



ISSN 2735-4822 (Online) \ ISSN 2735-4814 (print)



The Effectiveness of a Cognitive Behavioral Program in Improving the Quality of Life of Patients with Bipolar Affective Disorder.

PhD. Salwa Farouk Mahmoud Sharouda

Faculty of women, Ain Shams University, Egypt

Salwa.farouk@women.asu.edu.eg

Prof. Asmaa Abdel Moniem Ibrahim

Faculty of women, Ain Shams University, Egypt

Asmaa.abdelmoniem@women.asu.edu.eg

Dr. Rabab Seif Abdel Moniem

Faculty of women, Ain Shams University, Egypt

Rabab.seif@women.asu.edu.eg

Receive Date :6 January 2025, Revise Date: 4 February 2025,

Accept Date: 11 February 2025.

DOI: [10.21608/buhuth.2025.350067.1805](https://doi.org/10.21608/buhuth.2025.350067.1805)

Volume5 Issue7– July (2025) Pp. 85-126.

Abstract

The current study aimed to improve the quality of life for patients with bipolar II affective disorder after applying of the cognitive-behavioral program sessions. The experimental approach was used where the cognitive-behavioral program is the independent variable and quality of life is the dependent variable. The study sample consisted of (32) patients with the affective disorder. Bipolar II type, they were divided into an experimental group of (16) and a control group of (16) patients, male and female whose ages ranged from (17 to 25) years. The study included a primary data form (prepared by the researcher), the Diagnostic Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-5) and the World Health Organization Quality of Life Scale (1995), translated by Boshra Ismail Ahmed (2000), as well as the cognitive-behavioral program (prepared by the researcher). Which included (14) sessions divided into (7) cognitive therapy sessions. And (7) behavioral therapy sessions. The duration of the session was (60) minutes for (10) weeks. the results were reached To: The effectiveness of the cognitive-behavioral program for improving of the quality of life for patients with bipolar affective disorder at the post and follow-up scales.

Keywords: Cognitive Behavioral, Quality of Life, Bipolar disorder

فعالية برنامج معرفي سلوكي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب

سلوى فاروق محمود شاروده

باحثة دكتوراه - قسم علم النفس

كلية البنات - جامعة عين شمس - مصر

Salwa.farouk@women.asu.edu.eg

د / رباب عبد المنعم سيف

كلية البنات - جامعة عين شمس - مصر

Rabab.seif@women.asu.edu.eg

أ.د/ أسماء عبد المنعم إبراهيم

كلية البنات - جامعة عين شمس - مصر

Asmaa.abdelmoniem@women.asu.edu.eg

المستخلص:

هدفت الدراسة الحالية إلى تحسين جودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني بعد تطبيق جلسات البرنامج المعرفي السلوكي، وتم استخدام المنهج التجريبي حيث يعد البرنامج المعرفي السلوكي المتغير المستقل، وجودة الحياة المتغير التابع، وتكونت عينة الدراسة من (32) مريضاً بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب النوع الثاني، انقسموا إلى مجموعة تجريبية قوامها (16) ومجموعة ضابطة قوامها (16) مريضاً، من الذكور والإناث وتراوح أعمارهم (17:25) سنة، واشتملت الدراسة على استمارة البيانات الأولية (إعداد الباحثة)، والدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات النفسية الصورة الخامسة (DSM-5)، ومقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (1995)، ترجمة بشرى اسماعيل أحمد (2000)، فضلاً عن البرنامج المعرفي السلوكي (إعداد الباحثة)، والذي أشتل على (14) جلسة انقسموا إلى (7) جلسات للعلاج المعرفي، و(7) جلسات للعلاج السلوكي، وكانت مدة الجلسة (60) دقيقة لمدة (10) أسابيع، وتوصلت النتائج إلى: فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب في القياسيين البعدي والتتبعي.

الكلمات الدالة: معرفي سلوكي؛ جودة حياة؛ ثنائي القطب

مقدمة

يُعد الاضطراب الوجداني ثنائي القطب اضطراب شائع وذو أعراض صحية ونفسية شديدة بالإضافة إلى أنه يسبب عبء مالي كبير على أنظمة الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم.

(Daveneya et al., 2019).

ووفقاً لأحدث التقارير التي أصدرتها منظمة الصحة العالمية في الآونة الأخيرة؛ أن المصابين بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب بلغ عددهم 40 مليون مريضاً على مستوى العالم في عام 2019، وعلى الرغم من أنهم يتناولون الأدوية المناسبة لهم؛ إلا أنهم معرضون للانتكاسات المستمرة (منظمة الصحة العالمية، 2022)، والتي تمثلت في تكرار حدوث نوبات الهوس والاكتئاب بنسبة تصل إلى (37%) خلال السنة الأولى من معاناتهم، وفي خلال السنة الثانية بلغت نسبة الانتكاسة إلى (60%)، وأخيراً خلال الخمس سنوات من حدوث الاضطراب؛ بلغت نسبة الانتكاسة (30%) (Miklowitz and Johnson. 2006).

حيث يعاني المرضى عند حدوث نوبة الهوس من زيادة في مستويات الطاقة والنشاط، والسلوك غير الهادف والتفكير المشوش وضلالات العظمة والأهمية، بينما عند حدوث نوبة الاكتئاب؛ تسيطر عليه مشاعر الحزن واليأس والدونية وفقدان الاستمتاع بمعظم الأنشطة، فضلاً عن اضطرابات في النوم والشهية والتفكير في الانتحار (National Institute of Mental Health, 2009).

ونتيجة لتلك الانتكاسات المستمرة؛ تتدهورت جودة الحياة عندهم (Daveneya et al., 2019)، ويستمر تأثيرها السلبي عليهم حتى في نوبة اعتدال المزاج (Julio et al, 2018)، وهذا ما أكدته دراسة سانشير وأخرين (Sánchez et al., 2019) أن مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يعانون من انخفاض في جودة الحياة بسبب نوبات الهوس والاكتئاب حتى وأن كانوا في نوبة الاعتدال مقارنةً بالأفراد الأسوياء، وأضافت نتائج دراسة جاو وأخرين أن النوبات الاكتئابية في الاضطراب الوجداني ثنائي القطب قد يكون لها تأثير سلبي أشد من نوبات الهوس على جودة الحياة (Gao et al., 2019)، والمتمثلة في زيادة مخاطر الانتحار لدى المرضى، حيث أظهرت نتائج الأبحاث أن نسبة محاولات الانتحار بلغت لديهم 39%. (De Abreu et al., 2012).

ويمكن القول أن الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يؤثر سلباً على مختلف جوانب جودة الحياة الجسدية والنفسية والاجتماعية (Charles et al., 2016).

وعلى ضوء تأثير جودة الحياة الجسدية عند هؤلاء المرضى؛ أوضحت نتائج دراسة دافي وأخرين (Davy et al., 2016) معاناتهم من نقص في النشاط البدني والسلوك الخامل أثناء ساعات الاستيقاظ مما يزيد من عوامل الخطر المسببة لأمراض القلب والأوعية الدموية، بالإضافة إلى زيادة معدلات الوفيات بنحو مرتين إلى ثلاث مرات وخصوصاً بين المرضى الذين يعانون من نوبة اكتئابية حادة منذ فترة طويلة. وأضافت نتائج دراسة بورتيللا وأخرين (Portilla et al., 2017)، أن المرضى المصابين باضطراب الوجداني ثنائي القطب في المرحلة المتأخرة تكون صحتهم الجسدية أسوأ من المرضى في المرحلة المبكرة من المرض؛ بسبب انخفاض مستويات الجلوكوز في الدم، واليوريا، والكرياتينين، والدهون الثلاثية والأنسولين، كما يكون لديهم مؤشر عالي في كتلة ومحيط الجسم.

وفي ضوء تأثير جودة الحياة النفسية عند هؤلاء المرضى؛ أشارت نتائج دراسة جوليو وآخرين (Julio et al., 2018) أن صغر عمر المريض ومعاناته من نوبة الاكتئاب تنبئ بانخفاض جودة الحياة النفسية وتوصلت نتائج دراسة جاو وآخرين (Gao et al., 2019) أن كلما زادت شدة الاكتئاب انخفض الشعور بجودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوعين الأول والثاني.

كما يتأثر الأداء الشخصي والاجتماعي لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، بشكل كبير بحدوث نوبتي الهوس والاكتئاب (Bay et al., 2017)، مما يدفعهم إلى استخدام أساليب غير صحية للتكيف مع وصمة المرض تمثلت في الانسحاب والمبالغة في عدم الافصاح عن معاناتهم من المرض، مما انعكس سلباً على علاقاتهم الاجتماعية مع ذويهم (Aue et al., 2019).

وقد أوضحت النتائج أن التنقيف النفسي للمريض وعائلته، و تنمية المهارات الشخصية المتمثلة في التدريب على التواصل مع الآخرين، والتدريب على مهارات حل المشكلات؛ يسفر عن تحسن جودة الحياة لديهم (O'Donnell et al., 2017) وانخفاض حدة أعراض الاكتئاب والقلق (Moore et al., 2009)، كما أوضحت نتائج دراسة باركنز (Parkins, 2013) أنه عندما تم المقارنة بين مجموعة المرضى الذين يتلقون العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي مع مجموعة المرضى الذين يتلقون العلاج الدوائي فقط في استجاباتهم على مقياس جودة الحياة تفوق المجموعة التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي والدوائي معاً.

وتوصلت نتائج دراسة جونزاليس وآخرين (González et al., 2014) إلى إن العلاج القائم على التعليم النفسي والعلاج المعرفي السلوكي أفضل من العلاج الدوائي في تخفيف أعراض الهوس والاكتئاب والقلق وإحداث تكيف أفضل مع الحياة اليومية؛ حيث ساعدهم على تعلم كيفية إدارة مرضهم بشكل أفضل، كما تمت المحافظة على هذه المزايا بعد مرور 5 سنوات عند إنتهاء العلاج.

وأسفرت نتائج دراسة تشارلز وآخرين (Charles et al., 2020) عن أن تعديل البنية المعرفية والمراقبة المستمرة لمشاعر الهوس أو الاكتئاب وتعلم فنيات سلوكية للتحكم في هذه المشاعر؛ يحسن من جودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

مشكلة البحث

في ضوء ما سبق يمكن تحديد مشكلة البحث في الإجابة على الأسئلة الآتية :-

- 1) هل توجد فروق بين المجموعتين التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لمقياس جودة الحياة (الدرجة الكلية والأبعاد)؟، وما مقدار هذه الفروق إن وجدت؟ وفي أي اتجاه؟.
- 2) هل توجد فروق بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياسيين القبلي والبعدي على مقياس جودة الحياة (الدرجة الكلية والأبعاد)، وما مقدار هذه الفروق إن وجدت؟، وفي أي اتجاه؟.
- 3) هل توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسيين البعدي والتتبعي على مقياس جودة الحياة (الدرجة الكلية والأبعاد)، وما مقدار هذه الفروق إن وجدت؟.

أهداف البحث

- 1) تحسين جودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.
- 2) تصميم برنامج علاجي قائم على الأساس النظري والتطبيقي للنظرية المعرفية السلوكية لتحسين جودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

أهمية البحث

ترجع أهمية البحث الحالية إلى:

أولاً:- الأهمية النظرية: وتتمثل في:

- (1) تستمد الدراسة أهميتها من أهمية العينة المستهدفة وهي فئة مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب الذين يعانون من هذا الاضطراب جسدياً ونفسياً واجتماعياً، حيث يعد من أخطر الاضطرابات النفسية شيوعاً، وبحاجة إلى الرعاية والإهتمام.
- (2) تقدم الدراسة إطار نظري عن النظرية المعرفية السلوكية وما تطرحه من أفكار واستراتيجيات وطرق علاجية للتخفيف من حدة النوبات المزاجية (الهوس الخفيف والاكتئاب).
- (3) تقديم أطراً نظرياً عن الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يتضمن معلومات علمية عن الاضطراب وأعراضه وتشخيصه والنظريات المفسرة له والمداخل العلاجية عنه؟.

ثانياً:- الأهمية التطبيقية:

- (1) تصميم برنامج معرفي سلوكي لتحسين جودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، والتأكد من فعاليته من خلال استبدال الأفكار السلبية بأخرى ايجابية وتعلم أنماط سلوكية سوية.
- (2) قد تسفر نتائج الدراسة ما يفيد في التخطيط لعمل برامج معرفية سلوكية لاضطرابات أخرى أو أعراض سلوكية غير سوية.
- (3) تأمل الباحثة أن تكون الدراسة الحالية منطلقاً لدراسات أخرى تهدف إلى وضع برامج معرفية سلوكية لعلاج اضطرابات نفسية أخرى.

التعريفات الاجرائية لمتغيرات الدراسة

1- الاضطراب الوجداني ثنائي القطب: أوضح الدليل الدولي لتصنيف الأمراض الإصدار العاشر "International Classification of Diseases-10" أن الاضطراب الوجداني ثنائي القطب عبارة عن نوبات متكررة من (الهوس أو الهوس الخفيف، والاكتئاب) يضطرب فيها مزاج الشخص بشدة. وأضاف أن نوبة الهوس تبدأ في المعتاد فجأة، وتستمر لفترة تتراوح ما بين أسبوعين إلى أربعة أو خمسة أشهر (متوسط المدة 4 أشهر)، أما الاكتئاب فيميل إلى الاستمرار فترة أطول (متوسط المدة 6 أشهر) وإن كانت تتجاوز العام عند كبار السن، وعادة تبدأ تأتي النوبات من النوعين بعد أحداث حياتية مليئة بالكروب أو بعد صدمة نفسية، ومع ذلك غياب الكرب ليس ضرورياً للتشخيص، ويمكن أن تحدث أول نوبة في أي وقت بين سن الطفولة ومرحلة الشيخوخة (ICD-10,1993,P125).

ومن الممكن الممكن أن تؤثر التقلبات المزاجية عند حدوث نوبة الهوس إلى زيادة مستويات الطاقة والنشاط والسلوك غير الهادف والتفكير المشوش، والغرور والعظمة، بينما عند حدوث نوبة الاكتئاب تسود مشاعر الحزن واليأس والاحساس بالدونية، وفقدان الاهتمام وعدم الاستمتاع بمعظم الأنشطة بالإضافة إلى وجود اضطرابات في النوم وميل الفرد إلى التفكير في الانتحار.

2- جودة الحياة: تعرف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة بأنها " إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه، وتوقعاته، وقيمه، واهتماماته

المتعلقة بصحته البدنية، وحالته النفسية، ومستوى استقلاليته، وعلاقاته الإجتماعية، واعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة، وتنقسم مجالات جودة الحياة طبقاً لما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية إلى أربعة مجالات رئيسية: مجال الصحة الجسدية - مجال الصحة النفسية - العلاقات الاجتماعية - مجال البيئة (who,1998).

3- العلاج المعرفي السلوكي: هو علاج منظم وقصير المدى، يهدف إلى تخليص المريض النفسي من معاناته عن طريق تعديل أفكاره السلبية حول نفسه والآخرين والمستقبل واستبدالها بأفكار ايجابية فضلاً عن تنمية مهاراته الشخصية مثل: مهارات حل المشكلات وإدارة الضغوط وتنمية الثقة بالنفس والتواصل والتي عند اكتسابها؛ تصقل شخصيته ويصبح أكثر سواء عن طريق العلاج النفسي للنظرية المعرفية السلوكية باستراتيجياتها وفنياتهما.

4- البرنامج المعرفي السلوكي لمرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب: عبارة عن جلسات فردية محددة تسعى إلى تخليص المرضى من أفكارهم السلبية وتنمية مهاراتهم بالتعليم النفسي وعلاج الأفكار الآلية السلبية ووقف دائرة التفكير واجترار الأفكار السلبية، والتدخلات السلوكية، وممارسة الأنشطة السارة والواجبات المنزلية، فضلاً عن تدريبهم على مهارات حل المشكلات وإدارة الضغوط وتوكيد الذات ومقاومة الانتكاسة.

الإطار النظري للبحث:

تناولت الباحثة في هذا الجزء الإطار النظري لكل من: - الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وجودة الحياة والعلاج المعرفي السلوكي، وفيما يلي تفصيل بذلك:

المحور الأول الاضطراب الوجداني ثنائي القطب:

اولاً تعريف الاضطراب الوجداني ثنائي القطب:

أوضح المعهد الوطني للصحة العقلية (NIMH) أن الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، عبارة اضطراب عقلي مزمن، يعاني المريض من نوبات متكررة من الاكتئاب والهوس، ونتيجة لتلك النوبات؛ تحدث تغيرات غير عادية في المزاج والطاقة ومستويات النشاط والقدرة على تنفيذ المهام اليومية (National Institute of Mental Health, 2009).

عرفته جمعية الطب النفسي الأمريكية بأنه اضطراباً عقلياً؛ يتميز بتغير غير مستقر في المزاج ومستوى الطاقة والسلوك، وعادة ما يستمر لمدة أسبوع إلى أسبوعين على الأقل، وبالتالي فإن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب يتناوبون بين النوبات الخفيفة التي لا تؤثر بشكل ملحوظ على مختلف جوانب حياتهم، بينما النوبات الشديدة تكون حادة وخارج نطاق التقلبات الطبيعية للمزاج؛ مما تسبب اضطراب ملحوظ في الجوانب الاجتماعية الوظيفية والشخصية للفرد (American Psychiatric Association, 2013).

والاضطراب الوجداني ثنائي القطب تم تصنيفه إلى نوعين وهما النحو التالي:-

أ. الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الأول "Bipolar Disorder BDI": تبدأ بالإصابة بنوبة هوس واحدة على الأقل قد تسبقها أو تليها نوبة هوس خفيف أو نوبة اكتئابية وفي بعض الحالات قد تؤدي الإصابة بنوبة الهوس إلى الانفصال عن الواقع (الذهان)، وعادة ما تكون الفترة ما بين حدوث النوبة الهوسية والنوبة الاكتئابية طويلة قد تصل إلى سنة أو اثنتين.

ب. الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني "Bipolar Disorder BDII": تبدأ بالإصابة بنوبة اكتئابية أو نوبة هوس خفيف واحدة على الأقل، ولكن لا يتم الإصابة مطلقاً بنوبة هوس، وعند إصابة المريض بنوبة اكتئابية؛ تحدث نوبة الهوس الخفيف بعدها مباشرة (Mayo clinic, 2020).

ثانياً تشخيص الاضطراب الوجداني ثنائي القطب:

لجأت الباحثة إلى معايير الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الاصدار الخامس (DSM-5)، لكي يتم تشخيص الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني؛ وينبغي استيفاء المعايير التالية:-

- استيفاء معايير نوبة واحدة على الأقل تحت هوسية أو نوبة اكتئاب جسيم بدون أعراض ذهانية مصاحبة.
- عدم حدوث نوبة الهوس.
- أن لا يكون الاكتئاب أو النوبة تحت الهوسية مما لا يمكن تفسيره بحدوث اضطراب فصام وجداني، أو غيره من اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى.
- لا ينبغي أن تكون النوبة بسبب تأثيرات فسيولوجية كالاعتماد على المواد المخدرة أو حالة طبية عامة (زيادة نشاط الغدة الدرقية).

أ- المعايير التشخيصية للنوبة تحت الهوسية:

وتعرف النوبة تحت هوسية بأنها فترة زمنية يكون فيها المزاج مستثاراً بصورة غير معتادة، وزيادة في نشاط تستمر لمدة أربعة أيام متتالية على الأقل معظم ساعات اليوم. وظهور الأعراض التالية بشكل يمثل تغيراً ملحوظاً عن السلوك المعتاد:

1. تضخيم تقدير الذات والعظمة.
2. قلة الاحتياج للنوم.
3. ثرثرة أكثر من المعتاد.
4. تطاير الأفكار.
5. تشتت الانتباه بسهولة.
6. زيادة في النشاط وهياج نفسي حركي غير هادف.
7. الانغماس في أنشطة قد تسبب ضرراً للشخص كالإسراف في شراء أو الانغماس في الملذات وطيش جنسي أو إنفاق غير مبرر للأموال.

- والفرق بين النوبة الهوسية والنوبة تحت هوسية أن الثانية لا تكون شديدة بما يكفي لينتج عنها انخفاضاً واضحاً في الوظيفة الاجتماعية والمهنية أو المجالات الوظيفية الأخرى.

ب- المعايير التشخيصية لنوبة الاكتئاب الجسيم:

تشخص نوبة الاكتئاب الجسيم في حال توفر المحكات التشخيصية التالية:

أ. ينبغي المعاناة من خمسة أعراض على الأقل من الأعراض التالية، وأن يكون العرض (1) أو (2) من الأعراض التي يشكو منها المريض، كما ينبغي أن ينتج من المعاناة من تلك الأعراض تغيراً ملحوظاً عن الأداء الوظيفي السابق لفترة لا تقل عن أسبوعين.

1. مزاج منخفض معظم أوقات اليوم.

2. انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع بكل الأنشطة أو أغلبها، وذلك معظم ساعات اليوم.
 3. فقدان الوزن، أو زيادة الوزن.
 4. أرق أو إفراط في النوم.
 5. استثارة حركية أو خمول بشكل لافت للنظر.
 6. الإحساس بالتعب وفقدان الهمة.
 7. إحساس بإنعدام القيمة أو الشعور المفرط بالذنب (والذي قد يكون متوهماً بدون وجود سبب حقيقي)، وليس مجرد لوم ذات أو الشعور بالذنب لكونه مريض.
 8. انخفاض القدرة على التفكير والتركيز.
 9. أفكار متكررة عن الموت أو تفكير في الانتحار دون خطة محددة، أو محاولة للانتحار بخطة محددة.
 - تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية أو المجالات الوظيفية الأخرى.
 - لا تعزى الأعراض لتأثيرات فسيولوجية للأدوية أو حالات طبية أخرى.
- (Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th DSM-5", 2013, 59:60).
- ثالثاً خطورة النوبات الوجدانية على مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب:**
- إن لم يعالج المريض من تلك النوبات بشكل فعال؛ فقد يؤدي ذلك إلى تدهور حالته على النحو التالي:
- 1- تبدأ نوبة الاكتئاب بأفكار انتحارية ومع ازدياد حدة النوبة؛ تتحول إلى محاولات انتحارية، أو ينتحر المريض بالفعل.
 - 2- تبدأ نوبة الهوس الخفيف بمزيج من النشاط والطاقة إلى أن تزداد حدتها التي قد تؤدي بإصابة المريض بنوبة قلبية.
 - 3- قد تتكرر نوبة الهوس الخفيف عند المريض أو تتبادل مع نوبة الاكتئاب وتزداد تكرار النوبات مع زيادة حدة الأعراض إلى:-
 - أ- وجود أعراض ضلالات وأفكار ثابتة غير قابلة للنقاش ليس لها أساس من الصحة، مثل تخيل المريض بأن هناك من يريد إيذائه، أو أن الآخرين يسخرون منه.
 - ب- وجود أعراض هلاوس، يسمع فيها المريض أصوات تأتي من خارج دماغه لأشخاص يشتمونه أو يأمرونه بإيذاء نفسه.
 - 4- تسبب النوبات تدهور في الأداء الاجتماعي والشخصي والوظيفي للمريض.
- قد يحتاج المريض في نوبة الهوس أو الاكتئاب إلى الاحتجاز في المستشفى لخطورة المريض على نفسه والآخرين (عويضة، 2016، ص 120:123).
- رابعاً العوامل التي تساهم في حدوث الاضطراب الوجداني ثنائي القطب:**

1. العوامل الوراثية:

تعد الوراثة عاملاً هاماً في الإصابة بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب؛ حيث أوضحت من خلال دراسات التوائم المتماثلة أن نسبة العامل الوراثي في الإصابة بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب تصل إلى (80%) بينما نسبة الإصابة باضطراب أحادي القطب تصل إلى (45%)، وأوضحت نتائج الدراسات التي

تمت على التوائم غير المتماثلة؛ أن نسبة العامل الوراثي في الإصابة بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الأول إلى (24%)، بينما تصل في النوع الثاني (19%).

(Ebert, Loosen, Nurcombe, Leckman, 2008, P332).

2. العوامل الادراكية المعرفية:

توضح النظرية المعرفية دور الإدراك المعرفي الخاطئ في حدوث الاضطرابات النفسية وخصوصاً الاكتئاب، حيث يوضح بيك (1959). Beck أن مشاعر الكآبة لدى المكتئبين تتضمن أفكاراً عن معاقبة الذات، والفقدان والحرمان، وأن الموقف السلبي من الذات؛ يجعل المريض ينظر لنفسه على أنه فاشل؛ هو السبب الجوهرى للكآبة. بالإضافة إلى أن خبرات الطفولة المزعجة تكون مخططاً معرفياً مشوهاً ينظر إليه الفرد لنفسه وللعالم والمستقبل بنظره تشاؤمية وسلبية، تقوي لديه الاستعداد بالإصابة بالاكتئاب.

ولقد عززت الأبحاث إفتراض بيك بأن لدى الفرد المكتئب مخططاً سلبياً فيما يتعلق بذاته؛ حيث أجريت دراسة على مرضى تتابهم حالات اكتئابية، وطلب منهم أن يتذكروا ما استطاعوا من ذكرياتهم فتبين أنهم يتذكرون الكثير من ذكرياتهم السلبية والقليل من ذكرياتهم الايجابية عندما يكونوا في ساعات اكتئابهم بالمقارنة مع ما يتذكرونهم في الساعات التي لا يكونوا فيها مكتئبين. (صالح، 129، ص2015).

3. العوامل النفسية الاجتماعية:

أشارت النظرية النفسية الاجتماعية إلى دور العوامل البيئية والخارجية في تحديد بدء حدوث النوبات المزاجية للاضطراب الوجداني ثنائي القطب بنسبة أكبر من الاستعداد الجيني للمريض. حيث أوضحت أن ضغوط الحياة المتكررة والمهددة للمريض؛ تهئ من حدوث النوبة الأولى للاضطراب، ومن ثم تزداد النوبات في التكرار مع الوقت، وأضافت أن العوامل المرسبة التي تحمل ذكريات مزعجة تهئ حدوث الاضطراب، ومن ثم تجعل المريض أكثر عرضة لنوبات عديدة في المستقبل.

(Ebert et al, 2008, P334).

سادساً مآل الاضطراب الوجداني ثنائي القطب:

أ- العوامل التي تحسن من مصير الاضطراب.

- 1- إذا عانى المريض من عدة نوبات متكررة من قبل؛ يقل احتمال شفائه عن المريض الذي يعاني من النوبة لأول مرة.
- 2- ظهور المرض فجأة؛ يعطي فرصة أفضل للتحسن عن زحف المرض ببطء نحو المريض.
- 3- تتحسن الاضطرابات التي تحدث تلقائياً دون مسببات، حيث يلعب الاستعداد الوراثي دوراً قوياً في حدوث الاضطراب.
- 4- كلما انخفض عمر المريض، تحسنت فرصته للشفاء.
- 5- تزيد نسبة الشفاء كلما قل التاريخ العائلي للإصابة بالاضطرابات الوجدانية.
- 6- تكامل شخصية المريض قبل المرض، يشير إلى احتمالات كبيرة في الشفاء عن الشخصية العصابية أو العاجزة.

ب- العوامل التي تسئ إلى مصير الاضطراب:

- 1- النوبات المتكررة؛ خاصة نوبات الاكتئاب المتناوبة مع نوبات الهوس.

- 2- إذا زاد سن المريض عن 50 عاماً.
- 3- ظهور أعراض اكلينكية أخرى مثل توهم المرض، أعراض فصامية....إلخ.
- 4- كما تشير الأبحاث الحديثة في مآل اضطرابات المزاج إلى أنه توجد نسبة تتراوح ما بين 10%:15% من مرضى الاكتئاب الشديد يتحولون بعد النوبة الأولى إلى اكتئاب مزمن بغض النظر عن العلاج (عكاشة و عكاشة، 2010، ص439).

تعقيب عام: بعد الانتهاء من سرد الاضطراب الوجداني ثنائي القطب؛ أتضح الآثار السلبية المترتبة على معاناة المرضى منه أثناء نوبتي الهوس والاكتئاب حيث أنهما تؤثر بشدة على كافة جوانب حياتهم النفسية والجسدية والاجتماعية ومن ثم تدهور جودة الحياة عند المرضى وتصبح حياتهم لا روح فيها، وفي المحور التالي سوف يتم تناول متغير جودة الحياة بالتفصيل.

المحور الثاني جودة الحياة:

أولاً تعريف جودة الحياة:

تعرف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة؛ إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع: أهدافه، توقعاته، قيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلاليتته، علاقاته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة. (who,1998).

مفهوم جودة الحياة: يعني أن يعيش الفرد حياة جيدة متمتعاً بصحة جسدية ونفسية وانفعالية جيدة، وأن يكون على درجة من الرضا والقبول، وأن يكون قوي الإرادة صامداً أمام الضغوط التي تواجهه، وذو كفاءة ذاتية واجتماعية عالية، راضياً عن حياته الأسرية والمهنية والمجتمعية (شقيير، 2010، ص2).

ثانياً مجالات جودة الحياة:

تنقسم مجالات جودة الحياة طبقاً لما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية إلى أربعة مجالات رئيسية:

- 1) **مجال الصحة الجسدية:** ويشمل 7 مجالات فرعية وهما: (الأنشطة الحياتية اليومية – والاعتماد على العقاقير والمساعدة الطبية – القوة والإجهاد – قابلية الحركة والتنقل – الألم والعناد – النوم والراحة – والقدرة على العمل).
- 2) **مجال الصحة النفسية:** ويشمل 6 مجالات فرعية وهما (صورة الجسم والمظهر العام – المشاعر السلبية – المشاعر الايجابية – تقدير الذات – معتقدات الفرد الدينية والروحية – التفكير، التعلم، التذكر، التركيز).
- 3) **العلاقات الاجتماعية:** ويتضمن ثلاثة مجالات فرعية هما (العلاقات الشخصية – المساندة الاجتماعية – النشاط الجنسي).
- 4) **مجال البيئة:** ويتكون من 8 مجالات فرعية هي (الموارد المادية – الحري – الأمن والأمان المادي – الرعاية الصحية والاجتماعية: التوافر والجودة – البيئة الأسرية – الفرص المتاحة لاكتساب المعارف وتعلم المهارات – الأسترار في إتاحة الفرصة للإبداع/ النشاطات الترفيهية – البيئة الطبيعية: التلوث، الضوضاء، المرور، المناخ – وسائل النقل) (who,1995).

ثالثاً العوامل المؤثرة في جودة الحياة:

- (1) **مستوى الدخل:** الأفراد في الدول ذات الدخل المرتفع يتمتعون بجودة الحياة أعلى من نظرائهم أصحاب الدخل المنخفض.
- (2) **العلاقات الاجتماعية:** وجد الباحثون أن الناس بحاجة إلى التفاعل في المواقف الاجتماعية مدة تتراوح من (7:6) ساعة وذلك من أجل الحصول على حياة أكثر جودة.
- (3) **الأطفال:** كلما زاد عدد الأطفال في العائلة انخفضت جودة الحياة لديهم.
- (4) **الصحة:** وجد الباحثون أن الأفراد الذين يظهرون مستويات مرتفعة من الانفعالات الايجابية؛ يكونون معرضين بصورة أقل للإصابة بالأمراض النفسية والجسدية، ويرجع ذلك لقوة جهاز المناعة لأنه يتأثر بالحالة النفسية.
- (5) **العمل:** عدم الانسجام بين الصحة النفسية للشخصية ومهنة الفرد يؤدي إلى انخفاض جودة الحياة لديهم.
- (6) **العمر:** وجد الباحثون أن الأفراد الأصغر والأكبر سناً يشعرون بنفس مستوى جودة الحياة.
- (7) **الجنس:** لا توجد فروق في جودة الحياة بين الذكور والإناث.
- (8) **والتعليم:** الأفراد ذوي المستوى المرتفع من التعليم يعيشون حياة أكثر جودة من نظرائهم ذوي المستوى المتدني من التعليم. (هيفيرون، 2017).

تعقيب عام:

يعد متغير جودة الحياة أكثر المتغيرات تأثراً سلباً بالاضطرابات النفسية في العموم والاضطراب الوجداني ثنائي القطب علي الأخص، لهذا تم الاعتماد عليه مؤخراً في المجال الاكلينيكي كمتغير وسيط للمقارنة بين أثار الأعراض السلبية للمرض والتدخلات العلاجية (Pennacchini et al., 2011)، كما لجأت الباحثة في دراستها الحالية إلى جعله هدف مقصود تحقيقه؛ لأن من حق المرضى أن يحيا حياة ذات معنى رغم الآثار السلبية للمرض، لهذا سوف يتم سرد التدخلات العلاجية المتمثلة في العلاج المعرفي السلوكي سرداً تفصيلياً في المحور الثالث والتي قد تساهم في التخفيف من حدة معاناة المرضى من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

المحور الثالث العلاج المعرفي السلوكي:

أولاً تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

يعمل العلاج المعرفي السلوكي على الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي، ويتعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد؛ معرفياً وانفعالياً وسلوكياً، كما يستند على نظرية أن الأفكار والمعتقدات السلبية هي المسؤولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض. (محمد، 2000، ص2000).

ويوضح أرون بيك أن العلاج المعرفي السلوكي عبارة عن علاج نفسي منظم وقصير المدى، هدفه تخليص المريض النفسي من معاناته، عن طريق تنمية مهارته وتطويرها، وتعديل الثالوث المعرفي لديه المتمثل في أفكاره السلبية حول نفسه والآخرين والمستقبل، حيث يرى أن الأعراض المعرفية للاكتئاب؛ هي العامل الأساسي في استمرار معاناه المريض من الأعراض الاكتئابية الأخرى (ليهي، 2006، ص128).

ثانياً أهمية العلاج المعرفي السلوكي:

1- يساهم العلاج المعرفي السلوكي في المساعدة على فهم مختلف المشاعر التي يعاني منها المرضى كالحزن والضيق والتوتر والغضب ومعرفة أسبابها وكيفية التعامل معها (جوزيف و تشابمان، 2020، ص1).

- 2- مساعدة المرضى على تعلم سلوكيات جديدة يمكن أن تحسن من جودة حياتهم، من خلال تدريبهم على تنمية بعض المهارات منها: مهارة التواصل التوكيدي، ومهارة حل المشكلات، وتمارين الاسترخاء. (وود، 2020، ص66).
 - 3- مساعدة المرضى على تنمية التفاعل الاجتماعي وزيادة توكيد الذات من خلال مساعدتهم على المراقبة الذاتية لانفسهم، والتركيز على جوانب الضعف ومن ثم جدولتها لأهداف قابلة للتحقيق، والعمل على تغييرها (Kimura , Sayo, and Kazuki, 2023).
 - 4- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي عدد جلساته محدودة تتراوح ما بين (8:12) جلسات أسبوعياً وبالرغم من ذلك فتأثيره فعال ومستمر مما يكسب هذا النوع من العلاج أهمية سواء للمعالج أو المريض (Michael, Katharine, and Peter. 2021).
- ثالثاً أساليب العلاج المعرفي السلوكي:
أولاً الأساليب المعرفية:

1- التعليم النفسي:

يُعرّف التعليم النفسي؛ بأنه تعليم المبادئ النفسية ذات الصلة باضطراب المريض؛ استناداً على نموذج العلاج المعرفي السلوكي، والذي ينص على أن تغيير التفكير يصاحبه تغيير في المشاعر، بالإضافة إلى ذلك تعليم المريض المهارات اللازمة لمواجهة التحديات المختلفة (Dobson, and Dobson, 2009, P78:80).

2- علاج الأفكار الآلية السلبية:

إن الاستجابات الانفعالية التي تحدث خلال التفاعل بالمواقف اليومية المختلفة؛ لا تحدث بسبب هذه المواقف؛ ولكن نتيجة لكيفية ادراكها، حيث تصبح تلك الاستجابات الانفعالية سلبية أو سوية حسب طريقة تفكير الفرد، فإذا كان يسلك طريقة تفكير سوية؛ تمتع بحالة انفعالية جيدة، أما إذا كان تبنى تفكير معتل؛ سيعاني من حالة انفعالية سلبية (شاروده، 2016، ص17).

لهذا يجب مساعدة المريض على تحديد الأفكار السلبية والعمل على تغييرها من خلال تدريبيه على

الآتي:-

1. **سجل الأفكار:** يهدف سجل الأفكار إلى مساعدة المريض على معرفة أفكاره السلبية ومصادرها والمشاعر والسلوكيات السلبية الناتجة عنها، كما تساعد على رؤية متابعه بشكل مختلف، وتحديد مشكلاته بأسلوب معرفي متعلم (Basco and Rush, 2005, 186:188).
2. **التوجيه المباشر:** يلجأ المريض للتفكير بطريقة سلبية لأنه لا يعرف البدائل الصحيحة للتفكير السليم، لهذا يتضمن العلاج المعرفي على التحاور مع المريض بكل الطرق المنطقية الممكنة؛ (إبراهيم و عسكر، 2008، ص300:301).
3. **لعب الأدوار:** يسمى هذا الأسلوب النقطة والنقطة المقابلة، حيث يتحاور المريض والمعالج حول فكرة سلبية ما ويقوم المعالج بالدور المنطقي بينما يقوم المريض بالدور الانفعالي، وبعد ذلك يتم عكس الأدوار بحيث يتبنى المعالج الدور الانفعالي ويتبنى المريض الدور العقلاني.
4. **تحليل المزايا والعيوب:** وفيه يدون المريض والمعالج المكاسب والخسارة من هذه الفكرة أو السلوك، وهذا يساعد المريض على إدراك الفائدة في التخلي عن أفكاره وسلوكياته السلبية (هوفمان، 2013، ص195).

3- علاج المعتقدات السلبية:

عند الانتهاء من علاج الأفكار السلبية؛ يجب علاج المعتقدات السلبية التي كانت السبب في تنشيطها وذلك من خلال تدريب المريض على الخطوات التالية:

أ. **تحديد المعتقدات السلبية:** يجب تحديد معتقدات المريض التي تؤثر سلباً على سلوكياته، والتي يتحدى ليشكلاً معاً أنماط الاستجابة السلبية، وذلك من خلال تحليل سجل الأفكار؛ التي تساعد المريض على معرفة أن لديه معتقداً سلبياً راسخاً عن نفسه مثل: "أنا لا أستحق التقدير"، أو "أنا لست محبوباً"، وعندها يمكن تسجيل هذه المعتقدات وكتابتها تمهيداً لمرحلة التعديل والتغيير. (فورد، 2022، ص82:83).

ب. **استخدام أسلوب التساؤل السقراطي:** يعد أهم الأساليب المعرفية لتحديد وتقييم التفكير السلبي، وذلك من خلال اختيار صحة الفروض، وفيه يسأل المعالج المريض مجموعة من الأسئلة تهدف مساعدته على فحص المنطق الكامن خلف معتقداته ومدى صحتها.

ج. **استخدام أسلوب السهم الهابط:** يبدأ هذا الأسلوب بالتعرف على الأفكار الآلية السلبية ثم تدريب المريض في التعمق واستكشاف مصدر هذه الأفكار من خلال أساليب معرفية علاجية محددة وهذا بدوره يؤدي إلى ظهور قواعد شرطية تأخذ أفترض (لو إذن)، وهذه القواعد تحدد المعتقدات السلبية التي تدعم من تبني المريض لتفكير السلبي. (بلحسيني، 2014، ص117:118).

الأساليب العلاجية لاجترار الأفكار السلبية:

تساعد تلك الأساليب المرضى على وقف دائرة التفكير السلبي من خلال تدريبهم على الأساليب العلاجية التالية:-

أ. **وقف التفكير:** تقوم على افتراض مفاده؛ أنه مادام بإمكان الفرد أن يفكر بصورة إرادية في موضوع معين في لحظة ما؛ إذا بإمكانه وقف التفكير في نفس اللحظة.

ب. **تشيتت الفكرة:** تقوم على افتراض مفاده؛ أنه من الصعب أن يفكر الفرد في فكرتين في وقت واحد، فالأفكار الخاطئة تمنع الفرد من التفكير التوافقي والملائم، والعكس.

ج. **إبدال الفكرة:** المبدأ القائم عليه الأسلوب العلاجي إبدال الفكرة طالما أن الفكرة السلبية غير صحيحة؛ إذا بإمكان المريض أن يتبنى أفكار أخرى لها أدلة على صحتها (بيك و بيك، 2007، ص168:169).

ثانياً الأساليب العلاجية للعلاج السلوكي:

1- التدخلات السلوكية:

تستخدم أساليب التدخلات السلوكية من أجل تنشيط السلوك المرضي من خلال جدولة الأنشطة، والتي تساعد على توضيح المعززات التي يجب زيادتها، وأنماط التجنب التي يجب تقليلها حتى لا تؤدي إلى نتائج سلبية على المدى القصير في حياة المريض (Dobson and Dobson.2009.p91).

2- الأنشطة السارة:

تساعد الأنشطة السارة في التخفيف من حدة المشاعر الاكتئابية خاصة إذا كان فيها متعة أو فرصة لإنجاز شيء ما حتى ولو كان صغيراً، ولا يمكن الجزم من معرفة السبب وراء شعور مرضى الاكتئاب بالتحسن بعد إنجاز المهام الموكلة لهم، وقد يعود السبب لذلك إلي:

- تزيد بعض الأعمال كالتدريبات الرياضية من كمية المواد الكيميائية في المخ والتي تساعد في الشعور بالتحسن.
- عندما لا يقوم المريض بأي عمل؛ فإنه يعيد التفكير بالأمر السلبية مرات عديدة، بينما تفيد الأنشطة بصرف انتباهه عن الأفكار السلبية (مكنزي، 2013، ص63).

3- الواجبات المنزلية:

عادة ما تكون جلسة العلاج ساحة فقيرة لتقييم التغيير؛ لأنها ليست جزءاً من خبرة المريض اليومية، وتسمح المهام التي تنفذ بين الجلسات (الواجبات المنزلية) للمرضى باختبار وتعديل أفكارهم ومعتقداتهم غير التكيفية في مواقف الحياة الحقيقية، وبدون الواجبات قد يصبح المرضى مكبوتين انفعالياً ويكونوا في انتظار تفريغ مشاعرهم في الجلسة القادمة. (نينيا و درايدن، 2020، ص47).

4- تمارين الاسترخاء:

تعد مهارة الاسترخاء من المهارات الرئيسية التي يجب أن يتعلمها المريض؛ للسيطرة على المشاعر السلبية الناتجة من المواقف الضاغطة؛ من خلال مساعدة المريض أن يتعلم استجابة تقاوم الاستثارات النفسية والفيزيولوجية عند مواجهة مواقف تثير لديه مشاعر القلق والتوتر، وهناك عدة أنواع لتمرينات الاسترخاء أكثرهم شيوعاً هما: تمارين التنفس البطيء المنظم والاسترخاء العضلي التمييزي (فورد، 2022، ص148).

الدراسات السابقة

- قام كلاً من مور وآخرون (Moore et al., 2009) بدراسة هدفت إلى مقارنة فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجمعي لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب ومرضى الاكتئاب أحادي القطب، وتكونت عينة الدراسة من (17) مريضاً بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب، و (12) مريضاً بالاكتئاب أحادي القطب، وأُشتمل البرنامج العلاجي على (12) جلسة جماعية عقدت مرتين أسبوعياً، تليها (6) جلسات متابعة، تُعقد على فترات شهرية، وهدفت جلسات البرنامج إلى تغيير طريقة التفكير السلبية واستبدالها بطريقة تفكير سوية، والتخطيط لجدولة الأنشطة، والتدريب على مهارات حل المشكلات، ومهارات التواصل وتوكيد الذات، ومهارة منع ومقاومة الانتكاسة، وأسفرت النتائج عن: ارتفاع معدلات تحسن جودة الحياة في النطاق الفرعي للصحة النفسية، لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب ومرضى أحادي القطب.
- كما قام سيرسون وآخرون (Serenson et al., 2012) بإجراء دراسة لتقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب وتكونت عينة الدراسة من (7) مشاركين: (5) إناث و(2) ذكور، وتم تشخيصهم استناداً على الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية الصورة الخامسة، وتم استخدام مقياس بيك لقياس شدة الاكتئاب، ومقياس بيك لقياس شدة القلق، ومقياس يونج لقياس شدة الهوس، وأجريت الجلسات بصورة فردية على مدار (12) أسبوعاً، وتوصلت النتائج مايلي:
- تحسن الأعراض الاكتئابية لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب عند الانتهاء من البرنامج المعرفي السلوكي، بينما أظهرت النتائج تراجع وتحسن الأعراض الاكتئابية وجودة الحياة النفسية

والاجتماعية والمعرفية في متابعة الثلاثة أشهر، ثم تحسنها في متابعة الستة أشهر، ليظهر تحسن أكثر عند نهاية البرنامج العلاجي.

■ وأجرى باركنز (Parkins, 2013) دراسة للتحقق من فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجمعي على تحسن الأداء الاجتماعي وتحسين جودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وطبق البرنامج على 76 مشارك، وانقسموا 6 مجموعات تجريبية ومجموعة واحدة ضابطة، وهدفت جلسات البرنامج في تغيير طريقة التفكير السلبية، والتدريب على تمارين الاسترخاء، والتخطيط لممارسة الأنشطة الممتعة، والتدريب على مهارات حل المشكلات، ومهارات التواصل وتوكيد الذات، ومهارة منع ومقاومة الانتكاسة، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب الذين يتلقون العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي وأولئك الذين يتلقون العلاج الدوائي على الصحة النفسية والجسدية والمشاكل العاطفية.

■ وسعى جونزاليس وآخرون ، (González et al., 2014) بقيام دراسة من أجل التحقق من فعالية العلاج القائم على التنقيف النفسي والعلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي في علاج الاكتئاب من خلال تقييم متابعة خمسة سنوات، وكان المرضى المشاركين في الدراسة من مترددي العيادات الخارجية بالمركز الطب النفسي باسبانيا وانقسموا إلى مجموعتين:

(1) المجموعة الضابطة: شملت على (20) مريضاً تلقوا العلاج الدوائي الذي أشتمل على: مثبت المزاج (الليثيوم)، مضادات الذهان، والبنزوديازيبينات.

(2) المجموعة التجريبية: شملت على (20) مريضاً تلقوا العلاج الدوائي بالإضافة إلى العلاج المعرفي السلوكي وانقسموا إلى مجموعتين فرعيتين من 10 مرضى، وتراوحت مدة الجلسة ساعة ونصف.

وأشارت النتائج إلى: أن العلاج القائم على التنقيف النفسي والعلاج المعرفي السلوكي بالاشتراك مع العلاج الدوائي ساهم في تخفيف أعراض الهوس والاكتئاب والقلق بعد مرور 6 أشهر وفي إحداث تكيف أفضل مع الحياة اليومية عند انتهاء العلاج كما تمت المحافظة على هذه المزايا بعد مرور 5 سنوات.

■ وأجرى تشارلز وآخرون (Charles et al., 2020) دراسة هدفت إلى معرفة أثر العوامل القابلة للتعديل مثل: القدرة المعرفية والأعراض المزاجية، والعوامل غير القابلة للتعديل مثل: التشخيص، محاولات الانتحار السابقة، إساءة استخدام المواد المخدرة، والعمر على جودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، وشملت عينة الدراسة علي مجموعة تجريبية بلغت (109)، و(121) للمجموعة الضابطة، وخضعت المجموعة التجريبية للتقييمات الاكلينيكية والنفسية العصبية، التي شملت على اختبار يونج لقياس الهوس، ومقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية الصورة المختصرة وأشارت نتائج الدراسة إلى: أن تعديل البنية المعرفية والمراقبة المستمرة لمشاعر الهوس أو الاكتئاب وتعلم فنيات سلوكية للتحكم بهما؛ يحسن من جودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب والتقليل من حدة النوبات التي يعانون بها.

■ وهدفت دراسة دراسة فالس وآخرون (Valls et al., 2020) إلى إعداد برنامج تكاملي من العلاج القائم على التنقيف النفسي والعلاج المعرفي والعلاج القائم على الوعي الذهني والعلاج الوظيفي، على مجموعة الدراسة شملت على 132 مريضاً من مترددي العيادة الخارجية لمستشفى برشلونة، و تم تقسيمهم إلى

مجموعتين: مجموعة ضابطة تأخذ العلاج الدوائي فقط، أما المجموعة التجريبية كانت تأخذ العلاج الدوائي وتتلقى جلسات البرنامج التكاملي، وانقسمت إلى ستة مجموعات تضم كل مجموعة على 11 مريض. وتم استخدام الاختبارات الآتية: اختبار التقييم سريع لقياس الأداء العالمي ونوعية الحياة "FAST"، الدليل الإحصائي الإصدار الخامس DSM-5، مقياس هاملتون لقياس للاكتئاب، مقياس يونج لقياس الهوس، ثم إعادة التقييم بعد الانتهاء (3 أشهر) وبعد 12 شهرًا، وتوصلت نتائج الدراسة إلى:

1. أن البرنامج التكاملي قد أظهر فعالية ملحوظة في السيطرة على المسار السلبي للاضطراب الوجداني ثنائي القطب؛ من خلال السيطرة على الأعراض والتعامل معها بشكل فعال، مما دعا الباحثون إلى اعتبار البرنامج التكاملي أداة مساعدة تسمح بتغطية جوانب التدهور الحياتية التي لا يساهم العلاج الدوائي في تحسينها.

■ وسعى خيمينيز (Jiménez, 2023) إلى إجراء دراسة الهدف منها هو تحديد مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي وحده أو كعامل مساعد للعلاج الدوائي لمرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، حيث تم إجراء المراجعة المنهجية لـ 17 بحثاً صلة بالموضوع، واستخدمت الدراسة البحث الكمي والنوعي، وبعد البحث في قواعد بيانات حتى 5 يناير 2020، أسفرت النتائج عن: أن العلاج السلوكي المعرفي وحده أو كعلاج مساعد مع الأدوية النفسية فعال للغاية، حيث أظهر نتائج انخفاض مستويات شدة الاكتئاب والهوس والقلق، والتقليل من الانتكاسات، وتحسن ملحوظ في الأداء النفسي والاجتماعي.

التعقيب على الدراسات السابقة:

واستفادت الباحثة من البحوث والدراسات السابقة في:

- 1) معرفة الفنيات العلاجية المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي والتي حققت نجاحاً وفعالية للبرنامج.
- 2) التوصل إلى تصور عام عن جودة الحياة وأهم تلك المؤشرات التي يمكن أن تتأثر بالاضطراب.
- 3) هناك دراسات قُورنت فيها فعالية العلاج المعرفي السلوكي المقرن باستخدام الأدوية العلاجية مقارنة باستخدام الأدوية فقط. وقد أظهرت النتائج أن الجمع بين البرنامج العلاجي والأدوية أدى إلى تحسن واضح لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.
- 4) اختيار عينة الدراسة ممن تراوحت أعمارهم من (17:25)؛ حتى يتم الاستفادة من جلسات البرنامج المعرفي السلوكي حتى يتنسى لهم تطبيقه والمساهمة في الحد من فترات الانتكاسة.
- 5) " استخدمت الدراسات مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية لقياس جودة الحياة هند المرضى
- 6) صياغة فروض الدراسة وتفسير النتائج ومناقشتها بناء على ما توصلت إليه نتائج هذه الدراسات.

فروض الدراسة:

- 1) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياس جودة الحياة (الدرجة الكلية والأبعاد)، لصالح المجموعة التجريبية.
- 2) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الحياة (الدرجة الكلية والأبعاد)، في اتجاه القياس البعدي.
- 3) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي.

إجراءات الدراسة:

لتحقيق هدف الدراسة المتضمن التعرف فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب؛ كان لابد من تحديد مايلي:-

أولاً: المنهج المستخدم في الدراسة:

في ضوء أهداف الدراسة الحالية وفروضها؛ اعتمدت الدراسة الحالية علي المنهج التجريبي.

وحددت الباحثة متغيرات الدراسة التجريبية على النحو التالي:-

1. المتغير المستقل: البرنامج المعرفي السلوكي.

2. المتغير التابع: : جودة الحياة.

3. المتغيرات الدخيلة: تم ضبط المتغيرات الآتية: العمر الزمني – الحالة الاجتماعية -المستوى التعليمي - مدة

المعاناة من الاضطراب – استبعاد الاضطراب النفسية المصاحبة - الأدوية النفسية الموصوفة للمرضى.

ثانياً: عينة الدراسة

تمثلت عينة الدراسة من مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (النوع الثاني) من المترددين على العيادات الخارجية لمركز الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة – كلية الطب – جامعة عين شمس، وتراوحت أعمارهم من (17:25)، وتكونت من (32) مريضاً، تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية وبلغ عدد عينتها (16) وانقسموا إلى (8) ذكور (8) إناث، وبمتوسط حسابي (20.4) وانحراف معياري (1.05)، والأخرى ضابطة وبلغ عدد عينتها (16) وانقسموا إلى (8) ذكور (8) إناث، وبمتوسط حسابي (20.6) وانحراف معياري (1.14).

وفيما يلي خطوات اختيار عينة الدراسة:

(1) اختيار العينة من مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني والذين تم تشخيصهم من خلال اخصائي الطب النفسي المشرف والمتابع للحالة، استناداً على معايير الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض النفسية الصورة الخامسة (DSM-5) .

(2) جميع المرضى في المجموعة التجريبية والمجموعة والضابطة يتعاطون أدوية نفسية بنفس الفعالية، والتي اشتملت على (مثبت مزاج - مضاد ذهان - مضاد اكتئاب).

(3) ألا يقل عمر المريض عن (17) ولا يزيد عن (25) عاماً ؛ حتى يتسنى استفادتهم من العلاج المعرفي السلوكي في مرحلة مبكرة من حياتهم لمواجهة التحديات والصعوبات التي يتعرضوا لها في حياتهم اليومية ومن ثم مساعدتهم على تمتعهم بفترة طويلة من إعتدال المزاج ومن ثم تقليل فرص الانتكاسة.

(4) يتراوح المستوى التعليمي لأفراد مجموعتي الدراسة من المرحلة الثانوية (12سنة دراسة) كحد أدنى، والمرحلة الجامعية (16سنة دراسة) كحد أقصى، لأن العلاج المعرفي السلوكي يشترط أن من يتلقى جلساته يكون بقدر من التعليم المناسب حتى يستطيع فهم محتوى الجلسات وتطبيق ما يكلف به من مهام.

(5) جميع أفراد العينة حالتهم الاجتماعية عزاب، لأن التزامات الحياة الأسرية قد تؤثر بالسلب على سير الجلسات.

محكات استبعاد أفراد العينة:

- 1- استبعدت الباحثة مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الأول لأنهم يعانون من نوبة هوسية مصحوبة بأعراض ذهانية تفقد المريض سلامة قواه العقلية، كما تمهد للمعاناة من أعراض اكتئابية حادة، تعيق فهم المرضى للمعلومات التي تقدم في جلسات البرنامج العلاجي.
 - 2- من لدية تاريخ لتعاطي أى مواد نفسية بحيث لا يتداخل تأثير المواد النفسية مع تأثير البرنامج العلاجي وكذلك لعزل أثره على عدد مرات الانتكاسة.
 - 3- استبعد الاضطرابات النفسية المحتمل ظهورها مع الاضطراب الوجداني ثنائي القطب باستخدام قائمة الأعراض المعدلة، والتي تمثلت في: الأعراض الجسمية- الوسواس القهري - الحساسية التفاعلية - القلق - العداوة - المخاوف - الذهان. حيث يحتمل المعاناه من تلك الأعراض مع المعاناه من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب تأثيراً سلبياً على نتائج البرنامج.
- ثالثاً حساب التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة:
- التكافؤ في القياس القبلي لجودة الحياة: لضمان التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة في جودة الحياة قامت الباحثة بتطبيق مقياس جودة الحياة تطبيقاً قبلياً على أفراد المجموعتين قبل تطبيق البرنامج، ثم قامت بحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة باستخدام اختبار مان ويتني Mann- Whitney لعينتين مستقلتين، والجدول التالي يوضح ذلك:
- جدول (1) قيمة "د" ودالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في جودة الحياة

الأبعاد	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "ي"	قيمة "د"	مستوى الدلالة
الصحة الجسمية	التجريبية	16	19,437	1,412	13,88	222,00	86,00	1,680	0,093 غير دالة
	الضابطة	16	20,250	1,341	19,13	306,00			
الصحة النفسية	التجريبية	16	15,312	1,078	13,63	218,00	82,00	1,797	0,072 غير دالة
	الضابطة	16	15,937	1,062	19,38	310,00			
العلاقات الاجتماعية	التجريبية	16	6,250	0,683	17,13	274,00	118,00	0,407	0,684 غير دالة
	الضابطة	16	6,125	0,806	15,88	254,00			
البيئة	التجريبية	16	15,062	1,123	17,50	280,00	112,00	0,649	0,517 غير دالة
	الضابطة	16	14,750	0,856	15,50	248,00			
الدرجة الكلية	التجريبية	16	56,062	2,294	14,88	238,00	102,00	0,994	0,320
	الضابطة	16	57,062	2,112	18,13	290,00			

غير دالة									
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

يتضح من جدول (1) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القلبي لجودة الحياة (الأبعاد والدرجة الكلية)، حيث جاءت قيم "د" على الترتيب (1,680 - 1,797 - 0,407 - 0,649 - 0,994) وجميعها غير دالة إحصائياً، مما يشير إلى تكافؤ المجموعتين في جودة الحياة قبل تطبيق البرنامج.

أدوات الدراسة:

(1) تم استخدام استمارة البيانات الأولية، والدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (الإصدار الخامس)، وقائمة الأعراض المعدلة، ومقياس جودة الحياة النسخة المختصرة، وأخيراً البرنامج المعرفي السلوكي، وفيما يلي عرضاً تفصيلياً لهذه الأدوات:-

استمارة البيانات الأولية:

أعدت بواسطة الباحثة ولها أهمية اكلينيكية في تشخيص الأمراض النفسية؛ لأنها تشمل على مجموعة من البيانات تضم معلومات عن كل مفحوص؛ مثل الشكوى الحالية، وطبيعتها، والأدوية النفسية الموصوفة له والتاريخ الوراثي للإصابة بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب، ومدى تأثر الجوانب الدراسية و العائلية عند المريض.

(2) الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (الإصدار الخامس):

فيما يلي المعايير التشخيصية للاضطراب الوجداني ثنائي القطب من النوع الثاني:-

أ- المعايير التشخيصية للنوبة الهوس الخفيف:

تشخص نوبة الهوس الخفيف في حال توفر المحكات التشخيصية التالية:

- 1- استيفاء معايير نوبة واحدة على الأقل تحت هوسية أو نوبة اكتئاب جسيم واحدة على الأقل بدون أعراض ذهانية مصاحبة.
- 2- عدم حدوث نوبة هوس.
- 3- أن لا يكون الاكتئاب أو النوبة تحت الهوسية مما لا يمكن تفسيره بحدوث اضطراب فصام وجداني، أو غيره من اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى.
- 4- لا ينبغي أن تكون النوبة بسبب تأثيرات فسيولوجية كالاعتماد على المواد المخدرة أو حالة طبية عامة (كزيادة نشاط الغدة الدرقية).

ب- المعايير التشخيصية للنوبة الاكتئاب الجسيم:

تشخص نوبة الاكتئاب الجسيم في حال توفر المحكات التشخيصية التالية:

- 1- تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية أو المجالات الوظيفية الأخرى السابق لفترة لا تقل عن أسبوعين.
- 2- لا تعزى الأعراض لتأثيرات فسيولوجية للأدوية أو حالات طبية أخرى.

(Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th DSM-5",2013,59:60).

(3) قائمة الأعراض المعدلة:

أعد بواسطة كلاً من ديروجيتس ولييمان وكوفي "Derogatis, Lipman, Covi"، وتم ترجمته للعربية بواسطة عبد الرقيب أحمد بحيري سنة (2006)، ويتم استخدامه في تشخيص الأعراض النفسية لدى المترددين على العيادات النفسية وكذلك الأسوياء المترددين على مراكز الإرشاد النفسي والتربوي، وتم استخدام هذه القائمة لاستبعاد الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

– **وصف القائمة:** تتكون قائمة الأعراض المعدلة SCL-90-R من (90) عبارة خاصة بالأعراض النفسية، وتشتمل على تسعة من الاختبارات الفرعية وهما: الأعراض الجسمية -الوسواس القهري- الحساسية التفاعلية - الاكتئاب - القلق - العداوة - المخاوف - التفكير البارانونيا- الذهانية، بالإضافة إلى ذلك العبارات الإضافية وهي تستخدم شكلياً ولا تصنف تحت أي بعد من الأبعاد التسعة الأساسية وتسهم في حساب الدرجة الكلية لأعراض كل بعد من القائمة.

– **طريقة تقدير الدرجة:** تتراوح الدرجة على كل بند ما بين (4:0) درجة، وهناك مجموعة من الخطوات للحصول على الدرجات الخام للمقاييس الأولية للأعراض، والبنود الإضافية هي كالتالي:

1- جمع الدرجات الخام الفرعية الخاصة بكل بند من البنود التابعة لكل مقياس من المقاييس الأولية للأعراض والبنود الإضافية.

2- يتم تقسيم كل درجة خام خاصة بكل مقياس على عدد البنود التي أجاب عنها المفحوص لهذا المقياس.

(4) مقياس جودة الحياة "الصورة المختصرة":

أعدّ بواسطة منظمة الصحة العالمية (1995) وقامت بشرى إسماعيل أحمد (2008) بترجمته للعربية ويتكون المقياس من (26) بنداً منقسمين إلى أربعة أبعاد لجودة الحياة (الحياة الجسمية - جودة الحياة النفسية - العلاقات الاجتماعية - البيئة)، كما أشتمل على البنود العكسية والتي تمثلت في الفقرات الآتية: (26-4-3-2): **وصف المقياس:** انقسمت بنود المقياس على النحو التالي:

1- **الصحة الجسمية "Physical Health":** يتكون هذا البعد من 7 بنود (الانشطة الحياتية اليومية - الاعتماد علي العقاقير والمساعدة الطبية - القوة والاجهاد - قابلية الحركة والتنقل - الألم والعناء - النوم والراحة - القدرة علي العمل)، وهذه البنود هي (3، 4، 10، 15، 16، 17، 18).

2- **الصحة النفسية "Psychological Health":** يتكون هذا البعد من 6 بنود (صورة الجسم و المظهر العام - المشاعر السلبية - المشاعر الايجابية - تقدير الذات - معتقدات الفرد الدينية و الروحية - والتفكير / التعليم / التذكر / التركيز) وهذه البنود هي (5، 6، 7، 11، 19، 26).

3- **العلاقات الاجتماعية "Social Relationship":** يتكون هذا البعد من 3 بنود (العلاقات الشخصية - المساندة الاجتماعية - والنشاط الجنسي)، وهذه البنود هي (20، 21، 22).

البيئة "Environment": يتكون هذا البعد من 8 بنود (الموارد المادية - الحرية - الأمن والأمان المادي - الرعاية الصحية والاجتماعية : التوافر والجودة ، البيئة الأسرية - الفرص المتاحة لاكتساب المعارف وتعلم المهارات - الاشتراك في النشاطات الترفيهية وإتاحة الفرصة للإبداع / ، البيئة الطبيعية "التلوث - الضوضاء - المرور - المناخ" - ووسائل النقل)، وهذه البنود هي (8، 9، 12، 13، 14، 23، 24، 25) (who,1995).

– **تقدير الدرجة على المقياس:** يتم الإجابة عن بنود المقياس وفقاً لمقياس متدرج الشدة ما بين درجة واحدة إلى خمس درجات، حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع في جودة الحياة، وتعكس الدرجة المنخفضة إلى انخفاض جودة الحياة.

4- البرنامج المعرفي السلوكي (إعداد الباحثة):

عبارة عن جلسات محددة الأهداف وقصيرة المدى تسعى لتغيير التكوين المعرفي للمريض من خلال تعديل تفكيره السلبي واستبداله بتفكير أكثر سواء، بالإضافة إلى تعليمه وتدريبه على المهارات الشخصية التي يفتقدها مثل: مهارات حل المشكلات، إدارة الضغوط، تنمية الثقة بالنفس والتواصل التوكيدي، وتمارين الاسترخاء والتي عند اكتسابها.

أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج على أهداف معرفية ووجدانية وسلوكية وهي على النحو التالي:-

أولاً الأهداف المعرفية:

- 1- استخدام فنيات العلاج المعرفي بهدف رفع وعي المريض بالاضطراب الذي يعاني منه وإمداده بالمعلومات الكافية بمرضه وخطورته وكيفية التعامل معه.
- 2- تدريب المريض على رؤية العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات المضطربة لديه وكيفية علاجها، وذلك من خلال تدريبه على استخدام جدول المراقبة الذاتية للأفكار السلبية وعلاجها "جدول الرصد".
- 3- تعديل الأفكار والمعتقدات السلبية باستخدام إعادة البناء المعرفي والتي تتمثل في إحلال الأفكار التوافقية والسوية محل الأفكار السلبية.
- 4- الكشف عن المخططات السلبية التي دعمت التفكير السلبي لدى المريض من خلال توضيح مستويات التفكير السلبي المتمثلة في: (الأفكار الآلية السلبية - المعتقدات الوسيطة - المعتقدات الراسخة).
- 5- الكشف عن الأفكار الانتحارية التي تراود المريض ومعرفة طبيعتها وكيفية التعامل معها.
- 6- تعليم المريض كيفية التعامل مع التفكير المفرط السلبي من خلال تدريبه على الأساليب العلاجية لاجترار الأفكار السلبية.

ثانياً الأهداف السلوكية:

- 1- تنشيط السلوك المرضي؛ من خلال جدولة الأنشطة؛ لزيادة المعززات والتقليل من أنماط السلوكيات التجنبية، ومن ثم التقليل من النتائج السلبية المترتبة على الجوء إلى السلوكيات المرضية.
- 2- توضيح العلاقة بين الشد العصبي والعضلي في حدوث التوتر والهييج العصبي، بالإضافة إلى تدريب المريض على الاسترخاء العضلي التمييزي، والتفسي المنظم.
- 3- التدريب على مهارة حل المشكلات .
- 4- التدريب على مهارة تنمية الثقة بالنفس والتواصل الفعال.
- 5- التدريب على مهارة إدارة الضغوط.

الحدود المكانية والزمنية للبرنامج:

تم تطبيق البرنامج العلاجي خلال عام (2023) على عينة من مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب المترددين على العيادات النفسية الخارجية لمركز الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة للطب النفسي، كلية

الطب، جامعة عين الشمس، وتم تطبيق (14) جلسة انقسموا إلى (7) جلسات للعلاج المعرفي، و(7) جلسات للعلاج السلوكي، وبواقع جلستين أسبوعياً للعلاج المعرفي، وجلسة أسبوعياً للعلاج السلوكي، وكانت مدة الجلسة (60) دقيقة لمدة (10) أسابيع، بالإضافة لذلك تم تطبيق جلسة تقييم أولية، وجلسة قياس قبلي، وجلسة قياس بعدي ثم جلستين متابعة وبلغ عدد الجلسات مجمعة (19) جلسة، وامتدت فترة تطبيق جلسات البرنامج العلاجي والقياسات القبليّة والبعدية والتتبعية على عينة الدراسة ما بين (2023/9) وحتى (2024/4)، والجدول التالي يوضح ذلك:

المراحل الإجرائية للدراسة:

- (1) **القياس القبلي:** تم في تلك المرحلة تقدير مستوى جودة الحياة لديهم.
- (2) **البرنامج العلاجي:** تم فيه اخضاع المجموعة التجريبية لجلسات البرنامج، والذي يتمثل في جلسات العلاج المعرفي السلوكي، وتلقي الأدوية الموصوفة والمتابعة مع الطبيب المسئول، أما المجموعة الضابطة؛ كانت تتلقى نفس الأدوية الموصوفة والمتابعة مع الطبيب المسئول ولكن لم تخضع للبرنامج العلاجي.
- (3) **القياس البعدي:** بعد الانتهاء من تطبيق جلسات البرنامج على المجموعة التجريبية، تم تطبيق مقياس جودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني على المجموعتين الضابطة والتجريبية.
- (4) **قياس المتابعة:** يتم متابعة استقرار التغير (في حال حدوثه) بعد تطبيق البرنامج المعرفي والسلوكي لدى المجموعة التجريبية، والمقارنة بين نتائج القياس البعدي والتتبعي.

الخطوات الاجرائية لتطبيق البرنامج:

- (1) تم إجراء مسح لملفات المرضى بالعيادات الخارجية لمركز الاستاذ الدكتور أحمد عكاشة – كلية الطب – جامعة عين شمس، والإحاطة بالبيانات الخاصة بالأعراض والتاريخ المرضي للمرضى المشاركين.
- (2) استناداً على الخطوة السابقة؛ تم اختيار عينة الدراسة لاستخدام بياناتها كلاً من قياس الخصائص السيكمترية للمقاييس وللدراسة الوصفية ثم اختيار عينة الدراسة التجريبية والضابطة لتطبيق جلسات البرنامج ومعرفة فعاليته.
- (3) تم التأكد من السياق الملائم لتطبيق الاختبارات النفسية بحيث تتم داخل الغرفة الخاصة بالمعالج النفسي في القسم في جو يسوده الهدوء والراحة.
- (4) تم الالتزام بشروط اختيار العينة، كما تم استبعاد من ظهرت لديهم معايير الاستبعاد المحددة، من خلال مراعاة أن يتم تطبيق الاختبارات وفقاً للترتيب الآتي:-
 - تطبيق قائمة الأعراض المعدلة لاستبعاد أي من المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية مصاحبة للاضطراب الوجداني ثنائي القطب.
 - قياس جودة الحياة من خلال مقياس جودة الحياة "الصورة المختصرة" لمنظمة الصحة العالمية.
- (5) تم تعرض المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة إلى مجموعة من الإجراءات وفق ترتيب مسبق، يبدأ بالتطبيق القبلي، ثم تطبيق القياس البعدي بعد انتهاء البرنامج التدريبي، ثم تطبيق جلستي المتابعة الأولى والثانية على المجموعة التجريبية فقط.
- (6) تم تطبيق الاختبارات النفسية على جميع مجموعتي الدراسة قبل البدء في تطبيق البرنامج على أن روعي أن لا يزيد الفاصل الزمني عن 14 يوم.

- (7) تم إجراء الجلسات بصورة فردية.
- (8) تم تطبيق جلستين أسبوعياً للعلاج المعرفي لأن الباحثة لاحظت أثناء عملها العيادي أنه يستحسن أن لا يُترك المريض فترة طويلة بين الجلسات التي تهدف لتغيير أفكاره؛ لأنه مازال متمسك بفكره السلبي والذي يدفعه لرفض والتشكيك في صحة أي فكرة سوية جديدة يتعلمها.
- (9) بينما استغرق العلاج السلوكي جلسة أسبوعياً لأن تعلم السلوك وممارسته يحتاج لمهلة من الوقت كي يتمكن المريض من اكتسابه.
- (10) تراوحت مدة الجلسة (60) دقيقة تمثلت فيما يلي: (15) دقيقة مراجعة على الواجب المنزلي القديم، و(30) دقيقة شرح هدف جديد، و(15) دقيقة التدريب على واجب منزلي جديد.
- (11) إنهاء الجلسة بعد مراجعة ثلاثة أمور هي: تلخيص مدار في الجلسة، تقييم الاستفادة من قبل المريض، ثم التدريب على الواجب المنزلي، وتكليف المريض بتطبيقه على أن تجرى مناقشته في بداية الجلسة التالية.
- (12) روعي أن تتم كتابة ملحقات الجلسات باللغة العامية؛ نظراً لبساطتها وسهولة فهمها، حيث أبدى أغلب المرضى معاناتهم من صعوبة فهم ملحق الجلسة عند كتابتها باللغة الفصحى، لهذا اضطرت الباحثة في تغيير الصياغة من الفصحى إلى العامية.
- وقد تفترض الباحثة أن السبب يعود إلى أن طبيعة اضطراب الاكتئاب يجعل مرضاه يعانون من صعوبة في الانتباه والتركيز وفهم وتحصيل المعلومات التي يتلقوها.
- جلسات البرنامج المعرفي السلوكي تحسين جودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب:**
- في الجدول التالي شرح مفصل لجلسات البرنامج المعرفي السلوكي:-
- جدول (2) عن تصور مقترح لجلسات البرنامج المعرفي السلوكي تحسين جودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب:

رقم الجلسة	اهداف الجلسة	الفنية العلاجية	الواجب المنزلي
القياس القبلي	إعداد الصياغة المعرفية للحالة. تطبيق الاختبارات النفسية المستخدمة في الدراسة. توضيح طبيعة الجلسات العلاجية للحالة من حيث مدتها وأهدافها وأهميتها.	القياس النفسي	لا يوجد
الأولى	شرح الاضطراب الوجداني ثنائي القطب وأنواعه وأسبابه. شرح العلاج المعرفي السلوكي. التدريب على جدول الأنشطة الأسبوعي.	التعليم النفسي "علاج معرفي"	مشاهدة فيديوهات عن الاضطراب الوجداني ثنائي القطب، والعلاج المعرفي السلوكي.

			ملء جدول الأنشطة الأسبوعي.
الثانية	مراجعة الواجب المنزلي. شرح قائمة الأفكار الآلية السلبية وعلاجها. التدريب على كيفية ملء جدول المراقبة الذاتية للأفكار السلبية وعلاجها. التدريب على كيفية ملء جدول الأنشطة السارة	التعليم النفسي "علاج معرفي"	مراجعة على قائمة الأفكار الآلية السلبية وعلاجها. ملء جدول المراقبة الذاتية للأفكار السلبية وعلاجها. ملء جدول الأنشطة السارة.
الثالثة	مراجعة الواجب المنزلي. تكملة شرح قائمة الأفكار الآلية السلبية وعلاجها. التدريب على كيفية تطبيق رصد السلبيات والمميزات.	التعليم النفسي "علاج معرفي"	مراجعة على قائمة الأفكار الآلية السلبية وعلاجها. ملء جدول المراقبة الذاتية للأفكار السلبية وعلاجها. ملء ورقة عمل رصد السلبيات والمميزات .
الرابعة	مراجعة الواجب المنزلي. التدريب على كيفية تطبيق أسلوب التساؤل السقراطي، وأسلوب السهم الهابط. التدريب على مهارة الشكر الامتنان.		ملء ورقة عمل أسلوب التساؤل السقراطي، وأسلوب السهم الهابط، مهارة ممارسة الامتنان
الخامسة	مراجعة الواجب المنزلي. شرح قائمة مستويات التفكير . التدريب على كيفية ملء استمارة مستويات التفكير. التدريب على كيفية تطبيق نموذج تحليل المزايا والعيوب.	التعليم النفسي، السهم الهابط. "علاج معرفي"	مراجعة على قائمة مستويات التفكير. ملء ورقة عمل مستويات التفكير. ملء ورقة عمل تحليل المزايا والعيوب.
السادسة	مراجعة الواجب المنزلي. شرح الأساليب العلاجية لاجترار الأفكار السلبية.	التعليم النفسي "علاج معرفي"	ملء ورقة عمل الأساليب العلاجية لاجترار الأفكار السلبية.

السابعة	مراجعة الواجب المنزلي. الكشف على الأفكار الانتحارية. التدريب على الوقاية من المحاولات الانتحارية التدريب على ورقة عمل خطة الوقاية ومنع المحاولات الانتحارية	التعليم النفسي "علاج معرفي"	ملء ورقة عمل خطة التعامل مع الأزمات
الثامنة	مراجعة الواجب المنزلي. تدريب المريض على تمارين الاسترخاء العضلي التمييزي، والتفسي البطئ المنظم.	ممارسة الاسترخاء "علاج سلوكي"	ممارسة تمارين الاسترخاء العضلي وتمرين التنفس البطئ المنظم.
التاسعة	تقييم الصعوبات التي واجهت المريض عند تطبيقه ممارسة الاسترخاء. التدريب على مهارة حل المشكلات من خلال تصنيفها وتحليلها والقيام بحلها وفق خطوات عملية علمية مع استبعاد العاطفة.	مهارة حل المشكلات "علاج سلوكي"	ملء وتطبيق ورقة عمل مهارة حل المشكلات.
العاشرة	مراجعة الواجب المنزلي. التدريب على تنمية مهارة توكيد الذات والتواصل الفعال	مهارة توكيد الذات والتواصل الفعال. "علاج سلوكي"	ملء وتطبيق ورقة عمل مهارة توكيد الذات والتواصل الفعال
الحادية عشر	مراجعة الواجب المنزلي. تكملة التدريب على تنمية مهارة توكيد الذات والتواصل الفعال	مهارة توكيد الذات والتواصل الفعال. "علاج سلوكي"	ملء وتطبيق ورقة عمل مهارة توكيد الذات والتواصل الفعال.
الثانية عشر	مراجعة الواجب المنزلي. التدريب على مهارة إدارة الضغوط	مهارة إدارة الضغوط "علاج سلوكي"	ملء وتطبيق ورقة عمل مهارة إدارة الضغوط .
الثالثة عشر	مراجعة الواجب المنزلي.	مقاومة الانتكاسة	ملء وتطبيق ورقة عمل مقاومة الانتكاسة

	"علاج معرفي سلوكي"	التعليم النفسي عن العوامل التي تؤدي إلى الانتكاسة وكيفية التعامل معها.	
القياس البعدي	القياس النفسي	تقييم مقدار التحسن في جودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج. تقييم آراء المشاركين في البرنامج العلاج.	
المتابعة الأولى	القياس النفسي	إعادة تقييم مقدار التحسن في جودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب في مرحلة المتابعة الأولى. مراجعة سريعة لمقدار التحسن والتراكم العلاجي هل مازال مستمراً أم حدثت الانتكاسة. الأجابة علي أي استفسارات للمرضى.	
المتابعة الثانية	القياس النفسي	تقييم مقدار التحسن في جودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب في مرحلة المتابعة الثانية. مراجعة سريعة لمقدار التحسن والتراكم العلاجي هل مازال مستمراً أم حدثت الانتكاسة. الأجابة علي أي استفسارات للمرضى.	

الأساليب الإحصائية المستخدمة للتحقق من فروض الدراسة:

- 1- اختبار مان-ويتني Mann-Whitney لعينتين مستقلتين: لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي.
 - 2- اختبار ويلكوكسون Wilcoxon لعينتين مرتبطتين: لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، البعدي والتتبعي.
 - 3- حجم التأثير (r) Effect Size: لحساب حجم تأثير البرنامج في المتغيرات التابعة.
- تفسير النتائج ومناقشتها
- أولاً: الوصف الاحصائي للمتغيرات الدراسة:

قبل التحقق من فروض الدراسة قامت الباحثة بالوصف الإحصائي لبيانات القياس القبلي والبعدي والتتبعي لمتغيرات الدراسة، كما في الجدول التالي:

جدول (3) الوصف الإحصائي لبيانات القياس القبلي والبعدي والتتبعي لمتغيرات الدراسة

المتغيرات	المجموعة	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسيط	الالتواء	الخطأ المعياري للالتواء
الصحة الجسمية	التجريبية	القبلي	19,437	1,412	19,00	0,875	0,564
		البعدي	23,187	1,276	23,500	1,277-	0,564
		التتبعي	22,625	1,360	22,00	0,971	0,564
	الضابطة	القبلي	20,250	1,341	20,500	0,372-	0,564
		البعدي	19,937	1,806	19,000	0,833	0,564
الصحة النفسية	التجريبية	القبلي	15,312	1,078	15,000	0,735	0,564
		البعدي	22,00	1,154	21,023	0,792	0,564
		التتبعي	22,125	1,204	22,000	0,800	0,564
	الضابطة	القبلي	15,937	1,062	16,000	1,386-	0,564
		البعدي	16,937	1,569	16,130	0,807	0,564
العلاقات الاجتماعية	التجريبية	القبلي	6,250	0,683	6,000	0,354	0,564
		البعدي	12,750	0,930	13,000	0,567-	0,564
		التتبعي	12,875	0,885	13,000	0,392-	0,564
	الضابطة	القبلي	6,125	0,806	6,560	0,745-	0,564
		البعدي	6,937	0,442	7,00	0,392-	0,564
البيئة	التجريبية	القبلي	15,062	1,123	14,783	0,581	0,564
		البعدي	32,812	1,470	33,000	0,638-	0,564
		التتبعي	32,437	1,711	33,000	0,517-	0,564
	الضابطة	القبلي	14,750	0,856	15,000	0,910-	0,564
		البعدي	14,937	1,806	15,00	0,106-	0,564
الدرجة الكلية	التجريبية	القبلي	56,062	2,294	57,000	0,718-	0,564
		البعدي	90,750	2,768	92,000	0,975-	0,564
		التتبعي	90,062	2,235	89,500	0,730	0,564

لجودة الحياة	الضابطة	القبلي	57,062	2,112	56,500	0,537	0,564
البعدي	58,750	2,909	58,130	0,654	0,564		

قبل التحقق من فروض الدراسة؛ قامت الباحثة بالتحقق من اعتدالية توزيع بيانات القياس القبلي والبعدي والتتبعي لمتغيرات الدراسة، وذلك باستخدام اختبار كولموجروف-سميرنوف Kolmogorov-Smirnov كما في الجدول التالي:

جدول (4) نتائج اختبار كولموجروف-سميرنوف للتحقق من اعتدالية توزيع بيانات القياس القبلي والبعدي والتتبعي لمتغيرات الدراسة

المتغيرات	المجموعة	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الاختبار	مستوى الدلالة
الصحة الجسمية	التجريبية	القبلي	19,437	1,412	0,372	0,01
		البعدي	23,187	1,276	0,254	0,01
		التتبعي	22,625	1,360	0,240	0,05
	الضابطة	القبلي	20,250	1,341	0,232	0,05
		البعدي	19,937	1,806	0,261	0,01
		التتبعي	22,125	1,204	0,234	0,05
الصحة النفسية	التجريبية	القبلي	15,312	1,078	0,261	0,01
		البعدي	22,00	1,154	0,232	0,05
		التتبعي	22,125	1,204	0,234	0,05
	الضابطة	القبلي	15,937	1,062	0,273	0,01
		البعدي	16,937	1,569	0,233	0,05
		التتبعي	12,875	0,885	0,244	0,05
العلاقات الاجتماعية	التجريبية	القبلي	6,250	0,683	0,268	0,01
		البعدي	12,750	0,930	0,293	0,01
		التتبعي	12,875	0,885	0,244	0,05
	الضابطة	القبلي	6,125	0,806	0,236	0,05
		البعدي	6,937	0,442	0,431	0,01
		التتبعي	32,437	1,711	0,254	0,01
البيئة	التجريبية	القبلي	15,062	1,123	0,231	0,05
		البعدي	32,812	1,470	0,229	0,05
		التتبعي	32,437	1,711	0,254	0,01
	الضابطة	القبلي	14,750	0,856	0,365	0,01
		البعدي	14,937	1,806	0,227	0,05
		التتبعي	14,937	1,806	0,227	0,05

الدرجة الكلية لجودة الحياة	التجريبية	القبلي	56,062	2,294	0,263	0,01
		البعدي	90,750	2,768	0,237	0,05
		التتبعي	90,062	2,235	0,235	0,05
الضابطة		القبلي	57,062	2,112	0,241	0,05
		البعدي	58,750	2,909	0,234	0,05

يتضح من جدول (4) أن قيم اختبار كولموجروف-سميرنوف دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,05)- (0,01) لجميع متغيرات الدراسة (الأبعاد والدرجة الكلية), مما يدل على أن البيانات لا تتبع التوزيع الإعتدالي, مما يشير إلى عدم مناسبة استخدام الإحصاء البارامتري للتحقق من فروض الدراسة, وبالتالي استخدمت الباحثة أساليب الإحصاء اللابارامتري للتحقق من الفروض, وذلك على النحو التالي:

الفرض الأول

نتائج الفرض الأول على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياس جودة الحياة".

ولاختبار هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار مان- ويتني Mann-Whitney لعينتين مستقلتين, وحجم التأثير "ر" في حالة الإحصاء اللابارامتري, والجدول التالي يوضح ذلك:

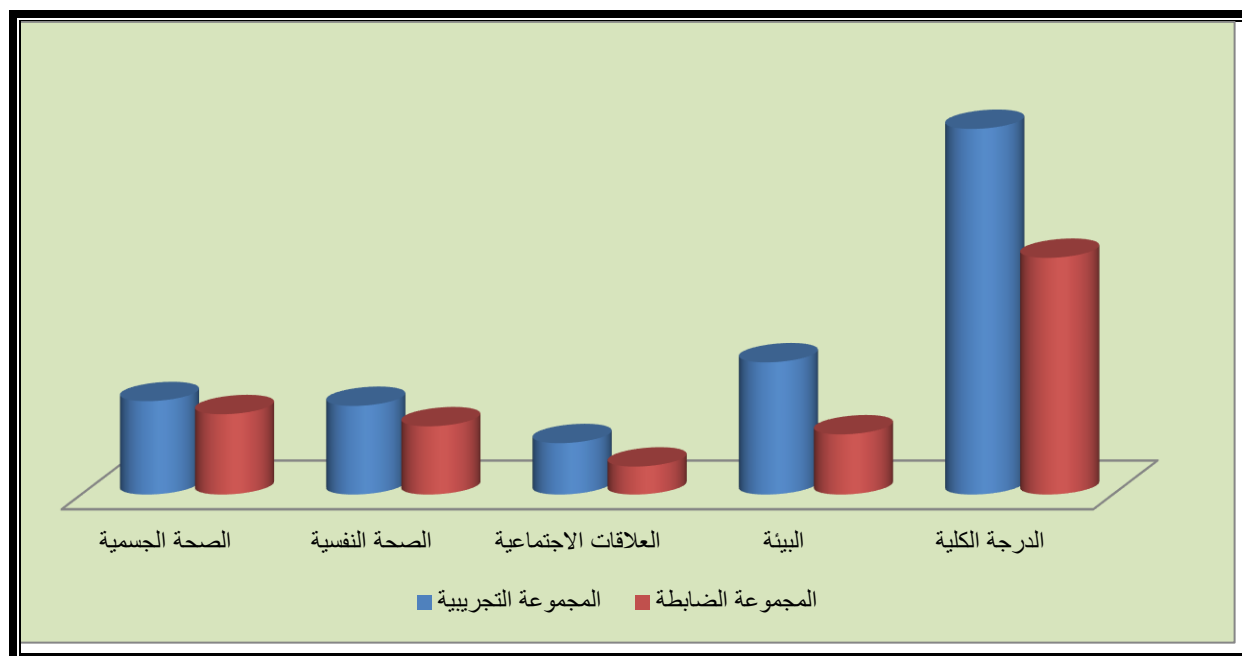
جدول (5) قيمة "د" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياس جودة الحياة.

يتضح من جدول (5) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياس جودة الحياة (الأبعاد والدرجة الكلية) لصالح المجموعة التجريبية مما يشير إلى ارتفاع جودة الحياة لدى المجموعة التجريبية, حيث جاءت قيم "د" على الترتيب (4,154- 4,732 -5,040 -4,858 -4,845) وجميعها قيم دالة إحصائية عند مستوى (0,01), وهذا يعني رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل أي "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياس جودة الحياة لصالح المجموعة التجريبية".

فعالية برنامج معرفي سلوكي في تحسين جودة الحياة لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب

الأبعاد	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "ي"	قيمة "د"	مستوى الدلالة	حجم التأثير (ر)
الصحة الجسمية	التجريبية	16	23,187	1,273	23,28	372,50	19,50	**4,154	0,01	0,734 كبير
	الضابطة	16	19,937	1,806	9,72	155,50			دالة	
الصحة النفسية	التجريبية	16	22,000	1,154	24,28	388,50	3,50	**4,732	0,01	0,836 كبير
	الضابطة	16	16,937	1,569	8,72	139,50			دالة	
العلاقات الاجتماعية	التجريبية	16	12,750	0,930	24,50	392,00	صفر	**5,040	0,01	0,890 كبير
	الضابطة	16	6,937	0,442	8,50	136,00			دالة	
البيئة	التجريبية	16	32,812	1,470	24,50	392,00	صفر	**4,858	0,01	0,858 كبير
	الضابطة	16	14,937	1,806	8,50	136,00			دالة	
الدرجة الكلية	التجريبية	16	90,750	2,768	24,50	392,00	صفر	**4,845	0,01	0,856 كبير
	الضابطة	16	58,750	2,909	8,50	136,00			دالة	

كما يتضح من جدول (5) أن قيم (ر) لحجم تأثير البرنامج التدريبي في أبعاد جودة الحياة والدرجة الكلية جاءت على الترتيب (0,734 - 0,836 - 0,890 - 0,858 - 0,856) وهي أحجام تأثير كبيرة, مما يشير إلى وجود تأثير كبير للبرنامج في بعض أبعاد جودة الحياة والدرجة الكلية. ويوضح الشكل البياني متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لكل بعد من أبعاد مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية:



شكل (1) التمثيل البياني لمتوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياس جودة الحياة

الفرض الثاني

ينص الفرض الثاني على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة".

ولاختبار هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon لعينتين مرتبطتين، وحجم التأثير "ر" في حالة الإحصاء اللابارامتري، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (6) قيمة "د" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لجودة الحياة

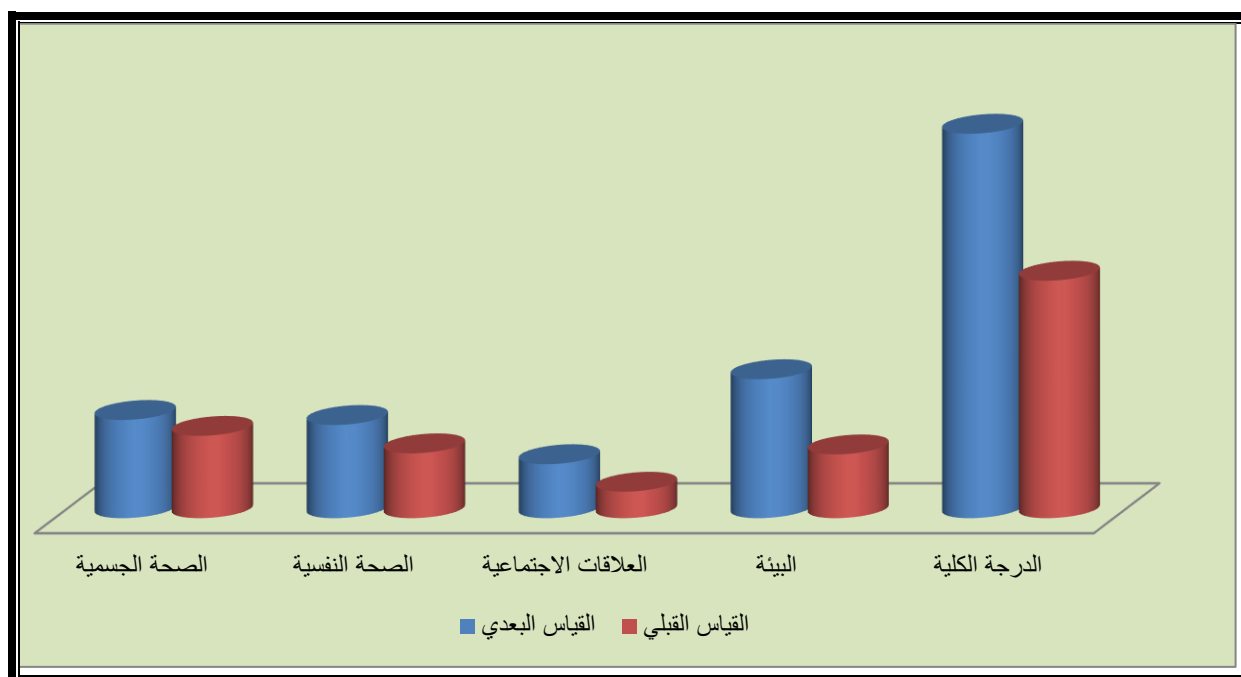
الأبعاد	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "د"	مستوى الدلالة	حجم التأثير (ر)
الصحة الجسمية	القبلي	19,437	1,412	السالبة	صفر	صفر	صفر	*3,534	0,01 دالة	0,883 كبير
	البعدي	23,187	1,276	الموجبة	16	8,50	136,00			
				التساوي	صفر					
الصحة النفسية	القبلي	15,312	1,078	السالبة	صفر	صفر	صفر	*3,529	0,01 دالة	0,882 كبير
	البعدي	22,000	1,154	الموجبة	16	8,50	136,00			
				التساوي	صفر					
العلاقات الاجتماعية	القبلي	6,250	0,683	السالبة	صفر	صفر	صفر	*3,556	0,01 دالة	0,889 كبير
	البعدي	12,750	0,930	الموجبة	16	8,50	136,00			
				التساوي	صفر					
البيئة	القبلي	15,062	1,123	السالبة	صفر	صفر	صفر	*3,570	0,01 دالة	0,892

الدرجة الكلية	البعد ي	32,81 2	1,470	الموجبة	16	8,50	136,0 0	كبير
				التساوي	صفر			
الدرجة الكلية	القبلي	56,06 2	2,294	السالبة	صفر	صفر		0,88 0 كبير
	البعد ي	90,75 0	2,768	الموجبة	16	8,50	136,0 0	
				التساوي	صفر			

يتضح من جدول (6) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى لمقياس جودة الحياة (الأبعاد والدرجة الكلية) لصالح القياس البعدى، مما يشير إلى ارتفاع جودة الحياة لدى المجموعة التجريبية في القياس البعدى، حيث بلغت قيم "د" على الترتيب (3,534 - 3,529 - 3,556 - 3,570 - 3,520) وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (0,01)، وهذا يعني رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل أي "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى لمقياس جودة الحياة لصالح القياس البعدى".

كما يتضح من جدول (7) أن قيم (ر) لحجم تأثير البرنامج التدريبي في أبعاد جودة الحياة والدرجة الكلية جاءت على الترتيب (0,883 - 0,882 - 0,889 - 0,892 - 0,880) وهي أحجام تأثير كبيرة، مما يشير إلى وجود تأثير كبير للبرنامج في بعض أبعاد جودة الحياة والدرجة الكلية.

ويوضح الشكل البياني التالي متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى لكل بعد من أبعاد مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية:



شكل (2) التمثيل البياني لمتوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى لمقياس جودة الحياة

الفرض الثالث

نتائج الفرض الثالث: ينص الفرض الثالث على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدى والتبعية لمقياس جودة الحياة". ولاختبار هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon لعينتين مرتبطتين، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (7) قيمة "د" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطي رتب درجات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدى والتبعية لجودة الحياة

الأبعاد	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "د"	مستوى الدلالة
الصحة الجسمية	البعدى	23,187	1,276	السالبة	8	5,81	46,50	1,218	0,223 غير دالة
	التبعية	22,625	1,360	الموجبة	3	6,50	19,50		
				التساوي	5				
الصحة النفسية	البعدى	22,000	1,154	السالبة	3	3,50	10,50	0,632	0,527 غير دالة
	التبعية	22,125	1,204	الموجبة	4	4,38	17,50		
				التساوي	9				
العلاقات الاجتماعية	البعدى	12,750	0,930	السالبة	2	2,50	5,00	0,707	0,480 غير دالة
	التبعية	12,875	0,885	الموجبة	3	3,33	10,00		

				11	التساوي				
0,380 غير دالة	0,877	19,00	4,75	4	السالبة	1,470	32,812	البعدي	البيئة
		9,00	3,00	3	الموجبة	1,711	32,437	التتبعي	
				9	التساوي				
0,389 غير دالة	0,862	75,00	9,38	8	السالبة	2,768	90,750	البعدي	الدرجة الكلية
		45,00	6,43	7	الموجبة	2,235	90,062	التتبعي	
				1	التساوي				

يتضح من جدول (7) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة، حيث جاءت قيم "د" على الترتيب (1,218-0,632-0,707-0,877-0,862)، وجميعها قيم غير دالة إحصائياً، وهذا يعني قبول الفرض الصفري ورفض الفرض البديل أي " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس جودة الحياة"، مما يشير إلى استمرارية فعالية البرنامج.

وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج دراسة مور وآخرين (2009)، التي أظهرت انخفاضاً في حدة أعراض الاكتئاب والقلق وتحسناً في جودة الحياة في النطاق الفرعي للصحة النفسية لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب وأحادي القطب. كما أظهرت نتائج دراسة سيرسون وآخرين (Serson et al., 2012) تحسناً كبيراً في أعراض الاكتئاب وجودة الحياة النفسية والاجتماعية والمعرفية لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب بعد الانتهاء من البرنامج المعرفي السلوكي.

وفي سياقٍ مشابه، أسفرت نتائج دراسة باركنز (Parkniz, 2013) عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب الذين يتلقون العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي، وأولئك الذين يتلقون العلاج الدوائي فقط، وذلك في فرعي الصحة النفسية والجسدية والمشاكل العاطفية لمقياس جودة الحياة.

أما دراسة جونزاليس وآخرين (González et al., 2014) فقد أظهرت أن العلاج القائم على التعليم النفسي والعلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي كان أكثر فاعلية من العلاج الدوائي فقط في تخفيف أعراض الهوس والاكتئاب والقلق بعد 6 أشهر، كما ساعد المرضى على التكيف بشكل أفضل مع حياتهم اليومية. واستمرت هذه الفوائد حتى بعد مرور 5 سنوات من انتهاء العلاج.

وأكدت نتائج دراسة فالس وآخرين (Valls et al., 2020) أن البرنامج أظهر فعالية ملحوظة في السيطرة على المسار السلبي للاضطراب الوجداني ثنائي القطب، من خلال التعامل الفعال مع الأعراض، كما اعتبر أداة مساعدة تغطي جوانب التدهور الحياتي التي لا يسهم العلاج الدوائي في تحسينها.

وأخيراً، أسفرت نتائج دراسة خيمينيز (Jiménez, 2023) عن أن العلاج السلوكي المعرفي، سواء بمفرده أو كمساعد مع الأدوية النفسية، كان فعالاً جداً في خفض مستويات شدة الاكتئاب والهوس والقلق، وتقليل الانتكاسات، كما أظهر تحسناً ملحوظاً في جودة الحياة النفسية والاجتماعية لدى مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

تعقيب الباحثة: كما أظهرت نتائج الدراسات السابقة، يعاني مرضى الاضطراب الوجداني ثنائي القطب من تدهور ملحوظ في مؤشرات جودة الحياة نتيجة تكرار نوبات الانتكاس، المتمثلة في تكرار نوبات الهوس والاكتئاب. وعند مساعدتهم على التعامل الأمثل مع هذه النوبات، تتحسن جودة حياتهم بشكل ملحوظ. وهذا ما أكدته نتائج الدراسة الحالية في القياسات البعدية والتتبعية في الدراسة الحالية، حيث تحسنت الأعراض المرضية للمرضى بعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي. وقد دفع هذا التحسن الطبيب المختص إلى تقليل جرعات الأدوية، مما ساهم في التقليل من الأعراض الجانبية للأدوية الموصوفة، مما أدى إلى تحسن كبير في أبعاد جودة الحياة، وخاصة في البعد الجسدي. وتشير الملاحظات التالية إلى ذلك:

- **زيادة النشاط البدني:** لوحظت زيادة في النشاط البدني لدى بعض المرضى، واستجابوا لممارسة العديد من الأنشطة الممتعة بشكل مستمر، دون الحاجة إلى الإلحاح عليهم في سياق يومهم، وهو ما كان يختلف عن بداية تطبيق البرنامج.
- **تحسن الإنتاجية:** كما لوحظ تحسن في قدرتهم على إنجاز المهام المطلوبة منهم، دون الاعتماد على الآخرين لإنجازها نيابة عنهم.
- **حل المشكلات بشكل عقلائي:** أظهر المرضى قدرة أكبر على حل المشكلات بشكل عقلائي، بدلاً من اللجوء إلى حلول عاطفية كانت تزيد من تعقيد المشكلة. على سبيل المثال، مشكلة زيادة الوزن الناتجة عن تناول الأدوية النفسية، حيث كان المرضى في السابق يستسلمون لهذا العرض الجانبي للدواء، معتبرين أنفسهم ضحايا لهذا التأثير. بعد تدريبهم على مهارات حل المشكلات، بدأوا يتبنون حلولاً عقلانية، مثل تغيير عاداتهم الغذائية بتقليل السكريات واستبدالها بالفواكه، بالإضافة إلى ممارسة الرياضة بانتظام.
- **تنظيم النوم:** تمكن المرضى من اتباع خطوات عملية لتحسين نوعية نومهم، حيث قاموا بتعديل مواعيد تناول الأدوية المسببة للنوم بحيث تكون في المساء، ما ساعدهم على تنظيم نومهم بشكل ملحوظ.
- **الالتزام بالعلاج:** أبدى المرضى رغبة أكبر في الالتزام بالعلاج الدوائي بعد أن فهموا أهمية تناول الأدوية في مواعيدها المحددة.

فيما يخص التحسن في جودة الحياة النفسية:

- أبلغ بعض المرضى الباحثة أنهم يتمتعون استعادة متعة الحياة التي فقدوها، وأنهم في أمس الحاجة إلى تحقيق أهدافهم الشخصية التي تضي معنى على حياتهم.
- ظهرت على المرضى علامات من الثقة بالنفس والرضا عن أنفسهم، وأصبحوا يتحدثون بإيجابية عن أنفسهم، معتبرين أنهم أشخاص ذو قيمة، وأوضحوا أنهم أصبحوا أكثر قوة، لتمكنهم من التكيف مع التحديات التي يفرضها الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

تحسن العلاقات الاجتماعية:

- ارتفعت العلاقات الشخصية للمرضى بفضل تطبيق أسلوب العلاج "التنشيط السلوكي"، الذي ساهم في تنشيط سلوكياتهم السلبية وتحويلها إلى سلوكيات إيجابية، مما زاد من الأماكن التي يترددون عليها وتعرفهم على أشخاص جدد، مما ساعد في تحسين علاقاتهم الاجتماعية.
- تحسن تواصل المرضى مع الآخرين، وأصبحوا قادرين على تحديد طرق الدعم التي يفضلونها من الآخرين، بدلاً من الطرق القديمة التي كانوا يرفضونها في الماضي.

بالنسبة للبُعد البيئي في مقياس جودة الحياة:

- أظهرت القياسات البعدية والتتبعية تحسناً ملحوظاً في البُعد البيئي لجودة الحياة بعد تطبيق البرنامج. ربما يعود هذا التحسن إلى أن جلسات العلاج المعرفي السلوكي ساعدت المرضى على تغيير رؤيتهم للموارد الموجودة في البيئة، مثل الموارد المادية، الحرية، الأمن المادي، الرعاية الصحية والاجتماعية، والفرص المتاحة لاكتساب المهارات والتعلم. وبالرغم من أن المرضى لم يتمكنوا من تغيير بعض العوامل البيئية غير القابلة للتغيير، مثل التلوث والضوضاء والازدحام المروري، فقد أصبحوا أكثر تقبلاً لهذه العوامل مع العمل على تحسينها في المستقبل.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

- إبراهيم، عبد الستار، وعسكر، عبدالله، (2008). علم النفس الاكلينيكي في ميدان الطب النفسي، ط4، القاهرة - مصر، مكتبة الانجلو المصرية.
- بلحسيني، وردة، (2014). اضطراب الهلع وثورة العلاج المعرفي السلوكي، ط1، عمان - الاردن، دار الشروق للنشر والتوزيع.
- بيك، جوديث. وبيك، أرون، (2007). العلاج المعرفي: الأسس والأبعاد، ط1، القاهرة - مصر، المركز القومي للترجمة.
- بيك، أرون، (2000). العلاج المعرفي للاضطرابات الانفعالية، ط1، بيروت - لبنان، دار النهضة العربية للنشر.
- جوزيف، آفي، وتشابمان، ماجي، (2020). العلاج المعرفي السلوكي البصري، ط1، المدينة المنورة، السعودية، مكتبة جرير.
- جي، هوفمان أس، (2013). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، ط1، ترجمة (مراد علي عيسى)، القاهرة، مصر، دار الفجر للنشر والتوزيع.
- شاروده، سلوى فاروق، (2016). الأفكار اللاعقلانية وبعض مصادر اكتسابها وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى طلاب الجامعة، رسالة ماجستير. جامعة بنها، مصر.
- شقيير، زينب محمد، (2010). مقياس تشخيص معايير جودة الحياة للعاديين والغير عاديين ، ط1، القاهرة ، مصر، الانجلو المصرية.
- عطية، عز الدين، (2003). الأوهام المرضية أو الضلالات في الأمراض النفسية والعنف، ط17، القاهرة، مصر، مكتبة عالم الكتب.
- عكاشة، أحمد، وعكاشة، طارق، (2010). الطب النفسي المعاصر، ط15، القاهرة، مصر، مكتبة الانجلو المصرية.
- عويضة، أحمد محمد، (2016). كيف تعرف أنك مريض نفسي، ط2، مصر الجديدة، مصر، مكتبة دكتور أحمد عويضة.
- فورد، فيكي، (2022). التغلب على المشكلات والاضطرابات الجنسية، "دليل علمي تفصيلي للعلاج باستخدام العلاج المعرفي السلوكي"، ط1، (ترجمة محمد أحمد محمود) ، القاهرة، مصر، المكتب العربي للمعارف.
- ليهى، روبرت، (2006). دليل علمي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية، ط1 ترجمة (جمعة السيد يوسف، و محمد نجيب الصبوة)، القاهرة، مصر، ايتراك للنشر والتوزيع.
- محمد، عادل عبدالله، (2000). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، ط15، القاهرة، مصر، دار الرشاد للنشر والتوزيع.
- مكنزي، كوام، (2013). الاكتئاب. ، ط1، ترجمة (هلا أمان الدين)، الرياض، السعودية، دار المؤلف للنشر والتوزيع.

منظمة الصحة العالمية، (2016). العلاج بين الشخصي الجماعي.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250219/WHO-MSD-MER-16.4-ara.pdf>

منظمة الصحة العالمية، (2022). الاضطرابات النفسية.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/ar/>

نيناء، مايكل. درايدن، ويندي، (2020). العلاج المعرفي السلوكي، ط1، ترجمة(عبد الجواد خليفه أبو زيد)، القاهرة، مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.

هيفيرون، كيت، (2017). علم النفس الإيجابي النظرية والدراسات والتطبيقات. مجلة الطفولة العربية. (18)، 70، 63-72.

وود، سي وود، (2020). العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات الشخصية، ط1، ترجمة(عبد الجواد خليفه أبو زيد)، القاهرة، مصر مكتبة الأنجلو المصرية

English References

Aua, C.H., Wongb, C.S., Lawa , C.W., Ming-Cheuk Wonga, C.M., Chung, F.K, (2019), Self-stigma, stigma coping and functioning in remitted bipolar disorder. General Hospital Psychiatry, (57), 7–12.

Bai, Y.M., Cheng, T, L., Mu,H, C., Yen,K,Y, (2017), Self-Reported Graphic Personal and Social Performance Scale (SRG-PSP) for measuring functionality in patients with bipolar disorder. Journal of Affective Disorders, (215), 256–262.

Basco, M, R., Rush, A, J, (2005), Cognitive Behavioural Therapy for Bipolar Disorder, 2nd, New York, United State, The Guilford Press.

Charles, C., Brancoa, L.D., Flávio Milman Shansisb, F.M., Fonsecaa, R,P., (2020), Predictors of quality of life in bipolar disorder: A path analytical study, Psychiatry Research, (285), 112846.

Daveneya J., Panagiotib, M., Waheedb, W., Esmailam, A., (2019), Unrecognized bipolar disorder in patients with depression managed in primary care: A systematic review and meta-analysis, General Hospital Psychiatry, (58), 71–76.

Davy,V, a., Joseph, F, c., Felipe, S,d., Simon, R, F., Marc, D, B., James,M,H., Michel,P,A. , Brendon,S ,I., (2016), Physical activity and sedentary behavior in people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis, [Journal of Affective Disorders](#),(201), 145-152.

- De Abreu, L.N., Nery, F.G., Harkavy-Friedman, J.M., De Almeida, K.M., Gomes, B.C., Oquendo, M.A., Lafer, B., (2012), Suicide attempts are associated with worse quality of life in patients with bipolar disorder type I, *Compr Psychiatry*, 53 (2), 125–129.
- American Psychiatric Association, (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Washington.
- Dobson, D, and Dobson, K., (2009), *Evidence-Based Practice of Cognitive-Behavioral Therapy*, 2nd, New York, United State, The Guilford Press.
- Ebert, M.H., Loosen, P.T., Nurcombe, B., Leckman, J.F., (2008), *Current Diagnosis & Treatment Psychiatry*, 2nd, New York, United State, The Guilford Press.
- Gao, K., Su, M.B., , Jennifer,S., Joseph ,R., Calabrese, S., (2019), Correlation between depression/anxiety symptom severity and quality of life in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, (244), 9–15
- González, A., I., Echeburúa, E., J. Limiñanac. M., González, A., P ., (2014), Psychoeducation and cognitive-behavioural therapy for patients with refractory bipolar disorder: A 5-year controlled clinical trial, 29(3) , 134-141.
- International statistical classification of diseases and related health problems. - 10th revision, edition, (2010), Volume 2 Instruction manual. World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf?ua=1
- Isasi, A., G., Echeburúa, E., J. Limiñanac. M., González, A., P, (2014), Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: A 5-year controlled clinical trial, 29(3) , 134-141.
- Jiménez. G.V., (2023), Efficacy of cognitive behavioural therapy for bipolar disorder: A systematic review *Eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual Para el Trastorno Bipolar: una Revisión Sistemática*. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed.)*. 52(3), 213-224
- John L. Beyer, MDa, Martha E. Payne., (2016), Nutrition and Bipolar Depression. *Psychiatric Clinics of North America*. (39)1. 75-86.
- Julio, C., Ana, G, B., Yolanda, C., María P., García,P,d., Gemma, S,E., Belén,A,f., Mónica, S,A., Lorenzo,L,G., Victoria, F,F., Pilar, S,G., (2018),

- Are affective temperaments determinants of quality of life in euthymic patients with bipolar disorder?. *Journal of Affective Disorders* (230) 101–107.
- Kimura,Y., Sayo, H., Kazuki, M., (2023), Bipolar disorder in Japan and cognitive-behavioral therapy. *Handbook of Cognitive Behavioral Therapy by Disorder*, P 331-342
- Lee, D., Cha, B., Park, C., Jo Kim, B., Seoa, J., Ah Cho, Y., Hun, J., Choif, J.,(2017), Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder,*Journal of Affective Disorders*, (207), 434-441.
- Len, S, and Jon S., (2016), *Cognitive Behavior Therapy of DSM-5 Personality Disorders*. 3ed, London, The Routledge Press.
- Mayo clinic, (2020), Bipolar disorder. Retrieved from website <https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/bipolar-disorder/symptoms-causes/syc-20355955>.
- Michael, K., Katharine, B., Peter, L., (2021), Comparing the effectiveness of an 8-week and 12-week cognitive behavioural therapy group for bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders. Reports*, (2021),100244).
- Michalak, E.E., Murray, G., Young, A.H., Lam, R.W ., (2008), Burden of bipolar depression: impact of disorder and medications on quality of life. 22(5):389-406.
- Miklowitz, D.J., Johnson, S.L., (2006), The psychopathology and treatment of Bipolar disorder. *Annual Review Of Clinical Psychology*, (2) 199- 235.
- Moore, L., Gibson, J., Carr A., (2009), Group cognitive behaviour therapy for depression - does it help bipolar patients too?. *European Psychiatry* , (24)S589.
- Morrison, J., (2014), *Made Easy The Clinician's Guide to Diagnosis*, 2ed, New York , A Division of Guilford Publications.
- National Institute of Mental Health, (2008), Bipolar disorder in children and teens: a parent's guide (NIMH) Publication No. 08-6380). Retrieved from http://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder-in-children-and-teens-aparents-guide/nimh_bipolar_children_parents_guide.pdf.
- O'Donnell, L.A., Axelson., Kowatch, R.A., Schneck, C.D., Sugar, C.A., Miklowitz, D.J., (2017), Enhancing quality of life among adolescents

- with bipolar disorder: A randomized trial of two psychosocial interventions. *Journal of Affective Disorders* , (219) 201–208.
- Parkins, M.M., (2013), A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Group Therapy for Bipolar Disorder ' Effects on Social functioning and quality of life'. PhD thesis. Palo Alto University. California
- Pennacchini, M., Bertolaso, M., Elvira, M.M., De Marinis, M.G., (2011), A brief history of the quality of life: its use in medicine and in philosophy. *Clin. Ther.* 162, 99–103.
- Portilla, M.P., Tomás, L.d., Álvarez, I.F., García, L., Sierra, P., Arranz, M., Safont, G., (2017), Physical health in early and late stages of bipolar disorder. *European Psychiatry*. (41), S113.
- Sánchez, A.P., Jenarob, C., Manuel, J., Rodríguez, M., (2019) Quality of life in euthymic bipolar patients A systematic review and meta-analysis, *Journal of Affective Disorders*, (255)105–115.
- Searson, R.A., Mansell, W.A., Lowens L.B.M , Tai, S. A, (2012), Think Effectively About Mood Swings (TEAMS): A case series of cognitive behavioral therapy for bipolar disorders.. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, (43) 2 , 770-779.
- Sperry, L., and Sperry, J., (2016), *Cognitive Behavior Therapy of DSM-5 Personality Disorders*, 3ed, London, The Routledge Press.
- Valls, E., Moreno, J., Bonín, M., Solé, B., Tous, M., Torres, I., Brat, M., Gavin, P., Morilla, I., Montejo, L., Jiménez, E., Varo, C., Torrent, C., Mazzei, D., Vieta, E., Arán, S., Reinares, M., (2020), Effects of an integrative approach to bipolar disorders combining psychoeducation, mindfulness-based cognitive therapy and functional remediation: Study protocol for a randomized controlled trial. *Efectos de un abordaje integral para el trastorno bipolar combinando la psicoeducación, terapia cognitiva basada en el mindfulness y rehabilitación funcional: protocolo para un ensayo clínico controlado y aleatorizado. Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*. (13) 3, 165-173
- WHOQOL Group (1998) Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

WHOQOL Group, (1995) . The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine. (41), 1403–1409.