

فعالية برنامج معرفى سلوكى فى خفض حدة بعض أعراض الجهاز الهضمى السيکوسوماتية

إعداد

وليم كمال إبراهيم

إشراف

أ.د/ عواطف ابراهيم احمد شوكت أ.د/ ماجي وليم يوسف

استاذ علم النفس المساعد كلية البنات استاذ علم النفس المساعد كلية البنات

جامعة عين شمس

جامعة عين شمس

إتسم القرن الحادى والعشرون بجملة من المتغيرات والتطورات السريعة والمتلاحقة فى جميع ميادين الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية وفى المعرفة العلمية والتطبيقات والأساليب التكنولوجية ، وعلى الرغم من تميز هذا العصر بالتطور العلمى والتقدم التكنولوجى والصناعى والمعلوماتى وإنتشار الفضائيات وتحول العالم إلى قرية صغيرة والتأكيد على مفهوم العولمة Globalization سيطرت النزعة المادية على النزعة الإنسانية فى مختلف جوانب الحياة وظهرت تغيرات شديدة الوضوح فى ثقافة الأفراد والمجتمعات وأساليب حياتهم وعلاقاتهم وعاداتهم وتقاليدهم وطموحاتهم ، وزادت الصراعات والتحديات والتنافسات والأمنيات والأطماع بين البشر، وإنتشرت الحروب والمجاعات والأمراض والبطالة والفقر والجرائم ، وتزايدت الضغوط والانفعالات والمشاعر السلبية من قلق وخوف وتوتر وإحباط وإكتئاب وإغتراب ، تلك التى تؤدى إلى تغيرات فسيولوجية داخل أعضاء الجسم مما يسبب العديد من الأعراض والأمراض المزمنة المستعصية على الشفاء .

والتعرض المستمر لضغوط الحياة Life Stressor وللأحداث المؤلمة يكون له أثر سلبي على الصحة النفسية للفرد حيث يخل بالاستقرار والتوازن النفسى ، فعدم القدرة على الإدارة الجيدة للانفعالات السلبية المتولدة عن مواجهة تلك الأحداث للتكيف معها يجعلها تمثل لدى البعض ضغوطاً نفسية سلبية تظهر فى صورة إستجابات نفسية وفسولوجية غير توافقية تُعرف بإسم الاضطرابات النفسجسمية أو السيكوسوماتية. (هويدا سعد ، ٢٠٠٣ ، ٤٤)

وقد أدى ذبوع وإنتشار الأمراض السيكوسوماتية فى العصر الحاضر إلى زيادة الاهتمام بالعوامل النفسية والاجتماعية فى نشأة هذه الأمراض وعلاجها وترتب على ذلك ظهور الاتجاه النفسالجسمى فى الطب وهو ما يعرف بالطب السيكوسوماتى Psychosomatic Medicine الذى يهتم بالمريض كما يهتم بالمرض ، ويتعامل مع الانسان ككل متكامل متضمناً الجسم والنفس معاً. (محمد شعلان، ١٩٧٩، ١٢٣)

ومع ظهور هذا النوع من الطب تغيرت وجهات النظر حول تناول ظاهرة الأمراض السيكوسوماتية تلك الظاهرة التى تعوق الفرد فى توافقاته وتطوره وتؤدى به إلى التعطل والتأخر وأصبحت مشكلة فى علم وظائف الأعضاء وعلم النفس، وساهمت عدة مدارس فى مجال البحث عنها (جمال السيد تفاحة ، ١٩٩٩ ، ٥)

ومن أهم الأمراض النفسجسمية التى تعود إلى الأزمات النفسية (قرحة المعدة والأمعاء والإسهال المزمن والتهاب المفاصل والربو وأمراض الجهاز التنفسى والذبحة الصدرية والجلطة الدموية والصداع النصفى والبول السكرى وضغط الدم الجوهري ، وقد إنضم لهذه القائمة الأورام السرطانية وغيرها من الأمراض الفتاكة كالسكتة الدماغية والسكتة القلبية (عصام أبو الفتوح ، ٢٠٠٥ ، ٢)

ويرى لينرولكر أنها اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الإنفعالى دوراً هاماً وقوياً وأساسياً وترجع أسبابها إلى عوامل نفسية بينما تتخذ أعراضها أشكالاً جسدية وقد دلت البحوث النفسية والطبية النفسية أن العامل النفسى يكمن وراء معظم الاضطرابات العضوية الجسدية وأن نسبة الشفاء من هذه الأمراض تزداد كلما إرتفعت معنويات المريض وتحسنت حالته النفسية ، (Lynn's Walker 1993)

كما أن العلاج الدوائى لا يفضى بمفرده إلى الشفاء من هذه الأمراض بل يمنع تفاقمه فقط ، ويتطلب العلاج الفعلى تغيير أسلوب حياة الفرد وتعلم إستراتيجيات فعالة فى التعامل مع الإنفعالات (He, Kearney, Whelton, 2003)

نتيجة لذلك تصبح دراسة الأمراض السيكوسوماتية على درجة كبيرة من الأهمية لأنها فى تزايد مستمر يستوجب التدخل حتى لا تتوقف عجلة النمو والتقدم والتطور وتعطل الثروة البشرية.

وبمراجعة الباحث للدراسات فى البيئة المحلية ، إتضح أن معظم الدراسات قد أجريت على عينات من المرضى السيكوسوماتيين من حيث علاقتها بمتغيرات أخرى مثل مرضى قرحة المعدة وضغط الدم والربو الشعبى والأم المفاصل واضطرابات الجلد وتناولوها من زوايا وجوانب متعددة مثل : أحمد عكاشة (١٩٧٧) ، لطفى فطيم (١٩٧٩) ، أحمد عبد الخالق وآخرين (١٩٨٣) ، محمود أبو النيل (١٩٨٢) ، حسن عبد المعطى (١٩٨٤) ، مایسة شكرى (١٩٨٥) ، أمال عبد السميع أباطه (١٩٨٦) ، وفاء قاسم (١٩٨٧) ، غادة سليمان العتيبي (١٩٨٨) ، حسن عبد المعطى (١٩٨٨) ، منى أبو طيره (١٩٨٩) ، نور الدين جبالى (١٩٨٩) ، ما یسه النیال (١٩٩١) ، أحمد عبد الخالق ومایسة النیال (١٩٩٢) ، أمال محمد كمال (١٩٩٢) ، مجدى زینة (١٩٩٤) ، جمال السيد تقاحة (١٩٩٦) أمال عبد الحليم (١٩٩٨) ، زینب محمود شقیر (١٩٩٩) ، عبد الله بن أحمد الزهرانى (١٩٩٩) ، محمد أحمد صديق (١٩٩٩) ، مجدى محمد محمود زینة (٢٠٠٠) ، عایدة شكرى (٢٠٠١) ، سید أبو زید عبد الموجود (٢٠٠١) ، هبة الله محمود (٢٠٠٢) ، محمد نجیب وایناس عبد الفتاح (٢٠٠٢) ، هویدا سعد (٢٠٠٣) ، سحر أحمد حسین (٢٠٠٤) ، عصام أبو الفتوح (٢٠٠٥) حسین على فايد (٢٠٠٥) دعاء فريد نصر (٢٠٠٦) ، شیرین عقیفی محمود (٢٠٠٦) ، محمد حسن غانم (٢٠٠٧) ، سهیر فهیم الغیاشی ، هناء أحمد محمد (٢٠١١) ، ومن الجدير بالذكر أن معظم هذه الدراسات التى تناولت الأمراض السيكوسوماتية ركزت على دراسة المتغيرات النفسية والعوامل المرتبطة بها ، فضلا عن إعتادها على الرصد والقياس ، على الرغم من أن هناك جوانب تحتاج إلى مزيد من العناية مثل جوانب الوقاية والعلاج من هذه الأمراض .

ومن هنا سعى العديد من الباحثين لإيجاد طرق علاجية نفسية يستطيع بها المرضى إدارة الضغوط النفسية وضبط ما يتولد عنها من إنفعالات، فُيُشير دروموند إلى دور التنمية النفسية والفسولوجية فى العلاج الفعال لتلك الإضطرابات أكثر من الإعتداع على العقاقير فقط فى العلاج ، حيث تبحث عن الأصل السيكولوجى للمرض وتقضى عليه ، فتند المريض بالمهارات المعرفية والسلوكية المناسبة لضبط وإدارة انفعالاته السلبيه. (Drummond, P, 1992, P, 155)

وفى إطار هذه الجهود تأتي الدراسة الراهنة بهدف الكشف عن فعالية برنامج معرفى سلوكى فى خفض حدة بعض أعراض الجهاز الهضمى السيكوسوماتية Gastrointestinal Disorders ، وقد إقتصر البحث الراهن على إضطرابات الجهاز الهضمى التالية (قرحة المعدة Stomach or Peptic Ulcer ، القولون العصبى Ulcerative Colitis ، فقدان الشهية العصبى Anorexia Nervosa الشراهة العصبية Bulimia)

وقد رأى الباحث الحالى أن أفضل النظريات العلمية التى تتناسب مع المجموعة المشاركة فى البرنامج المستخدم فى البحث الراهن هى نظرية العلاج المعرفى السلوكى Cognitive Behavioral Therapy .

كما إشمئلت البرنامج المعرفى السلوكى المستخدم فى الدراسة الراهنة على إستراتيجيات وفتيات علاجية مختلفة تتعلق بإعادة البنية المعرفية Cognitive Restructuring والتحصين ضد الضغوط Stress Inoculation وضبط النفس Self Control ومواجهة وحل المشكلات Problems Solving والإسترخاء العضلى Muscle Relaxation.

لقد أصبحت الأمراض السيكوسوماتية من أهم أمراض العصر الشائعة بين الشباب والمسنين ، لأثارها السلوكية والفسولوجية والمعرفية على الفرد والمجتمع ، وقد أصبحت هذه الأمراض منتشرة جداً فى العيادات الطبية والاكليينكية مما جعل العديد من الباحثين والمراكز العلاجية يوجهون الأنظار صوبها للتعرف على طبيعتها ومخاطرها على الأفراد والمجتمعات ، والعوامل المؤدية اليها ومن ثم إعداد الطرق العلاجية المناسبة لها ، ومن هنا تبلورت مشكلة الدراسة الراهنة فى التساؤل الرئيسى التالى:- ما مدى فعالية برنامج معرفى سلوكى (باعتباراه متغيراً مستقلاً) فى خفض حدة بعض أعراض الجهاز الهضمى السيكوسوماتية (قرحة المعدة ، القولون العصبى ، فقدان الشهية العصبى ، الشراهة العصبية) ، (بإعتبارهما متغيرات تابعة) ، لدى عينة من الإناث العاملات البالغات من العمر (٢٥ - ٣٥ عاماً) بعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى المستخدم فى الدراسة الحالية ؟ وسيتم الاجابة على هذا التساؤل من خلال الإجابة على هذه التساؤلات الفرعية كما يلى :

(١) هل توجد فروق بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فى الأعراض السيكوسوماتية قبل تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى ؟

(٢) هل توجد فروق بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد البرنامج المعرفى السلوكى فى الأعراض السيكوسوماتية ؟

(٣) هل توجد فروق بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فى الأعراض السيكوسوماتية بعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى ؟

أهداف الدراسة : تسعى الدراسة الراهنة إلى تحقيق الأهداف التالية :-

(١) إعداد وتصميم برنامج معرفى سلوكى يستند إلى مبادئ نظرية " العلاج المعرفى السلوكى إختبار مدى فاعليته فى خفض حدة بعض أعراض الجهاز الهضمى السيكوسوماتية (قرحة المعدة ، القولون العصبى ، فقدان الشهية العصبى ، الشراهة العصبية) لدى عينة من الشابات العاملات ، ومساعدتهم على الوصول إلى درجة أفضل نحو الشفاء وخفض إعتماهم على العقاقير فى معالجتها والتخفيف من حدتها.

(٢) إكساب وإمداد عينة الدراسة بعض المهارات المعرفية والسلوكية المناسبة التى تساعد على إعادة البنية المعرفية وحل المشكلات وضبط وإدارة الإنفعالات السلبية والتحصين ضد الضغوط النفسية وما ينتج عنها من استجابات سلوكية وفسولوجية غير توافقية.

أهمية الدراسة: تتضح أهمية الدراسة الحالية فى عدة جوانب يمكن توضيحها من خلال النقاط التالية :-

(١) توضح المعلومات والبيانات أن الأمراض السيكوسوماتية تغطى مدى واسع من الأمراض وأنها فى تزايد مطرد، حيث تشير التقارير إلى أن (٤٠-٦٠%) من المرضى الذين يترددون على الأطباء فى كل أنواع المرض يعانون من إضطراب سيكوسوماتى (عطوف ياسين ، ١٩٨١ : ١٣٩) كما تشير الدراسات والأبحاث الطبية الحديثة إلى أن هناك على الأقل نسبة تتراوح ما بين (٥٠% الى ٨٠%) من جميع الأمراض يرجع سببها إلى عوامل نفسية وإنفعالية (Price 1981, P.227) وعلى المستوى القومى ، يُقدر بعض كبار الأطباء فى مدينة القاهرة نسبة الإضطرابات السيكوسوماتية بـ (٥٠%) من بين مرضاهم ، وقد أرجع هذا الأمر إلى الضغوط المهنية وعمليات التقدم التكنولوجى (محمود أبو النيل ، ١٩٩٤ ، ١٢٩)

(٢) كما يُتوقع أن تُساهم النتائج العملية للدراسة الحالية وتوصياتها والأبحاث المقترحة في توجيه أنظار الباحثين والمتخصصين والعاملين بمجال الصحة النفسية والعلاج النفسي لإعداد دراسات أخرى في هذا المجال خاصة الدراسات التي تُعنى ببناء وإعداد البرامج الإرشادية والوقائية والعلاجية الهادفة إلى تخفيف حدة بعض الأمراض السيكوسوماتية المتعلقة بالجهاز الهضمي وأجهزة أخرى في جسم الإنسان و رفع مستوى الصحة النفسية لديهم والتقليل من إنتشارها.

مفاهيم الدراسة : تتضمن الدراسة ثلاثة مفاهيم كما يلي :

(١) برنامج : يتحدد مفهوم البرنامج في مجموعة من الإجراءات والاستراتيجيات والخبرات التي يتم تخطيطها على أسس علمية وتربوية ونفسية ، والتي تستهدف تقديم المساعدة للفرد (محمد خضر ، ١٩٩٩ : ٢٢١) ويعرفه محمد رزق بأنه مجموعة الإجراءات التي يحكمها مجموعة من الأسس والمبادئ ومحكات معينة تساعد على التقييم ، وتحتوى على مجموعة من الأنشطة والخبرات والمواقف المترابطة والمتكاملة لطبيعة وخصائص العينة ، وتتم من خلال مجموعة من الفنيات والأساليب العلمية المحددة ، وذلك بهدف تنمية وإكساب مجموعة من المهارات الايجابية ودحض السلوكيات السلبية . (محمد رزق البحيري ، ٢٠٠٧ ، ٦١٥) ويقصد الباحث الحالى بمفهوم برنامج " بأنه مجموعة من الخطوات والإجراءات والاستراتيجيات والفنيات والمهارات والخبرات والأنشطة المخططة والمنظمة والمتكاملة تم إعدادها على أسس ومعايير ومبادئ ونظريات علمية مناسبة واسترشاداً بالاطار النظرى لنظرية العلاج المعرفى .

(٢) العلاج المعرفى السلوكى : يرى كل من (عبد الستار إبراهيم ، ١٩٨٨ ، عادل عبدالله ، ٢٠٠٠) أن العلاج المعرفى السلوكى من أكثر أنماط العلاجات النفسية شيوعاً فى الوقت الراهن فى تناول مختلف الاضطرابات وهو الأكثر فاعلية قياساً بالعلاجات الأخرى النفسية والطبية وأنه يُعتبر الأفضل فيما يتعلق بالنتائج المرجوه على المدى الطويل حيث تقل بدرجة كبيرة حدوث الانتكاسة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجى .

ويساعد العلاج المعرفى السلوكى المرضى على إكتساب المهارات السلوكية المختلفة التى تمكنهم من مواجهة المواقف الضاغطة التى تثير لديهم إنفعالات سلبية تجعلهم يتبعون سلوكيات غير سوية فى مواجهة المواقف وذلك بتبصيرهم بدور المعارف غير العقلانية فى الإستجابات السلوكية غير التوافقية وكيفية إحداث تعديل فى البناء المعرفى إتجاه التحليل العقلانى لمواقف الضغط وتنمية مهارات ضبط النفس المساعدة على الإدارة الجيدة بطرق توافقية (Meichenaum,D,1996,P4)

ويشير (عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٠) أن العلاج المعرفى السلوكى يعتمد على التسليم بأن كل الاضطرابات الانفعالية تنتج عن تبنى المضطرب لأنماط تفكير غير سليمة وتنصب المهمة فى هذه الحالة على تصويب المعارف الخاطئة حتى يتتحرى عن أسلوبه الأسمى فى تفسير الأشياء وهو ما أدى إلى إضطراب .

ويذهب جلين بنسر (١٩٩٣) أن الإستراتيجيات المعرفية من أفضل الاستراتيجيات المقدمة للعلاج والتحكم فى الألم الناشىء عن الأعراض السيكوسوماتية.(Glenn pancyr, 1993)

وقد كشفت العديد من الدراسات عن فعالية أساليب العلاج المعرفى السلوكى سواء أستخدمت بمفردها مثل دراسات (Emmelkamp, Et al ,1985; Jerrem alm et al ., 1986 ; Mersch, et al ., 1991; Kanter, & Goldfried 1979) أو أستخدمت مع التعرض أو التدريب على المهارات الاجتماعية مثل دراسات (Butler, et al , 1984; Mattick., & Persons, 1988 ; Heimberg et al , 1990) وقد أشار William إلى فاعلية كلاً من العلاج السلوكى المعرفى وتدريبات الاسترخاء فى خفض اضطرابات الاكتئاب والقلق والقدرة

على إدارة الضغوط خاصة الضغوط المرتبطة بالتغيرات الكيميائية والاستجابات الفسيولوجية مثل إرتفاع ضغط الدم والتوتر والصداع وأمراض القلب (Renolds., M&Conts, K, 1996)

وقد تكون الآثار الجانبية للعلاج الدوائى مثيرة لما يكفى من الأسى مما يجعل المرضى لا يستمرون فى العلاج ويذكر هولون (Hollon,1991) أن معدل الحالات التى تركت العلاج الدوائى تتراوح بين (٢٠% إلى ٥٠%) ، والعلاج النفسى الدينامى التقليدى عادة ما يعد إستنزافاً للوقت ومكلفاً مقارنة بأساليب العلاج المعرفى السلوكى (صفوت فرج، ٢٠٠٠، ١٢٧ - ١٢٩) من هنا وقع إختيار الباحث على العلاج المعرفى السلوكى للتعامل مع الأعراض السيكوسوماتية من خلال تصميم وإعداد وتطبيق برنامج معرفى سلوكى يهدف إلى خفض حدة بعض أعراض الجهاز الهضمى السيكوسوماتية .

ومن الفنيات المعرفية السلوكية والتي أقرت العديد من الدراسات بأفضليتها (الإسترخاء والتخيل وإعادة البناء المعرفى) فى إزالة وتحسن الأعراض السيكوسوماتية بالإضافة إلى إختفاء بعض الأمراض النفسية مثل الاكتئاب والقلق وإزالة أعراض الضغط كما جاء فى دراسة نيكولزون (Nicholson,1991) ودراسة بلاتشارد (Blanchard ,1993) ودراسة لارسون (Larsson, 1996)

ويجب أن تعتمد سياسة العلاج المعرفى السلوكى على تغيير مفاهيم المريض وإعادة تشكيل مدركاته حتى يتيسر له التغيير فى سلوكه حيث يرى هذا الاتجاه أن الاضطراب النفسى لا يشمل جانباً واحداً من الشخصية بل يمتد ليشمل أربعة جوانب هي (السلوك الظاهر والتغيرات الفسيولوجية ، والتفكير ، والعلاقات بالآخرين)

(٣) الأعراض السيكوسوماتية Psychosomatic Symptoms : تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) الأمراض السيكوسوماتية بأنها تلك الإضطرابات العضوية الناجمة عن تأثير الإضطرابات النفسية على الغدد النخامية. (D.S.M IV, 1997, P.219) ويعرف مفهوم الاضطراب السيكوسوماتى فى الموسوعة البريطانية بأنه الاستجابات الجسمية للضغوط الانفعالية والتي تأخذ شكل اضطراب جسمى (حسن عبد المعطى، ٢٠٠٥، ١٩)

ويذهب كابلن إلى أنها " إضطرابات جسمية تمثل العوامل الانفعالية دوراً هاماً فى الإصابة بها ويرى أن العوامل النفسية لم تكن المسؤولة عنها فقط ولكن تلعب دور رئيسى فى تزايد الاضطراب الجسمى. (Kaplan, H., et al., 1981, P.592) ويعرفها جالاتن بأنها تلك الأمراض التى تنتج عن ما يعانیه الفرد من شدائد وأزمات يطلق عليها الضغط (1982 , Gallatin)

وترى أمال أباطه أن الأمراض السيكوسوماتية هى الإستجابة الجسمية والفسيولوجية للضغوط الانفعالية والإحباطات التى تظهر على هيئة أمراض جسمية يلعب فيها العامل الإنفعالى دوراً أساسياً عن طريق الجهاز العصبى اللاإرادى ويقف التعبير الإنفعالى عند مستوى التعبير الفسيولوجى المصاحب للإنفعال ويؤدى إلى تغيرات فى الأنسجة والأعضاء وإذا توالى هذه الإنفعالات وأزمنت فتظهر على هيئة تلف واضح فى هذه الأنسجة (أمال أباطه، ١٩٨٦، ١١)

وتذكر منى أبو طيرة أن الاضطرابات السيكوسوماتية هى مجموعة من الاضطرابات والأعراض والشكاوى الجسمية والاستجابات تكشف عن تلف فى جزء من أجزاء الجسم أو خلل فى وظيفة عضو من أعضائه يمكن للطبيب كشفه وترتبط ارتباطاً وثيقاً بالتغيرات والعوامل النفسية والتى من أبرزها الاضطرابات الإنفعالية والوجدانية المزمنة والضغوط البيئية المحيطة والعلاج النفسى عنصر هام فى شفائها إلى جانب العلاج الطبى وتظهر هذه الاضطرابات فى أجهزة الجسم التى تخضع للجهاز العصبى اللاإرادى كالجهاز الهضمى وجهاز الأوعية الدموية

والقلب والجهاز التنفسي ، وجهاز الجلد والجهاز الهيكلي والجهاز البولي والتناسلي وجهاز الغدد الصماء (منى أبو طيرة ، ١٩٨٩ ، ٢٦) وتعرفها مايسه النبال بأنها تلك الأمراض التي تلعب العوامل السيكلوجية فيها دوراً هاماً، وترجع تلك الأمراض إلى حدوث خلل في الحالة الانفعالية والذي يعكس بدوره على وظائف أعضاء الجسم (مايسه النبال، ١٩٩١، ١٧٩) وقد أكد أحمد عزت راجح أن الأمراض السيكلوسوماتية هي أمراض جسمية ترجع في المقام الأول إلى عوامل نفسية سببها مواقف إنفعالية تثيرها ظروف إجتماعية ، لذا فهي أمراض لا يجدى في شفاؤها العلاج الجسمي وحده في حين أنها تستجيب للعلاج النفسى مقترناً بالعلاج الجسمي، وقد يقتضى الأمر علاجاً إجتماعياً حيث يغير المريض بينته (أحمد عزت راجح، ١٩٩٣، ١٨٢) ، عرفها أبو النيل بأنها " الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء، والتي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم أو خلل في وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظراً لاضطراب حياة المريض والتي لا يفلح العلاج الجسمي الطويل وحده في شفاؤها شفاء تاماً لاستمرار الاضطراب الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمي. (محمود أبو النيل ١٩٩٤، ١٦٠) ، ويذهب جمال السيد تفاحة أن الاضطرابات السيكلوسوماتية هي تلك الاضطرابات التي تُصيب أحد أجهزة الجسم نتيجة لضغوط نفسية متراكمة وتترك أثراً فسيولوجية كالخلل في أعضاء الجسم ويمكن للطبيب إكتشافه باستخدام وسائله التشخيصية، والعلاج النفسى عنصر هام في شفاؤها (جمال السيد تفاحة، ١٩٩٦، ٢٣)

كما عَرَفها حامد زهران بأنها " إضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس نفسى حيث تُصيب المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبى الذاتى" (حامد زهران ، ١٩٩٧ ، ٤٦٨)

وقد عَرَفها ويتنحج بأنها مشاكل فسيولوجية تتضمن تلف في الأنسجة أو خلل وظيفى أو تحطيم فى الأنسجة ينشأ بسبب عوامل سيكلوجية ومن هذه المشكلات الغثيان وإرتفاع ضغط الدم والقرحة والصداع وما شابه ذلك (Witting, 1997, P, 266)

أما عبد المطلب القريطى فيؤكد فى تعريفه على دور العوامل والصراعات النفسية، حيث يرى أن الأعراض السيكلوسوماتية عبارة عن مجموعة من الأمراض العضوية أو الجسمية ذات منشأ نفسى حيث تلعب تلك العوامل الانفعالية أو الضغوط والصراعات النفسية دوراً بارزاً فى ظهورها. (عبد المطلب القريطى، ١٩٩٨، ٤٢٣)

وقد جاء تعريف أحمد عكاشة ليركز على دور العامل الانفعالي كمسبب للاضطرابات السيكلوسوماتية ، كما ركز على التفرقة بين الأمراض السيكلوسوماتية وبين أعراض الهستيريا التحولية ، حيث عرفها بأنها إضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دوراً مهماً قوياً وأساسياً ، وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبى للإرادى ، وتختلف الأعراض السيكلوسوماتية عن الأعراض التحولية الهستيرية فى أن الأخيرة عبارة عن تحول القلق إلى أعراض وعلامات تشمل الجهاز الحركى الحسى الإرادى ولها معناها الرمزي فى الحياة اللاشعورية للفرد. (أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٥٣٧) ، وقد إقتصر تعريف ماجيل للاضطرابات السيكلوسوماتية على إبراز العوامل الانفعالية المسببة لها ، حيث عرفها بأنها " الاضطرابات الجسمية التى تحدث نتيجة إفاعلات سلبية مزمنة. (Magill, 1998, 242)

أما تسبوشىما فقد ركز على الأسباب النفسية المسببة للاضطرابات السيكلوسوماتية، فضلاً عن إبراز أعراضها، فقد عرفها بأنها نمط من الحالة الجسمية التى تطورت نتيجة عوامل نفسية، وتتضمن الاضطرابات السيكلوسوماتية مرضاً عضوياً مثل قرحة المعدة والاثنى عشر أو عمليات مرضية فسيولوجية مثل الصداع النصفى، كما تشمل الحالات البدنية إتهاب المفاصل

والربو والتوتر الشديد الأساسى وهى غير قاصرة على النظام الفسيولوجى للفرد (Tsushima, 2001, 134)

أما عصام أبو الفتوح فعرفها على أنها هى الاضطرابات الجسمية التى تحدث بسبب الاضطرابات الانفعالية وتتميز هذه الاضطرابات السيكوسوماتية بوجود اضطرابات فى الوظيفة مع وجود خلل فى أحد أعضاء الجسم، وتلعب فيها الاضطرابات الانفعالية دوراً جوهرياً أى فى ترسيب وحدوث تكرار الأعراض وهذا ما يميزها عن الاضطرابات العضوية الصرفة (عصام أبو الفتوح، ٢٠٠٥، ٩)

وتعرفها دعاء فريد نصر على أنها " مجموعة من الشكاوى الجسمية التى تُشير إلى وجود تلف أو خلل وظيفى فى عضو من أعضاء جسم المريض والتى ترجع إلى الضغوط والعوامل النفسية التى يتعرض لها الفرد وتظهر هذه الأعراض فى الأجهزة التى تخضع للجهاز العصبى المستقل كجهاز الأوعية الدموية والجهاز الهضمى والجهاز التنفسى والجهاز العضى الهيكلى والجهاز التناسلى البولى وجهاز الغدد الصماء، والجلد (دعاء فريد نصر، ٢٠٠٦، ٥٢)

ويُعرف الباحث الحالى الأعراض السيكوسوماتية إجرائياً بأنها " مجموعة من الأعراض الجسمية الناتجة عن معاناة الإنسان من الضغوط والاضطرابات والإحباطات النفسية والإنفعالية والاجتماعية والوجدانية والسياسية والتى تؤدى إذا ما إستمرت إلى تلفاً أو تغييراً واضحاً فى الأنسجة أو أحد أعضاء الجسم ، وتكون من الحدة والإزمان والإصرار بحيث تقاوم العلاج الطبى المعروف الذى يعجز عن مقاومتها وتخفيف حدتها ، ويمكن للطبيب كشفها وتشخيصها بإستخدام وسائل التشخيصية ، والعلاج النفسى ضرورى جداً فى شفاؤها إلى جانب العلاج الطبى " ، ومن الجدير بالذكر أن الباحث الحالى قد اعتمد على المحكات التى صاغها كمال البنا فى تشخيصة للإضطرابات السيكوسوماتية والتى حددها فيما يلى :

(١) إضطراب يترك تلفاً أو أثار فسيولوجية وخطلاً وظيفياً فى عضو من أعضاء الجسم.

(٢) يمكن إكتشافه بإستخدام الأساليب الطبية المألوفة للطبيب.

(٣) تظهر فى الأجهزة من الجسم التى تخضع للجهاز العصبى المستقل.

(٤) إنها ناتجة عن ضغوط نفسية متراكمة والعلاج النفسى هام فى شفاؤها.

(كمال البنا ١٩٨٧ ، ٤٥) ولئن الدراسة الحالية تتناول أعراض الجهاز الهضمى

السيكوسوماتية التالية (قرحة المعدة ، القولون العصبى ، فقدان الشهية العصبى ،

الشرابه العصبية) فلا بد من إستعراضها بشكل موجز

أولاً: قرحة المعدة: تُعرف قرحة المعدة بأنها عبارة عن خلل أو قطع أو التهاب فى إحدى المجارى فى جدار المعدة أو الجزء العلوى من الأمعاء الدقيقة (مايسة النيال ، ١٩٩١ ، ١٨١) ويؤكد غريب عبد الفتاح على الدور الذى تقوم به الضغوط فى إحداث قرحة المعدة ، ويرى أن الضغوط تكون منقطعة أو مستمرة ، كما أشارت بعض الدراسات إلى دور القلق والتوتر فى زيادة إفراز حامض الهيدروكلوريك ، والذى بدوره يؤدى إلى القرحة (غريب عبد الفتاح ، ١٩٩٩ ، ٣١٩)

ثانياً : القولون العصبى : يُعرف القولون العصبى بأنه واحداً من الأمراض الشائعة فى القناة الهضمية والذى يستمر لفترات طويلة ويكون عادة مصحوباً بالألم فى منطقة البطن مع احتمالية عدم قيام القولون بوظائفه دون وجود سبب عضوى ظاهر (Maclead, 1982, 220) ويُعرفه على مؤنس بأنه مرض العصر ، مرض المدنية ، مرض القلق والاجهاد النفسى ، مرض بمظاهر عديدة دون وجود أى مرض عضوى بالقولون (ألأم بالبطن ، إنتفاخ ، غازات ، مخاط ، طبيعة متقلبة إما إمساك أو إسهال أو إمساك يعقبه نوبة من الإسهال) (على مؤنس ، ١٩٨٩ ، ٢١) وهو

واحد من الأمراض المعدى معوية غير المفهومة وهو مرض مزمن يمكن علاجه ويسبب ألم في المعدة ، وإنتفاخ وتقلصات غير عادية بإسهال مزمن أو إمساك أو كلاهما معاً ولا يوجد إختبار فعلى أو بيوكيميائى للمرض كما فى حالات القولون المتفرح أو سرطان القولون وفى هذا المرض فإن إختبارات المعمل تكون طبيعية إلا أن القولون لا يعمل بكفاءة ، لذا فإن الأطباء يطلقون على هذا المرض " مرض وظائفى " Functional Disorder" (Hendricks,) 1, 1997 وتؤكد المؤسسة الأمريكية للصحة الهضمية (ADHF) أن تهيج القولون العصبى منتشراً عند النساء أكثر من الرجال ، وأنه يوجد لدى كافة المجموعات العرقية ، وتصاب به كل الأعمار (ADHF,2001) ، ويرى ترس أن أحد الأسباب لتفسير حدوث متلازمة تهيج القولون العصبى عند النساء أكثر منها عند الرجال هو إرتفاع نسبة الإصابة بالإكتئاب عند النساء أكثر منها عند الرجال وربما الاكتئاب أحد الأسباب التى تؤدى إلى الإصابة بمتلازمة تهيج القولون العصبى (Truss,1988)

ثالثاً : فقدان الشهية العصبى: يُعد فقدان الشهية العصبى من الإضطرابات التى تتسم باهتمام شديد بصورة الجسم ومحاولات تجنب زيادة الوزن ، إذ يرتبط العزوف عن الطعام او الامتناع عنه بغرض الرشاقة (إيهاب الببلاوى ٢٠١٠ ، ١) وتُعرفه زينب شقير بأنه رفض لا شعورى للأكل بإستثناء تناول كميات ضئيلة من صورة سوائل مما يؤدى إلى نقص فى وزن الجسم والخوف الشديد من إكتساب الوزن (زينب شقير ، ١٩٩٩ ، ٧٦٦) وهو من الموضوعات المهمة التى تناولها كثير من علماء النفس والطب النفسى لما يمثله من خطورة كبيرة، حيث توجد فتاه واحده من بين (٢٥٠) فتاه مُصابة بهذا الإضطراب كما تُقدر معدلات الوفيات الناتجة من هذا الاضطراب بحوالى ٥ ٪ من المرضى أما معدلات الشفاء منه فتدعو إلى التشاؤم حيث يشفى ثلثى المرضى منه فى حين يبقى الآخرون مرضى بشكل مزمن (حسين فايد ١٩٩٩ ، ١٨٤) وإضطراب فقدان الشهية العصبى من إضطرابات الأكل التى ترجع إلى اسباب متداخله منها ما هو نفسى ومنها ما هو معرفى ومنها ما هو وراثى ومنها ما هو إجتماعى بفعل التطورات الاجتماعية والثقافية (مى سليمان الدخيل ٢٠٠٧ ، ٣) ويعرفه الدليل التشخيصى والاحصائى الرابع المعدل للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-IV,1994) بأنه "حالة تتميز بالإنشغال الدائم بالوزن وصورة الجسم والسلوكيات المرتبطة بالطعام مما يؤدى إلى فقدان كبير فى الوزن ، إما بسبب رفض الطعام أو التقيؤ بعد تناوله ويتميز الشخص المصاب بفقدان الشهية العصبى بتشوه صورة الجسم والخوف الشديد من اكتساب الوزن أكثر من الانسان العادى (ميسون أحمد الخضير ، ٢٠٠٩ ، ٢١) وقد اكدت الدراسات أن اضطراب فقدان الشهية العصبى يلازمه بعض المضاعفات والأعراض الجسدية منها (جفاف وشحوب الجلد وانخفاض درجة حرارة الجسد وتساقط الشعر والإصابة بالأنيميا وضيق محيط العظام ، ونقص البروتين والبوتاسيوم وزيادة نشاط الغدة اللعابية وإنخفاض نشاط الغدة الدرقية وتوقف الطمث (أنوار حماد الرشيدى ، ٢٠٠٧ ، ٢٥) وظهور تشنج العضلات والفتور والحمول وإضطراب وظائف المعدة والإمساك وتساقط الأسنان ، كمان أن الإصابة بفقدان الشهية العصبى لفترة طويلة ممكن أن يتسبب فى وفاة صاحبه وذلك إما بسبب الجوع أو الهبوط الحاد والمفاجىء للدورة الدموية (حسين على فايد ١٩٩٩ : ١٨٢)

ولا تقتصر أعراض هذا الإضطراب بالأعراض الجسدية بل تصاحبه أعراض نفسية ، حيث أشارت دراسة كل لى (Lee, 1991) ، وأحمد عبد الخالق ومايسة النبال (1992) ، وهالمى ولوبجروس (Halmi & Laubgross,1998) ، ونيلسون (Nelson,1999) وسيد أبو زيد عبد الموجود (٢٠٠١) وعيسى فاخورى (٢٠٠٦) ، وهونى ودسير (Honey & Desiree,2007) إلى وجود علاقة إرتباطية بين فقدان الشهية والانسحاب الاجتماعى وإنخفاض تقدير الذات

والعناد والاعتراب النفسى والغضب والوسواس القهرى وإنخفاض مستوى دافعية الانجاز والطموح .

رابعاً : الشراهة **Bulimia** : يوضح حامد زهران أن البدانه المفرطة تظهر من خلال إرتفاع الدهون فى الجسم ويزداد وزن الجسم (٢٥%) أو أكثر عن وزنه المعيارى ، ويتسم الشخص البدين بالشعور بالحرمان والحاجة إلى الحب والعطف والأمن وتقدير الذات ، حيث يقوم بإشباع هذه الرغبة رمزياً بالأكل (حامد زهران ، ١٩٩٧ : ٤٧٥) كما يُضيف عبد الرحمن العيسوى أن تناول الطعام أزيد من اللازم يعد أسلوباً لذيذاً تعويضياً للإحباطات وللراحة من التوتر الذى لا يحتمل ، هذا بالإضافة إلى أنه يدعم مكاسب ثانوية مثل جذب الانتباه والشعور باهتمام مصحوب بضخامة الجسم . عبد الرحمن العيسوى (عبد الرحمن العيسوى ، دبت : ٣٠٨) الدراسات السابقة

المحور الأول : دراسات تناولت الأساليب العلاجية للأمراض السيكوسوماتية

- دراسة سينسكاى (Sensky., 1989) هدفت إلى دراسة أساليب العلاج المعرفى لعلاج الإضرار اباتا لفعالية لدمر ضالا اضطراب اباتا لسيكوسوماتية وقد استخدم الباحث أسلوب بوجهة الضبط الصحية، تعديل الأفكار، والعزو المرتبط بالمرض أسلوب التعامل لمشكلات الأسمية ومناقشة أساليب المواجهة المستخدمة للمريض، وأكدت النتائج فعالية هذا الأسلوب في مواجهة الاضطراب اباتا لفعالية والتخفيف من حدتها بالمريض ضالا المصابين بالاضطراب اباتا لسيكوسوماتية.
- وفى إطار تأثير البرامج أيضا جاءت دراسة ستورمر وآخرون (Stormer, et al., 1992) لمعرفة مدى فعالية أسلوب التأمل لمواجهة ضغوط أحداث الحياة لدى المرضى ضالا سيكوسوماتية وقد تضمن البرنامج (١٤) جلسة علاجية تعتمد علنا لاسترخاء والتأمل للجسد والعقلي، وتكونت العينة من مجموعتين الأولى التجريبية مكونة من (٢٣) ذكر وأنثى بمتوسط عمر (٤٧) سنة يشكو من اضطراب اباتا سيكوسوماتية، أما المجموعة الثانية الضابطة فتكونت من (١٦) ذكر وأنثى بمتوسط أعمارهم (٤٥) سنة وتم تطبيق مقياس قبل وبعد على العينة، وبعد تطبيق البرنامج أظهرت النتائج أن المجموعة الأولى ولقد أظهرت تحسناً عر اضالا اضطراب اباتا لسيكوسوماتية بعد تطبيق البرنامج .

- وقد استخدم سيمونز (Simmons, J, 1993) برنامج علاجى للتحصين ضد الضغوط فى خفض اضطراب القلق وإدارة الضغوط لدى طلبة السنة الأولى من كلية الحقوق ، وتكونت العينة من (٥٠) طالب من الذكور والإناث ، وقد تم إختيار العينة عشوائياً وقُسمت إلى مجموعة علاجية تجريبية (٢٨) طالبا وطالبة ، ومجموعة ضابطة (٢٢) طالبا وطالبة بطارية القلق لسيلجر وإختبارات الضغوط وإختبار الاكتئاب وبرنامج تدريبات التحصين ضد الضغوط ، وقد استغرق البرنامج العلاجى (٣) جلسات بمعدل (٩٠) دقيقة فى كل جلسة ولمدة (٣ أسابيع) وكان البرنامج قائم على استراتيجية ميكانيكوية للتحصين ضد الضغوط وإستخدم القياس القبلى والبعدى وأشارت النتائج إلى فاعلية تدريبات التحصين ضد الضغوط فى خفض وإدارة كل من القلق والضغط بشكل دال احصائياً لدى عينة البحث .

- كما تناولت دراسة كريستيانسن (Christiansen, 1994) فحص العلاقة بين الضغوط كمقياس للمشاحنات اليومية والمنغصات وأساليب المواجهة والحالة المزاجية السالبة والاعراض الجسمية وذلك لدى مجموعة من المراهقين الريفين من الذكور والإناث

بواقع (٨٨) ذكرا، (١١٤) أنثى ، بمتوسط عمرى (١٣.١) عام ، بإستخدام مقياس الضغوط ومقياس للأعراض الجسمية ، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود اختلافات واضحة ذات دلالة فى أساليب المواجهة بين أفراد العينة ، وأن الإناث أكثر استخداماً لاساليب المواجهة من الذكور ، كما أشارت النتائج إلى أن الضغوط النفسية المرتبطة بالحالة الصحية من الممكن أن تتحسن بواسطة استخدام أساليب المواجهة لدى الإناث عن الذكور، كما وجد أيضاً أن الإناث أكثر عرضة للإصابة بالأمراض السيكوسوماتية عن الذكور ، إلا أن النتائج أوضحت أن ميكانزمات الدفاع التى تحدث بشكل طبيعى لا تساهم فى الحد من تأثير الضغوط .

• وهدفت دراسة فوكانشى وآخرون (Fukunishi & et al. (1998) إلى معرفة أساليب المواجهة المتمركزة حول الدعم الإجتماعى والتعامل مع المرض والحالة المزاجية وذلك على عينة قوامها (٦٠٠) مريض ممن يعانون من مرض السكر فى صورته الأولى والذين يعتبرون أنفسهم أسوياء قبل الفحص وتتراوح أعمارهم ما بين (٢٨ - ٧٢ عام) وتم إستخدام قائمة الضغوط وأساليب المواجهة والتعامل مع الأمراض وأسفرت نتائج هذه الدراسة عن أن الافتقار لإسلوب الدعم الاجتماعى له علاقة بالإصابة بمرض السكر فى صورته الأولى .

• وللتعرف على فاعلية تدريبات التحصين ضد الضغوط فى خفض مستوى القلق ومعدل ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم لدى طلاب الجامعة جاءت دراسة فونتانا وآخرون (Fontana , A ., et al, 1999) من خلال تقديم برنامج ، وقد أجريت الدراسة على (٣٦) طالب جامعى وقد استغرق البرنامج (٦) جلسات تضمنت معالجة الأعراض الفسيولوجية والنفسية المتمثلة فى القلق ومعدل ضربات القلب وخفض ارتفاع ضغط الدم الناتج عن مواجهة الضغوط كما خصصت الدراسة فترة متابعة (٦) شهور بعد العلاج ومن خلال القياس القبلى والبعدى أشارت النتائج إلى الآتى:-

(١) أظهر البرنامج تحسناً دالاً فى خفض القلق والتحكم فى شدة الأعراض الفسيولوجية الناتجة عن مواجهة الضغوط النفسية واستمرار فاعليته حتى فترة المتابعة .

(٢) فاعلية تدريبات التحصين ضد الضغوط فى إمداد المشاركين فى المجموعات العلاجية بالشكل الوقائى والقدرة التطبيقية للإرشاد العلاجى .

• وقد أجرى هشام ابراهيم عبدالله (١٩٩٩) دراسة نظرية عن الارشاد المعرفى السلوكى ومدى فاعليته فى خفض بعض الاضطرابات الانفعالية لدى الأفراد ذوى الحاجات الخاصة وأنتهى إلى أن الإرشاد المعرفى السلوكى يساعد على خفض بعض الاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية والتي منها (القلق ، الاكتئاب ، الشعور بالوحدة النفسية ، نقص المهارات الاجتماعية ، الشعور بالنقص والرفض ، العزلة الاجتماعية ، ضعف الشعور بالأمن النفسى ، تشوية وتحريف مفهوم الذات ، الشعور بالعجز واليأس لدى بعض الفئات من الإعاقة ومنها الإعاقة البصرية والجسمية والانفعالية من خلال استخدام أسلوبين فى الإرشاد هما: أ- تغيير الأفكار والمعتقدات الخاطئة حول الذات والعالم والمستقبل ، ب- تعديل الأنماط السلوكية غير المرغوب فيها ، ومن فنيات الإرشاد المعرفى السلوكى: أ- فنيات الإرشاد العقلانى الانفعالى ومنها: التحويل: إى تحويل إهتمام العميل نحو أوجه نشاط عديدة مثل العمل أو الرياضة ... إلخ ، وفنية (ABC) أى الكشف عن أنماط التفكير المسببة للإنفعالات والمشاعر غير المرغوب فيها ولعب الأدوار والإقناع المنطقى والتكليف بالقيام ببعض الأعمال المنزلية ، ب- فنيات الإرشاد المعرفى ومنها: الحوار السقراطى ، والتدريب المعرفى، والتدريب

الاسترخائي، وجدولة الأنشطة، وتستخدم هذه الفنيات في علاج تشوية مفهوم الذات لدى ذوى الاحتياجات الخاصة مع مراعاة أن الحماية الزائدة من جانب الأسرة قد تزيد من إضعاف مفهوم الذات، وإذا كانت الإعاقة مكتسبة قد يؤدي تدنى مفهوم الذات قبل الإصابة بها إلى تزايد تلك المشاعر بعد الإصابة.

- كما أجرى ريس وزملاؤه (Rise et al., 2000) دراسة بهدف فحص التأثيرات الممكنة لكل من مهام العمل والمساندة الاجتماعية على مرضى الأوعية القلبية وأجريت الدراسة على عينة قوامها (١٦٥) مريض وبلغ متوسط أعمارهن (٧-٣٣) سنة بانحراف معياري (٨.١) سنة) وطبق الباحثون كلاً من استبيان الرضا عن العمل واستبيان المساندة الاجتماعية فضلاً عن مقاييس أخرى وقد أسفرت النتائج عن وجود تأثير جوهري لإجهاد العمل والمساندة الاجتماعية المنخفضة على المؤشرات الخاصة بمرضى الأوعية القلبية.
- وفي إطار العلاج النفسي، أجرى فاربر وآخرون (Farber, et al, 2004) دراسة حول دور إدراكات المرضى لعملية الإفصاح النفسي لدى عينة قوامها ٢١ مريضاً تعرضوا للعلاج السيكودينامي، وتشير النتائج إلى أن معظم المرضى أدركوا أن الإفصاح عن الذات يؤدي إلى شعورهم بالأمن، كما أنه ذو تأثير إيجابي في العملية العلاجية ويزيد فعاليتها، حيث يخفف مشاعر القلق والتوتر، كما أن جلسات العلاج تعد مكاناً آمناً للإفصاح عن الذات في ظل العلاقة الودية المتبادلة بين المريض والمعالج النفسي.
- وفي دراسته حول فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من طلبة الجامعة أجرى وحيد مصطفى كامل عام (٢٠٠٥)، دراسة بهدف تطبيق برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لخفض أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من طلاب الجامعة، وقد اشتملت عينة الدراسة على (٤٠) طالباً وطالبة بكلية التربية النوعية بينها، الفرقة الثانية (تكنولوجيا تعليم وإعلام تربوي) وتضمنت أدوات الدراسة مقياسي الأفكار اللاعقلانية، وأحداث الحياة الضاغطة بالإضافة إلى البرنامج الإرشادي وأسفرت النتائج إلى وجود علاقة موجبة دالة إحصائية بين كل من الأفكار اللاعقلانية وأحداث الحياة الضاغطة لدى طلاب الجامعة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة الذكور والإناث التجريبية والضابطة في مقياس أحداث الحياة الضاغطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة وذلك لصالح المجموعة التجريبية، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة الذكور ونفس المجموعة على مقياس أحداث الحياة الضاغطة بعد انتهاء فترة المتابعة وذلك لصالح المتابعة، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة الإناث ونفس المجموعة على مقياس أحداث الحياة الضاغطة بعد انتهاء فترة المتابعة وذلك لصالح المتابعة.
- كما إهتمت دراسة محمد نجيب الصبوة وآخرون (٢٠١٤) بالعلاج المعرفي السلوكي لعينة من حالات الرهاب الاجتماعي عن طريق تنمية فعالية الذات، بهدف تحسين فعالية الذات لدى مرضى الرهاب الاجتماعي، كما تهدف إلى تخفيف المعاناة من أعراضه لديهم، اشتملت عينة الدراسة الراهنة على مجموعتين رئيسيتين المجموعة التجريبية: وتمثل مجموعة مرضى الرهاب الاجتماعي الذين تلقوا برنامج العلاج المعرفي السلوكي للرهاب الاجتماعي عن طريق تنمية فعالية الذات وتكونت من ستة مرضى، والمجموعة الضابطة: وهي مرضى الرهاب الاجتماعي الذين لم يتلقوا أيًا من أنواع العلاج النفسي أو الطبي، سواء أثناء مدة إجراء التجربة أو قبلها وتكونت من ستة مرضى، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق جوهريّة بين مجموعتي الدراسة في الأداء البعدي (بعد انتهاء البرنامج العلاجي) حيث كان متوسط أعراض الرهاب الاجتماعي لدى المجموعة

التجريبية أقل جوهرية منه لدى المجموعة الضابطة بعد التدريب على برنامج فعالية الذات ، كما كان متوسط فعالية الذات الاجتماعية لدى المجموعة التجريبية أعلى جوهرية منه لدى المجموعة الضابطة

المحور الثانى : دراسات تناولت الأساليب العلاجية لأمراض الجهاز الهضمي

السيكوسوماتية

• فى إطار الدراسات التى إهتمت بالإرشاد والعلاج النفسى للأمراض السيكوسوماتية نجد دراسة ايپلى (Eppley,1986) التى إستخدمت أساليب الاسترخاء والتخيل البصرى مع حالات من داء الثعلبية (١٠ من الراشدين ، ٣ ذكور و ٧ إناث) أعمارهم أكبر من ١٨ سنة ، ولا يتولون علاجاً دوائياً (يُحسن من نمو معدل الشعر ، ويخفض من القلق سواء كسمة أو حالة ، وذلك عند مقارنتها بعينة ضابطة من مرضى داء الثعلبية لم تخضع لأى تدخل نفسى ، أو طبى .

• كما قارنت دراسة شيرلى شوارز (Shirley Schwarz, 1990) بين فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والتغذية الرجعية والتدريب على الاسترخاء والعلاج الدوائى لعلاج أعراض التهيج المعوى ، وتكونت العينة من (١٩) مريضاً يعانون من أعراض التهيج المعوى من مدة (٤) سنوات مضت وطبق عليهم عدد من الاستراتيجيات العلاجية ومنها (التغذية الرجعية الحيوية عن درجة الحرارة والتدريب على الاسترخاء العضلى والعلاج المعرفى والعلاج الدوائى وكل استراتيجية من هذه الاستراتيجيات طبقت على كل مجموعة على حدة وجاءت النتائج بعد التحليل الاحصائى قبل وبعد العلاج يشير إلى أن (١٧) مريضاً من العينة الكلية تم التحسن بنسبة (٥٠%) أما العلاج الدوائى تم اختزال الأعراض بنسبة (٥%) وعن فاعلية استمرار العلاج نجاح العلاج المعرفى والتدريب على الاسترخاء والتغذية الرجعية فى التخلص من ألم البطن والاسهال والغثيان والانتفاخ ويلاحظ الباحث أن هذه الدراسة تتفق مع الدراسة الحالية فى تناولها ظاهرة الاضطرابات السيكوسوماتية بالعلاج وأظهرت أن العلاج المعرفى السلوكى أفضل من العلاج الدوائى .

• قام وينستون (Weistock,1992) بدراسة مسحية تتبعية لعدد (٢٨) حالة تعاني من قولون متقرح بواسطة محللين نفسيين وفى حالة شديدة من المرض ومودعين بالمستشفى وتم علاجها لفترة من الزمن (من سنة ونصف إلى خمس سنوات) على يد محللين نفسيين ذوى خبرة ونصفهم تم علاجهم بالتحليل النفسى التقليدى والنصف الآخر تم علاجهم بعلاج نفسى موجه و (٢٢) من الحالات ما يقرب من (٨٠%) كانوا لا يعانون من أعراض لمدة تتراوح من (٣-١٨ سنة) ومتوسط كل هؤلاء حوالى (٩) سنوات ومعظم الحالات التى أصبحت جيدة هى تلك الحالات التى استجابت للعلاج بعد الإقامة بالمستشفى وكانت فى حالة مستقرة وأعراض قليلة جداً ، وعلى الرغم من أن الفترة الفاصلة من بداية المرض وبداية العلاج كانت حوالى (٥ سنوات) ، أما الحالات الستة التى لم تعطى نتائج جيدة فكانت الحالات التى تعاني من أعراض متواصلة مزمنة وحادة ، وكانت فترة حدة المرض وإزمانة حوالى (٩) سنوات ، وهذا يوضح أن العلاج المناسب على يد محللين نفسيين يقدم إمكانية جيدة لتخفيف المرض أو ربما الشفاء من حالات القولون المتقرح الحادة أكثر من استعمال أى علاج آخر فيما عدا الجراحة ، وقد أوضحت النتائج أن التوافق الزوجى للنساء ذات الدرجة العالية من التعليم واللاتى يعملن يكون أعلى منه لدى النساء اللاتى لا يعملن ، ومع ذلك فكان الفرق بينهما غير دال إحصائياً ، كما توصلت الدراسة إلى أن هناك بعض العوامل التى تدخل فى تحقيق

التوافق الزوجى وهى التجانس التعليمى ، عمر المرأة ، طول فترة الزواج ، عدد الأطفال .

• وفيما يتعلق بالدراسات التى إهتمت بالأساليب العلاجية لأمراض الجهاز الهضمى السيكوسوماتية نجد دراسة جرى إستيفن (Gray Steven,1993) إهتمت بالنظام الغذائى والمداخل النفسية المتعددة لعلاج أعراض التهيج المعوى بهدف المقارنة بين العلاج الدوائى ومداخل نفسية متعددة (التدريب على الاسترخاء والتدريب على التخيل والتغذية الرجعية لصوت الأمعاء) وذلك باستخدام سماعة الطبيب ، وتكونت عينة الدراسة من :-

(١) العينة التى تناولت العلاج النفسى عددها (١٩) مريضا تعرضوا للتدريب على الاسترخاء والتدريب على التخيل والتغذية الرجعية لصوت الأمعاء بالإضافة إلى ذلك تناولوا نظام غذائى يحتوى على مواد غذائية من النوع الليفى

(٢) العينة التى تناولت الدواء الطبى وعددها (١٩) مريضا تناولوا مضادات الاكتئاب ومضادات القلق لمدة أسبوعين وأشارت النتائج إلى أن عينة العلاج النفسى تم اختزال شدة أعراض التهيج المعوى لكل مريض بمعدل (٧.٦٨) درجة أما المجموعة التى تناولت الدواء الطبى تم اختزال الأعراض بمعدل (٨.٢٠) درجة .

• وقارنت دراسة جرين باربرا (Greene Barbara,1993) بين فاعلية العلاج المعرفى والعلاج الدوائى لأعراض التهيج المعوى واشتملت العينة على (٢٠) مريض بأعراض التهيج المعوى وتم تقسيمهم بالتساوى على مجموعتين ، مجموعة تناولت علاج معرفى (عشر جلسات لمدة ثمانية أسابيع) ومجموعة تناولت علاج دوائى لأعراض التهيج المعوى وقد تم قياس الأعراض قبل وبعد العلاج وبالتحليل الاحصائى وجاءت النتائج بأن (العلاج المعرفى كان أفضل من العلاج الدوائى بفروق ذات دلالة احصائية فى اختزال وتحسن أعراض التهيج المعوى ، وعمل على اختزال أعراض الاكتئاب وبعض الاضطرابات السيكوسوماتية بينما لم يحدث تغيير بالعلاج الدوائى ، واختزال الأفكار والاتجاهات السلبية وكون أفكارا ذاتية ايجابية بينما مجموعة العلاج الدوائى لم يحدث لها تغيير ، كما وجد أن هناك ارتباطا دالا احصائيا ايجابيا بين زملة أعراض التهيج المعوى والأفكار الذاتية السلبية قبل العلاج .

• وفى إطار تأثير التدريب أجرى بلاتشارد ادوارد (Blanchard Edward,1993) دراسة عن التدريب على الاسترخاء لعلاج أعراض التهيج المعوى بهدف تقويم فاعلية التدريب على الاسترخاء لعلاج أعراض التهيج المعوى وتكونت العينة من (١٦) مريضا يعانون من أعراض التهيج المعوى عمرهم يتراوح من (٢٩ – ٦٣) سنة وتم تقسيمهم الى مجموعتين :- مجموعة عددها (٨) مرضى تدربوا على الاسترخاء (١٠) جلسات منظمة لمدة أربعة أسابيع متتالية وتم تقدير الأعراض مرة أخرى ، ومجموعة عددها (٨) مرضى تناولوا علاجا دوائيا لعلاج التهيج المعوى لمدة أربعة أسابيع وأسفرت نتائج المقارنة بين العلاجين أن التدريب على الاسترخاء عمل على تحسن وإزالة أعراض التهيج المعوى بفارق ذى دلالة احصائية أفضل من العلاج الدوائى أما عن استمرار الفاعلية وجد أن التدريب على الاسترخاء عمل على إزالة وتحسن الأعراض بنسبة (٥٠%)

• وركزت دراسة فان دولمان (Van Dulmen A,1996) على العلاج السلوكى المعرفى لأعراض التهيج المعوى وتأثيره لفترة طويلة ، بهدف دراسة فاعلية العلاج

السلوكي المعرفي بالمقارنة بالعلاج الطبي لتخفيف شكوى البطن واستمرار فاعلية هذا العلاج لفترة طويلة ، واشترط في عينة الدراسة أن تعاني من أعراض التهيج المعوي على الأقل لمدة ستة أشهر الى أربع سنوات وتكونت من ثلاثة مجموعات ، مجموعة ضابطة إشملت على (٤٥) مريضا بالتهيج المعوي ومجموعة علاجية تناولت علاجا سلوكيا معرفيا وكان عددها (٤٥) مريضا بالتهيج المعوي ومجموعة علاجية تناولت دواء طبيًا وعددها (٢٠) مريضا بالتهيج المعوي وأظهرت النتائج بعد تطبيق العلاج لفترة طويلة تزيد على ثلاثة أشهر وكانت النتائج تشير إلى تحسن أعراض التهيج المعوي بفروق ذات دلالة احصائية لصالح العلاج المعرفي السلوكي

• وفي هذا الإطار أجرى جيمس وهادسون (Games, Hadson, 1996) دراسة موضوعها علاج الاضطرابات السيكوسوماتية والاكتئاب نفسياً وطبياً واختارت هذه الدراسة ست مجموعات مرضية تشمل الاضطرابات السيكوسوماتية التالية (مجموعة ألم في التشنج العضلي ، أعراض التعب المزمن ، مجموعة تعاني من الصداع النصفي ، مجموعة تعاني من أعراض التهيج المعوي ، مجموعة تعاني من أعراض ألم في الوجه ، مجموعة تعاني من ألم أعراض الطمث) وتناولت كل المجموعات الست دواء مضادات الاكتئاب ، أما المجموعة الضابطة تناولت دواء طبي خاص بمكان الألم وأظهرت النتائج تحسن كل مجموعة من المجموعات الست عند استخدام مضادات الاكتئاب ، وكانت فترة الشفاء أطول من المجموعة التي تناولت دواء طبيًا فهذه النتيجة أيضا تؤكد على أن هناك ارتباط قوى بين أعراض الاكتئاب وأعراض كل من التهيج المعوي والصداع .

• وجاءت دراسة تيرنر ميشيل (Turner Michele,1997) لتبحث في ما مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي لأعراض التهيج المعوي (I . B. S) وإشملت الدراسة على (٣٤) مريضا بزملة أعراض التهيج المعوي حيث تم تشخيصهم على أنهم مرضى بأمراض ليست عضوية Non gastrointestinal physical ، بالإضافة إلى أن تقاريرهم كانت عالية في الاضطرابات والضغوط النفسية ، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين : مجموعة تجريبية تكونت من (١٦) مريضا تناولوا علاجاً معرفياً ، ومجموعة ضابطة تكونت من (١٦) مريضا ، وأشارت النتائج إلى أنه حدث تغيير في المعارف والأعراض السلبيه وتقليل القلق وأن أعراض التهيج المعوي تغيرت بنسبة (٢٧%) .

• وللمقارنة بين فاعلية كل من العلاج السلوكي المعرفي الفردي والعلاج المعرفي الجماعي والعلاج الطبي الدوائي لأعراض التهيج المعوي (I.B.S) جاءت دراسة اليشا (Alisha Vollmer,1998) وشملت عينة الدراسة (٣٢) مريضا بأعراض التهيج المعوي من الذكور والإناث ، تراوح عمرهم بين (١٨-٧٥) سنة وتم تقسيمهم الى ثلاثة مجموعات ، المجموعة الأولى (١١) مريضا تناولوا علاجاً معرفياً سلوكياً فردياً لمدة ثمانية أسابيع ، والمجموعة الثانية (١١) مريضا تناولوا علاجاً معرفياً سلوكياً جماعياً لمدة ثمانية أسابيع ، ومجموعة ضابطة مكونة من (١٠) مرضى لم يتناولوا أى علاج وتم تطبيق مقياس أعراض التهيج المعوي اليومي وبعد تطبيق البرنامج كان هناك قياس قبل وبعد العلاج لمدة الألم وظهر تحسناً واضحاً واختزالاً لأعراض التهيج المعوي وكانت نسبة اختزال أعراض التهيج المعوي بالعلاج المعرفي الجماعي بنسب (٦٤%) ونسبة (٥٥%) في العلاج المعرفي الفردي ، وكلا العلاجين عمل على اختزال الأعراض ولا توجد فروق دالة احصائية بينهما في درجة اختزال الأعراض الكلية .

• وفى إطار تأثير البرامج أيضا قدمت شيرين عفيفى محمود (٢٠٠٦) برنامج رياضى مقترح لتقليل ألام القولون العصبى ، بهدف وضع برنامج رياضى لتقليل ألام القولون العصبى وتصميم مقياس لتحديد درجة الاصابة به ، مع تحديد نسبة التحسن باستخدام المنهج التجريبي بطريقة القياس القبلى والبعدى للثلاث مجموعات وتم اختيار العينة بالطريقة العشوائية قوامها (٥٠) سيدة تراوحت أعمارهن بين (٣٠-٤٠) سنة وتم تقسيمهم إلى (٢٠) سيدة لإجراء التجربة الاستطلاعية (٣٠) سيدة لإجراء التجربة الأساسية وطبقت القياسات اللازمة وتم معالجة البيانات احصائيا وتوصل البحث الى ان البرنامج المقترح يعمل على تقليل ألام القولون.

• وكذلك أجرت أنوار حماد الرشيدى (٢٠٠٦) دراسة هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادى سلوكى معرفى فى خفض درجة فقدان الشهية العصبى لدى طالبات المرحلة الثانوية بمدينة الرياض وتكونت عينة الدراسة من (١٠ طالبات) تراوحت أعمارهن بين (١٦-١٩) وأستخدمت الباحثة مقياس فقدان الشهية العصبى ومقياس صورة الجسم من إعداد زينب شقير وبرنامج إرشادى سلوكى معرفى من إعداد الباحثة وتوصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلى والقياس البعدى لصالح القياس البعدى على مقياس فقدان الشهية العصبى ووجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلى والقياس البعدى لصالح القياس البعدى على مقياس صورة الجسم .

• كما قام هاريت وأخريين (Harriet & et al , 2008) بدراسة هدفت إلى وصف حالة عدد من المراهقين المصابين بفقدان الشهية العصبى والكشف عن الأعراض النفسية التى يمرون بها ومحاولة مساعدتهم وعلاجهم من خلال تقديم برنامج علاجى تدعيمى أثناء تلقيهم العلاج الدوائى ، وتكونت عينة من (١٢) مراهقا ذكرا وبلغ متوسط اعمارهم (١٦.٥ عاما) وأستخدمت الدراسة قائمة الأعراض النفسية وقائمة اضطرابات الأكل والبرنامج العلاجى النفسى وتوصلت الدراسة إلى المصابين بفقدان الشهية العصبى يعانون مجموعة من الأعراض النفسية كالقلق والاكتئاب والعصابية كذلك لعب البرنامج العلاجى النفسى المقدم لهم دورا واضحا فى التقليل من حدة الأعراض النفسية

• وفى هذا الإطار جاءت دراسة روث وأخريين (Ruth & et al , 2009) للتحقق من فاعلية برنامج علاجى سلوكى معرفى لتحسين مستوى التوافق النفسى وخفض مستوى القلق والاكتئاب لدى عينة من المصابات بفقدان الشهية العصبى ، وأجريت الدراسة على (٢٣) امرأة راشدة بلغ متوسط اعمارهن (٣٢.٢) عاما ، واستعانت الدراسة بمقياس ايزنك للتوافق ومقياس سبيلبرجر للقلق واختبار بيك للاكتئاب ، بالإضافة للبرنامج العلاجى وانتهت الدراسة إلى فاعلية البرنامج فى تحسين مستوى القلق النفسى وخفض مستوى القلق والاكتئاب لدى عينة الدراسة .

تعليق عام على الدراسات السابقة: إتفقت معظم البحوث والدراسات السابقة على أن المصدر الأساسى للأمراض السيكوسوماتية هو الضغوط النفسية والانفعالات المضطربة ، بمعنى وجود علاقة إرتباطية سلبية بين المعاناة من الاضطرابات النفسجسمية وبعض متغيرات أحداث الحياة الشاقة المتعلقة بالعمل ، والناحية الاجتماعية والاقتصادية والمالية والصحية والأسرية وأن العلاج الدوائى فقط لا يفلح لعلاج الأمراض السيكوسوماتية ، بل لابد من مصاحبة العلاج النفسى للعلاج الدوائى .

فروض الدراسة

(١) لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فى أسلوب الحياة والأعراض السيكوسوماتية قبل البرنامج الارشادى العلاجى .

(٢) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الارشادى العلاجى على مقياس الأعراض السيكوسوماتية لصالح التطبيق البعدى .

(٣) توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فى الأعراض السيكوسوماتية بعد تطبيق البرنامج الارشادى العلاجى .

أولاً : منهج الدراسة : إستخدم الباحث المنهج التجريبي الذى يقوم على توفير شروط الكشف عن العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع ، فهذه الدراسة تهدف إلى الكشف عن فعالية برنامج معرفى سلوكى فى كمتغير مستقل فى خفض حدة أعراض الجهاز الهضمى السيكوسوماتية كمغيرات تابعة ، وإستخدم الباحث تصميماً تجريبياً هو طريقة المجموعتين المتكافئتين من المفحوصين " التجريبية والضابطة " لما لهذه الطريقة من مزايا وبما يناسب الهدف من هذه الدراسة ، وطبقاً لهذا التصميم التجريبي سيتم إجراء قياسين لكل مجموعة من المجموعتين (قبل تطبيق البرنامج و بعد تطبيق البرنامج)

جدول رقم (١)

التصميم التجريبي للدراسة

عدد القياسات	الجنس	عدد أفراد المجموعة	مجموعات الدراسة
قياس قبلى ، قياس بعدى	إناث	٢٤	مجموعة تجريبية تتلقى العلاج الطبى " الدوائى " والبرنامج المعرفى السلوكى معاً
قياس قبلى ، قياس بعدى	إناث	٢٤	مجموعة ضابطة تتلقى العلاج الطبى " الدوائى " فقط

ثانياً : عينة الدراسة : قد أجريت الدراسة الراهنة على عينة قوامها (٤٨) من الإناث المصابات ببعض أعراض الجهاز الهضمى السيكوسوماتية ، ممن تتراوح اعمارهم ما بين (٢٥-٣٥) عاماً ، وتم اختيارها بطريقة العينة المتاحة من المرضى المترددين على عيادات الباطنة والجهاز الهضمى والسمنة بمستشفيات جامعة عين شمس ، ويتشترط أن يكون تم تشخيصهم من خلال الكشف الطبى والفحوصات والتحليل والأشعات على أنهم يعانون من بعض أعراض الجهاز الهضمى السيكوسوماتية ، بمعنى أن يكون سبب المرض نفسى ، وألا تكون لديهم أى أسباب عضوية هى التى أدت إلى الاصابة بالمرض ، عدم نجاح العلاج لطبى الدوائى أو عدم تحسن الأعراض لعدم علاج المسببات ، ويظهر ذلك فى كثرة تردد المريض وتناوله العديد من الأدوية وأنواع العلاج ، لم يسبق للمرضى تلقى أى علاجات نفسية ، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين ، مجموعة تجريبية وتتكون من (٢٤) وهم اللذين طبق عليهم برنامج العلاج المعرفى السلوكى مع العلاج الطبى ومجموعة ضابطة وتتكون من (٢٤) وهم اللذين تلقوا العلاج الطبى الدوائى فقط ،

جدول رقم (٢)

الخصائص العمرية للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة

المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري
التجريبية	٢٤	٣٠.٤٤	٣.٠٤
الضابطة	٢٤	٣١.٠٥	٢.٩٣
المجموع	٤٨		

وإنقسمت كل مجموعة إلى أربع مجموعات فرعية ويوضح الجدول التالي التقسيمات الفرعية للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ، وقد قام الباحث الحالي بالتأكد من تكافؤ العينتين التجريبية والضابطة في متغير العمر من حيث العمر والمستوى التعليمي ومدة الإصابة بالأعراض

جدول رقم (٣)

التقسيمات الفرعية للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة

م	المجموعة الفرعية	مجموعة تجريبية	مجموعة ضابطة	الجنس
١	مجموعة قرحة المعدة	٦	٦	إناث
٢	مجموعة القولون العصبي	٦	٦	
٣	مجموعة الشراة العصبية	٦	٦	
٤	مجموعة فقدان الشهية العصبية	٦	٦	
مج		٢٤	٢٤	٤٨

ثالثاً : أدوات الدراسة

أولاً : إستمارة البيانات العامة

(من إعداد الباحث)

قام الباحث الحالي بإعداد وتصميم إستمارة البيانات العامة بشكل مُبسط للتعرف على بعض البيانات الشخصية والمرضية الخاصة بعينة الدراسة ، يملؤها جميع أفراد عينة الدراسة التجريبية والضابطة في بداية المقابلات ، بهدف جمع أهم البيانات التي يحتاجها الباحث من عينة الدراسة الحالية من حيث (السن ، ، المستوى التعليمي والاقتصادي ، مدة الإصابة بالمرض) واختيار عينة البحث وضبطها إستبعاد بعض الحالات التي لا تنطبق عليها شروط العينة من حيث وتحقيق أكبر قدر من التجانس بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة ،

ثانياً : إستمارة بيانات التاريخ المرضي : وهي عبارة عن استمارة يطبقها الباحث على جميع أفراد عينة الدراسة في بداية المقابلات ويقوم المريض نفسه بملء بعض بياناتها ويُملأ الباحث البعض الآخر بالاطلاع على الملف الطبي الخاص بالمريض أو بسؤال الطبيب المعالج أو بسؤال المرافقين للمريض ، وتتضمن بعض البيانات المرضية والعيادية التالية : (الأعراض ، تاريخ

بداية ظهور الأعراض ، مدة الإصابة بالأعراض ، الفحوصات الطبية ، ودرجة خطورة الأعراض ، نوع المرض : (التشخيص) ، درجة المرض ، تاريخ التشخيص الأولى ، طول فترة المرض ، هل أصيب أحد الأقارب بنفس الأعراض ، هل توجد أمراض مزمنة ناتجة عن هذه الأعراض ، العلاج السابق ، العلاج الحالى ، نوع العلاج طبى " دوائى " ، نفسى ، مدة العلاج ، الكفاءة العلاجية ، الإصابة بأى أمراض مزمنة ، هل تعرف سبب مرضك ، بيانات أخرى) بهدف توفير مادة علمية تساهم فى تكوين العلاقة الإرشادية العلاجية ، والتعرف على البيانات المرضية المتعلقة بالتاريخ المرضى لجميع أفراد عينة الدراسة التى تساعد على ضبط المتغيرات لعينة البحث التجريبية والضابطة وتقييم البرنامج الإرشادى العلاجى بعد تطبيقه ،

ثالثاً: مقياس الأعراض السيكوسوماتية : وبعد وضع بنود المقياس وعرضه على المحكمين تكون المقياس فى صورته النهائية من من (٣٠) عبارة ، موزعة على الأبعاد الستة كما يلى :-

جدول رقم(٤)

يوضح توزيع بنود مقياس الأعراض السيكوسوماتية

توزيع عدد مفردات أبعاد مقياس أسلوب الحياة الصحى بعد التحكيم

م	المقاييس الفرعية	عدد العبارات	أرقام العبارات
١	أعراض قرحة المعدة	٦	١، ٥، ٩، ١٣، ١٧، ٢١
٢	أعراض القولون العصبى	٦	٢، ٦، ١٠، ١٤، ١٨، ٢٢
٣	أعراض الشراهه العصبية	٦	٣، ٧، ١١، ١٥، ١٩، ٢٣
٤	أعراض فقدان الشهية العصبى	٦	٤، ٨، ١٢، ١٦، ٢٠، ٢٤
مجموع		٢٤	

ثبات مقياس أعراض الجهاز الهضمى السيكوسوماتية

وقد قام الباحث الحالى بحساب ثبات المقياس على مجموعة ممن يعانون من الأعراض السيكوسوماتية (ن = ٣٠) ممن تراوحت أعمارهم بين (٢٥-٣٥) بمتوسط (٣٢.١) وانحراف معيارى مقداره (٣.٧)

(١) طريقة إعادة تطبيق المقياس Test Retest قام الباحث بحساب معاملات الثبات على عينة (ن = ٣٠) وبعد إعادة التطبيق بفواصل زمنى اسبوعين من التطبيق الأول ، وخرج المقياس ، بقيمة ارتباط قدرها (0.855) وهذه القيمة توضح مدى وقوة وثبات المقياس

(٢) طريقة التماسك (الاتساق) الداخلى Internal Consistency وقد قام الباحث بإيجاد معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد المقياس وكانت القيمة (0.816) وهى قيمة تدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من التماسك الداخلى .

صدق مقياس شدة الأعراض السيكوسوماتية

(١) الصدق المنطقي (التحكىمى) وذلك لمعرفة مدى وجود علاقة منطقية وظاهرية بين عبارات المقياس والهدف منه ، وقد تم عرض فقرات المقياس على (١٠) من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بالجامعات المصرية والجامعة الأمريكية بالقاهرة ، و(٥) محكمين من أساتذة كلية الطب المتخصصين فى الجهاز الهضمى للحكم على مدى صدق المضمون للعبارات وعمّا إذا كانت تعبر عن الأعراض السيكوسوماتية المتضمنة بالمقياس ، وقد تم اختيار العبارات التى أقر ٨٥% من المحكمين صلاحيتها لقياس قائمة الأعراض النفسجسمية

(٢) الصدق التمييزى لمقياس شدة الأعراض السيكوسوماتية

كما قام الباحث بحساب صدق المقياس عن طريق صدق التمييز بين المجموعات المضادة عن طريق حساب دلالة الفرق بين متوسطى درجات المصابات وغير المصابات وحساب درجة الحرية

جدول (٥)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات عينة المضطربين وعينة الأسوياء على كل عبارة من عبارات مقياس الأعراض (ن = ٣٠)

المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف المعيارى	قيمة ت	درجة الحرية	الدلالة	الدلالة
السيكوسوماتية	30	54.80	3.346	40.553	58	.000	يوجد فروق دالة
السوية	30	22.70	2.756				

ينتضح من الجدول السابق أن مقياس شدة الأعراض السيكوسوماتية لديها قدرة تمييزية على أن يميز بين المصابات وغير المصابات ببعض أعراض الجهاز الهضمى السيكوسوماتية فكان متوسط مجموعة المصابات (54.80) وانحراف معيارى (3.346) وكان متوسط مجموعة غير المصابات (22.70) وانحراف معيارى (2.756) وكانت قيمة ت = 40.553 وهى دالة عند مستوى (٠٠١) مما يدل على وجود فروق جوهرية بين المتوسطين ويكشف عن وجود فروق حقيقية فى شدة الاصابة ويدل أيضا على قدرة المقياس على التمييز بين المجموعات المتضادة

م : وقد تم التوصل إلى أن جميع العبارات استطاعت أن تميز بين المجموعتين مما يشير إلى قدرة المقياس الجيدة على التمييز بين المرضى والأسوياء

رابعا البرنامج المعرفى السلوكى

تكون برنامج الدراسة من (٤٠) ساعة مقسمة إلى (٢٠) جلسة ، مدة كل جلسة ساعتين وقد إستغرق تطبيق البرنامج الإرشادى العلاجى المستخدم فى الدراسة الراهنة عشرة

أسابيع (بداية من أول فبراير ٢٠١٤ حتى منتصف أبريل ٢٠١٤) وإستمرت المتابعة لأفراد العينة التجريبية شهرين ، وكان الباحث قد أعد البرنامج فى صورته الأولى محاولا الاستفادة من الإطار النظرى والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة ، والاطلاع على محتوى بعض البرامج الارشادية والعلاجية والتربوية قريبة الصلة بموضوع البحث الراهن ، وقد تم بناؤه بعد الرجوع إلى أدبيات علم النفس حيث أثبتت الدراسات السابقة أن المتغيرات الأكثر ارتباطاً بالإصابة بالأمراض السيكوسوماتية بشكل عام وأمراض الجهاز الهضمى بشكل خاص هي : - (عدم القدرة على تحمل الضغوط وضبط الانفعالات والتحكم فى الغضب ، والحالة المزاجية السلبية ، والافتقاد للمرونة ، كما كانوا أكثر تبنياً لأساليب حياة غير صحية وذلك مقارنة بغيرهم ، والبرامج التدريبية التى تدرب عليها الباحث برابطة الأخصائيين النفسيين (العلاج المعرفى السلوكى للقلق ، والعلاج المعرفى السلوكى للإكتئاب)، وقد قام الباحث بعرض الصورة الأولى للبرنامج على عدد من المحكمين بلغ عددهم (١٠) وكان من أهم الملاحظات التى قام بها المحكمين على البرنامج العلاجى ما يلى :- تقليص عدد الجلسات من (٢٤) جلسة إلى (٢٠) جلسة ، وقد اعتبر العدد الحالى كافياً ، للتحقق من فاعلية البرنامج الارشادى العلاجى ، وجاءت نسبة الاتفاق من قبلهم على ٩٠% ، ضرورة ارفاق استمارة للتقييم الذاتى ، من قبل الباحث للمشاركات فى البرنامج ، بعد كل جلسة علاجية على حسب ما تم انجازه خلالها ، وذلك للحكم على صلاحية كل جلسة للمجموعة نفسها . ومدى ملائمتها لتحقيق الهدف المفروض انجازه فى كل جلسة ، وقد جاءت نسبة الاتفاق من قبلهم على تلك الملاحظة ١٠٠% ، وتراوحت نسبة صلاحية الجلسات من قبل جميع المحكمين فيما بين ٨-٩ درجات ، وقد خرج البرنامج فى صورته النهائية القابلة للتطبيق عموماً ، بعد الاطلاع على جميع الملاحظات والآراء المقدمة ، ومقارنتها مع بعضها البعض واستخلاص ما تم الاتفاق عليه من قبل الاغلبية ، بعد مراجعتها مع الدكتور المشرف على الدراسة الحالية .

أهداف البرنامج

(١) أهداف معرفية

- إكساب المرضى بعض المعارف والمعلومات التى تمكنهم من إدارة والتحكم والتغلب على بعض حالات التوتر والانفعال والغضب والضغوط النفسية والقدرة على التعامل معها ومواجهتها وحل المشكلات وما ينتج عنها من إستجابات فسيولوجية غير توافقية استنادا الى نظرية العلاج السلوكى المعرفى ونظرية العلاج الواقعى
- إكساب المرضى التفكير بأسلوب منظم ومرتب ومنطقى وتبنى فلسفة جديدة أو أسلوب جديد فى الحياة
- مساعدة الفرد على الوعى بذاته وفهم واستثمار قدراته وامكانياته ومشكلاته

(٢) أهداف انفعالية : تدريب المرضى على :

- ضبط الانفعالات (تدريب المرضى عن الانفعال بأسلوب مناسب للموقف والأحداث أى الصدق فى التعبير عن الانفعالات والمشاعر بالطرق السوية)
- التعبير عن المشاعر والحقوق والأفكار بحرية أو تلقائية بالقدرة على تأجيل الاستجابة المتطرفة والتحكم فى الانفعالات السلبية .
- والاستمتاع بالحياة
- زيادة ثقة المرضى بأنفسهم عن طريق تعرضهم لمواقف ايجابية
- التعاطف وتقدير المشاعر .

(٣) أهداف سلوكية : تدريب المرضى على بعض المهارات السلوكية والمعرفية التى تمكنهم من

- أن يمارس ما تدرب عليه فى سلوكه اليومي .
- أن يُظهر ما استفاده من تدريب على إدارة وتحمل لضغوط وحل المشكلات
- أن يساعد نفسه بالتغلب على حالات التوتر والضييق بممارسة الاسترخاء العضلى
- أن يعبر المتدرب المتدرب عن مشاعره " التنفيس "
- أن يوظف المتدرب ما تدرب عليه من تحديد المعتقدات اللاعقلانية الخاطئة و تعميق الاقتناع بالمعتقدات العقلانية المنطقية ، وتطبيقها فى مواقف الحياة العامة وخاصة فى المواقف المثيرة للضغوط

● أبعاد البرنامج : اعتمد برنامج الارشاد العلاجى المستخدم فى الدراسة الحالية فى بنائه على ثلاثة جوانب أساسية هى :

* الجانب الأول : الجانب المعرفى : ويتمثل فى بعض الموضوعات والمفاهيم والمعلومات المعرفية والسلوكية اللازمة والأساسية المقدمة لمرضى الجهاز الهضمى السيكوسوماتيين والفتيات والأساليب المستخدمة فى هذا الجانب من البرنامج هى أسلوب المحاضرة والمناقشة الحرة والمطبوعات والاستبيانات والاستقصاءات

* الجانب الثانى : الجانب السلوكى التطبيقى ويتمثل فى تدريب المشاركات فى البرنامج على بعض الفنيات التى تساعد على مثل (فنيات التنفيس الانفعالى والمشاركة الوجدانية والتعاطف وتقدير المشاعر ، والتخيل الايجابى للمواقف الضاغطة ، وتثبيت الانتباه ، والتأمل والاسترخاء العضلى ، وتفنيد ودحض الأفكار والاستنتاجات غير المنطقية ، والعمود الثلاثى ، وضبط النفس ، التعليمات الذاتية والحوار الذاتى الايجابى ، ومهارة مواجهة المشكلات وحلها ، ومهارة التفاوض واتخاذ القرار ، وتغيير السلوك ، الاتصال الفعال ، والانشطة السارة ، والتفكير الايجابى والتفاؤل)

والفنيات المستخدمة فى هذا الجانب من البرنامج هى : الشرح والاقتداء والممارسة الفعلية أو النمذجة وتمثيل وقلب الأدوار وتكرار السلوك وتطبيق بعض النماذج وممارسة الأنشطة والواجبات المنزلية .

الجانب الثالث : الجانب الوجدانى : حيث تضمن البرنامج بعض الأساليب والاستراتيجيات من قبيل التدعيم والتعزيز والتشجيع للمشاركات ، مما يزيد من دافعيتهم وينمى ثقتهم فى أنفسهم

مكان تطبيق البرنامج : طبق البرنامج فى قاعة من قاعات التدريب بمستشفى جامعة عين شمس

الأساليب المستخدمة فى البرنامج : (المحاضرة ، التعليمات (نشرات إرشادية وتدريبية ، المناقشة والحوار ، التغذية المرتدة والتدعيم Feed Back and Reinforcemen ، الواجبات المنزلية Homework

الوسائل والأدوات المتضمنة فى البرنامج : (المقاييس النفسية ، استمارات التقييم ، بطاقات الواجبات المنزلية ، لوحات ايضاحية)

تقويم البرنامج : تم تقويم البرنامج من خلال القياسين القبلى و البعدى للمجموعتين التجريبيتين و الضابطة ، ومقارنة أداء المجموعات بالنسبة للقياس القبلى و البعدى ، ومقارنة أداء المجموعة التجريبية بالنسبة للقياس القبلى و البعدى و التتبعى بعد مرور شهرين على التطبيق البعدى وذلك من خلال الاستجابة على مقاييس الدراسة

النموذج التجريبي الذي يعتمد على الاختبار (قبلي – بعدى) لمجموعتي الدراسة Two group pretest – post test design حيث يبدأ أولاً القياس القبلي للمجموعة قبل إدخال البرنامج ، وبعد الانتهاء من تنفيذه تكرر عملية القياس مرة أخرى ، والتغير الذي يطرأ على الجماعة بعد الخبرة التجريبية يمكن إرجاعه إلى أثر البرنامج ، وتحديد درجة ومدى فاعليته في إحداث التغير المطلوب

جلسات البرنامج

الجلسة الأولى	
موضوع الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> ● جلسة تمهيدية للتعرف والتطبيق القبلي لأدوات الدراسة
أهداف الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> ● التأكيد على علاقة التعارف السابقة التي تمت في المقابلة الشخصية الأولى . ● التعرف بالبرنامج . ● القياس القبلي والتقييم الأولى . ● الاجابة على أى تساؤلات وإزالة أى غموض لإعادة البناء المعرفى .
إستراتيجيات الجلسة أساليب تحقيق الأهداف	<ul style="list-style-type: none"> ● تطبيق الإستبيانات والإختبارات ● الحوار المتبادل ● المناقشة الجماعية
الجلسة الثانية والثالثة	
موضوع الجلسة	<ul style="list-style-type: none"> ● طبيعة العلاقة بين الجسم والنفس . ● التعريف بالأمراض السيكوسوماتية ونشأتها .

<ul style="list-style-type: none"> ● التدريب علي فنية التنفيس الانفعالي 	
<ul style="list-style-type: none"> ● أهداف الجلسة ● مراجعة الواجب المنزلى . ● تنمية الثقة بين الباحث والمتدربين عن طريق التشجيع على المناقشة والحوار بين الجماعة الارشادية والباحث . ● الإتفاق على الأهداف العلاجية وزيادة فعالية وتماسك الجماعة العلاجية فى ضوء التطبيق القبلى للاختبارات تزويد المتدربين بمعلومات عن طبيعة العلاقة بين الجسم والنفس والتعريف بالأمراض السيكوسوماتية ونشأتها . ● شرح فنية التنفيس الانفعالي والتدريب عليها . 	
<ul style="list-style-type: none"> ● فنية التنفيس الانفعالي. ● المحاضرة . ● المناقشة والحوار . ● التعزيز الايجابى . ● النمذجة . 	<p>استراتيجيات الجلسة أساليب تحقيق الأهداف</p>
<p>الجلسة الرابعة والخامسة</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● التعرف بأمراض الجهاز الهضمى السيكوسوماتية ودور الإرشاد العلاجى النفسى والسلوكى فى الشفاء منها . ● التدريب على فنية التنفس العميق والتأمل والإسترخاء 	<p>موضوع الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● أهداف الجلسة ● مراجعة الواجب المنزلى . ● تزويد المتدربين بمعلومات حول طبيعة أمراض الجهاز الهضمى السيكوسوماتية ، ودور الإرشاد العلاجى النفسى والسلوكى فى الشفاء منها . ● التدريب على التنفس العميق والتأمل والإسترخاء 	
<ul style="list-style-type: none"> ● المحاضرة . ● المناقشة والحوار . ● التعزيز الايجابى . ● النمذجة 	<p>استراتيجيات الجلسة أساليب تحقيق الأهداف</p>
<p>الجلسة السادسة والسابعة</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● الضغوط النفسية (أسبابها وأنواعها ومظاهرها 	<p>موضوع الجلسة</p>

<ul style="list-style-type: none"> ● وعلاقتها بالأمراض النفسجسمية (. ● الأثار السلبية والايجابية للضغوط النفسية وأساليب مواجهتها . ● التدريب على استراتيجيات تشتيت الانتباه . ● فنية التخيل الايجابى للمواقف الضاغطة ودورها فى خفض حدة الأعراض النفسجسمية . 	
<ul style="list-style-type: none"> ● بمراجعة الواجب المنزلى . ● التعريف بالضغوط النفسية وأسبابها وأنواعها ومظاهرها وعلاقتها بالأمراض النفسجسمية . ● التدريب على فنية التخيل الايجابى . ● التدريب على فنية تشتيت الانتباه . 	<p>أهداف الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● فنية التخيل الايجابى للموقف الضاغط ● فنية تشتيت الانتباه ● المحاضرة . ● المناقشة والحوار . ● التعزيز الايجابى . ● النمذجة 	<p>استراتيجيات الجلسة أساليب تحقيق الأهداف</p>
<p>الجلسة الثامنة والتاسعة</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك ● العلاقة بين الأفكار الخاطئة غير المنطقية والاضطرابات النفسجسمية . ● التدريب على فنية تنفيذ ودحض الأفكار والاستنتاجات غير المنطقية ● التدريب على فنية العمود الثلاثى 	<p>موضوع الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● مراجعة الواجب المنزلى ● توضيح العلاقة بين الأفكار الخاطئة غير المنطقية والاضطرابات النفسجسمية ● التدريب على فنية تنفيذ ودحض الأفكار والاستنتاجات غير المنطقية ● التدريب على فنية العمود الثلاثى 	<p>أهداف الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● فنية تنفيذ ودحض وتعديل وتحدى الأفكار والاستنتاجات غير المنطقية 	<p>استراتيجيات الجلسة أساليب تحقيق الأهداف</p>

<ul style="list-style-type: none"> ● فنية العمود الثلاثى ● المحاضرة . ● المناقشة والحوار . ● التعزيز الايجابى . ● النمذجة 	
<p>الجلسة العاشرة</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● تقييم الجلسات السابقة ● مراجعة ما تم تعلمه واكتسابه من معارف ومعلومات ومهارات 	<p>موضوع الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● مراجعة الواجب المنزلى ● التأكيد على استخدام وتوظيف ونقل ما تم تعلمه واكتسابه من معارف ومعلومات ومهارات فى مواقف الحياة العملية المختلفة 	<p>أهداف الجلسة</p>
<p>الجلسة الحادية عشر والثانية عشر</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● الانفعالات والغضب وعلاقتها بالأمراض السيكوسوماتية ● التدريب على مهارات ضبط النفس . 	<p>موضوع الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● مراجعة الواجب المنزلى . ● التعرف على العلاقة بين الانفعالات والغضب وأمراض الجهاز الهضمى النفسجسمية . ● التدريب على مهارات ضبط النفس 	<p>أهداف الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● مهارات ضبط النفس (مراقبة الذات – تدعيم الذات – تقييم الذات) ● المحاضرة . ● المناقشة والحوار . ● التعزيز الايجابى . ● النمذجة 	<p>استراتيجيات الجلسة أساليب تحقيق الأهداف</p>
<p>الجلسة الثالثة عشر والرابعة عشر</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● الوعى بالحالة المزاجية وضبط الانفعالات ● التدريب على استراتيجيات التعليمات الذاتية والحوار الذاتى الايجابى فى مواقف الغضب والانفعال . 	<p>موضوع الجلسة</p>

<ul style="list-style-type: none"> • مراجعة الواجب المنزلى . • زيادة وعى المتدربين بحالتهم المزاجية . • التدريب على استراتيجيات تساعد على تغيير الحالة المزاجية السلبية "" التعليمات الذاتية والحوار الذاتى الايجابى فى مواقف الغضب والانفعال "" . 	<p>أهداف الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> • الحوار الذاتى الايجابى . • التعليمات الذاتية . • المحاضرة . • المناقشة والحوار . • التعزيز الايجابى . • النمذجة 	<p>استراتيجيات الجلسة أساليب تحقيق الأهداف</p>
<p>الجلسة الخامسة عشر والسادسة عشر</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • مهارات مواجهة المشكلات وحلها . • مهارة التفاوض واتخاذ القرار . • التدريب على مهارة اقتراح البدائل . 	<p>موضوع الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> • مراجعة الواجب المنزلى . • التدريب على مهارات مواجهة المشكلات وحلها واقتراح البدائل . • اكتساب القدرة على اتخاذ القرار . 	<p>أهداف الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> • التدريب على مهارات مواجهة المشكلات وحلها . • المحاضرة . • المناقشة والحوار . • التعزيز الايجابى . • النمذجة 	<p>استراتيجيات الجلسة أساليب تحقيق الأهداف</p>
<p>الجلسة السابعة عشر</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • الاتصال الفعال . • التدريب على مهارات الاتصال . 	<p>موضوع الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> • مراجعة الواجب المنزلى . • اكتساب مهارة الاتصال الفعال . 	<p>أهداف الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> • المحاضرة . • المناقشة والحوار . 	<p>استراتيجيات الجلسة أساليب تحقيق الأهداف</p>

<ul style="list-style-type: none"> ● التعزيز الايجابى . ● النمذجة . ● لعب الأدوار . 	
<p>الجلسة الثامنة عشر</p>	
<p>أسلوب الحياة وأنماطه وعلاقته بالأمراض النفسجسمية</p>	<p>موضوع الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● مراجعة الواجب المنزلى . ● توضيح العلاقة بين أسلوب الحياة والأمراض النفسجسمية. ● التعريف بأنماط أساليب الحياة . ● التدريب على تغيير نمط الحياة . 	<p>أهداف الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● التدريب على زيادة الوعى بأهمية الدافعية الذاتية فى تغيير أسلوب الحياة غير الصحى . ● اتفاقيات تغيير نمط الحياة . ● المحاضرة . ● المناقشة والحوار . ● التعزيز الايجابى . ● النمذجة 	<p>استراتيجيات الجلسة أساليب تحقيق الأهداف</p>
<p>الجلسة التاسعة عشر</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● الأمل والإرادة والمثابرة . ● أهمية الشعور بالسعادة ● التدريب على التفكير الايجابى والتفاؤل . ● التدريب على الأنشطة السارة . 	<p>موضوع الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● مراجعة الواجب المنزلى . ● بث روح الأمل . ● تقوية الإرادة والحث على المثابرة . ● ومساعدة الفرد على الشعور بالسعادة . ● زيادة الدافعية للتفكير الايجابى والتفاؤل . ● شرح فنية الأنشطة السارة . 	<p>أهداف الجلسة</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● التدريب على الأنشطة السارة . ● المحاضرة . 	<p>استراتيجيات الجلسة أساليب تحقيق الأهداف</p>

<ul style="list-style-type: none"> • المناقشة والحوار . • التعزيز الايجابي . • النمذجة • التفكير الايجابي . • التفاؤل . 	
الجلسة العشرون	
<ul style="list-style-type: none"> • جلسة ختامية وإنهاء البرنامج . • إجراء التطبيق البعدي (تقييم بعدي) . 	موضوع الجلسة
<ul style="list-style-type: none"> • مراجعة الواجب المنزلي . • مراجعة وتلخيص ما دار بالجلسات السابقة للتأكد من استيعاب المتدربين لكل ما حدث في الجلسات السابقة • التقييم النهائي للبرنامج . • تطبيق مقاييس كتطبيق بعدي . 	أهداف الجلسة
<ul style="list-style-type: none"> • التعزيز الذاتي 	استراتيجيات الجلسة أساليب تحقيق الأهداف

رابعاً : الأساليب الاحصائية (أساليب التحليلات الاحصائية)

للتحقق من فروض الدراسة تم تحليل البيانات المستمدة من أفراد عينة البحث إحصائياً وفق الاجراءات الآتية (المتوسطات والانحرافات المعيارية ، معامل ارتباط بيرسون ، اختبار (كا ٢) ، اختبار " ويلكوكسن " للأزواج غير المستقلة ذات الإشارات للرتب - Wilcoxon " Mann - Matched Paired Signed - Ranks Test ، اختبار مان - وتنى - Mann - Whitney - U Test

خامساً : إجراءات وخطوات الدراسة لكي يتحقق الباحث الحالي من صحة فروض الدراسة ، قام بإجراء مجموعة من الخطوات يوضحها فيما يلي :-

- (١) قام الباحث بتجميع الإطار النظري
 - (٢) الاطلاع على الدراسات والبحوث السابقة في هذا المجال
 - (٣) تطبيق إستبيان مفتوح على خمسة من الأطباء المتخصصين في طب الباطنة والجهاز الهضمي لمعرفة أهم أمراض وأهم أعراض الجهاز الهضمي الأكثر تكراراً لدى الشباب من سن (٢٥ - ٣٥)
 - (٤) تحديد عينة الدراسة
 - (٥) إعداد أدوات الدراسة
 - (٦) إعداد البرنامج المستخدم
 - (٧) تطبيق البرنامج وإعادة تطبيقه بعد شهر
 - (٨) استخراج النتائج وإجراء المعالجات الاحصائية وتفسير النتائج
- نتائج الدراسة وتفسيرها

نتائج الفرض الأول : الذى ينص على " لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فى الأعراض السيكوسوماتية قبل البرنامج المعرفى السلوكى " ويعرض الجدول التالى دلالة الفروق بين متوسط الرتب بإستخدام إختبار مان وتنى وذلك للكشف عن الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى المستخدم فى الدراسة الحالية .

جدول رقم (٦)

دلالة الفروق باستخدام اختبار Mann-Whitney

للكشف عن الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس القبلى

لمتغير شدة الأعراض السيكوسوماتية بأنواعها الأربعة

الأعراض	العدد	المتوسط	الانحراف المعيارى	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	الدلالة	مستوى الدلاية
قرحة المعدة	٦	٥٣	١.٥٤٩	٦.٧٥	٤٠.٥	١٦.٥	٠.٨٠٥	غير دال
	٦	٥٢.٨٣	١.١٦٩	٦.٢٥	٣٧.٥			
القولون العصبى	٦	٥٦.٨٣	٣.٧٦٤	٦.٢٥	٣٧.٥	١٦.٥	٠.٨٠٩	-
	٦	٥٧.١٧	٢.٣١٧	٦.٧٥	٤٠.٥			
الشراهة العصبية	٦	٥٨.١٧	١.١٦٩	٨.١٧	٤٩	٨	٠.٠٩٧	-
	٦	٥٥.٨٣	٣.٠٦١	٤.٨٣	٢٩			

-	٠.٣٧٤	١٢.٥	٤٤.٥	٧.٤٢	٢.٤٠١	٥٢.١٧	٦	التجريبية	فقدان الشهية العصبية
			٣٣.٥	٥.٥٨	٢.٦٠٨	٥١	٦	الضابطة	
-	٠.١٩٦	١٠	٤٧	٧.٨٣	٣.٩٧١	٢٢٠.١٧	٦	التجريبية	مجموع كلى
			٣١	٥.١٧	٥.٢٦٩	٢١٦.٨٣	٦	الضابطة	

من الجدول السابق رقم (٦) يتضح أن قيمة (U) غير دالة إحصائياً بمعنى أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الأعراض السيكوسوماتية سواء في الأبعاد الفرعية أو في الدرجة الكلية ، جاءت نتائج الفرض الأول كما هي متوقعة حيث تحقق صدق الفرض بخصوص عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعة التجريبية والضابطة وذلك قبل تطبيق البرنامج الإرشادي العلاجي المستخدم في الدراسة الراهنة ، وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات منها : دراسة عايدة شكرى (٢٠٠١) التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين السويات وبين المريضات السيكوسوماتيات في أبعاد ضغوط الحياة، وأكدت أمل سليمان تركى العنزى (٢٠٠٤) على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والصحيحات في الدرجة الكلية لاستنبيا لضغوط أحداث الحياة لصالح المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية ، وأكد ميشيل (Michael 1992) على أن مجرد تعرض وتدريب الفرد على كيفية التعامل معرفياً مع الأحداث والضغوط كقيل بأن يحقق نتائج إيجابية في مفهومه وإدراكه لنوعية الحياة الخاصة حيث تتضمن هذه البرامج كيفية حل المشكلات والتدريب على المهارات اللازمة بهذا الخصوص والتي تؤدي تبعاً إلى الارتقاء بنوعية الحياة ، وذلك ببساطة لأن هذا الوعي والاستبصار المعرفي يساعد الفرد لأن يكون أكثر تنظيماً في مواجهة المشكلات وحلها ، وبالتالي الإقلال من حدة الضغوط المرتبطة بها ، وهنا يبرز على السطح العلاقة الوثيقة بين أساليب حل المشكلات ونوعية الحياة ، فكلما كان الفرد قادراً على التصدي بكفاءة لما يواجهه من مشكلات بغض النظر عن نوعيتها ، هذا عن تفسير نتائج الفرض في ضوء ما أفضت إليه الدراسات الإمبريقية والتجريبية ويمكن تفسيرها في ضوء إعتبرت أخرى محورية ومؤثرة في تحديد اتجاه النتائج نذكر منها ما يلي :

أولاً : الأطر النظرية :

إعتمد الباحث على معطيات نظرية العلاج المعرفي السلوكي كأساس علمي بُنى عليه البرنامج المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة الراهنة ، حيث لم يتم تطبيق البرنامج الإرشادي العلاجي على عينة الدراسة التجريبية الذي يستند على نظريتي العلاج المعرفي السلوكي الذي يساعد المرضى على إكتساب المهارات السلوكية المختلفة التي تمكنهم من مواجهة المواقف الضاغطة التي تثير لديهم انفعالات سلبية تجعلهم يتبعون سلوكيات غير سوية في مواجهة المواقف وذلك بتبصيرهم بدور المعارف غير العقلانية في الاستجابات السلوكية غير التوافقية وكيفية إحداث تعديل في البناء المعرفي اتجاه التحليل العقلائي لمواقف الضغط وتنمية مهارات ضبط النفس المساعدة على الإدارة الجيدة بطرق توافقية (Meichenbaum,D,1996,P4) والصورة بهذا الشكل تسلمنا إلى إستنتاج واضح ألا وهو أن البرنامج كوسيلة إرشادية يعول عليه بيان الفروق ، وإظهار دلالة العلاقات ، فقد جاءت عينة الدراسة التجريبية والضابطة من المريضات اللاتي تعانين من أعراض الجهاز الهضمي السيكوسوماتية وممن يتبنين أسلوب حياة غير صحي وتجدن صعوبات في ضبط الانفعالات والتحكم في الغضب .

نتائج الفرض الثاني : الذى ينص على " توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الارشادى العلاجى على مقياس الأعراض السيكوسوماتية لصالح التطبيق البعدى "

جدول رقم (٧)						
مجموع ومتوسطات الرتب وقيمة (Z) لدلالة الفروق بين القياسين القبلى والبعدى للعينة التجريبية على مقياس الأعراض السيكوسوماتية						
الأعراض السيكوسوماتية	العدد	المتوسط	الانحراف المعيارى	Z	الدلالة	الدلالة
قرحة المعدة قبل	٦	53.00	1.549	-2.214	.027	*
قرحة المعدة بعد	٦	47.83	.983			
القولون العصبى قبل	٦	56.83	3.764	-2.214	.027	*
القولون العصبى بعد	٦	50.33	3.559			
الشراهه العصبية قبل	٦	58.17	1.169	-2.207	.027	*
الشراهه العصبية بعد	٦	50.83	2.994			
فقدان الشهية العصبى قبل	٦	52.17	2.401	-2.271	.023	*
فقدان الشهية العصبى بعد	٦	47.83	2.639			
الدرجة الكلية قبل	٦	220.17	3.971	-2.207	.027	*
الدرجة الكلية بعد	٦	196.83	5.707			

وبتحليل القيم الإحصائية الواردة فى الجدول السابق رقم (٧) يتضح لنا من مقارنات وبيانات الجدول باستخدام إختبار ويلكوكسون وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلى والبعدى لمجموعة الدراسة التجريبية (العلاجية) على مقياسالأعراض السيكوسوماتية بأبعاده المختلفة (قرحة المعدة ، القولون العصبى ، الشراهة العصبية ، فقدان الشهية العصبى والمجموع الكلى للمقياس) لصالح القياس البعدى مما يؤكد تحقق الفرض الثانى ، حيث بلغت قيمة " Z " للأبعاد وعلى الدرجة الكلية للمقياس وذلك عند مستوى دلالة (٠ ،٠١) ، مما يعنى أنه حدث تحسن فى درجات أبعاد مقياس الأعراض السيكوسوماتية وفى الدرجة الكلية لدى أفراد المجموعة التجريبية فى التطبيق البعدى ، مما يؤكد تحقق الفرض الثالث ، وعلى هذا يمكن قبول الفرض الثانى

تفسير نتائج الفرض الثانى

- بعد عرض نتائج الفرض الثانى والتي إتضح من خلال الجدول رقم (٧) نلاحظ تحقق صدق الفرض بوجود فروق بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الارشادى العلاجى لصالح التطبيق البعدى ، وهو ما يدل على أن أفراد المجموعة التجريبية قد إستفادوا فائدة محققة من فنيات برنامج المعرفى السلوكى المستخدم فى الدراسة الحالية المقدم لهن والذي تم تدريبهن عليه خلال جلسات البرنامج

العلاجى ويمكننا أن نخلص إلى فاعلية البرنامج الإرشادى العلاجى فى تخفيف حدة بعض الأعراض السيكوسوماتية (إنخفاض مستوى الأعراض السيكوسوماتية) لدى افراد مجموعة الدراسة التجريبية فى التطبيق البعدى عما كان عليه فى التطبيق القبلى بدلالة إحصائية وذلك نتيجة تعرضهن لخبرات البرنامج المعرفى السلوكى المستخدم فى الدراسة

• وتتفق نتائج الدراسة الراهنة وتتسق مع العديد من الدراسات السابقة التى تم عرضها والتى تبدو مدعمة لها خاصة الدراسات التى قامت بفحص فعالية برامج إرشادية وعلاجية حيث أكدت ستورمر وآخرون (Stormer, et al.,1992) على مدفعالية أسلوب التأمل لمواجهة ضغوط أحد أثار الحياة لدى الممرضات السيكوسوماتيين ، من خلال برنامج إمتد (١٤) جلسة علاجية تعتمد على الاسترخاء والتأمل الجسدي والعقلي ، سنة وتم تطبيقه قىاسقبلىوبعدىعلىالعينة

،وبعدتطبيقالبرنامجأظهرتالنتائجأنالمجموعةالأولقدأظهرتتحسناًفىأعراضالاضطرابالتالىكوسوماتيةبعدتطبيقالبرنامج ، وقارنت باين أنيت (Payne Annette,1995) بين فاعلية العلاج المعرفى (C. T) وفاعلية تدعيم الذات والعلاج الدوائى فى علاج أعراض التهيج المعوى ، (٣٤) مريضاً يعانون من التهيج المعوى وتم تقسيمهم الى ثلاث مجموعات ، مجموعة تناولت علاج معرفى ، وعدد هذه العينة (١٢) مريضاً متوسط أعمارهم(٣٩.٧) وعدد الذكور(١) وعدد الإناث(١١) ومجموعة تناولت علاج بتدعيم الذات ، وعدد هذه العينة (١٢) مريضاً متوسط أعمارهم (٤٤) سنة ، عدد الذكور (٢) وعدد الإناث(١٠) ومجموعة ضابطة وعددها (١٠) مرضى متوسط أعمارهم (٣٦) سنة عدد الذكور(٢) وعدد الإناث (٨) ، العلاج المعرفى عمل على اختزال سبع أعراض ولم يحدث ذلك فى المجموعات الأخرى . العلاج المعرفى فى عمل تغيير التفكير السلبى إلى تفكير أكثر توافقاً مع النفس ولم يحدث ذلك فى المجموعات الأخرى . بعد المتابعة بثلاثة أشهر وجد استمرار فاعلية العلاج المعرفى فى إزالة أعراض التهيج المعوى والاضطرابات النفسية والتشوهات المعرفية والاختلال الوظيفى ، ودراسة فان دولمان (Van Dulmen A,1996) عن فاعلية العلاج السلوكى المعرفى بالمقارنة بالعلاج الطبى لتخفيف شكوى البطن وإستمرار فاعلية هذا العلاج لفترة طويلة ، ثلاثة مجموعات ، مجموعة ضابطة إشملت على (٤٥) مريضاً بالتهيج المعوى ومجموعة علاجية تناولت علاجاً سلوكياً معرفياً وكان عددها (٤٥) مريضاً بالتهيج المعوى ومجموعة علاجية تناولت دواء طبيياً وعددها (٢٠) مريضاً بالتهيج المعوى ، إلى تحسن أعراض التهيج المعوى بفروق ذات دلالة إحصائية لصالح العلاج المعرفى السلوك ، ودراسة فونتانا وآخرون (Fontana , A ., et al, 1999) ، وللتعرف على فاعلية تدريبات التحصين ضد الضغوط فى خفض مستوى القلق ومعدل ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم ، من خلال تقديم برنامج ، وقد أجريت الدراسة على (٣٦) طالب جامعى وقد استغرق البرنامج (٦) جلسات تضمنت معالجة الأعراض الفسيولوجية والنفسية ، أظهر البرنامج تحسناً دالاً فى خفض القلق والتحكم فى شدة الأعراض الفسيولوجية الناتجة عن مواجهة الضغوط النفسية واستمرار فاعليته حتى فترة المتابعة . ، وهشام ابراهيم عبدالله (١٩٩٩) ، التى أكدت على أن الإرشاد المعرفى السلوكى يساعد على خفض بعض الاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية والتى منها (القلق ، الاكتئاب ، الشعور بالوحدة النفسية ، نقص المهارات الاجتماعية ، الشعور بالنقص والرفض ، العزلة الاجتماعية ، ضعف الشعور بالأمن النفسى ، تشوية وتحريف مفهوم الذات ، الشعور بالعجز واليأس لدى بعض الفئات من الإعاقة ومنها الإعاقة البصرية والجسمية والانفعالية من خلال استخدام أسلوبين فى الإرشاد هما: أ- تغيير الأفكار والمعتقدات

الخاطئة حول الذات والعالم والمستقبل ، ب- تعديل الأنماط السلوكية غير المرغوب فيها ، ومن فنيات الإرشاد المعرفى السلوكى: أ- فنيات الإرشاد العقلانى الانفعالى ومنها: التحويل: إى تحويل إهتمام العميل نحو أوجه نشاط عديدة مثل العمل أو الرياضة ... إلخ ، وفنية (ABC) أى الكشف عن أنماط التفكير المسببة للإنفعالات والمشاعر غير المرغوب فيها ولعب الأدوار والإقناع المنطقى والتكليف بالقيام ببعض الأعمال المنزلية ، ب- فنيات الإرشاد المعرفى ومنها: الحوار السقراطى ، والتدريب المعرفى، والتدريب الاسترخائى، وجدولة الأنشطة ، وتستخدم هذه الفنيات فى علاج تشوية مفهوم الذات لدى ذوى ، وانتهى فاربر Farber وآخرون دراسة عام ٢٠٠٤ ، إلى أهمية الإفصاح عن الذات يالذى ودى ألى شعورهم بالأمن ، كما أنه ذو تأثير ايجابى فى العملية العلاجية ويزيد فعاليتها ، صموئيل تامر بشرى (٢٠٠٥) فعالية العلاج بالواقع فى خفض الأعراض هذا عن تفسير نتائج الفرض فى ضوء ما أفضت اليه الدراسات الإمبريقية والتجريبية ويمكن تفسيرها فى ضوء إعتبارات أخرى محورية ومؤثرة فى تحديد اتجاه النتائج نذكر منها ما يلى :

أولا : الأطر النظرية :

وقد إعتد الباحث على معطيات نظرية العلاج المعرفى السلوكى كنظرية موجهة للدراسة وكأساس علمى بئى عليه البرنامج الارشادى العلاجى المستخدم فى الدراسة الراهنة

- يرى أنصار النظريات السلوكية والمعرفية أن التعليم والمعرفة يسببان الإضطرابات السيكوسوماتية . كما يؤكدون على جانب الضغط الخاص بالإستهداف / الضغط ، ويرون أن الضغط يمكن أن ينتج بالإشتراط والمعارف أو بأحداث الحياة . فمن حيث الإشتراط نجد أن الأعراض السيكوسوماتية ما هى إلا إستجابة شرطية مكتسبة نتيجة إقتران المثير الشرطى بالمثير الطبيعى ، كإشتراط الربو بالمعمل ، كما نجد أن إدراك الفرد للعالم وما يعتقده عن التهديد الخارجى ينبئ بالإضطراب السيكوسوماتى ، وفيما يختص بأحداث الحياة ، نجد أن أحداث الحياة تتلازم مع المرض السيكوسوماتى بصفة دائمة . (Rosenhan & Seligman, 1995:339) ، وقد كشفت العديد من الدراسات عن فعالية أساليب العلاج المعرفى السلوكى سواء استخدمت بمفردها مثل دراسات (Emmelkamp, Et al ,1985; Jerrem alm et al ., 1986 ; Mersch, et al ., 1977) Fried , & Gold Kanter, 1991; أو استخدمت مع التعرض أو التدريب على المهارات الاجتماعية مثل دراسات (Butler, et al , 1984, Heimber,etal 1990) ; Heimberg et al , 1988 ; Mattick., & Peters 1985; و أقر كثير من الباحثين من أمثال (تورنر ، ١٩٨٤) بعد العديد من الفحوصات التجريبية بأفضلية العلاج المعرفى السلوكى فى تخفيف الألم بكفاءة عالية ، وأن له القدرة على أن يتعامل مع الألم مباشرة وأن له فاعلية عالية فى عدم تكرار الألم مرة أخرى ، ويقرر (عبد الستار ابراهيم ، ١٩٩٤) أن الأساليب الفسيولوجية المستخدمة مع العلاج تعتمد اعتماداً حاسماً فى نجاحها على الاعتقادات الشخصية للمريض ولقد أثبت علماء النفس الفسيولوجى الروس أن الوظائف الفسيولوجية تتأثر إيجابياً وسلبياً بما يقوله الفرد لنفسه وأن الكلمات وحدها قد تنثير إستجابات إنفعالية حادة ، ويرى (إليشا Alish , ١٩٩٨) أن معظم العلاجات التى قدمت لمرضى أعراض التهيج المعوى والصداع النصفى تم استخدام فنيات العلاج المعرفى السلوكى التى تعاملت نظرياً مع مساحات كبيرة من القلق والاكتئاب ، أى تم تخفيف الأعراض السكوسوماتية من خلال خفض مستويات القلق والاكتئاب حيث يستخدم مزيج مختلف من الاستراتيجيات المعرفية

والسلوكية التى بدورها تكشف عن المعارف والأفكار والانفعالات المضطربة المرتبطة بإضطراب وظائف الأمعاء والصداع النصفي

ثانياً : البرنامج الإرشادى

- ويذهب جلين بنسر (١٩٩٣) أن الاستراتيجيات المعرفية من أفضل الاستراتيجيات المقدمة للعلاج والتحكم فى الألم الناشئ عن الأعراض السيكوسوماتية . (Glenn pancyr, 1993)
- استخدم برنامج الدراسة الراهنة أسلوب الإرشاد الجماعى ، حيث يذكر (Gustavson,2009) أن ما يقرب من ٨٠% من الدراسات التى هدفت تقييم علاجات التحكم فى الغضب قد اجريت على مجموعات ،
- كما إعتد برنامج الدراسة على بعض فنيات وإستراتيجيات الإرشاد المعرفى السلوكى ، إذ أنه أكثر أنواع الإرشاد شيوعاً وفعالية فى ضبط الغضب فى محاولة لتقييم فعاليته تم عمل تحليل لخمسين دراسة تضمنت (١٦٤٠) مشاركاً خضعوا للإرشاد المعرفى السلوكى تبين أن هؤلاء المشاركين إستفادوا من هذا الإرشاد بنسبة تزيد عن ٧٦% مقارنة بالأشخاص الذين لم يتلقوا أى إرشاد اطلاقاً (Gustavson,2009) .
- كما يرى (زهران ٢٠٠٢ : ٣٣٥) أن الإرشاد الجماعى يعمل على التقليل من تمركز العميل حول نفسه ويوفر الفرصة لتحقيق الذات ، مما ينمى الثقة بالنفس وبالآخرين ، ويقوى عاطفة إعتبار الذات وإحترامها والشعور بالقيمة ، ويكفل تعديل مفهوم العميل عن ذاته والآخرين ، مما يزيد من تقبله للآخرين وتقبل الآخرين له .
- ويتخذ الإرشاد الجماعى صوراً عديدة من أهمها المحاضرات والمناقشات الجماعية والتدريب على المهارات الاجتماعية البيئشخصية ، بالإضافة إلى إستخدام فنيات التشجيع (المعنوى والمادى) وهى جميعاً تتناسب مع الهدف من البرنامج الإرشادى العلاجى المستخدم فى الدراسة الحالية والذى يسعى الى تحسين أسلوب الحياة وتخفيف حدة بعض أعراض الجهاز الهضمى السيكوسوماتية
- ويذكر محمود عقل (١٩٩٦) أنه من خلال الجماعة الإرشادية يمكن مساعدة المسترشدين على مناقشة مشكلاتهم والتنفيس عن إنفعالاتهم وزيادة الاستبصار بمشكلاتهم كما يتعلم المسترشدون التعبير عن آرائهم ومشاعرهم غير الملائمة وتعديل أفكارهم ومعتقداتهم الخاطئة (محمود عقل ، ٢٣٢:١٩٩٦)
- كما أن الفنيات التى تم توظيفها بالبرنامج تميزت بالشمولية والتنوع ما بين معرفية ووجدانية وسلوكية ، لتخاطب الشخصية الانسانية بجوانبها الثلاثة ، فمثلاً وظفت فنية المناقشة والحوار ، إستناداً لما ذكره (زهران ، ٢٠٠٢ : ٣٣٠) من أن هذه الفنية تؤدى إلى نتائج مهمة فى تعديل إتجاهات الأفراد نحو أنفسهم ، ونحو الآخرين ومشكلاتهم ، فضلاً عن فنية إعادة البناء المعرفى والتى تقوم على مناقشة الأفكار الخطأ وتفنيدها وإثبات زيفها ، وهذا ما يؤيده (Gustavson,2009) حيث يذكر أن أفضل العلاجات الممكنة للغضب تلك التى تعتمد على إعادة البناء المعرفى ، ولعل هذا يتفق مع طبيعة الغضب من حيث كونه إضطراب يعتمد بشكل رئيس على العمليات المعرفية للفرد ، وكيفية تفسيره وإستقراره للأحداث ، فضلاً عن إرتباطه بأفكار لا عقلانية وتشويهات معرفية(حسين ، ٢٠١١)
- وقد أورد بعض الباحثين أن الاستراتيجيات السلوكية تؤدى إلى تنظيم المشاعر والانفعالات المضطربة والتعبير عنها وهو ما يؤدى بدوره الى تحقيق الصحة النفسية

لفترات طويلة فضلا عن أن البرنامج الإرشادى العلاجى إعتد فى بعض جلساته على تدريب المشاركات على كيفية مواجهة الأفكار الخطأ بصورة مستمرة مع الاقتناع الذى يساعد على التيقن من عدم منطقية هذه الأفكار وتعلم طرق جديدة لمواجهة مواقف الخلاف ، وهذا ايضا يستمر مداه لفترة طويلة الى حد ما (الرفاعى ، ٢٠١١)

• هذا وقد إشتمل البرنامج على تشكيلة من الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية والتي تمخض عنها دحض الأفكار اللاعقلانية المنتشرة لدى المشاركات فى البرنامج عن طريق المناقشة والجدل ، وتعديل الانفعالات السالبة عن طريق لعب الدور ، والتأكيد على التغيير الحادث فى شخصية الفرد عن طريق الواجبات المنزلية بالإضافة إلى إقامة علاقة ودية معهم فى جو من التقبل والتفهم والود بين الباحث وبين المشاركات فى البرنامج الإرشادى العلاجى ، وفى هذا الصدد يؤكد حامد زهران (١٩٨٠) إن أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية يؤدي إلى نتائج هامة فى تعديل اتجاهات العملاء نحو أنفسهم والآخرين ومشكلاتهم (حامد زهران ، ١٩٨٠ : ٣٠٩)

• ويشير (س - ليندرزى ، ٢٠٠٠) أن تمرينات الاسترخاء والصور الذهنية المصاحبة له يمكن أن يخفض من الانتباه الذى يتجه إلى المدخلات الحسية غير السارة ، وأنه يعمل على زيادة التحكم الذاتى المدرك لدى المرضى لأنشطتهم الفسيولوجية وألمهم .

• - كما إعتد البرنامج فى بنائه على تنمية التعاطف ، ويرى (Gustavson,2009) أنه لكى نغفو عن شخص ما فلا بد وأن ننمى مشاعر التعاطف نحوه ، وهذه العملية تتضمن تفهم وجهة نظر الشخص ، وهو ما يقود بدوره إلى التقليل من الغضب المثار فضلاً عن تأمل الموقف ، فيحينما نجد شخصا ما يغفو عن آخر فإن ذلك يعنى أنه غير ردود أفعاله السلوكية ، والانفعالية ، والمعرفية ، وهذا من شأنه أن يجلب إحساسا بالراحة للشخص الذى كان غاضبا فيما سبق ، وهذا ما تضمنته جلسات البرنامج وهدفت اليه ، لذا يمكن القول بأن بعض الفنيات المنتقاة للبرنامج الإرشادى العلاجى والتي أستخدمت فى الدراسة الحالية أدت الى تحسين نوعية الحياة وتخفيف حدة بعض أعراض الجهاز الهضمى السيكوسوماتية

تنوع طرق تقييم البرنامج :

• حيث قيم بواسطة محكمين وخبراء فى علم النفس ، كما قيم بواسطة المشاركات أنفسهن وإستمر التقييم كل جلسات البرنامج من بدايته وحتى نهايته وكل ذلك ساعد على توفير تغذية مرتدة مستمرة ، تم فى ضوءها تعديل البرنامج وطرق العمل به مما ساعد على تعميق الاستفاده منه.

ثالثا : عينة الدراسة :

• كان من اهم العوامل المؤثرة فى نتائج البرنامج المعرفى السلوكى ، تعاون جميع المشاركات ووعيهن الشديد بذاتهم ، وكذلك متغير العمل التعاونى Collaborative Work الذى كان له تأثير كبير فى نجاح أساليب العلاج النفسى للأمراض الجسدية .

• و توفير جو من الحب والتعاون والثقة المتبادلة بين المشاركات كان له أعمق الأثر فى إستفادتهن من البرنامج ، وهذا ما عبرت عنه المشاركات ، حيث ذكرن غير مره أنهن وجدن متنفساً لم يشعرن به من غضب وإستياء من خلال التدريب ، والأنشطة التى مارسوها عبر الجلسات وكذلك من خلال ما شعرن به من دفاء ومودة وثقة دفعت بهن للتعبير عن كل ما يشعرن به ، ويسبب لهن الضيق والغضب .

- فضلا عما تقدم فإن حسن الإصغاء من قبل الباحث واهتمامه بالمشاركات فضلا عن التغذية المرتدة التي توفرت للباحث من خلال إستمارة تقييم الجلسات التي كانت تستجيب عليها المشاركات عقب كل جلسة كان لها أفضل الأثر في تعديل طريقة العمل بالجلسات في ضوء إحتياجات ومتطلبات المشاركات ، مما ساعد على تعميق إستفادتهن من البرنامج وهو ما إنعكس في بقاء أثره حتى القياس التتبعي

نتائج الفرض الثالث : الذى ينص على " توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فى الأعراض السيكوسوماتية بعد تطبيق البرنامج الارشادى العلاجى " يستعرض الجدول التالى دلالة الفروق بين متوسط الرتب باستخدام إختبار مان وتنى وذلك للكشف عن الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق برنامج المعرفى السلوكى المستخدم فى الدراسة الحالية فى الأعراض السيكوسوماتية ، ويلخص الجدول التالى النتائج كما يلى :-

جدول رقم (٨) يوضح دلالة الفروق باستخدام اختبار Mann-Whitney للكشف عن الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى على مقياس شدة الأعراض السيكوسوماتية									
الأعراض السيكوسوماتية	المجموعات	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Mann-Whitney U	الدلالة	مستوى الدلالة
قرحة المعدة	التجريبية	٦	47.83	0.983	3.67	22	1	0.006	**
	الضابطة	٦	51	1.414	9.33	56			
القولون العصبى	التجريبية	٦	50.33	3.559	4.42	26.5	5.5	0.044	*
	الضابطة	٦	54.83	2.858	8.58	51.5			

-	0.052	6	27	4.5	2.994	50.83	٦	التجريبية	الشراهة العصبية
			51	8.5	3.312	54.83	٦	الضابطة	
-	0.26	11	32	5.33	2.639	47.83	٦	التجريبية	فقدان الشهية العصبى
			46	7.67	2.429	49.5	٦	الضابطة	
* *	0.008	1.5	22.5	3.75	5.707	196.83	٦	التجريبية	الدرجة الكلية
			55.5	9.25	6.08	210.17	٦	الضابطة	

من بيانات الجدول يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة الأعراض السيكوسوماتية فيما يتعلق بأعراض قرحة المعدة وأعراض القولون العصبى والدرجة الكلية ، لصالح التطبيق البعدى حيث بلغت قيمة معامل مان وتنى (u) بالترتيب (1، 5.5، 1.5) وذلك عند مستوى الدلالة (٠.٠١، ٠.٠٥) ، ولم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة فيما يتعلق بأعراض الشراهة العصبية وأعراض فقدان الشهية العصبى ، حيث بلغت قيمة معامل مان وتنى (u) بالترتيب (٦، ١١) وبهذا يتحقق الفرض الرابع للدراسة جزئياً .

تفسير نتائج الفرض الثالث

• جاءت نتائج الفرض الرابع كما هي متوقعة حيث تحقق صدق الفرض بخصوص وجود فروق دالة احصائيا بين المجموعة التجريبية والضابطة وذلك بعد تلقى المجموعة التجريبية البرنامج الإرشادى العلاجى ، لصالح المجموعة التجريبية وتتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسات السابقة وتبدو مدعمة لها والتي تناولت فحص فعالية العلاج والتي أسفرت نتائجها عن وجود فروق في درجات كل من المجموعة التجريبية والضابطة على المقياس البعدى لصالح المجموعات التجريبية (العلاجية) بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، ، وهذا يؤكد مدى فاعلية البرنامج الإرشادى للمجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج دون الضابطة ويؤكد عدم تدخل أى أثر لأى متغير آخر أثناء تطبيق البرنامج الإرشادى على أفراد المجموعة الضابطة وعلى هذا يمكن قبول الفرض الرابع جزئياً ، أى لم تختلف درجات المجموعة الضابطة فى مقياس الأعراض السيكوسوماتية قبل البرنامج عن بعد البرنامج وذلك نتيجة لعدم تعرضهن لأى مؤثر تجريبى ، ويرى الباحث ان هذه النتيجة متفقه مع التراث السيكولوجى الذى يُشير إلى أن الإناث أكثر عرضة للإصابة باضطراب فقدان الشهية العصبى من الذكور ، وذلك لأن الإناث عادة يحرصن على الحفاظ على رشاقتهن وجاذبيتهن الجسمية والتي تأتى من خلال النحافة واتباع نظام غذائى قد يكون صارماً فى كثير من الأحيان ، فالأنثى تتصور ان معايير الجمال والجدبية وتقبل الآخرين لها يتركز على النحافة والرشاقة وهذا ما أكدته وأيدته نتائج عدد من الدراسات كدراسة منها دراسة عبد الموجود (٢٠٠١) الذى أكد على أن معدلات إنتشار اضطرابات الأكل لدى الإناث أكثر من الذكور ، وأنها تنتشر لدى الأسر ذات المستوى الاقتصادى الاجتماعى المرتفع بشكل أكبر من الأسر ذات المستويات الأقل كما بينت الدراسة أن اضطراب الشره العصبى يرتبط ارتباطاً دالاً بمتغيرات الشخصية ، زينب شقير (١٩٩٩) وجود اضطراب فقدان الشهية العصبى للطعام لدى الذكور بنسبة (٨.٩٢%) بينما كانت لدى الإناث (١٥.٥٤%) ، فى حين كانت النسبة المئوية لذوى الشره العصبى للطعام لدى الذكور (٠.٧٦%) بينما كانت (١٠%) لدى الإناث ، كما بينت الدراسة إرتفاع معدلات اضطراب صورة الجسد لدى

الإناث عنه لدى الذكور ، ودراسة دراسة وليامز (Williams,1993) وتوصلت النتائج إلى تحديد خمسة عوامل رئيسية هي الرغبة فى خسارة الوزن تماثيا مع دور وسائل الإعلام ، والفشل فى تحديد الاحتياجات الغذائية ، واضطراب صورة الجسم ، والنشاط الزائد ، وفشل العلاقات الاسرية ، وتوصلت النتائج إلى أن فقدان الشهية العصبى اضطراب سائد لدى الإناث ، ودراسة ايسوما وأخرين (Isomaa et al , 2009) أن نسبة (٢,٦ %) من الإناث فى عمر الثامنة عشرة مصابات بفقدان الشهية العصبى ونسبة (٠.٤ %) مصابات بالشهية العصبى ونسبة (٧,٧%) من العينة يمثلن حالات غير اكلينكية من فقدان الشهية العصبى لم تتعرض إلى تدخل طبي ، دراسة فاخورى (٢٠٠٦) فقدان الشهية العصبى من أكثر اضطرابات الأكل انتشارا لديهن ، وأنه توجد فروق فى نسبة انتشار اضطرابات الأكل حسب مؤهلات الأمهات حيث تزيد لدى الطالبات اللواتى تحمل امهاتهم مؤهل الثانوية العامة فما دون ، ولا توجد فروق فى نسبة إنتشار اضطرابات الأكل حسب دخل الأسرة ، وهذا يفسر لنا عدم وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فى فقدان الشهية العصبى الشراهة العصبية بعد البرنامج ، هذا عن تفسير نتائج الفرض الرابع فى ضوء ما أفضت اليه الدراسات الإمبريقية والتجريبية ويمكن تفسيرها فى ضوء إعتبرت أخرى محورية ومؤثرة فى تحديد اتجاه النتائج نذكر منها ما يلى :

أولا : الأطر النظرية :

- تذهب عزة عبد الكريم أن العلاقات الاجتماعية التى يحقق الفرد من خلالها اشباعات معينة تسهم فى مظاهر الصحة النفسية لديه ، وبشكل عام ، فإن تبادل العلاقات الأمانة فى الشبكة الاجتماعية يحقق عددا من الوظائف منها تقوية ودعم شعور الفرد بالرضا عن الذات وعن الحياة والتقبل الاجتماعى وتسهيل استراتيجيات التعايش لمواجهة أحداث الحياة الشاقة ، والمساعدة فى الحل الفعال للمشكلات التى يواجهها ومن ثم يحقق له الصحة النفسية والجسمية (عزة عبد الكريم ، ٢٠٠١ : ٨٥)
- كما بينت الدراسات ان الدرجات المرتفعة من الأمل ترتبط بالطرق الناجحة فى حل المشكلات، وللأمل مزايا وفوائد لمن يواجهون المشكلات المرتبطة بالمرض، إذ يرتبط الأمل بالصحة الجيدة ويسرعة الشفاء فى حال المرض والأمل عامل مهم فى التقييم الايجابى لأحداث السيئة (احمد عبد الخالق ٢٠٠٤)
- ينظر عدد من الباحثين والمنظرين إلى المساندة الاجتماعية باعتبارها عاملا واقيا من الآثار السلبية لأحداث الحياة المثيرة للمشقة (Kessler et al .,1985)

ثانيا : البرنامج الإرشادى

- وقد اعتمدت البرامج الارشادية لهذه الدراسات على التعامل مع الأفكار اللاعقلانية الداعية الى الانفعالات السلبية ودحضها، وتبصير الأفراد بأفكار ومعتقدات أكثر عقلانية ، وفى اطار العلاج النفسى ، أجرى فاربر Farber وأخرون دراسة عام ٢٠٠٤ حول دور ادراكات المرضى لعملية الإفصاح النفسى لدى عينة قوامها ٢١ مريضا تعرضو للعلاج السيكودينامى ، وتشير النتائج إلى أن معظم المرضى أدركو أن الإفصاح عن الذات يؤدي ألى شعورهم بالأمن ، كما أنه ذو تأثير ايجابى فى العملية العلاجية ويزيد فعاليتها ، حيث يخفض مشاعر القلق والتوتر ،كمان أن جلسات العلاج تعد مكانا أمناً للإفصاح عن الذات فى ظل العلاقة الودية المتبادلة بين المريض والمعالج النفسى (Farber, et al .,2004)

- وللتعديل المعرفي أساليب اقناعية قائمه على الحث والدحض والحوار والإقناع ، والواجبات المنزلية ، وان هذه الفنيات لها الأثر الفعال فبتعديل وتفنيذ المعتقدات والأفكار اللاعقلانية لدى أفراد المجموعة التجريبية دون الضابطة وهكذا جاء تأثير البرنامج الارشادي العلاجي على عينة الدراسة التجريبية تأثيراً واحداً بالنسبة لتحسين أسلوب الحياة وخفض حدة بعض أعراض الجهاز الهضمي .

المراجع العربية

مراجع الدراسة

أولاً : المراجع العربية

- (١) أحمد عبد الخالق وآخرين (١٩٨١) : العصابية والإنبساط والنضج الاجتماعي لدى مرض الربو الشعبي، بحوث في السلوك والشخصية ، ج١ ، الاسكندرية ، دار المعارف .
- (٢) أحمد عبد الخالق ومايسة النيال (١٩٩٢). فقدان الشهية العصبى وعلاقته ببعض المتغيرات . دراسات نفسية ، ١ (٣) صص ٥٧- ٧٤
- (٣) أحمد عز الدين (١٩٨٦) جهازك الهضمى فى صحته ومرضه - الطبعة الأولى - دار الكتاب اللبناني - مكتبة المدرسة .

- (٤) أحمد عزت راجح (١٩٩٩): أصول علم النفس (ط١١) القاهرة: دار المعارف
- (٥) أحمد عكاشة (١٩٩٢): الطب النفسى المعاصر ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية
- (٦) أحمد عكاشة (١٩٩٨): الطب النفسى المعاصر ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية
- (٧) أحمد عمر أحمد المدخلى (١٩٩٦): " فعالية العلاج العقلانى الإنفعالى فى خفض رهاب التحدث أمام الآخرين "
- (٨) الجمعية المصرية للطب النفسى : دليل تشخيص الأمراض النفسية ، القاهرة ، ١٩٨٩
- (٩) الموسوعة الطبية (١٩٩٤) الجهاز الهضمى لتشريح وفسولوجيا وأمراض الجهاز الهضمى العلوى والسفلى الأعضاء الملحقة بالجهاز الهضمى المجلد الرابع - القاهرة - الشركة الشرقية للمطبوعات .
- (١٠) أمال عبد الحليم (١٩٩٨) : علاقة الأعراض السيكوسوماتية بأحداث الحياة ووجهة الضبط : دراسة مقارنة لحالات مرضى ضغط الدم المرتفع والقرحة المعدية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .
- (١١) أمال عبد السميع أباطة (٢٠٠١) الصحة النفسية ، القاهرة ، الأنجلو المصرية
- (١٢) أمال كمال محمد (١٩٩٢) : التخيل لدى الأطفال المصابين بالأمراض السيكوسوماتية ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب جامعة عين شمس
- (١٣) أمل سليمان تركى العنزى (٢٠٠٤) الأساليب مواجهة الضغوط عند الصحاحات والمصابات بالاضطرابات النفسجسمية " السيكوسوماتية " دراسة مقارنة ، ماجستير ، قسم علم النفس ، كلية التربية، جامعة الملكسعود
- (١٤) أنوار حماد الرشيدى (٢٠٠٧) : فاعية برنامج إرشادى فى خفض درجة فقدان الشهية العصبى لدى طالبات المرحلة الثانوية ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية .
- (١٥) إيهاب الببلاوى (٢٠١٠) فقدان الشهية العصبى www.Elbablawe.com
- (١٦) بيرون ، كمال دسوقى (١٩٧٣) : الطب العقلى والنفسى : علم الأمراض النفسية ، التصنيفات والأعراض المرضية ، القاهرة : دار النهضة العربية .
- (١٧) جمال السيد مصطفى تفاحه (١٩٩٦) : بعض الأمراض السيكوسوماتية - دراسة اكلينيكية تشخيصية ، رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس
- (١٨) حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧): الصحة والعلاج النفسى ، القاهرة ، عالم الكتب ، ط٣ .
- (١٩) حسن عبد المعطى (١٩٨٤) : دراسة العوامل المرتبطة ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق .
- (٢٠) حسن عبد المعطى (١٩٨٨) " الحاجات النفسية لدى المرضى السيكوسوماتيين " مجلة كلية التربية ، جامعة الزقازيق ، العدد الثامن ، السنة الرابعة
- (٢١) حسن عبد المعطى (١٩٨٩): الأثر النفسى لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيون ، مجلة علم النفس ، القاهرة : الهيئة المصرية الهامة للكتاب ، العدد (٩) .

- (٢٢) حسين على فايد (١٩٩٩) . صورة الجسم والقلق الاجتماعى وفقدان الشهية العصبى لدى الإناث المراهقات ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، ٩ (٢٣)، ص ص ٢٢٣-١٨٠ .
- (٢٣) حسين على فايد (٢٠٠٥) : ضغوط الحياة والضغط المدرك للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية كمنبئات بالأعراض السيكوسوماتية لدى عينة غير اكلينيكية ، مجلة دراسات نفسية ، القاهرة ، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية ، المجلد (١٥) ، العدد (١) .
- (٢٤) حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧): الصحة والعلاج النفسى ، القاهرة ، عالم الكتب ، ط٣ .
- (٢٥) دعاء فريد نصر ابراهيم (٢٠٠٦) أساليب مواجهة الضغوط بالأعراض السيكوسوماتية لدى طلبة الجامعة ، ماجستير غير منشورة ، كلية البنات ، جامعة عين شمس
- (٢٦) رايو دسوقى . (١٩٩٦): النموذج السببى للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وضغوط الحياة والصحة النفسية لدى المطلقات ، مجلة علم النفس ، (٣٩) ، ٤٤ - ٥٩
- (٢٧) رضا السيد إبراهيم (١٩٩٨) " أثر برنامج مقترح فى الإرشاد النفسى على نمو طفل الرياض المنطوى " رسالة ماجستير ، غير منشورة ، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة
- (٢٨) رمضان محمد القذافى (١٩٩٩) : علم النفس الفسيولوجى ، الاسكندرية ، المكتب
- (٢٩) زينب محمود شقير (١٩٩٩) . دراسة لبعض مظاهر الصحة النفسية لدى عينة من ذوى اضطرابات الأكل من طلاب الجامعة . المؤتمر الدولى السادس للإرشاد النفسى بمركز الإرشاد النفسى ، ص ص ٧٦١-٨١٩ .
- (٣٠) زينب محمود شقير (٢٠٠٢) مقياس مواقف الحياة الضاغطة ، القاهرة ، مكتبة النهضة العربية .
- (٣١) زين إحسان دوبا (٢٠٠٥) : " نوعية الحياة وعلاقتها بالإرشاد البيئى فى ضوء بعض
- (٣٢) سحر أحمد حسين (٢٠٠٤) فقدان الشهية العصبى وعلاقته بكل من أساليب المعاملة الوالدية والتحصيل الدراسى لدى تلاميذ التعلم الأساسى ، ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة قناة السويس .
- (٣٣) سعد جلال (١٩٨٦) فى الصحة العقلية - الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية - القاهرة - دار الفكر العربى .
- (٣٤) سلامة عبد الرحمن (١٩٩٥) : دراسة مدى فاعلية برنامج ارشادى فى تخفيف مستوى الضغوط النفسية لدى المعلمين ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية التربية ، بنها ، جامعة الزقازيق .
- (٣٥) سهير فهيم الغباشى ، هناء أحمد محمد (٢٠١١) الرضا عن صورة الجسم ، ومقدار المعرفة ، ومعامل كتلة الجسم ، والنوع ، وموطن الإقامة كمنبئات بسلوك الأكل المرتبط بالصحة لدى طلاب الجامعة ، مجلة دراسات نفسية (٢١) ٢ ص ص ١٦١-٢٠٥
- (٣٦) سيد أبو زيد عبد الموجود (٢٠٠١) . اضطرابات الأكل لدى المراهقين والشباب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية ، مجلة علم النفس ، (٥٩) ، ص ص ٢١-٣٦
- (٣٧) سيليجمان ، مارتن (٢٠٠٥) . السعادة الحقيقية : استخدام علم النفس الإيجابى الحديث لتحقيق أقصى ما يمكنك من الإشباع الدائم ، ترجمة : صفاء الأعسر ، القاهرة ، دار العين للنشر .

- (٣٨) شيرين عفيفى محمود (٢٠٠٦) برنامج رياضى مقترح لتقليل آلام القولون العصبى ماجستير كلية التربية الرياضية بنات جامعة حلوان
- (٣٩) صموئيل تامر بشرى خليل (٢٠٠٥) فعالية العلاج بالواقع فى خفض الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة فى ضوء نظرية الاختبار لجلاسر ، دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة أسيوط
- (٤٠) عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠) العلاج المعرفى السلوكى أسس وتطبيقات ، القاهرة ، دار الرشاد
- (٤١) عايدة شكرى حسن (٢٠٠١) : ضغوط الحياة والتوافق الزوجى والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والسويات " دراسة مقارنة " رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .
- (٤٢) عبد الرحمن العيسوى (د ز ت) علم النفس الطبى ، الاسكندرية : منشأة المعارف
- (٤٣) عبد الرحمن العيسوى (١٩٨٤) : الاضطرابات السيكوسوماتية : ماهيتها وانتشارها وعلاقتها بالصحة النفسية ، مجلة فيصل ، عدد (٩٢) ص ص ١٨٦-١٩٩
- (٤٤) عبد الستار ابراهيم (١٩٩٤) " العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث أساليبه وميادين تطبيقه " القاهرة ، دار الفجر للنشر والتوزيع .
- (٤٥) عبد الستار ابراهيم (١٩٩٨) " الاكتئاب اضطراب العصر الحديث " ، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب ، عالم المعرفة .
- (٤٦) عبد العزيز الشخص الشخص و عبد الغفار الدماطى (١٩٩٢) قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين ، القاهرة : الانجلو المصرية .
- (٤٧) عبد الله بن أحمد الزهرانى (١٩٩٩) الفروق بين مرضى القولون العصابى والقولون العضوى ، والأصحاء فى أحداث الحياة الضاغطة - دراسة مقارنة - كلية التربية - جامعة الملك سعود .
- (٤٨) عبد المطلب أمين القريطى (١٩٩٨): فى الصحة النفسية ، القاهرة : دار الفكر العربى .
- (٤٩) .عبد المنعم الحفنى (١٩٩٥) مؤسسة الطب النفسى - الكتاب الجامع فى الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسياً - المجلد الأول - الطبعة الثانية - القاهرة - مكتبة مديولى .
- (٥٠) عزة عبد الكريم أبعاد الرضا العام عن الحياة ومحدداته لدى عينة من المسنين المصريين ،
- (٥١) عصام أبو الفتوح كسر (٢٠٠٥) فاعلية برنامج معرفى سلوكى لتخفيف بعض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مرضى الاكتئاب الأساسى من المراهقين ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة طنطا .
- (٥٢) على مؤنس (١٩٨٩) طعامك فى الصحة والمرض - كتاب اليوم الطبى - مؤسسة أخبار اليوم - العدد ٨٨ .
- (٥٣) عويد المشعان (٢٠٠٠) : التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها بالاضطرابات النفسية الجسمية وضغوط أحداث الحياة لدى طلاب الجامعة ، دراسات نفسية ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- (٥٤) عيسى فاخورى (٢٠٠٦) . اضطرابات الأكل لدى طالبات الصف العاشر فى المدارس الخاصة لمدينة عمان وعلاقتها بصورة الذات والقلق وممارسة الرياضة وعادات الأم الغذائية وبعض العوامل الديموغرافية . رسالة ماجستير (غير منشورة) ، الجامعة الأردنية .

- (٥٥) غادة سليمان العتيبي (١٩٨٨) : علاقة الأعراض السيكوسوماتية بالتوافق الدراسى لدى الطلاب المراهقين ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .
- (٥٦) غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٩) علم الصحة النفسية ، ط١ ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية
- (٥٧) فاضل عباس خليفة عبد الله (٢٠٠٥) فاعلية برنامج إرشادى فى تنمية أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين بمملكة البحرين ، دكتوراه ، معهد الدراسات والبحوث التربوية ، جامعة القاهرة .
- (٥٨) كمال البنا : التوافق النفسى للمديرين دراسة عن العلاقة بين النمط الإدارى ونوع الاضطرابات السيكوسوماتية فى الصناعة ، رسالة دكتوراه ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس (١٩٨٧)
- (٥٩) لطفى فهيم (١٩٧٩) : العلاقة بين نمط الشخصية والأمراض السيكوسوماتية ، رسالة دكتوراه ، كلية البنات ، جامعة عين شمس
- (٦٠) ماجدة حسين محمود (٢٠٠٩) المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي ، مجلة دراسات نفسية المجلد التاسع عشر العدد الثانى أبريل ٢٠٠٩
- (٦١) ماهر محمود عمر (١٩٨٩) المقابلة فى الإرشاد والعلاج النفسى ، الكويت ، دار المعرفة الجامعية ، ط٢
- (٦٢) مايسه النيال (١٩٩١) : الأمراض السيكوسوماتية لدى عينة من الأطفال وعلاقتها بالقلق والاكتئاب : دراسة عاملية مقارنة ، ، كلية الآداب جامعة الإسكندرية ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس ، ٢-٤ سبتمبر ، صص٦٦-٧٩ ، فى مصر ، القاهرة ، الأنجلو المصرية .
- (٦٣) مايسه شكرى (١٩٨٥) : الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية وخاصة بُعد الانبساط الإنطواء ومستوى الطموح ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، جامعة الزقازيق .
- (٦٤) مجدى محمد الدسوقى (٢٠٠٦) ، فقدان الشهية العصبى ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- (٦٥) مجدى محمد الدسوقى (٢٠٠٧) : الشره العصبى ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية
- (٦٦) مجدى محمد محمود زينة (١٩٩٤) : دراسة مقارنة فى مكونات العلاقة بين المشكلات النفسية والأعراض السيكوسوماتية لدى المراهقين بالمعاهد الدينية والمدارس العامة - رسالة ماجستير غير منشورة - كلية الآداب جامعة عين شمس
- (٦٧) مجدى محمد محمود زينة (٢٠٠٠) علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة لدى المتضررين من حرب الخليج الثانية ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس
- (٦٨) محمد أحمد صديق (١٩٩٩) : الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المودعين فى شركات توظيف الأموال ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة المنيا .
- (٦٩) محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٩) . علم الأمراض النفسية والعقلية ، ج٢ ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .
- (٧٠) محمد شعلان (١٩٧٩) : الاضطرابات النفسية فى الأطفال ، ج٢ ، القاهرة ، الجهاز المركزى للكتب المدرسية والجامعية والوسائل التعليمية

- (٧١) محمد نجيب وايناس عبد الفتاح (٢٠٠٢) : ضغوط الحياة وعلاقتها بالأعراض
السيكوسوماتية وبعض خصال الشخصية ، مجلة دراسات نفسية ، القاهرة ، رابطة
الأخصائيين النفسيين المصرية ، المجلد (١٢) ، العدد (٣) ٤١٧-٤٥٨ .
- (٧٢) محمد نجيب الصبوة وآخرون (٢٠١٤) العلاج المعرفى السلوكى لعينة من حالات
الرهاب الاجتماعى عن طريق تنمية فعالية الذات (المجلة المصرية لعلم النفس
الكلينيكى والارشادى) مجلد ٢ العدد الأول ، ص ص ٨٧-١٢٠
- (٧٣) محمد نجيب الصبوة وإيمان أحمد صالح (٢٠١٤) فعالية العلاج النفسى بنوعية
الحياة فى تحسين إدراكها والرضا عنها ورفع معدلات السعادة لدى مرضى السكرى
من الأطفال (المجلة المصرية لعلم النفس الكليينيكى والارشادى) مجلد ٢ العدد
الثانى ، ص ص ١٥٧ - ١٩١
- (٧٤)
- (٧٥) محمد الشناوى ومحمد عبد الرحمن (١٩٩٤) : المساندة الاجتماعية والصحة النفسية
، مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- (٧٦) محمد شعلان (١٩٧٩) : الاضطرابات النفسية فى الأطفال ، ج٢ ، القاهرة ، الجهاز
المركزى للمكتب المدرسية والجامعية والوسائل التعليمية .
- (٧٧) محمد أحمد صديق (١٩٩٩) : الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المودعين فى
شركات توظيف الأموال ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة
المنيا .
- (٧٨) محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٩) . علم الأمراض النفسية والعقلية ، ج٢ ، القاهرة :
مكتبة زهراء المعادى .
- (٧٩) محمود أبو النيل (١٩٨٢) : دراسة ثقافية مقارنة بين المصريين واليمنيين فى
النواحى العصابية والسيكوسوماتية ، فى لويس كامل مليكة (محرر): قراءات فى
علم النفس الاجتماعى فى الوطن العربى ، م٤ ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة
للكتاب .
- (٨٠) محمود أبو النيل (١٩٨٤) الأمراض السيكوسوماتية . الأمراض الجسمية النفسية
المنشأ . دراسات عربية وعالمية .. القاهرة .. مكتبة الخانجى .
- (٨١) محمود أبو النيل (١٩٩٤) : الأمراض السيكوسوماتية ، الطبعة الثانية ، بيروت .
دار النهضة العربية
- (٨٢) محمود أبو النيل (٢٠٠١) : قائمة كورنل الجديدة للنواحى العصابية والسيكوسوماتية
، القاهرة : المؤسسة الإبراهيمية لطباعة الأوفست .
- (٨٣) محمود أبو النيل (٢٠٠٦)
- (٨٤) منى حسين حسن أبو طيره (١٩٨٩) علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية
والتنشئة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية
الآداب ، جامعة عين شمس
- (٨٥) مى سليمان الدخيل (٢٠٠٧) . صورة الجسم وعلاقتها بفقدان الشهية العصبى
والشره العصبى لدى طالبات جامعة الملك سعود ، رسالة ماجستير (غير منشورة)
كلية التربية ، جامعة الملك سعود .
- (٨٦) ميسون أحمد الخضير (٢٠٠٩) . فقدان الشهية العصبى وعلاقته باضطراب
الوسواس القهرى والتحريفات المعرفية لدى طالبات جامعة الملك سعود ، رسالة
ماجستير (غير منشورة) ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود .

- (٨٧) نادية سراج جان (٢٠٠٨) الشعور بالسعادة وعلاقته بالتدين والدعم الاجتماعى والتوافق الزوجى والمستوى الاقتصادى والحالة الصحية مجلة دراسات نفسية مجلد ١٨ عدد ٤ .
- (٨٨) نجية اسحق ورأفت عبد الفتاح (١٩٩٥) " العوامل النفسية فى أمراض السرطان دراسة فى أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان ، مجلة علم النفس ، يناير فبراير مارس (٣٣) السنة التاسعة ، القاهرة ، الهيئة المصرية للكتاب
- (٨٩) نور الدين جبالى (١٩٨٩) علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية ، دراسة مقارنة لحالات الفرحة المعدية وحالات السكرى ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .
- (٩٠) هبة الله محمود أبو النيل (٢٠٠٢) " الفروق فى أنماط أسلوب الحياة بين بعض فئات المرضى السيكوسوماتين " رسالة دكتوراة ، كلية الآداب جامعة عين شمس .
- (٩١) هبة الله محمود أبو النيل (٢٠٠٨) الذكاء الوجدانى والسلوك الصحى لدى مريضات ضغط الدم م ١٨ ع ١
- (٩٢) هويدا سعد عبد الناصر (٢٠٠٣) فاعلية برنامج سلوكى معرفى فى خفض بعض الاضطرابات السيكوسوماتية الناتجة عن الضغوط النفسية ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، جامعة المنيا .
- (٩٣) هشام ابراهيم عبد الله (٢٠٠١) العلاقة بين أساليب مواجهة ضغوط الحياة والشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين ، المؤتمر السنوى الثامن لمركز الارشاد النفسى ، جامعة عين شمس
- (٩٤) وحيد مصطفى كامل (٢٠٠٥) فعالية برنامج إرشادى عقلانى انفعالى فى خفض أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من طلبة الجامعة ، مجلة دراسات نفسية (١٥) ٤ ، ٥٩٨-٥٦٩ ،
- (٩٥) وفاء قاسم (١٩٨٧) : دراسة نفسية إجتماعية لمرضى الربو الشعبى لدى الذكور من الأطفال ، رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .
- (٩٦) وليم الخولى (١٩٧٦) : الموسوعة المختصرة فى علم النفس والطب العقلى ، القاهرة ، دار المعارف .
- (٩٧) American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistical manual of mental Disorder, Fourth edition (DSM-IV) .Washington APA
- (٩٨) Blanchard , E . (1993).Relaxation Training As Treatment for Irritable Bowel Symarome , J. of Biofeedback V.18,N.3 ,PP.(125-132) .
- (٩٩) Butler, G., Cullington, A., et al ., (1984) Expsoure and Anxiety Management in the Treatment of Social Phobia Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52: 642-50
- (١٠٠) Durrmond,Peter D(1992) " Vascular " Headache Syndromes Their Treatment . In Byrne,D G & Caddy (Eds) . Developments in Clinical Psychology (PP.155-192) Norwood, NJ,USA:Ablex Publishing Corp.

- Heimberg,R., Dodge C., Hope D., Kenedy, C. and Zollo L. (١٠١)
(1990) Cognitive Behavioral Group Treatment for Social
Phobia : Comparison with A Credible Placebo Control
.Cognitive Therapy and Research, Vol-14,1,PP-1-23
- Hollon, S.D. & Lsooen , P.T.(1991) Cognitive Therapy and (١٠٢)
Pharmacotherapy Fox Depression . Journal of Consulting and
Clinical Psychology 59(1) , PP(88-99)
- Meichenbum,D(1996): Stress Inoculation Training for Coping (١٠٣)
with Stressors.The Clinical Psychologist.Vol.(49),PP4-10
- Mersch,P., Emmelkamp,P., Bogels,s and van Der Sleen , (١٠٤)
J.(1989) Social Phobia: Individual Response Patterns and the
Effects of Behavioral and Cognitive Interventions. Behavioral
research and Therapy, Vol .27, 4, PP-421.
- Nicholson,N . (1991): The Role of Regular Jome Practice in (١٠٥)
The Relaxation Treatment of Tension Headach . J.of consulting
and clinical psychology V.(59),N.(3) , PP.(467-47-).
- .Stormier, L. M., Machemer, P., Hardinghouse, W. (1992): Ein (١٠٦)
meditative stress bewaltung Sprogramm bie
psychosmaticchen patienten. Uosnbruck, Germany.
Psychotherapie, psychosomatik, Medizinische Psychologie, Dec
vol. 42(12)436 – 443.
- Simmons, John Clayton (1993) : The Effect of Stress (١٠٧)
Inoculation Training on Managing Stress of Firdt – year Low
Students Dissertation Abstracts International , Vol.54(5-
B),P.2771
- William, F.Stress as aprecurson of depression psychosomatic (١٠٨)
norms, and suicidal ideation among white middle cgars
adolescents Dissertation abstract in ternational, Vol. (44), 1983
(١٠٩)