

فعالية العلاج بالمخططات عبر الانترنت في خفض قلق الصحة وأثره في تحسين الأمل لدى طلبة الجامعة أثناء جائحة كوفيد-١٩ "دراسة امبريقية كينيكية"

إعداد

د. رانيا شعبان الصايم مرزوق
مدرس الصحة النفسية، ومدير مركز الإرشاد النفسي
بكلية التربية جامعة الفيوم

د. طه ربيع طه عدوي
أستاذ مساعد الصحة النفسية
جامعة عين شمس وقطر.

ملخص البحث :

يهدف البحث الحالي إلى التحقق من فعالية العلاج بالمخططات عبر الانترنت في خفض قلق الصحة وتحسين الأمل لدى عينة من طلاب الجامعة أثناء جائحة كوفيد-١٩. بلغت عينة البحث (٣٠) طالبًا، بمتوسط عمري (٢٠.٨)، وانحراف معياري (١.٢)، واعتمد البحث الحالي على استخدام المنهج التجريبي والمنهج الاكلينيكي؛ وطبق على أفراد العينة أدوات البحث المتمثلة في: البرنامج العلاجي، ومقياس قلق الصحة، ومقياس الأمل، وإستمارة المستوى الأقتصادي والاجتماعي، ودراسة الحالة، واختبار التات، واختبار ساكس. وتشير نتائج البحث إلى فعالية العلاج بالمخططات عبر الانترنت لخفض قلق الصحة وتحسين الأمل لدى عينة من طلاب الجامعة أثناء جائحة كوفيد-١٩، واستمرار فاعليته أثناء فترة المتابعة. كما أظهرت الدراسة الاكلينيكية الخصائص الفردية للحالة، وديناميات الشخصية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، كما أشارت إلى الأسباب والعوامل الدينامية الكامنة والمسئولة عن قلق الصحة. وفي ضوء ما أسفر عنه البحث الحالي من نتائج تم صياغة مجموعة من التوصيات والمقترحات.

الكلمات المفتاحية: العلاج بالمخططات عبر الانترنت، قلق الصحة، الأمل، جائحة كوفيد ١٩.

Effectiveness of Internet-based Schema Therapy in Reducing Health Anxiety and Its Impact on Improving Hope in University Students during the Pandemic COVID- 19 "A Clinical Experimental Study"

Dr.Taha Rabea Taha Adawi

Assistant Professor of Mental Health
Faculty of Education- Qatar
University & Ain Shams

Dr.Rania Sha'ban El Sayem

Lecturer of Mental Health-
Director of Psychological Counseling
Center Faculty of Education-Fayoum
University

Abstract:

The current research aims at investigating the effectiveness of internet-based schema therapy in reducing health anxiety and improving hope among a sample of university students during COVID- 19 Pandemic .The research sample consists of 30 students (M= 20.8, SD= 1.2). The research utilized the experimental and the clinical method. The research instruments were implemented including the following: the Therapy Program, Health Anxiety Measurement, Hope Measurement, the Socio-economic Status Form, Case Study, and TAT Test. Results showed the effectiveness of internet-based schema therapy in reducing health anxiety and improving hope among a sample of university students during COVID-19 Pandemic and the continuity of its effectiveness during the follow-up. Results of the clinical study study showed the individual characteristics of rthe case, its personality dynamics before and after implementing the program and underlying dynamic reasons and factors behind health anxiety. In light of the current research results, a number of recommendations are presented.

Key words: Internet- based Schema Therapy, Health Anxiety, Hope.

أولاً: مقدمة البحث:

يحفل تاريخ البشرية بعدد من الأوبئة التي اجتاحت العالم على فترات تكاد تكون منتظمة، كان آخرها الانفلونزا الإسبانية التي اندلعت في العام ١٩٨١ مخلفة ملايين الموتى (Huremović, 2019). وعندما تنهياً الظروف، فإن الجوائح تفضي في النهاية إلى خلق نموذج طبي لما يسمى بكابوس هوبز، أي حرب الكل ضد الكل. إن انتشار مرض مستجد قاتل يعقبه تيار جارف من الخوف والهلع والصدمة والارتياح والوصم، هذا فضلا عن جدل أخلاقي هائل (Strong, 1990).

ويذكر ستيفن تايلور (Taylor, 2019) في كتابه "سيكولوجية الأوبئة" أن الناس يتباينون في كيفية الاستجابة للضغوط النفسية والاجتماعية كما هو الحال مع ترقب حدوث وباء أو حدوثه فعليا. وتتنوع تلك الاستجابات بين الخوف واللامبالاة والاستسلام للقدر. والأمر يشبه متصلا، يقلل على أحد أطرافه بعض الناس أو ينكرون المخاطر، ولا ينصاعون للسلوكيات الصحية كتلقي اللقاحات، والالتزام بالممارسات الصحية، والتباعد الاجتماعي. وعلى النقيض منهم، يبالغ آخرون في الاستجابة على نحو مملوء بالخوف والقلق. إن المستويات المعتدلة من القلق تعمل بمثابة دافع قوي يمكن الأفراد من مواجهة المخاطر، بيد أن مستويات القلق الحادة كقيلة بإنهاكهم نفسياً وهم ما يطلق عليهم ذوو قلق الصحة المرتفع.

ويعتبر قلق الصحة أحد الاضطرابات النفسية الذي ينشغل فيه الفرد بشكل مفرط بصحته وبخطر الإصابة بالأمراض. والصفة الأساسية في المصابين أنهم بالرغم من تأكيد الأطباء لهم بأنه لا يوجد بهم أمراض حقيقية، فإنهم يشكون في الأطباء ولا يقتنعون بتشخيصهم، ولهذا يبقى المصاب بهذا الاضطراب يراجع الأطباء بحثاً عن طبيب يؤكد له شكواه (فاسم صالح، ٢٠٠٥). في حين عرفه حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥) بأنه اضطراب نفسي المنشأ عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك حيث يركز الفرد على أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي، وذلك يؤدي إلى حصر تفكير الفرد في نفسه واهتمامه المرضي الدائم بصحته وجسمه بحيث يطغى على كل الاهتمامات الأخرى ويعوق اتصاله السوي بالآخرين، ويشعر بالنقص

والشك في نفسه كما يعوق اتصاله بالبيئة المحيطة. كما عرفه أحمد الليثي (٢٠٢٠) بأنه اضطراب عصابي مرتبط بالجسم، يفسر فيها الفرد أي أعراض جسمية عادية بأنها أعراض لمرض خطير، مما يولد الخوف والقلق والتوتر المستمر المرتبط بالصحة الجسمية ويخفض من الحالة المعنوية للفرد ويستمر عدة أشهر.

ويذهب (Mykletun, et al., 2009) إلى أن قلق الصحة بغض النظر عن تعريفه يؤدي بالفرد الى ممارسة سلوكيات شائعة منها: قد يكون من الصعب تجنب الذهاب إلى الأماكن العامة أو القيام بأشياء خوفاً من صعوبة العثور على المساعدة، وصعوبة في النوم أو الاستمرار فيه، وفحص الجسم المفرط، والتغيب عن العمل (أي أيام التغيب المفرطة عن العمل)، وزيارات متكررة للمهنيين الطبيين، وعدم القدرة على المشاركة والاستمتاع بالأنشطة الترفيهية بسبب محاولة منع التعرض للجراثيم ، وتدهور عام في نوعية الحياة، وعدم المشاركة في الأنشطة، والعلاقات الاجتماعية السيئة، والمصالح المحدودة، والاهتمامات غير العادية أو المبالغ فيها والبحث المتكرر عن الأمراض والعلاجات الطبية.

وقد دلت بعض الدراسات على انتشار قلق الصحة لدى طلبة الجامعة باعتبارهم الركيزة الأساسية للنهوض بالمجتمعات، ووسيلته للتقدم في مختلف المجالات، فضلاً عن أنهم عاشوا فترة مليئة بالخوف والقلق من الإصابة بمرض كوفيد ١٩ فأدي ذلك إلى فقدانهم للشعور بالأمن النفسي والشعور بعدم الاستقرار بالإضافة إلى عزوفهم عن أداء الامتحانات الجامعية ومن هذه الدراسات: دراسة عادل خضير عبيس (٢٠١٩) ، ودراسة محمد بدر وآخرين (٢٠٢٠)، ودراسة أحمد الليثي (٢٠٢٠) فجاءت الدراسات وصفية ولم تتطرق هذه الدراسات لعلاج الاضطراب رغم خطورته.

كما جاءت بعض المحاولات العلاجية لمدارس مختلفة لخفض قلق الصحة لدى طلبة الجامعة مثل دراسات كل من: هبه جابر عبد الحميد (٢٠١٨) والتي تناولت فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض قلق الصحة لدى طلبة الجامعة، وأشارت النتائج إلى فاعلية العلاج في خفض قلق الصحة لدى عينة الدراسة. في حين جاءت دراسة (Juncos & Markman, 2016) والتي تناولت العلاج بالقبول والالتزام لعلاج القلق

لدى طلبة الجامعة، وأسفرت النتائج عن فاعلية العلاج في خفض القلق. كما تناولت دراسة (Nubli, et al., 2010) أهمية العلاج لخفض القلق وأثره على الأداء الأكاديمي لدى طلبة الجامعة وأسفرت النتائج عن فاعلية العلاج في خفض القلق. ومن ناحية أخرى جاءت بعض المحاولات العلاجية للمخططات المعرفية لخفض القلق أمثال دراسات كل من (Qorbanalipour, & Esmaeili, 2013)، Peeters et Mokhtarinejad et al., 2020b، Mokhtarinejad et al., 2020a، (Leibovitz et al., 2020، al., 2020)، وحاولت هذه الدراسات أن تقدم نموذجًا علاجيًا للقلق بشكل عام، وحاول القليل منها تقديم نموذجًا علاجيًا لخفض قلق الصحة - في حدود علم الباحثين-، بالإضافة إلى افتقار البيئة العربية للنماذج العلاجية المختلفة لعلاج قلق الصحة. وهو ما يبرز أهمية هذه الدراسة لمحاولتها تقديم نموذج علاجي لخفض قلق الصحة لدى طلبة الجامعة، وهو ما ينعكس بدوره على طلبة الجامعة من خلال تحسين مستويات الأمل لديهم، ومن الناحية النفسية، يمثل الأمل أفكار أو مشاعر تعكس إدراكًا بأن شيئًا جيدًا سوف يحدث في حياة الفرد. ويؤكد ذلك سنايدر وزملاؤه بوضع افتراض مفاده إن الأمل يمكن تفسيره بالاستناد إلى عملية التفكير الموجه نحو الهدف التي يقوم الفرد فيها بالعمل على جانبين مترابطين هما: "أفكار الاتجاهات أو المسالك"، و"أفكار القوة" (ميادة الصالحي، ٢٠٠٥).

ويتناول (Gallagher et al., 2020) الأمل باعتباره آلية عابرة للتشخيص ومحفز لحدوث تحسن في اضطرابات القلق. فالأمل سمة تعبر عن القدرة لتعرف الاستراتيجيات أو الوسائل المعينة في تحقيق الأهداف، وامتلاك الدافعية والقوة للسعي نحو تلك الوسائل. وتظهر نتائج البحوث أن الأمل يرتبط ارتباطًا وثيقًا بالصمود في وجه القلق والضغوط. كما يرتبط الأمل بمتغيرات إيجابية أخرى كالكفاءة الذاتية والتفاؤل وتعزيز القدرة على التعافي من الاضطرابات الانفعالية؛ ويشير (Arnau, 2018; Long & Gallagher, 2018) إلى أن الأمل يرتبط ويتنبأ بانخفاض مستويات القلق والضغوط، وبالتالي فعلاج قلق الصحة يؤدي إلى تحسن مستويات الأمل وهذا سينعكس بدوره في حياتهم الأكاديمية والاجتماعية. ويشير (Snyder, 2002) أن هناك أدلة متزايدة فيما يتعلق بالآليات التي

من خلالها يمكن للأمل أن يعزز مستويات أعلى من الصحة النفسية ومستويات أقل من القلق والاضطرابات ذات الصلة. وهو ما يبرر الاتجاه بأن تعزيز الأمل وتحسنه نتيجة للعلاج قد يعزز بدوره التعافي خلال جلسات العلاج السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق. فيدرك الأفراد ذوو المستويات المرتفعة من الأمل العقبات التي تواجههم بأنها عقبات بسيطة، ويمكنهم التعافي بسرعة مما يعترضهم من عثرات. بل إن (Edwards & Jovanovski, 2016) يذهبان للقول بأن الأمل يعتبر غاية العلاج والإرشاد النفسي، حيث جاءت بعض المحاولات العلاجية التي حاولت دراسة تأثير خفض القلق على تحسين الأمل ومن هذه الدراسات: دراسة (Denizl, 2004) والتي درست أثر الأمل والمهارات الدراسية في التنبؤ بمستويات القلق لدى عينة من طلبة الجامعة، وأسفرت النتائج أنه كلما ازداد الأمل قلت مستويات القلق لدى عينة الدراسة. بينما تناول (Sahranavard et al., 2018) فاعلية إدارة القلق القائم على العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الحساسية للقلق والتأثيرات الإيجابية والسلبية على الأمل، وأسفرت النتائج عن فاعلية العلاج في خفض حساسية القلق وتحسن الأمل في مواجهة التحديات المختلفة في الجامعة.

وبناءً على ما سبق يعتبر العلاج بالمخططات العلاج المناسب لخفض قلق الصحة وتحسين الأمل، كما يعد نموذجاً حديثاً نسبياً للعلاج المعرفي، وهو يعد إضافة فعالة لأنواع العلاج التي يميل الأفراد إلى اختيارها مقارنة بالعلاج المعرفي التقليدي الذي يركز على الأفكار الأوتوماتيكية والمعتقدات الأساسية في الوقت الحاضر (Primer et al., 2015). وقد وضع جيفري يونج علاجه بداية لعلاج اضطراب الشخصية الحدية والاكتئاب المزمن والمشاكل الصعبة للأفراد والازواج. والعلاج بالمخططات نهج تكاملي يدمج بين عناصر من العلاج المعرفي، والعلاج السلوكي، والعلاقات البيئشخصية، والعلاج الجشطالتي في منهج واحد منظم لتلقى العلاج من خلال استخدام مجموعة متنوعة من التقنيات التي تسمح بتعرّف الذكريات المرتبطة بالتجارب المبكرة. هنا يبحث المعالج عن تزويد الفرد بتجربة انفعالية مُصححة تسمح له بالتعبير عن مشاعره واشباع حاجاته التي لم تشبع في الماضي (Kellogg & Young, 2008).

والعلاج بالمخطط، الذي طوره جيفري يونغ (Young et al., 2003) والذي ينبع من العلاج السلوكي المعرفي وقد جذب انتباه المختصين العاملين في هذا المجال بشكل متزايد منذ اقتراحه لأول مرة، إذ تم تطوير العلاج المخطط في الغالب للمرضى الذين لم يستجيبوا جيدًا للعلاج المعرفي السلوكي الكلاسيكي، إذ غالبًا ما يعاني المرضى من مجموعة متنوعة من الأعراض وعادة ما تظهر أنماط شخصية معقدة، والتي قد تكون إما متقلبة أو مستمرة، عادة ما يستوفون معايير واحد أو مزيد من اضطرابات الشخصية. وعمل جيفري يونغ منذ العام ١٩٩٠ على توسيع نطاق علاجه لمساعدة المرضى الذين لم يحقق معهم العلاج التقليدي أي تحسن ولم يساعدهم على تخفيف معاناتهم. واعتبر يونغ أن الاضطرابات التي يمكن أن تصيب الفرد ما هي إلا استجابات للمخططات اللاتكيفية لدى الفرد. وبالتالي يركز العلاج على تغيير المخططات لإحداث التحسن في الحالة (Tolk, 2006). ومن هنا يحاول البحث الحالي الوقوف على فاعلية العلاج بالمخططات عبر الأنترنت لخفض قلق الصحة وتحسين الأمل لدى طلبة الجامعة.

ثانياً: مشكلة البحث

يعقب انتشار أي أوبئة حالة من الهلع والفرع وانتشار الاضطرابات النفسية (Strong, 1990) فقد تزايدت التأثيرات السلبية على المجتمع والصحة النفسية، وانعكس ذلك في تزايد مستويات الاكتئاب وقلق الصحة النفسية؛ حيث بلغت نسبة من عانوا من قلق الصحة إلى ٤٥% (Özdin & Bayrak Özdin, 2020). في حين تشير نتائج بحث (Bryant et al., 2022) إلى أن جائحة كوفيد ١٩ أفضت إلى زيادة ملحوظة في مشكلات الصحة النفسية، حيث تشير التحليلات إلى تقدير انتشار عالمي بلغ ٢٨% للاكتئاب و٢٦.٩% للقلق. إن تنامي الأحداث الصدمية كفيل بيبث حالة من الرعب والهلع وفقدان الشعور بالأمن النفسي تشيع بين الأفراد خوفاً من الموت ما يؤثر سلبياً على صحتهم النفسية. ويرى (Kibbey et al., 2021) أن طلاب الجامعة يمثلون قطاعاً هو الأكثر استهدافاً للكرب النفسي خصوصاً قلق الصحة خلال تفشي كوفيد ١٩، حيث أقر أكثر من نصف عينة البحث بشعورهم بقلق الصحة وحاجتهم لخدمات العلاج النفسي. كما تشير نتائج بحث (Mokhtari et al., 2020) إلى أن قلق الصحة إزداد عقب انتشار

كوفيد ١٩. وأخيراً أشار (Kurcer et al., 2022) إلى إلحاح الحاجة للتدخل النفسي لتخفيف وطأة قلق الصحة الذي أصبح واحداً من أكثر الاضطرابات التي صاحبت انتشار كوفيد ١٩.

وتشير عديد من نتائج البحوث التي أجريت مؤخراً لفعالية العلاج والإرشاد النفسي عن بعد في خفض القلق والاكتئاب. فتشير نتائج بحث (Ghazanfarpour et al., 2021) إلى قدرة العلاج المعرفي السلوكي عبر الانترنت في خفض قلق الصحة بشكلٍ دال. كما بينت نتائج بحث (Sharrock et al., 2021) فعالية العلاج المعرفي السلوكي عبر الانترنت في خفض قلق الصحة.

نبعت مشكلة البحث من خلال الأحداث الجارية لانتشار الوباء العالمي كوفيد ١٩ ومدى الخوف الذي سيطر على العالم أجمع بسبب هذا الفيروس، حيث أرغم فيروس كوفيد ١٩ المستجد العالم بأسره لضرورة مواجهة أحد أكثر التحديات صعوبة في التاريخ المعاصر. لقد تسبب في إصابة الملايين ووفاة الكثيرين، فهو بمثابة أزمة إنسانية واسعة النطاق تفضي إلى بؤس ومعاناة بشرية جميعها وتؤثر على رفاهيتها الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية، لقد أثر تفشي المرض في وجود أزمة صحية وإنسانية عالمية لم يسبق لها مثل مصحوبة باضطرابات اجتماعية واقتصادية واسعة النطاق شملت شتى بقاع العالم حيث سجلت أول حالة في مدينة ووهان الصينية تحديداً يوم ٢٩ ديسمبر ٢٠١٩ ومنذ ذلك الوقت انتشر في ١١٩ دولة وأقليم حول العالم وأعلنت منظمة الصحة العالمية في يوم ١١ مارس ٢٠٢٠ تصنيف فيروس كورونا المستجد بجائحة عالمية (World Health Organization, 2020). ووفقاً لقاعدة بيانات سيسرك حول جائحة كورونا المستجد، أعلن عن تسجيل ما يقارب ٢١٦ مليون حالة إصابة مؤكدة أصيبت و حوالي ٤.٤ مليون حالة وفاة في ٥٦ دولة حتى ٣١ أغسطس ٢٠٢١ كل ذلك ساعد في انتشار قلق الصحة (John Hopkins University, 2020). ويعتبر انتشار الفيروس الجانب الأول لمشكلة هذا البحث.

كما نبعت مشكلة البحث، أيضاً، من خلال الآثار السلبية لانتشار قلق الصحة المرتبط بفيروس كورونا المستجد حيث أدى إلى تعطيل النشاط الاقتصادي الاعتيادي والحياة اليومية في جميع أنحاء العالم، إذا يتوقع في ظل هذه الأزمة أن المعدلات التصاعدية للنمو الاقتصادي ستخفّض بسبب التفشي السريع لهذه الجائحة الأمر الذي سيؤثر على مستوى اقتصاد الدول. حيث سترتفع معدلات البطالة والفقر بشكل كبير في جميع أنحاء العالم، بالإضافة إلى التأثير السلبي في الجانب التعليمي فقد أصدرت معظم الدول قرارات تقضي بتوقف التعليم سواء التعليم ما قبل الجامعي فضلاً عن التعليم الجامعي. كل ذلك من شأنه يؤثر على مستقبل الطلاب وخاصة طلاب الجامعات. وحتى مع الاعتماد على التعليم عن بعد، فإنه لم يكن سوى "بعداً عن التعليم". فكما تم اللجوء إلى التعليم عن بعد، فإنه تم أيضاً اللجوء إلى تقديم الخدمات الصحية بشقيها الطبي والنفسي عن بعد e-health. ويعتبر ذلك هو الجانب الثاني لمشكلة هذا البحث.

وأخيراً نبعت مشكلة البحث من خلال ندرة الدراسات السابقة- في حدود علم الباحثين- التي تناولت العلاج بالمخططات لخفض قلق الصحة وتحسين الأمل لأسباب متعددة منها حادثة الوباء، وعدم معرفة المسببات النفسية والعوامل الذي أدى إليه الفيروس، بالإضافة إلى تناولها بشكل وصفي لدراسة العلاقات وليس تدخل علاجي أمثال دراسات كل من: (Leibovitz et al., 2021) والتي انطلقت من فرضية أن جائحة كوفيد ١٩ قد تسببت في كارثة تتعلق بالصحة النفسية عالمياً، حيث انتشرت المعتقدات حول وجود مؤامرة وراء نشأة الفيروس. ويهدف البحث إلى فحص منبأت الصحة النفسية وتوابعها المتعلقة بمعتقدات المؤامرة. وتشير النتائج إلى اعتقاد أكثر من نصف أفراد العينة بنظرية المؤامرة. كما ارتبطت تزايد المعتقدات حول نظرية المؤامرة بتزايد القلق وانخفاض جودة الحياة. في حين هدفت دراسة (Faustino et al., in press) إلى تعرف العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير التكيفية وقلق كوفيد ١٩ والدور الوسيط لفقدان الثقة والمنعة للإصابة بالضرر والمرض. وتشير نتائج الدراسة التي طبقت على ٢٤٩ فرداً أن تلك المخططات المبكرة غير التكيفية ارتبطت إيجابياً بقلق كوفيد ١٩ وبالكره النفسي وارتبطت سلباً بجودة الحياة النفسية والرضا عن الحياة، كما تنبأت تلك المخططات بقلق

كوفيد 19. كما تشير نتائج بحث (van Dijk et al., 2020) إلى فعالية توظيف الخدمات الصحية النفسية عبر الإنترنت باستخدام العلاج الجماعي بالمخططات في التخفيف من الضغوط الناجمة عن تفشي فيروس كوفيد 19. وقد أشارت عديد من نتائج البحوث إلى فعالية العلاج بالمخططات في خفض القلق (Peeters et al., 2021; Mokhtarinejad et al., 2020a; Farokhzadian et al., 2018; Jahangir, 2018) وبالتالي ندرة الدراسات التي تناولت علاج المخططات عبر الإنترنت تمثل الجانب الثالث لمشكلة البحث.

إن أحد الأهداف الكبرى لعملية الإرشاد والعلاج النفسي هو مساعدة الفرد لتحقيق أقصى قدر من الصحة النفسية الإيجابية مثل التفاؤل والأمل والانفتاح العقلي والسمود النفسي. فيشر (Bartholomew et al., 2021; Edwards & Jovanovski, 2016) إلى أن العلاقة وثيقة بين الأمل وأعراض الكرب، وأن انخفاض أعراض الاضطرابات النفسية كالقلق بعد تلقي جلسات الإرشاد النفسي يستتبعه زيادة في مستويات الأمل. وتذهب (Dierks, 2019) إلى أن الأمل يمثل جوهر العملية العلاجية. كما تشير نتائج بحث (Braun-Lewensohn et al., 2021) إلى أن تفشي الوباء صاحبه انخفاض الأمل وتزايد القلق. وبالتالي فإن قياس تزايد مستويات الأمل بعد جلسات العلاج بالمخططات لخفض قلق الصحة يمثل الجانب الرابع لمشكلة البحث.

ثالثاً: تساؤلات البحث

- ١) ما فعالية البرنامج العلاجي القائم على المخططات عبر الإنترنت في خفض قلق الصحة وتحسين الأمل لدى طلبة الجامعة.
- ٢) ما استمرارية البرنامج العلاجي القائم على المخططات عبر الإنترنت في خفض قلق الصحة وتحسين الأمل لدى طلبة الجامعة.
- ٣) هل تختلف الصورة الإكلينيكية لديناميات الشخصية لدى مرتفعي قلق الصحة من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج عنها قبل تطبيق البرنامج.

رابعاً: أهداف البحث

يهدف البحث الحالي إلى تعرف فاعلية العلاج بالمخططات عبر الأنترنت في خفض قلق الصحة، وتحسين الأمل لدى طلبة الجامعة من خلال برنامج علاجي أعد خصيصاً لذلك وباستخدام مجموعة من الأساليب العلاجية. ويتفرع من هذا الهدف الرئيس مجموعة من الأهداف الفرعية الآتية:

- (١) الكشف عن فعالية البرنامج العلاجي القائم على المخططات عبر الأنترنت في خفض قلق الصحة و تحسين الأمل لدى طلبة الجامعة.
- (٢) التحقق من استمرارية البرنامج العلاجي القائم على المخططات عبر الأنترنت في خفض قلق الصحة وتحسين الأمل لدى طلبة الجامعة.
- (٣) تعرف مدى اختلاف الصورة الإكلينيكية لديناميات الشخصية لدى مرتفعي قلق الصحة من المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج عنها قبل تطبيق البرنامج.

خامساً: أهمية البحث

تتضح أهمية البحث الحالي من كونها تركز على إعداد برنامج علاجي لخفض قلق الصحة، وتحسين الأمل لدى طلبة الجامعة وذلك من خلال استخدام برنامج المخططات عبر الأنترنت وفي إطار مجموعة من الجلسات الفردية والجماعية. ويمكن عرض الأهمية النظرية والتطبيقية للدراسة على النحو التالي:

أ- الأهمية النظرية:

- (١) قد تسهم هذه الدراسة في زيادة رصيد المعلومات والحقائق عن قلق الصحة والأمل لدى طلبة الجامعة من خلال استخدام برنامج المخططات عبر الأنترنت. كما أنها تسهم في مسابرة الاهتمامات العلمية البحثية ومواكبة مستجدات العصر.
- (٢) توفير مرجعية علمية عن نظرية علاجه جديدة تعد واحدة من النظريات المنبثقة عن أهم الاتجاهات العلاجية حديثة وهو الاتجاه المعرفي السلوكي وهي نظرية المخططات المعرفية لجيفري يونج.
- (٣) أهمية موضوع البحث الحالي. فبالرغم من كثرة البحوث التي أجريت عن القلق باعتباره نواة العصاب، إلا إن الحاجة ملحة لتناول هذا المتغير من منظور عصري في ظل جائحة أثرت على كافة مناشط الحياة.
- (٤) ندرة الدراسات التي تطرقت لمتغيرات البحث الحالي بحسب علم الباحثين.

ب- الأهمية التطبيقية:

- (١) تقديم أدوات البحث من خلال ترجمتها وتعريبها وتقنينها بما يثري المكتبة العربية النفسية.
- (٢) يقدم البحث الحالي نموذجًا عمليًا لبرنامج علاجي يمكن استخدامه في خفض قلق الصحة وتحسين الأمل لدى طلبة الجامعة ويتضمن ذلك الإجراءات والخطوات التي يتم اتباعها في العلاج في ضوء الاستراتيجيات والفنيات العلاجية، والخطوط الإرشادية للجلسات الإرشادية الفردية والجماعية.
- (٣) تبصير الاختصاصيين النفسيين والعاملين في خدمات تقديم العون النفسي لأهمية الاستفادة من نتائج البرنامج الحالي التي تقدم عبر الانترنت، وخصوصا تلك المستندة للعلاج بالمخططات المعرفية في إعداد البرامج العلاجية المختلفة.
- (٤) الاستفادة من نتائج البحث الحالي في تطوير وتصميم برامج علاجية إرشادية توظف الانترنت المتزامن وغير المتزامن في خفض بعض الاضطرابات النفسية كالاكتئاب.

سادساً: مصطلحات البحث:**أ- البرنامج الإرشادي عبر الانترنت**

يعرفه الباحثان بأنه "برنامج منظم ومخطط وفقا لأسس علمية، بهدف تقديم خدمات إرشادية مباشرة وغير مباشرة، بشكل فردي وجماعي، من أجل تحقيق النمو السوي ولتحقيق التوافق النفسي والنمو الشخصي. وتقدم خدمات البرنامج عبر الوسائط التكنولوجية المختلفة بشكل متزامن Synchronous (عبر الشات أو مؤتمرات الفيديو) أو بشكل غير متزامن (من خلال البريد الإلكتروني). ويعتمد البحث الحالي على توظيف الوسيط الإلكتروني (الانترنت) من خلال برنامج Zoom والتواصل عبر البريد الإلكتروني والاطلاع على المواقع النفسية العربية".

ب- العلاج بالمخططات:

أسلوب علاجي نفسي تكاملي يجمع بين النظرية المعرفية وأساليب علاجية أخرى، بما في ذلك العلاج المعرفي السلوكي، ونظرية العلاقات البين شخصية، والنظرية التحليلية، ونظرية الجشطلت، ونظرية التعلق، وطور هذا العلاج لاضطرابات الشخصية وعلاج الاضطرابات الموجودة في المحور الأول للدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية (Kellogg & Young, 2008).

ج- قلق الصحة:

يعرف بأنه "اضطراب نفسي المنشأ عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك حيث يركز الفرد على أعراض جسدية ليس لها أساس عضوي، وذلك يؤدي إلى حصر تفكير الفرد في نفسه واهتمامه المرضي الدائم بصحته وجسمه بحيث يطغى على كل الاهتمامات الأخرى ويعوق اتصاله السوي بالآخرين ويشعر بالنقص والشك في نفسه كما يعوق اتصاله بالبيئة المحيطة" (حامد زهران، ٢٠٠٥) ويقاس إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطالب على مقياس قلق الصحة المستخدم.

د- الأمل:

ويعرف بأنه "عاطفة تتكون من اتجاهات يغلب عليها الرغبة في الحصول على شيء أو الوصول إلى هدف معين، وذلك مع اعتقاد الفرد في قدرته على تحقيق الأهداف رغم وجود العوائق والمشكلات التي يمكن أن تحول دون ذلك" (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي، ١٩٩٠). ويقاس إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الطالب على مقياس الأمل المستخدم.

سابعاً: الإطار النظري والدراسات السابقة**أولاً: العلاج النفسي عبر الإنترنت Intrenet-based Psychotherapy**

برز استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات كأحد الوسائل المهمة في تقديم الرعاية الصحية بكفاءة وفعالية. وتم اعتماد مصطلح "التطبيب عن بعد" telemedicine لوصف تقديم الرعاية الصحية عبر التكنولوجيا (Wilson & Maeder, 2015)، بما في ذلك تقديم خدمات الصحة النفسية، حيث يُعرف عادةً باسم علم النفس عن بُعد Telepsychology. ويعد علم النفس عن بعد، تقديم الخدمات النفسية عبر التكنولوجيا، مجالاً واسعاً يشمل طرائق وأشكال تقديم متنوعة (Nelson et al., 2011) ويجب التمييز بينه وبين الأشكال الأخرى من التطبيب عن بعد، مثل الطب النفسي عن بعد، والذي يتضمن أيضاً تقديم التدخلات النفسية عبر التكنولوجيا. وتشمل طرائق وأشكال التنفيذ المختلفة استخدام تكنولوجيا الهاتف المحمول (على سبيل المثال، خدمة الرسائل القصيرة SMS) أو التطبيقات النفسية المتوفرة في متاجر الهواتف الجواله)، والعلاج عبر

الهاتف، وعقد المؤتمرات عبر الفيديو. وأشكال أخرى مثل استخدام وسائل التواصل الاجتماعية أو ألعاب الفيديو كمساعدات للعلاج. في حين أن صيغ التنفيذ هذه تختلف في تفاصيلها، مثل التوجيه الذاتي، أو المساعدة الذاتية الموجهة، أو التفاعل في الوقت الفعلي مع أحد المتخصصين، فجميعها متاحة للأفراد الذين لديهم خدمة الإنترنت أو الهاتف والمعدات المناسبة.

وهناك تمييز مهم في علم النفس عن بعد هو بين طرق تقديم الخدمة العلاجية أو الإرشادية "المتزامنة" و "غير المتزامنة" (Wilson & Maeder, 2015). ويُشير علم النفس عن بعد المتزامن Synchronous telepsychology إلى التفاعلات المرئية أو السمعية بين العميل ومقدم الخدمة والتي تتم في الوقت الفعلي، وبالتالي فهي أكثر أشكال تقديم الخدمة تشابهاً مع العلاج الشخصي التقليدي (Osenbach et al., 2013). وتشمل التدخلات المتزامنة العلاجات المقدمة عبر الهاتف أو الفيديو عن بعد والعلاجات النصية التي يتم تقديمها عبر الإنترنت والتي تتضمن تفاعلات نصية في الوقت الفعلي (يشار إليها غالبًا باسم "الدردشة على الويب"). في حين تشمل التدخلات غير المتزامنة تفاعلاً غير مباشر وغير لحظي بين الفرد ومقدم الخدمة الإرشادية والتي قد تتم من خلال البريد الإلكتروني مثلاً.

وتشير الأدلة على فعالية علم النفس عن بعد خلال العقد الماضي. حيث تشير المراجعات المنهجية التي جمعت بين كلا النوعين من علم النفس عن بعد (متزامن وغير المتزامن) إلى أن علم النفس عن بعد فعال بشكل عام (Backhaus et al., 2012). ومع ذلك، فقد تضمنت المراجعات السابقة عديد من طرائق علم النفس عن بعد المختلفة، تلك المعتمدة على الإنترنت، والحاسوب، والهاتف، والفيديو؛ بيد أنه لم يتم دراسة الفروق بين العلاجات المتزامنة وغير المتزامنة. وتشير المراجعات المنهجية إلى فعالية العلاج عبر الإنترنت المتزامن في خفض الاكتئاب (Osenbach et al., 2013).

وبالتالي يمكن تمييز العلاجات المستندة إلى الإنترنت اعتماداً على ما إذا كان يتم استخدام الإنترنت للتواصل أو تقديم المعلومات إلى التالي:

أ- برامج المساعدة الذاتية غير الموجهة القائمة على الويب والتي تستخدم الإنترنت كوسيلة تواصل،

ب- مناهج المساعدة الذاتية الموجهة عبر الإنترنت، والتي يتم فيها الجمع بين عرض برنامج المساعدة الذاتية المستند إلى الويب والاتصال المنتظم بمعالج أو داعم مدرب.

ج- العلاجات المستندة إلى الإنترنت مثل العلاجات القائمة على البريد الإلكتروني أو الدردشة أو المؤتمرات عبر الفيديو، حيث يتم استخدام الإنترنت فقط لأغراض الاتصال.

ويمكن أيضًا تقسيم تدخلات الإنترنت التي تشمل الاتصال بالمعالج إلى تلك التي تتضمن تفاعلًا في الوقت الفعلي (متزامن؛ على سبيل المثال وجهًا لوجه، ودردشة، وفيديو، وهاتف) أو تفاعل متأخر (غير متزامن؛ مثل البريد الإلكتروني) مع طالبي الخدمة العلاجية. وتشير نتائج البحوث إلى أن حجم تأثير البرامج المستندة للإنترنت لعلاج القلق والاكتئاب يتراوح بين متوسط إلى كبير (Hedman et al., 2012). علاوة على ذلك، في بعض المقارنات التجريبية المباشرة بين العلاجات القائمة على الإنترنت والعلاج وجهًا لوجه، لم يتم العثور على فروق بين النهجين (Andersson et al., 2013).

ثانيًا: العلاج بالمخططات Schema Therapy

تتنوع طرق ومدارس العلاج النفسي ولكننا لم نجد حلا لكل ما يعاني منه ذوو الاضطرابات النفسية على تنوعها من معاناة وصعوبات نفسية، ومشاعر كئيبة وإحباط ويأس. فنجد أن بعض العلاجات النفسية لها فاعلية وأثرًا في الحد من أعراض بعض الاضطرابات، ولكنه قد يكون غير ذلك مع غيرها من الاضطرابات النفسية الأخرى. ويدعون ذلك للبحث عن طرق علاجية متنوعة تتناسب مع تنوع الأعراض المرضية المنتشرة في عصرنا الحالي.

ويعد الاتجاه المعرفي واحدًا من أهم الاتجاهات العلاجية الحديثة الذي ثبتت فاعليته ودوره المؤثر في الحد من الكثير من أعراض الاضطرابات النفسية واضطرابات الشخصية. وتتبنى كل طرق العلاج المعرفي الافتراض الآتي: أن الاضطرابات والاختلالات النفسية تحدث بسبب نمط غير ملائم من التفكير، فالناس لا يضطربون بسبب الأحداث، ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار (محمد عبد الرحمن، ٢٠١٤). كما أشار إسماعيل علوي وبنعيسى زغبوش (٢٠٠٩) أن الأشخاص يتفاعلون

يوماً مع أحداث ومواقف الحياة المختلفة وفق خبراتهم السابقة المخزونة لديهم، والتي تعبر عن أفكارهم ومعتقداتهم حيال تلك المواقف والأحداث. كما يختلف الأشخاص في طريقة معالجتهم للمعلومات المتعلقة بتلك المواقف وفقاً لتلك الأفكار والمعتقدات والتي يمكن تمثيلها بمفهوم أدق وأكثر تحديداً ألا وهو مخططات التفكير.

إن المخطط هو مصطلح علمي ظهر في علم النفس المعرفي، ويعود الفضل في تطويره إلى "جيفري يونغ". وظهر هذا المصطلح منذ القدم أي من عهد الإغريق. ويُعد في فلسفة "كانط" مفهوم مشترك لكل أفراد النوع. واستعمل هذا اللفظ أيضاً في نظرية المجموعات الهندسية الجبرية. ولفظ المخطط له تاريخ خاص في مجال علم النفس وبالأخص في مجال العلوم المعرفية التي اعتبرت المخطط نموذجاً مفروضاً من الواقع، أو عن طريق التجربة التي تُساعد الفرد على تفسير الأحداث. والمخطط عبارة عن تصور مجرد للخصائص الواسمة لحدث ما. وفي علم النفس يتبع هذا اللفظ في أغلب الأحيان لنظرية "بياجيه" الذي كتب بالتفصيل عن المخططات في المراحل المختلفة للنمو المعرفي للطفل. أما في علم النفس المعرفي فإن المخطط عبارة عن برنامج معرفي مجرد يتدخل كمرشد في تفسير المعلومة وحل المشاكل، ويمكننا إذاً استعمال مخطط لغوي لفهم جملة أو مخطط ثقافي لتفسير أسطورة (Young, 2005, 35).

وإذا انتقلنا من علم النفس المعرفي إلى العلاج المعرفي نجد أن "بيك استعمل المخططات منذ كتاباته الأولى، وتمثلت المخططات المعرفية حجر الزاوية في نظرية المعرفية (طه حسين، ٢٠٠٧)

ويعرف المخطط بأنه البناء المعرفي الأساسي الذي يقود عملية معالجة/تجهيز المعلومات، بينما المخططات هي عبارة عن بنية معرفية تتشكل في فترة مبكرة من العمر ويفترض أنها تعبر عن نمط التفكير المكتسب خلال المرحلة الارتقائية. وبينما تسمح مخططات الأشخاص الأسوياء بتفسيرات وتقييمات واقعية للأحداث، فإن المخططات اللاتكيفية تؤدي إلى تشويه الواقع (صفوت فرج، ٢٠٠٨). ووفقاً لرواد المنظور المعرفي لبيك ويونج فإن خبرات الطفولة للفرد تُشكل مجموعة من المخططات المعرفية، وهذه المخططات هي التي تحدد الكيفية التي يدرك بها الفرد ذاته ومستقبله وعالمه الخارجي. ومن ثم، فإذا كانت هذه المخططات مختلة وظيفياً فسوف يترتب عليها سلوكيات

وانفعالات غير تكيفية. ومن ثم، فإن وراء كل اضطراب من اضطرابات الشخصية معتقدات ومخططات لا تكيفية تؤدي إلى تشويه إدراك الفرد لما يرد له من معلومات وتؤدي إلى استجابات انفعالية شديدة سلبية وإلى ضعف في مهارات التواصل (Beck, et al., 2004; Young, 1999).

أما عن أنماط المخططات اللاتكيفية المبكرة، فيشير هذا المصطلح إلى جوانب مختلفة من الذات تعكس المكونات النشطة الحالية من الإدراك والسلوك، وتشكل كيفية استجاباتنا لمواقف حياتنا. ويعتبر العلاج القائم على المخططات واحداً من أهم تلك العلاجات المنبثقة عن العلاج المعرفي الكلاسيكي لأرون بيك، ويسمى أيضاً بعلاج منظومة التفكير أو العلاج المخطط. وتم تطوير هذا العلاج لمواجهة ما فشل في علاجه العلاج المعرفي التقليدي. فهو يتعامل مع البنية المعرفية الأكثر جموداً والعصابية والمشكلات النفسية المزمنة. وغالباً ما يُصاحب تلك المشكلات وجود مخططات لاتكيفية مبكرة ترجع جذورها لمرحلة الطفولة المبكرة ومرتبطة بإساءة المعاملة أو نقص في تلبية الاحتياجات العاطفية الأساسية للطفل، وما يرتبط بها من أساليب مواجهة غير تكيفية أدت إلى مواجهة الفرد للعديد من المشكلات المختلفة (Kellogg & Young, 2006).

ويعتبر العلاج بالمخططات طريقة فعالة لطرح تصور وعلاج اضطرابات الشخصية. ويصف (Rafaeli et al., 2011) و (Jacob & Arntz, 2013) بعض السمات المميزة للعلاج بالمخططات كالتالي.

- يركز العلاج المعرفي السلوكي أكثر من العلاج السلوكي المعرفي التقليدي على تطور الأعراض الحالية. حيث يركز العلاج بالمخططات بشكل مكثف على معالجة ذكريات تجارب الطفولة الكريهة، والاستفادة من التقنيات التجريبية لتغيير المشاعر السلبية المتعلقة بهذه الذكريات.
- يؤكد العلاج بالمخططات على العلاقة بين المعالج والفرد وقدرتها على التأثير التصحيحي. حيث يركز العلاج بالمخططات بشكل كبير على العلاقة بين المعالج-الفرد، ويبدأ بتعرف المعالج الاحتياجات الانفعالية للفرد والتي تشمل (الحاجة للأمن والاستقرار والسلامة والقبول والشعور بالاستقلالية والهوية والكفاءة وضبط الذات) ومساعدتهم على تلبية هذه الاحتياجات التي لم يتم تلبيتها في مرحلة الطفولة بشكل

تكيفي، إذ أن الشعور بالقلق وانعدام الأمن في هذه المرحلة سوف يؤدي الى ممارسة سلوكيات غير متكيفة (ARNTZ & Jacob, 2017).

- العلاج بالمخططات يهتم بتطوير مسببات السلوك ولا يكتفي فقط بتعرفها والتعامل معها، على عكس طرق العلاج المعرفي السلوكي والتي تعد أكثر تقليدية.
- مساعدة الأفراد في التوقف عن استخدام الأساليب غير التكيفية والتي تتمثل في الطرق التي تعلم بها الطفل كيف يتكيف مع الخبرات السلبية التي مر بها ونتائجها من خلال طرق تفكير لا تكيفية.
- يساعد المعالج النفسي على تحديد أهداف واضحة يتطلع الى تحقيقها من خلال فهم احتياجات الأفراد العاطفية الأساسية وتلبيتها بطريقة تكيفية (Rafaeli et al, 2010, 2).

أهداف العلاج بالمخططات:

تناول عديد من العلماء أهداف العلاج بالمخططات كالاتي:

(١) استعادة الوعي النفسي، ومساعدة الفرد على إدراك ما لديه من مخططات، بهدف إعادة تنظيم تلك البنى المعرفية اللاتكيفية الداخلية، والتحكم في زيادة الوعي، وإضعاف الذكريات والانفعالات والأحاسيس الجسدية.

(٢) الحد من الأوضاع غير الوظيفية أو المختلة للمخططات وتعليم الفرد كيفية التعامل بطرق أكثر تكيفية (Hodge & Simpson, 2016).

(٣) التركيز على ذكريات وانفعالات وأحاسيس جسدية ومعارف الفرد، وبالتالي فإن شفاؤه يستدعي إضعاف حدة كل هذه العوامل، وإدخال تغيير على السلوك. فتستبدل أساليب المواجهة اللاتكيفية بنماذج تكيفية، إذ يتم توظيف معالجات معرفية وانفعالية وسلوكية أثناء العلاج فيصبح المخطط خلال عملية العلاج صعب التنشيط، وإذا نشط يكون الانفعال أقل إزعاجاً (كلثوم بليمهوب، ٢٠١٤).

إن المخططات المعرفية اللاتكيفية تعبر عن هزيمة الذات، وتبدأ من الطفولة وتمتد طوال حياة الفرد، وتؤثر على قدرة الفرد في التعبير عن ذاته، ولها دور في تحديد كيفية سلوك الفرد تجاه مشاعره وتصرفاته وتفاعلاته الاجتماعية (Martin & Young, 2010).

افتراضات العلاج بالمخططات

١- كل شخص لديه احتياجات انفعالية بمثابة سمات عامة موجودة منذ الطفولة. وتشمل هذه الاحتياجات: الشعور بالأمن، والاستقرار، والرعاية، والقبول، والاستقلالية، والجدارة، وبكينونته، والقدرة على التعبير، والتلقائية، والحاجة لعالم محكوم بقيود واقعية.

٢- خلال مرحلة الطفولة، يطور الناس مخططات- مبادئ تنظيمية واسعة - تساعد في توجيههم لفهم حياتهم وخبراتهم. ويتم توسعة تلك المخططات وتطويرها خلال المدى العمري الافتراضي. وتعمل المخططات كـ "اختصارات" - فهي تساعدنا في الوصول بسرعة إلى ما نعتقد أنه من المحتمل أن يكون صحيحاً، مما ينفذنا من الاضطرار إلى التفكير/معالجة كل التفاصيل. ولا تتصف هذه المخططات بالدقة دوماً.

٣- توصف بعض المخططات - لا سيما تلك المكتسبة من تجارب الطفولة "السامة" أو الصدمية حيث لم يتم تلبية احتياجات الفتى اليافع بدرجة كبيرة - بأنها مخططات أولية لتكيفية، وهي مسؤولة عن الصعوبات المتعلقة بالأشخاص الآخرين واضطرابات الشخصية وبعض مشاكل الصحة النفسية. (Martin & Young, 2010)

وحدد (Young et al., 2003) المخططات اللاتكيفية المبكرة على النحو التالي:

- ١- فكرة أو نمط واسع ومستمر؛
 - ٢- تتألف من الذكريات والانفعالات والإدراك والأحاسيس الجسدية؛
 - ٣- النظرة للذات وعلاقات الفرد مع الآخرين؛
 - ٤- تطورت خلال مرحلة الطفولة أو المراهقة؛
 - ٥- ترسخت خلال حياة الفرد؛
 - ٦- مختلة إلى درجة كبيرة.
- وهناك أربعة أنواع من التجارب الحياتية تؤدي إلى تطوير مخططات مبكرة لتكيفية:

١- عندما تفتقد البيئة المبكرة للطفل شيئاً مهماً مثل الحب أو الاستقرار أو التفاهم؛

- ٢- عندما يتعرض الطفل للأذى أو الامتحان (عندما لا يتم تلبية الحاجة إلى الأمان) ويطور مخططات تعكس الخطر أو التهديد أو الألم؛
- ٣- عندما يكون الطفل مدللاً / منغمساً / محمياً بشكل مفرط ولم يحصل على الحرية الكافية أو الاستقلال الذاتي؛
- ٤- عندما يتوحد الطفل بشكل انتقائي مع أفكار ومشاعر وتجارب وسلوكيات شخص بالغ مؤثر مثل الوالدين.

- تدفعنا المخططات إلى الانتباه وتذكر المعلومات التي تتسق مع المخطط، وتجذبنا سلوكياً إلى الأحداث والبيئات المألوفة. وهكذا تستمر هذه المخططات ذاتياً.
- تصبح المخططات اللاتكيفية المبكرة مختلة وظيفياً لأنها تقضي بنا إلى الحفاظ على أنواع معينة من التعلق أو العلاقات أو البيئات، ولأنها تقودنا إلى تصور المواقف على أنها سامة/مهدة حتى عندما لا تكون كذلك.
- يميل الناس إلى التأقلم مع مخططاتهم اللاتكيفية المبكرة بطرق تعززها، بما في ذلك:

- ✓ مخطط الاستسلام، والذي يتضمن الاستسلام لمخططات الشخص.
- ✓ مخطط التجنب، مما يعني تجنب المواقف أو الأشخاص الذين يتسببون في تحفيز مخططاتنا.
- ✓ مخطط التعويض المفرط وهو ما يعني القيام بفعل نقيض للمخططات.
- في حين يمكن اعتبار المخططات اللاتكيفية المبكرة سمات مستقرة نسبياً، تصف الحالات الانفعالية والمخططات وعلاقات المواجهة التي تنشط في وقت معين. ويمكن للأشخاص التبديل بين الأوضاع خلال يومهم أو أسبوعهم. وهناك أربعة أنواع من الأنماط:

١. أنماط الطفل (وضع الطفل منخفض المناعة النفسية هو محور العلاج)؛
٢. أنماط المواجهة اللاتكيفية
٣. النمط الوالدي اللاسوي؛
٤. وضع البالغين الصحي، وهو جزء من الذات قادر وقوي ويعمل بشكل جيد.

إجراءات وتقنيات العلاج بالمخططات

- يتضمن العلاج بالمخططات مهمة الإصلاح المحدود، وتكمن مهمة العلاقة العلاجية فيه في تعرّف حاجات الفرد وتوضيحها وإقرارها وتلبيتها (إلى حد ما).
- "الركيزة المركزية" الثانية للعلاج المخطط هي المواجهة التعاطفية (Young et al., 2003)؛ حيث يواجه المعالج على نحو انفعالي ودون إصدار أحكام الفرد بسلوكياته وإدراكه اللاكتيفي، مبرزاً أن هذا السلوك والإدراك يتصف بنظرة ممرضة حول الانهزام الذاتي.
- يتم استخدام دراسة الحالة في العلاج بالمخططات لوصف أعراض الاضطراب للفرد، وتعرّف مسببات الإحساس به، واستعراض آليات ظهور المشكلات واستمرارها، ويقدم "قصة" حول كيفية حل مشاكل الفرد.
- يستخدم العلاج بالمخطط بشكل مكثف التخيل الموجه Guided imagery كأداة تقييم وكأسلوب للتدخل.
- تتضمن الأساليب المعرفية المستخدمة في العلاج بالمخططات: جمع البيانات وإعادة التشكيل/إعادة العزو، والبطاقات التعليمية للمخطط واليوميات، وحوارات المخطط.
- تتضمن الأساليب الممرضة حول الانفعالات في العلاج بالمخططات: لعب الأدوار/عمل الكرسي، والتخيل الموجه.
- وتتضمن الأساليب السلوكية المستخدمة مع العلاج بالمخططات: تكرار السلوك التكيفي في التخيل أو لعب الأدوار، والواجبات المنزلية السلوكية، ومكافأة السلوك التكيفي.

وتتعلق المخططات المعرفية حسب "جيفري يونغ" تاريخياً بمصدرين وهما:

- (١) بنية الجهاز العصبي.
- (٢) تمثل المخططات المعرفية مبدأ منظم للحياة النفسية والمتعلقة بالمعتقدات الراسخة من خلال الخبرات السابقة، فمن خلال ذلك استطاع المختصون في علم الأعصاب المعرفي الإجابة عن تساؤلاتهم، فاستعمل هذا المصطلح لتحديد المواقع العصبية التي تمثل محور الهوية، لذا وضع "هيد" مصطلح مخطط الجسد الذي أرجع هذه

العملية إلى الفص الجداري والذي يؤمن استقرار صورة الجسد وتمثل الذات في موقع الحدث (Young et al., 2003).

أنواع المخططات

تنقسم المخططات إلى قسمين:

(١) المخططات المتكيفة الإيجابية المتأخرة: كما يكون الفرد مُخططاً سلبياً يستطيع أن يكون مُخططاً إيجابياً، كما يمكن للمُخطط أن يكون متكيفاً أو غير متكيف، حيث يسمح هذا المخطط الإيجابي للفرد بتكوين نظرة إيجابية ومتفائلة عن نفسه وعن الآخرين، والعالم الخارجي.

(٢) المخططات غير المتكيفة السلبية المبكرة: إن الأفراد الذين لديهم أحد المخططات الأكثر تأثيراً وضرراً على الفرد والمتمثلة في الإهمال والاستقرار والاستغلال والحدز، والخجل وعدم الكمال أو الحرمان العاطفي فهؤلاء الأفراد تم معاملتهم بشكل سيء أو تم التخلي عنهم في مرحلة الطفولة. ففي سن الرشد يتم تنشيط هذه المخططات من خلال مجموعة من الأحداث الصادمة التي عاشها هؤلاء الأفراد أثناء طفولتهم. فعندما ينشط المخطط تترافق معه مجموعة من الانفعالات السلبية المتمثلة في الحزن، والخجل، والخوف والغضب. وجدير بالذكر أنه ليس كل المخططات غير المتكيفة منشؤها الصدمات والإساءة التي يتلقاها الطفل في مرحلة الطفولة بل يتلقى الطفل كل الرعاية والحماية إلا أن مخططه يكون سلبياً غير متكيفاً مثلاً: التبعية و عدم الخبرة (Young et al., 2003).

تعريف المخططات المبكرة غير المتكيفة:

وتمثل المخططات أحد أسس النظرية لتمثيل المعرفة، وهي غير شعورية وتشكل ذاكرة المعاني ومتواجدة في الذاكرة طويلة المدى ويمكن تعريفها فيما يلي: شعور مؤلم يتكرر في الحاضر نتيجة خبرات مضرّة في الماضي، من حيث هو إدراك راسخ حول العالم والآخرين وحول الذات، التي تترسم مبكراً في الطفولة نتيجة للحرمان أو عجز تربوي غير سليم، تصبح طريقة الإدراك هذه صعبة ومؤثرة سلباً في الفترة اللاحقة (Hahusseau & Pélissolo, 2006). كما عرفها يونغ على أنها نماذج انفعالية ذاتية

الانهزامية، تظهر مبكراً أو يتكرر ظهورها وهي مستمرة مدى الحياة، تأخذ منبعها من الطفولة والمراهقة، وتسيطر على حياة الفرد في مرحلة الرشد وهي ذاتية ومؤلمة، وبالتالي فهي تمثل عبء الماضي على مستقبل الفرد (Young et al., 2003). إذ أن السلوك ليس هو المخطط بحد ذاته وإنما يتجسد المخطط من خلال السلوك ولذلك يرى أن المخططات المبكرة غير المكيفة هي مجموعة هائلة من الذكريات والانفعالات والأحاسيس الجسدية والمعارف التي تدور حول موضوع طفولي مثل: (الإهمال والرفض، التخلي، سوء المعاملة) (Kellogg & Young, 2005, 57).

تقنيات علاج المخططات

تشتمل الخطة العلاجية بحسب (Young et al., 2003) على ثلاث تقنيات أساسية "معرفية، وتجريبية، وسلوكية"، بالإضافة إلى عناصر العلاقة العلاجية؛ حيث تعتمد الاستراتيجيات المعرفية على التقنيات الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي مثل إدراج سلبيات وإيجابيات المخطط، واختبار صلاحية وصحة المخطط أو إجراء حوار بين الجانب الصحي وجانب المخطط. أما الاستراتيجيات التجريبية فتعتمد على السيكوودراما، وتقنيات التصور (التخيل)، والاستراتيجيات السلوكية تعتمد على لعب الأدوار والواجبات المنزلية، كما تعتمد العلاقة العلاجية على تقنية إعادة التربية المحدودة.

أ) إعادة التربية المحدودة: هي عبارة عن تقنية تفترض علاج المخطط الذي ينشأ عندما لا يتم إشباع الحاجات الأساسية، هدف العلاج هو إشباع هذه الحاجات من خلال مساعدة الفرد في العثور على الخبرات والتجارب التي تم تقويتها في مرحلة الطفولة المبكرة التي أدت إلى تكوين الصيغ السيئة، وتعرف أساليب المسايرة المصاحبة لهذه الصيغة، إذ تشجع الارتباط الآمن مع المعالج في حدود مهنية، كما تتطوي إعادة التربية المحدودة على الدفاء والحنان والحزم والمواجهة واللعب، وهي تختلف حسب المرحلة العلاجية

ب) الاستراتيجيات التجريبية أي التخيل الموجه الذي يكون عن طريق انتزاع ذكريات الطفولة المزعجة في شكل صور للخبرات مع الأب أو الأم أو غيرهم من الأفراد المؤثرين في الفرد، ومحاولة إجراء حوار بين الفرد وهؤلاء الأفراد ليحدد ما هي

حاجته منهم، وتحديد مشاعره اتجاههم من الطفولة إلى الآن، و إعادة صياغة الخيال (مراجعة الذكريات المؤلمة)، حيث يدخل المعالج في الخيال ممثلاً مصدر انتقال من الأبوة السليمة مثلاً، أما عمل المنصب وهو انتقال الفرد بين منصبين أو شخصين كحوار بين أجزاء مختلفة من نفسه مثل جانب المخطط والجانب الصحي منه وفي كثير من الأحيان يتم مزج بين عمل التخيل وعمل المنصب.

ج) الاستراتيجيات السلوكية مثل الواجبات المنزلية، والبطاقات الوامضة (اللامعة) التي تحتوى على البيانات المكتوبة يتم قراءتها من قبل الفرد في الفترات الفاصلة بين الجلسات، وتشبه هذه البيانات تلك التي أدلى بها والد الطفل مثلاً في سن معين، فهي بمثابة رابط للمعالج و مكون انتقالى وخاصة في المرحلة المبكرة من العلاج وغالباً ما توضع البطاقات لكل حالة، وفي كل مرحلة من مراحل العلاج ويمكن أن تتخذ أشكالاً متنوعة مثل الملاحظات، الشعر، و ذلك اعتماداً على إبداع المعالج، كل هذه الخطوات، وكل هذه التقنيات حددها (جيفري يونغ) من أجل علاج الاضطرابات الانفعالية والسلوكية كالقلق والاكتئاب، والهستيريا، والسيكوباتية، والإدمان وغيرهم.

مجالات المخططات المعرفية غير التكيفية:

حدد يونغ بصورة عامة ثمانية عشر مخططاً لسوء التكيف المبكر مقسمة الى خمسة مجالات يحتوي كل مجال منها على عدة مخططات تعبر عن عدم اشباع حاجات أساسية للفرد، وهي:

- الانقطاع والرفض.
- ضعف الحكم الذاتي وضعف الاداء.
- ضعف القيود والحدود.
- التوجه نحو الآخرين .
- الحذر الذاتي والكبت
- كما سنعرضها في جدول(١).

جدول (١)

المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة

الوصف	المخطوطة المعرفية اللاتكيفية المبكرة	
تصور عدم الاستقرار، وعدم الوثوق في الحصول على الدعم التام. الأفراد الذين لديهم هذا المخطط مقتنعون بأن الأفراد الآخرين المهمين بالنسبة لهم لن يستمروا في تقديم الدعم العاطفي، والمساندة والتواصل معهم، أو الحماية لهم، بسبب توقعهم- من أنهم مقدمي الدعم والمساندة - سوف يموتون أو يهجروهم. ويرى يونج و زملاؤه أنهم تعرضوا لمواقف هجرهم فيها كثير ممن يحبون، أو يعيشون في بيئة غير مستقرة وغير متوقعة (Klonsky et al., 2002,) (465).	الهجر/عدم الاستقرار	المجال الاول: الانقطاع والرفض. توقعات بأن المرء لن يحقق احتياجاته للأمن والاستقرار. ويحتوي هذا المجال على مخططات ترتبط بخبرة الطفل الخاصة بالإحباط المرتبط بالحاجة للتعلق بالآخرين، وبخبرته عن الافتقار للحب والعطف والأمان
توقع أن الآخرين سوف يضررونه عمدًا، وتوقع سوء المعاملة والإذلال والغش والكذب والتلاعب والاستفادة منه. يتوقع الأفراد الذين لديهم هذا المخطط -بصورة مبالغ فيها- أن الآخرين سوف يستخدمونهم لإشباع رغباتهم الذاتية وأنانيتهم بمجرد أن تسنح الفرصة، أو يتوقعون أنهم سوف يؤذونهم ويسبون إليهم، ويخدعونهم، ويكذبون عليهم، أو يعرضونهم للإهانة أو الاستغلال. ويرى يونج وزملاؤه أن هؤلاء تعرضوا للنبذ والعزلة.	عدم الثقة/ الإساءة	والاستقرار الانفعالي، والرعاية، والقبول بالإضافة الى شعوره بالرفض والعزلة والعنف وسرعة الانفعال من الوالدين أو الأفعال غير المتوقعة منهم، ويحتوي هذا المجال على المخططات الخمسة الأتية:

الوصف	المخطوطة المعرفية اللاتكيفية المبكرة	
توقع المرء عدم تحقق رغبته في الحصول على الدعم العاطفي والحذر والتعاطف أو الحماية من قبل الآخرين. يشعر الأفراد الذين يمثلون هذا المخطط ويتوقعون أن الآخرين لن يلبيوا رغباتهم في الحصول على الدعم العاطفي، ولن يشبعوا حاجتهم. ويتكون هذا المخطط من عدة أشكال وهي (الحرمان من الرعاية: ويشمل الحرمان من الاهتمام والمحبة والدفء والصحة؛ والحرمان من التعاطف: ويشمل غياب التفهم والاستماع والصراحة وتبادل الرأي والمشاعر مع الوالدين؛ والحرمان من الحماية: ويعني عدم وجود توجيه أو إرشاد من القائمين على الرعاية (Young et al., 2003).	الحرمان العاطفي	
شعور المرء بأنه معاب، وسيء وغير مرغوب فيه، وأنه شخص غير صالح. من لديه هذا المخطط يرى نفسه غير مرغوب فيه، أو أنه بلا قيمة، أو مكانة، ويشعر بالنقص عن الآخرين. وهو عادة لديه حساسية كبيرة تجاه النقد أو اللوم أو الرفض، ويشعر بالخجل والخزي تجاه أي اخطاء يقع فيها ولو كانت بسيطة.	الخزي "الخلل" الخجل.	
شعور الشخص بالوحدة وأنه معزول عن العالم، مختلف عن الآخرين، وليس جزءاً من المجتمع. من لديه هذا المخطط يعتقد أنه منعزل عن العالم، ولا يستطيع أن ينسجم أو يتوافق مع أي مجموعة خارج نطاق الأسرة وغالباً فإن هذا المخطط ينشأ من طفولة تخلو من المحبة أو التواصل والتفاهم والتعاطف ويزيد فيها النقد والسخرية والإهانة والنبيذ (Martin & Young, 2010).	العزلة الاجتماعية	

الوصف	المخطوطة المعرفية اللاتكيفية المبكرة	
اعتقاد الفرد بأنه وحده، وليس لديه القدرة على التعامل مع المسؤوليات اليومية دون مساعدة الآخرين، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.	الاعتمادية / العجز	المجال الثاني: ضعف الحكم الذاتي ووضعف الأداء. توقعات حول النفس والبيئة تتداخل مع بعضها حول العزلة الاجتماعية، وتصور القدرة على العمل بشكل مستقل وحول القدرة على الأداء بنجاح. ويتكون هذا المجال نتيجة إحباط اشباع الحاجة الأساسية للاستقلال، والكفاءة والشعور بالهوية فهو يتضمن المخططات المرتبطة
الخوف المبالغ فيه، يتوقع من خلاله كارثة قادمة لا يمكن تجنبها طبية أو خارجية وشبكة ستونيه.	القابلية للأذى أو المرض	بالشعور بضعف الاستقلالية، وفقد السيطرة على المصير، والحاجة المفرطة للتوجيه والدعم. ويحتوي هذا المجال على أربعة مخططات هي:
ويتضمن هذا المخطط الشعور بالارتباط العاطفي المبالغ فيه مع شخص أو أكثر من الأفراد المهمين في حياته- الوالدين في العادة - ويشعر الأفراد الذين لديهم هذا المخطط أنهم لن يكونوا سعداء يوماً ما، ولن يتمكنوا من العيش بغير الأفراد الذين يتعلقون بهم.	عدم النضج الذاتي	
ويقصد به قناعة الفرد بأنه لم ولن ينجح في نواحي تتعلق بالإنجاز أو أنه أقل من أقرانه أو لديه شعور بالنقص مقارنة بهم. وينشأ هذا المخطط نتيجة السخرية من الطفل من قبل الوالدين أو نقده المستمر (Nordhal, et al., 2005; Nordahl, & Nysæter, 2005)	الفشل	

الوصف	المخطوطة المعرفية اللاتكيفية المبكرة	
من لديه هذا المخطط يكون على قناعة بأنه أعلى مكانة من الآخرين، ويعتقد أن قواعد التعامل الطبيعية لا تنطبق عليه، ويحاول السيطرة على سلوكيات الآخرين وأنه يستحق معاملة خاصة. ومن أجل الحصول على القوة والسلطة يحاولون إجبار الآخرين على الإيمان بوجهات نظرهم، ويحاولون أيضاً السيطرة على سلوكيات الآخرين لتتوافق مع رغباتهم الخاصة دون تعاطف معهم أو اهتمام بهم.	الجدارة "الاستحقاق"	المجال الثالث ضعف القيود أو الحدود. يتضمن مخططات معرفية تنطوي على وجود عجز في الحدود الداخلية والمسؤولية عن الآخرين. ضعف القيود أو الحدود ويتعلق هذا المجال بوجود قصور لدى الفرد في الشعور بالمسؤولية تجاه الآخرين واحترامهم والتعاون معهم ومشاركتهم في أداء الالتزامات، ويشعر الفرد تجاه الآخرين بالاستعلاء ويحتوي هذا المجال على:
صعوبة ورفض لممارسة ما يكفي من ضبط النفس وعدم القدرة على التسامح بغرض تحقيق أهداف شخصية. الأفراد الذين لديهم هذا المخطط يكونون عادة غير قادرين على ممارسة القدر الكافي من التحكم في النفس، ولا يختارون شيئاً يملء إرادتهم، مما يعيق تحقيق أهدافهم الشخصية، فهم لا يستطيعون كبح جماح تعبيراتهم الانفعالية الفجة أو ضبط انفعالاتهم" (Meyer & Carver,) (2000, 237)	عدم كفاية ضبط الذات	ويشاركهم في أداء الالتزامات، ويشعر الفرد تجاه الآخرين بالاستعلاء ويحتوي هذا المجال على:
الاستسلام لسيطرة الآخرين لتجنب الآثار السلبية. ومن لديه هذا المخطط عادة ما يخضع لضبط الآخرين، وتحكمهم. والأفراد الذين يعانون منه يطيعون الآخرين لشعورهم بأنهم مجبورون على ذلك، بغرض تجنب الغضب أو الانتقام أو الهجر. كما يعتقدون "أن رغباتهم وأراءهم ومشاعرهم ليست ذات أهمية من وجهة نظر الآخرين.	الخضوع والإذعان	المجال الرابع: التوجه نحو الآخرين التركيز المفرط على رغبات ومشاعر الآخرين. ويتعلق هذا المجال بالمخططات

الوصف	المخطوطة المعرفية اللاكتيفية المبكرة	
ولديهم حساسية مفرطة تجاه الشعور بالاستغلال الذي يؤدي بهم إلى الشعور بالغضب الذي يُعَبَّر عنه بأعراض لاكتيفية.		التي تتطور نتيجة الإحباط أو فقدان الأمل المتعلق بالحاجات الأساسية لحرية التعبير عن المشاعر والحاجات المشروعة، فالأفراد الذين يقعون في هذا المجال يؤكّدون على احتياجات ومشاعر الآخرين، على حساب احتياجاتهم ورغباتهم الخاصة، ويحتوي هذا المجال على المخططات الأتية:
التركيز المفرط على تلبية احتياجات الآخرين على حساب إشباع المرء لحاجاته، ويتكون هذا المخطط من التأكيد المفرط على التلبية الطوعية لاحتياجات الآخرين ورغباتهم على حساب متعتهم الشخصية، فالأفراد الذين يقعون في هذا المخطط يلبون احتياجات الآخرين دون إجبار لكي يتجنبوا الشعور بالذنب أو لكي يحافظوا على علاقتهم مع الآخرين الذين يحتاجون لذلك.	التضحية بالذات	
ويتمثل في التركيز المفرط على الحصول على استحسان الآخرين وقبولهم واهتماماتهم. ومن لديه هذا المخطط يسعى دائما "لكسب اهتمام الآخرين و قبولهم ومجاراتهم من أجل كسب حبهم أو اعجابهم أو اهتمامهم" (Nordhal et al, 2005: 144)	السعي للقبول/ طلب التقدير والاعتراف	
تركيز يدمم مدى الحياة على الجوانب السلبية من الحياة مع التقليل من الجوانب الإيجابية. ومن لديه هذا المخطط يركز على الجوانب السلبية من الحياة مثل الألم والموت والخسارة، وفي الوقت نفسه يهمل أو يقلل من النواحي الإيجابية والتفاؤل. ولديه اعتقاد دائم بأن الأمور سوف تسوء بشدة وأكثر.	السلبية/ التشاؤم	المجال الخامس: الحذر الزائد والكتب. يتضمن مخططات تنطوي على التركيز المفرط على قمع المشاعر العفوية. وينشأ هذا المجال من المخططات التي تكونت نتيجة لقمع الفرد أو كفه لمشاعره التلقائية، ووضع
تنشيط العمل من تلقاء النفس أو المشاعر وتجنب الاتصال بالآخرين، وتجنب الرفض من قبل الآخرين والشعور بالخجل. يقدم هذا المخطط التضييق المبالغ فيه على المشاعر أو العلاقات	الكتب العاطفي	

الوصف	المخطوطة المعرفية اللاتكيفية المبكرة	
العفوية للشخص بغرض تجنب الشعور بالخجل أو الاستهجان من الآخرين أو لتجنب فقد سيطرة الفرد على دوافعه. والأنماط الشائعة من الكف الانفعالي هي كف الغضب أو العدوان، وكف الدوافع الايجابية مثل المتعة واللعب، صعوبة تعبير الفرد عن حساسيته وقابليته للانجراح أو صعوبة التواصل والتعبير بحرية عن مشاعره وحاجاته (Tezel et al, 2015)		قواعد داخلية جامدة، وتوقعات مبالغ فيها، وكبت مشاعره ودوافعه على حساب سعادته وراحته وصحته، ويحتوي هذا المجال على المخططات الآتية:
الاعتقاد بأن الإنسان يجب أن يسعى جاهداً لتلبية معايير عالية جداً لتجنب الانتقادات بأن الناس يجب أن يعاقبوا بشدة على الأخطاء. وأصحاب هذا المخطط لديهم ميل مبالغ فيه للوصول لأعلى معايير السلوك والأداء وهو يناضل لتجنب النقد، ويشعر بالضغط ويفقد الشعور بالسعادة أو الراحة أو الصحة أو تقدير الذات أو الانجاز ويكون شديد النقد لذاته أو للآخرين. ويشتمل هذا المخطط على معايير صارمة للأداء وعدم تقبل الفرد للأداء العادي ومبالغته في التوقعات من ذاته	صرامة المعايير / الحساسية للنقد	
وأصحاب هذا المخطط لديهم اعتقاد في المبدأ القائل إن الناس يجب أن يعاقبوا بشدة لارتكابهم أخطاء، ويميل الأفراد الذين لديهم ميل لهذه المخططات الى سرعة الغضب وعدم التسامح مع الآخرين وعدم الصبر تجاه الآخرين أو مع أنفسهم وعدم التسامح مع أخطاء الآخرين (Carr & Francis, 2010, 346)	العقابية	العقابية

كما يستخدم المعالج الأحداث الماضية المؤلمة للمريض ليضعه أمام حقيقة تلك الأحداث وجوهرها وآليات الدفاع، وأساليب المواجهة المرتبطة بها بغرض إعادة الهيكلة المعرفية، والاستفادة بتلك الخبرات الماضية وتعديل الانماط السلوكية المرتبطة بها. (Boterhoven De Haan & Lee, 2014; Boterhoven De Haan et al., 2019).

ومن خلال استخدام العلاج القائم على مخططات التفكير يساعد المعالج الفرد في تحديد المخططات اللاتكيفية لديه ويساعده على أن يصبح أكثر إدراكاً ووعياً بذكرات الطفولة والانفعالات والأحاسيس الجسدية، وطرق تفكيره وأساليبه في المواجهة المرتبطة بتلك المخططات (Hoffart & Hoffart 2014; Hoffart, & Sexton, 2002).

وتشكل خبرات الطفولة مجموعة من المعتقدات حول موضوع معين، وتكتسب جوانب انفعالية مرتبطة بهذه المعتقدات لتصبح مخططات معرفية. وتحدد هذه المخططات الكيفية التي يدرك بها الفرد المواقف المختلفة، كما تحدد طريقته في تقدير وتفسير ومواجهة هذه المواقف، كما تؤثر أيضاً في انفعالاته وسلوكه وشخصيته (Martin & Young, 2010).

كما تمثل الأحداث الماضية المؤلمة في حياة الفرد وخبرات الطفولة السلبية أساساً جوهرياً في تطوير وتكوين المخططات اللاتكيفية المبكرة؛ حيث إنها تُعيق إشباع وتلبية الاحتياجات النفسية الأساسية لدى الطفل والتي تؤثر على كيفية استجابته لأحداث حياته والتفاعل معها. بل وتؤثر على العوامل النفسية الأساسية لدى الفرد، مثل استخدام الشخص لميكانيزمات دفاعية عصابية وغير تكيفية، ومن ثم تتطور تلك الأفكار عن الذات والعالم والمستقبل. وتصبح هذه المخططات المتكونة وسيطاً بين تلك المحن في الطفولة المبكرة وبين مظاهر المشكلات النفسية في مراحل العمر اللاحقة (Khosravani et al., 2016; Khosravani et al., 2019).

وتلك المخططات هي عبارة عن معتقدات راسخة لدى الفرد عن نفسه وعن الآخرين، وستبقى مؤثرة باستمرار في الطريقة التي يتفاعل بها الفرد عن نفسه. فهي تسهم في ظهور العديد من الاضطرابات (Young et al., 2003). وأثبتت عديد من الدراسات ارتباط تلك المخططات بالكثير من الاضطرابات النفسية، مثل: الاكتئاب،

والقلق، والوسواس القهري، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب الشخصية الحدية، واضطرابات الشخصية التي يعاني منها الفرد عبر مراحل نموه وقد تمتد طول عمره (Rezaei et al., 2016).

ثالثاً: قلق الصحة Health Anxiety

يعد القلق عند الإنسان السوي بشكل عام تفاعلاً طبيعياً لظروف الحياة العادية، وخاصةً في مواقف التوقع: كدخول الامتحان أو الالتحاق بوظيفة، فالقلق في حدوده الطبيعية يعمل كدافع قوي نحو النجاح والتقدم عند الأفراد، ولكن إذا زاد عن حده وأصبح حاداً لدرجة الوقوف في سبيل التكيف وعرقلة التقدم فإنه يصبح عرضاً مَرَضِيّاً؛ وذلك ما يُطلق عليه عصاب القلق (إبراهيم الصيخان، ٢٠١٠، ٦٩).

ومن الطبيعي أن يشعر الفرد بالقلق على صحته عموماً، لكن ما يثير قلق علماء النفس هو انشغال الفرد بصحته انشغالاً مبالغاً فيه مع اقتناعه بوجود مرض خطير لديه أو خلل في بعض أجهزة جسمه؛ وهو قلق مبالغ فيه ولا مسوغ له لانتفاء وجود ما يبرره عضوياً. مما يجعل الأطباء العموميين وحتى الأخصائيين النفسانيين في حيرة من أمرهم حيال هؤلاء الذين يعانون ويتألمون فعلياً مع سلامتهم البدنية، فكيف السبيل لسبر أغوار هذا الاضطراب لإزاحة ما يكتنفه من غموض بغية التخفيف من معاناة هؤلاء والبحث عن طرائق علاجية ناجعة لهم (محمد غباري، ١٩٨٩).

ففي العقد الماضي جذب مصطلح "قلق الصحة" مع مرادفة التقريبي "التوهم المرضي" انتباه العاملين في الأدب النفسي والجسدي. إذ يُعد من المفاهيم المثيرة للجدل، وذلك لغياب إجماع بشأنه من حيث تعريفه أو علاقته بالمرض (Starcevic, 2013).

ويصور بعض المفكرين قلق الصحة باعتباره سلسلة متصلة من المخاوف المرتبطة بالصحة والتي تتراوح بين خفيفة إلى شديدة، بما في ذلك التوهم المرضي باعتباره الحالة الأكثر شدة (Warwick & Salkovskis, 1990; Asmundson, et al., 2010; Muse, et al., 2010).

وعندما يشعر الفرد بوجود مخاوف مرضية يشخصها الطبيب باعتبارها مفرطة، فعليه أن يكون صورة واضحة حول هذه المخاوف. إذ تشير الأدبيات النفسية إلى وجود

طيف واسع من مخاوف ومعتقدات توهم المرض (رهاب المرض ورهاب الموت)، هما مكونات توهم المرض ولكنها قد تحدث بصورة مستقلة. أما قلق الصحة فهو مفهوم مثير للجدل، إذ يستخدمه بعض المؤلفين للإشارة إلى وجود مخاوف مستمرة بشأن صحة الفرد والتي تتطلب الاطمئنان الطبي. ويرى مؤلفون آخرون قلق الصحة مرادفًا أقل وصمة من التوهم المرضي. إذ يبدو أن هناك إجماعًا حول تعريف قلق الصحة يدور حول احتمالية أن يكون للتأثيرات الوراثية دور في حدوثه. وعلى العكس من مفهوم توهم المرض والذي يعني انشغال عقل الفرد بالمرض أو بالخوف من أي مرض انشغاليًا وهميًا لا سند يدعمه في الواقع، فالأفراد الذين لديهم وساوس كهذه يعتقدون أن أية إحساسات تطرأ في أي مكان من أجسامهم بأنها أمراض حاصلة لهم؛ إذ يدفعهم قلقهم المبالغ فيه إلى توهم أنهم مرضى بمرض الإيدز (نقص المناعة)، أو بالسرطان. وقد يتوهمون أي مرض آخر، فيبقى مرضهم مسيطرًا عليهم حتى بعد إجراء أدق الفحوصات الطبية عليهم. وتستمر شكاوهم برغم كل التأكيدات لهم بأنهم ليسوا مرضى جسديًا، مما يضطرهم إلى التنقل بين عدة أطباء وللذهاب إلى عدة عيادات. وقد يقنعون أحيانًا بالتطمينات التي تتكرر عليهم، بيد أن وساوسهم لا تزول. ونظرًا إلى أن أشخاصًا من النمط المذكور لا تجدي معهم التطمينات، ولا تنفع مع مثلهم التوكيدات، فإنهم يقعون ضحايا مرض جسدي معين: وهو مرض من خلق خيالهم الوسواسي؛ وهم لذلك لا يعودون يتقنون بطبيهم الذي يؤكد لهم عكس ما يتوهمون (Asmundson, et al., 2010).

ويذكر سنديرلاند وزملاؤه (Sunderland, et al., 2013, 56) أن قلق الصحة هو قلق شديد ومستمر ناتج من مرض خطير أو مشكلة صحية على الرغم من الطمأنة المهنية من جانب الأطباء للأفراد. ويمكن تشخيصه من خلال مسح يحتوي على بعض معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح لاضطراب توهم المرض. وكثيرًا ما يتم تبرير القلق من توهم المرض بالحاجة إلى تجنب احتمالية الوصم. وغالبًا ما يحدد هذا النهج الأشخاص الذين يعانون من قلق الصحة، فإن قلق الصحة والمرض هما أمران مختلفان ظاهريًا. وفي هذا الصدد يمكن اعتبار توهم المرض وقلق الصحة مفهومين مختلفين نوعيًا، وأن لكل منهما معايير محددة لتشخيصهما.

ووفقا لكيلنر (Kellner, 1992, 278)، هنالك مجموعة من المظاهر الرئيسية والأعراض التي قد تكون مرتبطة بإصابة الفرد باضطراب قلق الصحة منها: التهيج الانفعالي، التعب (عدم الشعور بالراحة، وآلام عضلية، والصداع، وآلام في المعدة، والشعور بالحزن، والغضب، والإحباط والذنب.

وتراود الذين يعانون من اضطراب قلق الصحة مجموعة من الأفكار مثل: ماذا لو تحول البرد لديّ إلى التهاب رئوي وأدى بي إلى الوفاة؟، لقد عانيت من ثلاثة أنواع من الصداع هذا العام، أنا متأكد من أن لديّ ورم في المخ!، ماذا لو كان هذا الألم يعني أنني مصاب بالسرطان؟، لا أعتقد أن طبيبي مؤهل بدرجة كافية، ولا أحد يفهمني.

ونستنتج من ذلك أن تجربة الألم تُنشِط الاستجابات العاطفية والسلوكية للخوف وقلق الصحة. ويشير إدراك المرض إلى الأفكار الإيجابية أو السلبية المستمرة لدى الفرد تجاه المرض، إذ أظهرت الأدلة أن المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة والذين لديهم إدراك سلبي للمرض يعانون من صعوبات اجتماعية وعاطفية وجسدية أكبر من المرضى الذين يعانون من الإدراك الإيجابي للمرض. وهناك عديد من الاضطرابات التي يتم التعرف عليها من خلال اضطراب القلق المفرط المرتبط بأعراض جسدية أو مرض أو حالة خاصة. فبالنسبة للأفراد البالغين الذين يعانون من هذه الاضطرابات يكون لديهم إحساساً مفرطاً بالخطر والتهديد، فيبالغون في تقييم احتمالية الأحداث. بالإضافة إلى انشغالهم بواحد أو أكثر من الأعراض الجسدية أو إصابتهم بمرض. وغالبًا ما يُساء تفسير الأحاسيس التي تحدث بشكل طبيعي كدليل على المرض. وبالتالي ينزعج الفرد بسهولة بشأن صحته. ويؤدي هذا عادةً إلى سلوكيات فحص مفرطة للتأكد من أنهم ليسوا مرضى: مثل الزيارات المتكررة للمهنيين الطبيين واستخدام الأجهزة المنزلية (مثل جهاز ضغط الدم أو مقياس الحرارة)، فضلًا عن سؤال الآخرين بشكل مستمر لتحديد ما إذا كانوا هم مرضى أم لا، وغيرها من السلوكيات. وكذلك قد يتجنب الفرد المصاب بقلق الصحة العناية الطبية تمامًا بسبب الخوف مما يمكن اكتشافه "سلوك احجامي"، حتى في حالة معاناته من مرض أو أي حالة خاصة.

تم استبدال في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس DSM-5 تشخيص التوهم المرضي بكيانين تشخيصيين جديدين هما: اضطراب الأعراض الجسدية، واضطراب القلق المرضي؛ ويشترك كلا التشخيصين في تشخيص قلق الصحة. ويعتبر الكثيرون مصطلح "توهم المرض" وما تم اقتراحه من بدائل له يشتمل على "اضطراب قلق الصحة" و"اضطراب القلق المرضي" و"اضطراب الانشغال بالمرض"، ولا يبدو أي منهما مرضًا تمامًا. وقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس مصطلح "اضطراب القلق المرضي" على الرغم من التصريح بأنه يشمل ٢٥٪ فقط من الأفراد الذين تم تشخيصهم سابقًا يعانون من التوهم المرضي وتصنيفه في الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة في التصنيف الدولي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD-11. وتشير الأدبيات المتزايدة إلى أن هذه الظروف لها سمات ظاهرية مميزة، وفصلهم يزيد من الفائدة الكلينية. ويُقر DSM-IV وDSM-5 بهذا بوضوح من خلال وجود تشخيص منفصل لاضطراب القلق المرضي (توهم المرض)، ويمكن تحسين المنفعة السريرية في إعدادات الرعاية الأولية باستخدام وصف تشخيصي بسيط نسبيًا وقابل للتطبيق بسهولة في ICD-11. ويقع قلق الصحة في سلسلة متصلة من الخطورة، مع نهاية أكثر شدة تمثل التوهم المرضي على النحو المحدد في DSM-IV. وتشمل الدراسات بشكل عام الأشخاص الذين يعانون من درجات أقل من قلق الصحة بالإضافة إلى أولئك الذين تنطبق عليهم معايير DSM-IV. ويعد قلق الصحة الأكثر اعتدالًا وأهمية من حيث انتشاره. وقد وجد سندرلاند وآخرون (Sunderland et al, 2013, 58) أن ٣.٤٪ من سكان أستراليا لديهم قلق الصحة (مدة ٦ أشهر على الأقل) وقت المقابلة، وأن المستجيبين مع هذا القلق كان لديهم مزيد من الضيق والضعف والعجز على العكس من أولئك الذين لا يعانون من قلق الصحة. وتستند معظم العلاجات المدعومة تجريبيًا لقلق الصحة إلى النماذج السلوكية المعرفية (Warwick & Salkovskis, 1990). وتقترح هذه النماذج أن عديد من العوامل الأساسية تعد من المسببات الرئيسة لشعور الأفراد بقلق الصحة. ويمكن تحديد ذلك من خلال مجموعة من المسالك الإدراكية أهمها ما يلي:

(١) كونهم يضحون إحساساتهم الجسمية الطبيعية. وهذه النظرة مدعومة من خلال الإحساس بالمرض وهذا ما ثبت تجريبيا. فقد وُجد مثلا أن الانتباه والقلق يكونان مرتفعين فيما يتعلق بالإحساس الجسدي الطبيعي لدى أشخاص أصحاء؛ إذ يضح الأفراد من إحساساتهم الجسمية عندما يبتاهم القلق.

(٢) يشعر المصابون بقلق الصحة بأن إحساساتهم الجسمية أصبحت غير طبيعية، فعندما يفسرون اضطرابات المعدة على أنه سرطان فإن الأشخاص الأصحاء قد يعزون إحساساتهم إلى الشعور بالضغط، أو ما تناولوه في الغداء. وتعود الشكاوى العديدة التي يقدمها القلقون إلى الألم والأعراض الغامضة في جزء لا يرى مباشرة في الجسد. ويبدو لديهم استعدادا للتعرف على الاعتلالات الجسدية الغامضة للمرضى، في حين ينسب الأفراد الاعتلالات الجسدية الغامضة إلى الأمراض.

(٣) تفترض الفكرة الثالثة أن المصاب بقلق الصحة يعاني من اضطرابات في التعبير عن أحاسيسه وانفعالاته الوجدانية ودائما ما يعبرون عنها عبر أجسادهم.

(٤) الاهتمام الانتقائي بالأحاسيس الجسدية، بسبب المعتقدات حول خطورة هذه الأحاسيس.

(٥) سلوكيات التأقلم غير القابلة للتكيف.

وقد تم تطوير العلاجات لاستهداف هذه العوامل، وتشمل التدخلات المعرفية العلاجية:

(أ) إعادة الهيكلة المعرفية لمعالجة المعتقدات غير القادرة على التكيف وسوء التفسير.
(ب) التمارين السلوكية، مثل تلك المصممة لإثبات عدم القدرة على التكيف آثار الفحص الجسدي المستمر أو البحث عن الطمأنينة.

(ج) إدارة الجهد تمارين لتقليل الأحاسيس الجسدية التي يخافها الفرد وبالتالي إظهارها للمريض أن الأحاسيس لها سبب حميد (أصل مرتبط بالتوتر).

(د) تدخلات أخرى مثل إعادة تدريب الانتباه أو تمارين اليقظة

(McManus et al., 2012; Taylor & Asmundson, 2004).

ويتمحور دور المعالج المعرفي السلوكي في مساعدة الأفراد ممن يعانون قلق الصحة باكتشاف طرقاً جديدة لفهم أحاسيسهم الجسدية، وذلك من أجل تقليل المعاناة وتحسين الأداء وزيادة الجودة الشاملة للحياة. ويتعامل العلاج المعرفي السلوكي مع قلق الصحة بشكل منظم وفعال من حيث الوقت ومدة العلاج النفسي، عادةً تتراوح بين ٦-١٨ جلسة أسبوعية مدتها ساعة واحدة في اليوم، ويتم تقديمها في جلسات فردية أو جماعية. ويمكن تقديم العلاج في معظم الأماكن (مثل المستشفيات ومراكز الصحة العقلية، والعيادات الجماعية والعيادات الخاصة). ومع ذلك، قد يفضل بعض الأفراد تلقي العلاج في بيئة معينة. على سبيل المثال، يفضل الأفراد الذين يعتقدون أن الأحاسيس الجسدية ناتجة عن حالة طبية غالباً تلقي العلاج في عيادات المستشفيات، في حين أن أولئك الذين لديهم درجة عالية من الخوف أو القلق من المستشفيات فإنهم يتجنبون أي مكان طبي، ويفضلون تلقي العلاج في مكان آخر بغض النظر عن العلاج (Seivewright et al, 2008, Taylor & Asmundson, 2004).

ومما سبق يستنتج الباحثان مهمة المعالج في العلاج بالمخططات حيث يقوم المعالج بتعديل المخططات اللاتكيفية المبكرة وذلك من خلال تحديدها، وأن يجعل العملاء أكثر إدراكاً ووعياً بذكريات الطفولة والانفعالات والأحاسيس الجسدية، وطرق تفكيره وأساليبه في المواجهة المرتبطة بتلك المخططات وبمجرد أن يتفهم الفرد ذلك ينحاز فوراً للعلاج ويبدأ فرض بعض التحكم على استجاباته حيال تلك المخططات. كما يهدف المعالج إلى زيادة التحكم في المخططات عن طريق الوعي، وإضعاف الذكريات والانفعالات والأحاسيس الجسدية والمعارف والسلوكيات المرتبطة بها. كما يساعد المعالج العميل في إصلاح تلك المخططات اللاتكيفية لديه والتوقف عن استخدام أساليب المواجهة اللاتكيفية المرتبطة بها والذي يتبعه تحسن في الأعراض المرضية. ونجد أن دور المعالج والعميل يتمحور في تحديد المخططات المعرفية اللاتكيفية، ووصف العميل علاقاته من خلال تجاربة المبكرة، كما يبني لدى العميل تصوراً عن طبيعة العلاقات الصحية، وزيادة استخدام التصورات الصحية بدلاً من السلوكيات التلقائية التي تعكس تصوراً للعلاقات المزعجة وذلك بهدف إضعاف الشحنات الانفعالية السلبية في علاقات الفرد بمن حوله ومن ثم إضعاف المخطط أو شفائه.

ويبدأ العلاج عادة بعد التقييم الشامل لحالة الفرد ووضوح المفاهيم، للحصول على وصف مفصل وشامل لحالته. ويتم تحديد جلسات العلاج في ضوء مخاوف الفرد. وعادة ما يتم تقديم الواجب المنزلي في نهاية كل جلسة ويتم مراجعته في بداية الجلسة التالية. ويشمل العلاج السلوكي المعرفي تدخلات عامة ومحددة. وتستخدم التدخلات العامة (على سبيل المثال، التنقيف النفسي، والمقابلات التحفيزية، وتخطيط منع الانكاس) لمساعدة الأفراد على فهم طبيعة المشاكل التي يواجهونها، لتسهيلها أمامهم. أما التدخلات المحددة (مثل إعادة البناء المعرفي، والتمارين السلوكية) فالهدف منها غالبًا هو خفض العوامل الأساسية المختلفة المرتبطة بقلق الصحة المفرط بشكل متزامن، نظرًا لأنها داعمة بشكل عام لحالة الفرد. على سبيل المثال، يتم استخدام إعادة البناء المعرفي لمساعدة الفرد في تحديد وتعديل سوء تكيف أنماط التفكير الموجودة في معتقداتهم الصحية. وغالبًا ما تتضمن هذه الأفكار والمعتقدات دور الأحاسيس الجسدية والحالة الصحية العامة، والضعف، والحاجة إلى الفحوصات الطبية، ونتائج المرض. إذ يحدد المعالج المعتقدات اللاتكيفية المتجذرة في أخطاء التفكير الشائعة، مثل التعميم المفرط (على سبيل المثال، أشعر بالمرض منذ بضعة أيام، لا بد أن هذا شيء ما خطير) وكرثية التفكير (على سبيل المثال، هذا الصداع أسوأ من المعتاد، ممكن أن يكون ورم في المخ)، من خلال الاستجواب المباشر أو المراقبة المستقبلية. ويتم تحديد الأفكار والمعتقدات اللاتكيفية. ويناقش المعالج والفرد أخطاء التفكير المحتملة المرتبطة بالفكر، ويحاول فهم التفكير في سياق دوره في إحداث قلق الصحة، ويساعده على استكشاف أفكار بديلة قد توفر تفسيرات أكثر تكيفًا للأحاسيس الجسدية المتعلقة بقلقه. على سبيل المثال، قد يُطلب من الفرد الإمعان في الأدلة المؤيدة والمعارضة للاعتقاد بأن الصداع هو نتيجة لورم دماغي يتطور بسرعة، مقابل وضع الاعتقاد بأنه مرتبط بصداع توتر مؤلم ولكنه حميد ومؤقت. يتيح هذا النهج للفرد استخلاص استنتاجاته الخاصة فيما يتعلق بما يعتقد أن لديه أكثر الأدلة دقة وقوة بالتالي تساعد على التخلص من الأفكار المسببة للقلق (Furer et al., 2007; Taylor & Asmundson, 2004).

رابعاً: الأمل Hope

يُعد مفهوم الأمل من أهم المفاهيم الأساسية في علم النفس الإيجابي المعاصر، ولما له من آثار إيجابية عديدة على تحقيق التوافق الإنساني والصحة النفسية والجسمية معا (Peterson, & Luthans, 2003; Luthans et al., 2004). إن الأمل نقطة إيجابية جديدة تُستخدم في تنمية الموارد البشرية في مجالات العمل والتعلم والإنتاج أيضاً. ويعني بالأمل في الوقت الحاضر إمكانية تحقيق الأهداف وتوثيق الصلة بالتفاؤل، أو هو الرجاء بالتوفيق في المساعي الحياتية والتطلع المتلقي لتحقيق الأهداف (مصطفى حجازي ٢٠١٥).

وتناولت عديد من الدراسات تعريفات الأمل سنعرضها فيما يلي: فعرفه جابر عبد الحميد، وعلاء الدين كفاقي (١٩٩٠، ١٥٦٦) بأنه عاطفة تتكون من اتجاهات يغلب عليها الرغبة في الحصول على شيء أو الوصول إلى هدف معين، وذلك مع اعتقاد الفرد في قدرته على تحقيق الأهداف رغم وجود العوائق والمشكلات التي يمكن أن تحول دون ذلك.

في حين عرفه كل من (Snyder et al., 1991) بأنه حالة تحفيزية إيجابية تقوم بشكل تفاعلي على الشعور بالنجاح في ثلاثة مجالات متعلقة بأهداف الفرد التي يريد تحقيقها في الحياة وهي: التعرف على الهدف (الأفكار الموجهة نحو الهدف)، وتحديد المسارات (التخطيط لتحقيق الأهداف) والإرادة (الطاقه الموجهه نحو الهدف).

كما عرفه (Snyder et al., 200) بأنه تقييم الفرد بشكل عام لقدراته بناءً على مسارات وطرق كافية لتحقيق الأهداف، وكذلك توليد القدره والتخلي بالإرادة أثناء السعي والسير في هذه الطرق حتى تحقيق هذه الأهداف.

في حين عرفه (Lazarus, 2006) بأنه حالة عقلية يمر بها الفرد في المواقف الصعبة التي لا تكون المخرجات الإيجابية التي يريدها الفرد قد حدثت بالفعل، ولكن من المتوقع حدوثها في المستقبل، وغالبًا في المواقف غير المحببة؛ وبالتالي فإن ما يتسبب في استثارة الأمل لدى الفرد هو مواقف مهددة وغير محددة لديه.

وعرفه (Rand & Cheavens, 2009) بأنه القدرة التي يدركها الفرد، والتي تساعد وتزوده بالدافعية لإيجاد الوسائل والطرق التي تمكنه من تحقيق أهدافه التي يرغب بها.

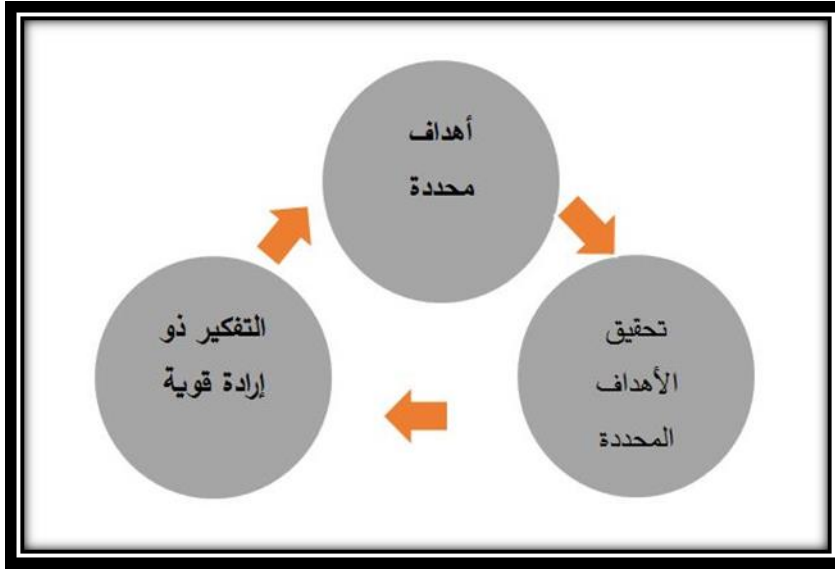
بينما عرفه (Easvaradoss & Rajan, 2013) بأنه مفهوم نفسي يدل على أسلوب تفكير متعلم، يقوم الشخص من خلاله بتوجيه تفكيره نحو طرق الحصول على الهدف المرغوب، وكذلك التحفيز اللازم للسير في هذه الطرق الموصلة للهدف. في حين عرفه كل من محمد عسليّة وأسامة حمدونة (٢٠١٥) بأنه اتجاه انفعالي يدرك فيه الفرد بأن رغباته وأهدافه يمكن أن تتحقق، مما يدفعه إلى المبادأة والإصرار والرغبة في الكفاح لتحقيق هذه الأهداف والرغبات، والتخطيط الجيد لتحقيقها معتمداً على قدرته وقوه الإرادة لديه والشعور بالمتعة والنجاح.

ومن خلال العرض السابق يتضح أن الأمل بناء معرفي يتسم بالإيجابية والنشاط والرغبة في تحقيق أهداف يمكن تحقيقها في ظل مسارات وطرق يضعها الفرد بإرادة وعزيمه مع الأخذ في الاعتبار الماضي والحاضر والمستقبل.

كما أولت النظرية التي قدمها سنايدر اهتماماً كبيراً للأمل. وعلى الرغم من إنها بنيت على المكون المعرفي فقط، فإنها فجرت فيما بعد أهمية الانفعالات ودورها في تحقيق الأهداف. وعادة ما تتغير الأهداف من أهداف قريبة المدى إلى بعيدة المدى. والأكثر من ذلك، من الضروري أن يكون هذا الهدف له قيمة كافية قبل أن يسعى الفرد إلى تحقيقه. حتى تلك الأهداف التي تبدو محالة التحقق ربما في وقت ما تتحقق عن طريق تخطيط ومجهود متميز. وتبعاً لذلك فإن سنايدر أكد ضرورة أن نكون حذرين في عملية نقدنا للأهداف التي تبدو أنها قائمة على "آمال خادعة". ويشير سنايدر في نظريته إلى أن للأمل عناصر معرفية وانفعالية، ووفقاً لبيرسون (Pearson, 2008) هناك ثلاثة مكونات مرتبطة بالأمل:

- (١) وجود أفكار موجهة نحو الهدف.
- (٢) تطوير الاستراتيجيات لتحقيق الأهداف.

(٣) التفكير ذا الإرادة القوية والذي يدفع الفرد لبدء التحرك نحو الهدف الموضح في شكل (١).



شكل (١) مكونات الأمل بحسب (Person, 2008, p. 18)

إذ أن إيمان الفرد بقدرته على إدراك هذه المكونات يحدد احتمالية تطويره للشعور بالأمل. ويرى سيلجمان (Seligman, 2006) أن نقيض الأمل هو اليأس. لذلك هنالك عاملان يؤخذان معاً لتفسير وجود الأمل أو اليأس لدى الافراد وهما:

- العامل الاول: أنه في حالة الأمل يكون الاعتقاد في أسباب دائمة وشاملة للأحداث السعيدة مع أسباب محددة ومؤقته للأحداث السيئة.
- أما العامل الثاني: أنه في حالة الأمل يكون الاعتقاد في أسباب دائمة وشاملة للأحداث السيئة مع أسباب محددة ومؤقته للأحداث السعيدة، والأحداث السيئة يمكن وصفها إما بطريقة بائسة أو مفعمة بالأمل. ونفس الشيء بالنسبة لوصف الأحداث السعيدة على أنها دائمة وشاملة ويفسرون الأحداث السيئة تفسيراً مؤقتاً ومحددًا، ويتغلبون على المشكلات، ويندفعون إلى العمل بسهولة عندما ينجحون مرة. أما الأفراد الذين يضعون تفسيرات مؤقتة ومحددة للنجاح وتفسيرات دائمة وشاملة للفشل فإنهم يميلون إلى الانهيار تحت الضغوط سواء لوقت طويل إما من خلال

المواقف ونادراً ما يعودون للأمل. فضلاً عن إن تنمية الخصال الإيجابية في شخصية الفرد أمر ضروري لأنها تعد حصناً قوياً وقائياً ضد الضغوط ونواتجها السلبية، وأن للسمات الإيجابية دور في استثارة السعادة الحقيقية. فهي أفضل السبل للوصول للهناء ولسعادة وتحمل الصعاب وتحرر الفرد من قسوة الماضي (Seligman, 2002). كما أكد كل من (Snyder, 2000؛ محمد المعشي، ٢٠١٦) أن الأمل يتكون من ثلاثة مكونات وهي: الإرادة القوية، والأهداف الحياتية، والتفاؤل بالمستقبل.

وتعددت النظريات المفسرة للأمل. فنجد نظرية الأمل لـ (Stotland, 1969) وائل الشاذلي، (٢٠٢٠) بعيداً عن الاتجاهات الاجتماعية الفلسفية. حيث تنظر للأمل على أنه اتجاه معرفي سلوكي لدى الفرد عندما يتوقع تحقيق الهدف لدرجة كبيرة. ولذلك تركز هذه النظرية على أهمية الهدف وتحديد معايير الهدف، والتي تعد في نفس الوقت عناصر ضرورية لحدوث الأمل، ويمكن الاستدلال على إدراك الفرد لاحتمالية إنجاز الأهداف من خلال عدة طرق منها سؤال الفرد عن توقعاته لإمكانية تحقيق أهدافه ومن خلال إجاباته يستدل على وجود الأمل لدى الفرد، وأيضاً من خلال الملاحظة يمكن الاستدلال على هذا الأمر عن طريق متابعة تصرفات الفرد وردود أفعاله في المواقف المختلفة بالإضافة الى تعبيراته الخاصة بتحقيق الأهداف.

كما ركزت نظريته الأمل (Averill & Sundararajan, 2004) على المعايير الاجتماعية التي ينطلق منها الشعور؛ حيث تم فحص الأمل في حدود النظام الاجتماعي الذي يحكم سلوك الفرد، وذلك من خلال عمل مسح يهدف إلى التعرف على خبرات الأفراد عن الأمل وأسباب وجوده لديهم، وعلى ذلك تعد هذه النظرية أكثر تعقيداً من نظريات الأمل؛ حيث تنتظر للأمل باعتباره عاطفة تقوم على القواعد الثابتة في المجتمع فالأفراد الذين يتمتعون بالأمل يكفيهم أن يقنعوا انفسهم بأن الفرص متاحة لحدوث المخرجات والأهداف في ظل هذه القواعد، وهذه الرؤية الإيجابية للمستقبل هي وجه الشبه مع النظريات الأخرى.

بينما اقترح (Snyder, 2000) نظرية التفكير القائم على الأمل Hope-based thinking theory: التي وضعها كنموذج جديد يحدد الأمل كمزيج من المسارات الفكرية وطرق تحقيق الهدف والإرادة اللازمة للسير في هذه المسارات. وحاول في هذا النموذج إجراء مقارنات لأوجه التشابه والاختلاف بين هذه النظرية والنظريات الموجودة الأخرى؛ فاختلف مع النظريات الأخرى في تحديد أساس الأمل البنائي واعتبره ذي طبيعة معرفية.

وفي إطار ذلك انتقد شنايدر النظريات السابقة التي تنظر إلى الأمل كمكون انفعالي وعاطفي فقط واعتبرها نظرة في اتجاه واحد لا تعبر عن حقيقه الأمل؛ حيث نظرت للأمل على أنه توقع النجاح في تحقيق الأهداف أو التوقع الإيجابي للمستقبل وغفلت الجانب المعرفي الذي يمثل أساس الأمل. وأشار إلى أن الأمل مكون معرفي وليس انفعاليًا ولكنه يؤثر على السلوكيات الانفعالية للفرد. وأنه يتكون من مكونين معرفيين مهمين ومتراپطين، وهذا الترابط بين المكونين يدفع الفرد إلى الرغبة والسعي الدؤوب لتحقيق الأهداف ومواجهة العقبات التي تواجهه في طريق تحقيق الأهداف (وائل الشاذلي، ٢٠٢٠).

ويتولد شعور الأمل نتيجة الخوف من حدوث الأسوأ مع رغبات وتوقعات الفرد بحدوث الأفضل. ويميل الفرد ليبتر الحلو والبحث عنها، وينتج من ذلك ذخائر دائمة مفعمة بالتفاؤل والمرونة في التعامل مع الظروف الصعبة (Lazarus, 1991a, 1991b). أما وجهة نظر ستوتلاند (Stotland, 1969) في الأمل فقد ظهرت في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين وكان جوهرها هو "توقع ما هو أكثر من الصفر في تحقيق رغبات الفرد وطموحاته". والأمل المرتفع في هذا السياق يعكس إدراكًا لاحتمالية مرتفعة لتحقيق رغبة ما. وقد افترض ستوتلاند أن من الضروري وجود مستوى ولو بالحد الأدنى من أهمية الرغبة أو الطموح أو الغاية التي يريدها الفرد لكي يكون الأمل ذي فاعلية. كما أشار أيضًا بأنه من الممكن أن يتم سؤال الفرد عن مدى توقعه لإمكانية تحقيق رغبته. إلا أن ذلك نادرًا ما يحدث. ويستطرد بأننا يمكن أن نستدل على هذا التوقع عن طريق ملاحظة كيفية استجابة الفرد لظروف عرضية لنواتج سلوكية متتابعة.

إنّ الأشخاص الذين يفسرون الأحداث السعيدة على أنّها دائمة وشاملة، ويفسرون الأحداث السيئة تفسيراً مؤقتاً ومحدداً، يستردون عافيتهم سريعاً ويتغلبون على المشكلات، ويندفعون إلى العمل بسهولة عندما ينجحون مرّة. أما الأشخاص الذين يقدمون تفسيرات مؤقتة ومحددة للنجاح، وتفسيرات دائمة وشاملة للفشل، فإنهم يميلون إلى الانهيار تحت الضغوط، سواء لوقت طويل أو خلال المواقف، ونادراً ما يعودون إلى العمل. (Seligman, 2002).

ويعتبر الأمل من المتغيرات الإيجابية المهمة في حياة الطالب الجامعي، فهو يقوم بدور مهم في حياته بشكل عام وحياته الجامعية بشكل خاص؛ فمن خلاله يسهل للفرد تحقيق أهدافه التي تمثل عاملاً مهماً في مواجهه ظروف الحياه الصعبة، وأيضاً، يستطيع الفرد اتخاذ القرارات المناسبة، والاستفادة من الوقت بشكل أمثل، وإيجاد الدافع وقوة العزيمة، والتحكم في الظروف المحيطة ومحاولة التكيف معها، والتخلي بالمهارات التي يحتاجها الفرد لتحقيق أهدافه، والمثابرة والإصرار على تحقيق الأهداف، وتقدير الذات، والتخطيط السليم لتحقيق الأهداف، والاستغلال الأمثل لقدرات الفرد، وحل المشكلات بطريقة تتوافق مع أهداف الفرد ومنظومته القيمية.

ويرى سنايدر أن الأمل يساعد الفرد على قبول الواقع والتعامل مع الأحداث المؤلمة بتوافق يُمكنه من تجاوز الأحداث والتغلب على الآلام؛ فالأمل في النهاية يعني ضمناً العمل بطريقة تركز على المهمة باتخاذ إجراءات استباقية إيجابية للتعامل مع حياه أفضل، وعدم الوقوف بشكل سلبي حتى تتحسن الأمور ولكن الانخراط في مهام الحياه بشكل إيجابي ومنتج (Bohart, 2002).

كما يتضح تأثير الأمل في حياة الطلبة بطريقة واضحة فمن خلاله يمكن التخلي بالإرادة، وتحديد إمكانية تحقيق الأهداف الأكاديمية من عدمه، وكذلك من خلال الطرق والمسارات يمكن إنشاء خطط واستراتيجيات ناجحة ومتاحة لتحقيق هذه الأهداف الأكاديمية (Day et al., 2010).

واستناداً إلى ما سبق، فإن النجاح في الحياه بأحداثها المختلفة يحتاج وجود درجة كبيرة من العزيمة والأمل، فالأمل في المستقبل لا يغير الحياه فقط بل يغير ملامح الوجه،

وينشر عليه جمالاً ورونقاً، وينشط الجلد ويكسبه لوناً صحياً، كما أنه ينظم عمل الغدد الصماء، ويقوي الجهاز الهضمي وامتصاص الطعام. ويقع الدور الأساسي في هذه العمليات على العقل، وليس على الأجهزة العضوية كما يعتقد الكثيرون. إن أفكار الفرد بسلبياتها و إيجابياتها ونقاط ضعفها وقوتها تتعكس على الحالة العضوية، وكل هذا ينعكس بصورة مباشرة على وجه الفرد بما يظهر عليه من علامات الحزن والألم أو الفرح والتفاؤل (مسعد أبو الديار، ٢٠١٣).

وقد رأي (Snyder, 2000) أن الأمل يبدأ من مرحلة ما قبل الحدث حينما يُقيم الفرد النتائج المتوقعة، فإذا شعر الفرد بأهمية هذه النتيجة فإنها تجذب انتباهه الذهني. ثم ينتقل الفرد الى مرحلة تحليل عواقب الأحداث وهي مرحلة الاهتمامات اللحظية والتي يُقيم الفرد فيها هل الهدف المرجو يستحق استمرار المعالجة الذهنية للمعلومات وذلك للبدء وتنشيط الإرادة والمسارات. ثم تتولد انفعالات إيجابية يترجمها الفرد في صورة عبارات ذهنية مثل سيكون الأمر شيق، أنا مستعد للتحدي- تعمل على تقوية الإرادة وأيضا رسم سبل تحقيق الأهداف (المسارات).

وفي أثناء سعي الفرد لتحقيق الأهداف قد يقابل ضغوطاً، ولكن الأفراد ذوو التفكير الأمل Hopeful Thinking ينظرون إليها على أنها تحدياً يتطلب مزيداً من خطط العمل. وعندما يتجاوز الفرد الضغوط تستمر أفكار الإرادة والمسارات بالتناوب. وعندما يتحقق الهدف فإن مشاعر وأفكار النجاح تؤثر في قيمة الأهداف الأخرى وتصبح نظرة الفرد أكثر عمومية ويؤكد شنايدر على أهمية التفكير الأمل في السياق الأكاديمي والذي من خلاله يدعم الطلاب من إدراكهم لإمكانياتهم في إيجاد مسارات متعددة لتحقيق الأهداف المرجوة مع وجود دافعيه للاستمرار في تحقيق الأهداف. كما أن التفكير الأمل يجعل الطلاب يستمرون في المهمة ولا يلتفتون للمشاعر السلبية (Synder, 2002).

دراسات وبحوث سابقة

نستعرض فيما يلي نتائج الدراسات والبحوث التي أجريت حول فعالية البرامج التي استندت إلى العلاج بالمخططات لخفض القلق وتحسين الأمل في سياق جائحة كورونا التي تسببت في تزايد مستويات القلق والشعور بالتوتر لدى قطاعات مختلفة.

وفي هذا الصدد، أجرى (Hamidpour et al., 2011) بحثاً بهدف فحص فعالية العلاج بالمخططات في علاج عينة من الإناث ممن يعانون من اضطراب القلق العام. بلغت عينة الدراسة ٣ سيدات خضعن لعدد ٢٠ جلسة بمعدل جلسة أسبوعياً. وتشير نتائج البحث إلى فعالية العلاج بالمخططات في خفض القلق لدى العينة المستهدفة.

وقام (Hedman et al., 2011) بإجراء بحث لاستكشاف فعالية العلاج المعرفي السلوكي من خلال الإنترنت في خفض قلق الصحة على عينة عشوائية بلغت ٤٠ فرداً خضعوا لعدد ١٢ أسبوعاً من الجلسات ومقارنتهم بمجموعة ضابطة (ن = ٤١) بعد تطبيق مقياس الاتجاه نحو المرض عليهم. وتوضح النتائج إلى أن المجموعة التجريبية التيس تلقت جلسات العلاج المعرفي السلوكي من خلال الإنترنت أبدوا تحسناً كبيراً وملحوظاً مقارنة بالمجموعة الضابطة؛ حيث انخفض لديهم قلق الصحة بشكل دال.

وقام (Tyrer et al., 2011) ببحث لاختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض قلق الصحة لدى عينة من المرضى ذوي قلق الصحة الحاد بلغ عددهم ٤٦٦ فرداً ومقارنتهم بمجموعة ضابطة. وتشير النتائج إلى فعالية العلاج السلوكي المعدل في خفض قلق الصحة.

وأجرى (Qorbanalipour, & Esmaeili, 2013) بحثاً هدف إلى تقييم فعالية العلاج بالمخططات في خفض قلق الصحة لدى عينة من ٢٠ فرداً من المترددين لطلب الخدمات الإرشادية. وتشير النتائج إلى انخفاض مستويات قلق الصحة بشكل دال بعد تطبيق البرنامج وفي فترة المتابعة.

وعاود (Tyrer et al., 2014) إجراء تجربة لتقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي لخفض قلق الصحة لدى عينة من المرضى ممن تتراوح أعمارهم بين ١٦-٧٠ عاماً، طبق عليهم مقياس توهم المرض، واختبار استدامة تلك الفعالية على مدار سنوات خمس. وتشير النتائج إلى فعالية الصيغة المعدلة من العلاج المعرفي السلوكي في خفض قلق الصحة لدى أفراد العينة.

وتهدف (Maleki et al., 2015) إلى استكشاف فعالية العلاج بالمخططات في خفض أعراض القلق والاكتئاب لدى عينة من طلاب كلية التمريض بلغت ٤٠ طالباً، طبق عليهم مقياس كاتل للقلق. وتشير نتائج الدراسة إلى انخفاض أعراض القلق والاكتئاب لدى أفراد العينة بعد تطبيق البرنامج، وفي فترة المتابعة.

وهدف (Jahangir, 2018) إلى فحص فعالية العلاج بالمخططات في خفض الاكتئاب والقلق لدى عينة من ذوي الوسواس القهري بلغت ١٦ فردًا، طبق عليهم مقياس بيك للقلق ومقياس بيك للاكتئاب. وتظهر النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي، كما استمر أثر البرنامج في فترة المتابعة.

وهدف (Axelsson et al., 2018) إلى مقارنة فعالية واستمرارية ثلاثة أنواع من العلاج المعرفي السلوكي مع مجموعة ضابطة في خفض قلق الصحة المرتفع: العلاج المعرفي السلوكي من خلال الإنترنت، والعلاج المعرفي السلوكي التقليدي، والعلاج المعرفي السلوكي بالقراءة. بلغت عينة البحث ١٣٢ راشدًا قسموا إلى ثلاث مجموعات متكافئة، وتلقت كل مجموعة ١٢ أسبوعًا من العلاج المعرفي السلوكي إلا المجموعة الضابطة، وطبق عليهم استبانة قلق الصحة. وتشير النتائج إلى فعالية جميع أشكال العلاج المعرفي السلوكي في خفض قلق الصحة الحاد مقارنة بالمجموعة الضابطة، واستمرت فعالية تلك العلاجات في فترة المتابعة؛ بيد أن العلاج المعرفي السلوكي التقليدي والعلاج المعرفي السلوكي بالقراءة أثبتا قدرة على استدامة أثرهما خلال عام بشكل يفوق العلاج المعرفي السلوكي بالإنترنت.

كما أجرى (Farokhzadian et al., 2018) بحثًا لفحص فعالية العلاج التكاملي بالمخططات الانفعالية والعلاج الميتمعرفي في خفض أعراض القلق العام لدى عينة من المسنين. بلغت العينة ٣٠ فردًا، طبق عليهم مقياس القلق العام. وتشير النتائج إلى أن المزج بين العلاج بالمخططات والعلاج الميتمعرفي قد أسهم في خفض مشاعر الهم والقلق لدى أفراد العينة.

واستهدف (Newby et al., 2018) فحص فعالية العلاج المعرفي السلوكي عبر الانترنت مقابل العلاج بالتربية النفسية في خفض قلق الصحة لدى عينة بلغت ٨٦ فردًا متوسط أعمارهم ٣٠ عامًا يعانون من اضطراب قلق المرض أو اضطراب الأعراض الجسمية، حيث خضعوا لعدد ٦ جلسات علاجية. وتشير النتائج إلى تحسن دال لدى المجموعتين؛ حيث انخفض قلق الصحة لديهما. وتشير التحليلات أن من تلقوا العلاج

المعرفي السلوكي عبر الانترنت تحسنا بشكل أكبر مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما انخفضت لديهم مستويات الاكتئاب والقلق المعمم والمعرفة المشوهة. كما استمرت فعالية العلاج في فترة المتابعة التي أجريت بعد مرور ثلاثة أشهر.

وأجرى (Morriss et al., 2019) بحثاً لتقييم فعالية نوعين من العلاج المعرفي السلوكي: العلاج المعرفي السلوكي التقليدي والعلاج المعرفي السلوكي عن بعد (باستخدام مؤتمرات الفيديو والاتصالات التليفونية)، وذلك بهدف خفض قلق الصحة لدى عينة من المرضى ممن تتجاوز أعمارهم ١٨ عاماً وحصلوا على درجة مرتفعة على مقياس قلق الصحة، بعد تقسيمهم لمجموعتين متكافئتين عدد كل منهما ٧٨ فرداً. وتشير النتائج إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي عن بعد في خفض قلق الصحة بشكل دال لدى أفراد العينة، ولم تشر النتائج إلى أية فروق دالة إحصائية في فعالية نوعي العلاج.

كما هدف (Mokhtarinejad et al., 2020a) إلى قياس فعالية العلاج بالمخططات والعلاج بالقبول والالتزام لتحسين التنظيم الانفعالي المعرفي لدى عينة من ذوي اضطراب القلق، طبق عليهم استبانة بنسلفانيا للهم واستبانة إدراك المرض. وتشير النتائج إلى فعالية العلاجين، بيد أن العلاج بالقبول والالتزام أكثر فعالية من العلاج بالمخططات في تحسين التنظيم الانفعالي المعرفي لدى عينة البحث.

كما هدف (Mokhtarinejad et al., 2020b) إلى عقد مقارنة بين العلاج بالمخططات والعلاج بالقبول والالتزام في تعديل إدراك المرض والهم لدى عينة من ذوي قلق الصحة بلغت ٤٥ فرداً، طبق عليهم استبانة التنظيم الانفعالي المعرفي. وتشير النتائج إلى فعالية كلا العلاجين في خفض الشعور بالهم وإدراك المرض لدى عينة الدراسة.

وتتبع (Tyrer et al., 2020c) استدامة فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعدل لفترة متابعة بلغت ثمان سنوات في خفض قلق الصحة لدى عينة من المرضى ذوي قلق الصحة الحاد بلغ عددهم ٣٠٦ وتراوحت أعمارهم بين ١٦-٧٥ عاماً. وتبين النتائج انخفاض قلق الصحة لدى العينة المستهدفة بشكل دال إحصائياً، وقدرة العلاج المعرفي السلوكي المعدل في إحداث أثر يستمر لمدة طويلة

وأجرى (Peeters et al., 2021) بحثاً لتعرف فعالية العلاج التكاملي بالمخططات في خفض بعض اضطرابات القلق المزمنة لدى عينة من الأفراد ذوي اضطرابات الشخصية، وذلك بعد فشل العلاج المعرفي السلوكي بمفرده في خفض حدة الأعراض لديهم. وبلغت عينة الدراسة ٦٢ شخصاً، طبق عليهم استبانة المخططات. وتظهر النتائج تحسن في أداء أفراد العينة وتغيراً إيجابياً في المخططات اللاتكيفية لديهم بعد تطبيق البرنامج.

وأجرى (Sharrock et al., 2021) بحثاً لاختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي عبر الانترنت في خفض قلق الصحة على عينة بلغت ١٢٦ شخصاً استرالياً متوسط أعمارهم ٣٧.٨. وتشير النتائج إلى أن انخفاض قلق الصحة كان دالاً، كما جاء تفاعل أفراد العينة مع العلاج النفسي الإلكتروني إيجابياً خصوصاً مع ظروف الإغلاق آنذاك.

كما قام (Ghazanfarpour et al., 2021) ببحث لاختبار فعالية العلاج النفسي عن بعد في خفض بعض مشكلات الصحة النفسية. وتشير نتائج البرنامج القائم على العلاج المعرفي السلوكي والتعقل إلى انخفاض دال لقلق الصحة لدى عينة من العاملين بالمشافي.

واستهدف (Bryant et al., 2022) التحقق من فعالية برنامج للتدخل النفسي قائم على مؤتمرات الفيديو في خفض بعض مشكلات الصحة النفسية على عينة بلغت ١٢٠ فرداً. وتشير النتائج إلى فعالية البرنامج في خفض قلق الصحة وتحسن الرفاهة العامة لأفراد العينة.

وبالنظر في الدراسات والبحوث التي تم عرضها يتبين التالي:

- ندرة إن لم يكن انعدام الدراسات في المكتبة العربية التي وظفت العلاج بالمخططات في تناول اضطرابات القلق عموماً وقلق الصحة خصوصاً، وذلك بحسب علم الباحثين.
- حداثة استخدام العلاج بالمخططات في تناول الأعراض الكليينكية لعدد من الاضطرابات النفسية، وذلك باعتبار أن العلاج بالمخططات يعد أحد اتجاهات الموجة الثالثة من العلاج والإرشاد النفسي (وبالأخص العلاج المعرفي السلوكي).

- ويتبين أيضاً أن استخدام العلاج بالمخططات شمل عدداً متنوعاً من الاضطرابات النفسية خصوصاً القلق كما في دراسة (Hamidpour et al., 2011; Farokhzadian et al., 2018; Maleki et al, 2015; Mokhtarinejad et al., 2020a).
- كما شملت عينات البحوث والدراسات التي استخدمت العلاج بالمخططات على نطاق واسع على فئات مختلفة تتراوح بين الشباب (Peeters et al., 2021) والمسنين (Farokhzadian et al, 2018) وطلاب الجامعة (Mokhtarinejad et al., 2020b).
- تركزت أغلب أهداف الدراسات التي أجريت حول التحقق من فعالية العلاج بالمخططات في خفض مشاعر القلق والهم لدى أفراد العينات المتنوعة (مثل دراسة Peeters et al., 2021).
- ظهرت أهمية مزج العلاج بالمخططات مع أنواع أخرى من العلاجات النفسية، مما أضفى فعالية على النتائج المستخلصة، وذلك كما في دراسة (Peeters et al., 2021;) التي مزجت بين العلاج بالمخططات وفنية التعريض، وكذلك دراسة (Farokhzadian et al., 2018) التي مزجت بين العلاج بالمخططات والعلاج الميتماعرفي.

فروض البحث:

- ١) توجد فروق دالة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي على مقياس قلق الصحة في اتجاه المجموعة التجريبية.
- ٢) توجد فروق دالة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي على مقياس الأمل في اتجاه المجموعة التجريبية.
- ٣) توجد فروق دالة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس قلق الصحة في اتجاه القياس البعدي.
- ٤) توجد فروق دالة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأمل في اتجاه القياس البعدي.

- ٥) لا توجد فروق داله بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس قلق الصحة.
- ٦) لا توجد فروق داله بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الأمل.
- ٧) تختلف ديناميات الشخصية لدى الطلبة مرتفعي قلق الصحة من أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي.

منهج البحث وإجراءاته :

استخدم الباحثان المنهج التجريبي والمنهج الإكلينيكي لملاءمتها لطبيعة البحث والمتغيرات موضع الاهتمام، حيث يحاول البحث اختبار فاعلية العلاج بالمخططات عبر الأنترنت في خفض قلق الصحة والتعرف على أثره على الأمل لدى عينة من طلبة الجامعة.

مجتمع البحث :

يتمثل مجتمع البحث الحالي في طلبة كلية التربية (تعليم عام وأساسي)، وطلبة كلية الآداب من جامعة الفيوم من الفرق الدراسية الأربعة لعام ٢٠٢٠/٢٠٢١ م.

عينة البحث :

• العينة الاستطلاعية: تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (٣١٥) طالبًا وطالبة من طلبة جامعة الفيوم بكلية التربية وكلية الآداب، للعام الجامعي ٢٠١٩/٢٠٢٠ م. أجريت الدراسة على عينة مكونة من ٣١٥ من طلاب الجامعة (٤١ ذكور، ٢٧٤ أنثى) وتراوحت أعمار العينة ككل بين ١٦-٢٣ عامًا، بمتوسط عمري ١٩.٣٩ عامًا، وانحراف معياري ٠.٨٢ عامًا، ويمكن وصف العينة وخصائصها كما يعرضها جدول (٢).

جدول (٢)

خصائص عينة الدراسة من طلاب الجامعة (ن=٣١٥)

المتغيرات		ذكور (ن=٤١)		إناث (ن=٢٧٤)		ذكور (ن=٣١٥)	
		%	ك	%	ك	%	ك
الكلية	إنسانية	٧	٢٢	٥٠.٥	١٥٩	٥٧.٥	١٨١
	تطبيقية	٦	١٩	٣٦.٥	١١٥	٤٢.٥	١٣٤
محل الإقامة	ريف	٦.٣	٢٠	٦١.٩	١٩٥	٦٨.٣	٢١٥
	حضر	٦.٧	٢١	٢٥.١	٧٩	٣١.٧	١٠٠
مريض	مريض	٠.٦	٢	٤.١	١٣	٤.٨	١٥
	غير مريض	١٢.٤	٣٩	٨٢.٩	٢٦١	٩٥.٢	٣٠٠
الإجمالي		١٣	٤١	٨٧	٢٧٤	١٠٠	٣١٥

- العينة الأساسية: تم تطبيق أدوات الدراسة بعد التأكد من الخصائص السيكومترية لها على عينة من طلبة الجامعة بكلية التربية الفرق الأربعة للعام الدراسي ٢٠٢٠-٢٠٢١ م ، حيث بلغ عدد الطلبة (١٥٠) طالبًا، بمتوسط عمري مقداره ٢٠.٨ عامًا، وانحراف معياري مقداره ١.٢. كما هو موضح بجدول (٣).

جدول (٣)

توزيع أفراد العينة الأساسية على طلبة وطالبات كلية التربية (ن=١٥٠)

الشعبة	الفرقة	العدد	العمر	
			المتوسط	الانحراف المعياري
اللغة الانجليزية	الثانية	٥٠	٢١.١	١.٠٤
اللغة العربية	الثالثة	٢٨	٢٠.٥	١.١١
علم النفس	الثالثة	٢٢	٢٠.٧	٠.٩٢٣
الدراسات الاجتماعية	الرابعة	٣٠	٢١.٤	٠.٨١
العلوم	الثالثة	٢٠	٢١.٠٥	١.٥٠
الاجمالي		١٥٠	٢٠.٨	١.٢

• العينة الإكلينيكية: قام الباحثان باختيار عينة البحث الإكلينيكية بصورة عمدية؛ حيث تكونت من طالبة حاصلة على درجة مرتفعة على مقياس قلق الصحة ودرجة منخفضة على مقياس الأمل؛ للتعرف على الصورة الإكلينيكية للحالة موضع الدراسة وتم تطبيق الأدوات الإكلينيكية عليها قبل البرنامج العلاجي وبعده للتعرف على تأثير البرنامج العلاجي عليها.

وتم اتباع الخطوات الآتية لتحديد أفراد المجموعة التجريبية والضابطة: تطبيق مقياس قلق الصحة، ثم تطبيق مقياس الأمل، ثم تصحيح المقاييس، وأخيراً تحديد قيم الإرباعيات لدرجات الطلبة على مقياس قلق الصحة، ويوضح الجدول الآتي هذه القيم:

جدول (٤)

إرباعيات درجات العينة الأساسية على مقياس قلق الصحة

الدرجات في العينة الكلية	الإرباعي
٢٨	الأدنى
٤٥	المتوسط
٦٠	الأعلى

وتم تحديد ذوي قلق الصحة المرتفع من خلال اختيار الطلبة الذين ارتفعت درجاتهم عن ٦٠ درجة، ثم تحديد قيم الإرباعيات لدرجات الطلبة على مقياس الأمل، ويوضح جدول (٥) هذه القيم:

جدول (٥)

إرباعيات درجات عينة الطلبة ذوي قلق الصحة المرتفع على مقياس الأمل

الدرجات في العينة المنتقاه	الإرباعي
١٥	الأدنى
٢٣	المتوسط
٢٩	الأعلى

وتم تحديد الطلبة وذلك من خلال اختيار الطلبة الذين انخفضت درجاتهم عن الإرباعي الأدنى وهو ١٥ وتحديد ٣٠ طالبًا لتحديد المجموعة التجريبية والضابطة؛ وكانت المجموعة تجريبية مكونة من ١٥ طالبًا، والمجموعة الضابطة مكونة من ١٥ طالبًا أيضًا.

وتمت مراعاة عدة أمور عند اختيار أفراد المجموعة التجريبية والضابطة:

أن تكون لديهم الرغبة في المشاركة في البرنامج، والالتزام بحضور الجلسات في مواعيدها المحددة والمتفق عليها معهم، والحصول على درجات مرتفعة على مقياس قلق الصحة، والحصول على درجات منخفضة على مقياس الأمل. وبناءً على ما سبق تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طالبًا موزعة على مجموعتين كالتالي:

١- المجموعة التجريبية:

وتتضمن الطلبة التي يعانون من ارتفاع قلق الصحة وانخفاض الأمل، وهم المجموعة التي طبق عليهم البرنامج العلاجي، وعددهم ١٥ طالبًا.

٢- المجموعة الضابطة:

وتتضمن الطلبة التي يعانون من ارتفاع قلق الصحة وانخفاض الأمل، وهم المجموعة التي لم يطبق عليهم البرنامج العلاجي، وعددهم ١٥ طالبًا. وتم عمل تكافؤ لأفراد هذه المجموعات في المتغيرات الآتية: العمر الزمني، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي، والدرجة الكلية لقلق الصحة، والدرجة الكلية للأمل، وذلك باستخدام مان وتي Mann-whitney وتوضح الجداول (٦) و (٧) و (٨) نتائج هذه المجانسة:

جدول (٦)

تكافؤ أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في العمر الزمني

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	قيمة هـ	مستوى الدلالة
التجريبية	١٥	١٦.٩٠	٠.٩٢٨	غير دالة
الضابطة	١٥	١٤.١٠		

ويتضح من جدول (٦) عدم وجود فروق دالة بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في العمر الزمني.

جدول (٧)

تكافؤ أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في المستوى الاقتصادي والاجتماعي

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	قيمة هـ	مستوى الدلالة
التجريبية	١٥	١٤.٣٣	٠.٨٢٨	غير دالة
الضابطة	١٥	١٦.٦٧		

ويتضح من جدول (٧) عدم وجود فروق دالة بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في المستوى الاقتصادي والاجتماعي.

جدول (٨)

تكافؤ أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في الدرجة الكلية لقلق الصحة

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	قيمة هـ	مستوى الدلالة
التجريبية	١٥	١٥.١٣	٠.٢٤٤	غير دالة
الضابطة	١٥	١٥.٨٧		

ويتضح من جدول (٨) عدم وجود فروق دالة بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في الدرجة الكلية لقلق الصحة.

جدول (٩)

تكافؤ أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في الدرجة الكلية للأمل

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	قيمة هـ	مستوى الدلالة
التجريبية	١٥	١٦.٥٠	٠.٦٤٩	غير دالة
الضابطة	١٥	١٤.٥٠		

ويتضح من جدول (٩) عدم وجود فروق دالة بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في الدرجة الكلية لقلق للأمل.

أدوات البحث: يشتمل البحث الحالي على الأدوات التالية:

(أ) أدوات الدراسة التجريبية وهي:

- ١- مقياس قلق الصحة (Lucock & Morley, 1996، ترجمة وتقنين الباحثين).
- ٢- مقياس الأمل (Snyder et al., 1991، تعريب أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٤).
- ٣- استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي (إعداد: عبدالعزيز الشخص، ٢٠٠٦)
- ٤- البرنامج العلاجي (إعداد الباحثين).

(ب) أدوات الدراسة الاكلينيكية وهي:

- ١- اختبار التات TAT. (بيلاك ليولد، ترجمة: محمد أحمد خطاب، ٢٠١٧)
- ٢- اختبار تكلمة الجمل الناقصة (SCT). (إعداد: جوزيف ساكس وليفي، ترجمة: سيد محمد غنيم، هدى عبد الحميد برادة، ١٩٦٤).
- ٣- دراسة الحالة (إعداد الباحثين).

ويستعرض الباحثان في هذا الجزء وصفاً لكل أدوات الدراسة المستخدمة في الدراسة وذلك من خلال تناولها في صورته المبدئية من حيث عدد عباراته وكيفية الإجابة عنه وأبعاده، ثم يتناولان الخصائص السيكمترية للمقاييس، وأخيراً تصحيحهما.

أولاً: مقياس قلق الصحة (ترجمة وتقنين الباحثين)

أعد هذا المقياس (Luccock & Morley, 1996) وهو مقياس تقرير ذاتي يتكون من ٢١ مفردة، وتتم الإجابة عن كل بند من بنود المقياس من خلال أربعة بدائل تتراوح بين ١-٣. هذا ويتمتع المقياس في البيئة الأجنبية بخصائص سيكمترية جيدة؛ حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ ٠.٩٢، وبلغ معامل إعادة الاختبار ٠.٨٧ كما يتمتع بمؤشرات صدق جيدة من خلال التحليل العاملي الاستكشافي.

وقد عمد الباحثان إلى ترجمة مقياس قلق الصحة ونقله إلى العربية. ثم قاما بعرضه على متخصص في الترجمة من اللغة الإنجليزية إلى العربية. وتمت المقارنة بين الترجمتين ومناظرتهما بالنسخة الإنجليزية من قبل متخصص في اللغة الإنجليزية ليس لديه علم بالمقياس، ثم الخروج بترجمة عربية نهائية تراعي السياق المراد قياسه^١.

ثم عرض المقياس بصورته الأولية على مجموعة من المحكمين المتخصصين في علم النفس التربوي والصحة النفسية للاستفادة من خبراتهم (ملحق ١)، وذلك لإبداء آرائهم من إضافة أو حذف أو تعديل بعض البنود لتصبح جاهزة للتطبيق الاستطلاعي على عينة الدراسة الاستطلاعية، وأخيراً تم تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية للبحث من طلبة

^١ استخدمت هذه الاستراتيجية في ترجمة المقاييس التي نقلها الباحثان في البحث الحالي، وهي تتسق مع توصيات لجنة الاختبارات الدولية (ITC) Internatiola Test Comission في نقل المقاييس النفسية من لغة إلى أخرى (Jeanrie, & Bertrand, 1999; Hambleton; 2001; Hambleton, & Zenisky, 2011).

الجامعة، وفي ضوء استجاباتهم تم تعديل بعض مفردات المقياس الغامضة بالنسبة للعينة الاستطلاعية.

(أ) الصدق

١) الصدق العاملي والتوكيدي لمقياس قلق الصحة:

لاستكشاف البنية العاملية لمقياس قلق الصحة وفقاً لاستجابات العينة الاستطلاعية، فقد استخدم أسلوب التحليل العاملي الاستكشافي بواسطة (SPSS (V. 25)، وقد أسفر عن ثلاثة عوامل، وروجعت معاملات الارتباط بين العبارات وبعضها بمصفوفة الارتباط (correlation matrix) للتأكد من أن معظم معاملات الارتباط البينية تزيد عن (٠.٠٣) كمرحلة أولى لصلاحية التحليل. ووجد أن أكثر من ثلاثة معاملات ارتباط تزيد قيمتها عن (٠.٠٣). كما روجعت القيم القطرية لمصفوفة الارتباط (Anti-image) وذلك للتأكد من أن كل عبارة من عبارات المقاييس الفرعية لا تقل قيمة MSA لها عن (٠.٠٥). وتمت مراجعة القيم الخاصة باختبار KMO للتأكد من أن قيمة MSA الكلية للمقياس لا تقل عن (٠.٠٥) وهي = (٠.٨٦٧) وتم التأكد من قيمة اختبار Barlett واتضح أنه دال عند مستوى (٠.٠٠٠) أقل من واحد من ألف. كما روجعت كذلك قيم معاملات الشيوخ؛ وذلك للتأكد من أن كل عبارة تشبعت على عامل فقط (عبارة بسيطة). وأسفرت نتائج التحليل العاملي لعبارات المقياس (ملحق ٢) المكونة من ٢١ عبارة عن تشبع المفردات على ٣ عوامل توفر بها محك كايزر وهو أن الجذر الكامن لها أكبر من الواحد الصحيح فسروا ٦١.٩٢% من تباين درجات العينة. وللحصول على تكوين عاملي يمكن تفسيره تم تدوير المحاور تدويراً متعامداً باستخدام طريقة الفاريمكس Varimax وتم التوصل إلى ثلاثة عوامل مستقلة. ثم تم إعادة عملية التدوير للعوامل التي يصل نسبة تشبعها ٠.٠٤ فأكثر. ثم أسفر التحليل عن ثلاثة عوامل قوية معبرة عن أبعاد المقياس. وقد وزعت عبارات المقياس بعد عملية التدوير في ثلاثة عوامل؛ تراوحت قيمة الجذر الكامن لها بين ١٩.٤-١.٣١، وتم تصنيف العوامل الثلاثة باعتبارها عوامل من الدرجة الأولى (الجذر الكامن أكبر من الواحد الصحيح)، وتم استبعاد ٨ عبارات ليصبح عدد المفردات ١٣ عبارة موزعة على ثلاثة عوامل (ملحق ٣). ويعرض جدول (١٠) نتائج تحليل العاملي الاستكشافي EFA لمفردات مقياس قلق الصحة.

جدول (١٠)

نتائج التحليل العاملي الاستكشافي EFA وفقاً لاستجابات عينة الدراسة
على مقياس قلق الصحة (ن = ٣١٥)

رقم المفردة	التشبع على العامل الأول	رقم المفردة	التشبع على العامل الثاني	رقم المفردة	التشبع على العامل الثالث
٦	٠.٧٨٥	١٥	٠.٧٨١	٢٠	٠.٨٥٤
٢	٠.٧٤٠				
١	٠.٧٠٨	١٤	٠.٧٧٧	١٩	٠.٨٣٦
٨	٠.٦٩٦	١٦	٠.٦٤١		
٣	٠.٦٣٨	١٧	٠.٥٨٠	٢١	٠.٨١٣
١٠	٠.٥٥٩				
قيم الجذر الكامن	%٢٥.٥٧٠	%١٨.٩٤٤	%١٧.٤١٥		
KMO, Bartlett	٠.٨٦٧	$X^2 (153) = 5170.136, P < 0.01$			

ويلاحظ من نتائج جدول (١٠) أن تشبعات جميع المفردات على الثلاثة عوامل قد بلغت قيمةً مرضيةً من التشبع بل وتجاوزت المحك ٠.٥٠، وأن قيمة التباين الكلي المفسر بواسطة الثلاثة عوامل قد وصلت إلى ٦١.٩٢%. وقد تشبع على العامل الأول عدد ٦ مفردات مفسراً نسبةً من التباين الكلي قدرها ٢٥.٥٧%، وقد أطلق على هذا العامل "الصحة". بينما تشبع على العامل الثاني عدد "٤" مفردات مفسراً نسبةً من التباين الكلي قدرها "١٨.٩٤%"، وقد أطلق على هذا العامل "الخوف من المرض". كما تشبع على العامل الثالث عدد "٣" مفردات مفسراً نسبةً من التباين الكلي قدرها "١٧.٤١%" وقد أطلق على هذا العامل "تعويق الحياة".

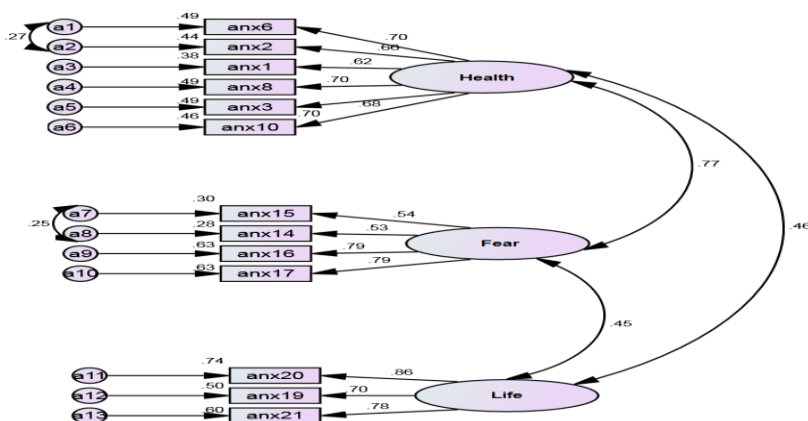
كما نفذ الباحثان التحليل العاملي التوكيدي كإجراء إحصائي متعدد المتغيرات ويستخدم لاختبار جودة تمثيل المفردات الناتجة من التحليل العاملي الاستكشافي وعددها (١١) مفردة للمقياس كمتغيرات مشاهدة للمتغيرات الكامنة (العوامل الثلاثة لقلق الصحة)، ويعرض جدول (١١) أدلة المطابقة للنموذج ثلاثي العوامل لمقياس قلق الصحة وفقاً لاستجابات عينة الدراسة (ن = ٣١٥).

جدول (١١)

أدلة المطابقة للنموذج ثلاثي العوامل لمقياس قلق الصحة (ن = ٣١٥)

أدلة الملاعبة										النموذج
RMSEA	AGFI	RMR	PRATIO	CFI	RFI	IFI	NFI	P	χ^2	الناتج من CFA
٠.٠٤٨	٠.٩٣١	٠.٠٣٠	٠.٧٥٦	٠.٩٧٤	٠.٩٢٠	٠.٩٦٥	٠.٩٤٠	٠.٠٠٠	٤٧١.٣٥٤	خماسي العوامل

ويلاحظ من جدول (١١) أن جميع أدلة المطابقة وصلت للمحك إلا أن قيمة مربع كاي كانت دالة، لذا يمكن الاعتماد على نسبة مربع كاي لدرجة الحرية التي تؤكد مطابقة النموذج؛ حيث كانت أقل من القيمة "٢". كما أن مؤشرات بساطة النموذج PRATIO كانت أكبر من ٠.٥، بما يؤكد مطابقة النموذج التوكيدي من الدرجة الثانية لمقياس قلق الصحة لبيانات العينة. ويظهر الشكل (١) النموذج البنائي النهائي لمقياس قلق الصحة.



شكل (١) نموذج التحليل العائلي التوكيدي لمقياس قلق الصحة

(٢) الصدق التمييزي لمقياس قلق الصحة

أمكن التحقق من الصدق التمييزي للمقياس من خلال الاعتماد على بيانات مصفوفة

Factor Score Weights المبينة بالجدول (١٢)

جدول (١٢)

قيم أوزان الدرجات على العوامل الثلاثة كمؤشر للصدق التمييزي لمقياس قلق الصحة

عوامل المقياس	٦	٢	١	٨	٣	١٠	١٥	١٤	١٦	١٧	٢٠	١٩	٢١
الأول	٠.٧٧٦	٠.٧٤٩	٠.٦٩٧	٠.٧٥٠	٠.٧٥١	٠.٧٥١	٠.٤٤٢	٠.٤٤٢	٠.٥٤٠	٠.٥٥٥	٠.٣٦١	٠.٢٧٠	٠.٣٦٢
الثاني	٠.٤٤٧	٠.٤٦٤	٠.٣٨٣	٠.٤٤٥	٠.٥٠٧	٠.٥٢٦	٠.٧٦٢	٠.٧٤٢	٠.٨٠٣	٠.٧٧٨	٠.٣٢٢	٠.٢٢٢	٠.٣٥٥
الثالث	٠.٣٠٩	٠.٤٦٠	٠.٢٩٠	٠.٢٩٧	٠.٢٧٧	٠.٢٧٣	٠.٢٣٣	٠.٢٤٠	٠.٢٧١	٠.٢٤٥	٠.٧٧٧	٠.٨٢٢	٠.٨٢٢

ويلاحظ من الجدول (١٢) أن تشبعات المفردات الخاصة بالعامل الأول أكبر من تشبعاتها في العوامل الأخرى المنافسة له، كما أن تشبعات المفردات الخاصة بالعامل الثاني أكبر لو قورنت بتشبعاتها على العوامل الأخرى، بما يؤكد تحقق الصدق التمييزي لمقياس قلق الصحة.

(ب) الثبات لمقياس قلق الصحة:

أمكن حساب ثبات ألفا كرونباخ للمفردات والدرجة الكلية لمقياس قلق الصحة حيث تراوحت قيمة ألفا للمفردات بين ٠.٨٦٢-٠.٨٧٥، و ٠.٨٧٦ للدرجة الكلية للمقياس. ويعرض جدول (١٣) هذه النتائج.

جدول (١٣)

معاملات ثبات ألفا كرونباخ لمقياس قلق الصحة في حالة حذف المفردة (ن=٣١٥)

قلق الصحة			
رقم المفردة	ثبات ألفا كرونباخ	رقم المفردة	ثبات ألفا كرونباخ
١	٠.٨٦٨	١٥	٠.٨٧١
٢	٠.٨٦٤	١٦	٠.٨٦٣
٣	٠.٨٦٤	١٧	٠.٨٦٢
٦	٠.٨٦٤	١٩	٠.٨٧٥
٨	٠.٨٦٥	٢٠	٠.٨٧٠
١٠	٠.٨٦٤	٢١	٠.٨٧٠
١٤	٠.٨٧٠		

قيمة ألفا للمقياس ككل = ٠.٨٧٦

ويبين من جدول (١٣) أن جميع قيم معاملات ثبات ألفا لمقياس قلق الصحة (سواء لكل بند من بنود كل مقياس أو ألفا للمقياس ككل) قد بلغت القيمة القطعية لمعامل الثبات المقبول ٠.٦٠، بل وتجاوزت جميعها هذه القيمة. كما قام الباحثان بحساب ثبات ألفا كرونباخ، وجتمان، وماكدونالد، وتم حساب نسبة الثبات لكل عامل من عوامل المقياس ويعرض جدول (١٤) قيم ثبات ألفا وكذلك قيم الثبات للمقياس ككل (ن=٣١٥) في حالة حذف كل عبارة من عباراته:

جدول (١٤)

معاملات ثبات ألفا كرونباخ، وجتمان، وماكدونالد لمقياس قلق الصحة

لدى عينة البحث (ن=٣١٥)

قلق الصحة				
رقم المفردة	العامل	ثبات ألفا كرونباخ Cronbach's α	Gutmann's جتمان $\lambda 6$	ماكدونالد McDonald's
١	العامل الأول:	٠.٨٢	٠.٨٠	٠.٨٢
٢		٠.٨١	٠.٧٨	٠.٨١
٣		٠.٨١	٠.٧٩	٠.٨١
٦		٠.٨٠	٠.٧٧	٠.٨٠
٨		٠.٨١	٠.٧٨	٠.٨١
١٠		٠.٨١	٠.٧٩	٠.٨١
١٤	العامل الثاني	٠.٧٤	٠.٦٨	٠.٧٦
١٥		٠.٧٣	٠.٦٧	٠.٧٥
١٦		٠.٦٩	٠.٦٠	٠.٦٩
١٧		٠.٧٠	٠.٦١	٠.٧٠
١٩	العامل الثالث	٠.٤٨	٠.٣٢	٠.٤٨
٢٠		٠.٣٤	٠.٢١	٠.٣٥
١٧		٠.٧٥	٠.٦١	٠.٧٦
	الثبات الكلي للعامل الأول	٠.٨٣	٠.٨٢	٠.٨٤
	الثبات الكلي للعامل الأول	٠.٧٧	٠.٧٣	٠.٧٧
	الثبات الكلي للعامل الثالث	٠.٦٣	٠.٦٠	٠.٧٠

ويتبين من جدول (١٤) أن جميع قيم معاملات ثبات ألفا لمقياس قلق الصحة (سواء لكل بند من بنود كل مقياس أو ألفا للمقياس ككل) قد بلغت القيمة القطعية لمعامل الثبات المقبول ٠.٦٠، بل وتجاوزت جميعها هذه القيمة.

ثانياً: مقياس الأمل لـ Snyder (تعريب أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٤)

أعد هذا المقياس (Snyder et al., 1991) ونقله وقننه إلى العربية أحمد عبد الخالق (٢٠٠٤) وهو مقياس تقرير ذاتي يتكون من ١٢ مفردة، غير أن عدد ٤ مفردات منها تعتبر مشتتات أو "حشو" ولا تصحح، وتتم الإجابة عن كل بند من بنود المقياس من خلال أربعة بدائل تتراوح بين ١-٣. هذا ويتمتع المقياس في البيئة الأجنبية بخصائص سيكومترية جيدة؛ حيث تراوحت معاملات ألفا كرونباخ ٠.٧٤-٠.٨٤، وبلغ معامل إعادة الاختبار ٠.٨٥. كما يتمتع بمؤشرات صدق جيدة من خلال التحليل العامل الاستكشافي. تم تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية للبحث من طلبة الجامعة.

(أ) الصدق:

١- الصدق العاملي لمقياس الأمل:

استخدم الباحثان نفس الإجراءات للتحقق من التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي لمقياس الأمل، فقد استخدم أسلوب التحليل العاملي الاستكشافي بواسطة SPSS (v. 25)، وقد أسفر عن عاملين، وروجعت معاملات الارتباط بين العبارات وبعضها بمصفوفة الارتباط (correlation matrix) للتأكد من أن معظم معاملات الارتباط البينية تزيد عن ٠.٠٣ كمرحلة أولى لصلاحية التحليل. ووجد أن أكثر من ثلاثة معاملات ارتباط تزيد قيمتها عن (٠.٠٣) كما روجعت القيم القطرية لمصفوفة الارتباط (Anti-image) وذلك للتأكد من أن كل عبارة من عبارات المقاييس الفرعية لا تقل قيمة MSA لها عن ٠.٠٥، تم حذف عبارتين. وتمت مراجعة القيم الخاصة باختبار KMO للتأكد من أن قيمة MSA الكلية للمقياس لا تقل على ٠.٠٥ وهي (٠.٧٢٤) وتم التأكد من قيمة اختبار Barlett واتضح أنه دال عند مستوى (٠.٠٠٠) أقل من واحد من ألف. كما روجعت كذلك قيم معاملات الشيوخ؛ وذلك للتأكد من أن كل عبارة تشبعت على عامل فقط (عبارة بسيطة). وأسفرت نتائج التحليل العاملي لعبارات المقياس المكونة (ملحق ٤)

من ٨ عبارات عن تشبع المفردات على عاملين توفر فيهما محك كايزر، وهو أن الجذر الكامن لها أكبر من الواحد الصحيح فسروا ٦٢.٨٨٢% من تباين درجات العينة. وللحصول على تكوين عاملي يمكن تفسيره تم تدوير المحاور تدويراً متعامداً باستخدام طريقة الفاريمكس Varimax. وتم التوصل إلى عاملين مستقلين، ثم تم إعادة عملية التدوير للعوامل التي يصل نسبة تشبعها ٠.٠٥ فأكثر. ثم أسفر التحليل عن عاملين يعبران عن أبعاد المقياس. وقد وزعت عبارات المقياس بعد عملية التدوير في عاملين؛ وتم تصنيف العاملين باعتبارها عوامل من الدرجة الأولى (الجذر الكامن أكبر من الواحد الصحيح)، وتم استبعاد عبارتين ليصبح عدد المفردات ٦ عبارات موزعة على عاملين (ملحق ٥). ويعرض جدول (١٥) نتائج تحليل العاملية الاستكشافية EFA لمفردات مقياس الأمل.

جدول (١٥)

نتائج التحليل العاملية الاستكشافية EFA وفقاً لاستجابات عينة الدراسة

على مقياس الأمل (ن = ٣١٥)

رقم المفردة	التشبع على العامل الأول	رقم المفردة	التشبع على العامل الثاني
٣	٠.٧٧٤	٧	٠.٨٦٧
٤	٠.٧٧٤	٨	٠.٨١١
٥	٠.٧٥٢	٦	٠.٦٣٤
التباين المفسر	٣١.٧٣٢		٣١.١٥٠
KMO, Bartlett	٠.٧٢٤		$X^2 (351) = 10296.574, P < 0.01$

ويلاحظ من نتائج جدول (١٥) أن تشبعات جميع المفردات وعددهم "٦" مفردة على العاملين قد بلغت قيمةً مرضيةً من التشبع بل وتجاوزت المحك (٠.٥٠)، وأن قيمة التباين الكلي المفسر بواسطة العاملين قد وصلت إلى ٦٢.٨٨٢%. وقد تشبع على العامل الأول عدد "٣" مفردات مفسراً نسبةً من التباين الكلي قدرها "٣١.٧٣٢%" وقد أطلق على هذا العامل "السبل"، وتشبع على العامل الثاني عدد "٣" مفردات مفسراً نسبةً من التباين الكلي قدرها "٣١.١٥٠%"، وقد أطلق على هذا العامل "الإرادة"

كما أمكن التحقق من الصدق التمييزي للمقياس من خلال الاعتماد على بيانات مصفوفة Factor Score Weights المبينة بالجدول (١٦)

جدول (١٦)

قيم أوزان العوامل الاتنين كمؤشر للصدق التمييزي لمقياس الأمل (ن=٣١٥)

العامل الثاني	العامل الأول	مفردات المقياس
٠.٢٧٥	٠.٧٥٩	٣
٠.٣٣٢	٠.٨٠٨	٤
٠.٢٣٤	٠.٧٨١	٥
٠.٧٧٣	٠.٣٧٠	٧
٠.٨٢٥	٠.٢٤٥	٨
٠.٧٧٥	٠.٢٢٠	٦

ويلاحظ من جدول (١٦) أن تشبعات المفردات الخاصة بالعامل الأول أكبر من تشبعاتها في العامل الآخر، مما يؤكد تحقق الصدق التمييزي لمقياس الأمل.

(ب) الثبات

قام الباحثان بحساب معامل ألفا لمقياس الأمل (ن=٣١٥) وكانت قيمة ألفا كما هو مبين

بجدول (١٧) التالي:

جدول (١٧)

معاملات ثبات ألفا كرونباخ لمقياس الأمل في حالة حذف المفردة (ن=٣١٥)

الأمل	
ثبات ألفا كرونباخ	رقم المفردة
٠.٦٨٧	٣
٠.٦٦٧	٤
٠.٧٠١	٥
٠.٦٦٧	٦
٠.٦٧٢	٧
٠.٦٩٩	٨
قيمة ألفا للمقياس ككل = ٠.٧٢١	

ويتبين من جدول (١٧) أن جميع قيم معاملات ثبات ألفا لمقياس الأمل (سواء لكل بند من بنود كل مقياس أو ألفا للمقياس ككل) قد بلغت القيمة القطعية لمعامل الثبات المقبول ٠.٦٠، بل وتجاوزت جميعها هذه القيمة.

كما قام الباحثان بحساب ثبات ألفا كرونباخ، وجتمان، وماكدونالد، وتم حساب نسبة الثبات لكل عامل من عوامل المقياس ويعرض جدول (١٨) قيم ثبات ألفا وكذلك قيم الثبات للمقياس ككل (ن=٣١٥) في حالة حذف كل عبارة من عباراته كما هو مبين بالجدول (١٨) التالي :

جدول (١٨)

معاملات ثبات ألفا كرونباخ، وجتمان، وماكدونالد لمقياس قلق الصحة

لدى عينة البحث (ن=٣١٥)

الأمل				
رقم المفردة	العامل	ثبات ألفا كرونباخ Cronbach's α	جتمان Gutmann's λ_6	ماكدونالد McDonald's
٣	العامل الأول	٠.٥٩	٠.٤٢	٠.٥٩
٤		٠.٥٣	٠.٣٦	٠.٥٣
٥		٠.٦٣	٠.٤٦	٠.٦٣
٦	العامل الثاني	٠.٦٩	٠.٥٣	٠.٦٩
٧		٠.٥٧	٠.٣١	٠.٤٧
٨		٠.٦٣	٠.٤٨	٠.٦٤
الثبات الكلي للعامل الأول		٠.٦٨	٠.٥٩	٠.٦٨
الثبات الكلي للعامل الثاني		٠.٦٩	٠.٦٣	٠.٧٢

ويتبين من جدول (١٨) أن جميع قيم معاملات ثبات ألفا لمقياس الأمل (سواء لكل بند من بنود كل مقياس أو ألفا للمقياس ككل) قد بلغت القيمة القطعية لمعامل الثبات المقبول ٠.٦٠، بل وتجاوزت جميعها هذه القيمة.

تقدير الدرجات لمقاييس الدراسة في صورتها النهائية:

أولاً - قلق الصحة:

يتكون المقياس في صورته النهائية من (١٣) مفردة موزعة على ثلاثة أبعاد؛ بحيث تصحح الاستجابات من خلال أربعة بدائل يختار الطالب من بينها بديلاً واحداً، فيعطى الدرجة (٤) إذا كان الاختيار للبدل "معظم الوقت"، ويعطى الدرجة (٣) إذا كان الاختيار للبدل "غالب الوقت"، ويعطى الدرجة (٢) إذا كان الاختيار للبدل "أحياناً"، ويعطى الدرجة (١) إذا كان الاختيار للبدل "لا يحدث أبداً أو نادراً ما يحدث"، وبذلك تصبح أعلى درجة للمقياس "(٥٢)" درجة وأقل درجة للمقياس (١٣) درجة، والجدول التالي يوضح عبارات كل بعد من أبعاد مقياس قلق الصحة في صورته النهائية.

جدول (١٩) عبارات أبعاد مقياس قلق الصحة في صورته النهائية

أرقام فقرات المقياس	أبعاد قلق الصحة
١, ٢, ٣, ٨, ١٠, ١٦	القلق والانشغال بالصحة
١٦, ١٤, ١٥	الخوف من المرض والموت
١٩, ٢٠, ١٧	تعويق الحياة

ثانياً الأمل:

يتكون المقياس في صورته النهائية من (٦) مفردات موزعين على بعدين، بحيث تصحح الاستجابات من خلال أربعة بدائل يختار الطالب من بينها بديلاً واحداً، فيعطى الدرجة (٤) إذا كان الاختيار للبدل "صحيح تماماً"، ويعطى الدرجة (٣) إذا كان الاختيار للبدل "صحيح غالباً"، ويعطى الدرجة (٢) إذا كان الاختيار للبدل "خطأ غالباً"، ويعطى الدرجة (١) إذا كان الاختيار للبدل "خطأ تماماً"، وبذلك تصبح أعلى درجة للمقياس (٢٤) درجة وأقل درجة للمقياس (٦) درجة، ويوضح الجدول (٢١) التالي عبارات كل بعد من أبعاد مقياس الأمل في صورته النهائية.

جدول (٢٠) عبارات أبعاد مقياس الأمل في صورته النهائية

أرقام فقرات المقياس	أبعاد مقياس الأمل
٣, ٤, ٥	السيئ
٦, ٧, ٨	الإرادة

ثالثاً: استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي Socioeconomic status of the family (إعداد عبد العزيز الشخص)

ويقصد به الدرجة التي تحدد وضع الأسرة للمستوى العام للأسر المصرية، حيث تتضمن خمسة مؤشرات هي: مستوى التعليم (للجنسين)، ومستوى المهنة أو الوظيفة (للجنسين)، ومتوسط دخل الفرد في الشهر، وتشتمل الاستمارة على سبعة مستويات هي: منخفض جداً - منخفض - دون المتوسط - متوسط - فوق المتوسط - مرتفع - مرتفع جداً. وقد استخدمت الاستمارة في البحث الحالي بهدف توزيع الأفراد بشكل متكافئ بين المجموعتين التجريبية والضابطة. (ملحق ٦)

رابعاً: البرنامج العلاجي (إعداد الباحثين)

تم إعداد برنامج علاجي لعلاج قلق الصحة وأثره على تحسين الأمل لدى طلبة الجامعة، حيث يستند هذا البرنامج إلى أسس وفنيات العلاج القائم على المخططات عبر الأنترنت لعلاج قلق الصحة لدى عينة الدراسة. (ملحق ٧)

والبرنامج الحالي هو برنامج تم تقديمه كلياً عبر استخدام شبكة الانترنت (تقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية عن بعد). وقد تم توظيف أدوات التواصل المترام Synchronous والمتمثلة في برنامج Zoom^٢؛ حيث يتم الالتقاء بأفراد عينة البحث من خلال جلسات بث مباشر بمواعيد محددة مسبقاً، ويتم التفاعل وشرح أهداف البرنامج وفلسفته وطبيعة اضطراب قلق الصحة (التربية النفسية)، وشرح الفنيات التي ستستخدم وكذلك مراجعة التكاليفات أول كل جلسة. كما تم توظيف أدوات التواصل غير المترام Asynchronous والمتمثلة في التواصل من خلال البريد الإلكتروني وإمداد عينة البحث بقراءات و مواد بصرية نفسية لمشاهدتها ومناقشتها في الجلسة التالية. هذا فضلاً عن توظيف منصة Youtube في توجيه أفراد البحث لمشاهدة بعض المقاطع المتعلقة بالعلاج بالمخططات وأخرى تشرح القلق وأسبابه على أن يقوم البحث بكتابة ملخص كل

^٢ Zoom: تطبيق إلكتروني من خلال الهواتف الجواله أو الحواسيب الآلية يمكن التواصل من خلاله مع الآخرين والتفاعل معهم في بيئة افتراضية مقاربة للبيئة الواقعية؛ حيث يكون التواصل متراماً وبتاً مباشراً (الباحثان).

مرة لما شاهدوه وإدارة نقاش بين أفراد المجموعة حول النقاط المهمة لكل مقطع فيديو. كما تم الاعتماد على بعض المواقع التي تقدم محتوى نفسياً عربياً ومنها:

- https://www.youtube.com/watch?v=akeKe4B_NdU
- <https://www.youtube.com/watch?v=2ToWzaYCM8I>
- https://www.youtube.com/watch?v=Ygq_Pz8GEyY
<http://bafree.net/alhisn/>
- <https://www.elazayem.com/>
<http://www.maganin.com/>
- <http://ncmh.org.sa/index.php/pages/home>

وفيما يلي عرض تفصيلي للبرنامج من حيث تحديد الفئة التي صمم لها، وتحديد أهدافه، ومصادر إعدادة، وأسس الفلسفية والنفسية والاجتماعية والتربوية، والمهارات والأنشطة التي يتضمنها، والأدوات والأساليب المستخدمة في تنفيذه، وحدوده، وإجراءات تقنيه وتقييمه، وكيفية تطبيقه، والتخطيط العام لجلساته على النحو التالي:

(١) الهدف العام للبرنامج:

يهدف البرنامج إلى العلاج بالمخططات عبر الأنترنت لخفض قلق الصحة وأثره في تحسين الأمل لدى طلبة الجامعة.

(٢) الأهداف الإجرائية للبرنامج:

ويتحدد البحث الحالي في مساعدة الطلبة لخفض قلق الصحة والتعرف على أثره في تحسين الأمل لديهم. ويتحقق ذلك من خلال الأهداف الإجرائية الآتية:

- أ- أن يتحقق التعارف بين الباحثين والعملاء وبين العملاء وبعضهم البعض.
- ب- أن تتحقق درجة مناسبة من الألفة والثقة المتبادلة بين الباحثين والعملاء.
- ج- أن يتم تهيئة العملاء للبرنامج العلاجي.
- د- أن يتعرف الباحثان للعملاء بالبرنامج العلاجي من حيث: الأهداف، والخطوات الإجرائية لتنفيذ البرنامج.
- هـ- أن يتعرف العملاء على المبادئ الأساسية للعلاج بالمخططات.
- و- أن يتعرف العملاء على المخططات المعرفية اللاتكيفية لديهم.
- ز- أن يتعرف العملاء ماهية قلق الصحة، وأبعاده، وأسبابه.

- ح- أن يتعرف العميل على استعادة الوعي النفسي من خلال إضعاف الذكريات، والانفعالات والسلوكيات المرتبطة بها.
- ط- أن يتعرف العميل على طرق إعادة التربية الوالدية من خلال تلبية الاحتياجات العاطفية للعملاء.
- ي- أن يتدرب العميل على الاسترخاء العضلي.
- ك- أن يتعرف العميل على كيفية تغيير مخطط الهجر/ عدم الاستقرار.
- ل- أن يتعرف العميل على كيفية تغيير مخطط عدم الثقة والإساءة.
- م- أن يتعرف العميل على كيفية تغيير مخطط الحرمان العاطفي.
- ن- أن يتعرف العميل على كيفية تغيير مخطط القابلية للأذى أو المرض.
- س- أن يتعرف العميل على كيفية تغيير مخطط السلبية والتشاؤم.
- ع- أن يتعرف العميل على كيفية تغيير مخطط السعي للقبول وطلب التقدير والاعتراف.
- ف- أن يتعرف العميل على كيفية تغيير مخطط الخضوع والأذعان.
- ص- أن يتعرف العميل على كيفية تغيير مخطط الاعتمادية والعجز.
- ق- أن يتدرب العميل على استخدام أساليب المواجهة التكيفية.
- ر- أن يتدرب العميل على استخدام أساليب التفكير الصحيحة.
- ش- (أن يتدرب العميل على استخدام أساليب التواصل الفعال مع الآخرين.
- (٣) مصادر إعداد البرنامج:

- أ- اعتمد الباحثان في إعداد البرنامج الخاص لعلاج قلق الصحة على ما يلي:
- ب- الإطار النظري للدراسة وما تشمله من معلومات ونماذج نظرية مفسرة لقلق الصحة، من حيث التعريف والمظاهر المميزة له وكيفية علاجه، وأيضاً تناوله لمخططات التفكير كأسلوب علاجي، وعرض أساليبه وفنائه العلاجية.
- ج- بعض الدراسات السابقة التي تناولت فعالية العلاج بالمخططات في علاج قلق الصحة أمثال دراسات كل من: Hamidpour et al., 2011; Hedman et al., 2011; Tyrer et al., 2011; Qorbanalipour, & Esmaili, 2013; Khaleghi et al., 2017; (Tyrer et al(2014); Maleki et al 2015) ;

Jahangir, 2018; Axelsson et al., 2018; Newby et al., 2018; Morriss et al., 2019; Farokhzadian et al., 2018; Mokhtarinejad et al., 2020a; Mokhtarinejad et al., 2020b; Tyrer et al., 2020; Peeters et al., 2021; Leibovitz et al., 2021, Faustino et al., in press.

د- بعض الدراسات والكتابات النظرية التي تناولت الخصائص النفسية والاجتماعية لطلبة الجامعة، مثل: إبراهيم قشقوش (١٩٨٠)، مصطفى محمد عبد العزيز (١٩٩٦)، فؤاد أبو حطب وآمال صادق (١٩٩٩)، وعبد المنعم الحفني (٢٠٠٣)، وسميرة البدري (٢٠٠٥). وبناءً على هذه المصادر تم تخطيط جلسات البرنامج العلاجي.

ه- إجراء دراسة استطلاعية على عينة البحث الحالي؛ لتحديد المخططات اللاتكيفية المنتشرة بينهم، والمسببة لقلق الصحة، وتم الاعتماد عليها في بناء البرنامج العلاجي.

(٤) الأسس العامة والفلسفية والنفسية والاجتماعية والتربوية للبرنامج:

تم مراعاة الأسس العامة والأسس الفلسفية والنفسية والاجتماعية والتربوية في إعدادها وتنفيذها للبرنامج الحالي كآتي:

(أ) الأسس العامة: والتي تتلخص في: ثبات السلوك الإنساني، ومرونة السلوك الإنساني، والسلوك الإنساني فردي وجماعي، واستعداد الفرد للتوجيه والإرشاد، وحق الفرد في تقرير مصيره، وضرورة تقبل العميل.

(ب) الأسس الفلسفية:

١- معظم الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الإنسان ترجع إلى تكوين مخططات تفكير لا تكيفية أثناء عملية التنشئة الاجتماعية.

٢- كل اضطراب ومشكلة له مجموعة من الأعراض التي تعبر عنه.

٣- إن الإنسان يستطيع علاج وشفاء المخططات اللاتكيفية من خلال إضعاف المخطط.

٤- إن الإنسان يستطيع تحقيق السعادة والتوافق مع الذات والبيئة من خلال المخططات التكيفية لديه.

٥- يضطرب الإنسان ليس بسبب الأحداث المحيطة، ولكن بسبب تكوين مخططات لاتكيفية يتم تكوينها بناءً على رؤيته الذاتية.

٦- سلوكيات الشخص تعكس العلاقات المزعجة من خلال علاقات الفرد بمن حوله.

٧- تنشأ الاستجابة الانفعالية والسلوكية غير السوية بسبب عدم إدراك الفرد للمخططات اللاتكيفية لديه.

٨- يحتاج الفرد إلى اختبار صلاحية المخطط لديه.

٩- يحتاج الفرد إلى تحديد واستهداف المشاعر المرتبطة بالمخطط.

١٠- يحتاج الفرد إلى إعادة مواقف التربية لعلاج تلك المشاعر وتلبية احتياجات الطفولة غير المشبعة.

(ج) الأسس النفسية:

١- ضرورة التركيز على خبرات الطفولة وذلك لان المخططات تنشأ من خبرات الطفولة السلبية والمتعلقة للطفل ونقص إشباع الاحتياجات العاطفية الأساسية أثناء مرحلة النمو..

٢- تظل المخططات كامنة في مستويات عميقة من التيار المعرفي للفرد.

٣- تكون المخططات هي المسؤلة عن وجود المقاومة والتصلب لدى العميل في الاستجابة للمحاولات العلاجية.

٤- المخططات عوامل لا شعورية مسؤلة عن الحكم الانفعالي السريع وغير المنطقي عن التحريفات المعرفية مما يؤدي إلى تفسيرات غير متكيفة للمحيط وللذات وللآخرين.

٥- تؤدي المخططات إلى أفكار أوتوماتيكية غير عقلانية، وتمنع المواجهة التكيفية للأحداث مما يدفع العميل نحو الاضطراب.

٦- تشير المخططات إلى جوانب مختلفة من الذات تعكس المكونات النشطة حالياً من الإدراك والانفعالات والسلوك.

٧- تتطور المخططات خلال مراحل الطفولة أو المراهقة وتعطي انعكاسات سلبية على الصحة النفسية للعميل.

٨- تعبر المخططات عن استجاباتنا لمواقف حياتنا وخبراتنا التي تكون شديدي الحساسية تجاهها.

- ٩- تشكل تلك الأنماط غير المتكاملة في حالة الاضطراب وهي أنماط الطفل، أنماط الوالدين ، وأساليب المواجهة وجميعها لا تكيفية.
- ١٠- يركز العلاج على أن تعديل بعض المشكلات العصابية مثل القلق والاكتئاب يمكن أن يكون ناجحًا إذا استطعنا أن نحدد خبرات الطفولة المبكرة.
- ١١- تشكل المخططات الذكريات والاحاسيس الجسدية، والمادية فيما يتعلق بالانسان وعلاقاته مع الآخرين.
- ١٢- أن العلاقة بين الذكريات التي حدثت في المرحلة المبكرة من العمر مع المخططات اللاتكيفية تم التعبير عنها في علاقات العميل في مرحلة الرشد وهي قلب وجوهر نظرية جيفري يونج.
- ١٣- تحدث الاضطرابات النفسية نتيجة الاستجابة للمخططات المعرفية اللاتكيفية.
- ١٤- يقوم العلاج بالمخططات من خلال إعادة بعض المواقف الوالدية التربوية المبكرة، هنا يسمح المعالج تزويد الفرد بتجربة انفعالية مصححة تسمح له بالتعبير عن مشاعره وإشباع حاجاته التي لم تشبع في الماضي.
- ١٥- توجد عمليتان أساسيتان في المخططات وهما الحفظ والشفاء، فإذا ارتبطت كل فكرة وكل انفعال وكل سلوك وكل حادث من حوادث الحياة بمخطط ما، يمكنها عندئذ أن تشارك أما في حفظه وذلك بإيجازه وتدعيمه، أو في شفاؤه وذلك بإضعافه (وهذا ما يتم أثناء العلاج).
- ١٦- حفظ المخططات تتم بواسطة ثلاثة ميكانيزمات أساسية وهي التشوهات المعرفية، وسيناريوهات الحياة التي تهزم الذات، وأساليب المواجهة اللاتكيفية.
- ١٧- تعد المخططات مسؤولة تلقائيًا ولا شعوريًا عن حكم انفعالي سريع وحديسي وغير منطقي مبني على تشوهات معرفية وهي غير شعورية وتؤدي إلى ميراث غير متكيف للمحيط وللذات وللآخرين.
- ١٨- من الناحية السلوكية يبادر العميل في سيناريوهات الحياة التي تهزم الذات فيختار لاشعوريًا العلاقات والمواقف التي تنشط وتحفظ المخطط وفي المقابل يتجنب العلاقات التي تتناقض مع المخطط .

(د) الأسس الاجتماعية:

- ١- يكتسب الفرد مجموعة من الصفات الشخصية من المجتمع المحيط به، مثل: التوكيدية، والثقة بالنفس وغيرها من الصفات الأخرى الإيجابية.
- ٢- ضرورة امتثال الفرد لمجموعة المعايير الأخلاقية في المجتمع.
- ٣- التأكيد على أهمية امتلاك تكتيكات مخططات التفكير، ودورها في تقليل السلوكيات المنحرفة.
- ٤- تركيز الأنشطة على السلوك الفردي والجماعي.
- ٥- الاعتماد على الأدوات المتوفرة في البيئة الاجتماعية.
- ٦- تركيز البرنامج على الأنشطة الجماعية التي من شأنها زيادة التفاعل الاجتماعي.
- ٧- قبول النقد البناء؛ فيجب على العميل تقبل نقد الآخرين بدوت شروط.
- ٨- تدريب العملاء على أهمية التواصل الصحي مع الآخرين.
- ٩- تدريب العملاء على أهمية مواجهة المشكلات والصعوبات الانفعالية.
- ١٠- ضرورة تقبل العملاء لبعضهم البعض.

(هـ) الأسس التربوية:

- ١- مراعاة الفروق الفردية بين العملاء.
- ٢- ضرورة ملائمة الأنشطة المستخدمة للعملاء.
- ٣- تكامل وتتابع جلسات البرنامج مع أنشطتها.
- ٤- اعتماد البرنامج على خبرات متكاملة و مترابطة خلال الجلسات تركز على خفض قلق الصحة من خلال جوانب وجدانية وسلوكية آمنة.
- ٥- ضرورة تعليم الطلبة سلوكيات أفضل.

(هـ) المهارات التي يتضمنها البرنامج:

يضمن البرنامج التدريب على بعض المهارات التي تساعد في خفض قلق الصحة، أمثال: التدريب على استخدام أساليب المواجهة التكيفية، وأساليب التفكير، وأساليب التواصل مع الآخرين.

(٦) الأنشطة التي يتضمنها البرنامج:

تم تنفيذ بعض الأنشطة الرياضية، والثقافية، والمناقشات الجماعية.

(٧) الأدوات المستخدمة في البرنامج:

تم استخدام بعض الأدوات بالشكل الذي يتناسب مع طبيعة البرنامج وفي ضوء الإمكانيات المتاحة وفي ضوء الخصائص والسمات النفسية والاجتماعية لعينة الدراسة، مثل : النشرات الإرشادية، والجوائز، والهدايا الرمزية، ونماذج لتقييم الجلسات من قبل الباحثين والأعضاء، وتوافر جهاز للتواصل الالكتروني (هاتف جوال، أو حاسب آلي، أو لابتوب) وبرنامج Zoom، واتصال بشبكة الانترنت.

(٨) الفنيات المستخدمة في تنفيذ البرنامج:

اعتمد البرنامج على استخدام فنيات أساسية خاصة بمخططات التفكير وفنيات مساعدة تستخدم في عديد من المداخل العلاجية وهي:

١- **التخيل الموجه:** يعد التخيل فنية فعالة تساعد العملاء في تحفيزهم من خلال أساليب المواجهة المتمثلة في التجنب والتعويض المفرط لاكتشاف طرق بديلة للتعلق بالآخرين. ويطلب من العملاء تخيل سلوكهم على نحو سوي، حيث يطلب من العملاء تخيل سلوكهم على نحو سوي، حيث يطلب منهم استدعاء المواقف أو الأحداث الذي تسبب في أذى لهم في مرحلة الطفولة وتخيل التصرف نحوه على نحو إيجابي. (Young et al, 2007)

٢- **إعادة التشكيل المعرفي:** وهي فنية نفسية تشتمل على تحديد المواقف والخبرات والأحداث والأفكار والانفعالات التي مر بها الفرد ثم العمل على تغييرها وإعادة تشكيلها.

٣- **لعب الأدوار:** من خلال هذه الفنية يمكن التخلص من الإحباط والتعبير عن الأفكار والاتجاهات والخبرات، كما يقوم العميل بأداء دور أمام مجموعة من الأفراد الآخرين يعبر عن اتجاه، أو سلوك مختلف، فإن هذا السلوك سيتحول إلى خاصية دائمة في شخصيته من خلال رؤية نتائج إيجابية من الآخرين. (محمد أحمد إبراهيم ، ٢٠٠٦ ، ١٧١؛ عبد الستار إبراهيم ٢٠١١ ، ٢٤٣).

٤- **التنفيس الانفعالي Emotional Catharsis** يعتبر التنفيس الانفعالي بمثابة تطهير للشحنات النفسية، فهو إجراء ضروري لتخفيف ضغط الكبت حتى لا تتصدع الخصية. فالتنفيس الانفعالي يسمح للعميل بالتعبير عن صراعاته وإحباطاته وحاجاته ومشكلاته ومخاوفه ونواحي قلقه وأنماط سلوكه المنحرف في مناخ علاجي يسوده حسن الإصغاء وتشجيع التعبير عن النفس وفي مناخ آمن خال من الأحكام الأخلاقية واللوم والعقاب. ويستخدم المعالج التنفيس الانفعالي بطرق مختلفة منها النداعي الحر أو الترابط الطليق، كما قد يستخدم المعالج طريقة الشرح والتفسير وتوضيح الحالات الانفعالية بما يتيح الفرصة للعميل كي يرى نفسه وما في سلوكه وانفعالاته من تناقض يسبب شقائه النفسي (حامد عبد السلام زهران، ٢٠٠٥، ١٩٢).

٥- **تصور الحالة:** وفي هذه الفنية يضع العميل تصور لمشكلة الفرد والأعراض والأنماط البينشخصية والانفعالات المضطربة. حيث يهدف إلى المساعدة في فهم وتحليل حالة الفرد في تعرف المسببات الراهنة وميكانيزمات المواجهة ويزيد من وعيه حول كيفية حل مثل هذه المشكلات (Jacob & Arntz, 2013).

٦- **الدحض المعرفي:** تقوم هذه الفنية على دحض الأفكار المرتبطة بالمخططات اللاتكيفية لدى العميل، ويستخدم فيها المعالج المناقشة والجدال والحوار الموجه وضرب الأمثلة من حياة العميل في المواقف التي واجهها في حياته، بسبب تبني هذه الأفكار ومقارنتها بمواقف وأمثلة من حياة أشخاص عقلانيين وأسوياء، ويستخدم المعالج في بعض الأحيان النقد اللاذع والساخر والتهمك والقسوة حتى يقنع العميل ويحملة على التشكك والرفض لهذه المخططات اللاتكيفية، ومن ثم تحقق الاستبصار الداخلي والرؤية والحيرة لما يعتنقه من أفكار حتى يرفضها ويتم دحضها واكتساب أفكار أخرى عقلانية (منتصر علام، ٢٠١٢).

وتوجد ثلاثة مكونات لعملية الدحض، وهما كما يلي:

١. أن يتعلم العميل كيف يتعرف على مخططاته الخاطئة، وخاصة ما يتعلق بالاحتميات مثل ، يجب، ينبغي ، لا بد، وما يعتبره لا يطاق أو ما يؤدي إلى تخفيض قيمة الذات.

٢. أن يحاور الشخص نفسه ، وأن يقوم بتفكيدها منطقياً، ويحاول مقاومة قناعاته بها.

٣. أن يتعلم كيف يميز بين المخططات التكيفية واللاتكيفية، وهذا التفكير المنطقي الفعال يؤدي إلى خلق مجموعة من المشاعر الجديدة التي تؤدي إلى شعور الفرد بملائمة الموقف، بدلاً من الشعور بالقلق والإحباط. (رشاد عبد العزيز ومديحة سليم، ٢٠١٣، ٣٦٦).

٧- **المواجهة التعاطفية:** مواجهة العميل بأنماط العلاقات البينشخصية على نحو تعاطفي باعتبارها جزء من العلاقة العلاجية.

٨- **إعادة التربية الوالدية المحدودة:** يقدم المعالج نوعاً من الوالدية المحدودة (ملتزماً بإطار من المحددات المهنية) وذلك بهدف تعرف وتحديد ومساعدة العميل على تلبية احتياجاته. على سبيل المثال بعض الأفراد أو الذين يعانون من اضطرابات انفعالية قد يحتاجون لشخص يتعلقون به يقدم لهم دعماً انفعالياً محددًا كي يبسر لهم بداية التعافي والاستشفاء (Young, 2007).

٩- **التعليمات الذاتية:** يعبرو العملاء عن مشاعرهم وأفكارهم في صورة كلمات وجمل وهذه الجمل تصبح بدورها أفكاراً وانفعالات ، لذلك فإذا كانت شخصياتنا هي ما نقوله لانفسنا باستمرار فان أي تغيير للشخصية يستلزم منا مراجعة حوارتنا الداخلية. (توم باتلر - باودون ٢٠١٢ ، ٨٧) **تقوم هذه الفنية على أساس فكرتين أساسيتين: الأولى وهي أن الأفكار غير العقلانية التي يقولها الإنسان لنفسه هي السبب في اضطراباته الانفعالية.**، والثانية وهي: أن الأحاديث الداخلية تنمو منذ الصغر ، حيث يكتسبها الاطفال في البداية من خلال تعليمات يعطيها لهم أشخاص آخريين، ثم فيما بعد يكتسبون القدرة على ضبط سلوكهم الشخصي من خلال تعليمات صريحة يقولونها لأنفسهم تتحول فيما بعد إلى تعليمات داخلية ضمنية (محمد عبد الرحمن ومحمد الشناوي، ٢٠١٠، ١٨٩-١٩٥٤).

١٠- **المذكرات اليومية الخاصة بالمخطط:** يستخدم هذا في مراحل متقدمة من العلاج عندما يعتاد الفرد على مفاهيم العلاج بالمخططات وتشمل يوميات المخطط التالي:

الأحداث الحافزة، والانفعالات، الأفكار، والسلوكيات الفعلية، والمخططات، والرؤى الصحية، والاهتمامات الواقعية، والتصحيح الزائد، وسلوكيات الصحة. ويطلب المعالج من العميل أن يحمل معه المذكرة اليومية على أن يقوم بإكمالها عندما يتم استئارة مخطط معين ويساعد هذا الشكل من الفنيات العميل على تناول الموقف ومعالجتها والوصول إلى حل سوي سواء داخل الجلسة الإرشادية أو خارجها. (Prasko et al, 2012)

١١- **البطاقات الوامضة:** إن المواد المكتوبة تُسهم بشكل حاسم في إتمام التغيير للأفضل في حياتنا اليومية وتمثل البطاقات الوامضة أهمية في العلاج بالمخططات من حيث أنها تلخص الخبرات اليومية للفرد في ضوء أوضاع المخططات وتداعياتها المعرفية والانفعالية، كما تسهم في تعرف وتطبيق أكثر أشكال السلوك والمواجهة على نحو وظيفي. وبإمكان العملاء استخدام البطاقات الوامضة حالة استعدادهم لمواجهة موقف أو حدث مراوغ محتمل ويهدف استخدام هذه البطاقات إلى تذكيرهم بقيمة وأهمية إحداث تغيير في السلوك كما يقلل من احتمالية العودة إلى السلوكيات التكيفية السابقة. (Young, 2007)

١٢- **الاسترخاء:** تتضح أهمية الاسترخاء في تحقيق أهدافها وهو الوصول إلى وعي الفرد وإدراكه لما يحدث له لا أن يخلد إلى النوم، كما أنه يحقق القدرة على الإنعاش وتجديد النشاط. (كريستين هيرون، ٢٠٠٥، ٤٤).

ويوجد نوعان من الاسترخاء:

- **الأول: الاسترخاء التدريجي:** وهو الأكثر شيوعًا واستخدامًا ويقوم في هذا الأسلوب بالتركيز على العضلات ومجموعة العضلات الموجودة في الجسم ثم استرخائها، وبالتالي يتدرج هذا الشعور بالاسترخاء من القدمين وحتى الرأس مردودًا بجميع أجزاء الجسم؛ حتى يشعر الجسم بالاسترخاء. بالإضافة إلى اعتماده على مبدأ وهو أن القلق واسترخاء العضلات لا يمكن أن يجتمعا معًا وبالتالي فإن تعلم وممارسة الاسترخاء سيقبل من الشعور بالقلق والتوتر. (كريستين هيرون، ٢٠٠٣، ٥١-٥٢)

• أما الثاني: الاسترخاء التفاضلي : يتم تطبيق المهارات المتعلمة في أسلوب الاسترخاء التدريجي على مجموعات معينة من العضلات في مواقف الحياة اليومية. ويتم ذلك من خلال مرحلتين:

✓ المرحلة الأولى: ويتم فيها تحديد المواقف التي يكون فيها الفرد أكثر عرضة للإصابة بالتوتر وهي تتنوع وفقاً للفرد نفسه .

✓ المرحلة الثانية: ويتم فيها تحديد نوع التوتر غير المرغوب فيه والذي يحدث في هذه المواقف : مع الوضع في الاعتبار أن هناك نسبة ضرورية من التوتر لا بد وان يشعر الفرد بها وبدونها سيتحول إلى شخص يتسم بالبرودة واللامبالاة وتتضمن هذه المرحلة محاولة الفرد تحديد مجموعة من العضلات التي يمكن أن يقوم بإجهادها لأداء مهمته على الوجه اللائق .

✓ المرحلة الثالثة: ويتم فيها التخلص من التوتر غير المرغوب فيه في هذه المرحلة يقوم الشخص باستخدام بعض أساليب الاسترخاء التدريجي للتخلص الإجهاد من كل منطقة على حده وأيضاً استخدام أساليب التنفس؛ حيث يتم التخلص من التوتر في أثناء عملية الزفير. (كريستين هيرون، ٢٠٠٥، ١٢١-١٢٢؛ سي يوجين والكر، ٢٠٠٣، ١٥٤).

(٩) حدود البرنامج: وتتضمن الحدود الزمنية والمكانية والبشرية كما يلي:

(أ) حدود زمنية: استغرق تطبيق البرنامج ثمانى أسابيع بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً في الأسبوع في الفصل الدراسي الثاني عام ٢٠٢٠م، واستغرق تنفيذ الجلسة الواحدة ما بين (٣٠ - ٦٠ دقيقة)، وتم تخصيص وقت لمناقشة الأعضاء في الواجب المنزلي ١٥ دقيقة، كما روعي تقسيم باقي الجلسة على عرض محتوى الجلسة والأنشطة داخل الجلسة.

(ب) حدود مكانية: تم تطبيق البرنامج عبر الانترنت من خلال برنامج Zoom وبالاعتماد على البريد الإلكتروني.

(ج) حدود بشرية: تم تطبيق البرنامج على عينة من الطلبة الذين يعانون من قلق الصحة المرتفع قوامها ٣٠ من طلبة الكلية مقسمة إلى مجموعتين عدد كل مجموعة ١٥ طالباً.

(١٠) تنفيذ البرنامج: تم تنفيذ البرنامج بعد الاتفاق مع أفراد المجموعة التجريبية على المواعيد الملائمة والمناسبة لهم، وذلك من خلال المراحل التالية:

(أ) مرحلة البدء:

١- تم إعداد أدوات الدراسة، وهي : مقياس قلق الصحة، ومقياس الأمل، والبرنامج العلاجي، ودراسة الحالة.

٢- تحديد مجتمع الدراسة.

٣- تحديد العينة الأساسية للدراسة، وتطبيق مقياس قلق الصحة ومقياس الأمل عليهم.

٤- استخدام الأساليب الإحصائية المتمثلة في الإرباع الأعلى والإرباع الأدنى؛ لتحديد مرتفعي قلق الصحة.

٥- تطبيق مقياس الأمل على الطلبة مرتفعي قلق الصحة.

٦- استخدام الأساليب الإحصائية المتمثلة في الإرباع الأعلى والإرباع الأدنى؛ لتحديد الطلبة الذين ينخفض لديهم معدل الأمل لتكون العينة التي سيطبق عليها البرنامج.

٧- تم توزيع الطلبة على المجموعة التجريبية والضابطة.

٨- التطبيق القبلي لمقياس قلق الصحة ومقياس الأمل على المجموعتين التجريبية والضابطة.

(ب) مرحلة العلاج:

١- تم الاتفاق على المواعيد المناسبة لإجراء الجلسات العلاجية.

٢- تم الاتفاق على عدد الجلسات التي ستجرى خلال الأسبوع.

٣- تم تطبيق جلسات البرنامج العلاجي.

٤- تم الاتفاق على التطبيق المستمر للأساليب والفنيات العلاجية التي تمت في كل جلسة.

٥- تقديم التعزيز على السلوكيات التي حدث فيها تغير لدى العميل أثناء البرنامج.

٦- تم الاتفاق على تعميم السلوكيات المرغوبة في حياته اليومية.

٧- تم الاتفاق على الاستمرار في استخدام هذه السلوكيات.

٨- تم تطبيق الاختبار البعدي على مقياس قلق الصحة ومقياس الأمل على المجموعتين التجريبيّة والضابطة.

(ج) مرحلة بعد العلاج:

١- التطبيق التتبعي لمقياس قلق الصحة ومقياس الأمل على أعضاء المجموعة التجريبية، وذلك بعد شهرين من إنتهاء البرنامج.

٢- تحليل نتائج تطبيق البرنامج.

(١١) الأساليب المستخدمة في تنفيذ البرنامج: اعتمد الباحثان في تنفيذ البرنامج على عديد من الأساليب التي تتناسب وطبيعة الجلسات الجماعية والفردية المستخدمة، وفيما يلي عرض لهذه الأساليب:

(أ) المحاضرة: نظراً لطبيعة محتوى البرنامج الذي يتطلب تمهيد أو فكرة عن موضوع الجلسة؛ من هنا تأتي أهمية هذا الأسلوب لمساعد المسترشدين في الحصول على المعرفة بشكل سهل (ومن خلالها يقوم الباحثين بالحديث عن موضوع الجلسات الموجودة في البرنامج).

(ب) المناقشة الجماعية: أكدت الاستراتيجيات الحديثة أن التلقين وحده لا يفي بشروط التعلم والتدريب الجيدة، وبما أننا نتعامل مع مسترشدين وعملية علاجية فلا بد من إجراء مناقشات جماعية حول المشكلة المثارة لديهم، وبالتالي فهو أسلوب مكمل للأسلوب السابق. ومن خلاله يستطيع الباحثان من تغيير سلوكيات المسترشدين.

(ج) العصف الذهني: إن إثارة انتباه المسترشدين وجذبهم للعملية العلاجية وتشويقهم لها من الأمور المهمة لنجاح العملية العلاجية وذلك من خلال التنوع في الأساليب المستخدمة. ومن ضمن هذه الأساليب أسلوب العصف الذهني الذي يدور حول سؤال يطرحه الباحثان يهدف إلى تعديل بعض السلوكيات لديهم ويطلب منهم الإجابة بطريقة تعتمد على العصف الذهني.

(د) **الواجب المنزلي:** تدريب الأفراد على الأساليب والفنيات العلاجية أمراً هاماً لنجاح العملية العلاجية، وبالتالي يقوم الباحثان بتكليفهم بالواجب المنزلي، الذي يقومون من خلاله بالتدريب على هذه الأساليب في حياتهم اليومية؛ لتصبح مع مرور الأيام جزءاً أصيلاً من سلوكياتهم. أن استخدام هذه الأساليب من قبل الباحثين تتم بأسلوب متكامل؛ فقد تستخدمهم جميعاً في جلسة واحدة تبعاً لطبيعة ومحتوى الجلسة التي تنفذها وأيضاً تبعاً للأهداف التي تريد أن تحققها من هذه الجلسة.

(١٢) **تقنين البرنامج:** قام الباحثان بتقنين البرنامج من خلال الآتي:

(أ) **تحكيم البرنامج:** قام الباحثان بعرض البرنامج على مجموعة من الأساتذة والمتخصصين في قسم الصحة النفسية في جامعة الفيوم بكلية التربية، وكلية التربية بجامعة عين شمس، وكلية الآداب بجامعة القاهرة، وتم تعديل البرنامج في ضوء مقترحاتهم وآرائهم.

(١٣) **إجراءات تقييم البرنامج:** يعتبر تقييم البرنامج مرحلة مهمة وذلك للتأكد من مدى نجاح العملية العلاجية وتحقيقها لأهدافها العامة والإجرائية ولذلك اتخذ التقييم الخطوات الآتية:

(أ) **التقييم البنائي:** ويتم أثناء تطبيق البرنامج وذلك للتأكد من استمرارية تحقيق الأهداف التي يسعى إليها الباحثان في كل جلسة من الجلسات ويكون في نهاية كل جلسة؛ لتقييم كلاً من الباحثين والجلسة نفسها؛ لتدعيم وتعزيز جوانب القوة وتلافي جوانب النقص.

(ب) **التقييم النهائي:** ويتم بعد انتهاء البرنامج؛ وذلك من خلال إجراء التطبيق البعدي لمقياس قلق الصحة ومقياس الأمل لدى طلبة الجامعة، والمقارنة بين درجاتهم في القياس القبلي والبعدي للوقوف على مدى التغير والتحسين الذي حدث في سلوكياتهم وبالتالي الوقوف على تقييم موضوعي للبرنامج من خلاله.

(ج) **التقييم التتبعي:** ويتم من خلال إجراء التطبيق التتبعي للمجموعات التجريبية بعد الانتهاء من البرنامج بشهرين للوقوف على مدى استمرارية البرنامج في سلوكياتهم؛ فيكون بذلك مؤشراً آخر لتقييم البرنامج بعد إنتهاء فترة من الزمن.

(١٤) التخطيط العام لجلسات البرنامج:

يوضح الجدول التالي التخطيط العام لجلسات البرنامج موضعاً فيه رقم الجلسة وعنوانها وهدفها والفنيات والأساليب المستخدمة في تنفيذها.

جدول (٢١)

التخطيط العام لجلسات برنامج علاج قلق الصحة لدى طلبة الجامعة

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الهدف العام للجلسة	زمن الجلسة	الفنيات المستخدمة	الأساليب المستخدمة
١	التعارف بين العملاء	التعرف بين الباحثين والعملاء	٣٠ دقيقة	التعزيز	المحاضرة- العصف الذهني- الواجب المنزلي
٢	تعرف الارشاد بالمخططات عبر الأنترنت	التعرف على الارشاد بالمخططات من حيث الأهداف والمبادئ والأسباب.	٤٥ دقيقة	التنفيس الانفعالي- المذكرات اليومية.	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي
٣	تابع التعرف الارشاد بالمخططات المعرفية عبر الأنترنت	التعرف على الارشاد بالمخططات من حيث الأهداف والمبادئ والأسباب.	٤٥ دقيقة	-التنفيس الانفعالي.	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي
٤	تحديد المخططات المعرفية اللاتكيفية.	تعرف العميل على المخططات المعرفية اللاتكيفية لديه.	٤٥ دقيقة	تصور الحالة- التنفيس الانفعالي	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي
٥	التعريف بقلق الصحة	التعرف بقلق الصحة من حيث التعريف والابعاد، والأسباب.	٤٠ دقيقة	التخيل الموجه- التنفيس	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الهدف العام للجلسة	زمن الجلسة	الفنيات المستخدمة	الأساليب المستخدمة
٥	استعادة الوعي النفسي للعملاء.	مساعدة العميل على استعادة الوعي النفسي للعملاء من خلال إضعاف الذكريات، والانفعالات والسلوكيات المرتبطة بها.	٦٠ دقيقة	البطاقات الوامضة- لعب الدور.	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي
٦	إعادة التربية الوالدية.	مساعدة المرضى على تلبية احتياجاتهم العاطفية الأساسية التي لم تلبى في مرحلة الطفولة المبكرة من خلال إعادة المواقف الوالدية من خلال إشباع التعلق الآمن بالآخرين.	٤٥ دقيقة	إعادة التربية الوالدية- التنفيس الانفعالي	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي
٧	تابع إعادة التربية الوالدية.	مساعدة المرضى على تلبية احتياجاتهم العاطفية الأساسية من خلال إشباع الحاجة إلى الاستقلال والكفاءة والشعور بالهوية.	٤٥ دقيقة	الدحض المعرفي- التنفيس الانفعالي.	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الهدف العام للجلسة	زمن الجلسة	الفنيات المستخدمة	الأساليب المستخدمة
٨	تابع إعادة التربية الوالدية.	مساعدة المرضى على تلبية احتياجاتهم العاطفية الأساسية من خلال اشباع الحاجة إلى حرية التعبير عن المشاعر وتنظيمها والاحتياجات المشروعة.	٦٠ دقيقة	التعليمات الذاتية- البطاقات الواقعة.	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي
٩	تابع إعادة التربية الوالدية.	مساعدة المرضى على تلبية احتياجاتهم العاطفية الأساسية من خلال اشباع الحاجة إلى الاستقلال والكفاءة والشعور بالهوية.	٤٥ دقيقة	لعب الدور- التخيل الموجه - التغذية الراجعة	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي
١٠	تابع إعادة التربية الوالدية.	مساعدة المرضى على تلبية احتياجاتهم العاطفية الأساسية من خلال اشباع الحاجة إلى العفوية واللعب.	٤٥ دقيقة	إعادة التربية الوالدية- المواجهة التعاطفية.	
١١	تابع إعادة التربية الوالدية.	مساعدة المرضى على تلبية احتياجاتهم العاطفية الأساسية من خلال اشباع الحاجة إلى الواقعية والتحكم في الذات من خلال تدريب العملاء على كسر الأنماط السلوكية اللاتكيفية.	٤٥ دقيقة	لعب الدور- التخيل- التغذية الراجعة	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الهدف العام للجلسة	زمن الجلسة	الفنيات المستخدمة	الأساليب المستخدمة
١٢	التدريب على الاسترخاء.	التدريب على الاسترخاء.	٣٠ دقيقة	الاسترخاء- التعليمات الذاتية.	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي
١٣	تغيير أنماط المخططات: علاج المخطط الأول	علاج مخطط الهجر/ عدم الاستقرار	٦٠ دقيقة	التنفيس الانفعالي- الدحض المعرفي.	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي
١٤	علاج المخطط الثاني	عدم الثقة والإساءة	٦٠ دقيقة	التنفيس الانفعالي- إعادة التشكيل المعرفي.	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي
١٥	علاج المخطط الثالث	علاج الحرمان العاطفي	٦٠ دقيقة	التخيل الموجه- لعب الدور- التعليمات الذاتية.	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي
١٦	علاج المخطط الرابع	علاج القابلية للأذى أو المرض	٤٥ دقيقة	الدحض المعرفي	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي
١٧	علاج المخطط الخامس	علاج السلبية والتشاؤم	٤٥ دقيقة	الدحض المعرفي- التعليمات الذاتية	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الهدف العام للجلسة	زمن الجلسة	الغنيات المستخدمة	الأساليب المستخدمة
١٨	علاج المخطط السادس	علاج السعي للقبول وطلب التقدير والأعتراف	٤٥ دقيقة	التخيل الموجه- الدحض المعرفي- المذكرات اليومية	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي
١٩	علاج المخطط السابع	علاج الخضوع والأذعان	٤٥ دقيقة	الدحض المعرفي- التعليمات الذاتية	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي
٢٠	علاج المخطط الثامن	علاج الاعتمادية والعجز.	٤٥ دقيقة	التخيل الموجه- الدحض المعرفي	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي.
٢١	التدريب على استخدام أساليب المواجهة التكيفية.	تدريب العملاء على أساليب المواجهة اللاتكيفية والتي تمثل الطرق التي تعلم بها الطفل كيف يتكيف مع الخبرات السلبية التي مر بها ونتائجها من طرق تفكير لاتكيفية.	٥٠ دقيقة	التفيس الانفعالي- لعب الدور.	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي.
٢٢	التدريب على استخدام أساليب التفكير الصحيحة.	تطوير نمط الراشد الصحي.	٤٥ دقيقة	لعب الدور- التخيل- التغذية الراجعة.	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الهدف العام للجلسة	زمن الجلسة	الفنيات المستخدمة	الأساليب المستخدمة
٢٣	التدريب على استخدام أساليب التواصل الفعال مع الآخرين.	تدريب العملاء على تكوين علاقات أكثر صحية مع الوالدين والأخوة والأقارب.	٤٥ دقيقة	لعبة الدور- التعليمات الذاتية- التغذية الراجعة	المحاضرة- العصف الذهني- الوجب المنزلي
٢٤	جلسة التطبيق البعدي	تطبيق أدوات الدراسة، وإعطاء تقرير عن البرنامج، والأنفاق على موعد التطبيق التتبعي.	٣٠ دقيقة	التغذية الرجعية.	المحاضرة.
٢٥	جلسة التطبيق التتبعي	تطبيق أدوات الدراسة	٣٠ دقيقة	التغذية الرجعية.	المحاضرة

خامساً: اختبار تفهم الموضوع TAT (إعداد: هنري موراي، وكريستينا مورجان، ١٩٣٥ ترجمة: محمد أحمد خطاب، ٢٠١٧)

يعد اختبار تفهم الموضوع (التات) من أكثر الأساليب الأساقطية شيوعاً في الاستخدام الإكلينيكي، وقد طوره للمرة الأولى عام ١٩٣٥ على يد كل من هنري موراي، وكريستينا مورجان، ويتكون من ثلاثين بطاقة تحتوي كل منها على صورة غامضة تختلف في غموضها من بطاقة لأخرى، وبطاقة واحدة بيضاء ليس بها أي شيء وهذه البطاقات مقسمة ومحددة بأرقام وحروف تبين صلاحية البطاقة لفئة أو أكثر من فئات المفحوصين حسب الجنس والسن بحيث لا يصلح لأي جنس من أي سن إلا عشرون بطاقة فقط، ويرى بيللاك أن الهدف من الاختبار هو دراسة ديناميات الشخصية كما تتبدى في العلاقات بين الأشخاص، وفي إدراك التفسير الهادف للبيئة كما يكشف عن الدوافع والانفعالات والميول والعقد وصراعات الشخصية. (بيللاك ليوبولد، محمد أحمد خطاب، ٢٠١٧، ٥-٦)

وتم استخدام (٢٠) بطاقة على الحالة المرتفعة من قلق الصحة من أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي وأرقام البطاقات هي: ١، ٢، GF3، ٤، ٥، GF6، GF7، GF8، GF9، ١٠، ١١، F12، MF13، ١٤، ١٥، ١٦، GF17، GF18، ١٩، ٢٠، وقاما الباحثان بتفسير القصص والتعليق عليها. (ملحق ٨)

سادساً: اختبار تكملة الجمل (SCT) (إعداد: جوزيف ساكس وليفي، ترجمة: سيد محمد غنيم، هدى عبد الحميد برادة، ١٩٦٤)

اختبار تكملة الجمل (ساكس) هو اختبار إسقاطي يتكون من (٦٠) جملة ناقصة يجيب عليها المفحوص، كما أنها تقيس أربعة مجالات مختلفة وهي:

- المجال الأول: الأسرة ويتكون من ثلاثة اتجاهات وهي الاتجاهات نحو الأم، والاتجاهات نحو الأب، والاتجاهات نحو الأسرة ويتكون كل اتجاه من اربع عبارات.

- المجال الثاني: مجال الجنس ويعبر عن الاتجاهات نحو النساء والعلاقات الجنسية الغيرية ويتكون من ثمان عبارات.

- المجال الثالث: مجال العلاقات الانسانية المتبادلة: ويتكون من الاتجاه نحو الأصدقاء والمعارف، وزملاء العمل أو المدرسة.

وقام الباحثان بتفسير اختبار الجمل الناقصة قبل وبعد البرنامج العلاجي. (ملحق ٩)

سابعاً: إستمارة دراسة الحالة (إعداد الباحثين)

قام الباحثان بإعداد إستمارة دراسة الحالة تشمل بيانات أساسية عن الحالة، والأب، والأم، والشكوى الحالية، والأعراض المرضية التي يعاني منها، وحوادث سبقت المشكلة، والتاريخ المرضي للحالة، وسمات الشخصية قبل الاضطراب، وحياة الحالة داخل المنزل وطريقة تفاعلها، والتاريخ التطوري الشخصي، والتاريخ المدرسي للحالة، والتاريخ الاجتماعي للحالة، والنظرة نحو المستقبل. (ملحق ١٠)

نتائج البحث ومناقشتها

نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه : "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي على مقياس قلق الصحة في اتجاه المجموعة التجريبية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان باستخدام اختبار "مان وتني" - Mann - Whitney لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية، والضابطة في الاختبار البعدي على مقياس قلق الصحة في اتجاه المجموعة التجريبية والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٢٢)

نتائج اختبار مان وتني Mann - Whitney للمقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي على مقياس قلق الصحة كدرجة كلية وكأبعاد (ن=١٥)

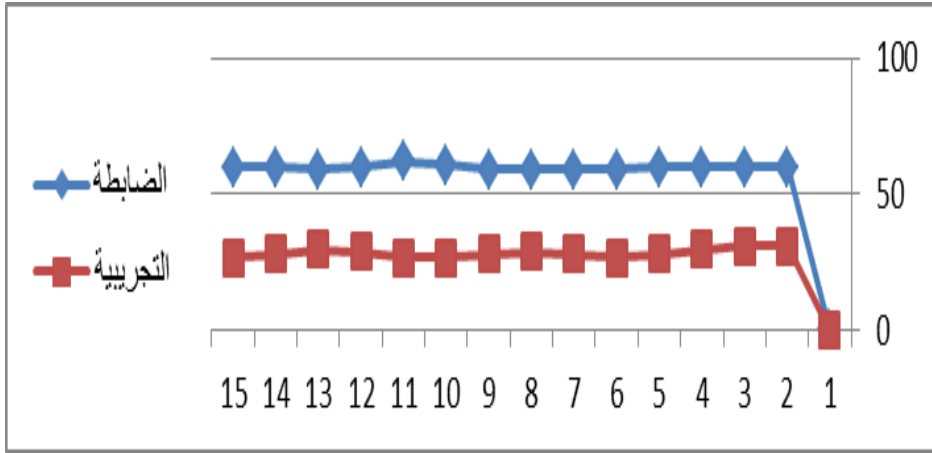
البيد	التجريبية ن = ١٥	الضابطة ن = ١٥	التجريبية مجموع الرتب	الضابطة مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
القلق والانفعال بالصحة.	متوسط الرتب ٨.٠٠	متوسط الرتب ٢٣.٠٠	١٢٠.٠٠	٣٤٥.٠٠	٤.٧٨١	٠.٠٠٠
الخوف من المرض والموت.	متوسط الرتب ٨.٠٠	متوسط الرتب ٢٣.٠٠	١٢٠.٠٠	٣٤٥.٠٠	٤.٧٨١	٠.٠٠٠
تعويق الحياة.	متوسط الرتب ٨.٠٠	متوسط الرتب ٢٣.٠٠	١٢٠.٠٠	٣٤٥.٠٠	٤.٧٥٥	٠.٠٠٠
المجموع الكلي للمقياس.	متوسط الرتب ٨.٠٠	متوسط الرتب ٢٣.٠٠	١٢٠.٠٠	٣٤٥.٠٠	٤.٧١٩	٠.٠٠٠

Z مستوى دلالة

$Z > 2.58$ دالة عند ٠.٠١

$Z > 1.96$ دالة عند ٠.٠٥

ويتضح من الجدول (٢٢) وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح أفراد المجموعة التجريبية، وجاءت الفروق دالة عند مستوى ٠.٠١ كدرجة كلية وأبعاد وبهذا تحقق الفرض الأول. ويوضح الشكل التالي تمثيلًا بيانيًا لدرجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس قلق الصحة لصالح المجموعة التجريبية.



شكل (٤) تمثيل بياني لدرجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة

في القياس البعدي على مقياس قلق الصحة لصالح المجموعة التجريبية

ويمكن تفسير نتيجة الفرض الأول من خلال الإطار النظري والدراسات السابقة التي أثبتت فاعلية العلاج بالمخططات المعرفية سواء الوجيهة أو عبر الإنترنت. ويتفق ذلك مع نتائج بحث (Peeters et al., 2021) التي توصلت لفعالية العلاج التكاملي بالمخططات في خفض بعض اضطرابات القلق المزمنة لدى عينة من الأفراد ذوي اضطرابات الشخصية، وذلك بعد فشل العلاج المعرفي السلوكي بمفرده في خفض حدة الأعراض لديهم. كما يتفق مع نتائج بحوث (Sharrock et al., 2021; Ghazanfarpour et al., 2021; Bryant et al., 2022) تلك التي أشارت إلى قدرة العلاج بالمخططات في خفض قلق الصحة، ومنها بحوث اعتمدت في تصميم برامجها على التواصل الإلكتروني.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الفنيات التي تم استخدامها في برنامج العلاج بالمخططات خصوصا فنيات التخيل الموجه وفنية إعادة التربية الوالدية المحدودة، حيث أسهمت تلك الفنيات في استهداف عدد من المخططات غير التكيفية مثل مخطط الهجر وعدم الاستقرار. فأفراد العينة التجريبية وبناء على استجاباتهم ظهر لديهم خوفاً من فقدان الدعم التعاطفي، ويخشون حتى في حالة الدعم ألا يستمر. وتمثل ذلك من خوفهم من الحرمان من الرعاية والحرمان من التعاطف والحرمان من الحماية. كما استهدفت تلك الفنيات مخطط الشعور بالخزي، فأسهمت فنية إعادة التشكيل المعرفي في دحض الأفكار المتعلقة بأنه شخص غير مرغوب فيه وغير جدير بالاستحقاق، وأصبح لدى أفراد العينة التجريبية منعة نفسية تجاه مشاعر النقص أو الحساسية للنقد.

كما يمكن تفسير هذه النتيجة، أيضاً، من خلال فهم طبيعة المرحلة العمرية التي يمر بها أفراد البرنامج العلاجي؛ وهي فترة المراهقة حيث تتميز هذه المرحلة بعدد من الخصائص منها: الانفعالات الشديدة لديهم وعدم الثبات الانفعالي، الأمر الذي يجعل البعض يقرر عدم الذهاب إلى الجامعة؛ لأن ذلك سيحقق لهم - من وجهة نظرهم - الحفاظ على صحتهم من الإصابة من الأمراض أو أن يقوموا بسلوكيات عنيفة وغيرها من أساليب التعبير السلبية واستيائهم من الأحداث التي تحدث، والتي تعتبر من متطلبات المرحلة التي يمرون بها. وبالتالي يمكن إرجاع هذه النتيجة التي حصل عليها أفراد البرنامج إلى فاعلية البرنامج العلاجي عليهم.

نتائج الفرض الثاني:

وينص على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي على مقياس الأمل في اتجاه المجموعة التجريبية".

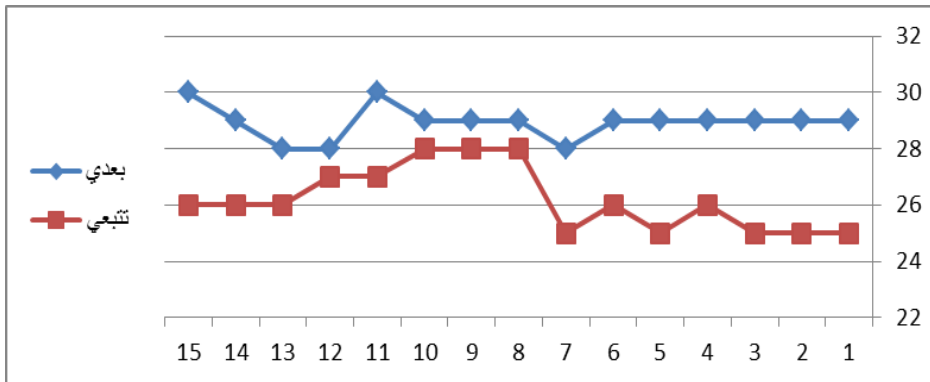
وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان باستخدام اختبار "مان وتي" Mann Whitney لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي على مقياس الأمل في اتجاه المجموعة التجريبية والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٢٣)

نتائج اختبار مان وتني Mann – Whitney للمقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في الاختبار البعدي على مقياس الأمل كدرجة كلية وكأبعاد (ن=١٥)

البيد	التجريبية ن=١٥	الضابطة ن=١٥	التجريبية مجموع الرتب	الضابطة مجموع الرتب	Z قيمة	مستوى الدلالة
السبل.	متوسط الرتب	متوسط الرتب	١٢٠.٠٠٠	٣٤٥.٠٠٠	٤.٧٨٥	٠.٠٠٠
الإرادة.	٨.٠٠٠	٢٣.٠٠٠	١٢٠.٠٠٠	٣٤٥.٠٠٠	٤.٧٦٣	٠.٠٠٠
المجموع الكلي	٨.٠٠٠	٢٣.٠٠٠	١٢٠.٠٠٠	٣٤٥.٠٠٠	٤.٧٨٠	٠.٠٠٠

ويتضح من الجدول (٢٣) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح أفراد المجموعة التجريبية. وجاءت الفروق دالة عند مستوى ٠.٠١ كدرجة كلية وأبعاد وبهذا تحقق الفرض الثاني. ويوضح الشكل التالي تمثيلاً بيانياً لدرجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الأمل لصالح المجموعة التجريبية:



شكل (٥) تمثيل بياني لدرجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الأمل لصالح المجموعة التجريبية.

وتتفق هذه النتيجة مع ما نتاج بحث (Jahangir, 2018) التي أشارت لقدرة العلاج بالمخططات في خفض الاكتئاب وتحسين الصحة النفسية الإيجابية، ونتائج بحث (Farokhzadian et al., 2018) التي أكدت على قدرة العلاج بالمخططات في خفض مشاعر الهم والتشاؤم والقلق، ونتائج بحث (Mokhtarinejad et al., 2020b) التي أشارت لفعالية العلاج بالمخططات في خفض إدراك الفرد للاضطراب وتحسن قدرته على التعافي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء فنيات البرنامج بالمخططات، تلك التي ارتكزت على استهداف المخططات المتعلقة بمجال التوجه نحو الآخرين، حيث يفتقد الفرد في هذا المجال القدرة على التعبير عن مشاعره تجاه الآخرة، ويصاب بالإحباط والفشل وفقدان الأمل. فالأفراد في هذا المجال يقدمون حاجات الآخرين ومشاعرهم على حاجاتهم الشخصية. فأسهم استخدام فنية البطاقات الواضحة في فهم أفراد العينة التجريبية لأنفسهم على نحو أفضل. وهو ما انعكس في قدرتهم على معالجة المخططات غير التكيفية المتمثلة في الإذعان والخضوع للآخرين، ومخطط التضحية بالذات لأجل الآخرين، وصار لديهم قدرة للتضحية طواعية دون إجبار. كما أسهمت فنية الدحض المعرفي في معالجة مخطط التشاؤم، وتطوير قدرة أفراد العينة التجريبية على إعادة النظر في الأحداث التي تواجههم، وأن المعنى في المعاناة، وأن الإنسان لديه إرادة فعل تمكنه من تحقيق أقصى إمكاناته.

ويمكن تفسير نتائج الفرض الثاني من خلال فعالية البرنامج العلاجي لأفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة الذين لم يطبق عليهم البرنامج العلاجي وفنياته وأساليبه، فنجدهم يعيشون في عصر مليء بالضغوط المختلفة مما يترتب عليه معاناتهم من مستويات الأمل المنخفضة؛ نظراً لما يواجهونه من إحباطات في حياتهم الشخصية والجامعية. فهم مطالبون بعدد من المهام الأكاديمية، هذا إلى جانب الضغوط الأسرية. أما أفراد المجموعة التجريبية، ونظراً لأنهم عاشوا برنامج استمر لمدة شهرين بفنياته وأساليبه التي مكنت أفراد هذه المجموعة من تنظيم انفعالاتهم والتحكم فيها، فقد انعكس ذلك بصورة مباشرة على تحسين مستويات الأمل لديهم. وقد اتفقت هذه النتيجة

مع نتائج الدراسات السابقة التي أثبتت دلالة وفعالية البرنامج القائم على المخططات في تحسين الأمل، وكونها إيجابية لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة بينها وبين أفراد المجموعة الضابطة. إن انخفاض مستويات القلق بوجه عام يستصعبه ارتفاع في مستويات الشعور بالأمل والإقبال على الحياة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة، أيضاً، من خلال التدريب على فنيات البرنامج، مثل فنية التعليمات الذاتية التي تحث الفرد على السلوكيات الإيجابية. وذلك من شأنه أن يساعد أفراد المجموعة التجريبية أن يحسنوا الأمل لديهم، من حيث مواجهة المشكلة بفاعلية أو المواجهة المرتكزة على الإنفعال. كما كان للتدريب على فنية الاسترخاء وضبط المثير أن تجعل الفرد يشعر بالهدوء والراحة النفسية، فيجعله يختار أسلوباً إيجابياً لحل المشكلة، وأيضاً من خلال ضبط المثير يستطيع أن يؤجل حل المشكلة بشكل مؤقت حتى يهدأ، ثم يقوم بحل هذه المشكلة بشكل أكثر جدية. كما كان لفنية التعليمات الذاتية أن تساعدهم على ملاحظة سلوكياتهم أثناء وقوعهم في مجموعة المشكلات وكيفية الحل وانتقاء السلوكيات المرغوبة، واستبعاد السلوكيات غير المرغوبة التي قد تؤدي إلى حل المشكلة بطريقة هروبية وسلبية كل ذلك ساعد في رفع مستويات الأمل لديهم.

نتائج الفرض الثالث:

وينص الفرض على أنه " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى على مقياس قلق الصحة في اتجاه القياس البعدى".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان باستخدام اختبار ولكوكسون Wilcoxon لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى على مقياس قلق الصحة في اتجاه القياس البعدى والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٢٤)

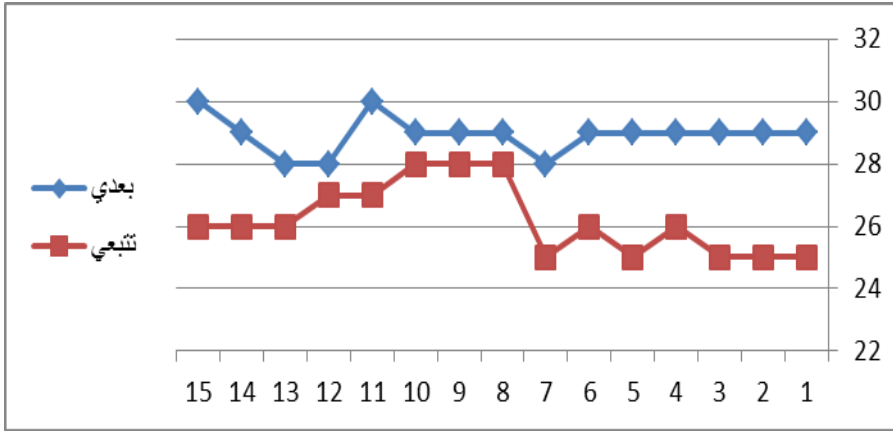
نتائج اختبار ولكوكوسن Wilcoxon للمقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس قلق الصحة كدرجة كلية وكأبعاد (ن=١٥)

مستوى الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	عدد الرتب	الرتب	القياس	البعد
٠.٠٠١	٣.٤٧٣	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	صفر	الموجبة	القبلي - البعدي	القلق والانشغال بالصحة
		١٢٠.٠٠٠	٨.٠٠٠	١٥	السالبة		
				صفر	المتساوية		
٠.٠٠١	٣.٤٧٧	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	صفر	الموجبة	القبلي - البعدي	الخوف من المرض والموت
		١٢٠.٠٠٠	٨.٠٠٠	١٥	السالبة		
				صفر	المتساوية		
٠.٠٠١	٣.٤٥١	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	صفر	الموجبة	القبلي - البعدي	تعويق الحياة
		١٢٠.٠٠٠	٨.٠٠٠	١٥	السالبة		
				صفر	المتساوية		
٠.٠٠١	٣.٤١٩	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	صفر	الموجبة	القبلي - البعدي	الدرجة الكلية للمقياس
		١٢٠.٠٠٠	٨.٠٠٠	١٥	السالبة		
				صفر	المتساوية		

ويتضح من الجدول (٢٤) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي على مقياس قلق الصحة. وجاءت الفروق دالة عند مستوى ٠.٠٠١ كدرجة كلية وأبعاد، وبهذا تحقق الفرض الثالث.

وكما يشير عبد المنعم درديري (٢٠٠٦، ٩١) إلى أن وجود الفروق الدالة تعني وجود علاقة بين المتغير المستقل (البرنامج) والتابع (قلق الصحة)، ويتضح من خلال تطبيق المعادلة على الأبعاد والدرجة الكلية ووجد أنها تساوى = ١- مما يؤكد على قوة

العلاقة ، كما تشير إلى وجود تأثير قوى للمتغير المستقل وهو (البرنامج العلاجي) على المتغير التابع وهو (قلق الصحة) لصالح المجموعة التجريبية. ويوضح الشكل التالي تمثيلاً بيانياً لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى على مقياس قلق الصحة لصالح القياس البعدى.



شكل (٦)

تمثيل بياني لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى على مقياس قلق الصحة لصالح القياس البعدى

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتائج بحوث (Khaleghi et al., 2017; Jahangir, 2018; Axelsson et al., 2018; Newby et al., 2018;) والتي أثبتت فاعلية العلاج بالمخططات في خفض قلق الصحة وهذا يفسر خفض القلق في الاختبار البعدى عن الاختبار القبلي.

ويمكن تفسير نتيجة الفرض الثالث والذي ينص على "وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى على مقياس قلق الصحة في اتجاه القياس البعدى" في ضوء المبادئ وفنيات العلاج الخاصة بالمخططات؛ حيث يعتمد العلاج بالمخططات والتدريب على العديد من التقنيات، منها: مهمة الإصلاح المحدود، وتكمن مهمة العلاقة العلاجية فيه في تعرّف حاجات الفرد وتوضيحها وإقرارها وتلبيتها (إلى حد ما). "الركيزة المركزية" الثانية للعلاج المخطط هي المواجهة التعاطفية (Young et al., 2003)؛ حيث يواجه المعالج على نحو انفعالي

ودون إصدار أحكام الفرد بسلوكياته وإدراكه اللاتكفي، مبرزًا أن هذا السلوك والإدراك يتصف بنظرة ممرضة حول الانهزام الذاتي. يتم استخدام دراسة الحالة في العلاج بالمخططات لوصف أعراض الاضطراب للفرد، وتعرف مسببات الإحساس به، واستعراض آليات ظهور المشكلات واستمرارها، ويقدم "قصة" حول كيفية حل مشاكل الفرد. يستخدم العلاج بالمخطط بشكل مكثف التخيل الموجه Guided imagery كأداة تقييم وكأسلوب للتدخل. تتضمن الأساليب المعرفية المستخدمة في العلاج بالمخططات: جمع البيانات وإعادة التشكيل/إعادة العزو، والبطاقات التعليمية للمخطط واليوميات، وحوارات المخطط. تتضمن الأساليب الممرضة حول الانفعالات في العلاج بالمخططات: لعب الأدوار/عمل الكرسي، والتخيل الموجه. وتتضمن الأساليب السلوكية المستخدمة مع العلاج بالمخططات: تكرار السلوك التكيفي في التخيل أو لعب الأدوار، والواجبات المنزلية السلوكية، ومكافأة السلوك التكيفي.، وقد راعى الباحثان هذه المبادئ أثناء تطبيق البرنامج العلاجي؛ وذلك من خلال حث أعضاء البرنامج على اكتساب السلوكيات الإيجابية ومنها أساليب التواصل الفعال وغيرها مما ساعد على خفض قلق الصحة في الاختبار البعدي.

وتدعيًا لذلك قام الباحثان بتطبيق أنشطة مختلفة، منها نشاط طلب فيه من أعضاء البرنامج كتابة المخططات اللاتكيفية المرتبطة بقلق الصحة من وجهة نظرهم والتي يريدون أن يغيروها وتسبب لهم عدم القدرة على التحكم في القلق لديهم، وكتابة أسبابها حتى تتوجه الخطط لدحض وتعديل هذه المخططات اللاتكيفية . وبعد تحليل نتائج هذه الاستجابات اتضح الآتي: أن هذه السلوكيات ناتجة عن أساليب تنشئة اجتماعية خاطئة، إلى جانب أساليب معاملة والديه غير سوية، وقد قاموا بتقليد آبائهم والتصرف مثلهم في هذه المواقف الانفعالية التي يمرون بها. وبعد إجراء عدة مقابلات معهم ومن خلال تأكيد الباحثان على أننا نستطيع أن نغير أنفسنا والآخرين، أيضًا، وذلك من خلال التدريب على جلسات " تعديل المخططات اللاتكيفية" وبالفعل تم تطبيق هذه الجلسات وخلالها تأكد أعضاء المجموعة التجريبية من إمكانية التحكم في مخططاتهم وحفظ المخطط وشفائه كل ذلك ساعد المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي على خفض قلق الصحة لديهم.

ويمكن تفسير هذه النتيجة ، أيضاً، من خلال الدور الذي يلعبه العميل في العملية العلاجية؛ حيث يكون دوره إيجابياً وليس سلبياً، حيث يقوم بتحديد المخططات اللاتكيفية والمؤدية إلى قلق الصحة لديهم، ثم بعد ذلك ، من خلال مساعدة المعالج ، يقوم بوضع خطة علاجية لعلاج المخططات، وتحقق ذلك من خلال التدريب على فنيات البرنامج، مع الحرص على تدعيم ذاته وعقابها بناءً على المعايير الذي يضعها لذاته للتحسن والتدهور، فقد تم من خلال العملية العلاجية اكتساب العديد من الصفات، مثل: الثقة بالنفس ، توكيد الذات وبالتالي وهذا ما تم بالفعل في جلسات البرنامج العلاجي .

نتائج الفرض الرابع:

وينص على أنه" توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأمل في اتجاه القياس البعدي .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان باستخدام اختبار " ولكوكوسن Wilcoxon" لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأمل في اتجاه القياس البعدي والجدول التالي يوضح ذلك:

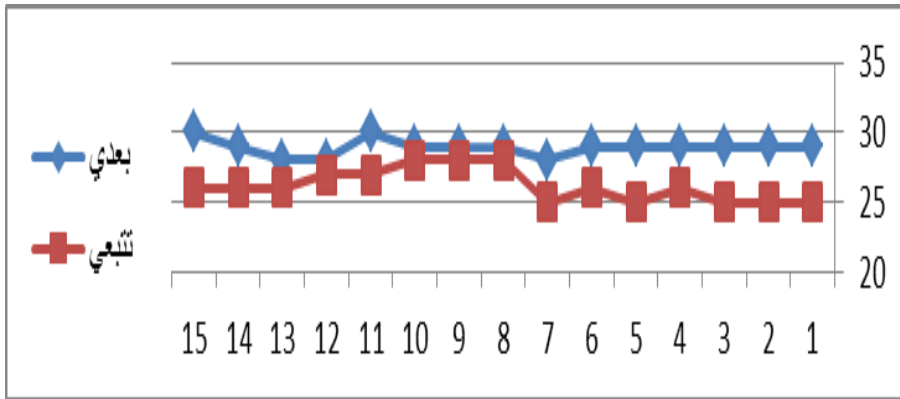
جدول (٢٥)

نتائج اختبار ولكوكوسن Wilcoxon للمقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأمل كدرجة كنية وكأبعاد (ن=١٥)

المستوى الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	عدد الرتب	الرتب	القياس	البعد
٠.٠٠١	٣.٤٧٣	١٢٠.٠٠	٨.٠٠	١٥	الموجبة	القبلي - البعدي	السبل.
		٠.٠٠	٠.٠٠	صفر	السالبة		
		٠.٠٠	٠.٠٠	صفر	المتساوية		
٠.٠٠١	٣.٤٣٠	١٢٠.٠٠	٨.٠٠	١٥	الموجبة	القبلي - البعدي	الإرادة.
		٠.٠٠	٠.٠٠	صفر	السالبة		
		٠.٠٠	٠.٠٠	صفر	المتساوية		
٠.٠٠١	٣.٤٣٦	١٢٠.٠٠	٨.٠٠	١٥	الموجبة	القبلي - البعدي	الدرجة الكلية للمقياس
		٠.٠٠	٠.٠٠	صفر	السالبة		
		٠.٠٠	٠.٠٠	صفر	المتساوية		

ويتضح من الجدول (٢٥) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي على مقياس الأمل. وجاءت الفروق دالة عند مستوى ٠.٠١ كدرجة كلية وأبعاد وبهذا تحقق الفرض الرابع .

ويتضح من خلال تطبيق المعادلة على الأبعاد والدرجة الكلية ووجد أنها تساوى $-0.55 =$ مما يؤكد على قوة العلاقة، كما تشير إلى وجود تأثير قوى للمتغير المستقل وهو (البرنامج العلاجي) على المتغير التابع وهو (الأمل) لصالح المجموعة التجريبية



شكل (٧)

تمثيل بياني لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي

على مقياس الأمل لصالح القياس البعدي

وتتفق هذا النتيجة مع نتائج بحث (Tyrer et al., 2020c; Tyrer et al., 2014) التي أشارت إلى قدرة بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي المعدل (الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي والتي منها انبثق العلاج بالمخططات) على استمرار أثرها لمدة طويلة بلغت ثمان سنوات في إحدى البحوث ولخمس سنوات في بحث آخر. كما تتفق مع نتائج بحث (Axelsson et al., 2018) التي أشارت إلى قدرة العلاج من خلال الانترنت في استدامة أثره لمدة بلغت عاماً. وتتفق أيضاً مع نتائج (Jahangir, 2018).

كما يمكن تفسير نتيجة الفرض الرابع والذي ينص على "توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأمل في اتجاه القياس البعدي" من خلال طبيعة عينة البحث والتي تمثلت في طلبة الجامعة من خلال إدراكهم ووعيهم بضرورة المواجهة للمشكلات التي يواجهونها وذلك لأن تعرض الإنسان لعدد من الضغوط في حياته له تأثيراته ونتائج السلبية عليه من حيث تدهور قوى التنظيم والتخطيط، وتدهور الذاكرة، وفقدان الفرد نسبياً وضبط التفكير، ووجود صعوبه في التركيز وتضعف قوة الملاحظة هذا إلى جانب التأثيرات الانفعالية، مثل: زيادة ضربات القلب، سرعة التنفس، ارتفاع ضغط الدم؛ وبالتالي يجد الفرد نفسه تجاه المواجهة كى يستطيع أن يعيش في عصر أصبحت السمة السائدة فيه الضغوط، وأن عدم وجودها يعني الموت بالإضافة إلى اقتناعهم بأنهم في ظل المتغيرات التي يحيون فيها هم بحاجة إلى النجاح في جو محاط بالمنافسة الشديدة، وبالتالي فهو معرض للضغوط، لا محالة، وأيضاً مجبر على المواجهة لكي يستطيع أن يحقق أهدافه وطموحاته خصوصاً في هذه المرحلة العمرية، ف لديهم طموحات وآمال وهم يعلمون أنها ليست محاطة بالورود؛ وبالتالي فمواجهة مشكلاتهم هو البديل المقبول وبالتالي قدرتهم على مواجهة قلق الصحة أدى إلى تحسن الأمل في القياس البعدي عن القياس البعدي راجع إلى جلسات البرنامج العلاجي.

نتائج الفرض الخامس:

وينص على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس قلق الصحة" وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان باستخدام اختبار "ولكوكوسن" Wilcoxon لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس قلق الصحة في اتجاه القياس البعدي والجدول التالي يوضح ذلك:

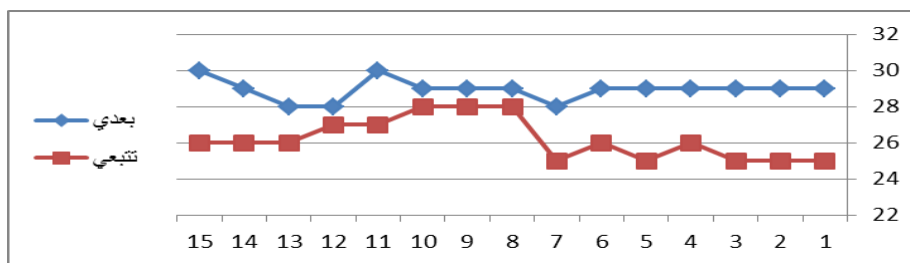
جدول (٢٦)

نتائج اختبار ولكوكوسن Wilcoxon للمقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس قلق الصحة كدرجة كلية وكأبعاد

مستوى الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	عدد الرتب	الرتب	القياس	البعد
٠.٠٠٠٠	٣.٥٧٨-	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	صفر	الموجبة	البعدي - التتبعي	القلق والانشغال بالصحة
		١٢٠.٠٠٠	٨.٠٠٠	١٥	السالبة		
				صفر	المتساوية		
٠.٧٨٢	-٠.٢٧٧	٤٢.٠٠٠	٧.٠٠٠	٦	الموجبة	البعدي - التتبعي	الخوف من المرض والموت
		٤٩.٠٠٠	٧.٠٠٠	٧	السالبة		
				٢	المتساوية		
٠.٠٢٠	-٢.٣٢٤	٢٤.٠٠٠	٨.٠٠٠	٣	الموجبة	البعدي - التتبعي	تعويق الحياة
		٩٦.٠٠٠	٨.٠٠٠	١٢	السالبة		
				صفر	المتساوية		
٠.٠٠٠١	٣.٤١٩	٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	صفر	الموجبة	البعدي - التتبعي	الدرجة الكلية للمقياس
		١٢٠.٠٠٠	٨.٠٠٠	١٥	السالبة		
				صفر	المتساوية		

ويتضح من الجدول (٢٦) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس قلق الصحة كدرجة كلية وأبعاد، وبهذا تحقق الفرض الخامس .

ويتضح مما سبق قوة العلاقة بين المتغير المستقل (البرنامج العلاجي) والمتغير التابع (قلق الصحة). ويوضح الشكل التالي تمثيلاً بيانياً لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس قلق الصحة.



شكل (٨)

تمثيل بياني لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس قلق الصحة

كما يمكن تفسير نتائج الفرض الخامس والذي ينص على "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس قلق الصحة" من خلال نتائج الدراسات السابقة أمثال دراسات كل من: (Morriss et al., 2019; Farokhzadian et al., 2018; Mokhtarinejad et al., 2020a; Mokhtarinejad et al., 2020b; Tyrer et al., 2020; Peeters et al., 2021; Leibovitz et al., 2021, Faustino et al., in press.) والتي أثبتت فاعلية العلاج بالمخططات في خفض قلق الصحة لدى عينة من طلبة الجامعة وهذا يفسر استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم.

ويمكن تفسير نتائج هذا الفرض بناءً على تفسير الفروض السابقة الخاصة بقلق الصحة سواء بين المجموعة الضابطة والتجريبية وبين المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي واتساقاً معها، حيث أظهر أفراد المجموعة التجريبية أثناء البرنامج تقدماً ملحوظاً في خفض قلق الصحة وهذا التحكم يمثل نوعاً من التعزيز لهذه السلوكيات الإيجابية لذلك دعوتهم إلى تكرارها في المواقف المشابهة؛ نظراً لأنها تقابل بالاستجابة من الآخرين. ويمكن تفسير النتيجة ، أيضاً، طبقاً لما احتواه البرنامج من مادة علمية استطاعت إكساب أعضاء المجموعة التجريبية معلومات عن قلق الصحة ومكوناته وكيفية علاج المخططات المرتبطة بها، فضلاً عن دور الباحثين طوال جلسات البرنامج. كما اهتم الباحثان بأهمية التطبيق الفعلي لجلسات البرنامج، وتمثل ذلك في الواجبات المنزلية التي كلفت الأعضاء بها بعد الانتهاء من كل جلسة، وهذه الواجبات هيأت لهم الفرصة المناسبة لتطبيقها والتدريب عليها الأمر الذي ساعد في استمرارها بعد انتهاء البرنامج.

بالإضافة إلى نوعية الجلسات في تطبيقها فقد اعتمد الباحثان على الجلسات الجماعية بشكل كبير؛ الأمر الذي ساعد على إحساس أعضاء المجموعة التجريبية بأن هذه المشكلة ليست مشكلة فردية يعاني منها العضو بمفرده ولكن يعاني منها آخرون ، وأثناء هذه الجلسات حرص الباحثين على أن يعرض كل منهم ما استطاع أن ينفذه من فنيات في المواقف الحياتية له، الأمر الذي كان بمثابة النموذج والقوة للآخرين حتى من حيث اكتسابهم قناعات منها أن السلوك يمكن تعديله وتغييره إذا توفرت الدافعية والإرادة من قبل الشخص ذاته، وكذلك من خلال تكوين العلاقات الشخصية بين أفراد المجموعة الأمر

الذي جعلهم يساعدون بعضهم البعض يشجعون بعضهم البعض على حفظ المخططات اللاتكيفية ، كما ذكرت إحدى أعضاء المجموعة التجريبية، وذلك ساعد على استمرار فاعلية البرنامج العلاجي .

نتائج الفرض السادس:

وينص على أنه " لا توجد فروق دالة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الأمل " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان باستخدام اختبار ولكوكسون Wilcoxon لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الأمل في اتجاه القياس البعدي والجدول التالي يوضح ذلك:

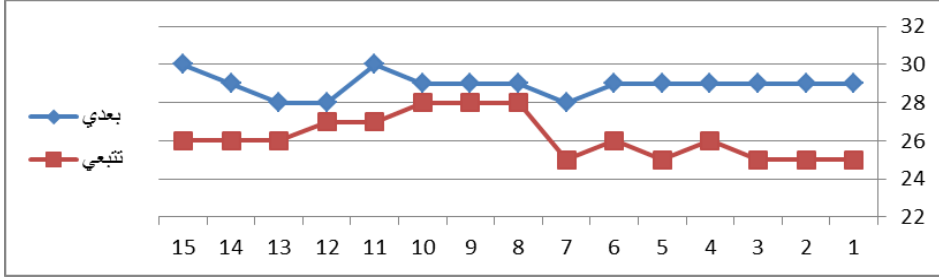
جدول (٢٧)

نتائج اختبار ولكوكسون Wilcoxon للمقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الأمل كدرجة كلية وأبعاد

المستوى الدلالة	Z	U	مجموع الرتب	متوسط الرتب	عدد الرتب	الرتب	القياس	البعد
٠.٠٠٨	-٢.٦٧٣		١٥.٠٠	٧.٥٠	٢	الموجبة	البعدي التتبعي	السبل
			٩.٠٠٠	٧.٥٠	١٢	السالبة		
					١	المتساوية		
٠.٠٠٢	-٣.١٢٧		٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	صفر	الموجبة	البعدي التتبعي	الإرادة
			٦٦.٠٠	٦.٠٠٠	١١	السالبة		
					٤	المتساوية		
٠.٠٠١	-٣.٤٤٣		٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	صفر	الموجبة	البعدي التتبعي	الدرجة الكلية للمقياس
			١٢.٠٠٠	٨.٠٠٠	١٥	السالبة		
					صفر	المتساوية		

ويتضح من الجدول (٢٧) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الأمل كدرجة كلية وأبعاد.

ويتضح مما سبق قوة العلاقة بين المتغير المستقل (البرنامج العلاجي) والمتغير التابع (الأمل). ويوضح الشكل التالي تمثيلاً بيانياً لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الأمل.



شكل (٩)

تمثيل بياني لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الأمل. كما يمكن تفسير نتائج الفرض السادس والذي ينص على "لا توجد فروق دالة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الأمل" بناءً على تفسير الفروض السابقة الخاصة بالأمل سواءً بين المجموعة الضابطة والتجريبية أو بين المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، أيضاً، بناءً على الفروض السابقة الخاصة بالأمل سواءً بين المجموعة الضابطة والتجريبية أو بين المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي واتساقاً معها، حيث أظهر أفراد المجموعة التجريبية أثناء البرنامج تقدماً ملحوظاً في تحسين الأمل، الأمر الذي أدى إلى استمرار الأفراد في كما ظهر ذلك من خلال الدرجة الكلية ومن خلال الأبعاد.

كما يمكن تفسير نتائج هذا الفرض طبقاً لما احتواه البرنامج من مادة علمية خاصة، وأيضاً من خلال خصائص المرحلة العمرية لعينة الدراسة حيث تتميز مرحلة المراهقة بعدة خصائص ومنها القلق المرتفع والانفعالات المضطربة وخاصة في فترة مر بها العالم وما زال يمر بأزمة عالمية غير مسبوقه بهذه الشراسة ومن خلال الإعلانات ومتابعة تقارير منظمة الصحة العالمية بمعدلات الوفيات والتي تزداد يوماً بعد يوم مما أدى إلى شعور المراهقين في هذه الفترة بارتفاع قلق الصحة لديهم وما أدى إليه جلسات البرنامج العلاجي والذي ساعد على خفض قلق الصحة وبالتالي أثر في تحسن الأمل لديهم.

كما يمكن تفسير نتائج الفرض السابع والذي ينص على "تختلف ديناميات الشخصية لدى الطلبة مرتفعي قلق الصحة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي كما يوضحها اختبار تكلمة الجمل (SCT) واختبار تفهم الموضوع (TAT)" من خلال تطبيق الأدوات الأكلينيكية للمفحوصة. فقد اتضح تأثير البرنامج العلاجي لصالح التطبيق البعدي فإنه يمكن وصف المفحوصة من خلال إستمارة دراسة الحالة: أن المفحوصة من أسرة متوسطة وتعد المفحوصة الابنة الكبرى لأخواتها، كما أن الأب على قيد الحياة وعلى علاقة سيئة مع أبنته المفحوصة مما جعلها تضطر إلى الخروج إلى العمل وهي في المرحلة الدراسية، في حين كانت الأم تمثل بالنسبة لها مصدر الأمن والحنان للمفحوصة كما اتضح من استمارة دراسة الحالة الآتي:

- أن المفحوصة تعاني من قلق الصحة بشكل مرتفع.
- أن المفحوصة تعاني من مشكلات في النوم، واضطرابات الأكل.
- أن المفحوصة تشعر بالرغبة في الانعزال عن الآخرين، والوحدة والانسحاب الاجتماعي بشكل عام.
- أن المفحوصة تسعى لتطوير الذات، وطموحات أكاديمية مرتفعه حيث أنها من الأوائل على الكلية.
- أن المفحوصة ليست مستقلة فهي معتمدة على الأم في اتخاذ قراراتها العملية والشخصية.
- أن المفحوصة شخصية متعاونة مع الآخرين ومطيعه وتعاني من الخيانة من الآخرين.
- أن المفحوصة تمتلك أصدقاء كثر من أعمار مختلفة.
- عانت في الماضي من خبرات سلبية ومواقف صادمة.
- علاقتها بالأب سيئة؛ لأنها ترى أنه السبب في تدني المستوى الاقتصادي والاجتماعي لها.
- لا تشعر بالرضا عن حياتها الحالية، فهي تقضي طيلة وقتها خارج المنزل بعد محاضرتها لتستطيع الانفاق على نفسها.
- المستقبل بالنسبة لها غامض وغير محدد المعالم ولكنها تسعى جاهدة للحصول لأعلى التقديرات في الدراسة.

ومما سبق من وصف للمفحوصة فإنها بسبب ما عانت به منذ الصغر من ظروف اجتماعية سيئة وخبرات طفولية لا تريد تذكرها- على حد قولها- كل ذلك ساعد بتكوين مخططات تفكير لا تكيفية لديها؛ الأمر الذي ظهر جلياً عند المرور بتجربة قاسية مثل تجربة كوفيد ١٩ والتي يمكن تفسير ارتفاع قلق الصحة لديها من خلال مجموعة من الأسباب وهي:

١- عوامل مرتبطة بالحالة الأسرية: ويمكن عرضها من خلال أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة والتي تم تنفيذها من جانب الأب؛ الأمر الذي أسهم بشكل كبير في كراهية المفحوصة له، بالإضافة إلى رؤية متدنية للأب ورغبة ملحة في التخلص من تندي المستوى الاقتصادي من خلال العمل بجانب الدراسة، بالإضافة إلى علاقة المفحوصة بالأخوة الأصغر وإحساسها الدائم بالمسؤولية سواء من الناحية الدراسية من جانبها أو من الناحية التربوية والرعاية الأسرية لأن بسبب عدم تواجد الأب والأم طوال اليوم خارج المنزل جعل المفحوصة تشعر بالمسؤولية في وقت مبكر من العمر، وأخيراً عدم شعور المفحوصة بأنها عاشت طفولة سعيدة فمن وجهه نظرها طفولتها كانت بائسة لم تشعر باللعب التلقائي مثل من هم في مثل عمرها.

٢- عوامل مرتبطة بالمفحوصة: وتمثلت هذه العوامل في العزلة والوحدة والانسحاب من المواقف الاجتماعية لشعورها بالنقص تجاه من حولها فتلجأ للوحدة لعدم القدرة على تلبية كافة الاحتياجات التي تتطلبها الالتقاء بالأصدقاء والأهل في الحفلات والمواقف الاجتماعية المختلفة فنفضل المفحوصة الانسحاب بدلاً من الاندماج بالآخرين. وتتميز المفحوصة بشخصية قوية وطموحة ما يجعلها بشكل عام شخصية قلقة إلى حد كبير وتعاني من مشاعر التوتر. ومن خلال الرغبة الملحة والمسيطر عليها للتغلب على الظروف الاقتصادية والاجتماعية الصعبة فهي في حالة صراع داخلي مستمر ظهر جلياً أثناء فترة الكورونا ومن التواصل بشكل كبير مع الأساتذة للحصول منهم على كيفية الحصول على درجات مرتفعة دون الخروج وحضور المحاضرات في ذلك الوقت فرغبتها الشديدة للبقاء والحصول على وضع اجتماعي مناسب جعل لديها الخوف من المرض مرتفع بشكل كبير كرد فعل ورغبة في البقاء.

ومن خلال تطبيق اختبار تكملة الجمل الناقصة (SCT) على المفحوصة يمكن تفسير استجاباتها قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي كما هو سيتم توضيحه من خلال عرض استجابات المفحوصة وتفسيرها:

أولاً: استجابات المفحوصة على اختبار تكملة الجمل الناقصة (SCT) قبل تطبيق البرنامج العلاجي (ملحق ٩) وتمثل في الآتي:

(أ) مجال الأسرة ويتكون من:

١- الاتجاه نحو الأم: تشير استجابات المفحوصة بالعلاقة الإيجابية مع الأم والتي تتضح في استجابتها (أمي أعظم امرأة في الكون) فهي ترى أنها تبذل قصارى جهدها لدرجة التضحية بروحها من أجل أبناءها. ولكن يتضح التناقض الوجداني تجاه الأم في جملة (أنا أحب أمي، لكن بعض الوقت تضايقتني) فمشاعر المفحوصة مختلطة ويتضح فيها الصراع بين حب الأم وبين عدم قدرتها على تلبية رغبات ومتطلبات المفحوصة بسبب تدني المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة.

٢- الاتجاه نحو الأب: تشير استجابات المفحوصة إلى العلاقة السلبية مع الأب والتي تتضح في استجابتها (أشعر أن والدي قليلاً ما يهتم بي) فهي ترى أن الأب لا يهتم بها، وغير متمسك بها على الإطلاق فهو يتركها للعمل وهي في سن صغيرة غير مبال بمضايقات الآخرين لها في هذا السن، بالإضافة إلى الديكتاتورية التي يمارسها الأب عليها فليس لها حرية الاختيار كما جاءت تكلتها للجملة رقم (٣٦) غير واضحة ومترابطة (أشعر أن والدي أقف في احترام) وكأن الجملة لما تحتويه من عبارة عن الأب لا تبالي فهي تعطي استجابات ليس لها معنى وذلك يوضح الكراهية تجاه الأب.

٣- الاتجاه نحو وحدة الأسرة: تشير استجابات المفحوصة إلى العلاقة السلبية مع الأب والتي تتضح في استجابتها (أشعر أن والدي قليلاً ما يهتم بي) فهي ترى أن الأب لا يهتم بها، وغير متمسك بها على الإطلاق فهو يتركها للعمل وهي في سن صغيرة غير مبالي بمضايقات الآخرين لها في هذا السن، بالإضافة إلى

الديكتاتورية التي يمارسها الأب عليها فليس لها حرية الاختيار كما جاءت تكلتها للجملة رقم (٣٦) غير واضحة ومتراطة (أشعر أن والدي أقف في احترام) وكأن الجملة لما تحتويه من عبارة عن الأب لا تبالي فهي تعطي استجابات ليس لها معنى وذلك يوضح الكراهية تجاه الأب.

(ب) مجال الجنس ويتكون من:

١- الاتجاه نحو المرأة: تشير استجابات المفحوصة إلى التناقض الوجداني نحو المرأة والتوحد مع الأم، وذلك اتضح من خلال استجابات المفحوصة كما جاء في عبارتها كالاتي: فكرتي عن المرأة الكاملة: أنها قوية، أظن أن معظم الفتيات: فقدوا حياءهم، أعتقد أن معظم النساء: أصبحوا قويان وعلى وعي بحقوقهم، آخر ما أحبه من النساء: غرورهم وتمردهم. فيتضح من هذه الاستجابات استخدامها لميكانيزمات الدفاع المختلفة والتي تمثلت في الإسقاط، والإنكار، حيث استخدمت ميكانيزم الإسقاط في محاولة إسقاط مشاعرها والتي تمثلت في رؤيتها للمرأة القوية فهي شخصية قوية فالواقع لأنها تدرس وتمارس أكثر من مهنة في ذات الوقت، كما يتضح لديها ميكانيزم التوحد حيث توحدت مع الأم من خلال رؤيتها أن معظم النساء أقوى وعلى وعي بحقوقهم وهو يمثل نموذج الأم لديها فهي بالفعل تغيرت من امرأه لا تعلم بحقوقها وخاصة الزوجية إلى امرأة تعلم جيد حقوقها مع وجود أولادها الذين أشاروا إليها لأشياء كثيرة. كما يتضح ميكانيزم الإنكار في رؤيتها أن الفتيات فقدوا حياءهم، وأن النساء لديهم غرور وتمرد.

٢- الاتجاه نحو العلاقات الجنسية الغيرية: تشير استجابات المفحوصة إلى رفض للعلاقات الجنسية الغيرية نتيجة ما عانتها أثناء فترة الطفولة من حياة أسرية غير مستقرة، واتضح ذلك من خلال استجابات المفحوصة كما جاء في عبارتها كالاتي: عندما أشاهد رجل وامرأة معاً: اتمنى لهم السعادة؛ وهنا يتضح الإسقاط فهي تتمنى أن ترتبط بفتى أحلام وتعيش معه السعادة، شعوري نحو الحياة الزوجية أنها: مملة وكئيبة، لو كانت لي علاقات جنسية: (لم تجيب)، حياتي الجنسية: (لم تجب). فقد اتضح من خلال استجابات المفحوصة الرفض للعلاقات مع الجنس الآخر مشيرة

إلى أنها (والله أنا غير متزوجة يا دكتورة) فهي ترى السعادة بعيدة عن الجوانب الجنسية، بالإضافة إلى أن ما يجعلها تكره العلاقات الجنسية حالة الاكتئاب التي سيطرت عليها بسبب الخلافات المستمرة مع الوالدين. فالزواج بالنسبة لها فرصة لحياة أفضل من حياة والديها، والهروب من الحياة البائسة التي تعيشها. كما امتنعت عن باقي الاستجابات الأخرى والتي تعبر عن العلاقات الجنسية، وهذا الامتناع يدل على عدم الرغبة في العلاقات الجنسية وأنها تخص المتزوجين فقط وفي نفس الوقت ترى أن الحياة الزوجية مملة وكئيبة.

(ج) مجال العلاقات الإنسانية المتبادلة:

١- الاتجاه نحو الأصدقاء والمعارف: تشير استجابات المفحوصة إلى الاتجاه الإيجابي نحو الأصدقاء والمعارف؛ وذلك اتضح من خلال استجابات المفحوصة كما جاء في عبارتها كالاتي: أشعر أن الصديق الحق: هو من يقف بجانبني في الأزمات، أنا أحب الناس الذين: يحبون الخير لغيرهم، الناس الذين أحبهم أكثر من غيرهم: أود أن أظل معهم دائماً، عندما أكون موجوداً بين أصدقائي فإنهم: يتمنون وجودي. فالمفحوصة لديها اتجاه إيجابي تجاه الآخرين، فهي تمتلك صداقات متعددة من مختلف الأعمار فهي شخصية محبوبة من الجميع كما أن لها علاقات اجتماعية ناجحة بالكثيرين.

٢- الاتجاه نحو رؤساء العمل أو المدرسة: تشير استجابات المفحوصة إلى الاتجاه الإيجابي نحو رؤساء العمل وذلك اتضح من خلال استجابات المفحوصة كما جاء في عبارتها كالاتي: الناس الذين هم أعلى مني: كثير ما يدعموني، في المدرسة المدرسون الذين يدرسون لي: كنت أحبهم، عندما أجد رئيسي قادم: أقف في احترام، الناس الذين اعتبرهم رؤسائي. فيتضح من استجابات المفحوصة الطموح المرتفع للمفحوصة فهي تتمنى أن تكون ذو شأن وهذا ما يزيد قلقها بشأن المستقبل، كما أنها تثق في نفسها وهذا ما يعطيها الدافع للعمل والإنجاز، وهذا من الاتجاهات المفسرة لقلق المستقبل المهني.

٣- **الاتجاه نحو المرؤوسين:** تشير استجابات المفحوصة إلى الاتجاه الإيجابي نحو المرؤوسين، وذلك اتضح من خلال استجابات المفحوصة كما جاء في عبارتها كالاتي: لو أنني كنت مسئولاً: كنت اختار المستقبل، لو أن الناس عملوا من أجلي: لأحبتهم جميعاً، الناس الذين يعملون من أجلي: أقدم لهم كل الاحترام، عندما أصدر الأوامر للآخرين: أكون أكثر وعياً بالمطلوب. فمن خلال استجابات المفحوصة يتضح الاتجاه الإيجابي نحو المرؤوسين فهي بالفعل على درجة من التوافق النفسي والاجتماعي مع الآخرين ولكن يتضح لديها القلق بالمستقبل وخاصة الصحي فهي ترجو حياة صحية سليمة في ظل الأزمات التي يعيشها العالم.

٤- **الاتجاه نحو زملاء العمل أو المدرسة:** تشير استجابات المفحوصة إلى الاتجاه الإيجابي تجاه زملاء العمل والمدرسة. وذلك اتضح من خلال استجابات المفحوصة كما جاء في عبارتها كالاتي: في عملي أنا أكثر انسجاماً مع: اللطفاء المتعاونين، هؤلاء الذين أعمل معهم: احترمهم، أحب أن أعمل مع الناس الذين: يقدرون مجهود الآخرين، الناس الذين يعملون معي: يحترموا قرارتي، فيتضح من هذه الاستجابات التوافق النفسي والاجتماعي للمفحوصة مع الآخرين، فالعلاقة بينهم علاقات حب وتعاون كما أنها بها اسقاط فهي الشخصية المتعاونة ودائماً ما تشكو من عدم تعاون الآخرين معها.

(د) مجال فكرة المرء عن نفسه:

١- **الاتجاه نحو المخاوف:** تشير استجابات المفحوصة إلى الاتجاه نحو المخاوف من المرض وذلك اتضح من خلال استجابات المفحوصة كما جاء في عبارتها كالاتي: أنا أعلم أنه من الحماسة ولكني أخاف من: المرض، معظم أصدقائي لا يعرفون أنني أخاف من: الأمراض، أود لو أنني تخلصت من الخوف: الدائم من الإصابة بالأمراض، تضطرنني مخاوفي أحياناً إلى أن: تجنب التعامل مع الناس خوفاً لانتقال العدوى. ويتضح من ذلك المخاوف المرتبطة بالمرض ولذلك تبتعد في التعامل مع الآخرين حماية لها من انتقال الأمراض والعدوى.

٢- **الاتجاه نحو مشاعر الذنب:** تشير استجابات المفحوصة إلى الاتجاه نحو مشاعر الذنب تجاه الآخرين الذين أعطت لهم الثقة، وذلك اتضح من خلال استجابات المفحوصة كما جاء في عبارتها كالاتي: أنا على استعداد للقيام بأي شيء ينسيني ذلك الوقت الذي: ضاعت فيه طفولتي، أكبر غلطة ارتكبتها كانت: ثقفتي في الآخرين، عندما كنت صغيراً كنت أشعر بالذنب نحو: نفسي، كان أسوء ما فعلت في حياتي: من أعطيتهم ثقة لا يستحقونها. يتضح من الاستجابات أن المفحوصة تعاني مشاعر الذنب تجاه الآخرين وتسبب عدم وجود علاقة طيبة بين الأب وابنته جعلها تبحث عن علاقات أخرى تعوض بها طفولتها البائسة ولكن قوبلت كل هذه الثقة بالإهانة والرفض من الآخر.

٣- **الاتجاه نحو القدرات الذاتية:** تشير استجابات المفحوصة إلى الاتجاه الإيجابي تجاه الذات وتجاه قدراتها. وذلك اتضح من خلال استجابات المفحوصة كما جاء في عبارتها كالاتي: عندما لا تكون الظروف جانبي: أشعر بالحزن، أعتقد أن عندي قدرة على: تحقيق المستحيل وازداد التحدي، أكبر نقطة ضعف عندي: ليس لدى نقاط ضعف، عندما لا يكون الحظ حليفي: أشعر باليأس والظلم. يتضح من استجابات المفحوصة استخدام ميكانيزم الإنكار فهي تنكر وجود نقاط ضعف لديها رغم أنها في أشد الاحتياج لأمر كثيرة كما أن حياتها مليئة بالأمر التي تجعل لها نقاط ضعف كبيرة ولكنها في المجمل تثق بذاتها وبقدراتها، ولكنها تخاف من الآخرين فهي تشعر تجاههم بالاضطهاد والظلم نتيجة ما عانت في مرحلة الطفولة.

٤- **الاتجاه نحو الماضي:** تشير استجابات المفحوصة إلى الخبرات السلبية بمرحلة الطفولة. وذلك اتضح من خلال استجابات المفحوصة كما جاء في عبارتها كالاتي: عندما كنت طفلاً: كنت انطوائية، قبل هذه المشكلة كنت: أسهل في التعامل مع الآخرين، لو أنني عدت صغيراً كما كنت: أكثر اجتماعية، أوضح ذكريات طفولتي: مع أصدقائي. ويتضح من خلال هذه الاستجابات أن المفحوصة كانت انطوائية بسبب أساليب التنشئة الاجتماعية وبسبب الخلافات الأسرية المستمرة مع الوالدين فهي لا تثق بالآخرين ولا تريد أن تكون معهم علاقات اجتماعية.

٥- **الاتجاه نحو المستقبل:** تشير استجابات المفحوصة إلى التناقض الوجداني نحو المستقبل. وذلك اتضح من خلال استجابات المفحوصة كما جاء في عبارتها كالاتي: المستقبل يبدو لي: غامض، إنني أتطلع إلى: مستقبل مشرق خالي من الأمراض، في يومًا ما أنا: سأحقق كل أحلامي، عندما تتقدم بي السن: أتمنى أن أحقق كل أحلامي. ويتضح من هذه الاستجابات التناقض الوجداني للمفحوصة فهي ترغب مستقبل مشرق خالي من الأمراض وفي ذات الوقت فهو غامض وتارة ستحقق كل أحلامها.

٦- **الاتجاه نحو الأهداف:** تشير استجابات المفحوصة إلى الاتجاه المحدد نحو أهدافها. وذلك اتضح من خلال استجابات المفحوصة كما جاء في عبارتها كالاتي: كنت أود دائماً أن: أكون المفضلة، سأكون في غاية السعادة إذا: وصلت إلى هدفي، الشيء الذي أطمح إليه سرًا: الاستقلال عن أسرتي، إن أكثر ما أتمناه في الحياة: السلام النفسي. ويتضح من خلال استجابات المفحوصة الصراع النفسي التي تعاني منه المفحوصة. فهي في صراع قلق الانفصال، فهي تريد الانفصال عن الوالدين والحياة المليئة بالمشاكل إلى حياة مستقرة تكون هي المسيطرة عليها لتحصل على السلام النفسي التي تريده.

وتعقيباً على استجابات المفحوصة على اختبار ساكس لتكملة الجمل يتضح أن المفحوصة تعاني من القلق المستمر المرتبط بالأمراض وهو السبب الذي جعل الباحثين يختاروا هذه المفحوصة، كما اتضح من استجاباتها أنها تعاني من الإحباط، وتشعر بالاضطهاد من الآخرين، كما أنها تعاني من الاكتئاب فهي في حالة من الصراع النفسي بين ما ترغب فيه وبين قدراتها وإمكاناتها. ويتفق هذا مع فروض الدراسة فالشخص الذي لديه قلق الصحة يخبر عديد من الصراعات النفسية كما أنه يعاني من القلق بشكل كبير بالإضافة إلى أن استجابات المفحوصة بعد تطبيق البرنامج العلاجي جاءت في صالح الفروض الاختبار البعدي والتبعي فقد تم خفض مشاعر القلق لديها، وتحسين الشعور بالأمل في المستقبل.

ثانياً: استجابات المفحوصة على اختبار تكملة الجمل الناقصة (SCT) بعد تطبيق البرنامج العلاجي وتمثل في (ملحق ٩):

وتعقيباً على استجابات المفحوصة على اختبار ساكس لتكملة الجمل بعد تطبيق البرنامج العلاجي يتضح أن المفحوصة انخفض لديها القلق المرتبط بالأمراض، كما اتضح من استجاباتها أنها بدأت تتخلص من مشاعر الإحباط، والاضطهاد من الآخرين، والاكنتاب، كما بدأ يتحسن لديها التفاؤل والأمل وبدأت تظهر تكامل وقوة الأنا من خلال استجاباتها. ويتفق هذا مع فروض الدراسة الخاصة بالفروض البعدية والتبعية فالشخص الذي ينخفض لديه قلق الصحة يتخلص من عديد من الصراعات النفسية والاضطرابات النفسية. وأخيراً يتضح لدى المفحوصة خفض مشاعر القلق، وتحسين الشعور بالأمل في المستقبل.

ثالثاً: الصورة الإكلينيكية للحالة بناءً على استجاباتها على اختبار تفهم الموضوع (التات) قبل تطبيق البرنامج العلاجي (ملحق ٨): من خلال تطبيق اختبار تفهم الموضوع اتضح الآتي:

١- تكامل الأنا: يتضح من خلال عرض القصص تكامل وقوة الأنا لدى المفحوصة وظهر هذا جلياً من خلال القصص التي كانت ترويها فهي تتمتع بحبكة جيدة، كما أنها تسرد المشكلات التي تواجه البطالة وكيف أنها مع الإصرار والتحدي تستطيع حل الأزمة في النهاية فكل قصصها تنتهي بوجود حلول للمشكلات مما يعبر عن قوة الأنا لدى المفحوصة.

٢- النرجسية: يتضح من خلال عرض القصص مي حب المفحوصة لذاتها فهي في كل القصص لم تذكر عائلتها إلا بتوجيه اللوم لها على هذه الحياة البائسة فهي تستحق الكثير، كما أن تطلعاتها كانت لها فقط رغم انتشار الأوبئة وكثرة الموت وخاصة لكبار السن فهي لم تخشى الوفاة لوالديها ولكن تمحورت كل القصص عليها هي فتوحدت مع الأبطال داخل القصص.

٣- العصاب النفسي (عصاب القدر): اتضح من خلال استجابات المفحوصة قبل وبعد البرنامج العلاجي الرغبة الملحة في النجاح وأن قدراتها ستؤهلها لذلك يوماً ما ففتجاهل ما يدور حولها من معوقات للنجاح فتختتم كل القصص بالانتصار على ما تعاني منه من إحباطات وظلم من الآخرين.

٤- الوسواس القهري: ويظهر ذلك في القصص فهي دائماً ما تظهر هذه الفكرة التي تقهرها وهي الحياة التي تريد تغييرها، كما أنها دائماً ما تكون النهايات الجميلة التي تجذب بها انتباه القارئ فدائماً كل النهايات سعيدة.

٥- الاكتئاب: يظهر جلياً من خلال التعبير عن مشاعر الحزن والظلم والحياة البائسة التي تظهر في القصص كما تظهر في الحديث عن المرض والرغبة في السلام النفسي والحياة الإيجابية التي تروج أن تكون عليها في المستقبل فتعيش حالة من الصراع والتناقض الوجداني داخل قصصها.

٦- القلق: ويظهر جلياً من خلال تكرار موضوعات الخوف وهذا تكرر في كل القصص التي روتها فدائماً هناك شيء انتظره لا اعلم ما هو ولكن لديها قدراتها التي تمكنها من التخلص من كل هذه المعرفلات ولكنها في ذات الوقت تروج الحياة الجيدة والنهايات السعيدة رغم إحساسها بالظلم.

٧- الهستيريا: تكشف صور التات على الحالة الهستيرية للمفحوصة والتي تتمثل في اللياقة وتودد والإقدام والجرأة الاجتماعية والحماس والاهتمام بمن تحبه والرغبة في العيش بسلام مع شخص تحبه ولكن ينتابه الخوف من الآخر.

وتعقيباً لذلك فإنه يتضح أن البروفيل النفسي للمفحوصة تتمتع بأعراض القلق الصحة والتي يتمثل في القلق والاكتئاب والнерجسية والوسواس القهري فكل هذه الاضطرابات يتميز بها من يعانون من قلق الصحة الأمر الذي يجعل الدراسة الإكلينيكية تتفق مع المقاييس السيكومترية وهو الذي اتضح تأثيره بعد البرنامج العلاجي.

رابعاً: الصورة الاكلينيكية للحالة بناءً على استجاباتها على اختبار تفهم الموضوع (التات) بعد تطبيق البرنامج العلاجي (ملحق ٨): من خلال تطبيق اختبار تفهم الموضوع اتضح الآتي:

١- التفاؤل: بعد تطبيق البرنامج العلاجي أصبح لدى المفحوصة النظرة التي تتمتع بالتفاؤل وحب الآخرين والتخلص من مشاعر النقص تجاههم، كما أن وجود حالات للشفاء من الكورونا ساعد بشكل كبير على تخطي الأزمات لديها.

- ٢- **القلق:** انخفض القلق وخاصة قلق الصحة لدى المفحوصة واتضح ذلك من خلال القصص التي تتحدث بها عن شفاء الأمراض بالإضافة إلى تخفيف حدة الصراعات النفسية والتي ظهرت بشكل كبير أثناء العرض.
- ٣- **التسامح:** ظهر من خلال القصص ظهور قيم التسامح مع الآخرين وخاصة مع الوالدين الذين كانت دائماً ما تلقى اللوم عليها في أمور مختلفة وعديدة، كما أنها تمتعت بالتصالح مع الذات وتقبلها.
- ٤- **الاستقلالية:** ظهر من خلال القصص الرغبة في الاستقلالية لمساعدة الوالدين والتي كانت تشعر ضدهم بالتقصير والفشل في توفير الحياة الكريمة لها.

توصيات الدراسة:

قام الباحثان باقتراح مجموعة من التوصيات الخاصة بالبحث، وذلك بناءً على نتائج البحث الحالي وهي:

- ١- ضرورة تفعيل مراكز الإرشاد في المدارس والجامعات؛ وذلك لقيامها بدور فعال في توعية الطلبة بقلق الصحة، وكيفية علاجها، بالإضافة إلى توعيتهم بالآثار المترتبة على قلق الصحة، وبالتالي حمايتهم من الوقوع في براثن الأمراض وغيرها وخاصة الطلبة في مرحلة المراهقة يحتاجون نوعاً من الإرشاد.
- ٢- توعية المعلمين بضرورة إرشاد الطلبة بأهمية علاج قلق الصحة وتحسين الأمل بطرق أكثر إيجابية بدلاً من الهرب منها .
- ٣- يجب عقد ندوات وخاصة في الجامعة؛ حيث يتميز المجتمع الجامعي بانفتاحه على المجتمع المحلي بشكل يختلف عن المدارس؛ وهذا الأمر يبرر مدى احتياج الطلبة لندوات توعية بطبيعة المشكلات التي يمرون بها خاصة في مرحلة المراهقة.
- ٤- يجب تعاون أعضاء هيئة التدريس بالجامعات مع الطلبة في القيام بدورهم الإرشادي وبث روح التعاون والأمل في الغد، ورسم الخطط المستقبلية في ضوء الإمكانيات المتاحة وقدرات الطلبة مع مراعاة ما بينهم من فروق فردية .
- ٥- توعية الشباب الجامعي بمصادر قلق الصحة، وتدريبهم على علاجها من خلال دورات يكون الهدف الأساسي منها هو علاج قلق الصحة، واستثمار الوقت في أمور مفيدة والاهتمام بالمستقبل العلمي أو المهني.

- ٦- الاهتمام بتوعية الشباب الجامعي وخاصة المرحلة الجامعية الأولى خاصة حيث إن الشباب الجامعي في هذه المرحلة العمرية تكون لديه الرغبة في التعلم والمعرفة والاطلاع، ويكون أكثر مرونة من غيره الذي أنهى حياته الدراسية، هذا فضلاً عن أنهم يتسمون بمجموعة من السمات التي تجعل عملية إرشادهم مهمة للغاية.
- ٧- توعية الأسرة بدورها الجليل في تحسين الأمل لدى أبنائهم وذلك من خلال أساليب المعاملة الوالدية - وهو أشرت إليه في الإطار النظري - حيث إن الأمل يرجع بشكل كبير إلى الأسرة وأساليب المعاملة التي تتنوع من التدليل الزائد أو القسوة في التعامل أو الإهمال ، فإن قيام الأسرة بالدور الإرشادي يساعد الأبناء على اتخاذ أفراد الأسرة قدوة لهم في حياتهم في حل ما يواجههم من مشكلات.

دراسات بحوث مقترحة:

من خلال نتائج البحث الحالي يقدم الباحثان مجموعة من الدراسات والبحوث المقترحة:

- ١- برنامج للعلاج بالقبول والالتزام لخفض قلق الصحة لدى طلاب الجامعة.
- ٢- برنامج بالعلاج المعرفي لتحسين الذكاء الانفعالي وأثره في تحسين الأمل لدى عينة من المراهقات المساء معاملتهم في الطفولة.
- ٣- فعالية العلاج السلوكي الجدلي في تحسين جودة الحياة وأثره في قلق الصحة لدى عينة من طلبة الجامعة.
- ٤- فعالية العلاج السلوكي المعرفي في تحسين المناعة النفسية وأثره في خفض قلق الصحة لدى عينة من طلبة الجامعة.
- ٥- الإرشاد الانتقائي في خفض قلق الصحة لدى عينة من مراحل عمرية مختلفة

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية :-

إبراهيم سالم الصيخان (٢٠١٠). الاضطرابات النفسية والعقلية (الأسباب والعلاج). دار الصفاء للنشر والتوزيع.

إبراهيم قشقوش (١٩٨٠). سيكولوجية المراهقة. الأنجلو المصرية.

أحمد حسن محمد الليثي (٢٠٢٠). المتانة العقلية وعلاقتها بالدافعية الأكاديمية وأساليب مواجهة الضغوط لعينة من طلاب جامعة حلوان. مجلة البحث العلمي في التربية: جامعة عين شمس - كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، ٢١ (٦)، ١٨٥-١٣٩.

أحمد عبد الخالق (٢٠٠٤). الصيغة العربية لمقياس "سنايدر" للأمل. دراسات نفسية، ١٤ (٣)، ١٨٣-١٩٢.

إسماعيل علوي وبنعيسى زغبوش (٢٠٠٩). العلاج النفسي المعرفي: مدخل إلى تدبير صعوبات الحياة اليومية والتخفيف من المعاناة النفسية. عالم الكتب الحديث.

إيمان خميس (٢٠٠٩، ٦-٨ إبريل). جودة الحياة وعلاقتها بكل من الرضا الوظيفي وقلق المستقبل لدى معلمات رياض الأطفال. المؤتمر العلمي الثالث: تربية المعلم

العربي وتأهيله: رؤى معاصرة، كلية العلوم التربوية، جامعة جرش، الأردن.

بيلاك ليبولد (٢٠١٧). اختبار تفهم الموضوع للراشدين (التات) (ترجمة محمد خطاب). مكتبة الأنجلو المصرية

جابر عبد الحميد، علاء الدين كفاقي (١٩٩٠). معجم علم النفس والطب النفسي. الجزء الخامس. دار النهضة العربية.

حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط ٤. عالم الكتب.

دافيد شيهان (١٩٨٨). مرض القلق. الكويت (ترجمة عزت شعلان). المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

رشاد عبد العزيز، مديحة سليم (٢٠١٣). علم النفس العلاجي. عالم الكتب.

روبين داينز (٢٠٠٦). إدارة القلق (ترجمة خالد العامري). دار الفاروق للنشر والتوزيع.

سميرة البدر (٢٠٠٥). مصطلحات تربوية ونفسية. دار الثقافة للنشر والتوزيع.

- سي يوجين والكر (٢٠٠٣). تعلم أن تسترخي (ترجمة جمال الخطيب) (ط ٢). مكتبة العبيكان.
- سيد محمد غنيم وهدي عبد الحميد براده (١٩٦٤). الاختبارات الإسقاطية. دار النهضة العربية .
- شعبان محمد فضل (٢٠٠٨). العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والتقنيات. الدار الجامعية للنشر والتوزيع.
- صالح الدهري ووهيب الكبيسي (١٩٩٩). علم النفس العام. دار الكندي للنشر والتوزيع.
- صالح صالح وبسمة شامخ (٢٠١١). التحدث مع الذات وبعض الاضطرابات النفسية والسلوكية. دار صفا للنشر والتوزيع.
- صفوت فرج (٢٠٠٨). علم النفس الاكلينيكي. مكتبة الأنجلو المصرية.
- طه حسين عبد العظيم (٢٠٠٧). العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات. دار الوفاء للنشر
- عبد المنعم الحفني (٢٠٠٣). الموسوعة النفسية في علم النفس والطب النفسي (ط ٢). مكتبة مذبولي.
- فؤاد أبو حطب، وأمال صادق (١٩٩٩). نمو الانسان من مرحلة الجنين الي مرحلة المسنين (ط ٤). الأنجلو المصرية.
- كريستين هيرون (٢٠٠٥). العلاج بالاسترخاء " الدليل العملي " (ترجمة دار الفاروق). دار الفاروق للنشر والتوزيع.
- كلثوم بلميهوب (محررا) (٢٠١٤). تقييم فعالية العلاج السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية. الجزائر: DgrsdT Crasc.
- محمد إبراهيم عسليية وأسامة سعيد حمدونة (٢٠١٥). الالتزام الديني وعلاقته بكل من قلق الموت وخبرة الأمل لدى طلبة كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة. دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، ٤٢ (٣)، ٧٥٠-٧٣١.
- محمد السيد عبد الرحمن (٢٠١٤). العلاج المعرفي والميتامعرفي. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- محمد السيد عبد الرحمن، ومحمد محروس الشناوي (٢٠١٠). العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقه. زهراء الشرق.

محمد بدر الدين بدر وسهير فهيم الغباشي وهناء أحمد شويخ وحسين محمد بخيت (٢٠٢١). الفروق بين المراهقين والمراهقات في اضطراب توهم المرض. مجلة كلية الآداب بقنا، ٥٢ (٣)، ٤٨٩-٥١٠.

محمد جاسم محمد (٢٠٠٤). علم النفس الاكلينيكي. دار الثقافة للنشر والتوزيع. محمد سلامة غباري (١٩٨٩). الخدمة الاجتماعية ورعاية الاسرة والطفولة والشباب. المكتب الجامعي الحديث.

محمد علي المعشي (٢٠١٦). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بكل من السعادة النفسية والأمل لدى طلاب الدراسات العليا بجامعة جازان. دراسات تربوية ونفسية، ٩٣، ٢٨٣-٣٣٤.

مسعد أبو الديار (٢٠١٣). سيكولوجية الأمل. دار الكتاب الحديث. مصطفى حجازي (٢٠١٥). إطلاق طاقات الحياة: قراءات في علم النفس الإيجابي. دار التنوير للطباعة للنشر.

مصطفى حسين (١٩٩٦). سيكولوجية فنون المراهق. الأنجلو المصرية. منتصر علام (٢٠١٢). الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي السلوكي " النظرية والتطبيق". دار الكتب والوثائق القومية.

ميادة الصالحي (٢٠٠٥). الأمل وتحقيق الأهداف وعلاقتها بالمكانة النفسية والاجتماعية لدى طلبة الجامعة. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة بغداد.

هبة جابر عبد الحميد (٢٠١٨). فاعلية العلاج الميتامعرفي في خفض توهم المرض "قلق الصحة" لدى طلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي: جامعة عين شمس، ٥٤، ٣٤٧-٢٨٩.

هناء عزت عبد الجواد ومروة صادق صادق (٢٠١٩). أثر برنامج قائم على حل المشكلات الأكاديمية في تحسين الأمل الأكاديمي ومعتقدات التمكين لدى طلبة الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي، ٦٠، ١١٣-١٧٧.

وائل الشاذلي (٢٠٢٠). فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتنمية الأمل وأثره في أساليب مواجهة الضغوط لدى عينة من طلاب كلية التربية. المجلة التربوية، ٧٧، ٧٥٩-٧٠٧.

ثانياً: المراجع الأجنبية :-

- Andersson, G., Hesser, H., Veilord, A., Svedling, L., Andersson, F., Sleman, O., Mauritzson, L., Sarkohi, A., Claesson, E., Zetterqvist, V., Lamminen, M., Eriksson, T., & Carlbring, P. (2013). Randomized controlled non-inferiority trial with 3-year follow-up of internet-delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 151, 986-994. doi: [10.1016/j.jad.2013.08.022](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.022)
- Arnau, R. C. (2018). Hope and anxiety. In M. W. Gallagher, & S. J. Lopez, *Oxford Handbook of Hope* (pp. 233-242). New York, NY: Oxford University Press.
- Arntz, A., & Jacob, G. (2017). *Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to The Schema Mode Approach*. John Wiley & Sons.
- Asmundson, G. J., Abramowitz, J. S., Richter, A. A., & Whedon, M. (2010). Health anxiety: current perspectives and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 12(4), 306-312. DOI: [10.1007/s11920-010-0123-9](https://doi.org/10.1007/s11920-010-0123-9)
- Averill, J. R., Sundararajan, L. (2004). Hope as rhetoric: Cultural narratives of wishing and coping. In J. Elliott (Ed.), *Interdisciplinary perspectives on hope* (pp. 127-159). New York: Nova Science Publishers.
- Axelsson, E., Andersson, E., Ljótsson, B., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Cost-effectiveness and long-term follow-up of three forms of minimal-contact cognitive behaviour therapy for severe health anxiety: Results from a randomised controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 107, 95-105. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.06.002>
- Azadi, S., Khosravani, V., Naragon-Gainey, K., Bastan, F. S., Mohammadzadeh, A., & Ghorbani, F. (2019). Early Maladaptive Schemas Are Associated with Increased Suicidal Risk among Individuals with Schizophrenia. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(4), 274-291. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00046-6>

- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N. M., Lohr, J., & Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*, 9(2), 111–131. <https://doi.org/10.1037/a0027924>
- Barlow, D. H. (1991). Disorders of emotions: Clarification, elaboration, and future directions. *Psychological Inquiry*, 2(1), 97-105. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0201_25
- Bartholomew, T. T., Joy, E. E., & Gundel, B. E. (2021). Clients' Hope for Counseling as a Predictor of Outcome in Psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 00110000211033255. <https://doi.org/10.1177/00110000211033255>
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia research*, 68(2-3), 319-329. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00189-0](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00189-0)
- Bohart, A. C. (2002). Focusing on the positive, focusing on the negative: Implications for psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 58(9), 1037-1043. <https://doi.org/10.1002/jclp.10097>
- Boterhoven De Haan, K. L., & Lee, C. W. (2014). Therapists' thoughts on therapy: Clinicians' perceptions of the therapy processes that distinguish schema, cognitive behavioural and psychodynamic approaches. *Psychotherapy Research*, 24(5), 538-549. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.861092>
- Boterhoven de Haan, K. L., Fassbinder, E., Hayes, C., & Lee, C. W. (2019). A schema therapy approach to the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(1), 54–64. <https://doi.org/10.1037/int0000120>
- Boterhoven De Haan, K.L. and Lee, C.W. (2014) Therapists' thoughts on therapy: Clinicians' perceptions of the therapy processes that distinguish schema, cognitive behavioural and psychodynamic approaches. *Psychotherapy Research*, 24(5). pp. 538-549. <http://researchrepository.murdoch.edu.au/20195>
- Braun-Lewensohn, O., Abu-Kaf, S., & Kalagy, T. (2021). Hope and Resilience During a Pandemic Among Three Cultural Groups in Israel: The Second Wave of Covid-19. *Frontiers in psychology*, 12, 637349. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.637349>

- Bryant, R. A., Dawson, K. S., Keyan, D., Azevedo, S., Yadav, S., Tran, J., & Harvey, S. (2022). Effectiveness of a Videoconferencing-Delivered Psychological Intervention for Mental Health Problems during COVID-19: A Proof-of-Concept Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 91(1), 63-72. <https://doi.org/10.1159/000520283>
- Carr, S. N., & Francis, A. J. (2010). Do early maladaptive schemas mediate the relationship between childhood experiences and avoidant personality disorder features? A preliminary investigation in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 343-358. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9250-1>
- Day, L., Hanson, K., Maltby, J., Proctor, C., & Wood, A. (2010). Hope uniquely predicts objective academic achievement above intelligence, personality, and previous academic achievement. *Journal of research in personality*, 44(4), 550-553. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2010.05.009>
- Denizli, S. (2004). *The role of hope study skills in predicting test anxiety levels of university students* [Master's thesis, MIDDLE EAST TECHNICAL UNIVERSITY]. <https://etd.lib.metu.edu.tr/upload/12604758/index.pdf>
- Dierks, A. (January 24th). The importance of hope. <https://www.counselling-directory.org.uk/memberarticles/the-importance-of-hope>
- Easvaradoss, V., & Rajan, R. (2013). Positive psychology spirituality and well-being: An overview. *Indian Journal of Positive Psychology*, 4(2), 321.
- Edwards, T. M., & Jovanovski, A. (2016). Hope as a therapeutic target in counselling—in general and in relation to Christian clients. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 38(2), 77-88.
- Edwards, T. M., & Jovanovski, A. (2016). Hope as a therapeutic target in counseling—In general and in relation to Christian clients. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 38(2), 77-88. <https://doi.org/10.1007/s10447-016-9257-8>

- Faustino, B., Vasco, A. B., Delgado, J., Farinha-Fernandes, A., & Guerreiro, J. C. (in press). Early Maladaptive Schemas and COVID-19 Anxiety: The mediational role of Mistrustfulness and Vulnerability to Harm and Illness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2706>
- Furer, P., Walker, J. R., & Stein, M. B. (2007). *Treating health anxiety and fear of death: A practitioner's guide*. Springer Science & Business Media.
- Gallagher, M. W., Long, L. J., Richardson, A., D'Souza, J., Boswell, J. F., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Examining hope as a transdiagnostic mechanism of change across anxiety disorders and CBT treatment protocols. *Behavior therapy*, 51(1), 190-202. doi: [10.1016/j.beth.2019.06.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.06.001)
- Ghaderi, F., Kalantari, M., & Mehrabi, H. A. (2016). Effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schemas modification and reduce of social anxiety disorder symptoms. *Clinical Psychology Studies*, 6(24), 1-28. [10.22054/JCPS.2016.6512](https://doi.org/10.22054/JCPS.2016.6512)
- Ghazanfarpour, M., Ashrafinia, F., Zolala, S., Ahmadi, A., Jahani, Y., & Hosseininasab, A. (2021). Investigating the effectiveness of tele-counseling for the mental health of staff in hospitals and COVID-19 clinics: a clinical control trial. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 10.47626/2237-6089-2020-0176. Advance online publication. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0176>
- Hahusseau, S., & Pélioso, A. (2006). Behavior and cognitive therapies focused on The Young Personality Disorders Schemas: a pilot study of 14 cases. *L'Encephale*, 32(3 Pt 1), 298-304.. DOI: [10.1016/s0013-7006\(06\)76156-5](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(06)76156-5).
- Hambleton, R. K. (2001). The next generation of the ITC Test Translation and Adaptation Guidelines. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 164–172. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.17.3.164>
- Hambleton, R. K., & Zenisky, A. L. (2011). *Translating and adapting tests for cross-cultural assessments*. In D. Matsumoto & F. J. R. van de Vijver (Eds.), *Culture and psychology*. Cross-

- cultural research methods in psychology* (p. 46–74). Cambridge University Press.
- Hamidpour, H., Dolatshai, B., Shahbaz, A. P., & Dadkhah, A. (2011). The efficacy of schema therapy in treating women's Generalized Anxiety disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 16(4), 420–431. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-1207-en.html>
- Hedman, E., Andersson, G., Andersson, E., Ljotsson, B., Rück, C., Asmundson, G. J., & Lindefors, N. (2011). Internet-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 198(3), 230-236. DOI: [10.1192/bjp.bp.110.086843](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.086843)
- Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 12(6), 745-764. <https://doi.org/10.1586/erp.12.67>
- Hodge, L., & Simpson, S. (2016). Speaking the unspeakable: Artistic expression in eating disorder research and schema therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 50, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2016.05.005>
- Hoffart, A., & Hoffart, A. R. (2014). Psychotherapy integration through general therapy change principles: Missing the core of psychotherapy? *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(4), 263–274. <https://doi.org/10.1037/a0038135>
- Hoffart, A., & Sexton, H. (2002). The role of optimism in the process of schema-focused cognitive therapy of personality problems. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 611-623. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00027-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00027-4)
- Hoffart, A., Versland, S., & Sexton, H. (2002). Self-understanding, empathy, guided discovery, and schema belief in schema-focused cognitive therapy of personality problems: A process-outcome study. *Cognitive Therapy and Research*, 26(2), 199-219. <https://doi.org/10.1023/A:1014521819858>

- Huremović, D. (Ed.). (2019). *Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak*. Springer.
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders—A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171-185. <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.171>
- Jeanrie, C., & Bertrand, R. (1999). Translating tests with the International Test Commission's guidelines: Keeping validity in mind. *European Journal of Psychological Assessment*, 15(3), 277–283. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.15.3.277>
- John Hopkins University (2020, 29 October). *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)*. <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
- Juncos, D. G., & Markman, E. J. (2016). Acceptance and commitment therapy for the treatment of music performance anxiety: a single subject design with a university student. *Psychology of Music*, 44(5), 935-952. <https://doi.org/10.1177/0305735615596236>
- Kellner, R. (1992). Diagnosis and treatments of hypochondriacal syndromes. *Psychosomatics*, 33(3), 278-289. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(92\)71966-5](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(92)71966-5)
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458. <https://doi.org/10.1002/jclp.20240>
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2008). Cognitive therapy. In J. L. Lebow (Ed.), *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice* (p. 43–79). John Wiley & Sons Inc.
- Khaleghi, M., Leahy, R. L., Akbari, E., Mohammadkhani, S., Hasani, J., & Tayyebi, A. (2017). Emotional schema therapy for generalized anxiety disorder: a single-subject design. *International Journal of Cognitive Therapy*, 10(4), 269-282. <https://doi.org/10.1521/ijct.2017.10.4.269>

- KHODABAKHSHI, K. A., Mosalanejad, L., Gholami, M., & Massah, O. (2017). Effectiveness of group hope therapy on the psychological indicators in women with addicted husbands. *Iranian Rehabilitation Journal*, 15(1): 15-22.
- Khosravani, V., Mohammadzadeh, A., & Oskouyi, L. S. (2019). Early maladaptive schemas in patients with schizophrenia and non-patients with high and low schizotypal traits and their differences based on depression severity. *Comprehensive psychiatry*, 88, 1-8.
- Khosravani, V., Seidisarouei, M., & Alvani, A. (2016). Early maladaptive schemas, behavioral inhibition system, behavioral approach system, and defense styles in natural drug abusers. *Polish Annals of Medicine*, 23(1), 6-14. <https://doi.org/10.1016/j.poamed.2015.12.003>
- Kibbey, M. M., Fedorenko, E. J., & Farris, S. G. (2021). Anxiety, depression, and health anxiety in undergraduate students living in initial US outbreak "hotspot" during COVID-19 pandemic. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(5), 409-421. <https://doi.org/10.1080/16506073.2020.1853805>
- Klonsky, E. D., Jane, J. S., Turkheimer, E., & Oltmanns, T. F. (2002). Gender role and personality disorders. *Journal of personality disorders*, 16(5), 464-476. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.5.464.22121>
- Kurcer, M. A., Erdogan, Z., & Cakir Kardes, V. (2022). The effect of the COVID-19 pandemic on health anxiety and cyberchondria levels of university students. *Perspectives in psychiatric care*, 58(1), 132-140. <https://doi.org/10.1111/ppc.12850>
- Lazarus, R. S. (1991a). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46(4), 352-367. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.352>
- Lazarus, R. S. (1991b). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46(8), 819-834. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.8.819>
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer publishing company.

- Leibovitz, T., Shamblaw, A. L., Rumas, R., & Best, M. W. (2021). COVID-19 conspiracy beliefs: Relations with anxiety, quality of life, and schemas. *Personality and individual differences*, 175, 110704. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110704>
- Long, L. J., & Gallagher, M. W. (2018). Hope and posttraumatic stress disorder. In M. W. Gallagher, & S. J. Lopez (Eds.), *The Oxford Handbook of Hope* (pp. 233–242). New York, NY: Oxford University Press.
- Lucock, M. P., & Morley, S. (1996). The health anxiety questionnaire. *British journal of health psychology*, 1(2), 137-150. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.1996.tb00498.x>
- Luthans, F., Luthans, K. W., & Luthans, B. C. (2004). Positive psychological capital: Beyond human and social capital. *Business Horizons*, Volume 47, Issue 1 (January–February 2004), pp 45–50. doi [10.1016/j.bushor.2003.11.007](https://doi.org/10.1016/j.bushor.2003.11.007)
- Martin, R., & Young, J. (2010). Schema therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (p. 317–346). Guilford Press.
- McManus, F., Rakovshik, S., Kennerley, H., Fennell, M., & Westbrook, D. (2012). An investigation of the accuracy of therapists' self-assessment of cognitive-behaviour therapy skills. *The British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 292–306. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02028.x>
- McNamara, S. (2000). *Stress in young people: What's new and what to do*. A & C Black.
- Meyer, B., & Carver, C. S. (2000). Negative childhood accounts, sensitivity, and pessimism: A study of avoidant personality disorder features in college students. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 233-248. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.3.233>
- Mokhtari, R., Moayedi, S., & Golitaleb, M. (2020). COVID-19 pandemic and health anxiety among nurses of intensive care units. *International journal of mental health nursing*, 29(6), 1275–1277. <https://doi.org/10.1111/inm.12800>

- Mokhtarinejad, O., Mirzaian, B., & Hassanzadeh, R. (2020a). Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy in Components of Cognitive Emotion Regulation among Patients with Anxiety Disorder. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 7(4), 225-230. [10.32592/ajnp.2020.7.4.104](https://doi.org/10.32592/ajnp.2020.7.4.104)
- Mokhtarinejad, O., Mirzaian, B., & Hassanzadeh, R. (2020b). Comparison of the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on perception of disease and worry in patients with illness anxiety disorder. *Advances in Cognitive Science*, 22(3), 58-67. [10.30699/icss.22.3.58](https://doi.org/10.30699/icss.22.3.58)
- Morriss, R., Patel, S., Malins, S., Guo, B., Highton, F., James, M., ... & Tyrer, H. (2019). Clinical and economic outcomes of remotely delivered cognitive behaviour therapy versus treatment as usual for repeat unscheduled care users with severe health anxiety: a multicentre randomised controlled trial. *BMC medicine*, 17(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1253-5>
- Muse, K., McManus, F., Hackmann, A., Williams, M., & Williams, M. (2010). Intrusive imagery in severe health anxiety: Prevalence, nature and links with memories and maintenance cycles. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 792-798. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.008>
- Mykletun, A., Heradstveit, O., Eriksen, K., Glozier, N., Øverland, S., Mæland, J. G., & Wilhelmsen, I. (2009). Health anxiety and disability pension award: The HUSK Study. *Psychosomatic medicine*, 71(3), 353-360. doi: [10.1097/PSY.0b013e31819cc772](https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31819cc772)
- Nelson, E. L., Bui, T. N., & Velasquez, S. E. (2011). Telepsychology: Research and practice overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 20(1), 67-79. DOI: [10.1016/j.chc.2010.08.005](https://doi.org/10.1016/j.chc.2010.08.005)
- Newby, J. M., Smith, J., Uppal, S., Mason, E., Mahoney, A. E. J., & Andrews, G. (2018). Internet-based cognitive behavioral therapy versus psychoeducation control for illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(1), 89-98. <https://doi.org/10.1037/ccp0000248>

- Nordahl, H. M., & Nysæter, T. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3),254-264. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.007>
- Nordahl, H. M., Holthe, H., & Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2),142-149. <https://doi.org/10.1002/cpp.430>
- Osenbach, J. E., O'Brien, K. M., Mishkind, M., & Smolenski, D. J. (2013). Synchronous telehealth technologies in psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 30(11),1058-1067. <https://doi.org/10.1002/da.22165>
- Özdin, S., & Bayrak Özdin, Ş. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504-511.
- Pearson, B. L. (2008). Effects of a Cognitive Behavioral Play Intervention on children's hope and school adjustment. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 69(6-A), 2146.
- Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2021). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 1-19. <https://doi.org/10.1111/bjc.12324>
- Peterson, S. J., & Luthans, F. (2003). The positive impact and development of hopeful leaders. *Leadership & Organization Development Journal*. <https://doi.org/10.1108/01437730310457302>
- Prasko, J., Diveky, T., Kamaradova, D., Sandoval, A., Jelenova, D., Vrbova, K., ... Vyskocilova, J. (2012). P-1165 – Therapeutic letters – changing the emotional schemas using writing letters to significant caregivers. *European Psychiatry*, 27, 1.
- Priemer, M., Talbot, F., & French, D. (2015). Impact of self-help schema therapy on psychological distress and early maladaptive schemas: A Randomised controlled trial. *Behaviour Change*, 32(1), 59-73. [doi:10.1017/bec.2014.30](https://doi.org/10.1017/bec.2014.30)

- Qorbanalipour, M., & Esmaeili, A. (2013). Evaluating the effectiveness of schema therapy in hypochondria treatment. *Stud Clin Psychol*, 3, 43-59.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010). *Schema Therapy: Distinctive Features*. Routledge.
- Rand, K. L., & Cheavens, J. S. (2009). Hope theory. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 323–333). Oxford University Press.
- Rezaei, M., Ghazanfari, F., & Rezaee, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry research*, 246, 407–414. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.037>
- Sahranavard, S., Esmaeili, A., Dastjerdi, R., & Salehiniya, H. (2018). The effectiveness of stress-management-based cognitive-behavioral treatments on anxiety sensitivity, positive and negative affect and hope. *BioMedicine*, 8(4), 10-17. doi: [10.1051/bmdcn/2018080423](https://doi.org/10.1051/bmdcn/2018080423)
- Seivewright, H., Green, J., Salkovskis, P., Barrett, B., Nur, U., & Tyrer, P. (2008). Cognitive-behavioural therapy for health anxiety in a genitourinary medicine clinic: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 193(4), 332–337. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.052936>
- Seligman, M. E. (2006). *Learned optimism: How to Change Your Mind and Your Life*. Vintage.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Positive psychology, positive prevention, and positive therapy*. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3–9). Oxford University Press.
- Sharrock, M., Mahoney, A., Haskelberg, H., Millard, M., & Newby, J. (2021). The uptake and outcomes of Internet cognitive behavioural therapy for health anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic, 84,102494. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102494>

- Snyder, C. R. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*. Simon and Schuster.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*, 13(4), 249-275. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
- Snyder, C. R., Feldman, D. B., Shorey, H. S., & Rand, K. L. (2002). Hopeful choices: A school counselor's guide to hope theory. *Professional School Counseling*, 5(5), 298.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., ... & Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*, 60(4), 570. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
- Snyder, C. R., Irving, L., & Anderson, J. R. (1991). Hope and health: Measuring the will and the ways. In C. R. Snyder, & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 285-305). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Starcevic, V. (2013). Hypochondriasis and health anxiety: conceptual challenges. *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 7-8. DOI: [10.1192/bjp.bp.112.115402](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.115402)
- Stotland, E. (1969). *The Psychology of Hope*. San Fransisco, CA: Jossey-Bass.
- Strong, P. (1990). Epidemic psychology: a model. *Sociology of Health & Illness*, 12(3), 249-259. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11347150>
- Strong, P. (1990). Epidemic psychology: a model. *Sociology of Health & Illness*, 12(3), 249-259.
- Sunderland, M., Newby, J. M., & Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 202(1), 56-61. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103960>
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.

- Taylor, S., & Asmundson, G. J. (2004). *Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach*. Guilford Press.
- Tezel, F. K., KIŞLAK, Ş. T., & Boysan, M. (2015). Relationships between childhood traumatic experiences, early maladaptive schemas and interpersonal styles. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52(3), 226.. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.7118>
- Tolk, L. S. (2006). *Integrating the Enneagram and schema therapy: Bringing the soul into psychotherapy* (Doctoral dissertation, The Wright Institute).
- Tyrer, P., Cooper, S., Salkovskis, P., Tyrer, H., Crawford, M., Byford, S., ... & Barrett, B. (2014). Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9913), 219-225. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61905-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61905-4)
- Tyrer, P., Cooper, S., Tyrer, H., Salkovskis, P., Crawford, M., Green, J., ... & Barrett, B. (2011). CHAMP: Cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients, a randomised controlled trial. *BMC psychiatry*, 11(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-99>
- Tyrer, P., Wang, D., Crawford, M., Dupont, S., Cooper, S., Nourmand, S., ... & Tyrer, H. (2020). Sustained benefit of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients (CHAMP) over 8 years: a randomised-controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-9. DOI: [10.1017/S003329172000046X](https://doi.org/10.1017/S003329172000046X)
- van Dijk, S. D. M., Bouman, R., Folmer, E. H., den Held, R. C., Warringa, J. E., Marijnissen, R. M., & Voshaar, R. C. O. (2020). (Vi)-rushed into online group schema therapy based day-treatment for older adults by the COVID-19 outbreak in the Netherlands. *The American journal of geriatric psychiatry*, 28(9), 983-988. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.028>
- Warwick, H. M., & Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis Behaviour Research and Therapy, 28(2), 105-117. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90023-C](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90023-C)

- Wilson, L. S., & Maeder, A. J. (2015). Recent directions in telemedicine: review of trends in research and practice. *Healthcare informatics research*, 21(4), 213-222. DOI: <https://doi.org/10.4258/hir.2015.21.4.213>
- World Health Organization (2020, 9 April). Novel Coronavirus – China. <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>
- Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (2005). *Young schema questionnaire – Short form 3 (YSQ-S3)*. New York, NY: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1993). *Reinventing Your Life: The Breakthrough Program to End Negative Behavior and Feel Great Again*. New York: Dutton.