة اثناء المعالجة الى المواقف التي يتوقع ان يواجهها .

اما اهم الخطوات التي وصفت لتنفيذ فنية الدعاء والتمني فهي :

- ١- ان يؤدي المعالج السلوك المستهدف وهو يتحدث الى نفسه بصوت مسموع .
 - ٢- بعدها تؤدي الحالة السلوك المستهدف ويقوم المعالج بتوجيهه وتزويده بالتعليمات اللفظية .
 - ٣- تقوم الحالة بتأدية السلوك المستهدف وهو يتحدث الى نفسه بصوت مسموع .
 - ٤- تقوم الحالة بتأدية السلوك المستهدف وهو يتحدث الى نفسه بصوت منخفض .
 - ٥- تقوم الحالة بتأدية السلوك المستهدف مستخدمة حديث الذات(الخطيب ،١٩٩٥، ص٢٥٩).
- اذ يميل كل البشر الى التأثر ذاتياً بتجارب الفشل ، وغالباً ما يعطونها اهتماماً اكثر مما تستحقه ، والمعروف ان التجربة الفاشلة تترك في الذاكرة اثراً لا يمحي ، وكثيراً ما يسمح الانسان للتجربة الفاشلة بان تؤثر على حاضره ومستقبله اكثر مما ينبغي، فاذا تعلمنا من التجربة فقد قمنا بخطوة صغيرة نحو النجاح في المستقبل ، وتضعف احتمالية تكرار هذا الخطأ ثانيةً (سيبرت،١٩٩٩، ص٥) .

القسم الثاني / الإعراض العصائية :

نظرية العلاج المعرفي السلوكي

يرى المنظور المعرفي السلوكي والمتمثل بـ (بيك واليس وميكنبوم) الى ان الاضطرابات النفسية هي بناءات معرفية ناتجة عن اجراءات حياتية عادية كالتحليل الخاطي للأحداث بسبب قلة المعلومات او خطأها او عدم التفريق الكامل بين الحقيقة والخيال ، وان افكار الذين يعانون من اضطرابات نفسية هي افكار غير منطقية ومشوهة ومحرفة ، وغالباً ما تحتوي افكارهم على : "يجب-Must" عن انفسهم (Lieb et al,2004,PP.453-461). وفي المنظور السلوكي المعرفي (Cognitive- Behavioral) فان الاضطرابات النفسية هي نتاج سلوكيات سلبية متعلمة بالاضافة الى وجود افكار واعتقادات مشوهة او ادراكات سلبية وغير منطقية .

أذن المنظور المعرفيون كلهم يتفقون على أن الاضطرابات النفسية حصيلة لعمليات التفكير اللاعقلانية واللاتكيفية ، إذ أشاروا إلى وجود علاقة بين المدركات بما تتضمنه من معتقدات وأفكار وتوقعات وتصورات وبين الانفعالات (السامرائي،١٩٩٧، ص٢٠) . وقد أبرز المحلل النفسي سيلفانو آريتي (Arieti,1968) ، أهمية السيكولوجية المعرفية كطريقة لفهم المشكلات الإنسانية والاضطرابات النفسية التي يعانون منها ، مؤكداً أن قسطاً كبيراً من حياة المرء مرده إلى بناءاته المعرفية Cognitive Constructs ، وإننا من المحال إن نفهم الكائن الإنساني واضطراباته النفسية من دون أن نعرض لهذه البناءات الهامة من مثل صورة الذات Self image ، وهويتها Self identity ، والتوحد والتقمص Identification ، والأمل والتطلع إلى المستقبل (Arieti,1968,p.1637) .

ترى النظرية المعرفية أن المعارف والأفكار والمعتقدات التي نكتسبها تشكل أنماط سلوكنا (Otr&Early,2000,p.30). حيث يصرف بنو الإنسان شطرا كبيرا من أوقات صحوهم في تصور ذواتهم ورصد أفكارهم وأمنياتهم ومشاعرهم وأفعالهم ،وقد تسفر هذه المراقبة الذاتية للسلوك والأفكار والمشاعر التي تنتج عنها صورة الذات عن استجابات غير تكيفية فيؤدي هذا الرصد المفرط إلى الوعي الذاتي الزائد وإلى الكف والتثبيط وإعاقة التعبير التلقائي عن النفس مما ينتج عن ذلك اضطرابات نفسية كاضطراب الأفكار الوسواسية حيث تخدم المجادلات الداخلية وتؤدي إلى شلل الفعل (بيك،٢٠٠٠،ص ٥١) . لذا فالنظرية المعرفية لاتركز على مايفعله الناس بل على الكيفية التي يرون فيها أنفسهم والعالم المحيط بهم ، إن من بين أكثر النظريات المعرفية تأثيرا تلك التي صاغها (آرون بيك Aron Beck) ، والتي أشنقها من خبرته العلاجية الواسعة مع المرضى الذين يعانون من الاضطرابات النفسية وخاصة الاكتئاب (Atkinson,1996,p.529) . أما آرون بيك (Beck) فقد وضع في اهتمامه المظاهر المعرفية والسلوكية في الاكتئاب، مثل تقدير الذات المنخفض ، والشعور باليأس ،ولوم الذات ، فرأى أن المكتئب يرى عالمه وذاته ومستقبله بطريقة سلبية ، وعندما تكون هذه المشاعر في زيادة مستمرة وتتحد مع مشاعر العجز وعدم القيمة تزداد رغبته في الانتحار من أجل الهروب من هذا المصير (موسى،١٩٩١،ص ١٥٧). ويرى بيك Beck أن أي اختلال في توازن الشخصية مرده إلى الأفكار والتصورات الخاطئة والسلبية التي يحملها الفرد نحو الأحداث والذات والآخرين والمستقبل ، وبهذا فإن القلق من وجهة نظرهم ما هو إلا استجابة سلوكية معرفية مرتبطة بصورة مباشرة بالأفكار والتصورات غير المنطقية والسلبية والمتمثلة في شكل معتقدات فكرية مثيرة للقلق تظهر على شكل حوار وألفاظ داخلية يقولها الفرد لنفسه عن الحوادث والمواقف الخطرة التي يمر بها أو التي يتوقع حدوثها في حياته (موراي،١٩٨٨،ص ٧٧-٧٨) . رأى بيك أن الفرد حين يفكر في المحن التي ألمت به (انفصال،ورفض من الآخرين،وهزيمة،وخيبة أمل...إلى آخره) ، فإنه يشرع في تقييم ذاته في ضوء هذه الخبرات فيعزو شدته إلى نقبصة فيه ، فيستنتج الزوج المهجور مثلا (لقد خسرتها لأنني شخص كره غير جدير بالحب والاحترام) ، ليس هذا الاستنتاج بطبيعة الحال إلا واحدا من التفسيرات الممكنة ، وعندما يعزو الفرد سبب فقدان إلى نفسه يتحول الصدع في مجاله الشخصي إلى هوة كبيرة ، فلا يعاني من فقدان وحده بل يكتشف نقصا في ذاته ويميل إلى تضخيم هذا النقص إلى حد بعيد ، وإذ يرد الفرد الهجران مثلا إلى نقائصه وعيوبه الذاتية فإن الاضطرابات النفسية تبدأ في التبلور ويغدو اقتناعه بنقائصه المزعومة أمرا ملزماً حتى ليتخلل كل فكرة له عن نفسه ، فإذا سئل أن يصف نفسه لم يسعه أن يفكر ألا في سماته السيئة ، ووجد صعوبة كبيرة في الالتفات إلى قدراته ومنجزاته وغض من شأن صفاته ومزاياه التي كان يقدرها قديما ويعتز بها (بيك،٢٠٠٠،ص ١٢٥-١٢٦).

ومن خلال ماتقدم فإن الباحثة تعتقد إن مرضى القلب نتيجة حالات الضعف والعجز التي تتناوبهم والتي تعرضهم إلى العديد من المواقف الإحباطية والعقبات قد يبلورون بعض الأفكار ، وهم بذلك يرجعون الفشل والإحباط إلى مصادر ذاتية داخلية وينسبون الفشل إلى أنفسهم ، ومن ثم يمنعهم ذلك من رؤية قدراتهم وإمكاناتهم وإنجازاتهم التي كانوا يتمتعون بها في الماضي ، ومن ثم يقود ذلك إلى مختلف الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب والأفكار الوسواسية وسوء التوافق الاجتماعي، ورأى بيك أن المصاب بالقلق تتراءى له صور الكارثة كلما شرع في موقف جديد لاعد له به ، ومريض الاضطرابات العصابية تساوره خيالات الفشل في كل مهمة يبأشرها (Beck,1970,p.35) . وفي المواقف الاجتماعية نجد أن الفرد كأنما يسجل استجابات الناس له أولا بأول ثم يحس رأبهم فيه في ضوء هذا التقييم ، فيسأل نفسه (هل سيهزؤون بي) ، وتقييمه لصورته الاجتماعية Social image ، يتوقف إلى حد كبير على الانطباع الذي يلوح له إنه يحدثه في الآخرين ، إن فكرته عن صورته الاجتماعية قد تغطي على مفهومه عن ذاته مما يؤدي الى سوء التوافق الاجتماعي ، كما أن ميل الإنسان إلى موازنة نفسه بالآخرين قد ينال من اعتباره لذاته حيث يتحول كل لقاء له بشخص آخر إلى تقييم سلبي للذات ، وهكذا يفكر مريض الاكتئاب أو الوسواس حين يتحدث مع الآخرين (لست متحدثا جيدا) ، وحين يمشي في الطريق يفكر (إن مشيتي رديئة) ، لذا يؤكد بيك إن الاضطراب النفسي يدور حول مشكلة معرفية ، فالشخص المضطرب لديه نظرة سلبية تجاه عالمه ، وتقدير سلبي لمستقبله(بيك،٢٠٠٠،ص ٥٤-١٢٧) . ذلك يقود إلى حالات من الاكتئاب والقلق والأفكار الوسواسية وسوء التوافق الاجتماعي، حيث أشار بيك الى أنه في الاضطرابات النفسية نجد أن الأحكام المتمركزة حول الذات تسيطر على المريض وربما أطاحت بالأحكام الموضوعية وأزاحتها ، وأطلق بيك على هذه النزعة في تفسير الأحداث على وفق معانيها الشخصية أو تصورات الشخص عن ذاته وعن الآخرين تسميات مثل (الشخصنة Personalization) ، أو (الإحالة الذاتية Self-reference) ، ومن أساليب الإحالة الذاتية لدى الأشخاص المضطربين نفسيا هو أن يروا الأحداث تخصهم وتعنيهم ويبالغون في ربطها بذواتهم ، وهناك صورة أخرى من صور الشخصنة تتمثل في ذلك الميل المسيطر عند الإنسان إلى موازنة نفسه بغيره من الناس(بيك،٢٠٠٠،ص ٧٧-٧٨). وأشار بيك إلى أنماط معينة من التفكير تؤدي إلى إصابة الأفراد بالاضطرابات النفسية وهي :

أولاً : تقييم الذات : عملية مستمرة يقوم بها الفرد لتقييم الكيفية التي يتدبر بها المسؤوليات والمواقف الحياتية التي تواجهه ومدى إيفائه بمتطلبات ما ينبغي عليه فعله أو قوله ، حيث نجد أن بعض الأفراد يكون تقييم الذات لديهم سلبيا ، إذ يتبنون المسؤولية عن أي شيء مخطئ ويعززون للآخرين الأشياء الصائبة كلها ويحملون تقديرا واطئا للذات وشعورا بالفشل، وهذه الصفات يتمتع بها الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب والأفكار الوسواسية (الجبوري،٢٠٠٥،ص ٣٧).

ثانياً: الأفكار التلقائية: أفكار ترد بشكل غير إرادي ويتم استثارته نتيجة الأحداث التي يمر بها الفرد، وفي حالة الأفراد المصابين بالاضطرابات النفسية تكون في الغالب سلبية وتستند على افتراضات مخطئة في تفسير العالم المحيط وفي النظرة إلى الذات والآخرين (Otr&Early,2000,p.33-34). لذا فهي حوارات مع الذات تتولد عنها أفكار وسواسية تسبب ضغطاً على الفرد لما تحمله من نظرة سلبية عن الأوضاع الراهنة والمستقبلية لا يستطيع الفرد التكيف معها والتخلص منها وتؤدي إلى تشويش ذهني وعدم ارتياح نفسي (الموسوي، ٢٠٠٦، ص ٨٣) .

ثالثاً : المبالغة والتهويل : وتتمثل في الميل إلى المبالغة في أدراك الأشياء والخبرات الواقعية المحايدة وإضفاء دلالات مبالغ فيها كتصور الخطر والدمار فيها ، حيث أن المبالغة في أدراك نتائج الأشياء تعبر عن خاصية تمايز الأشخاص المصابين بالقلق والاكتئاب والوساوس على وجه الخصوص عن غيرهم ، فتفكير الشخص في حالات القلق والوساوس يمتاز بالمبالغة السلبية في تفسير المواقف والأحداث التي يمرون بها ، ونتيجة لهذا تجده يتوقع دائماً حصول الشر له أو لأفراد أسرته أو لممتلكاته ، أو يتوقع فقدان مركزه والأشخاص المهمين في حياته حتى إن لم توجد أسباب واقعية تبرر ذلك ، أو نجده يتوقع الإصابة بأمراض خطيرة تؤدي بحياته ، كذلك المبالغة في تصور خبرات قد تكون غير مقصودة في علاقاته بأصدقائه أو أقاربه أو رؤسائه فيدركها على إنها مهينة أو فيها انتقاص من قيمة الذات ، أما في حالات الاكتئاب فإن المبالغة والتهويل تأخذ شكلاً مختلفاً ، إذ تجد الفرد يميل إلى تهويل عيوبه والتهويل من مزاياه فالخطأ البسيط يصبح كارثة وتدمير للسمعة ، والدفاع عن النفس في موقف معين يعني إنني تجاوزت الحدود والأصول ومن ثم أستحق العقاب واللوم...إلى آخره.

إن المبالغة والتضخيم من عيوب الشخصية لاتتلاءم مع لغة الصحة النفسية ، حيث إن الصحة النفسية تتطلب أن يهون الشخص ويقلل من عيوبه (إبراهيم، ١٩٨٠، ص ١٥٨-١٥٩) .

رابعاً : التعميم : رأى بيك أن الميل إلى الأحكام المطلقة والتعميمات المتطرفة يعد من الأشياء المعارضة للعقلانية والتفكير المنطقي التي ترتبط حتماً بإثارة الشقاء والاضطرابات النفسية ، فالتعميم هو أسلوب من التفكير السلبي الذي يرتبط بكثير من الأنماط المرضية ولاسيما الاكتئاب، فالشخص المكتئب غالباً ما يعمم خبرات جزئية تعميماً سلبياً على ذاته أو على شكل إصدار حكم سريع على شيء ما أو شخص ما استناداً إلى خبرة سابقة قد تكون مشابهة للموقف الحالي (Benhett,1980,p.62) . كما رأى بيك أن المرحلتين الأخيرتين من مراحل حياة الإنسان التي أشار إليها أريكسون تشمل السنين المتوسطة والمتأخرة من دورة الحياة كلها وهي فترة طويلة من عمره ، وبهذا فقد وضع بيك تصورات لهاتين المرحلتين :

١- السمو عن المشكلات الجسمية مقابل الانشغال بها (الحكمة مقابل القوة الجسدية) : فهناك نقطة تحول تحدث خلال حقبة الأربعينات من العمر، وبهذا يصبحون أكثر إحباطاً حال حدوث انحدار في هذه

القوى وتنتابهم مشاعر القلق من الموت والاكنتاب ، بينما الأفراد الذين يتحولون لاستعمال قواهم العقلية كرسيد لهم أو كقوة بديلة يبدؤون مرحلة الكبر بنجاح ولن تنتابهم الاضطرابات .

٢- المرونة العاطفية مقابل الافتقار العاطفي : حيث إن التغيرات التي تطرأ على الإنسان من حيث علاقاته بالآخرين سواء بسبب الموت أو الفراق أو الطلاق تؤثر في التزاماته العاطفية ، وبهذا فهو بحاجة إلى مرونة عاطفية وتوافق وإلا وقع في أزمات الاضطرابات العاطفية .

٣- النمو بالذات مقابل الانشغال بها (المرونة العقلية مقابل التصلب العقلي): تشير المرونة العقلية إلى قدرة الفرد على حسن التصرف والاستفادة من الخبرة السابقة أكثر من الاعتماد على الأحكام والمعتقدات السابقة والتزمت بها ، والأفراد الذين يتمتعون بالمرونة العقلية نجدهم قادرين على تغيير معتقداتهم واتجاهاتهم وآرائهم فيأواخر العمر (ملحم، ٢٠٠٤، ص٤٤٩-٤٥٠). ومن خلال ما تقدم فإن الباحثة تتبنى المنظور المعرفي السلوكي (بيك) إطاراً نظرياً عاماً لبحثها وذلك للأسباب الآتي نصها :

١- وجهة نظر بيك تبحث في طريقة تفكير الناس وفي أسلوب إدراكهم الذات والأشياء الأخرى فهو يجمع بوضوح بين جوانب كل من المدرسة الوظيفية بتأكيد العمليات العقلية (المعرفية) ، والكشالتية في تأكيده عمليات الإدراك والتفكير، والسلوكية في تأكيده الطرائق الموضوعية في التعامل مع الظواهر النفسية .

٢- وجهة نظر بيك يؤكد التفكير الواعي وليس السلوك العشوائي والدوافع اللاشعورية الداخلية ، فالنظريات السابقة التي تم التطرق إليها لم تعط اهتماماً لدور التفكير في توجيه السلوك وفي نشوء الاضطرابات النفسية .

٣- كما إن وجهة نظر بيك تنظر إلى الإنسان نظرة تكاملية من خلال تأكيدها تفاعل كل من الجوانب الجسمية والاجتماعية والفكرية وتأثيرها في توجيه سلوكه ، فضلاً عن أن هذه النظرية أبرزت بوضوح طبيعة الاضطرابات (القلق - الاكنتاب - الافكار الوسواسية - سوء التوافق الاجتماعي).

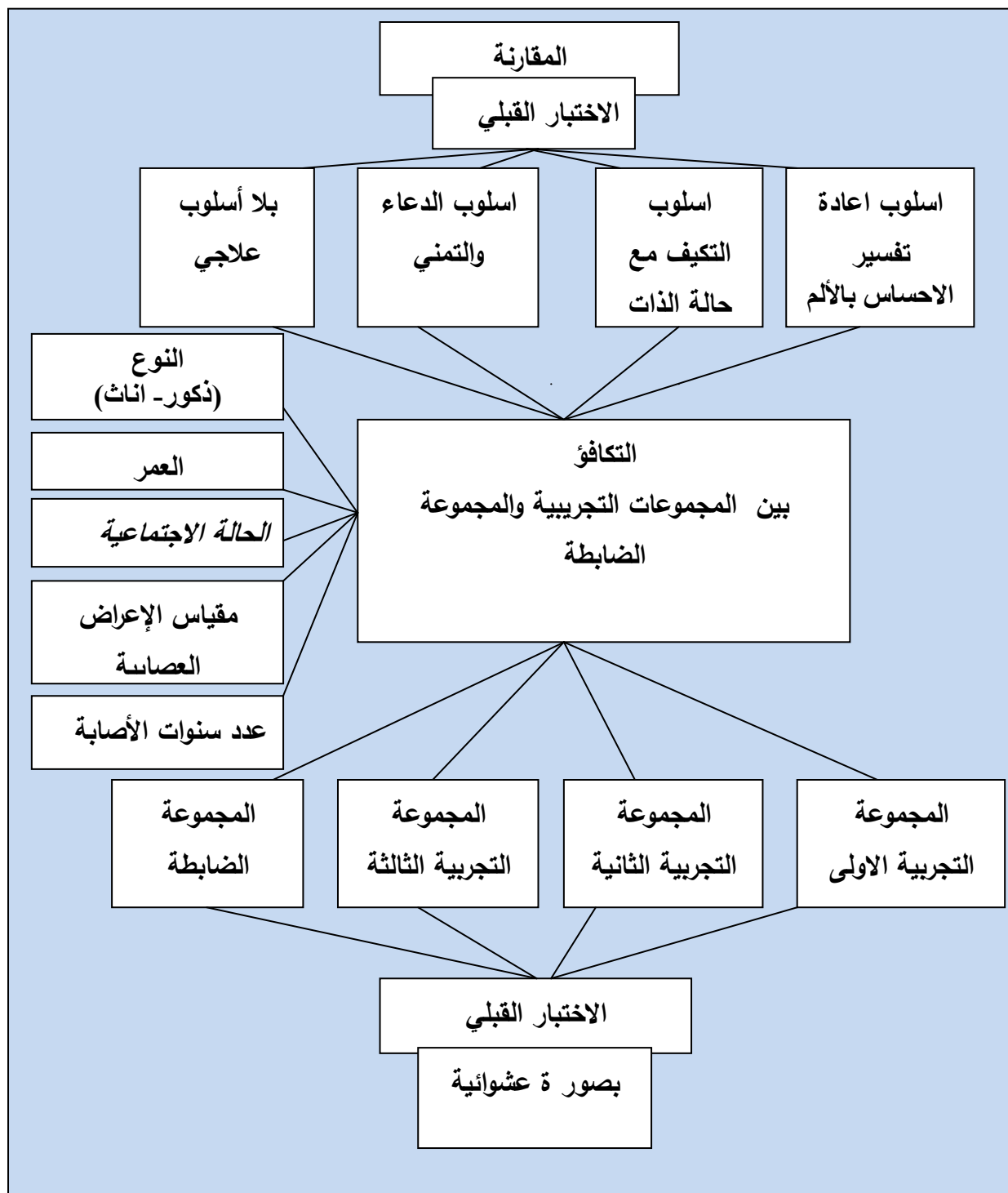
إجراءات البحث :- سنتناول الباحثة فيما هو متعلق بالجانب العملي للبحث الحالي :

أولاً : التصميم التجريبي Experimental Design

نظراً لأهمية ضبط اثر العوامل الخارجية على التجربة، فان التجريب يتخذ عدة تصاميم تهدف الى ضبط هذا التأثير بالتخلص منه او قياسه وأخذه بالاعتبار، لذا فقد تجد الباحثة نفسها امام عدد كبير من التصاميم التجريبية التي يمكن ان تستخدم أي منها لأجل التحقق من الفرضيات التي وضعتها ، وبالإضافة الى الشروط السابقة فان اختيار التصميم التجريبي يتوقف على امور، منها: الوقت اللازم لجمع البيانات، والكلفة، ونسبة المعلومات الى الكلفة، وعدد المتغيرات التي يتعامل معها الباحث لأختبار صحة الفرضيات (داود وعبد الرحمن، ١٩٩٠، ص٢٦٨). وكذلك عدد الحالات التي هي قيد الدراسة ، ونوع العلاج المستخدم والوقت الذي يصرف في العلاج "عدد الجلسات وطول الجلسة الواحدة الخ" (Miller,1983,P.7). وبما أن هدف الدراسة هو معرفة أثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية في

تخفيض الاعراض العصائية لدى مرضى القلب، فإن التصميم من نوع التصميمات شبه التجريبية، أذ يوجد متغير تجريبي (المتغير المستقل) وهي أساليب التكيف المعرفية والسلوكية (أعادة تفسير الاحساس بالألم- التكيف مع حالة الذات- الدعاء والتمني)؛ وقد أتبعته الباحثة الخطوات الآتية في تنفيذ التصميم التجريبي في الدراسة الحالية:

١. توزيع أفراد عينة البحث عشوائياً على أربع مجموعات ، ثلاث تجريبية والرابعة ضابطة.
٢. إجراء اختبار قبلي على أفراد العينة جميعهم في المجموعات الاربعة ، لفرز وتشخيص العينات تبعاً لمقياس الاعراض العصائية ،والاجراء التكافؤ بين المجموعات الاربعة.
٣. جعل العوامل والظروف متساوية في المجموعات الاربعة باستثناء المتغير المستقل الذي ينحصر وجوده في المجموعات التجريبية .
٤. تعرض المجموعات التجريبية الى المعالجات التجريبية ، حيث أستخدم مع المجموعة التجريبية الاولى أسلوب إعادة تفسير الاحساس بالألم، ومع المجموعة التجريبية الثانية أسلوب التكيف مع حالة الذات، ومع المجموعة التجريبية الثالثة أسلوب الدعاء والتمني، ولم تتعرض المجموعة الرابعة (الضابطة) الى أي أسلوب علاجي أو إرشادي.
٥. إجراء اختبار بعدي في نهاية البرنامج للمجموعات الاربعة لتقدير أثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية والشكل (١) يوضح ذلك.



الشكل (١) يوضح التصميم التجريبي

رابعاً : مجتمع البحث

ويقصد بالمجتمع (Population) :المجموعة الكلية من العناصر التي يسعى الباحث الى تعميم النتائج ذات العلاقة بالمشكلة المدروسة عليها ، ويتمثل مجتمع الدراسة في هذا البحث بجميع الذين يعانون من بعض الإعراض العصابية من مرضى القلب في مستشفيات محافظة بغداد(ابن النفيس - ابن البيطار - بغداد التعليمي-الكاظمية التعليمي- الصدر التعليمي) والمشخصين إكلينيكياً من قبل اختصاصي الأمراض القلبية والباطنية.

أما العينة البحث(Sample) : فهي التي تتوزع فيها خصائص المجتمع، وكان اختيار العينة من هذا المجتمع اختياراً عشوائياً ، وتتكون عينة البحث من :

١- عينة المستشفيات : قامت الباحثة باختيار مستشفى بغداد التعليمي(مدينة الطب) المركز العراقي لجراحة القلب وذلك للأسباب الآتية :

١-روح التعاون والمساعدة التي أبدتها إدارة المستشفى والكادر الطبي في تهيئة الظروف وتقديم التسهيلات اللازمة لتطبيق البرنامج .

٢-توفر المكان المناسب لتطبيق البرنامج إذ تتوفر غرفة من إحدى الردهات في المستشفى

٣- عدد مرضى القلب الذين يعانون من بعض الإعراض العصابية في المستشفى يساعد على القيام بذلك.

٤- عينة المرضى :تم تحديد المرضى المصابين بالقلب في المستشفى كعينة لاجراء التجربة

علماً ان عدد المرضى هو (١٢٦) فرداً

اختيار العينة: قامت الباحثة بالخطوات الآتية لاختيار عينة البحث:

تطبيق مقياس الإعراض العصابية على المرضى المصابين بالقلب .

اختيار (٣٢) فرداً من الذين حصلوا على أعلى الدرجات على المقياس المستخدم .

وُزِعَ الافراد وبشكل عشوائي الى ثلاث مجموعات تجريبية وواحدة ضابطة بواقع (٨) أفراد في كل مجموعة كما في الجدول (٢) .

الجدول (٢) يوضح عينة البحث

٨	المجموعة التجريبية الأولى
٨	المجموعة التجريبية الثانية
٨	المجموعة التجريبية الثالثة
٨	المجموعة الضابطة

أولاً: مقياس الإعراض العصابية

يشير ألن و ين (Allen&Yen 1979) الى أن بناء أي مقياس تمر بخطوات أساسية وهي:
*التخطيط للمقياس وذلك بتحديد المجالات التي تغطي فقراته، وصياغة فقرات كل مجال.
*تطبيق الفقرات على عينة ممثلة للمجتمع.

*أجراء تحليل الفقرات، واستخراج صدق وثبات المقياس (Allen&Yen,1979,p.110-119).

التخطيط للمقياس : لكي تحدد الباحثة مجالات المقياس قامت بما يأتي:

بعد تبني الباحثة المنظور المعرفي السلوكي لـ (بيك) إطاراً نظرياً عاماً للبحث الحالي قامت بتحديد

(٤)مجالات المقياس من خلال النظرية التي تبنتها الباحثة وهي:-

القلق :استجابة سلوكية معرفية مرتبطة بالأفكار السلبية والمتمثلة في شكل معتقدات فكرية مثيرة للقلق تظهر
على شكل حوار وألفاظ داخلية يقولها الفرد لنفسه عن الحوادث والمواقف الخطرة التي يمر بها أو التي
يتوقع حدوثها في حياته

الاكتئاب:اضطرابات عاطفية تمتاز بتغير مزاج الفرد وظهور مشاعر الحزن والوحدة

الأفكار الوسواسية:أفكار متسلطة على ذهن الفرد تعبر عن أفكاره الخاصة رغم كونها لا إرادية

سوء التوافق الاجتماعي:ميل الفرد إلى موازنة نفسه بالآخرين حيث يتحول كل لقاء له بشخص آخر إلى
تقييم سلبي للذات،وقد يطغى على مفهومه عن ذاته مما يؤدي الى سوء التوافق الاجتماعي.

٢- صياغة الفقرات:

لغرض الحصول على فقرات المقياس التي تُغطّي مجالاته قامت الباحثة فضلاً عن الاطلاع على النظرية
المعرفية السلوكية الاطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة ذات العلاقة بالبحث الحالي وطبيعة عينة
البحث الحالي ولغرض التحقق من مدى صلاحية فقرات المقياس ومدى تمثيلها للصفة المراد قياسها فقد
عرضت فقرات المقياس بصورته الأولية على (٢٤) خبير متخصصين في مجال الإرشاد النفسي والطب
النفسي لإبداء آرائهم حول مدى صلاحية الفقرات وملائمتها المجال الذي وضعت فيه ووضع التعديلات
التي يرونها مناسبة ، وفي ضوء ما أبدوه من آراء فقد استبعدت الفقرات التي لم يتفق عليها (١٧) من
الخبراء ، وبهذا أصبح عدد فقرات المقياس (٤٥) فقرة بعد أن كانت (٥٠) فقرة، إذ استبعدت الفقرة (٤)
من مجال الاكتئاب، والفقرة (٩) من مجال القلق، والفقرة (٢) من مجال الأفكار الوسواسية، ، والفقرة (٥)،
(٦) من مجال سوء التوافق الاجتماعي كما تمّ تعديل بعض الفقرات للحصول على الصيغة النهائية للأداة،
وجداول (١) يُوضّح ذلك

جدول (١) آراء المحكمين في صلاحية فقرات مقياس الإعراض العصائية

مستوى الدلالة	قيمة مربع كاي		الخبراء				عدد الفقرات	تسلسل أرقام الفقرات في المقياس	ت
	الجدولية	المحسوبة	المعارضون		الموافقون				
			%	ك	%	ك			
٠,٠٠١ دالة إحصائياً	١٠,٣٨	٢٤	/	/	١٠٠	٢٤	١٢	١,٣,٤,٥,٦,١٠,١٣,١٥,١٧,١٩,٢٢,٢٣	١
٠,٠١ دالة إحصائياً	٦,٦٣	٨,١٦	٢٠,٨٣	٥	٧٩,١٧	١٩	١٩	٢,١٤,١٦,١٨,٢٩,٣٠,٣١,٣٢,٣٤,٣٥,٣٦,٣٧,٣٨,٣٩,٤٠,٤٣,٤٤,٤٥	٢
٠,٠٥ دالة إحصائياً	٣,٨٤	٤,١٦	٢٩,١٧	٧	٧٠,٨٣	١٧	١٤	٧,٨,٩,١١,١٢,٢١,٢٤,٢٥,٢٦,٢٧,٣٣,٣٤,٤١	٣
٠,٠٥ غير دالة إحصائياً	٣,٨٤	٢,١٦	٣٧,٥	٩	٦٢,٥	١٥	٥	٤٦,٤٧,٤٨,٤٩,٥٠	٤

وبهذا أصبح عدد فقرات مقياس الإعراض العصائية بصيغته النهائية مكونا من (٤٥) فقرة.

ومن اجل تطبيق الأداة يجب أن تتأكد الباحثة من خطوتين أساسيتين هما :

أعداد تعليمات المقياس :

تعد تعليمات المقياس بمثابة الدليل الذي يسترشد به المستجيب أثناء استجابته على فقرات المقياس ، لذا روعي في صياغتها أن تكون واضحة ومفهومة ، وتم التأكيد فيها على ضرورة اختيار المستجيب لبدل الاستجابة المناسب الذي يعبر عن رأيه الصريح من بدائل المقياس الثلاثة (موافق ، وموافق بدرجة متوسطة ، وغير موافق) ، وطلب من المستجيب تقديم بعض المعلومات العامة (كالنوع ، والحالة الاجتماعية ، والعمر ، ومدة الإصابة بالمرض) ، كما تم التأكيد فيها على أن الاستجابة لن يطلع عليها أحد سوى الباحثة وأنها سوف تستعمل لأغراض البحث العلمي فقط لذا لم يطلب من المستجيب ذكر اسمه، وحرصت الباحثة على عدم الإفصاح عن الغرض الحقيقي للمقياس وذلك من أجل التقليل من أثر عامل المرغوبية الاجتماعية .

الدراسة الاستطلاعية

تم إجراء دراسة استطلاعية لمعرفة مدى وضوح الفقرات من حيث المعنى ، ووضوح بدائل الاستجابة على الفقرات ، والصعوبات التي يمكن أن تواجه المستجيبين لغرض تلافيا قبل تطبيق المقياس بصورته النهائية على عينة البحث ، وكذلك لمعرفة الزمن الذي يستغرقه المستجيب في استجابته على فقرات المقياس ، لذا قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة من (٢٠) من مرضى القلب بواقع (١٠) ذكور و(١٠) إناث، إذ تم تقديم مقياس الاعراض العصائية ، وبعد ملاحظة الاستجابات أتضح أن فقرات المقياس كلها واضحة وكذلك البدائل، كما تبين أن الوقت اللازم للاستجابة على فقرات المقياس يتراوح بين (١٥-٢٠) دقيقة .

تصحيح المقياس وإيجاد الدرجة الكلية

ويقصد به وضع درجة لاستجابة كل فرد من أفراد عينة البحث على كل فقرة من فقرات مقياس الاعراض العصائية ، ومن ثم إيجاد الدرجة الكلية لكل استمارة على المقياس، إذ أعطيت أوزان تراوحت بين (٣-١) وهي تقابل بدائل الاستجابة (موافق- موافق بدرجة متوسطة- غير موافق) إذ كانت تعطى الدرجة (٣) في ما إذا كانت الاستجابة تشير إلى الموافقة ، والدرجة (٢) للاستجابة المتوسطة ، والدرجة (١) في حالة كون الاستجابة تشير إلى عدم الموافقة ، علما أن فقرات المقياس كلها كانت بالاتجاه السلبي، وبهذا فإن الدرجة الكلية العليا التي يحصل عليها المستجيب على مقياس الإعراض العصائية (١٣٥) والدرجة الدنيا (٤٥).

الإجراءات الإحصائية لتحليل الفقرات

لغرض استخراج القوة التمييزية اعتمدت الباحثة على أسلوبين في تحليل الفقرات :

أ- القوة التمييزية :

لغرض استخراج القوة التمييزية للفقرات قامت الباحثة بتصحيح استمارات أفراد عينة البحث البالغ عددها (٢٢٥) استمارة ، وإعطاء درجة كلية لكل منهم ، ثم رتبت الدرجات التي حصلوا عليها تنازليا من أعلى درجة إلى أدنى درجة، وبعد ذلك تم تعيين درجة قطع (٢٧%) من الأفراد الحاصلين على أعلى الدرجات أطلق عليهم (المجموعة العليا)، و(٢٧%) من الأفراد الحاصلين على أدنى الدرجات أطلق عليهم (المجموعة الدنيا)، وفي ضوء هذه النسبة بلغ عدد الأفراد في كل مجموعة (٦١) فردا، أي إن عدد الاستمارات التي خضعت للتحليل بلغ (١٢٢) استمارة، وبعد ذلك قامت الباحثة بتطبيق الاختبار التائي (-t test) لعينتين مستقلتين لاختبار دلالة الفروق بين المجموعتين على كل فقرة من فقرات المقياس وعدت القيمة التائية المحسوبة مؤشرا لتمييز كل فقرة من خلال موازنتها بالقيمة التائية الجدولية ، والجدول (٢) يوضح ذلك .

جدول (٢)

القوة التمييزية لفقرات مقياس الإعراض العصائية باستعمال أسلوب المجموعتين المتطرفتين

الدالة	القيمة التائية المحسوبة	المجموعة الدنيا		المجموعة العليا		تسلسل الفقرة
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
دالة	٩,٦٢	٠,٥٦	١,٤٤	٠,٦٧	٢,٥٢	١
دالة	٧,٢١	٠,٦١	١,٥٩	٠,٦١	٢,٣٩	٢
دالة	٩,٤٧	٠,٥١	١,٢٦	٠,٦٩	٢,٣١	٣
دالة	٦,٦١	٠,٨٧	١,٨٥	٠,٥٧	٢,٧٣	٤
دالة	١١,٤١	٠,٤٧	١,٣٤	٠,٥٩	٢,٤٥	٥
دالة	١١,٦٥	٠,٦٧	١,٤٩	٠,٥٢	٢,٧٧	٦
دالة	١٦,٠٥	٠,٤٧	١,٢٦	٠,٥٠	٢,٦٨	٧
دالة	١٠,٥٧	٠,٥٨	١,٤٠	٠,٥٩	٢,٥٤	٨
دالة	١٢,٣٣	٠,٥٢	١,٣٩	٠,٦٠	٢,٦٥	٩
دالة	١١,٣٧	٠,٦١	١,٢٩	٠,٦٤	٢,٥٩	١٠
دالة	٨,٦٧	٠,٤٥	١,٢٩	٠,٧٢	٢,٢٤	١١
دالة	١٥,٧٤	٠,٤٥	١,٢٧	٠,٥٣	٢,٦٨	١٢
دالة	٨,٧١	٠,٥٥	١,٢٢	٠,٧٥	٢,٢٧	١٣
دالة	٦,٣٧	٠,٧٢	١,٦٥	٠,٧٢	٢,٤٩	١٤
دالة	١٣,٠٠	٠,٥٨	١,٣٩	٠,٥٢	٢,٧٠	١٥
دالة	٦,٢٥	٠,٧٤	١,٤٤	٠,٧٠	٢,٢٦	١٦
دالة	٨,٧٣	٠,٧٣	١,٥٩	٠,٥٧	٢,٦٣	١٧
دالة	٦,٨٦	٠,٧٥	١,٦٣	٠,٦٩	٢,٥٤	١٨
دالة	٨,٦٥	٠,٧٧	١,٦٢	٠,٥٣	٢,٦٧	١٩
دالة	٩,٦١	٠,٥٥	١,٣٩	٠,٦٤	٢,٤٤	٢٠
دالة	٩,٠٨	٠,٦٧	١,٤٧	٠,٦٢	٢,٥٤	٢١
دالة	٨,٤٨	٠,٥٤	١,٣٤	٠,٧٢	٢,٣٢	٢٢
دالة	٩,٣٠	٠,٦١	١,٤٠	٠,٦٤	٢,٤٧	٢٣
دالة	٦,٧١	٠,٧٥	١,٦٥	٠,٦٤	٢,٥٠	٢٤

دالة	٦,٦٧	٠,٧٤	١,٤٥	٠,٦٧	٢,٤٤	٢٥
دالة	٧,٩١	٠,٦٥	١,٦٣	٠,٦٤	٢,٥٧	٢٦
دالة	٨,١٩	٠,٦٩	١,٥٠	٠,٦٤	٢,٥٠	٢٧
دالة	٧,٤٧	٠,٧٨	١,٦٨	٠,٦٠	٢,٦٣	٢٨
دالة	٩,١٢	٠,٦٢	١,٤٧	٠,٦٤	٢,٥٢	٢٩
دالة	١٠,٣٥	٠,٤٩	١,٢٢	٠,٧٣	٢,٤٠	٣٠
دالة	٧,٨٩	٠,٦٨	١,٣٦	٠,٦٤	٢,٣١	٣١
دالة	٩,٤٧	٠,٥٨	١,٣٩	٠,٦٧	٢,٤٧	٣٢
دالة	٨,٣٨	٠,٥٦	١,٣٢	٠,٧٧	٢,٣٦	٣٣
دالة	٩,٤٣	٠,٧٤	١,٥٤	٠,٥٦	٢,٦٧	٣٤
دالة	١٢,٣٤	٠,٥٢	١,٢٩	٠,٦٨	٢,٦٥	٣٥
دالة	١٣,٦٧	٠,٥٦	١,٤٤	٠,٤٧	٢,٧٣	٣٦
دالة	٨,٩٣	٠,٥٣	١,٣١	٠,٧٨	٢,٣٩	٣٧
دالة	٧,٨٥	٠,٦١	١,٤٤	٠,٧١	٢,٣٩	٣٨
دالة	٩,٦١	٠,٦٤	١,٥٧	٠,٥٧	٢,٦٣	٣٩
دالة	١٠,٣٧	٠,٥٥	١,٢٧	٠,٦٩	٢,٤٥	٤٠
دالة	٧,٩٥	٠,٥٣	١,٤٧	٠,٦٨	٢,٣٦	٤١
دالة	٩,٢٧	٠,٦٨	١,٣٩	٠,٦٩	٢,٥٤	٤٢
دالة	٦,٦٧	٠,٦٤	١,٤٠٨	٠,٦٩	٢,٢١	٤٣
دالة	١٢,٣٩	٠,٤٧	١,٢٦	٠,٦٤	٢,٥٤	٤٤
دالة	١٠,١٦	٠,٦٠	١,٣٦	٠,٦٢	٢,٤٩	٤٥

وبعد تطبيق مقياس الإعراض العصابية على أفراد عينة البحث البالغ عددهم (٢٢٥) لجأت الباحثة إلى استعمال الوسائل الإحصائية المعلمية Parametric Statistic ، في تحليل بيانات البحث الحالي وفي استخراج النتائج .

ب - علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس (صدق الفقرة) *Item Validity*

أما الأسلوب الآخر الذي أعتمد في تحليل الفقرات فهو إيجاد معامل ارتباط بيرسون Pearson بين درجات الأفراد على كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس وذلك بالاعتماد على العينة ككل

(٢٢٥) فردا ، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٦٤-٠,٧٣) ، وعند استعمال الاختبار التائي لمعامل الارتباط أتضح أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً من خلال موازنتها بالقيمة التائية الجدولية والبالغة (١,٩٦) عند مستوى (٠,٠٥) ودرجة حرية (٢٢٣) والجدول (٣) يوضح .
جدول (٣) معاملات ارتباط درجة الفقرة بالدرجة الكلية وقيمها التائية لمقياس الإعراض العصابية

القيمة التائية	معامل الارتباط	القيمة التائية	معامل الارتباط	القيمة التائية	معامل الارتباط
١٠,٩١	٠,٥٩	٢٤	٩,٥٨	٠,٥٤	١
١٢,٧٧	٠,٦٥	٢٥	٩,٥٨	٠,٥٤	٢
٩,٣٣	٠,٥٣	٢٦	١٠,٦٣	٠,٥٨	٣
١١,٢٠	٠,٦٠	٢٧	٧,٩٥	٠,٤٧	٤
٩,٥٨	٠,٥٤	٢٨	١٠,٣٦	٠,٥٧	٥
١٠,٠٩	٠,٥٦	٢٩	١٣,١٢	٠,٦٦	٦
٧,٩٥	٠,٤٧	٣٠	١٥,٩٥	٠,٧٣	٧
٩,٣٣	٠,٥٣	٣١	١١,٥٠	٠,٦١	٨
١٢,٤٤	٠,٦٤	٣٢	١٢,١١	٠,٦٣	٩
٨,٣٩	٠,٤٩	٣٣	١٢,٧٧	٠,٦٥	١٠
١٢,٧٧	٠,٦٥	٣٤	١١,٨٠	٠,٦٢	١١
١٠,٩١	٠,٥٩	٣٥	١٧,٤٦	٠,٧٦	١٢
١٠,٦٣	٠,٥٨	٣٦	٩,٨٣	٠,٥٥	١٣
١٥,٠٦	٠,٧١	٣٧	٨,٣٩	٠,٤٩	١٤
١٢,٧٧	٠,٦٥	٣٨	١٢,٤٤	٠,٦٤	١٥
١١,٢٠	٠,٦٠	٣٩	٨,٨٥	٠,٥١	١٦
٩,٣٣	٠,٥٣	٤٠	٧,٧٤	٠,٤٦	١٧
١٠,٩١	٠,٥٩	٤١	١١,٢٠	٠,٦٠	١٨
١٠,٣٦	٠,٥٧	٤٢	١٠,٣٦	٠,٥٧	١٩
١٠,٠٩	٠,٥٦	٤٣	١١,٥٠	٠,٦١	٢٠
٨,٨٥	٠,٥١	٤٤	٩,٠٩	٠,٥٢	٢١

٢٢	٠،٦١	١١،٥٠	٤٥	٠،٥٦	١٠،٠٩
٢٣	٠،٥٣	٩،٣٣	-		

ج- علاقة درجة المجال بالدرجة الكلية

تحقق هذا النوع من الصدق باستخدام معامل ارتباط بيرسون لإيجاد العلاقة الارتباطية بين درجات الأفراد على كل مجال والدرجة الكلية للمقياس وقد أظهرت النتائج ان معامل ارتباط درجة كل مجال بالدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠،٠٥) ودرجة حرية (٢٢٣) والقيمة الجدولية (١،٩٦) وكما هو موضح في الجدول (٤)

جدول (٤) معاملات ارتباط درجة المجال بالدرجة الكلية

ت	اسم المجال	معامل الارتباط
١	الاكتئاب	٠،٧٢٠
٢	القلق	٠،٨١٨
٣	الأفكار الوسواسية	٠،٨٨٩
٤	سو التوافق الاجتماعي	٠،٨٥٤

مؤشرات صدق مقياس الإعراض العصابية

تحققت الباحثة من صدق مقياس الإعراض العصابية من خلال المؤشرات الآتية :

أ- صدق الظاهري

تحقق هذا النوع من الصدق في المقياس من خلال التعريف الدقيق للمفهوم المراد قياسه (الإعراض العصابية)، وكذلك تعريف كل من الإعراض الأربعة التي يشتمل عليها المقياس ، واشتقاق فقرات مناسبة لكل من الإعراض الأربعة، لذا فقد عد هذا النوع من الصدق متوافراً في مقياس الإعراض العصابية سواء كان ذلك للباحثة عند وضع الفقرات، أم بالنسبة للمحكمين عند اتخاذهم للقرارات في مدى صلاحية الفقرات في قياسها لما يفترض أن تقيسه، وذلك عندما عرضت فقرات المقياس على مجموعة من الخبراء في علم النفس والطب النفسي.

ب- صدق البناء Construct Validity

تحقق هذا النوع من الصدق في المقياس من خلال المؤشرات المذكورة في أدناه:

١- أسلوب المجموعتين المتطرفتين Contrasted Groups

عد مقياس الإعراض العصابية صادقاً بنائياً على وفق هذا المؤشر حين تبين أن فقرات المقياس قادرة على الممايزة بين الذين يعانون والذين لا يعانون .

٢- علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس :

عد مقياس الاضطرابات النفسية صادقا بنائيا على وفق هذا المؤشر عندما قامت الباحثة بإيجاد العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس .

مؤشرات ثبات مقياس الإعراض العصابية Reliability

أ- طريقة التجزئة النصفية

قامت الباحثة باستخراج الثبات بهذه الطريقة للمقياس ، فقد اختيرت (١٠٠) استمارة بشكل عشوائي من استمارات عينة تحليل الفقرات ، ومن ثم تجزئة المقياس إلى نصفين يضم الأول الفقرات الفردية ويضم الثاني الفقرات الزوجية ، وإيجاد معامل ارتباط بيرسون بين النصفين وقد بلغ (٠.٧٨٢)، وبعد تصحيح قيم معاملات الارتباط بمعادلة سبيرمان - براون التصحيحية فقد بلغ (٠.٨٧٨) وقد اتضح أن معامل الثبات جيد .

ب- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ

ولاستخراج الثبات بهذه الطريقة تم اعتماد العينة نفسها المشار إليها في طريقة التجزئة النصفية أي (١٠٠) فرد، ومن ثم تم استعمال معادلة (ألفا) للاتساق الداخلي فقد بلغ (٠.٨٨٦)، لأن هذه المعادلة تعكس مدى اتساق فقرات المقياس داخليا (علام، ٢٠٠٠، ص ١٦٦) .

الخطأ المعياري للمقياس Standard Error of Measurement

عند تطبيق معادلة الخطأ المعياري للمقياس على مقياس الإعراض العصابية بلغت قيمته (٥٢،٤) عندما كان معامل الثبات (٨٧٨،٠) المستخرج بطريقة التجزئة النصفية، في حين بلغت قيمته (٣٤،٤) في حالة الثبات المستخرج بطريقة ألفا للاتساق الداخلي والبالغ (٠،٨٨٦).

التطبيق النهائي: بعد ان أصبح المقياس في صورته النهائية مكون من (٤٥) فقرة ، ملحق (١)،

وأصبحت درجات الإجابة تتراوح بين (٤٥ - ١٣٥) وبذلك تكون الدرجة القصوى للمقياس هي (١٣٥) درجة والدرجة الدنيا للمقياس (٤٥) درجة وبمتوسط نظري قدره (٩٠) درجة^١ ، فقد طبق المقياس على عينة الدراسة البالغ عددهم (٢٢٥) من مرضى القلب، قامت الباحثة بتوزيع استمارات البحث بنفسها تارة^٢ وبمساعدة عدد من الكادر الطبي في المركز العراقي لجراحة القلب تارة أخرى فقد كانت الباحثة تقوم وبمساعدة عدد من المعاونين من الكادر الطبي^٢ بتوزيع الاستمارات على أفراد العينة بعد أن تحصل منهم

* استخرج الوسط الفرضي للمقياس عن طريق جمع أوزان البدائل الثلاثة للمقياس والقسمة على عددها ، ثم ضرب الناتج في عدد الفقرات ، فأوزان البدائل هي (١،٢،٣) مجموعها (٦)، وعددها (٣) فمتوسط أوزان البدائل (٢) × عدد الفقرات (٤٥) فيكون المتوسط الفرضي (٩٠).

* المعاون الطبي ياسر هاشم سعد ، والمعاون الطبي خالد ابراهيم

على الموافقة ، ومن ثم تطلب منهم الاستجابة على الفقرات ، ويجدر الإشارة هنا إلى أنه في حالة التعذر على بعض الأفراد في الاستجابة بمفردهم على الأسئلة المقدمة إليهم لعدم قدرتهم على القراءة والكتابة يتم اللجوء إلى قراءة كل فقرة من فقرات المقياس والتأشير على البديل الذي يراه المستجيب أنه ينطبق عليه أو يمثل رأيه

التكافؤ بين المجموعات

ان توفر التكافؤ بين مجموعات البحث أمر ضروري لتصميم البحث ، إذ تسعى الباحثة الى ان تكون مجموعات البحث متكافئة حتى لا تكون الفروق في أدائها راجعة الى الفروق بين المجموعات (علام ، ٢٠٠٠، ص١١٤)، ولهذا فقد تم مكافأة أفراد المجموعات التجريبية والضابطة في المتغيرات الآتية: ١- النوع (ذكور - إناث) ٢- الحالة الاجتماعية (متزوج - أعزب) ٣- العمر ٤- عدد سنوات الإصابة ٥- مقياس الإعراض العصائية، وجدول (٥) يوضح ذلك

(الجدول ٥)

المزاوجة بين المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة في متغير النوع والحالة الاجتماعية

المتغير	المجموعة التجريبية	تسلسل الحالات					
		الأولى	الثانية	الثالثة	الرابعة	الخامسة	السادسة
رمز أسم الحالة	الأولى إعادة تفسير الاحساس بالألم	ح ك	ع ح	ف ع	م ر	غ ي	د ق
	الثانية التكيف مع حالة الذات	ب ك	غ ج	رك	س ح	ه ق	ن ح
	الثالثة الدعاء والتمني	ر ر	خ ك	وش	س ح	ه ي	ك ك
	الضابطة	ر	د	و	س	ه	ل
الحالة الاجتماعية	الأولى إعادة تفسير الاحساس بالألم	عزباء	اعزب	متزوجة	عزباء	متزوج	متزوج
	الثانية التكيف مع حالة الذات	عزباء	متزوج	عزباء	متزوجة	متزوج	اعزب
	الثالثة الدعاء والتمني	عزباء	أعزب	متزوجة	متزوجة	اعزب	متزوج
	الضابطة	عزباء	اعزب	عزباء	متزوجة	اعزب	متزوج

٣- التكافؤ في متغير العمر بين أفراد المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة تراوحت أعمار مجموعات البحث ما بين (٤٠ - ٤٤) سنة وللتأكد من تكافؤ المجموعات على هذا المتغير، تم استخدام كروسكال - واليز لتحليل التباين الأحادي لمعرفة دلالة الفروق بين أعمار الافراد بين المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة، إذ تبين أن الفرق بينها لم يكن ذا دلالة أحصائية عند مستوى (٠,٠٥) لأن قيمة كروسكال (H)* المحسوبة تساوي (٤,٠٨٧) درجة أقل من قيمة مربع كاي الجدولية التي تساوي (٧,٨١) درجة وبدرجة حرية (٣)، كما موضح في الجدول (٦).

جدول (٦) القيم الإحصائية لمتغير العمر لدى المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة

المجموعة	عدد أفراد العينة	قيمة H المحسوبة	قيمة مربع كاي الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة	دلالة الفروق
التجريبية الأولى/أعادة تفسير الاحساس بالألم	٨	٤,٠٨٧	٧,٨١	٣	٠,٠٥	غير دالة أحصائياً
التجريبية الثانية التكيف مع حالة الذات	٨					
التجريبية الثالثة الدعاء والتمني	٨					
الضابطة	٨					
المجموع	٣٢					

التكافؤ في متغير عدد سنوات الإصابة بمرض القلب بين أفراد المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة ، تراوحت عدد سنوات الإصابة لمجموعات البحث ما بين (١ - ٢) سنة وللتأكد من تكافؤ المجموعات على هذا المتغير، تم استخدام كروسكال - واليز لتحليل التباين الأحادي لمعرفة دلالة الفروق، إذ تبين أن الفرق بينها لم يكن ذا دلالة أحصائية عند مستوى (٠,٠٥) لأن قيمة كروسكال (H)* المحسوبة تساوي (١,٤٨١) درجة أقل من قيمة مربع كاي الجدولية التي تساوي (٧,٨١) درجة وبدرجة حرية (٣)، كما موضح في الجدول (٧).

الأستاذ- العدد (٢٠٣) لسنة ١٤٣٣ هجرية - ٢٠١٢ ميلادية ... اثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية في خفض الإعراض العصابية لدى مرضى القلب

جدول (٧) القيم الإحصائية لمتغير عدد سنوات الإصابة لدى المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة

المجموعة	عدد أفراد العينة	قيمة H المحسوبة	قيمة مربع كاي الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة	دلالة الفروق
التجريبية الأولى/أعادة تفسير الاحساس بالألم	٨	١,٤٨١	٧.٨١	٣	٠,٠٥	غير دالة إحصائياً
التجريبية الثانية التكيف مع حالة الذات	٨					
التجريبية الثالثة الدعاء والتمني	٨					
الضابطة	٨					
المجموع	٣٢					

التكافؤ في متغير مقياس الإعراض العصابية بين أفراد المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة وللتأكد من تكافؤ المجموعات على هذا المتغير، تم استخدام كروسكال - واليز لتحليل التباين الأحادي، إذ تبين أن الفرق بينها لم يكن ذا دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) لأن قيمة كروسكال (H)* المحسوبة تساوي (٢,٣٥٩) درجة أقل من قيمة مربع كاي الجدولية التي تساوي (٧,٨١) درجة وبدرجة حرية (٣)، كما موضح في الجدول (٨)

جدول (٨) القيم الإحصائية لمقياس الإعراض العصابية لدى المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة

المجموعة	عدد أفراد العينة	قيمة H المحسوبة	قيمة مربع كاي الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة	دلالة الفروق
التجريبية الأولى/أعادة تفسير الاحساس بالألم	٨	٢,٣٥٩	٧.٨١	٣	٠,٠٥	غير دالة إحصائياً
التجريبية الثانية التكيف مع حالة الذات	٨					
التجريبية الثالثة الدعاء والتمني	٨					
الضابطة	٨					
المجموع	٣٢					

مما سبق تبين بأن المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة متكافئات في المتغيرات المذكورة آنفاً، وأن هذا التكافؤ يرجع بالدرجة الأولى الى دقة التوزيع الزوجي العشوائي بين المجموعات.

* البرنامج العلاجي بأساليب التكيف المعرفية والسلوكية

- بناء البرنامج العلاجي :

اعتمدت الباحثة في بناء البرنامج العلاجي الإجراءات الآتية :

- ١- النظرية المعرفية السلوكية في البرنامج العلاجي .
- ٢- الإطلاع على الأدبيات الخاصة بأسس بناء البرامج العلاجية وطرائقها ونماذجها.
- ٣- نتائج مقياس الإعراض العصابية الذي طُبِقَ على العينة، إذ تتحدد من خلاله شدة الإعراض العصابية ، والتي تحتاج إلى معالجة حسب درجة حدتها، الجدول (٩) يوضح ذلك .
- ٤- الإطلاع على البرامج العلاجية السابقة، ومنها :
 - دراسة لنهان واخرين (Linehan et al,1991) برنامج علاجي معرفي سلوكي .
 - دراسة لنهان واخرين (Linehan et al,1994) برنامج علاجي معرفي سلوكي .
 - ج- دراسة ثوماس واخرين (Thomas et al,1995) برنامج علاجي معرفي سلوكي .
 - د- دراسة كورنرولنهان (Koerner& Linehan,2000) برنامج علاجي معرفي سلوكي
 - هـ- دراسة لويوز (Louise,2003) برنامج علاجي معرفي سلوكي .
 - و- دراسة سيمس واخرين (Simms et al,2004) برنامج علاجي معرفي سلوكي .
 - ز- دراسة لويوزا واخرين (Louisa et al, 2005) برنامج علاجي معرفي سلوكي .
 - ح- دراسة ماك كولين (MaQuillan,2005) برنامج علاجي معرفي سلوكي .
- ٥- عرض البرنامج العلاجي على عدد من الخبراء المختصين في الإرشاد النفسي والطب النفسي، للتأكد من مدى مناسبة الحاجات والأهداف والإجراءات المستخدمة والزمن الذي نحتاجه لتحقيق تلك الأهداف، والتقنيات العلاجية، وأية تعديلات أخرى، وقد اتبعت الباحثة عدّة خطوات لبناء البرنامج العلاجي وكالاتي :

١- تحديد الأولويات :

تم جدولة مجالات مقياس الإعراض العصابية على الجلسات بناءً على شدتها وتكرارها ، وذلك من خلال إجابات أفراد العينة على فقرات مقياس الإعراض العصابية ، والجدول (9) يوضح ذلك :

جدول (9) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل مجال، وترتيبها تنازلياً

المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
القلق	٢.٤٣٥٠	٠.٧٢٦٩٢
الأفكار الوسواسية	٢.٤١٥٠	٠.٧٥٨٧٢
سوء التوافق الاجتماعي	٢.٣١٠٠	٠.٧٥٢٨٢
الاكتئاب	٢.٣٠٠٠	٠.٧٨٩٣٨

٢- أهداف البرنامج العلاجي :

يهدف البرنامج بشكل عام إلى تخفيض الإعراض العصابية، وتعليم أفراد المجموعة العلاجية على طرق مختلفة لحل المشكلات وخاصة المشكلات التي تؤدي إلى ظهور الأعراض لديهم ، أما الأهداف السلوكية فكانت مناسبة لكل جلسة علاجية ، ومطابقة للنظرية المعرفية السلوكية

٣- عدد الجلسات وتاريخها :

كان عدد الجلسات (8) جلسات علاجية لكل أسلوب من الأساليب الثلاثة ، بمعدل جلستين في الأسبوع ، ابتداءً من يوم الاحد الموافق (٦ / ٣ / ٢٠١١) الى يوم الجمعة الموافق (١ / ٤ / ٢٠١١) ، ومدة الجلسة (٤٥) دقيقة، في أيام(الأحد، الجمعة) من كل أسبوع، أما مكان الجلسات العلاجية فكانت في أحد غرف الكادر الطبي من معاونين في المستشفى.

٤- الأسلوب العلاجي :

تعتمد الباحثة بالدرجة الأساس في علاجها على أسلوب (آرون بيك Aaron Beck) في العلاج المعرفي السلوكي، والقائم على (المناقشة الجماعية، والتركيز على الأفكار الآلية، وأنواع التفكير المشوه "التفكير الثنائي، التخمين الاعتباطي، الإفراط في التعميم، تعظيم الأمور") الذي أشار إليه (بيك)، وسيكون للعلاقة العلاجية التعاونية بين الباحثة وأفراد المجموعة العلاجية وبين أفراد المجموعة أنفسهم دوراً هاماً في التدريب على تعلم بعض الطرق في التفكير وتحمل الضغوط ومواجهة المشكلات، وتحسين صورة الحياة، وطلب المساعدة عند الحاجة، وضبط النفس، والتنظيم الذاتي للسلوك، وتعدّ النشاطات اليومية من التقنيات ذات الأهمية الكبرى .

٥- الصدق الظاهري للبرنامج العلاجي :

بعد تصميم البرنامج العلاجي بصيغته الأولية ، قامت الباحثة بعرضه على مجموعة من الخبراء والمختصين في ميدان الإرشاد النفسي والطب النفسي، ولمعرفة مدى مناسبة الأساليب والإجراءات والتقنيات المستخدمة في البرنامج لتحقيق الأهداف والمدة الزمنية المقترحة لكل جلسة، واقتراح التعديلات

وإضافات المناسبة، أو الحذف وقد أخذت الباحثة بالمقترحات والتعديلات التي أشار إليها السادة الخبراء، للوصول بالبرنامج إلى المستوى المطلوب.

٦- التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي :

اعتمدت الباحثة على التقنيات العلاجية للنظرية المعرفية السلوكية وفق اتجاه (آرون بيك Aaron Beck) في العلاج المعرفي السلوكي وهذه التقنيات هي :

إعادة البناء المعرفي : وهو تحديد الأفكار السلبية والعمل على حذفها وإبدالها بأفكار أخرى ايجابية .
التعليم الذاتي : يهدف إلى تعليم الفرد على التحدث الايجابي حول الذات من أجل تغيير السلوك المشكل، واستبدال الحديث الذاتي السلبي، والتعلم على التصرف بهدوء في المواقف التي تؤدي إلى القلق (الفتلاوي، ٢٠٠٥، ص : ٣٥٦).

التعزيز الذاتي : هو تغذية راجعة للسلوك الايجابي لتعزيزه وتجسيده، والمقابل الابتعاد عن السلوك غير المقبول أو تعديل الشائك منه .

النشاط اليومي: وهو تطبيق المهارات والمعلومات المتعلمة داخل الجلسات في المواقف العامة.

٧- تطبيق البرنامج العلاجي :

بعد اختيار عينة البحث، وتحديد التصميم التجريبي لها، قامت الباحثة بالإجراءات الآتية لتحقيق أهداف البحث :

١- اختيار (٣٢) فرد قصدياً ممن حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس الإعراض العصائية، وتم تقسيمهم على ثلاث مجموعات هما :

المجموعة التجريبية الأولى وعددها (٨) فرد.

المجموعة التجريبية الثانية وعددها (٨) فرد.

ج - المجموعة التجريبية الثالثة وعددها (٨) فرد.

د - المجموعة الضابطة وعددها (٨) اعتمدت الدرجات التي حصل عليها أفراد المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة) على مقياس الإعراض العصائية قبل البدء في تطبيق البرنامج العلاجي، بمثابة نتائج الاختبار القبلي.

الوسائل الإحصائية :

لغرض تحقيق الأهداف والتوصل إلى نتائج البحث، اعتمدت الباحثة الوسائل الإحصائية الآتية:

١. اختبار مربع كاي - Chi Square: لمعرفة دلالة الفرق للتكافؤ في متغيرات النوع، الحالة الاجتماعية، العمر، ومدة الإصابة بمرض القلب، ودرجات مقياس الإعراض العصائية، لأفراد المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة، ولأيجاد دلالة الفروق المعنوية بين الخبراء حول صلاحية فقرات مقياس الإعراض العصائية (Daniel, 1992:p.383).

٢. الاختبار التائي لعينتين مستقلتين (T-test) : لحساب القوة التمييزية لفقرات المقياس.
 ٣. معامل ارتباط بيرسون Person Correlation : لاستخراج الثبات بطريقتي : التجزئة النصفية ،
وعلاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس وعلاقة درجة المجال بالدرجة الكلية للمقياس).
 ٤. معادلة سبيرمان براون لتصحيح معامل الثبات، في طريقة التجزئة النصفية.
 ٥. اختبار (مان - وتي) Mann-Whitney U Test يُستخدم عند التعامل مع عينتين
مستقلتين، واستخدم لمعرفة دلالة الفرق لرتب درجات الإعراض العصائية للمجموعة التجريبية والمجموعة
الضابطة (قبل وبعد تطبيق البرنامج) (أبو النيل، ١٩٨٧، ص : ١٠٧)
 ٦. اختبار كروسكال واليز Kruskal- wallis/one way analysis of variance
للتأكد من تكافؤ المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة في متغير درجات الإعراض
العصائية، ولمعرفة دلالة الفروق المعنوية بين المجموعات التجريبية، والمجموعة الضابطة، وبين
المجموعات التجريبية الثلاثة (Ferguson&Takane,1989:p.203).
- عرض نتائج البحث:**

تمَّ عَرَضُ النتائج ومناقشتها على وفق هدف البحث الحالي وهو: معرفة أثر أساليب التكيف المعرفية
والسلوكية (أعادة تفسير الإحساس بالألم -التكيف مع حالة الذات- الدعاء والتمني) في خفض الإعراض
العصائية لدى مرضى القلب من خلال التحقق من الفرضيات الآتية :-
الفرضية الاولى:(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رُتب درجات المجموعات التجريبية الثلاثة
والمجموعة الضابطة على مقياس الإعراض العصائية للمقياس البعدي).
ومن أجل اختبار صحة هذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار (كروسكال- واليز) تحليل التباين
الأحادي لمعرفة دلالة الفرق بين المجموعات التجريبية الثلاثة والمجموعة الضابطة على مقياس الإعراض
العصائية والجدول (١٠) يوضح نتائج هذا الفرض

الجدول (١٠) نتائج قيم كروسكال- واليز في دلالة الفرق في درجات الإعراض العصابية بين المجموعات التجريبية الثلاث والمجموعة الضابطة

المجموعة	حجم العينة	قيمة H المحسوبة	درجة الحرية	قيمة كا ٢ الجدولية	مستوى الدلالة	دلالة الفرق
المجموعة التجريبية الأولى (أعادة تفسير الإحساس بالألم)	٨	91,63	٣	٧,٨١	٠,٠٥	دالة إحصائياً
المجموعة التجريبية الثانية (التكيف مع حالة الذات)	٨					
المجموعة التجريبية الثالثة (الدعاء والتمني)	٨					
المجموعة الضابطة	٨					

يتبين من الجدول السابق ما يأتي:

أن قيمة (H) المحسوبة تساوي (٩١,٦٣) درجة وهي أكبر من قيمة (كا٢) الجدولية التي تساوي (٧,٨١) درجة، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) في درجة الإعراض العصابية بين المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة، وبالتالي يمكن رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة، وللكشف عن هذه الفروق بين المجموعات استخدمت الباحثة اختبار مان- وتي لعينتين مستقلتين كل مجموعتين من المجموعات الأربعة، ولذا لا بد من إجراء ثلاث مقارنات ثنائية للتثبت من الفروق والتي تتوافق مع أي مجموعة من المجموعات الأربعة .

- المقارنة الأولى وهي (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى (إعادة تفسير الإحساس بالألم) وإفراد المجموعة الضابطة على مقياس الإعراض العصابية في الاختبار البعدي) .

وللتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار (مان -وتتي) للعينات الصغيرة الحجم، والجدول (11) يوضح نتائج هذا الفرض .

الجدول (11) نتائج اختبار (مان - وتني) في دلالة الفرق الإحصائي في درجات الإعراض العصابية بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى (إعادة تفسير الإحساس بالألم) وأفراد المجموعة الضابطة على مقياس الإعراض العصابية في الاختبار

البعدي

المجموعة	حجم العينة	قيمة U المحسوبة	درجة الحرية	قيمة U الجدولية	مستوى الدلالة	دلالة الفرق
المجموعة التجريبية الأولى (أعادة تفسير الإحساس بالألم)	٨	64	١	صفر	٠,٠٥	دالة إحصائياً
المجموعة الضابطة	٨	صفر				

يتبين من الجدول السابق ما يأتي:

أن قيمة (U) الصغرى المحسوبة تساوي (صفر) وهي تساوي من قيمة (U) الجدولية التي تساوي (صفر)، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) في درجة الإعراض العصابية بين المجموعة التجريبية الأولى (إعادة تفسير الإحساس بالألم) والمجموعة الضابطة، ولصالح المجموعة التجريبية الأولى (إعادة تفسير الإحساس بالألم) وبالتالي يمكن رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة .

المقارنة الثانية وهي (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رُتب درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية (التكيف مع حالة الذات) وأفراد المجموعة الضابطة على مقياس الإعراض العصابية في الاختبار البعدي) .

وللتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار (مان - وتني) للعينات الصغيرة الحجم، والجدول (12) يوضح نتائج هذا الفرض .

الجدول (12) نتائج اختبار (مان - وتني) في دلالة الفرق الإحصائي في درجات الإعراض العصابية بين أفراد المجموعة التجريبية الثانية (التكيف مع حالة الذات) وأفراد المجموعة الضابطة على مقياس الإعراض العصابية في

الاختبار البعدي

المجموعة	حجم العينة	قيمة U المحسوبة	درجة الحرية	قيمة U الجدولية	مستوى الدلالة	دلالة الفرق
المجموعة التجريبية الثانية (التكيف مع حالة الذات)	٨	64	١	صفر	٠,٠٥	دالة إحصائياً
المجموعة الضابطة	٨	صفر				

يتبين من الجدول السابق ما يأتي:

أن قيمة (U) الصغرى المحسوبة تساوي (صفرًا) وهي تساوي قيمة (U) الجدولية التي تساوي (صفرًا)، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) في درجة الإعراض العصابية بين المجموعة التجريبية الثانية (التكيف مع حالة الذات) والمجموعة الضابطة، ولصالح المجموعة التجريبية الثانية (التكيف مع حالة الذات) وبالتالي يمكن رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة .

المقارنة الثالثة وهي (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رُتب درجات أفراد المجموعة التجريبية الثالثة (الدعاء والتمني) وإفراد المجموعة الضابطة على مقياس الإعراض العصابية في الاختبار البعدي). وللتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار (مان-وتني) للعينات الصغيرة الحجم، والجدول (13) يوضح نتائج هذا الفرض .

الجدول (13) نتائج اختبار (مان - وتني) في دلالة الفرق الإحصائي في درجات الإعراض العصابية بين أفراد المجموعة التجريبية الثالثة (الدعاء والتمني) وإفراد المجموعة الضابطة على مقياس الإعراض

العصابية في الاختبار البعدي

المجموعة	حجم العينة	قيمة U المحسوبة	درجة الحرية	قيمة U الجدولية	مستوى الدلالة	دلالة الفرق
المجموعة التجريبية الثالثة (الدعاء والتمني)	٨	٦٤	١	صفر	٠,٠٥	دالة إحصائياً
المجموعة الضابطة	٨	صفر				

يتبين من الجدول السابق ما يأتي: أن قيمة (U) الصغرى المحسوبة تساوي (صفرًا) وهي تساوي قيمة (U) الجدولية التي تساوي (صفرًا)، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) في درجة الإعراض العصابية بين المجموعة التجريبية الثالثة (الدعاء والتمني) والمجموعة الضابطة، ولصالح المجموعة التجريبية الثالثة (الدعاء والتمني) وبالتالي يمكن رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة .

المقارنة الرابعة وهي (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى (أسلوب إعادة تفسير الإحساس بالألم) ودرجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية (التكيف مع حالة الذات) في الاختبار البعدي على مقياس الإعراض العصابية) والجدول (14) يوضح نتائج هذا الفرض .

الجدول (14) نتائج اختبار (مان - وتني) في دلالة الفرق الإحصائي في درجات الإعراض العصابية بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى (أسلوب إعادة تفسير الإحساس بالألم) وإفراد المجموعة التجريبية الثانية (التكيف مع حالة الذات) على مقياس الإعراض العصابية في الاختبار البعدي

المجموعة	حجم العينة	قيمة U المحسوبة	درجة الحرية	قيمة U الجدولية	مستوى الدلالة	دلالة الفرق
المجموعة التجريبية الأولى (أسلوب إعادة تفسير الإحساس بالألم)	٨	٢٣	١	٠,١٩١	٠,٠٥	دالة إحصائية
المجموعة التجريبية الثانية (التكيف مع حالة الذات)	٨	٤٢				

يتبين من الجدول السابق أن قيمة U الصغرى المحسوبة تساوي (٢٣) درجة وهي أكبر من قيمة U الجدولية البالغة بعد مضاعفتها (٠,٣٨٢) وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ في درجة الإعراض العصابية بين المجموعتين، وجاءت هذه النتيجة مؤيدة لصحة الفرضية أعلاه ، مما يعني قبول الفرضية الصفرية ورفض الفرضية البديلة.

المقارنة الخامسة وهي (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى (أسلوب إعادة تفسير الإحساس بالألم) ودرجات أفراد المجموعة التجريبية الثالثة (أسلوب الدعاء والتمني) في الاختبار البعدي على مقياس الإعراض العصابية والجدول (١٥) يبين ذلك.

الجدول (١٥) نتائج اختبار (مان - وتني) في دلالة الفرق الإحصائي في درجات الإعراض العصابية بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى (أسلوب إعادة تفسير الإحساس بالألم) وإفراد المجموعة التجريبية الثالثة (الدعاء والتمني) على الإعراض العصابية في الاختبار البعدي

المجموعة	حجم العينة	قيمة U المحسوبة	درجة الحرية	قيمة U الجدولية	مستوى الدلالة	دلالة الفرق
المجموعة التجريبية الأولى (أسلوب إعادة تفسير الإحساس بالألم)	٨	٢٢	١	١٦٤,٠	٠,٠٥	دالة إحصائية
المجموعة التجريبية الثالثة (الدعاء والتمني)	٨	٤٣				

يتبين من الجدول السابق أن قيمة U الصغرى المحسوبة تساوي (٢٢) درجة وهي أكبر من قيمة U الجدولية البالغة بعد مضاعفتها (٠,٣٢٨) وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ في درجة الإعراض العصابية بين المجموعتين، وجاءت هذه النتيجة مؤيدة لصحة الفرضية أعلاه ، مما يعني قبول الفرضية الصفرية ورفض الفرضية البديلة.

المقارنة السادسة وهي (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية (التكيف مع حالة الذات) ودرجات أفراد المجموعة التجريبية الثالثة (أسلوب الدعاء والتمني) في الاختبار البعدي على مقياس الإعراض العصابية والجدول (١٦) يبين ذلك.

جدول (١٦) نتائج اختبار (مان - وتني) في دلالة الفرق الإحصائي في درجات الإعراض العصابية بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى (أسلوب التكيف مع حالة الذات) وأفراد المجموعة التجريبية

الثالثة (الدعاء والتمني) على مقياس الإعراض العصابية في الاختبار البعدي

المجموعة	حجم العينة	قيمة U المحسوبة	درجة الحرية	قيمة U الجدولية	مستوى الدلالة	دلالة الفرق
المجموعة التجريبية الثانية (أسلوب التكيف مع حالة الذات)	٨	٣٦	١	٠,٣٦٠	٠,٠٥	دالة إحصائية
المجموعة التجريبية الثالثة (الدعاء والتمني)	٨	٢٨				

يتبين من الجدول السابق أن قيمة U الصغرى المحسوبة تساوي (٢٨) درجة وهي أكبر من قيمة U الجدولية البالغة بعد مضاعفتها (٠,٧٢٠) وهذا يعني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ في درجة الإعراض العصابية بين المجموعتين، وجاءت هذه النتيجة مؤيدة لصحة الفرضية أعلاه ، مما يعني قبول الفرضية الصفرية ورفض الفرضية البديلة.

تفسير النتائج

لذا يمكن أن يُعدّ البرنامج العلاجي المطبق في البحث الحالي إجراءً علاجياً مناسباً في تخفيض الإعراض العصابية ، وتعتقد الباحثة أن العمل بشكل جمعي واستخدام أساليب متنوعة (معرفية، سلوكية) ذا أثر فاعل في تخفيض الإعراض العصابية لدى مرضى القلب وبمستوى متقارب جداً في درجة التأثير، ويعود هذا إلى أن أسالي التكيف المعرفية والسلوكية المستخدمة ألا وهي: (إعادة تفسير الاحساس بالألم، التكيف مع حالة الذات، والدعاء والتمني) كان لها الدور الكبير بالنتيجة الإيجابية التي توصل إليها البحث الحالي فضلا إلى أنها تنتمي إلى نفس نظرية العلاج المعرفي السلوكي للعالم (آرون بيك) إذ ترى

هذه النظرية بأن الاساليب المشتقة من النظرية والفنيات المتبعة فيها لها نفس التأثير على الافراد اذا ما طبقت في نفس الظروف وهذا ما توصلت اليه الباحثة.

التوصيات: في ضوء نتائج البحث الحالي واستنتاجاته توصي الباحثة بما يأتي :

١. استخدام مقياس الإعراض العصائية الذي أعدته الباحثة، في قياس الإعراض العصائية لدى مرضى القلب .

٢. استخدام برامج وتقنيات العلاج النفسي ومنها العلاج المعرفي السلوكي في المستشفيات النفسية ، جنباً إلى جنب مع العلاج (بالأدوية) .

٣. ضرورة أن تتقدم وزارة الصحة بتطبيق مثل هذه البرامج العلاجية على المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية وسلوكية .

٤. تفعيل عمل الباحثين النفسيين ، من حيث إجراء البحوث لتشخيص الحالات ومعالجتها .

المقترحات: استكمالاً للبحث الحالي تقترح الباحثة الآتي:

إجراء دراسة مماثلة على عينات أخرى .

إجراء دراسة للمقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي ، وعلاج نفسي آخر، في تخفيض الإعراض العصائية ، للتعرف على العلاج الأكثر فاعلية .

إجراء دراسة للمقارنة بين العلاج الفردي والعلاج الجماعي ، للتعرف على العلاج الأكثر فاعلية للمرضى الذين يعانون من الإعراض العصائية.

المصادر :

- إبراهيم ، عبد الستار (١٩٨٠) : العلاج النفسي الحديث . سلسلة عالم المعرفة ، المجلس الوطني للثقافة والفنون ، الكويت.
- (١٩٩٨) : الاكتئاب ، اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه .
سلسلة عالم المعرفة ، المجلس الوطني للثقافة والفنون ، الكويت.
- أبو النيل، محمود السيد(١٩٩٤): الأمراض السيكوسوماتية. ط٢، دار النهضة العربية، بيروت.
- بيك ، أرون (٢٠٠٠) : العلاج المعرفي : والاضطرابات الانفعالية ، ترجمة عادل مصطفى ، القاهرة : دار آفاق العربية.
- الجبوري ، كاظم جبر (٢٠٠٥) : أثر العلاج السلوكي المعرفي في تعديل البنى المعرفية لمرضى الاكتئاب . أطروحة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب ، الجامعة المستنصرية.
- الخطيب ، جمال (١٩٩٥) : تعديل السلوك أنساني ، طبعة الثالثة، بيروت : مكتبة الفلاح.
- داود ، عزيز حنا وعبد الرحمن ، انور حسين ، مناهج البحث التربوي وزارة التعليم العالي والبحث العلمي ، جامعة بغداد ، ١٩٩٠.
- روجرز، جيني، (٢٠٠٦) :مهارات التأثير بالآخرين،ترجمة عزيزالايسر،بيروت:دار شعاع
- سبيرت،سامويل(١٩٩٩): قوة الاعتزاز بالنفس، سلسلة العمل بذكاء، الرياض: مكتبة جرير.
- السامرائي ، عواطف عبد المجيد (١٩٩٧) : بعض الاضطرابات النفسية وأثرها في ارتكاب الجريمة .
أطروحة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، الجامعة المستنصرية.
- الصفار، رفاه محمد علي احمد (٢٠٠٢)،الافكار اللاعقلانية لدى المدرسين وعلاقتها بالجنس والتخصص ومدة الخدمة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية،(ابن رشد)، جامعة بغداد.
- شامخ ،بسمه كريم(٢٠٠٩):التحدث مع الذات وعلاقته باضطراب التوقف والقلق من المستقبل لدى مرضى الجهاز الدوري. أطروحة دكتوراه غير منشورة.كلية التربية الجامعة المستنصرية.
- شيرلي بيرس وجويس مايز(٢٠٠٠):فحص الالم المزمّن،في:س.ل.ليندزاي وج.ي.بول،مرجع في علم النفس الاكلينيكي.ترجمة د.صفوت فرج .القاهرة ،الانجلو الامريكية.
- عبد الله ، سيروان ، اثر برنامج جمعي في تعديل السلوك (الوسواس القهري) ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة بغداد ، ٢٠٠٠.
- علام، صلاح الدين محمود (٢٠٠٠) القياس والتقويم التربوي والنفسي . أساسياته وتطبيقاته وتوجيهاته المعاصرة، دار الفكر العربي، القاهرة.

- الفتلاوي، سهيلة محسن (٢٠٠٥): تعديل السلوك الدراسي، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- محمد، عادل عبدالله (٢٠٠٠): العلاج المعرفي السلوكي: أسس وتطبيقات، القاهرة: دار الرشاد.
- ملحم، سامي محمد (٢٠٠٤): علم نفس النمو، دورة حياة الإنسان. ط١، دار الفكر، عمان.
- المالح، حسان، الخوف الاجتماعي، دراسة عملية الاضطراب النفسي، ط(٢)، دمشق، ١٩٩٥.
- المنصوري، أمل عبد الرزاق، اعادة البناء المعرفي وتعديل اساليب التفكير الخاطئ باستخدام طريقة الدفع المتعلل، اطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة البصرة، ٢٠٠٠.
- نصار، كريستين (١٩٩٨): أوجهات معاصرة في العلاج النفسي: نحو تكاملها و تدامجها واقعيا و تطبيقيا، بيروت: شركة المطبوعات.
- Abd Azim, S. (1999). : Psychological assessment and management of chronic pain patient. In: The Egyptian International Congress on pain. (p.173) October 10-13, 1999.
- Atkinson, R.C., Smith, E.E., Beem, D.J., & Hoeksema, S.N. (1996). Hilgards Interoduction to: Psychology (12th Ed.). New York: Harcourt Brace .
- Arieti, S. (1968): The present Status of psychiatric theory . America . J . Psychiatry . Vol. 124 .
- Allen, M.J. & Yen, W.M. (1979). *Introduction to measurement theory*, California , Book – Cole.
- Bandura , A. (1977). *Social learning theory prentice* – Hall , Inc., Englewood cliffs , New Jersey.
- , A. (1977). *Social learning theory*, New York general learning .
- , A. O., Leary , A.C.B.; Gauthier & D. Gossard (1987). *Perceived self – Efficacy & Pain control : Opioid & nonopioid mechanisms* . Journal of Personality and social psychology, vol. 53 , no .3, pp. 563- 571.
- Back, A. (1963). Thinking and depression. Archives of General Psychiatry, 9: 324-333.
- _____. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- _____. (1991). *Cognitive therapy*. American Psychologist, 46: 368-375.
- _____. & Clark, D. (1997) An information processing model of anxiety: Automatic and strategic process. Behavior Research and Therapy, 35: 49-.
- _____. & Rector, N. (2000). *Cognitive therapy of schizophrenia: A new therapy for the new millennium*. American Journal of Psychotherapy, 54(3): 291-300.
- (1974): *Coping with Depression* . Institute for Rational living , New York .
- (1970): *Role of fantasies in psychology and psychopathology* . J. Nerv Ment .

- , A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*, New York .w. H., freeman. <http://tip.psychology.org/bandura.htm/>
- Bogaty, P.; Poirier, P.; Simard, S. and Boyer, L. (2001) "Biological profiles in subjects with recurrent acute coronary events compared with subjects with long-standing stable angina". *Circulation*. 103:3062-3068.
- Braunwald, E. (1997) "Heart disease". 5th ed.. Saunders Company Philadelphia. Vol1. PP.3-5.
- Burke, G.L.; Saage, P.J. and Sprafka, J.M.(1991) "Relation of risk factor levels in young adulthood to parental history of disease. The CARDIA study. *Circulation* 84: 1176-1187.
- Bennett,R.M.(1996).Fibromyalgia and the disability dilemma:A new era in understanding a complex
Multidimensional pain syndrome .*Arthritis and Rheumatism*,39.1627
- Bukelew,S.P. utt ,M.S.,Hewelt,J.,Landon,T.,Morow,K. and Frank,R,G.,(1990).Health locus of control,gender differences and adjustment to persistent pain. *Pain*,42.287-294.
- Bransford,D.,&Stein,S.(1993).The ideal Problem solver: A guide for improving thinking, learning, and creativity (2nd Ed.).New York: Freeman
- Buckelew,S.P.Shutty,M.S.,Hewelt,J.,Landon,T.,Morrow,K.and Frank,R.G.,(1990).Health locus of control
,gender differences and adjustment to persistent pain. *Pain*,42.287-294.
- Bonica,J.J..(1987).Importance of the
problem,In:S.Anersson,M.Bond,M.Mehta and
M.Swerdlow(Eds),*ChronicNoncancer pain*, U K: (p.13)MTP Pres limited,
Lancaster.
- Carighead, W.E, Abrief clinical history of cognitive Behavior therapy
children,*School Psychology yevuew* ,Vol.(11),No(1)1982,p:5-13.
- CrissonJ.E.,and Keefe,F.J.(1988).The relationship of locus of control of pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patient. *Pain*,35.147-154.
- Davidson,M.(2002).*Cognitive therapy for therapists*.UK :Oxford University Press.
- Daniels, S.R.; Morrison, J.A. and Sprecher, D.L. (1992) "Association of body fat distribution and cardiovascular risk factor in children and adolescents". *Clin. Chem.*, 99:541-545.
- Early,MB.(2000). *Mental Health concepts and techniques for the occupational therapy assistant*. (3rd ed.).New York: Williams & Wilkins.
- Ellis,A.(1993).Reflections on rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,61, 199-201.
- _____,&Hunt,R.(1993).*Fundamentals of cognitive psychology*, (4th ed.).USA: McGraw-Hill.

-
-
- Eysenck,W.(2000).Psychology: A students Handbook.UK: Psychology .
- Ferguson , G.T & Taken, Y.(1989). *Statistical analysis in psychology and education* , New York , Mc-Graw Hill Book Company.
- Haslett C., Chilvers R., Boon N. & Colledge R., (2002) "Principles and practice of medicine". 19th ed. Ch.12, PP381-386.
- Hermine,G.(2004).Cognitive-Behavioural Integrated Treatment .New York :Wiled .
- Holmes,J.A.and Stevenson,J.A.,and Stevenson, C.A.(1990).Different effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation to chronic and recet-onset pain .Health Psychology,9.577-584.
- Gramer & Ellis. A; International Beiefs and strength Versus in ppropriateness of Feeling Adebate Development International Emotive therapy, 1986
- Jensen M.P., Turner,J.A. and RomanoJ.M.(1991).Self-efficacy and outcome expectancies:Relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. Pain,44(3).263-269.
- Justins,D.(1995).Non-acute pain.In:Atkinson, R.S.and Adams,A.P.(Eds).Recent advances in Anesthesia and analgesia.N.Y.:Churchill Livingstone Inc.
- Keefe,F.J.Lumley, M. Anderson ,T.,Lynch, T.& Carson,K.L.(2001).Pain and emotion:New research direction.J.of Clinical Psychology, 57(4),587-607.
- Kraus, J.F.; Borhani, N.O. & Franci., C.E.(1980) " Socioeconomic status, ethnicity and risk of coronary heart disease". Am.J. Epidemoil., 111: 407-414.
- Loeb; Stanley, (1994) "Caring For patients with coronary vascular disorders in cardiovascular disorders". Edited by/Dechink, Peter,Springhouse Corpoartion, Ch4, P.81,89.
- Lawrence.P.& Oliver.J.(1999).Personality:Theory and Research. (7th ed).New York: Wiley&Sons.
- Lester, L. & Brannon, L.(2003).Psychology .New York: Allyn& Bacon.
- Lieb, K., Zanarin, M., Schmahl, C., Linehan, M.,& Bohus,M. (2004). Borderline Personality Disorder .American Journal of Psychiatric, Aug,6,(364):453-461.
- Linehan,M.(1993a) Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder . New York: Guilford Press.
- _____ . (1993b).Skills Treating Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press.
- Marziller,J.(1978).Cognitive therapy and behavioral partice. Behaviour Research and Therapy,18:249-258.
- Massie,M.J. and Holland, J.,C.(1990).Depression and the cancer patients.,J.Clin. Psychiatry,51, 12-17.
- McMullin,R,&Giles,T(1981).Cognitive-Behavior Therapy: A Restricting approach. New York :Grune&Stratton.

-
-
- Medin, D.,&Markman, A.(2005).Cognitive psychology (4th ed.). New York: Wiley& Sons.
- Miller,D.(1983). Handbook of: Research design and social measurement (4th ed). New York: Longman.
- Naser,F.(1997). Psychology of pain Cairo: I.S.B.N.977-19-3742-1.
- Ollendick , T.H & Cerny , J.A; Clinical behavior therapy , 1981.
- Peterson, C.(2000). Optimistic explanatory style and health. In J. Gillham (ed), The science of optimism and hope: Research essays in honor of martin E.Seligman. Laws of life symposia series. Philadelphia: Templeton Foundation Press, PP.145-161.
- Persons , J.B.et al ; predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting, cognitive therapy and Research , 1988.
- Pincust,T.and Morley, S. (2001).Cognitive- processing biase in chronic pain :A Review and integration psychological Bulletin,127(5),599-617.
- Pearson, T.A.; Mensah, G.A. & Alexander, R.W. (2003) "Markers of Inflammation and cardiovascular disease": application to clinical and public health practice: A statement for health care and prevention and the American Heart Association. Circulation,107:499-511.
- Rosenberg, S.J. Peterson, R.A. and Hayes,J. R.,(1987).Coping behaviors among depressed and non depressed medical inpatients. Journal of psychosomatic Research, 31.653-658.
- Santrock,J.W (2006): Life-span development . Mc-Grow-Hill, New Yor
- Taylor,S.E(1995).Health Psychology. (3rd ed) N.Y: McGraw-Hill,Inc.
- Tumlin,T.R.(2001).Treating chronic-pain patients in psychotherapy.J. of Clinical Psychology,57 (11), 1277-1288.
- Thornton, D. and silverman,J.N.(1997). The psychological assessment of chronic pain patients. In: Kanner,R.Pain management secrets.N.Y.Philadelphia: Hanley&Belfus,Inc(31-36).
- Thomas, L. (1998) "Clinical Laboratory Diagnostics" Germany. 1st edition. PP:85-484.
- Thompson, P.; Buchner, D. & Pina, I.(2003) "Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease": a statement from the Council on clinical cardiology, 107(24):3109-16.
- Turk, Z.; Sesto, M.; Shodler, J.; Ferencak, .; Turk, N.; Sturljenic & Rukavina, A. (2002) "Soluble LDL Immune Complexes in type 2 diabetes and vascular disease". Horm. Metab. Res., 34:196.

الموضوع	مواجهة المشكلات والصعوبات
الحاجات	التعرف على اسلوب حل المشكلات - تنمية قوة الإرادة - التمكن من سلوك المواجهة.
الأهداف العامة	* ان يتمكن الافراد من :استعمال مهارات اعادة تفسير الاحساس بالألم - التخلص من توقع التهديد- التخلص من التوتر والضيق- الشعور بالأمن والطمأنينة-النظرة للذات بتفاؤل- التخلص من السلوك العصابي- تنمية مهارة الحالات في تحمل الضغوط والآلام ،التمتع بالحياة من خلال تعديل توقعات الفرد حول نتائج سلوكه، وعدم التهرب من المسؤولية ، واعدادة شرح وتفسير السلوك، وخفض الحساسية.
الغنيات والنشاطات	-التعرض للمواقف الحياتية وعدم التهرب منها - تعزيز السلوكيات التي تصدر عنا والتي تعزز علاقتنا مع من حولنا (التعزيز من خلال مشاهدة البرامج التي فضلها أو أية هواية اخرى .. الخ) .
ادارة الجلسة	تناقش الباحثة استجابات الافراد في التدريب ويجب ان ندرك ان الشعور بالأزمة والأحاساس بالألم والمعاناة لا يعني ان المستقبل ملئ بالأزمات ، والتفكير بأن العديد من الناس يقعون في الأزمات وأن الأزمة تمر وهم يعيشون في سعادة ، ثم تأتي أزمة أخرى ثم يعيشون بعدها بسعادة ، فالحياة عبارة عن مشاكل تقف حائلا أمام الفرد وأهدافه وقد تشعره بالألم ، والشعور بالألم لايعني الهرب من الألم، فالهرب هو ابداء مستمر للذات، ولو أن الانسان حاول ان يتفحص جوانب المشكلة التي تعترضه لشعر بسعادة كبيرة ، وتضعه هذه المواجهة في الجانب الأقصى البعيد في التفكير بابداء الذات. ثم تضيف: ان الشعور بالاستقرار النفسي يجعل من تفكير الفرد سليماًوبذلك يتمكن من ايجاد الحلول لمشكلاته. ثم تطرح الفكرة التي تسيطر على الفرد مثلاً: حالتني الصحية من المستحيل أن تتحسن - تطلب من الافراد التفكير بهذه الفكرة جيداً والتمعن فيها، ثم الجلوس بشكل مريح والاسترخاء ثم تخيل شخص ما يؤمن بهذه الفكرة ايماناً مطلقاً ، فما عساه ان يشعر؟ وكيف يتصرف اذا ما واجهته مشكلة ؟ - تناقش الباحثة تصورات الافراد ثم تحاول اقناعهم بلا عقلانية تلك الفكرة، لان تجنب انجاز الواجبات وتحمل المسؤولية اكثر صعوبة واكثر ايلاماً للنفس واثارة للمتاعب من انجازها فالهروب يؤدي الى ظهور مشكلات اخرى والى الشعور بعدم الرضا، اذ ان الشعور بالألم بشكل دائم لا يؤدي الى حياة سعيدة فالشخص العاقل ماذا عليه ان يفعل؟(يطرح السؤال للمناقشة)ثم تحاول الباحثة اقناع الافراد أن الشخص العاقل هو الذي يؤدي ما يجب عليه دون شكوى او الم ويجنب نفسه الأشياء المؤلمة وهو يدرك أن الحياة المليئة بالمسؤولية وحل المشكلات هي الحياة الممتعة. ويمكنك عزيزي اتباع الخطوات الاتية لمساعدتك على حل المشكلات: ١- الاعتراف بالمشكلة وتحديد ٢- التفكير بالحلول القابلة للتطبيق جميعها ٣- تخيل نتائج تلك الحلول واختيار انسبها ٤- اختيار الحل المناسب وتنفيذه ٥- تقويم النتائج.
التقويم البنائي	تلخص الباحثة مع أفراد المجموعة ماداراتها الجلسة- تطلب من الافراد ابداء ارائهم ومقترحاتهم حول

موضوع الجلسة وماهي الفائدة التي حصلوا عليها.

البرنامج العلاجي بشكله النهائي: المجموعة التجريبية الاولى ل (اعادة تفسير الاحساس بالألم)
المجموعة التجريبية الثانية ل (التكيف مع حالة الذات)

الموضوع	الامن النفسي
الحاجات	- التخلص من الخوف والضييق - التخلص من الافكار اللامنطقية المدمرة للذات - تنمية القدرة على توفير الحماية الذاتية .
الأهداف العامة	* أن يتمكن الافراد من :التخلص من الشعور بالتهديد .-الاطمئنان على مكانتهم ووضعهم بالنسبة للآخرين . -التخلص من الافكار المدمرة٤- توفير الحماية الذاتية
الغيات والنشاطات	ملاحظة أناس آخرين يتعرضون للسخرية أو اليأس ومحاولة تفسير تلك المواقف التي تحدث امامنا لأولئك ، ثم محاولة مساندهم (الهدف منها خفض الحساسيه لدى الحالة عند تعرضه لمواقف مشابهة آخرين يتعرضون لليأس ، بالإضافة الى تنمية الاعتزاز بالنفس عند مسانده للآخرين وتنمية روح المساعدة لديهم) .
ادارة الجلسة	تبدأ الباحثة بالتحدث عن التعامل السلبي مع الحياة استراتيجيه للتكيف مع حالة الذات، لذا لابد من تنمية مهارتنا في تحمل الضغوط الحياتية والتركيز على استراتيجيه الصبر وتدعيم الذات ، وإن اشعار الآخرين بصلابتنا تجاه المواقف الحياتية هي الاستراتيجية الايجابية التي تجعل الآخرين يهتمون بنا بجديه ، وايذاء الذات هو الجانب الهروبي الضعيف في جذب الاهتمام ، وان التوقعات التي نبنينا في ان ايذاء الذات يجعل الآخرين يهتمون بنا ربما يكون صحيحاً الا انه يكون اهتمام عطف يشعرا بأننا في موقف ضعف ، وبامكان الانسان أن يجلب الأهتمام بوقوفه أمام المخاطر والظهور بمظهر القوة . -تناقش اجوبه الافراد ، وان الأحداث الخارجية قد تشكل في مظهرها عدواناً على الإنسان وتهديداً لامنه ، الا أن هذا التصور نفسي في طبيعته فالأشياء الخارجية قد لا تكون مدمرة بحد ذاتها ولكن اتجاه الفرد نحوها وردود أفعاله اتجاهها هو الذي يجعلها تبدو كذلك ، فالفرد يسبب الاضطراب الانفعالي لنفسه، وذلك حين يضخم الأمور ويهول في تصور الأحداث ونتائجها، ثم تسأل:(لكي يتجنب الفرد تلك الأفكار السلبية ماذا عليه ان يفعل؟) -تناقش إجابات الافراد ، تحاول الباحثة من خلال المناقشة إقناعهم بضرورة تغيير تلك الأفكار اللاعقلانية بأخرى اكثر واقعية ، اذ أن الفرد اذا عرف أن اضطرابه وانفعالاته تكون نتيجة لادراكاته وتصوراته الداخلية فانه سوف يتعلم أن أفكاره يمكن السيطرة عليها وضبطها او تغييرها بتجنبه التفكير السلبي بما يجري من أحداث وبذلك يتجنب آثارها الصارة ويعيش آمناً سعيداً والتخلص من الاندفاعية في السلوك والعواطف والافكار التي تقود الحالة الى المشاكل ، كالحل الأوحد ، وعدم المرونة في رؤية الاحداث الحياتية
التقويم	تقدم الباحثة ملخصاً لما دار اثناء الجلسة.

تستمع الباحثة الى اراء الافراد ومقترحاتهم حول موضوع الجلسة.

البنائي

المجموعة التجريبية الثالثة ل (الدعاء والتمني)

الموضوع	الامل بالمستقبل
الحاجات الإرشادية	- التخلص من القلق والضيق . - الشعور بالسيطرة على الذات .
الأهداف العامة	* ان يتمكن الافراد من :- - التخلص من توقع التهديد . - التخلص من التوتر والضيق . -الشعور بالأمن والطمأنينة.- النظرة للمستقبل بتفاؤل.
الغنيات والنشاطات	- الشرح والتفسير لسلوك أي شخص او مجموعة اخرى يشعروننا بالأهانة او اليأس والأحباط للوصول الى الأسباب المهيئة للشعور باليأس .
ادارة الجلسة	تبدأ الباحثة الحديث الاتي (ان القلق الذي ينتابنا يعد نتيجة مباشرة لما ن فكر به ونقول لانفسنا من ان هناك اخطاراً وكوارث قد تحدث فنشعر بالخوف والهلع). - تطرح الباحثة سؤالاً للمناقشة (هل علينا ان نستمر بالحديث السلبي لانفسنا ؟) تتناقش الاجوبة مع الافراد و تحاول الباحثة من خلال ذلك إقناعهم بان تغيير حديث الذات من الاسلوب السلبي الى الايجابي من شأنه ان يغير مشاعرهم ان نقول لنفسك ان التخلص من المشاعر المحزنة كلها تماماً امر صعب ، اذ لايد ان نقبل بعض جوانب القلق مؤقتاً ، فالقلق بالمستوى المقبول يعد بمثابة دافع لمواجهة الموقف بصورة افضل, ويفضل القول مع بعضنا أن: ١/الحياة تستحق العيش وليست مليئة بالأزمات لتحقيق الامنيات والحاجات. ٢ / التوقعات التي نبنيناها في ايداء نواتنا كثيراً ما تكون توقعات سلبية أو خاطئة . ٣ / النتائج التي نتوقع الحصول عليها من خلال ايداء الذات غير مؤكدة .
التقويم البنائي	- انشاء علاقة تعاونية بين الحالات ، وانماء رغبتهم في مساعدة الاخرين والتدريب على روح الأسناد النفسي ، بالاضافة الى تنمية قدرة الحالات في مواجهة المشاكل الذاتية بعد ان تمارس كل حالة دور المعالج مع غيرها وتحقيق الحاجات والامنيات لكل حالة من الحالات من خلال المتابعة الذاتية وملاحظة الذات ووصفها.

ملحق (١)

مقياس الإعراض العصابية بصورته النهائية

اختي العزيزة..

اخي العزيز..

تقوم الباحثة بأجراء دراسة علمية ، وقد اعدت عبارات تستهدف التعرف على موقفك منها من خلال اجابتك الصريحة والدقيقة التي نتوسمها فيك ، علما انه لا يوجد جواب صحيح واخر خطأ ، وقد وضع امام كل عبارة ثلاث بدائل وانت حر في اختيار البديل الذي يناسبك .

ان كنت ترى ان العبارة تعبر عن موقفك وانك موافق عليها فضع اشارة (✓) في حقل (موافق) .

ان كنت ترى ان العبارة تعبر عن موقفك وانك موافق بدرجة متوسطة عليها فضع اشارة (✓) في حقل (موافق بدرجة متوسطة) .

وإذا كنت ترى ان العبارة لا تنطبق عليك وانك لست موافقا عليها فضع اشارة (✓) في حقل (غير موافق) .

علما ان اجابتك هذه هي لاغراض البحث ولن يطلع عليها احد سوى الباحثة .
* معلومات نود منك ذكرها:

<input type="checkbox"/>	أنثى	<input type="checkbox"/>	نوع:	<input type="checkbox"/>	ذكر
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	العمر	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	متزوج	<input type="checkbox"/>	الحالة الاجتماعية:	<input type="checkbox"/>	أعزب
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	مدة الإصابة بالمرض	<input type="checkbox"/>	

الباحثة

د.بسمه كريم شامخ

ت	الفقرات	موافق	موافق بدرجة متوسطة	غير موافق
١	يتغير مزاجي بين الفرح والحزن بدون سبب ظاهر			
٢	أجد صعوبة في التركيز على عمل معين			
٣	اهتمامي ضعيف بما يحدث حولي			
٤	أشعر بضعف عام في صحتي			
٥	أشعر أن الحياة لها قيمة ومعنى			
٦	أشعر بحزن لا يحتمل			
٧	أجد صعوبة في الاستسلام للنوم			
٨	أشعر بخيبة أمل في نفسي			
٩	أنتقد نفسي بسبب أخطائي			
١٠	أشعر بفقدان الثقة بنفسي			
١١	رأسي يؤلمني بصورة مستمرة.			
١٢	اشعر بالتعب والإرهاق من دون سبب.			
١٣	صعوبة في الاستسلام للنوم.			
١٤	اشعر ببرودة وحرارة تدب في جسمي			
١٥	أشعر بالخوف ممن حولي			
١٦	أشعر بفقدان الشهية			
١٧	أنا عصبي.			
١٨	أنا لحوح في عملي.			
١٩	أجد نفسي قلقاً على شيء ما بدون سبب واضح			
٢٠	ينفذ صبري بسهولة.			
٢١	اشعر بالثبنت والحيرة.			
٢٢	تزعجني المواقف المفاجئة.			
٢٣	أصبحت مشغولاً بأموري الصحية			
٢٤	أشعر بالانزعاج والاستثارة			

٢٥	ألوم نفسي بشدة على أخطائي		
٢٦	تراودني مخاوف متكررة من فقدان عقلي أو السيطرة على أفعالي		
٢٧	أشعر أنني أكثر حساسية من الناس الآخرين		
٢٨	تراودني أفكار تافهة وتظل تضايقتي		
٢٩	تراودني فكرة الإصابة بمرض خطير آخر		
٣٠	أتفحص جسدي باستمرار للتأكد من عدم وجود ما يدل على مرض آخر		
٣١	أدقق في أمور حياتي أكثر من اللازم		
٣٢	تراودني فكرة أن الآخرين يريدون إيذائي		
٣٣	أحب أن أدقق في صحة الأعمال التي أقوم بها		
٣٤	أشعر أن دقات قلبي لا تسير بشكل طبيعي		
٣٥	تراودني فكرة ترك البيت		
٣٦	ينتابني شعورا بان الأشخاص في العالم الذي أعيش فيه أصبحوا مختلفين وغير مألوفين		
٣٧	عائلتي لا تحب ما أقوم به.		
٣٨	مشاجراتي قليلة مع أفراد عائلتي.		
٣٩	أنا غير مبال لعلاقتي مع الآخرين		
٤٠	أتمنى أن أكون سعيدا كما يبدو الآخرون.		
٤١	أترجع بسهولة أمام المناقشات الحادة.		
٤٢	أتغيب كثيرا عن عملي.		
٤٣	أجد صعوبة في التحدث أمام الآخرين.		
٤٤	أنا قليل الاهتمام برأي الآخرين.		
٤٥	انزعج إذا قاطعني احد.		