



جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا
كلية الدراسات العليا
كلية التربية



التصميم والفاعلية لبرنامج سلوكي معرفي إرشادي لخفض القلق والخوف لدى
مرضى القلب قبل العمليات الجراحية بمستشفى أحمد قاسم - ولاية الخرطوم
**Design and Effectiveness of A Cognitive Behavioral Counseling
Program for Reducing Anxiety and Fear Among Heart Patients Pre
Surgery In Ahmed Gasseem Hospital - Khartoum State**

دراسة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي والتربوي

إشراف البروفسير:

علي فرح أحمد فرح

إعداد الطالبة:

عبلة سعيد قسم الله علي

2019-2015م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إِسْتِهْلَالٌ

قال تعالى:

وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ

صدق الله العظيم

سورة الشعراء الآية 80

إهداء

إلى

روح أختي أم باسل رحمها الله

إلى

والدي اللذين تعهداني دوماً

حتى أكون شيئاً في الحياة

له قيمة ووجود

شكر وتقدير

قال تعالى: ﴿قَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُثَبُّتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ﴾ صدق الله العظيم ، سورة الأحقاف ، الآية ﴿15﴾

أتقدم بالشكر أجزله وبداية بشكر الله الذي أمد في عمري وضمن عافيتي حتى أتممت هذه الدراسة وبتسخير منه ألا له الحمد، وتقديري لجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا برعايتها للدراسة أساتذتها وإداراتها.

ثم شكري موصول لأستاذي الفاضل البروفسير/ علي فرح أحمد فرح سائلة الله عز وجل أن يمد في عمره ولا يحرمنا علمه وأفكاره وآرائه التي أشرف بها على الرسالة وساهم وساعد في إجرائها رغم ضيق الوقت وكثرة المهام أمامه، والشكر لكل المكتبات الجامعية في جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا وجامعة الخرطوم كلية الدراسات العليا قسم علم النفس، ودار الوثائق المركزية، وجامعة أفريقيا العالمية والمكتبة المركزية أمدрман الإسلامية.

والشكر كل الشكر لوزارة الصحة ولاية الخرطوم- الإدارة العامة للطب العلاجي وحدة التخصص والتدريب التي منحتني الموافقة لإجراء الدراسة في مستشفى أحمد قاسم.

والشكر أجزله لمستشفى أحمد قاسم لجنة التدريب والبحوث لإتاحتهم الفرصة لتطبيق البرنامج على مرضى القلب بقسم الجراحة، والشكر موصول للممرضات في قسم جراحة القلب بمستشفى أحمد قاسم، كما أتقدم بوافر شكري وتقديري للمرضى الذين تعاونو معي وتقبلو وجودي رغم ظروفهم الصحة والإلتزام بالمواعيد لمواصلت الجلسات الإرشادية.

والشكر موصول إلى كل من لم أذكر أسمه ممتداً إلى كل معارفي أقول جزاكم الله

خييراً.

مستخلص البحث

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض نسبة القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم ولاية الخرطوم وذلك على ضوء عدد من المتغيرات هي النوع (ذكر - أنثى - الحالة الإجتماعية) (متزوج - أعذب) - نوع الجراحة - المستوى التعليمي). إستخدمت الباحثة المنهج الوصفي والمنهج التجريبي بلغ حجم العينة (22) مفحوصا بواقع (11) مجموعة تجريبية ذكور وإناث و (11) مجموعة ضابطة ذكور وإناث. ولجمع البيانات إستخدمت الباحثة مقياس القلق والخوف من العمليات الجراحية من تصميم الباحثة وأيضاً برنامج إرشادي معرفي سلوكي من تصميم الباحثة. ولتحليل البيانات قامت الباحثة بإستخدام برنامج الخدمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS). وقد توصلت إلى النتائج التالية: أن القلق والخوف لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم قبل العمليات الجراحية يتسم بالارتفاع وأن للبرنامج السلوكي المعرفي فعالية في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم. كما توصلت الباحثة الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير النوع بينما لم تجد فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغيرات العمر والمستوى التعليمي ونوع الجراحة والحالة الاجتماعية. وفي ضوء تلك النتائج وضعت الباحثة عدد من التوصيات والمقترحات اهمها تبني تطبيق البرنامج الارشادي قبل اجراء العمليات الجراحية على مرضى القلب.

Abstract

This study aimed to identify the effectiveness of a cognitive-behavioral counseling program to reduce and fear in heart patients before heart surgery at the Department of Surgery, Ahmed Kassem Hospital, Khartoum State, in the light of a number of variables are the type (male - female - marital status (married - fresher) - Type of Surgery - Educational Level. The researcher used the descriptive and experimental method. The sample size was (22) examined by (11) male and female experimental groups and (11) male and female control groups. To collect the data, the researcher used an anxiety scale and fear from surgical procedures designed by the researcher and also a cognitive behavioral counseling program designed by the researcher. To analyze the data, the researcher used the Statistical Service for Social Sciences (SPSS) program. I have reached the following conclusions: The anxiety and fear in heart patients in the surgery department of Ahmed Qasim Hospital before surgery is high and that the cognitive behavioral program was effective in reducing anxiety and fear before surgery in heart patients in the surgery department of Ahmed Qasim Hospital. The researcher also found that there were statistically significant differences in the effectiveness of the cognitive behavioral program in reducing pre-operative anxiety and fear in heart patients in the surgery department of Ahmed Qasim Hospital according to the gender variable, while no significant differences were found in the effectiveness of the cognitive behavioral program in reducing anxiety and fear before surgery in heart patients, Department of Surgery, Ahmed Kassem Hospital, according to the variables of age, educational level, type of surgery and marital status. In lights of these results, the researcher has made a number of recommendations and suggestions, the most important of which is to adopt the application of the guidance program before performing surgery on heart patients.

فهرس الموضوعات

رقم الصفحة	الموضوع
أ	الإستهلال
ب	إهداء
ج	شكر وتقدير
د	مستخلص الدراسة
هـ	Apstract
و	فهرس الموضوعات
ط	فهرس الجداول
ك	فهرس الأشكال
ل	فهرس الملاحق
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
1	المقدمة
3	مشكلة الدراسة
4	أهمية الدراسة
5	أهداف الدراسة
5	فروض الدراسة
6	حدود الدراسة
7	مصطلحات الدراسة
8	مبررات إختيار العينة
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	
9	المبحث الأول: العلاج المعرفي السلوكي
39	المبحث الثاني: القلق والخوف
54	المبحث الثالث: الدراسات السابقة

الفصل الثالث: منهج إجراءات الدراسة الميدانية	
66	مقدمة
66	منهج الدراسة
66	إجراءات الدراسة
67	مجتمع الدراسة
67	مبررات اختبار مجتمع الدراسة
68	عينة الدراسة
68	أدوات الدراسة
69	صدق المقياس
69	الخصائص السيكومترية مقياس القلق والخوف من العمليات الجراحية
73	ثبات مقياس مقياس القلق والخوف من العمليات الجراحية
74	البرنامج الإرشادي
74	أهداف البرنامج الإرشادي
74	مصادر بناء محتوى البرنامج الإرشادي المخترع
75	الصدق الظاهري للبرنامج
75	الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
75	متغيرات الدراسة
76	الصعوبات التي واجهتها الباحثة خلال إجراء الدراسة
الفصل الرابع: عرض ومناقشة النتائج واختبار فروضيات الدراسة	
78	مقدمة
78	أولاً: عرض نتائج (البيانات الشخصية)
83	ثانياً: اختبار فروضيات الدراسة ومناقشتها وتفسيرها
83	مناقشة نتيجة الفرض الأول
86	مناقشة نتيجة الفرض الثاني
88	مناقشة نتيجة الفرض الثالث

89	مناقشة نتيجة الفرض الرابع
91	مناقشة نتيجة الفرض الخامس
93	مناقشة نتيجة الفرض السادس
95	مناقشة نتيجة الفرض السابع
الفصل الخامس: الخاتمة النتائج والتوصيات والمقترحات	
98	أولاً: الخاتمة
99	ثانياً: النتائج
100	ثالثاً: التوصيات
101	رابعاً: المقترحات
102	قائمة المصادر والمراجع
109	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
68	توزيع عينة البحث حسب النوع	(1)
70	يوضح إرتباط الفقرات بالدرجة الكلية لمحور محور القلق	(2)
72	يوضح إرتباط الفقرات بالدرجة الكلية لمحور الخوف	(3)
73	نتائج اختبار ألفا كرونباخ لمقياس مقياس القلق والخوف من العمليات الجراحية	(4)
75	يوضح تعديلات المحكمين على البرنامج	(5)
78	يوضح التوزيع التكراري لمتغير النوع	(6)
79	يوضح التوزيع التكراري لمتغير العمر	(7)
80	يوضح التوزيع التكراري لمتغير المستوى التعليمي	(8)
81	يوضح التوزيع التكراري لمتغير نوع الجراحة	(9)
82	يوضح التوزيع التكراري لمتغير الحالة الإجتماعية	(10)
83	يوضح بدائل المقياس وما يقابلها من درجات	(11)
84	اختبار (ت) لعينه واحده لقياس فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم	(12)
86	اختبار (ت) لعينه واحده الوسط الحابي لقياس القلق والخوف لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم قبل العمليات الجراحية	(13)
88	يوضح قيم الوسط الحسابي والانحراف المعياري والقيمة التائية لقياس الفرق في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير النوع	(14)

90	(15) يوضح نتائج إختبار (كاي تربيع) للتعرف على دلالة الفروق في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير العمر
91	(16) يوضح نتائج إختبار (كاي تربيع) للتعرف على دلالة الفروق في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير المستوى التعليمي
93	(17) يوضح نتائج إختبار (كاي تربيع) للتعرف على دلالة الفروق في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير نوع الجراحة
95	(18) يوضح قيم الوسط الحسابي والانحراف المعياري والقيمة التائية لقياس الفرق في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير الحالة الإجتماعية

فهرس الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم لشكل
78	يوضح التوزيع التكراري لمتغير النوع	(1)
79	يوضح التوزيع التكراري لمتغير العمر	(2)
80	يوضح التوزيع التكراري لمتغير المستوى التعليمي	(3)
81	يوضح التوزيع التكراري لمتغير نوع الجراحة	(4)
82	يوضح التوزيع التكراري لمتغير الحالة الإجتماعية	(5)

فهرس الملاحق

رقم الملحق	رقم الصفحة	عنوان الملحق
(1)	109	أسماء المحكمين للمقياس
(2)	110	تحكيم أسئلة إستبيان وبرنامج إرشادي
(3)	112	مقياس القلق والخوف قبل العمليات الجراحية (قبل التعديل)
(4)	115	مقياس القلق والخوف قبل العمليات الجراحية (بعد التعديل)
(5)	118	هيئة لجنة التدريب والبحوث- وزارة الصحة ولاية الخرطوم
(6)	120	الموافقة على تنفيذ البحث
(7)	121	مركز جراحة القلب ووزارة الكلي
(8)	122	إقرار بالموافقة على تطبيق برنامج إرشادي
(9)	123	الجلسة الأولى تهيئة المسترشد للبرنامج الإرشادي
(10)	125	الجلسة الثانية التعريف على خدمات البرنامج الارشادي
(11)	127	الجلسة الثالثة رصد قائمة الأفكار الاتوماتيكية المرتبطة بالحالة الصحية
(12)	128	الجلسة الرابعة فنية مواجهة الأفكار السلبية عن طريق الاسترخاء
(13)	130	الجلسة الخامسة معرفة المفاهيم الخاطئة عن العمليات الجراحية
(14)	131	الجلسة السادسة تصحيح المفاهيم الخاطئة عن العمليات الجراحية
(15)	133	الجلسة السابعة تقدير المخاطر والتنبؤ بالعواقب
(16)	134	الجلسة الثامنة التطمين التدريجي
(17)	135	الجلسة التاسعة إستخدام أساليب الإرشاد الديني
(18)	136	صور توضح بعض المرضى وهم يحملون كرة خفض التوتر والقلق

الفصل الأول
الإطار العام للدراسة

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

المقدمة:

ما يزال الإرشاد النفسي كعلم من العلوم الحديثة التي تلاقي إقبالا متزايدا، من قبل المجتمع فالطلبة يقبلون على دراسته، والمجتمع أصبح يبدي رغبة أكثر في الإقبال على المرشد، فدوره في تزايد وعمله في تطور، وأهميته في ظهور، فلقد بدأ الكثير من المسؤولين يقتنعون بجدوى الإرشاد وحاجة المجتمع له ليس كخدمة إضافية ولكن لخدمة أساسية لا تستغنى عنها أي مؤسسة من المؤسسات ففي الدولة سواء كانت مدرسة أو كلية أو جامعة أو مستشفى. (ابو سعد، 2015م، ص13)

وتعددت مجالات علم النفس وتعددت أغراضه ففي القرن الحادي والعشرون، برز علم النفس السلوكي في سوائه والخرافة ثم جاء الارشاد والتوجيه النفسي كحاجة ماسة نظرا لتعقيدات الحياة، فممارسة الإرشاد النفسي فن يقوم على أساس علمي، وتهدف خدمة الإرشاد النفسي إلى تحقيق التفاهم والتوافق النفسي السليم مع العادات والتقاليد السائدة في المجتمع والحالات الطارئة على حياة الفرد. (القذافي، 2011م)

فلكل مجال مهني أهداف محددة يرمي للوصول إليها وسعى إلى تحقيقها، وعلى الرغم من حداثة الإرشاد النفسي إلا أنه أصبح من العلوم المعترف بها فلإرشاد النفسي أسس ونظريات واضحة وأساليب مقننة وأهداف علمية محده. (الخفش، 2011م، ص11)

وللإرشاد النفسي طرق وأنواع عديدة إلا أن الباحثة من خلال الإطلاع على الكثير من المراجع في مجال علم النفس وجدت أن للعلاج السلوكي المعرفي أهمية كبيرة في التأهيل النفسي ويعد من أكثر أنواع الإرشاد النفسي نجاحا وتأثيراً، حيث يركز على نظرية علمية ومن الممكن قياس فاعليته بطرق علمية أيضا وهو يلتقى مع التعاليم

الدينية بطريقة مناسبة. فنظريته تقوم على أساس أن للإنسان القدرة على توجيه نفسه وإصلاحها وذلك من خلال قدرته على التعلم الذاتي وتوظيفه لذلك في تعديل سلوكه وأفكاره، فحياة الفرد من صنع أفكاره ويتمشى ذلك مع قوله تعالى: ﴿لَهُ مُعَقَّبَاتٌ مِّن بَيْنِ يَدَيْهِ وَمِنْ خَلْفِهِ يَحْفَظُونَهُ مِنْ أَمْرِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ لَا يُعَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُعَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ وَإِذَا أَرَادَ اللَّهُ بِقَوْمٍ سُوءًا فَلَا مَرَدَّ لَهُ وَمَا لَهُمْ مِّن دُونِهِ مِن وَالٍ﴾ (سورة الرعد، الآية 11)

وتعتمد فكرة الإرشاد أو العلاج في العلاج السلوكي المعرفي على تدريب الفرد على إكتشاف أفكاره السلبية ثم تعديلها واستبدالها بأفكار أكثر إيجابية.

تمر العمليات الجراحية في احيان كثيرة على المريض بسلام ودون أن يعقبا اضطرابات نفسية حادة بينما يتعرض البعض الآخر إلى اضطرابات نفسية حادة ويمكن تصنيف المرضى من الناحية النفسية قبل العقلية إلى:

1- المريض الإنفعالي وهو الذي يعجز عن السيطرة على إنفعالاته ويظهر عليه الحوف والقلق بشكل مبالغ فيه.

2- المريض المتزن المتحكم في إنفعالاته ولايخرجها إلى البعض وفي ظروف معينة وهؤلاء يقعون في الإضراب النفسي بعد العملية.

لذلك رأت الباحثة ضرورة التأهيل النفسي قبل العمليات الجراحية لمرضى القلب لأنه من خلاله يمكن تخفيف العبء النفسي على المريض فيما يتعلق بإجراء عملية في القلب إلى حد كبير من خلال المشاركة الوجدانية والتعاطف مع المريض واستمرار فنيات العلاج السلوكي المعرفي وبهذه الطريقة يمكن مواجهة العملية الجراحية بنسبة أخف من القلق والخوف لأن موافقة المريض على إجراء العملية الجراحية له علاقة براحته النفسية لذا لا بد من التأهيل النفسي قبل العمليات الجراحية.

مشكلة الدراسة:

أمراض القلب والعمليات الجراحية المصاحبة لها تكتسب بعداً مجتمعياً خاصاً في المجتمع السوداني، فهي تعتبر من الأمراض المرتبطة بالوفاة في الذهن الشعبي، ولذلك يلاحظ الاهتمام وردود الأفعال المتصفة بالخوف والجزع والشفقة التي تنتاب المريض وأسرته ومعارفه وكل المحيطين به بمجرد معرفة أن المرض يتطلب عملية جراحية في القلب، هذه الحالة العامة تنعكس على المريض في شكل توتر وضغط نفسي قد يترتب عليه الغاء إجراء العملية في الوقت المحدد نتيجة لنتائج الفحوصات التي تسبق العملية. وتلاحظ الباحثة أن هذا الأمر يتكرر كثيراً في أقسام جراحة القلب مما حدا بها إلى أن تقوم بإعداد هذا البحث الذي يتناول فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الخوف والقلق قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب ويمكن تحديد مشكلة البحث في السؤال الرئيسي التالي:

ما فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض الخوف والقلق قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بإقسام الجراحة بمستشفيات ولاية الخرطوم وتتفرع من هذا السؤال الأسئلة التالية:

1- ماهي السمة العامة للقلق والخوف وسط مرضى القلب قبل العمليات الجراحية بإقسام

الجراحة بمستشفيات ولاية الخرطوم؟

2- هل يؤدي تطبيق برنامج معرفي سلوكي إلى خفض مستوى القلق والخوف ما قبل

العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بإقسام الجراحة بمستشفيات ولاية الخرطوم؟

3- هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى القلب في الخوف والقلق قبل

العمليات الجراحية في درجات الإختبار بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى

لمتغيرات العمر؟

4- هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى القلب في الخوف والقلق قبل العمليات الجراحية في درجات الإختبار بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغيرات النوع(ذكر - أنثى)؟

5- هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى القلب في الخوف والقلق قبل العمليات الجراحية في درجات الإختبار بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغيرات الحالة الإجتماعية ؟

6- هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى القلب في الخوف والقلق قبل العمليات الجراحية في درجات الإختبار بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغيرات نوع الجراحة؟

7- هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى القلب في الخوف والقلق قبل العمليات الجراحية في درجات الإختبار بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغيرات المستوى التعليمي؟

أهمية الدراسة:

تأتي أهمية هذه الدراسة لقلة الدراسات في هذا المجال حدود علم الباحثة.

أولاً: الأهمية النظرية

تسهم هذه الدراسة في زيادة تقنيات العلاج المعرفي السلوكي (C.B.T) مع طبيعة الشخصية السودانية.

ثانياً: الأهمية التطبيقية

تصميم برنامج معرفي سلوكي (C.B.T) وتطبيقه لمرضى القلب لتخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية بمستشفيات ولاية الخرطوم.

وأيضا تخرج هذه الدراسة بتوصيات ومقترحات قد تسهم في خفض القلق والخوف لدى مرضى القلب ما قبل العمليات الجراحية بإقسام الجراحة بمستشفيات ولاية الخرطوم.

أهداف الدراسة:

أن الدراسة في مجال الإرشاد النفسي تزيد من التعرف على طرق وبرامج جديده لعلاج كير من الإضطرابات النفسية لذلك تهدف هذه الدراسة إلى الوقوف بجانب مرضى القلب الذين يعانون من القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية بإقسام الجراحة بمستشفيات ولاية الخرطوم.

وذلك بوضع برنامج إرشادي لتحقيق درجة القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية وتوضح الأهداف في النقاط التالية:

- إعداد برنامج معرفي سلوكي (C.B.T) وتطبيقه على مرضى القلب بإقسام الجراحة بمستشفيات ولاية الخرطوم لخفض القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية.
- التعرف على مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض مستوى الخوف والقلق مرضى القلب ما قبل العمليات الجراحية بإقسام الجراحة بمستشفيات ولاية الخرطوم.
- التعرف على الفروق الفردية بين مرضى القلب في القلق والخوف قبل العمليات الجراحية بإقسام الجراحة وفقا للمتغيرات الآتية (ذكر- أنثى) العمر- نوع الجراحة- الحالة الإجتماعية - المستوى التعليمي).

فروض الدراسة:

- 1- يتسم القلق والخوف وسط مرضى القلب قبل العمليات الجراحية بإقسام الجراحة بمستشفيات ولاية الخرطوم بالانتفاع.
- 2- يؤدي تطبيق برنامج معرفي سلوكي إلى خفض مستوى القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بإقسام الجراحة بمستشفيات ولاية الخرطوم.

3- هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى القلب في الخوف والقلق قبل العمليات الجراحية في درجات الإختبار بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغيرات العمر؟

4- هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى القلب في الخوف والقلق قبل العمليات الجراحية في درجات الإختبار بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغيرات النوع (ذكر - أنثى)؟

5- هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى القلب في الخوف والقلق قبل العمليات الجراحية في درجات الإختبار بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغيرات الحالة الإجتماعية ؟

6- هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى القلب في الخوف والقلق قبل العمليات الجراحية في درجات الإختبار بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغيرات نوع الجراحة؟

7- هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى القلب في الخوف والقلق قبل العمليات الجراحية في درجات الإختبار بعد تطبيق البرنامج الإرشادي تعزى لمتغيرات المستوى التعليمي؟

حدود الدراسة:

- حدود زمانية: 2015 - 2018م.

- حدود مكانية: أقسام الجراحة بمستشفيات ولاية الخرطوم قسم القلب.

مصطلحات الدراسة:

- مفهوم البرنامج الإرشادي:

هو خطة مصممة لموضوع يخص الفرد أو المجتمع شرط أن تكون هادفة لاداء بعض العمليات المحدودة. (زهران، 2007م)

إجرائياً: هو البرنامج الذي صمته الباحثة للاستخدام في هذا البحث

- العلاج المعرفي السلوكي:

هو إزالة الأعراض المرضية مباشرة دون البحث عن الصراعات النفسية والصدمات الطفلية كما متبع في التحليل النفسي. (زهران، 2007م)

وأيضا هو شكل من أشكال العلاج النفسي الحديث نسبياً ويركز على كيفية إراك الفرد للمتغيرات المختلفة والتغيرات لها وإعطاء معاني لخبرات متعددة. (عبدالله، 2000م، ص17)

- إجرائياً: البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي هو البرنامج الذي قامت الباحثة بتصميمه إستخدمت فيه بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي لخفض القلق والخوف قبل العمليات الجراحية.

- التعريف: القلق والخوف إجرائياً هو الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس القل والخوف من العمليات الجراحية المعد من قبل الباحثة.

أما اصطلاحاً فهو:

مفهوم القلق: هو إحساس الفرد بالرعب المستمر والخوف تجاه أشياء معينة يكون الفرد حاملها بداخله. (فايد، 2003م)

مفهوم الخوف: هو خوف دائم من وضع أو موضوع غير مخيف بطبيعته ولا يستند على أساس واقعي ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه. (فايد، 2003م)

مبررات اختيار العينة:

هنالك أهمية كبيرة للكشف عن حالة المريض النفسية قبل العملية لأن ذلك يقوده إلى الطمأنينة فالتصور لما سيحدث لدى المريض داخل غرفة العمليات يزيل نوبات القلق والخوف أو يحد إلى حد كبير منها فبعض المرضى يقلق لأنه لا يعرف ماذا سيحدث له داخل غرفة العمليات مما يؤدي إلى توسع مخيلته عن ما سيحدث له ويكون الخيال سلبيًا فينعكس على شكل مشاعر سلبية وأن مكاشفته بما يحدث له يعيق ذلك الخيال فتتم السيطرة على مشاعر القلق والخوف بشكل مقبول.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

المبحث الأول

العلاج المعرفي السلوكي

مقدمة:

يعتبر الإرشاد النفسي أحد قنوات الخدمة النفسية، التي تقدم الأفراد أو الجماعات بهدف التغلب على بع العوبات التي تعترض سبيل الفرد أو الجماعة وتعوق توافقهم وإنتاجيتهم وتعددت مجالات وانواع الإرشاد النفسي وفي هذا البحث تناولت الباحثة العلاج المعرفي السلوكي.

العلاج السلوكي أسلوب علاجي يعتمد على استخدام قوانين ونظريات التعلم الشرطي، حيث تتم محاولة حل مشكلات واضطرابات السلوك عن طريق تعديل السلوم المرضى للمريض. (سري، 2000م، ص119)

فيعد العلاج المعرفي السلوكي أحد أساليب العلاج النفسي الحديثة نسبيا نتج عن إدخال العلاج العمليات المعرفية إلى حيز وأساليب العلاج السلوكي حيث من المؤكد وجود إرتباط بين التفكير والانفعال والسلوك إذ أن الفرد حينما يفكر ويسلك في ذات الوقت، وعندما يسلك فهو يفكر وينفعل كذلك.

ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاها علاجيا حديثا يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفتياته والعلاج السلوكي بما يضمه من فنيات ويكز العلاج المعرفي السلوكي على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتغيراته لها، واعطاء المعاني لخبراته المتعددة ، كما يتحدد بوقت معين وهو عملية تتسم بالتعاون بين المعالج والمريض في سبيل دراسة معتقدات المريض المرتبطة بسوء التكيف والتوافق، ونماذج تخيلاته، ونماذج التفكير لديه وفحصها، والتوصل إلى الاستجابات البديلة الأكثر فاعلية. (حمد، 2000م، ص17)

العلاج السلوكي:

يستهدف العلاج السلوكي، كغيره من الوان العلاج الأخرى إعادة المريض إلى حظيرة التكيف والسواء والتمتع بالصحة العقلية والنفسية وتحريره مما يعانيه من الازمات والآلام والتوترات والصراعات. (العيسوي، 2001م، ص252)

نشأة وتاريخ العلاج السلوكي:

لقد انتشر العلاج السلوكي ف الستينات وبداية السبعينات والتزمه مؤيدوه، وكانوا مقنعين في جدلهم وكانوا مقتنعين بأنهم يملكون الإجابة فيما يتل بفهم السلوك وضبطه والدعم العلمي من خلال حات فردية وجماعية وإزدهرت الدراسات وانتشرت وطبعت العشرات من الكتب في العلاج السلوكي وتعديل السلوك، ومجت سنوية تضم المقات وفيما بين (1963-1970) اربع مجلات للمعالجين المتخصصين في العلاج السلوكي الذين أسسو جمعيتهم الخاصة، وهي الهيئة الأمريكية لتقدم العلاج السلوكي وفي عام 1971م ثم تخصيص فصل في المراجعة السنوية لعلم النفس ويقدم العلاج السلوكي كعلاج متميز عن العلاج النفسي. (الفي، 1990م، ص533)

مؤسس الاتجاه السلوكي هو جون واطسون العالم الأمريكي وقد تأثر هذا الاتجاه بأبحاث بافلوف (1849-1936) حول الفعل المنعكس الشرطي، وابحاث ثورندايك (1874-1949) في المحاولة والخطأ وإكتشافه لقانون الأثر، وبتوجيهات واطسون (1878-1913) الفكرية والمنهجية، واستفاد من كل ذلك عالم النفس الامريكي كلارك هل (1884-1952) الذي وضع الإطار للنظرية السلوكية المتكاملة، كما اعلن سكرن (1904-1990) عن مبادي الاشرط الانتقائي وقوانين تعديل السلوك وإعادة تشكيله. (الخطيب، 2003م، ص374)

تعريف العلاج السلوكي:

هو أسلوب علاجي يعتمد على استخدام قوانين ونظريات التعلم الشرطي حيث تتم محاولة حل مشكلات وإضطرابات السلوك عن طريق تعديل السلوك المرضى للمريض. (سري، 2000م، ص119)

وأيضاً هو أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي، وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضى المتمثل في الأعراض وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد. (زهران، 1997م، ص442)

الأسس النظرية للعلاج السلوكي:

يرتكز العلاج السلوكي على الإطار النظري الذي وضعه إيفان بابلوف، وجون واطسون وغيرهما في التعلم الشرطي، ويستفيد العلاج السلوكي من نظريات إدوارد ثورنديك، وكلاارك هل، وسكينر في التعزيز الموجب والسالب والثواب والعقاب. وينتمي العلاج السلوكي إلى النظرية السلوكية في الشخصية والتي تقول أن الفرد في نموه يكتسب السلوك (السوي أو المرضى) عن طريق عملية التعلم. (سري، 2000م، ص119)

أسس العلاج السلوكي:

- 1- أن جميع أنواع السلوك متعلمة، ويحدث ذلك عن طريق المثير والاستجابة الشرطية.
- 2- يتم تشكيل الفرد عن طريق البيئة المحيطة به، فهو يمارس نشاطاته وفقاً لما تم تدريبه عليه، كما أنه يستجيب لما يتعرض له من مثيرات بيئية وفقاً لقوانين الإشرط.
- 3- أن الإنسان ليس مخيراً في سلوكه ولا يعمل بارادة حرة وإنما يخضع في نشاطاته لعاداته المكتسبة وما سبق له تعلمه. ويعني ذلك أنه ليس للإنسان إرادة أو اختيار وإنما هو محكوم بانعكاسات وطبيعة عاداته التي سبق تعلمها.
- 4- أن الإنسان لا يمكنه أن يكون عقلاً نياً أو موضوعياً بسبب طبيعته فهو ميال بطبعه إلى الاستناره، وأن تدخل الغير لكفه يؤدي إلى شعوره بالمتاعب النفسية.

5- أن الانسان لا يسيطر على سلوكه، ولكنه موجه عن طريق عاداته التي ساهم الآخرون في تشكيلها.

6- أن الكبت هو سبب المشاكل النفسية، وتنشأ المشاكل العصابية بسبب محاولات كف الدوافع الطبيعية.

7- إنه يمكن تغيير السلوك عن طريق تغيير البيئة. (القذافي، 2011م، ص274)

منهج العلاج السلوكي:

لقد اتسعت آفاق الخدمات النفسية التي تقدم الأفراد في المجتمعات المتقدمة، وتتنوع هذه المناهج، في بداية نشأة العلاج السلوكي كان يعرف هذا النمط من العلاج بأنه المنهج الذي يقوم على أساس تطبيق قوانين التعلم المستقرة أو هو ذلك المنهج العلمي القائم على أساس من نظريات التعلم الحديثة ولكن في الآونة الأخيرة أصبح العلاج السلوكي أكثر إتساعاً. (العيسوي، 2001م، ص253)

منهج العلاج السلوكي هو ذلك المنهج الذي يركز فيه المعالج في الغالب على الأعراض التي يعاني منها المريض أكثر من تركيزه على الصراعات الداخلية أو اللاشعورية أو الأسباب التي تكمن وراء الأعراض. ويستهدف هذا المنهج إراحة المريض من أعراضه بأسرع ما يمكن.

وينحدر هذا المنهج من التجارب المختبرية ومن مبادئ التعلم ومبادئ تعديل السلوك أو تغيير السلوك.

ويوجه نحو السلوك المرضى أو المعتل، ويقوم هذا المنهج في العلاج على فرضية مؤداها أن الأمراض النفسية عبارة عن عادات سلوكية متعلمه أو مكتسبه ومن ثم يمكن علاجها في محو أو إزالة هذا التعلم.

لقد إتسع مفهوم العلاج السلوكي وتعددت مناهجه، فهناك بعض العمليات التي تقع ضمن هذا المفهوم مثل العلاج بالنفور أو التقزز أو الكراهية أو فقدان الحساسية المنظم. ولم يعد مقبولاً أنها تعتمد اعتماداً كلياً على نظريات التعلم وحدها. فالتراث التجريبي لم يعد يؤيد هذا الإدعاء، حيث تتدخل عوامل أخرى كالعامل المعرفي أو عامل التوقع، وتلعب دوراً هاماً في عملية العلاج وهناك من يعتمد في تفسير هذا النمط من العلاج على عمليات التأمل أو على مفاهيم التأمل. ويمكن تمييز أربعة اتجاهات في العلاج السلوكي:

1- الاتجاه الذي لا يزال ينظر للعلاج السلوكي على أنه عبارة عن تطبيق لنظريات التعلم.

2- الاتجاه الذي يركز على عملية التفكير أو التأمل.

3- الاتجاه التوفيقى بين عدد من المناهج.

4- الاتجاه التجريبي الاكلينيكي العلاجي.

المنهج الأخير يجري الدراسات معتمداً على حالات مرضية حقيقية من المرض للتعرف على مدى فاعلية العلاج السلوكي. ويتوقف هذا الاتجاه على فكرة المنهجية أكثر من الاعتماد على النظريات.

ومن الإضطرابات التي يمكن علاجها عن طريق منهج العلاج السلوكي (القلق -

الاكتئاب- توهم المرض- الوسواس القهري- الهستيريا- الخوف- إدمان الكحول-

الشذوذ الجنسي- الاضطرابات الزوجية). (الفتي، 1990م، ص250)

وينتمي أحاب هذا الاتجاه من العلاج إلى المدرسة السلوكية، لأنهم يهتمون بالسلوك الذي يمكن ملاحظته وقياسه. ويؤكد أنصار الاتجاه السلوكي في العلاج النفسي

بأن منهجهم يركز على نظرية التعلم الحديثة ويمكن تمييز عدد من المناهج في العلاج السلوكي من ذلك ما يلي:

1- منهج التشريط أو الاشتراط أي التعلم أو الاقتران أو الارتباط الشرطي.
2- منهج الكف أو المنع أو الانطفاء.

3- منهج تعديل أو تغيير أو تشكيل السلوك أما ما يعرف باسم الاشتراط الإجرائي أي ذلك الذي يعتمد فيه التعلم على القيام بعدة إجراءات أو خطوات ويعرف أحيانا باسم الاشتراط الأدي نسبة إلى ما يستخدم فيه من الأدوات. (العيسوي، 2001م، ص233)

ومنهج الكف لعلاج حالات الخوف الشديد- القلق - المشكلات الجنسية أي مظاهر الشذوذ الجنسي، بينما يستخدم الاشتراط الإجرائي لتعليم المهارات اللازمة لنمو العادات المرغوب فيها، ويقدم بإعادة التشريط: إحلال شعور أو سلوك جديد مضاد لسوك أو شعور قديم موجود وعلى ذلك يمكن أن يحل الشعور بالهدوء محل الشعور بالقلق. (العيسوي، 2001م، ص233)

أساليب العلاج السلوكي:

تتعدد أساليب العلاج السلوكي، ومن أهمها ما يلي:

1/ التحصين التدريجي : Systematic Desensitization

يعتبر التحصين التدريجي أسلوبا من أساليب العلاج السلوكي الرئيسية ويتم في الحالات التي يكون فيها سلوك مثل الخوف قد إكتسب مرتبطا بشئ معين أو حادثة معينة، فتستخدم طريقة التعويد التدريجي المنتظم. ويتم التعرف على المثيرات التي تستثير استجابات شاذة، ثم يعرض المريض بالتدريج لهذه المثيرات المحدثه للخوف في ظروف يشعر فيها بأقل درجة من الخوف وهو في حالة إسترخاء بحيث لا تنتج الاستجابة الشاذة، ويستمر التعرض على مستوى متدرج في الشده، وقد نجح أسلوب التحصين التدريجي في علاج حالات الخوف والعنه (العف الجنسي) وخوف الحبس. (سري، 2000م، ص124)

2/ النموذج العملي أو النمذجة: Modeling

إبتكره البرت باندورا (1925) وأسماه النموذج العملي كأسلوب في العلاج السلوكي، استخدم كعلاج خاص في علاج خواف الثعابين عن طريق نموذج عملي حي (من جانب المعالج والمشاركة بالتدريج من جانب المريض) حتى تزول الحساسية ويتم التحصيل بالتدريج. (زهران، 1997م، ص243)

3/ الغمر: Flooding

هو عكس أسلوب التحصين التدريجي، حيث يتضمن تعريض المريض بسرعة لمثيرات شديدة ويوضع أمام الأمر الواقع دقيقة واحدة في الوقت الذي يقلل فيه هروبه من هذه المثيرات. يستخدم أسلوب الغمر في علاج الاشخاص الذين يعانون من مشاكل أو اضطرابات تثير القلق، مثل الخوف من ركوب المصاعد، خواف الجنس- حالات عصاب الوسواس القهرية، ومن المميزات الأساسية لهذا الأسلوب أنه أسرع في تأثيره من أسلوب التحصين التدريجي ولكن العيب الأساسي فيه الاستجابة المشروطة أي القلق أو الخوف بدلا من اطفائها، ولكن مع وجود المساندة الانفعالية التي يقوم بها المرشد سرعان ما ينخفض القلق والتوتر وقد يستعان بالعقاقير الطبية المهدئة مع أسلوب الغمر. (الزعيبي، 2003م، ص183)

4/ الاشرط التجنبي: Avoidnce Conditioning

يعني تعديل سلوك العميل من الاقدام إلى الاحجام والتجنب وقد استخدم هذا الاسلوب في علاج حالات مثل الإدمان، حيث يستخدم عقار مثل (اميتين Emetine) كمثير منفر يرتبط شرطيا بانتظام وتكرار مع شراب الخمر مثلا، ومع تكرار هذا الارتباط الشرطي يكتسب الخمر خصائص التنفير بارتباطه مع المقيئ (المنفر) وينتج عنه القيء، ويثبت الاشرط التجنبي، فيتجنب العميل شرب الخمر، ويتوقف نجاح الاشرط التجنبي

على شخصية المريض وقابليته للاشراط، وطبيعة المثير غير الشرطي، وتتابع الاحداث في عملية الاشرط. (زهران، 2002م، ص368)

5/ التعزيز الموجب (الثواب): Positive Rein For Cement

هو إثابة الفرد على السلوك السوي مما يعززه ويدعمه ويدفعه إلى تكرار نفس السلوك إذا تكرر الموقف ومن أشكاله: التعزيز المادي أو المعنوي، ويؤدي إلى شعور الفرد بالرضا عندما يقوم بالسلوك المرغوب، وكلما كان التعزيز قويا ومرغوبا، كلما أدى ذلك إلى سرعة تعديل وثبات السلوك من أجل الحصول عليه.

ومن العوامل التي تزيد من سرعة وفاعلية التعزيز الموجب: الرغبة في الشيء المستخدم في التعزيز، والحاجة اليه وسرعة تقديمه، وتقديمه بقدر معتدل. ويستخدم التعزيز الموجب بنجاح في علاج حالات مثل: فقد الشهية العصبي، وحالات فقدان الصوت الهستيرى والخجل والانطواء، والسلوك المضاد للمجتمع. (سري، 2000م، ص127)

6/ التعزيز السالب: Negatire Rein Forcement

وهو المثير الذي يعمل على تقوية تكرار حدوث سلوك معين ولكن بعد إزالة بعض المثيرات غير المرغوب فيها بعد أداء نمط سلوكي معين، ويستخدم التعزيز السالب في علاج حالات مثل مص الاصابع وقضم الاظافر. ويلاحظ أن التعزيز السالب لا يستخدم كثيرا، لأن على المعالج لن يعرض المريض لخبرات مؤلمة إلى أن تظهر الاستجابة المرغوبة، وهذا قد يؤثر تأثيرا سلبا على إرادته في الاستمرار في عملية العلاج. (الخطيب، 2003م، ص377)

7/ العقاب (الخبرة المنفرة): Punishment

في هذا الأسلوب يعرض العميل لنوع من العقاب العلاجي (كخبرة منفره) إذا قام بسلوك غير مرغوب فيكفه. ومن أشكال العقاب ما يكون ماديا أو جسميا أو اجتماعيا. (زهرا، ط3، 2002م، ص369)

8/ الثواب والعقاب: Reward and Punishment

يستخدم أسلوب الثواب والعقاب معا، وذلك بأن يثيب المعالج كل استجابة سليمة ومرغوبة، وأن يعاقب كل استجابة غير سليمة وغير مرغوبة، ويستخدم أسلوب الثواب والعقاب في علاج حالات مثل: اللزمات الحركية كتحريك الرقبة وهز الكتفين أو الأرجل والرشف والحنحة، وذلك باستخدام الثواب لتعزيز السلوك المرغوب وهو عدم تكرار اللازمة واستخدام العقاب عند القيام بها لكفها.

9/ تدريب الإغفال (الانطفاء): Omission Training

هو إغفال وتجاهل السلوك المرضي وعدم التعليق عليه وعدم تعرض المريض لأي نتائج على الإطلاق حتى ينطفئ ويختفي. ويستخدم تدريب الإغفال في الحالات التي تكون فيها الإستجابة غير المرغوبة تحقق فائدة للمريض (إثابة) مثل الاضطرابات النفسية الجسمية كالتهاب الجلد العصبي والتقيؤ، ونوبات الغضب عند الأطفال وحالات الصرع الهستيري. (سري، 2000م، ص128)

10/ الكف المتبادل: Reciprocal inhibition

ويقصد به كف كل من نمطين سلوكيين (غير متوافقين ولكنهما مترابطان واحلال سلوك متوافق محلها، وتدور فكرة هذا الأسلوب حول إزالة الاستجابة غير المتوافقة (خوف- قلق) تدريجيا واستبدالها بسلوك آخر. (الزعبى، 2003م، ص181)

مزايا العلاج السلوكي:

تتمثل أهم مزايا العلاج السلوكي فيما يلي:

- 1- يعتمد على الدراسات والبحوث التجريبية العملية القائمة في ضوء نظريات التعلم، والتي يمكن قياس صدقها تجريبيا.
- 2- يركز على المشكلة أو العرض مما يسهل وجود محك تحكم به على نتيجة العلاج.
- 3- يسعى إلى تحقيق أهداف إجرائية، حيث يلعب العمل دورا أهم من الكلام.
- 4- يستطيع الآباء والمعلمون والأزواج. بعد تدريبهم المعاونة في عملية العلاج.
- 5- يحقق أهدافه في وقت قصير لتركيزه على الأعراض والاستعانة بالأجهزة مما يوفر الوقت والجهد والمال.
- 6- يتيح علاج أكبر عدد ممكن من المرضى من كافة المستويات الاجتماعية والاقتصادية. (سري، 2000م، ص131)
- 7- يعتمد السلوكين في عملية تعديل السلوك على القياسات الكمية الدقيقة لشدة السلوك وقوته ومداه وكذلك للعوامل البيئية المحيطة به.
- 8- العلاقة الارشادية هي علاقة مهنية يجب أن تركز على عملية التدعيم بشكل كبير لأن الذي يعمل على تعديل السلوك هو التدعيم الايجابي أو السلبي.
- 9- يفترض العلاج السلوكي أن السلوكيات غير المتوافقه إنما هي استجابات متعلمة، عليه فإن علاج السلوك يعتمد على إعادة تعلم للسلوك المرغوب فيه لذلك يستخدم مصطلح تعديل السلوكي (Behavior modification) بدلا من استخدام مصطلح العلاج السلوكي. (الخطيب، 2003م، ص378)

خطوات العلاج السلوكي:

تسير خطوات العلاج السلوكي على النحو التالي:

1- تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره: ويتم ذلك في المقابلة العلاجية وباستخدام الاختبارات النفسية والتقارير الذاتية، وذلك للوصول إلى تحديد دقيق للسلوك المضطرب الظاهر الذي يلاحظ موضوعيا.

2- تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب: عن طريق الفحص والبحث والتشخيص في كل الظروف والخبرات التي يحدث فيها السلوك المضطرب.

3- تحديد العوامل المسئولة عن استمرار السلوك المضطرب: ويتم ذلك بتقدير ما إذا كان سلوك المريض يظهر أنه نتيجة لخوف شرطي بسيط. وهذا التحليل يركز على البحث عن الظروف الخارجية السابقة واللاحقة التي تحدد وتوجه السلوك المضطرب.

4- اختيار الظروف التي يمكن أن تعدل أو تغير: ويتم ذلك باختيار الظروف التي يمكن تعديلها خلال عملية العلاج.

5- إعداد جدول لإعادة التدريب: وذلك عن طريق تخطيط خبرات متدرجة يتم فيها إعادة التدريب، ويتم خلالها تعريض سلوك المريض بنظام وتدرج للظروف المعدلة، بحيث يتم إنجاز البسيط والقريب قبل المعقد والبعيد، والسهل والممكن قبل الصعب والمستحيل.

6- تعديل الظروف البيئية: وتوجه الجهود نحو تقليل احتمال حدوث السلوك لأنه غير مرغوب أو عند متوافق أو شاذ، ويكون التركيز على تعديل العلاقات المتبادلة بين الاستجابات ونتائجها التي تؤدي إليها بهدف زيادة احتمال حدوثه السلوك المرغوب في الظروف التي لا يتكرر فيها أو يكون فيها غائبا.

7- إنهاء العلاج: وذلك عندما يصل سلوك المريض إلى السلوك المعدل المرغوب.

(سري، 2000م، ص122)

النظرية السلوكية: Benarior Theory

حاول أصحاب هذه النظرية تفسير السلوك، وكيفية حدوث التعلم. فسلوك الإنسان من وجهة نظرهم متعلم وأن لدى الفرد دوافع فسيولوجية هي الأساس في سلوك الإنسان، وعن طريق التعلم يكتسب الفرد دوافع جديدة تستند إلى الدوافع الفسيولوجية وتسمى بالدوافع الثانوية، وهذه الدوافع هي التي توجه سلوك الإنسان للوصول إلى أهدافه. أن الإهتمام الرئيسي للنظرية السلوكية هو السلوك، حيث ترى أن معظم سلوكيات الإنسان متعلمة، وهي بمثابة استجابات لمثيرات محددة موجودة في البيئة. فهي تركز على كيفية تعلم السلوك وكيفية تعديله وتغييره كما يؤمن السلوكيون بالسلوك الظاهر القابل للقياس والملاحظة. (الزعيبي، 2003م، ص64)

أهداف العلاج السلوكي:

يهدف العلاج السلوكي بوجه عام إلى تقوية السلوك المتوافق، الذي يمكن أن يحل محل السلوك غير المتوافق مما يجعل الفرد يعيش حياة سعيدة ويتحقق ذلك الهدف عن طريق تعلم المسترشد عادات جديدة تعمل على تعديل سلوكه. أما الأهداف الخاصة للعلاج السلوكي فهي تختلف من مريض لآخر، و يوجد في العلاج السلوكي هدف وحيد مشترك، وإنما يقوم المعالج بعملية تفصيل الأهداف بما يناسب كل مريض ومشكلته، ولكن في جميع الحالات هناك هدف مشترك هو إيجاد شروط جديدة لتعلم تحسين أو تعديل السلوك، ويشترك المعالج والمريض في تحديد أهداف نوعية ومحددة للعلاج.

دور المعالج:

يعد الدفء العاطفي والاهتمام من الخصائص الهامة التي يجب أن تتوفر في المعالج السلوكي، لأنها تشجع المريض على الإستمرار في العلاج، ولا يفترض في المعالج أن يكون مشاركا للمريض في مشاعره أو مقدرًا لها، بل عليه أن يكون متقبلاً للمعالج، ويقوم المعالج السلوكي بعدة أدوار تتوقف على أهداف المريض، ولكن بشكل عام فإن المعالج السلوكي يكون فعالاً ونشطاً جداً في العلاج، فهو يقوم بدور:

- 1-المستشار في تغيير السلوك.
- 2-الضابط والمتحكم في برنامج الإرشاد.
- 3-المصمم لإستراتيجيات التغيير.
- 4- المساعد والدافع لعمليات التغيير.
- 5-وهو مدر لتوضيح المشكلة.
- 6-ويمكن أن يكون نموذجاً للسلوك المرغوب فيه. (الخطيب، 2003م، ص379)

العلاج المعرفي: Cognitive Therapy

يعد العلاج المعرفي أحد الأساليب الحديثة في العملية العلاجية، وأفكاره مستقاة من أحد تخصصات علم النفس وهو علم النفس المعرفي. وكلمة معرفي هي نسبة إلى كلمة معرفة أو إدراك في هذا السياق تعني عدداً من العمليات الذهنية التي يتمكن بها المرء من معرفة أو إدراك العالم الخارجي وأيضاً الداخلي له فهذا النوع من العلاج يعتبر الخلل في جزء من العملية المعرفية وهي الأفكار والتصورات عن النفس والآخرين والحياة ويجعله مسؤولاً عن نشأة الأعراض النفسية. (مؤمن، 2003م، ص19)

تعريف العلاج المعرفي:

هو العلاج الذي يعتمد فيه على تصحيح الأفكار الخاطئة عند المريض وبأسلوبه الذي اعتاده في حل مشاكله إذ يعتمد لمعالج على العمليات العقلية للمريض كالتخيل والتذكر والانتباه بالنسبة للدوافع والانفعالات والسلوك.

ويعرفه البعض على أنه العلاج العقلاني أو العلاج العقلاني الانفعالي فهذا العلاج يكون معتمدا على المفاهيم الموجودة لدى المريض كما هي مشوهه وخاطئه بحث يتم إعادة بنائها وتشكيلها بمدركات تغير سلوكه بكل بساطه عن طريق صياغة أكثر واقعية للخبرات بواسطة تقنيات معرفية مختلفة. (مصطفى، 2000م، ص249)

أسس ومبادئ العلاج المعرفي:

1- ان المكلمات النفسية هي نتاج قوى حتمية أو اكتساب خاطئ أثناء التنشئة وكذلك وجود أخطاء في التفكير تؤدي إلى تحريف الواقع وعدم إدراكه ادراكا صحيحا.

2- ليس هناك تنشئة او معتقد أو فكر صحيح بدرجة مطلقة إذ تشوبها عراقيل تعوق وصولنا للحقيقة.

3- إن أخطاء التفكير ناتجة عن خبرات ومقدمات خاطئة.

4- تبعا للمواقف يكون سلوك الأفراد واستجاباتهم مع مراعاة الفروق الفردية.

5- للوصول لعلاج مشكلة الفرد المتمثلة في مضمونه الخاطئ الواقع يتبع نفس أسلوب علاج الفرد لمشاكله في حياته اليومية.

6- إن مرونة فكر الإنسان قابلة للتشكيل وإعادة البناء من جديد تجعله أكثر واقعية وقادر على إلغاء تفكيره المألوف. (مصطفى، 2000م، ص245)

أساليب العلاج المعرفي:

إذا كانت الإضطرابات التي يشكو منها العميل هي حسب تصورات (الليز) الأفكار اللاعقلانية واللامنطقية، فإن الخطوة الأولى في العلاج القائم على المدخل العقلاني هي:

1- تبصير المريض بأنه غير منطقي وغير عقلاني، وأنه يفكر طبقا لعدد من الأفكار الخاطئة. وتبصير المريض يعتمد على اقناعه واثبات ذلك له بالمنطق وبالأمثلة الواقعية ولا بد أن يقنع المريض بأنه غير منطقي لأن هذه هي الخطوة الأولى، ولن يستطيع أن يتقدم خطوة واحدة أن لم يتم انجاز هذه الخطوة.

2- تتضمن الخطوة الثانية في العلاج تبصير العميل بالعلاقة بين افكاره اللاعقلانية واللامنطقية وبين اضطرابه، ويعتمد المعالج هنا أسلوبا مباشرا وواضحا أقرب إلى الأسلوب التعليمي الذي يقدم به المعلم المعارف إلى الطلبة وعلى العميل أن يستفهم وأن يستوضح، ولكن المعالج يكون حاسما وحازما في هذه المرحلة حتى تتبين للمريض العلاقة بين أفكاره وأعراضه.

3- عندما يقتنع المريض بالعلاقة بين أفكاره وأعراضه يكون من السهل الانتقال إلى الخطوة الثالثة والتي تترتب منطقيا على هذا الاقتناع، وهي أن يترك العميل هذه الأفكار وأن يتخلى عن التصورات التي بنى عليها هذه الأفكار، وأن يأخذ في النظر إلى الأمور من زاوية جديدة غير تلك التي كان ينظر بها ويقيم من خلالها هذه الأمور (الليز) لا يتوقف عن تغيير الأفكار الخاطئة فقط. (كفاي، 1999م، ص327)

العلاج السلوكي المعرفي:

مقدمة:

نشأ العلاج السلوكي المعرفي من حوالي عشرين سنة بواسطة الأخصائي النفسي أرون بيك وزملائه في الولايات المتحدة، هذا العلاج اهتماما واضحا بالمشاعر والتجارب الذاتية للفرد. (عكاشه، 2000م، ص265)

ويعد العلاج المعرفي السلوكي شكلا من أشكال العلاج النفسي الحديث نسبيا ويركز على كيفية ادراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها واعطاء المعاني لخبراته المتعددة، ويستند هذا النوع على نموذج التشغيل المعرفي للمعلومات (العمليات العقلية) الذي يرى أنه من خلال فترات التوتر النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر جمودا أو أكثر تشويها وتصبح أحكامه مطلقة ويسيطر عليها التصميم الذائد كما تصبح المعتقدات الأساسية للفرد حول نفسه والعالم من حوله محدده بدرجة كبيرة، ويمثل العلاج السلوكي المعرفي في هذا الإطار شكلا من أشكال العلاج يتسم بالفاعلية والتنظيم، كما يتحدد أيضا بوقت معين وهو عملية تتسم بالتعاون بين المعالج والمريض في سبيل دراسة معتقدات المريض المرتبطة بسوء التوافق والتكيف ونماذج تخيلاته وتفكيره وفحصها والتوصل إلى الاستنتاجات البديلة الأكثر فاعلية، ويستمد هذا الأسلوب العجي من أعمال (أرون بيل A. Beck) وأعمال اليس (A. Ellis) ومنذ ذلك الوقت العلاج السلوكي المعرفي يلقي تأيدا للجوانب النظرية التي قدمها بيك وتطبيقاته المتعددة وذلك على مدى واسع من التشخيصات الاكلينيكية. (عبدالله، 2000م، ص20)

تعريف العلاج السلوكي المعرفي:

إن العلاج المعرفي السلوكي نوع من العلاج بسيط وواضح، حيث يتدرج تحته عائلة من التدخلات والمعارف التي تؤثر بشكل سبب وقوى في الوجدانيات والسلوكيات ومن ثم تسهم في حل المشكلات النفسية، وتعتمد أساليب العلاج على الإضطراب المستهدف. (إساجي، 2012م، ص1)

هو إزالة الأعراض المرضية مباشرة، دون البحث عن الصراعات النفسية والصدمات الطفلية كما متبع التحليل النفسي، ولكن هذا العلاج السلوكي المعرفي يهتم إهتماماً واضحاً بالمشاعر والتجارب الذاتية للفرد. (زهران، 1987م، ص207)

الأسس النظرية للعلاج السلوكي المعرفي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً يعمل على الدمج بين العلاجي المعرفي بفنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات، ويعتمد إلى التعامل مع الإضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد إذ يتعامل معها معرفياً وانفعاليات وسلوكياً بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفي أو الإنفعالي أو السلوكي كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة واعتقادات للاعقلانية مختلفة وظيفياً تعد هي المسؤولية في المقام الأول عن تلك الإضطرابات التي يعاني منها المريض وما يترتب عليها من ضيق وكره وبنفس المنطق يتحمل المريض مسؤولية شخصية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية و تعديلها واستبدالها بأفكار واعتقادات أخرى تتسم باللاعقلانية والتواؤمية. (محمد، 2000م، ص17)

ويعتمد هذا الإتجاه العلاجي على الإقناع الجدلي التعليمي بما يضمنه من فنيات عديدة في تقديم منطق العلاج وشرحه للمريض وإقناعه بضرورة الإلتزام في العلاج وقيامه بالدور المناط به، وتوضيح العلاقة بين الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية من ناحية وبين ما يعاني المريض منه سواء تمثل ذلك في إضطرابات أو ما يترتب عليها من مشاعر سلبية تحد من أدائه الوظيفي في مختلف المجالات ويتم مثل هذا الإقناع

من خلال عملية تعليم وتعلم تستند في المقام الأول على العلاقة العلاجية التي تنشأ بين المعالج والمريض ومدى القوة التي تتسم بها. (محمد، 2000م، ص17)

مراحل وخطوات الإرشاد السلوكي المعرفي:

تشتمل عملية الإرشاد السلوكي المعرفي على ثلاث مراحل أساسية هي:

1/ الملاحظة الذاتية:

تكون للمسترشد قبل حضوره للإرشاد أحاديث ذاتية سلبية وتخيلات غير مناسبة، وأثناء عملية الإرشاد يحاول المرشد مساعدة المسترشد في جعله أكثر وعياً، ويحثه على التركيز في أفكاره ومشاعره وردود فعله الفسيولوجية، والسلوكيات المتصلة بعلاقاته مع الآخرين وتؤدي هذه العملية إلى أبنية معرفية جديدة عند المسترشد تسمح له بأن ينظر إلى المشكلات الخاصة به في صور مختلفة جديدة وأن يبني أفكارا وسلوكيات صحيحة.

2/ الأفكار والسلوكيات غير المناسبة (البدء بحوار داخلي جديد):

إن ملاحظة المسترشد لذاته تتضمن حديثاً داخلياً مضمونه إذا كان سلوك المسترشد مطلوباً تغييره، فينبغي أن يكون ما يقوله لنفسه أو يتخيله يولد سلسلة جديدة غير متناسبة مع سلوكياته غير المتوافقة (السلوكيات المشككة) ويؤثر الحديث الداخلي مع الترجمة التي يشتمل عليها الإرشاد على الأبنية المعرفية لدى المسترشد مما يساعده على تنظيم خبراته حول التصور الجديد بطريقة تؤدي إلى مواجهة أكثر فاعلية.

3/ تطوير الجوانب المعرفية الخاصة (تعلم مهارات جديدة):

تتضمن هذه المرحلة قيام المسترشد سلوكيات التعامل (المواجهه) على أساس يومي، وكذلك الأحاديث الذاتية حول نتائج هذه التجارب الشخصية فما يقوله المسترشد لنفسه حول السلوكيات الجديدة التي إكتسبها، والنتائج المترتبة عليها سيؤثر على عملية التغيير، ويتوقف نجاح الإرشاد على مدى التغيير الذي يحدث في السلوك وفي الأحاديث

الداخلية ولذلك فإن عملية الإرشاد الفعال تتضمن مهارات سلوكية جديدة، وأحاديث داخلية جديدة وبنية معرفية جديدة. (عزت، 2003م، ص77)

الإتجاه المعرفي السلوكي في العلاج:

يعد العلاج السلوكي المعرفي من أشكال العلاج النفسي نسبيا، ويركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، واعطاء المعاني لخبراته المتعددة ويستند هذا النمط العلاجي على نموذج التشغيل المعرفي (العمليات العقلية) الذي يدي أنه خلال فترات التوتر النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر جمودا وأكثر تشويها، وتصبح احكامه مطلقة ويسيطر عليها التعميم الذائد، كما تصبح المعتقدات الأساسية للفرد حول نفسه والعالم من حوله محدد بدرجة كبيرة ويمثل العلاج السلوكي المعرفي في هذه الإطار شكلا من أشكال العلاج يتسم بالفاعلية والتنظيم، كما يتحدد أيضا بوقت معين، وهو عملية تتسم بين المعالج والمريض في سبيل دراسة معتقدات المريض المرتبطة بسوء التكيف والتوافق، ونماذج تخيلاته ونماذج التفكير لديه وفحصها والتوصل إلى الاستجابات البديلة الأكثر فاعلية، كما يتم التعامل مع معتقدات العميل على أنها فروض تتم دراستها من خلال الفحص اللفظي والتجارب السلوكية، وتتحدد أهداف هذا النمط العلاجي في تعليم المريض أن يصحح أداءاته المعرفية الخاطئة والمشوّهة، أي أن تلك الأهداف تتمثل في تحيح التشغيل الخاطئ للمعلومات وفي تعديل الأفكار والأعتقادات والافتراضات المختلة وظيفيا والتي تعمل على الإبقاء على أنماط السلوك والإنفعالات ويستخدم هذا النمط العلاجي في سبيل تحقيق تلك الأهداف إستراتيجيات معرفية وسلوكية. (محمد، 2000م، ص21)

أسس ومبادئ العلاج السلوكي المعرفي:

يشير العلاج المعرفي السلوكي إلى مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تشترك في إفتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك، وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية السلوكية ويختلف هذا الأسلوب العلاجي عن علاج الاستبصار التقليدي في أن معارف الـ (هنا والآن) النوعية تكون الهدف في التغير من خلال إجراءات نوعية أكثر من التأكيد على الماضي كسبب للصعوبات الحالية، وتشتمل العمليات المعرفية على طرق تقييم وتنظيم المعلومات عن البيئة والذات وطرق تعلم تلك المعلومات التغلب على المشاكل أو حل المشكلات، وطرق التنبؤ بالأحداث المستقبلية وتقييمها وجدير بالذكر أن هناك مجموعة من المبادئ تمثل أساس الإتجاه المعرفي السلوكي في العلاج تتضمن المعالج والعميل والخبرة العلاجية وما يرتبط بكل منها من جوانب وتتمثل تلك المبادئ فيما يلي:

- 1- أن العميل والمعالج يعملان معا في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول.
- 2- أن المعرفة لها دورا أساسيا في معظم التعلم الأنساني.
- 3- أن المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سيي.
- 4- أن الإتجاهات والتوقعات والعزو والأنشطة المعرفية الأخرى لها دورا أساسيا في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.
- 5- أن العمليات المعرفية تندمج معا في نماذج سلوكية. (محمد، 2000م، ص23)
- 6- يركز العلاج المعرفي السلوكي بصورة عامة على التعامل مع أعراض الإضطراب النفسي الذي يعاني منه المريض أكثر من تركيزه على العوامل التي تعزى إليها هذه الأعراض.
- 7- يعلم العلاج المعرفي السلوكي المريض كيف يتعرف على الأفكار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقومها ويستجيب لها.

- 8- العلاج المعرفي السلوكي علاج مكثف قصير المدى يتم علاج معظم الحالات في مدة تتراوح ما بين (4-12) جلسه وقد يستمر إلى فترة أطول من ذلك.
- 9- يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات متعددة لإحداث تغييرات في التفكير المزاج السلوك، يستخدم في العلاج السلوكي المعرفي بالإضافة إلى الفنيات المعرفية الأساسية مثل الأسئلة الجدلية (السقراطية) والفنيات السلوكية.
- 10- العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي، يهدف إلى جعل المريض معالجا لنفسه. (المحارب، 2013م، ص35)

أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

- 1- تحديد المشكلات في مصطلحات سلوكية.
- 2- مساعدة العملاء على إدراك دور الأحداث وتأثيرها على السلوك.
- 3- العمل على تقييم التغييرات السلوكية والمعرفية .
- 4- إحداث تغيير في البناء المعرفي.
- 5- تحقيق التفاعل بين العوامل المعرفية والعوامل الأخرى المرتبطة بالأداء الإجتماعية للعميل. (زيدان وآخرون، 2016م، ص258-259)

نماذج العلاج المعرفي السلوكي:

تزايد الإهتمام منذ السبعينات بهذا المنحنى العلاجي وبرز في هذا السبيل ثلاثة نماذج علاجية لها الريادة بيك Beck واليس Ellis وميوشبوم Meicnenbaum ستتناول الباحثة هذه النماذج بالتفصيل:

أولاً: نموذج بيك Aaron T.Beck

يرى بيك 1960م أن الأبنية المعرفية تميز الإضطرابات الإنفعالية وتؤثر على إدراكات الفرد والتفسيرات التي يقدمها للأشياء والذاكرة ويتم إدراك الخبرات في ضوء

علاقتها بالأبنية المعرفية للفرد. ومن المحتمل أن يتم تشويه تلك الخبرات حتى تتناسب مع هذه الأبنية ويهتم بيك بالأفكار الأتوماتيكية السلبية أي التي تظهر وكأنها منعكسات آلية وتبدو معقولة جدا من وجهة نظر العميل وبالتالي تقاوم التغيير (بيك، 1960م). ويذهب بيك إلى أن الأفكار الأتوماتيكية تؤدي إلى التشويه المعرفي الذي يعد نتيجة لها. ومن أمثله التمثل الشخصي (Pevsonali Zation) أي تفسير الأحداث من وجهة النظر الشخصية للمريض.

والتفكير المستقطب Polarized أي المتمركز عند أحد طرفين متناقين أما أبيض أو أسود، والاستنتاج التعسفي أي الاستدلال اللامنطقي، والمبالغة في التعميم أي تعميم نتيجة معينة على كل المواقف على أساس حدث منفرد، والتضخيم والتجسيم والعجز المعرفي. وإذا كان العلاج وفقا لهذا النموذج يهدف إلى التعامل مع التفكير اللامنطقي الخاطئ والتشويهات المعرفية، والتعامل مع المشكلات المختلفة والسعي إلى تخفيضها، فإنه يعتمد على عدة أسس أو مبادئ هي المشاركة العلاجية، وتوطيد المصادقية مع العميل وتقليل أو اختزال المشكلة أي تقسيمها إلى وحدات يسهل تناولها، ومعرفة كيفية العلاج وذلك باستخدام فنيات عديدة بعضها معرفي مثل المناقشة والمراقبة الذاتية والتباعد الذي يجعل تفكير العميل وتقييمه للواقع موضوعيا وإعادة التقييم المعرفي، والعلاج البديلي (مناقشة الأسباب) وبعضها تجريبي كالأستكشاف الموجه والتعريض وبعضها آخر سلوكي كالواجبات المنزلية والنمذجة والتخيل (تخيل الموقف الصدمي) ولعب الدور ويرى بيك أن التكتيكات السلوكية ذات فاعلية لأنها تؤدي إلى تغيرات اتجاهيه ومعرفية لدى الحالات العملية. (Judiths , Beuke,2005).

وفي نموذج بيك للعلاج العرفي السلوكي فإن الأسلوب العلاجي يهدف إلى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكرب وذلك من خلال التعرف على المفاهيم

الخاطئة وتحديدها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها، أي أن تعديل السلوك من هذا المنطق يعتمد على تعديل التفكير وتصحيحه. (Judiths,Beuke,2005).

ويستخدم نموذج بيك في العلاج المعرفي السلوكي عددا من الأساليب منها:

- 1- التعرف على الأفكار التلقائية السالبة والعمل على تصحيحها أو ضجها.
- 2- مك الفراغ: بعد التخلص من الأفكار يكون هناك فراغ بين المثير والاستجابة يمكن أن يقوم المعالج بملئها من خلال تعليم العميل أن يركز على تلك الأفكار التي تحدث أثناء معايشة المثير والاستجابة.
- 3- الوصول إلى دقة الاستنتاجات: ويتم بتدريب العميل وتعليمه كيفية الحصول على المعلومات الدقيقة وأن تتسم استنتاجاته في المواقف المختلفة بالواقعية .
- 4- التخلي عن المطالب وذلك من خل التخلص من الواجبات المطلقة.
- 5- التحويل: ويعني تحويل إهتمام العميل من الواجبات إلى أوجه نشاطات أخرى (فنية - رياضية - اجتماعية).
- 6- التحصين التدريجي: تشجيع العميل على مواجهة مواقف القلق تدريجيا. (Judiths.Beak.2005)

ثانيا: نموذج إليس (Allert Ellis)

صاغ إليس الأساس المعرفي السلوكي في معادلة مبسطة أطلق عليها ABC ويرى أنه حينما تتبع نتيجة مشحونه انفعاليا (C) حدثا منشطا له دلالة (A) فإن ذلك الحدث قد يبدو أنه هو السبب في تلك النتيجة، ولكنه ليس كذلك في الحقيقة وإنما اعتقادات الفرد (B) هي التي تسبب تلك النتائج الانفعالية (O).

ويرى إليس أن هناك تداخلا وتشابكا بين الانفعال والتفكير، وأن الفرد يفكر ويشعر ويتصرف في ذات الوقت ونادرا ما يحدث أحد هذه المكونات دون الآخر. حيث أنه

عندما يدرك الفرد موقفا معينا يؤدي ذلك إلى إثارة الانفعالات وهذا ما دفع إليس إلى القول بأن الفرد عندما ينفعل فإنه يفكر ويتصرف أيضا وعندما يتصرف فإنه يفكر وينفعل في الوقت ذاته، وعندما يفكر فإنه ينفعل ويتصرف كذلك.

ويعتقد إليس الإضطراب النفسي والانفعالي ينتج عن التفكير اللاعقلاني واللامنطقي ومن ثم فهو يرى أن الأفكار اللاعقلانية هي التي تسبب الإضطرابات المختلفة. ويعتقد إليس أن التخلص من الإضطرابات العصابية تكمن في تعديل التفكير اللاعقلاني واستبداله بتفكير عقلاني. (عبدالله، 1999م)

هذا وتتمثل أهداف العلاج من وجهة نظر إليس في خفض حدة الإضطرابات إلى أقل حد ممكن ومساعدة العميل على التحليل المنطقي والإضطرابات بما يساعد في ذلك تحقيق الهدف الأول.

إضافة إلى تحقيق قدر مناسب من الصحة النفسية يحقق للفرد التوافق ويجعل منه انسانا سويا ويتمثل دور المعالج عند إليس في مساعدة العميل على التخلص من الأفكار والاتجاهات اللاعقلانية واللامنطقية وأن يحل محلها أفكارا واتجاهات عقلانية ومنطقية وذلك وفقا لأربع خطوات هي:

1- أن يوضح المعالج للمريض أن تفكير لاعقلاني وأن يساعده على فهم كيف ولماذا يصبح لذلك مع بيان العلاقة بين مثل هذه الأفكار اللاعقلانية والتعاسة والاضطراب الانفعالي.

2- أن يوضح المعالج للمريض أن استمرار الاضطراب يعد رهنا بالاستمرار في التفكير بنفس الطريقة اللامنطقية.

3- أن يساعد العميل على تبني فلسفة للحياة أكثر عقلانية بحيث يمكن له أن يتحاشى الوقوع ضحية أفكار أخرى لامنطقية ولاعقلانية.

4- أن يساعد العميل على استبدال تلك الأفكار اللاعقلانية بأفكار أخرى تتسم بالعقلانية والمنطقية. (عبدالله، 1999م)

ثالثاً: نموذج ميتشنيوم Donaldmei chehbaum

يعرف هذا النموذج بنموذج التحصين ضد الضغوط النفسية ويستخدم خلاله تعليمات تجريبية تتمثل في الحديث الذاتي وهو ما يعد ابتعاداً عن الإشراف الإجرائي حيث يتم إدخال عنصر معرفي في العلاج. وقد كشف استخدام هذه التعليمات الذاتية من جانب ميتشنيوم مع مرضى الفصام والاطفال زائدي النشاط والماندفعين عن حدوث قدر معقول من التحسين حيث يتم تعديل كم كبير من تلك السلوكيات. (عبدالله، 1999م) وتشمل عملية العلاج وفقاً لهذا النموذج على ثلاث مراحل هي:

1- الملاحظة الذاتية: وفيها يقوم العميل بتحديد ما لديه من أحاديث سلبية ذاتية أو تخيلات غير مناسبة كما يركز على أفكاره ومشاعره وردود فعله الفسيولوجية وما يتصل بعلاقاته الشخصية من سلوكيات.

2- توكيد سلوكيات جديدة تتنافر مع السلوكيات القديمة وفي هذه المرحلة يدرك العميل أن ما يردده في نفسه من أحاديث ذاتية يجب أن تعمل على توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع سلوكياته غير المتوافقة المراد تغييرها على أن يؤثر هذا الحديث الذاتي على الإنتباه والتقدير والاستجابات الفسيولوجية واستشارة سلوكيات جديدة. مما يؤثر على ابنية العميل المعرفية ويؤدي إلى تغيير سلوكيات المشكلة.

3- تطوير الجوانب المعرفية المتصلة بالتغيير: وتتضمن هذه المرحلة قيام العميل بسلوكيات المواجهه والأحاديث الذاتية بصورة يومية ولا يلغي التركيز على المهارات السلوكية فقط بل يتم التركيز أيضاً على الأحاديث الداخلية الجديدة والأبنية المعرفية

الجديدة ومن ثم يحدث تطوير للجوانب المعرفية التي تتعلق بالتغيير ومن الطرق والأساليب الفنية التي يعتمد عليها النموذج العلاج ما يلي:

1- التقرير المعرفي للسلوك.

2- إدخال العوامل المعرفية في أساليب العلاج السلوكي.

3- التدريب على التحصين ضد الضغوط.

4- إعادة الأبنية المعرفية. (عبدالله، 1999م)

فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي هو أحد الأساليب العلاجية الحديثة التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للإضطرابات النفسية ويهدف هذا الأسلوب إلى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكرب وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والاشارات الذاتية الخاطئة وتحديدها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها ويتوقف تحقيق هذا الهدف على وجود علاقة علاجية دافئة بين المعالج والمريض الذي يجب أن يتصف بالقبول والتقبل والود والدفء والتعاون والمشاركة لوجدانية، وأن يقوم المعالج بتدريب المريض وتعليمه كيفية التعرف على المشكلات وحلها، وعلى مكوناتها الأساسية وأسبابها وعلاقتها بالإضطراب (عبدالله، 2000م، ص67-69)

وهناك العديد من الأساليب العلاجية التي تستخدم خلال الاتجاه المعرفي السلوكي

منها:

1- فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها:

يقصد بالأفكار التلقائية تلك الأفكار التي تسبق ميثاره أي انفعال غير سار، وهذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية، وأحيانا دون أن يلاحظها الشخص، وهي أفكار غير معقولة وهي السبب في الانفعال غير الصحيح بحدث معين، والأفكار

التلقائية هذه تكون دائما ذات صفة سلبية بحدث أو حالة معينة وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية وتهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف على تلك الأفكار ومن ثم تبديلها بأفكار إيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة. (يحي، 2003م)

2- فنية المراقبة الذاتية:

يقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة أو نماذج معدة مسبقا من المعالج وفقا لطبيعة مشكلة المريض ويحرص المعالج على البدء في استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن، خلال عملية التقييم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المريض والاستمرار في استخدامها لمتابعة العملية العلاجية. (المحارب، 2000م، ص118)

وترى الباحثة أن المراقبة الذاتية تؤدي إلى إنخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض لأن المعالج يعمل على تصحيح هذه السلوكيات.

وإستخدمت الباحثة هذه الفنية في الواجبات المنزلية لكل مريض والطلب منه تسجيل الأفكار التي تنتابه.

3- فنية التعريض:

هو مكون رئيسي في العلاج المعرفي السلوكي وكذلك في العلاج السلوكي لإضطراب القلق فقد وجد الباحثون في هذا المجال، أن التعريض المستمر للمثيرات التي تسبب القلق لدى الفرد ينتج عنه تشتت استجابة القلق لدى الفرد الذي يعاني من القلق.

فالتعريض له عدة أشكال يتخذها منها :

- التعريض التخيلي، والمتدرج والتعريض في الحب (الواقع) وهذا النوع يكون دون تدرج.

- ويعود الهدف من هذه الفنية إلى التأثير على الأعراض السلبية للقلق بإطفائها وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية ومواجهة سلوك التجنب الذي هو معزز للقلق من ناحية أخرى. (سعفان، 2006م، ص141-142)

4- فنية التخيل:

تقوم هذه الفنية على إفتراضين أساسين هما:

أ/ يكتب القلق وفق قوانين الإشرط الكلاسيكي .

ب/ يولد القلق السلوك التجنبي الذي يتعزز بدوره عن طريق مستوى القلق. حيث أن المثيرات التي تقترن بالألم أو الحرمان تحدث ردود فعل إنفعالية سلبية، وهذه الإنفعالات بدورها تؤدي إلى استجابات تحثية دفاعية تعزز الاستجابات الدفاعية التي تؤدي إلى إزالة أو إيقاف المثير الشرطي، الذي يبعث على الخوف والقلق بنجاح. (الخطيب، 2003م، ص360)

واعتمادا على ذلك صممت الباحثة جلسة إرشادية تطلب في هذا الإجراء من العميل تخيل مشهد أو منظر غير سار مثلا أنه سيموت في العملية ويصف مشاعره مع مراعاة الباحثة وملاحظة تعابير وجه المريض إذا أظهر العميل إستجابة سالبة عندئذ يطلب من العميل أن يتخيل مشهدا سارا ويصف مشاعره وايضا ملاحظة الباحثة لتعابير وجهه واستجاباته مثلا يطلب من المريض تخيل أنه طلع من العملية بسلام ويتخيل زيارة أهله له بعد العملية والتهيئة بالشفاء له. هنا يدرك العميل التغيير في محتوى أفكاره وبالتالي يمكن أن يغير مشاعره إذا غير أفكاره السلبية. ومن هنا ترى الباحثة أن هذه الفنية تساعد العميل في تغيير الأفكار السلبية التي تؤدي إلى مشاعر سلبية وابدالها بأفكار أخرى أكثر إيجابية.

5- فنية الواجبات المنزلية:

تلعب الواجبات المنزلية دورا هاما في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص في زيادة فعالية العلاج المعرفي السلوكي، إذ أنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختم بها المعالج السلوكي المعرفي كل جلسة علاجية وتساهم في تحديد التعاون والألفة القائمة بين

المعالج والعميل، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لإكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها العميل. وترى الباحثة إن هذه الفنية تشاعد العميل على ممارسة مهارات جديدة تساعد المريض على التوقف عن الأفكار السلبية. كما أنها تعتبر جزءاً لنتائج الجلسات الإرشادية وفعاليتها.

6- فنية الأسئلة السocraticة والإكتشاف الموجه:

العلاج المعرفي السلوكي عملية تجريبية تعاونية، يشترك فيها المعالج والعميل في وضع أهداف العلاج وجدول أعمال كل جلسة بطريقة شبه الطريقة العلمية لفحص الفروض. ويتم فحص هذه الفروض باستخدام الأسئلة السocraticة (نسبة إلى سقراط) من قبل المعالج بدلاً من التحدي المباشر لأفكار العميل وإعتقاداته إلى جانب الفنيات المعرفية السلوكية الأخرى وفي الأسلوب الأول من أساليب هذه الفنية يقدم المعالج وجهة النظر البديلة على العميل مباشرة. (المحارب، 2000م، ص123)

7- فنية النمذجة:

يعتبر التعلم بالنمذجة من أهم الأساليب المستخدمة في تعلم العديد من المهارات الاجتماعية وذلك من خلال التعرف على النماذج السوية في البيئة والاقتراء بها فالمعالج يعرض على العملاء النماذج المرغوب تعلمها في سلوكهم فيقومون بتقليدها بعد ملاحظتها مع تعزيز ادائهم للسلوك ومن استخدامات النمذجة زيادة السلوك الإيجابي وخفض السلوكيات العدوانية غير المرغوبه. (المحارب، 2000م، ص123)

8- فنية التدريب على الاسترخاء:

يستخدم الاسترخاء في الطب والعلاج النفسي وعلم النفس الاكلينيكي بأساليب متعددة منذ فترة طويلة ففي سنة 1929م أبدى طبيب نفسي اسمه جسيكبون إهتمامه بإكتشاف طرق الاسترخاء العضلي بطريقة منظمة في كتابه (الاسترخاء التصاعدي)

قرر أن استخدام هذه الطرق يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة بين المرضى بالقلق وجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي اليوم على فائدة التدريب على الاسترخاء في تخفيض القلق وتطوير الصحة النفسية. وفي الولايات المتحدة نجد أن كثيرا من المعالجين النفسيين يستخدمون هذه الأساليب ويطورون أساليب أخرى للتدريب على الإسترخاء.

يعرف الاسترخاء بأنه توقف كامل لكل الانقباض والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. والإسترخاء بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهري أو حتى النوم، لأنه من النادر أن تجد شخصا ما يرقد على أريكه أو سرير لساعات معدودة لكنه لا يكف مع ذلك عن ابداء كافة العلامات الدالة على الإضطراب العضوي والحركي مثل عدم الاستقرار الحركي والتلقب المستمر والذهن المشحون بالأفكار والصراعات. (ابراهيم، 1994م، ص154-155)

وبإيجاز ترى الباحثة مما سبق أن الهدف من العلاج المعرفي السلوكي هو تصحيح الأفكار الخاطئة لدى المريض والتعامل مع التفكير غير المنطقي وتصحيح صورة الواقع في نظره وبذلك يصبح التفكير منطقيا معتمد في ذلك على أسس أهمها الاطار النظري المتلخص في فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي لتعديل أفكار العميل المشوهة على أن يحل محلها طرقا أكثر ايجابية وذلك من أجل أحداث تغييرات معرفية سلوكية لدى العميل.

وترى الباحثة أن العلاقة الايجابية بين المعالج والعميل هي من الأسس العامة للتوصل إلى علاج ناجح.

المبحث الثاني

القلق والخوف

مقدمة:

يصف كثير من الناس عصرنا الحالي بأنه عصر القلق والتوتر على المستويين الفردي والجماعي، لأنه عصر يتميز بأنه ذو ايقاع سريع، تسريد القلب، كما تكثر فيه الصراعات والتوترات والضغوط النفسية، وهناك ثمة اتفاق بين المشتغلين بعلم النفس والطب النفسي في أن القلق يمثل عصب الحياة النفسية السوية وغير السوية ويعد المدخل الجوهرى لدراسة الصحة النفسية للإنسان.

تعريف القلق:

أ/ التعريف اللغوي: قلق ، القلق ، الانزعاج. يقال: بات قلقا أو ألقه غيره. والقلق هو الإنزعاج وعدم الثبات، وأقلق الشئ من مكانه أو قلقه، حركه والقلق أن لا يستقر الفرد في مكان واحد، فهو الاضطراب. (ابن منظور، 2003م)

ب/ التعريف الإصطلاحي: هو شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والثور مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة. (علي، 2010م، ص188)

كما يعرف على أنه حالة داخلية مؤلمة من العصبية والتوتر والشعور بالرغبة ويكون مصحوبا بإحساسات جسمانية مختلفة واستجابات مثل سرعة دقات القلب والخفقان والعرق والارتعاش واضطرابات المعدة. (جاسم، 2009م، ص241)

كما وصف القلق بأنه حالة من التوتر الشامل المستمر نتيجة لتوقع خطي فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحب هذه الحالة شعور غامض بالخوف وغالبا ما تكون

أعراض الكثير من الإطرابات النفسية وفي بعض الحالات قد تغلب حالة القلق فتصبح هي نفسها اضطراباً نفسياً أساسياً. (عبدالسلام، 2005م)

من خلال التعريفات السابقة لاحظت الباحثة أن جميع التعريفات اتفقت على أن القلق حالة داخلية مؤلمة غير سارة مصحوبه بأعراض نفسية وجسمية.

أسباب القلق:

- 1- الاستعداد الوراثي: وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.
- 2- عدم التطابق الذات والواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات. (جاسم، 2009م، ص244)
- 3- الاستعداد النفسي (الضعف النفسي العام) والشعور بالتهديد الداخلي والخارجي الذي تفرضه الظروف البيئية بالنسبة لمكانه الفرد وأهدافه والتوتر النفسي الشديد والالزمات أو المتاعب والخسائر المفاجئة والصدمات النفسية.
- 4- مواقف الحياة الضاغطة والضغوط الحضارية والثقافية والبيئة الحديثة ومطالب ومطامح البشرية المتغيره. (فهيم، 2010م، ص190)
- 5- الأسباب الفسيولوجية: ترى النظريات الحديثة أن معظم الأمراض النفسية وخاصة القلق ناتجة عن خلل في توازن الوصلات العصبية كما أن القلق يتميز بدرجة عالية في الانتباه والتحفيز مع بطء التكيف مع الموقف ويعتبر المركز الأعلى لتنظيم الجهاز العصبي اللاإرادي هو الهيوثلاموس وهو مركز التعبير عن الإنفعالات وهو على إتصال دائم بالمخ الحشوي الذي هو مركز الإحساس بالانفعال وكذلك على اتصال بقشرة المخ لتلقى العمليات التكيف مع المنبهات الخارجية، فهناك دائرة متصله من خلالها نعبر ونحس بانفعالاتنا وهذه الدائرة تعمل من خلال شحنات كهربائية ومواد كيميائية. (عدس، 2000م)

6- عامل السن: إن لعامل السن أثر في نشأة القلق وهذا له صلة بمدى نضوج الجهاز العصبي حيث يختلف ذلك من مرحلة إلى أخرى فيظهر القلق لدى الأطفال بأعراض مختلفة عن الراشدين. (عكاشة، 2003م)

أعراض القلق:

تنقسم أعراض القلق إلى عدة أقسام:

1/ أعراض جسدية:

وتشتمل على الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة وتوتر العضلات والنشاط الحركي الزائد التعب والصراع المستمر الذي لا يهدئه الأسبرين، تصيب العرق وعرق الكفين وإرتعاش الأصابع وبرودة الأطراف وشحوب الوجه، وسرعة النبض والخفقات وآلام الصدر، وإرتفاع ضغط الدم، اضطراب التنفس وعسره، ونوبات التنهد وزيادة مرات الإخراج والانتفاخ وعسر الهضم وجفاف الفم، فقد الشهية- نقص الوزن.

2/ أعراض نفسية:

وتشتمل التوتر العام والشعور بعدم الراحة، والحساسية النفسية الزائدة وسهولة الاستثارة والهياج وعدم الاستقرار والشك والارتياب والتردد في إتخاذ القرارات والتشاؤم وتوهم المرض والشعور بقرب النهاية والخوف من الموت، وضعف التركيز وشروذ الذهن. (زهران، 2005م)

3/ أعراض نفسجسمية:

نعني بذلك الأعراض العضوية التي يسببها أو يلعب في شأنها القلق النفسي دورا مهما أو الأعراض العضوية التي تزيد عند التعرض لانفعالات القلق النفسي ومن أهم الأعراض، إرتفاع ضغط الدم والزبحة الصدرية وجلطة الشرائيين التاجيه بالقلب

والبول المتكرر وسكر البول وقرحه المعدة والصداع النصفي وفقدان الشهية العصبي.
(زهران، 2005م)

النظريات المفسرة للقلق:

تناولت العديد من مدارس علم النفس قديمها وحديثها تفسيرات مختلفة للقلق منها:

أولاً: النظرية التحليلية

رائد هذه النظرية هو سيجموند فرويد أهتم فرويد بدراسة ظاهرة القلق، وحاول أن يعرف سبب نشأته عند الفرد وقسم القلق إلى ثلاثة أنواع:
أ/ القلق الواقعي: وينتج عن أخطاء واقعية محيطة بالفرد.
ب/ القلق الأخلاقي: وهو متعلق بالضمير وينتج عن الصراع مع الآنا والأعلى.
ج/ القلق العصابي: وهو عبارة عن خوف من عدم التحكم في رغبات الهو وعدم قدره علة ضبطها فهو رد فعل لخطر غريزي داخلي.

حيث فرق فرويد بين القلق الموضوعي والقلق العصابي (الأساسي) غير أن الأول معلوم المصدر والثاني مجهول المصدر وغامض وكلاهما رد فعل لحالة خطر وملخص النظرية التحليلية في تفسير القلق هو أن البيئة التي يعيش فيها الفرد تسهم بدرجة كبيرة في نشأة القلق وذلك نتيجة للإحباط والصراعات الداخلية. وكلما كانت بيئة الفرد مشبعة لإحتياجات مساهم ذلك في خفض درجة القلق لديه. (السيد، 2001م، ص20-21)

ثانياً: المدرسة السلوكية

قامت النظرية السلوكية على تحليل السلوك إلى وحدات من المثير والاستجابة والقلق في التصور السلوكي يمدنا بأساس دافعي للتوافق، ما دام أننا نخبره كخبر غير سار وأي خفض للقلق ينظر له كهدف له أهميته، كما ينظر للقلق أيضا باعتباره يمدنا بأدلة تستثير ميكانزيمات متعددة للتوافق.

ويرى السلوكيات (باخولف- واطسون) أن القلق يقوم بدور مزدوج فهو من ناحية يمثل حافظاً ومن ناحية أخرى يعد مصدر تعزيز وذلك عن طريق خفض القلق ولعل أهم ما أكده السلوكيون أن القلق هو إستجابة شرطية مؤلمة تحدد مصدر القلق عند الفرد. (السيد، 2001م، ص20-21)

فينظر رواد هذه المدرسة إلى القلق على أنه سلوك بيئي متعلماً تحت التدعيم الإيجابي والسلبي ويؤكدون على أن القلق ليس فطرياً وإنما هو مكتسب من البيئة. (كامل، 1999م)

ثالثاً: النظرية الفسيولوجية

يرى دارون أن الخوف والقلق لهما دوراً في الحفاظ على الكائن الحي فهو يعده لمواجهة الخطر فمصاحبات القلق البيولوجية والنشاط الفعلي يؤهله للهروب أو الدفاع عن النفس ويقوم الجهاز اليمتأوب بإعداد الإنسان لهذا النوع من القلق سريان الأدرينالين في الدم وإعادة توزيع تدفق الدم في الجسم وكذلك بعض المتغيرات الأخرى التي تدفع من قدرة الإنسان على مواجهة الموقف للدفاع عن النفس.

ويرى أصحاب الاتجاه الفسيولوجي تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة نشاط الجهاز العصبي اللارادي بنوعية السميتاوي والباراسميتاوي ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنورادرينالين في الدم ومن علامات تنبه الجهاز السميتاوي إرتفاع ضغط الدم لدى الفرد وتزايد ضربات القلب، وجعوظ العينين وزيادة العرق وجفاف الحلق وأحياناً رجوف في الأطراف أما ظواهر الباراسميتاوي فأهمها كثرة التبول والإسهال وإضطراب الهضم والشهية.

رابعاً: النظرية المعرفية

أشهر رواد هذا الاتجاه هم ألبرت أليس وآرون بيك ويريان أن الإضطرابات والانفعالات التي يبديها الناس، إنما هي ناتجة عن طريقتهم في التفكير، ولهذا وكزو

على عدم عقلانية التفكير وتشويش الواقع كأسباب أساسية للمرض النفسي حيث يرى بيك (Beck) أن ردود الفعل الانفعالية ليست إستجابات مباشرة ولا تلقائية للمثير الخارجي وإنما يجدي تحليل المثيرات وتفسيرها من خلال النظام المعرفي وقد ينتج عن ذلك عدم الاتفاق بين النظام الداخلي والمثيرات الخارجية مما يتسبب في الإضطرابات النفسية، ومنها اضطراب القلق.

إذ يرى علماء النظريات المعرفية إلى أن الاضطراب السلوكي، وهو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير التوافقية. (فايد، 2001م، ص31)

فالنموذج المعرفي يقوم على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه وكذلك إتجاهاته وآراؤه ومثله، تعد جميعا أمورا هامة لها صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو سلوكه المرضي. (عبدالله، 2000م، ص67)

ومن خلال عرض الباحثة النظريات السابقة ترى الباحثة أن هذه النظريات والتفسيرات المختلفة لا تعمل بمعزل عن بعضها، بل في تكامل وتفاعل مستمرين.

علاج القلق:

يختلف العلاج حسب الفرد وشدة القلق وسال العلاج المتاحة للفرد وتوجد هنا للأسس الهامة لعلاج القلق النفسي:

1- العلاج النفسي: يتبع في معظم الأحيان العلاج النفسي المباشر والمقصود به التفسير والتشجيع والإيحاء والتوجيه والاستماع إلى صراعات المريض. (فهمي، 2010م، ص200)

2- العلاج السلوكي: ويتم بتدريب المريض على الإسترخاء وبعد ذلك يقدم المنبه المثير للقلق بدرجات متفاوتة من الشدة أي طريق التحصين التدريجي.

3- العلاج الجمعي: ويعتمد على أبعاد المريض من مكان الصراع وعن المثيرات المسببه لإنفعاله. (Melinda smitn, Robert, 2017,1-2)

4- العلاج الكيميائي: لا يفيد العلاج النفسي منفردا في الحالات الحادة بل يجب إعطاء المريض كميات من المنومات والمهدئيات في بدء الأمر ثم بعد الراحة الجسمية يمكن البدء في العلاج النفسي.

5- العلاج الكهربائي: لا يفيد العلاج الكهربائي في علاج القلق النفسي إلا إذا كان يصاحبه أعراضا إكتئابية شديدة ولكن علاج القلق يحتاج لمعرفة الصراعات النفسية المختلفة مع العلاجات السابق ذكرها. أما المنبه الكهربائي فأحيانا ما يفيد في بعض حالات القلق النفسي المصحوبه بأعراض جسمية. (فهيمى، 2010م، ص201)

الخوف:

من بين الانفعالات التي يعيشها الانسان في حياته يعتبر الخوف واحدا من أكثرها شيوعا وتثيره مواقف عديدة لا حصر لها، تتباين تباينا كبيرا في حياة مختلف الأفراد. (الباحثة)

تعريف الخوف:

التعريف اللغوي: خوف: مصدر خاف - خوف فلانا أخافه، جعله يخاف، نزع، ارهبه. الخوف: انفعال في النفس يحدث لتوقع ما يرد من المكروه.(المعجم الوسيط، ط5، 2011م، المؤلف، مجمع اللغة العربية بالقاهرة، مكتبة الشروق الدولية)

التعريف الإصطلاحي: الخوف بصفه عامه انفعال من أهم الانفعالات الفطرية يولد بها كل كائن حي للحفاظ على وجوده. (عبدالباقي، 2010م، ص19)

هة خوف مرضي دائنم من وضع أو موضوع (شخص أو شئ أو فعل أو مكان) غير مخيف بطبيعته ولا يستند إلى أساس واقعي، ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه.

أعراض الخوف:

- 1- القلق والتوتر.
 - 2- ضعف الثقة في النفس والشعور بالنقص وعدم الشعور بالأمن والتردد وإضاعة الوقت بعمل ألف حساب لكل أمر والجبن وتوقع الشر.
 - 3- الإجهاد والصراع والإغماء وخفقان القلب.
 - 4- الأفكار الوسواسية والسلوك القهري. (عبدالسلام، 2005م، ص505)
- فيما يتعلق بترتيب الأفكار ومنطقية التفكير فالشخص الخائف لا يتسنى له أن يرتب أفكاره أو أن يراعى المنطق في النسق الفكري.
- وفيما يتعلق بالقسمات الوجدانية التي يتسم بها:

- 1- الغلب العاطفي.
- 2- التذبذب فيما بين الخوف والغضب.
- 3- الأحلام واقلام اليقظة.
- 4- تشنجات انفعالية.

ما يتعلق بالتذكر: أن الخائف لا يكون متمتعاً بنفس قوة الذاكرة التي اعتاد أن يتمتع بها وفي بعض الحالات التي يستولى فيها الخوف على بعض الأشخاص فإنهم ينسون أشياء أساسية في حياتهم أو ما يتعلق حتى بأشخاصهم بما في ذلك اسم أقرب الناس إلى الشخص الخائف. (ميخائيل، د.ت، ص258)

أسباب الخوف:

- يرجع الخوف إلى عدة أسباب وعوامل وهي:
- تخويف الأطفال خاصة منذ الطفولة المبكرة.
 - الظروف الأسرية المضطربة.

- خوف الكبار وانتقاله عن طريق المشاركة الوجدانية والايحاء والتقليد.

- القصور الجسمي والقصور العقلي والرعب من المرض.

- الفشل المبكر في حل المشكلات. (عبدالسلام، 2005م، ص505)

علاج الخوف:

يجب أولاً إثارة رغبة العميل في العلاج وفيما يلي أهم ملامح العلاج:

- العلاج النفسي: خاصة التحليل النفسي للكشف عن الأسباب الحقيقية والدوافع

المكبوتة وتصريف الكبت وتنمية بصيرة المريض وتوضيح الغريب وتقريبه من إدراك

المريض والفهم الحقيقي والشرح والاقناع والايحاء.

العلاج السلوكي الشرطي وكف الارتباط بين المخاوف وذكراياتها الدفنية وقطع

دائرة المثير والخوف والسلوك وفك الاشرط والتعرض لمواقف الخوف نفسه مع التشجيع

والمناقشة والاندماج وربط مصادر الخوف بأمر ساره كما يستخدم أسلوب التحصين

التدريجي بصفه خاصة.

العلاج الاجتماعي: التشجيع الاجتماعي وتنمية التفاعل الاجتماعي السليم.

العلاج البيئي: علاج مخاوف الوالدين وعلاج المناخ الأسري الذي يجب أن تسوده

المحبة. (زهران، 2005م، ص5-7)

الايحاء: ومنه الايحاء الذاتي: وهو من أهم أنواع العلاج وينحصر في أن يكرر الخاف

القول لنفسه بأنه لا يخاف وأنه شجاع. (عاقل، د.ت، ص177)

الخوف من الجراحة:

مقدمة:

يشكل الخضوع لأي عملية جراحية بشكل عام والدخول إلى غرفة العمليات بشكل خاص سببا للذعر والخوف والفرع والقلق لدى الكثير من الناس بل ويرفضون في بعض الأحيان إجراء عملية منقذة للحياة لمجرد خوفهم من العملية. (فراس الصقري، 2010م) وفي الواقع تعتبر غرفة العمليات مخيفة بالنسبة للكثير من الناس وتقترب غرفة العمليات في أذهان الكثير من الناس بالألم أو المعاناة أو الموت وبالطبع هذا الخوف من المجهول. فكل من يقبل على عملية جراحية يشعر بالتوتر الشديد فالإنسان يشعر بالتوتر والقلق من مجرد فكرة النوم على سرير وتخديره بالكامل وغيابه عن الوعي ولا يعرف ماذا سيحدث له بعد ذلك فهذا المجهول يصيب أي إنسان بالتوتر الشديد والخوف. (محمود، 2016م)

لماذا الخوف من العمليات الجراحية:

يخاف الناس بشكل عام من المجهول والعمليات الجراحية واحدة من الأمور التي تعتبر مجهولة كون أكثر الناس لا يعرفون كيف يتم وما هي غرفة الجراحة وما مدى خطورة العمل الجراحي وهذا الخوف طبيعي ومبرر خاصة في العمليات كالقلب المفتوح. أن لحظات ترقب دخول غرفة العمليات تطرح لدى المريض العديد من التساؤلات وتصور له كثير من المشاهد التي تتركز على أجواء العملية الجراحية خاصة أنه لا مفر له من التراجع فغرفة العمليات تعتبر مخيفة كونها مكانا مغلقا والشخص يكون فيها وحده دون وجود أقربائه. (حمزة، 2016م)

أسباب الخوف من العمليات الجراحية:

1- قد يعني الدخول إلى المستشفى لدى البعض هو عدم الخروج منها، حيث يشعر البعض أن موقف الجراحة هو البوابة والطريق المظلم إلى الموت وقد يعني لدى البعض الآخر هو المرض الخطير المزمن الذي لا علاج له.

2- قد تكون فكرة الموت المسيطر هي المرتبطة بالبنج أو التخدير، فالمريض يتوهم بأنه لن يعود إلى الحياة مرة أخرى وستكون هذه الفكرة هي المسيطرة على كيانة.

3- البعض تكون مخاوفهم لما بعد الجراحة أي ما ينتج من تشوهات أو عاهات مزمنة أو عجز أو شلل دائم.

4- يدور في أذهان الكثير من المرضى ومخيلاتهم عن أوهام تتعلق بتلك الغرفة المظلمة كما يرونها (غرفة العمليات) وما يجري في داخلها وما تستخدم من أجهزة وأدوات وما تتوارد في مخيلاتهم من أفكار عن نقلهم إلى غرفة العناية الفائقة.

5- ما يتركه الأهل والمرافقين من انطباع خلال زيارتهم للمريض واشعاره بالنقص والمرض والقلق والتوتر وأن حالته إندادت سوء أو أن وجهه شاحب أو التشخيص من قبلهم بأن حالته تذكرهم بذلك المريض الذي توفي منذ سنوات وأن أعراض مرضه تتطبق عليه وبعدها يقومون سرد ماضي ذلك المريض المسكين المتوفي ووضع الصحي واسرته التي تعزبت وبكت كثيرا من أجله. (الناصر، 2003م)

6- الخوف من الآلام والأوجاع وقد يرفع هذا الخوف بعض الناس إلى الإمتناع عن إجراء عملية جراحية ضرورية خوفا مما تنطوي عليه من أوجاع ذهنية محده تصورهما والتفكير فيها. (التمياط، 2008م)

وتضيف الباحثة من أسباب للمخاوف الجراحية:

1- التجربة الأولى للمريض دائما تختلف فالدخول للمرة الثانية لغرفة العمليات تختلف عن الدخول للمرة الأولى.

2- عدم الإهتمام بتهيئة المريض المتصل على الجراحة نفسيا والتقليل من حدة خوفه وقلقه ومحاولة تهدئته وتطمينه بتذكيره بالله العلي القدير وشرح ما سيحدث للمريض من مضاعفات في حالة عدم إجراء العملية الجراحية. (الباحثة)

3- عامل السن فالشباب في بداية حياتهم يكونو أكثر خوف من كبار السن الذين يستطيعون اخفاء مخاوفهم.

4- المستوى التعليمي لاحظت الباحثة من خلال عملها كل ما كان المريض أكثر تعليما كان أكثر وعي بحالته الصحية وهذا يزيد من مخاوفه.

عناصر العلاج النفسي المطلوب لمرضى القلب:

يمكن للعلاج النفسي لمرضى القلب أن يتم بشكل فردي أو جماعي وفي جميع

الأحوال يجب أن يتضمن العناصر التالية:

1- مشاركة وتعبير عن المشاعر الحقيقية: معظم المرضى يشعرون أن لا أحد يستطيع تحمل مشاعرهم لذلك فإما أن يبقوها في قلوبهم، الأمر الذي يثقل على قلوبهم أكثر فحين يعبر المريض عن قلقه أو حزنه يكون رد من حوله نافيا لهذا الخوف أو الحزن بواسطة جمل يقصد منها التهدئة مثل الأداعي للقلق فصحتك مثل الحديد، وأن أصر المريض على التعبير عن مشاعره المثقلة يحاول من حوله أحيانا إلهاءه عبثا عن مشاعره بواسطة تغير الموضوع أو ترك المريض وحيدا. لكن العلاج النفسي لا يتيح للمريض أن يبوح بما يجول بقلبه وذهنه فحسب بل يساعده على فهمه من جديد والتعامل معها بشكل ناجح.

2- الإصغاء للجسد والاسترخاء: معظم المرضى يعيشون بذهنهم ومشاعرهم خارج أجسادهم وهذا يزيد من أعبائهم فيكون المريض بحاجة إلى من يقترب منه ويطمئنه أما تجاهله فلا تزيد الجسد إلا معناه وعناه ومرضا فهناك طرق استرخاء يمكن لكل مريض

تعلمها ليصفي جسده ويسترخي ويهدأ ولهذه الطرق تأثير شبه سحري على معاناة الجسد
فطرق الاسترخاء تعيد التواصل السليم بين النفس والجسد. (دويري، 2008م)

3- تغيير أنماط التفكير والفهم.

4- تعليم التفكير والتحليل الايجابي: إن ما نفكر به أو نتخيله يؤثر على صحتنا
الجسدية ومشاعرنا.

5- ويؤكد دكتور محمد صلاح منصور استشاري الأمراض النفسية والعصبية أن هنالك
عاملا أساسيا في عملية تأهيل المريض للعملية وهو (أهل المريض) وهذا العنصر هام
وفعال جدا في التأهيل النفسي ولكن يجب أن يتحلى أهل المريض بالعقلانية والتحكم في
الواطف قدر الإمكان. (حمد، 2011م)

هنالك نصائح يجب أن يتبعها المريض حتى يخفف من توتره قبل العملية:

إذا كنت بحاجة للخضوع لعملية جراحية لأول مرة في حياتك وكنت من
الاشخاص الذين يشعرون بالفرع من التجارب غير المألوفه مثل الدخول إلى غرفة
العمليات أو التخديد العام فهنالك الكثير من النصائح التي تغير في التخفيف من درجة
الخوف والقلق قبل العملية وهي ما يلي:

1- لا تحاول إخفاء قلقك: إن الخوف قبل العملية هو أمر طبيعي جدا ولذلك لا تحاول
أن تخفي القلق والخوف الذي تشعر به لأن إخفاء القلق ومحاولة كبته أو تجاهله
سيؤدي إلى زيادة الوضع سوءا بل قد يؤدي إلى تأثيرات صحية مثل إرتفاع الضغط
الدموي أو ارتفاع السكر قبل العملية.

2- اطلب جميع المعلومات المتعلقة بتفاصيل العملية فمجرد علمك بهذه المعلومات هو
الأفضل من أن تبقى مجهوله ومخيفة بالنسبة لك. (الصفري، 2010م)

3- التزم بالواجبات الدينية: إن الالتزام بالواجبات الدينية والتقرب من الله تعالى يجعل الكثير من الناس بحالة من الراحة النفسية والإطمئنان قبل الخضوع للعمليات الجراحية وأن الايمان بقضاء الله تعالى وقدره فيه الخير دائما وأن المرض فيه الكثير من الأجر والثواب يولد شعورا كبيرا بالطمأنينة في النفس كما أن أداء الصلاة قبل العملية يزود الإنسان بالراحة النفسية والسكينة لعبور هذه الفترة بسلام. (حمد الصغري، 2010م)

أشياء يجب أن يعرفها المريض قبل العملية:

1- إن إجراء عملية تحت التخدير العام هو في معظم الأحيان أقل خطورة من التواجد في الشارع.

2- إن احتمال حدوث الوفاء تحت التخدير العام قد أصبح منخفضا جدا في الممارسة الجراحية الحديثة.

3- إن غرفة العمليات هي مكان غير مخيف وسيشعر بجو هادي وودي بمساعدة الأشخاص الموجودين هناك.

4- سيقوم الطبيب المخدر باستخدام جميع الوسائل الممكنة لإبقائك تحت المراقبة الحثيئة طوال فترة العملية.

5- إن الطبيب المخدر والطبيب الجراح سيعملان ما بوسعهما لتخفيف أي انزعاج قد تشعر به خلال أو بعد العملية. (الصغري، 2010م)

علاج حالات القلق والمخاوف الجراحية:

1- التوجه إلى الله بالدعاء بالحماية والرعاية وهذه جملة من أدعية المصطفى عليه الصلاة والسلام للحفاظ من الأمراض المخوفة كافة.

أ/ عن أنس رضي الله عنه. قال: قال رسول الله صل الله عليه وسلم: (اللهم إني أعوذ بك من العجز والكسل.....، وأعوذ بك من الصمت والبكم والجنون والجذام والبرص وسيئ الأسقام).

ب/ وعن علي رضي الله عنه قال: قال رسول الله صل الله عليه وسلم: (اللهم امتعني بسمعي وبصري حتى تجعلها الوارث مني وعافني في ديني وفي جسدي).

2- يجب القناعة والتفكير العقلاني بأنك ستجري العملية وستعالج أمراضك ويمكن السيطرة على أي شيء إلا الموت بإذن الله سبحانه وتعالى.

3- الروح المعنوية العالية هي نص حالة شعورك بالتحسن فعليك بتقوية القلب والثقة بالله وكل شيء سيكون أبسط مما تتخيل. (محمود، 2011م)

وأيضاً تضيف الباحثة لعلاج الخوف والقلق من العمليات الجراحية:

1- الدعم النفسي للمريض وهو علاج تكميلي ومتمم للعلاج الجراحي والهدف العام من الدعم النفسي هو زيادة الروح المعنوية والثقة بالنفس وتقليل الشدة والقلق والخوف.

2- تقليل الخوف والقلق من خلال استخدام برنامج إرشادي معرفي سلوكي يعمل على تهيئة المرض نفسياً للدخول إلى العملية الجراحية تتوقع الباحثة أن يترافق مع هذا البرنامج نقص في مستويات الخوف والقلق.

3- تضيف الباحثة أنه قبل دخول المريض إلى غرفة العمليات يكون تفكير المريض مركزاً على الأمور السلبية التي قد يواجهها أثناء العملية وبعدها لذا يجب أن يشغل تفكيره بترتيب أموره الحياتية بعد الخروج من المستشفى وأنه سيعافى بإذن الله وستتجح العملية ويتحسن وضعه الصحي وعند الدخول إلى غرفة العمليات ينصح المريض بقراءة سورة الفاتحة للتيسير.

فترى الباحثة أن الرغبة في الحياة والتفكير الإيجابي يزيد من فعالية طرق العلاج المستخدمة.

المبحث الثالث

الدراسات السابقة

تمهيد:

في هذا المبحث تقوم الباحثة بعرض الدراسات السابقة التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي لخفض الأثر النفسي الناجم من الأمراض العضوية سواء كانت متعلقة بموضوع الدراسة الحالي أو بمتغير البرنامج الإرشادي (العلاج المعرفي السلوكي). ويتم العرض مع مراعاة التسلسل الزمني والتاريخي. ومن خلال إطلاع الباحثة على البحوث والدراسات المحلية والعربية والأجنبية وحدث ندرة في الدراسات السابقة خاصة فيما يتعلق بمرضى جراحة القلب وبالرغم من ذلك فقد عثرت الباحثة على عدد من الدراسات سواء كانت لها علاقة مباشرة بالموضوع أو غير مباشرة.

أولاً: الدراسات السودانية

1/ دراسة هويدا حسب الرسول أحمد علي 2001م، بعنوان: برنامج مقترح للعلاج المعرفي السلوكي لمرضى السكري المصابين بالاكتئاب

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية البرنامج المقترح في علاج الاكتئاب لدى مرضى السكري، استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي وتم اختيار أفراد العينة شبه التجريبية والتي بلغت (15) مريضاً من مرضى السكري المصابين بالاكتئاب الخالي من الأعراض الذهنية، وطبقت الباحثة مقياس بيك المصغر للاكتئاب، استخدمت الباحثة مجموعة من المعالجات الاحصائية وتوصلت الباحثة إلى النتائج الآتية: وجود فروق بين مقياس القبلي والمقياس البعدي يشير إلى فاعلية العلاج بالبرنامج المقترح. كذلك لا توجد فروق بين الذكور والإناث بعد تطبيق البرنامج المقترح. أيضاً لا يوجد إرتباط بين المستوى التعليمي وفاعلية البرنامج السلوكي المعرفي المقترح.

2/ دراسة هناء محمد بشير أبوه 2017م، بعنوان: فاعلية برنامج علاج سلوكي معرفي في خفض الاكتئاب لدى مرضى القلب المدخنين بمركز السودان للقلب بولاية الخرطوم.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج علاج سلوكي معرفي لعلاج الاكتئاب لمرضى القلب المدخنين بمركز السودان للقلب، استخدمت الباحثة المنهج التجريبي بلغ حجم العينة (60) ذكور وإناث، استخدمت الباحثة مجموعة من المعالجات الإحصائية في معالجة البيانات وأظهرت النتائج أن مرضى القلب المدخنين بمركز السودان للقلب يتسمون بدرجة متوسطة إلى شديدة، من الاكتئاب وايضا أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية داخل المجموعة قبل وبعد تطبيق البرنامج المقترح لصالح الاختبار البعد مما يؤكد فاعلية البرنامج المقترح كما وجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير النوع (ذكور- إناث) لدى المجموعة التجريبية لصالح الإناث. ووجدت أيضا فروق تعزى لمتغير العمر لدى المجموعة التجريبية لصالح الفئة من (20-45).

3/ دراسة عباس الصادق حمد اسماعيل 2015م، بعنوان: فعالية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لتخفيف الاكتئاب لدى مرضى الايدز بمراكز الرعاية المتكاملة بولاية جنوب دارفور

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج إرشاد نفسي معرفي سلوكي لعلاج الاكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الايدز لدى المرضى بولاية جنوب دارفور، استخدم الباحث المنهج التجريبي بلغ حجم عينة الدراسة (60) فردا من الجنسين تم اختيارهم وفقا لمواصفات العينة المقيدة والمحددة، استخدم قائمة بيك الثانية للاكتئاب واستخدم مجموعة من المعالجات الإحصائية توصل إلى النتائج التالية، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب الناجم عن الإصابة بالايديز من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي كانت لصالح الأفراد من المجموعة التجريبية كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق فردية بين أفراد المجموعة يعود لمتغير

النوع (ذكر-أنثى) والحالة الإجتماعية (متزوج- غير متزوج) وايضا عدم وجود فروق تعود لمتغير المستوى التعليمي.

4/ دراسة سلوى كمال الزبير حمد 2011م، بعنوان: فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض مستوى القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي بالخرطوم.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان وفقا لعدد من المتغيرات هي: (النوع- العمر- المستوى التعليمي- المهنة- الحالة الإجتماعية)، استخدمت الباحثة المنهج التجريبي وقد بلغ حجم العينة (33) مفحوصا منهم (14) ذكور و(19) إناث واستخدمت الباحثة الأدوات التالية: استمارة معلومات أولية- مقياس القلق (اسمة والحالة) ومقياس بيك للاكتئاب، استخدمت مجموعة من المعالجات الاحصائية توصلت إلى النتائج التالية وجدت فروق احصائيا بين القياسات (القبلي- البعدي- التتبعي) لدى أفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي. بينما وجدت النتائج عدم تفاعل للمتغيرات المتمثلة في (العمر- النوع- موطن النشأة- المستوى التعليمي- الحالة الاجتماعية- مراحل العلاج على القياس البعدي والقبلي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية).

5/ دراسة نادية إبراهيم خلف الله أحمد 2010م، بعنوان: أثر برنامج إرشادي جمعي في التوافق النفسي لدى مريضات سرطان الثدي في المركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي بالخرطوم.

هدفت هذه الدراسة إلى تقسيم برنامج إرشادي جمعي لمريضات الثدي ومعرفة أثره على مستوى التوافق لديهن. استخدمت الباحثة مقياس التوافق النفسي مقتبس من (مقياس هيو. م. بل) بلغ حجم العينة (20) من مصابات سرطان الثدي. استخدمت الباحثة عدد من المعالجات الاحصائية للوصول إلى نتائج وكانت النتائج توجد فروق

ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي لمريضات سرطان الثدي قبل وبعد تنفيذ البرنامج لصالح القياس البعدي كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي بين المصابات بسرطان الثدي وفقا لمتغير العمر، كما لا توجد فروق التوافق بين المصابات بسرطان الثدي المتزوجات وغير المتزوجات.

6/ دراسة الطيب السنوسي يوسف 2014، بعنوان: برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الأثر النفسي السالب للوصمة الاجتماعية لدى المصابين بالإيدز بولاية غرب دارفور.

بلغ حجم العينة (30) فردا ثم اختارهم بالطريقة القصدية، استخدم المنهج التجريبي تمثلت أدوات الدراسة في استبيان الأثر النفسي لوصمة الايدز الاجتماعية، استخدم الباحث مجموعة من المعالجات الاحصائية في تحليل البيانات وكانت النتائج يتم الأثر النفسي للوصمة الاجتماعية للمصابين بالايديز بالإرتفاع كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأثر النفسي الوصمة الاجتماعية بين المصابين بالايديز قبل وبعد تنفيذ البرنامج لصالح القياس البعدي كما توجد فروق في الأثر النفسي السالب وفقا لمتغير النوع لصالح الإناث والحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي. حيث لا توجد فروق وفق متغير العمر.

7/ دراسة وفاء السيد عثمان السيد 2010م، بعنوان: فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعدل بمضامين إسلامية في خفض مستوى الاكتئاب لدى مصابي ومرضى الايدز بمستشفى ام درمان التعليمي.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي المعدل بمضامين إسلامية الذي أعده د. عبدالرحمن 1997م في خفض درجة الاكتئاب لدى مرضى ومصابي الايدز، استخدمت الباحثة المنهج التجريبي وقد بلغ حجم عينة الدراسة (23) مريضا تم تقسيمهم على مجموعتين تجريبية (10) مرضى وضابطة (10)

مرضى لم يطبق عليهم لبرنامج المقترح ولقد استخدمت الباحثة مجموعة من المعالجات الإحصائية وتوصلت إلى فعالية البرنامج في تحقيق التحسن لمرضى الاكتئاب المرتبط بالإصابة بمرض الايدز وعدم وجود فروق فردية في فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب المرتبط بالإصابة بمرض الايدز تبعا لمتغير النوع والحالة الاجتماعية والعمر.

8/ دراسة تجاني محمد حسن عبدالله 2017م، بعنوان: فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي في معالجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن بمستشفى ابن سينا- الخرطوم- السودان.

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في معالجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن بمركز أمراض وجراحة الكلي بمستشفى ابن سينا- الخرطوم بلغ حجم عينة الدراسة (66) ثم استخدم اختبار بيك المعدل للاكتئاب ثم استخدم عدد المعالجات الإحصائية توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية البرنامج تبعا لنوع القياس قبلي وبعدي لصالح القياس البعدي بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في معالجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي تبعا (السكن - العمر - النوع- المستوى التعليمي).

أكدت الدراسة فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في معالجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

ثانياً: الدراسات العربية

1/ دراسة زعتر نور الدين 2009م، بعنوان: فعالية برنامج علاج نفسي إسلامي مقترح في تخفيض القلق (قلق ما قبل العملية الجراحية نموذجياً) بمستشفى العقيد بوقرة بولاية الجلفة- الجزائر.

يبرز هذا البحث التأثيرات النفسية لممارسة الشعائر الدينية على تخفيض القلق الذي يسبق العملية الجراحية من خلال تصميم برنامج علاج نفسي مستوحى من أصول الدين الإسلامي في شكل جلسات علاجية استخدم المنهج التجريبي ومقياس القلق (سبيلبرجر) ومقياس قلق الموت ل(دونالد تمبلر) استخدم مجموعة من المعالجات الإحصائية كانت النتائج وجود فروق بين متوسطات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح الميوعة التجريبية مما يعني فاعلية البرنامج في تخفيض قلق ما قبل العملية الجراحية.

2/ دراسة حكيم وآخرون 2015م، بعنوان: برنامج علاج معرفي لتحقيق قلق الموت لدى مرضى القلب.

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي في خفض متوسط درجة قلق الموت ثم استخدام المنهج شبه التجريبي وتم استخدام مقياس قلق الموت لزينب شقير بلغ حجم العينة (50) مريض وتم اختيار (10) لتطبيق البرنامج، استخدم عدد من المعالجات الاحصائية للوصول إلى النتائج التالية: انخفاض مستوى القلق بشكل كبير ودال احصائياً في المجموعة التجريبية تؤكد هذه النتيجة فعالية العلاج المعرفي في خفض مستوى القلق عند مرضى القلب بالمستشفى العسكري بالمنطقة الشرقية كما تبين عدم وجود فروق بين المجموعتين قبل ممارسة العلاج المعرفي وفي نفس الاتجاه أوضحت الدراسة عدم تغير مستوى القلق في العينة الضابطة قبل وبعد العلاج المعرفي.

3/ دراسة فاطمة عيد العدوان 2013م، بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري - عمان الاردن.

هدفت هذه الدراسة إلى بناء برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري والتعرف على فاعليته. تكونت عينة الدراسة من (30) شخصا وقسمت العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة استخدمت الدراسة مقياس الضغوط النفسية ورودلف للاكتئاب اللذين طبقا على المجموعتين أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة إذ انخفض مستوى كل من الضغوط النفسية وأعراض الاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة التجريبية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة مما يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي.

4/ دراسة نهى محمد سند إبراهيم 2017م، بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتحسين معنى الحياة وحب الحياة لدى عينة من مرضى سرطان الثدي - مصر - الاسكندرية.

هدفت هذه الدراسة إلى بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي وتقصي مدى فاعليته في تحسين معنى الحياة وحب الحياة لدى مريضات سرطان الثدي، استخدمت الباحثة مقياس (معنى الحياة العربي- وحب الحياة) بلغ حجم العينة (8) مريضات دلت نتائج الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية في متغيري هذه الدراسة وهما معنى الحياة وحب الحياة كما ظهرت فروق ذات دلالة احصائية في متغير حب الحياة بين المجموعة التجريبية بمعنى أن البرنامج الإرشادي لم يكن فاعلا فيما يختص بمتغير حب الحياة. كما ظهرت فروق ذات دلالة احصائية في متغيري الدراسة وهما حب الحياة في القياس القبلي والبعدي.

5/ دراسة هالة إبراهيم عوض الله 2008م، بعنوان: برنامج لتحسين الحالة الانفعالية والمعرفية لدى المرضى الخاضعين للاستشفاء الكلوي.

تناولت الدراسة آثار الفشل الكلوي المزمن على الحالة الانفعالية، والتوافق الاجتماعي والنفسي للمرضى المصابين به علاوة على دراسة الحالة النفسية للمرضى ما تمت دراسة تأثير برنامج تحسين الحالة النفسية للمرضى شملت عينة الدراسة (40) مريضاً بالفشل الكلوي و(40) من الأصحاء كعينة شاهدة من الأصحاء وقد استخدمت عدة مقاييس كان منها مقياس التوافق النفسي والاجتماعي ومقياس القرارات العقلية الأولية ومقاييس تعزيز عمليات الذاكرة وأظهرت الدراسة تباينات إحصائية واضحة على درجة كبيرة من الأهمية كما أوضحت الدراسة فروقا يعتر بها إحصائياً بين المرضى قبل تطبيق البرنامج وبعده.

ثالثاً: الدراسات الأجنبية

1/ دراسة نيوتن إن 2015م، بعنوان: العلاج المعرفي السلوكي لمعالجة مخاوف تلقي علاج الأسنان.

الهدف الأساسي من العلاج المعرفي السلوكي هو أن يعين المرضى على تلقي علاج الأسنان من خلال العمل مع كل مريض على حدة وكان ثلاثة أرباع عينة الدراسة يعانون مخاوف مرضية من علاج الأسنان بينما كان لدى الباقين مخاوف من نوع معين مثل الحفر والحقن وبلغ متوسط عدد جلسات العلاج المعرفي السلوكي خمس جلسات وبلغ حجم عينة الدراسة (99) امرأة و (31) رجل في عيادة مؤسسة غاي وسانت توماس في لندن وكانت نتائج الدراسة أن بعد تلقي حوالي خمس جلسات من العلاج المعرفي السلوكي تمكن المشاركون للخضوع إلى علاج الأسنان دون تخدير وأشار إلى أن الأمر يتعلق بالتحكم في المريض.

2/ دراسة فريق بحثي من جامعات امبريدج وبريستول وماستريخت ولوفين 2013م،
بعنوان: العلاج المعرفي السلوكي في التخلص من طنين الأذن.

هدفت الدراسة للتخلص والحد من أعراض طنين الأذن باستخدام العلاج المعرفي السلوكي وشملت عينة الدراسة حوالي 492 شخصا بالغا ومصابا بطنين الأذن واستمرت لمدة 12 شهراً وتم تقييم تأثير العلاج المعرفي السلوكي وكشفت النتائج عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في الحد والتخلص من الأعراض المرضية التي يشعر بها المريض وتقليل ظاهرة اضطراب المزاج والإحاسيس السلبية والخوف.

الاستفادة من الدراسات السابقة في الدراسة الحالية:

1- من خلال الدراسات السابقة تمكنت الباحثة من اختيار المنهج المناسب للدراسة الحالية.

2- الاستفادة من الدراسات السابقة في اختيار أفضل المعالجات الاحائية الملائمة للدراسة الحالية.

3- من خلال الإطلاع على الدراسات السابقة تمكنت الباحثة من صياغة الفروض الخاصة بالدراسة الحالية.

4- استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في تحديد الجانب النظري للدراسة وذلك بالرجوع للعديد من المراجع الوارد في تلك الدراسات السابقة.

5- الإستفادة من الجانب العملي (إجراءات الدراسة الميدانية) وتحليل وعرض ومناقشة البيانات.

6- استفادة الباحثة من الدراسات السابقة في طرق تصميم البرامج الإرشادية.

موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

1- تعتبر الدراسة الحالية إمتداد للدراسات السابقة لأن الباحثة استخدمت في دراستها الحالية نفس المنهج الذي إتبع في معظم الدراسات السابقة وهو (المنهج الوصفي- المنهج التجريبي) وأساليب جمع المعلومات ومعالجتها.

2- تميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة وذلك يتناولها موضوع العلاج المعرفي السلوكي لخفض القلق والخوف قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب حيث لا توجد دراسات سودانية تناولت هذا الموضوع على حسب علم الباحثة خصوصية عينة الدراسة الحالية والتي من شأنها أن تعطي نتائج مختلفة وأيضاً تتيح فرص لدراسات أخرى في مجال تهيئة المريض قبل دخول العملية الجراحية.

التعليق على الدراسات السابقة:

هدفت الدراسة الحالية إلى دراسة فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض القلق والخوف قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بمستشفى أحمد قاسم ولاية الخرطوم مستهدفة بعض المتغيرات. بالنظر للدراسات السابقة الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي مثل دراسة الطيب السنوسي 2014م ودراسة عباس الصادق 2008م ودراسة هويدا حسب الرسول 2001م ودراسة هناء حمد بشير 2017م ودراسة سلوى كمال الزبير 2011م ودراسة نادية ابراهيم 2010م ودراسة وفاء السيد 2010م ودراسة نهى حمد سند 2017م ودراسة فاطمة عيد 2013م ودراسة هالة ابراهيم 2018م ودراسة تجاني حمد 2017م ودراسة نيوتن إن 2015م، ترى الباحثة أن هذه الدراسات تناولت العلاج المعرفي السلوكي وآثره على خفض الأثار النفسية المصاحبة لأمراض عضوية.

أما فيما يتعلق بجراحة القلب فهناك ثلاثة دراسات تناولت هذا الموضوع دراسة هناء محمد بشير 2017م ودراسة زعتر نور الدين 2009م ودراسة حكيمي وآخرون

2015م تلاحظ الباحثة من الدراسات السابقة أنها تناولت الموضوع الأساسي للدراسة الحالية وهو العلاج المعرفي السلوكي وهذا ما يهدف إليه البحث الحالي كما وجدت الباحثة أن معظم الدراسات سواء كانت سودانية أو عربية أو أجنبية استخدمت مقاييس مختلفة وعينات مختلفة ، أما فيما يتعلق بموضوع الدراسة الحالية بخفض الخوف والقلق قبل العمليات الجراحية إتفقت دراسة واحدة مع هذه الدراسة الحالية وهي دراسة عربية ل نور الدين زعتر 2009م.

الفصل الثالث

منهج وإجراءات الدراسة

الفصل الثالث

منهج وإجراءات الدراسة

مقدمة:

تتناول الباحثة في هذا الفصل الخطوات التي تم اتباعها في إجراءات الدراسة الميدانية التي قامت بها والتي تشمل وصف المنهج العلمي المتبع في هذا البحث ثم توصيف مجتمع البحث ومن ثم الطريقة التي تم اختيار العينة بها وتحديد حجم العينة ومن ثم وصف الأدوات التي جمعت بها البيانات والتحقق من مدى صدقها وثباتها وكذلك وصف البرنامج الإرشادي المستخدم وخطوات تطبيقه على أفراد عينة البحث والأساليب الإحصائية التي تم استخدامها في معالجة البيانات واستخلاص نتائج الدراسة.

منهج الدراسة:

إستخدمت الباحثة المنهج التجريبي وتعريفه هو منهج يعتمد على تدخل متعمد ومضبوط من قبل الباحث على الشروط المحددة للظاهرة موضوع البحث وملاحظة ما ينتج عن هذا التدخل من آثار تظهر على الظاهرة المراد بحثها وهذه الملاحظة تتم تحت ظروف مضبوطة لإثبات الفروض ويقصد بالظروف إدخال المتغير التجريبي ويسمى (المتغير المستقل) إلى الواقع المعنى وضبط تأثير المتغيرات الأخرى عليه. (محمود، 1999م، ص17)

إجراءات الدراسة:

حددت الباحثة مشكلة البحث وهي مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخف القلق والخوف قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة مستشفى أحمد قاسم ولاية الخرطوم بعد ذلك قامت بصياغة فروض الدراسة ولإختبار هذه الفروض.

قامت الباحثة بتقسيم مقياس لقياس القلق والخوف ومن ثم تصميم برنامج إرشادي مستخدمه فيه تقنيات العلاج المعرفي السلوكي بعد ذلك تم عرض المقياس والبرنامج على وزارة الصحة ولاية الخرطوم قسم التدريب والبحوث لأخذ الموافقة على تطبيق البرنامج بمستشفى أحمد قاسم وتم تكوين لجنة من قبل وزارة الصحة وبعد الإطلاع على البرنامج ومناقشة تم منح الموافقة ومن ثم تم تطبيق البرنامج على مجموعتين مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة بمستشفى أحمد قاسم قسم جراحة القلب وكانت مدة الجلسات ستة شهور بمعدل جلستين كل اسبوع وذلك من خلال القياس القبلي وذلك لمعرفة القلق والخوف المرضي قبل إدخال المتغير التجريبي وهو البرنامج الإرشادي بعد ذلك يتم تطبيق القياس البعدي لمعرفة فعالية البرنامج الإرشادي.

مجتمع الدراسة:

يقصد بمجتمع البحث جميع الأفراد أو الأشياء أو الأشخاص الذين يشكلون موضوع مشكلة البحث. وأيضاً يقصد به جميع مفردات الظاهرة التي يقوم بالباحث بدراسةها. (ملحم، 2001م، 89)

أما بالنسبة لمجتمع الدراسة الحالي هم مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم ولاية الخرطوم الذين خضعوا لعمليات جراحية في 2017م.

مبررات اختبار مجتمع الدراسة:

يواجه الأطباء صعوبات في التعامل مع الجوانب النفسية المصاحبة للمريض جراء الأمراض العضوية وأحياناً تعيق عمل الطبيب المختص ولذلك لا بد من آليات التعاون مع هذه الجوانب بشكل مهني ومتخصص لذلك قامت الباحثة بإعداد هذه البرنامج كخطوة في هذا الاتجاه.

عينة الدراسة:

هي مجموعة جزئية من مجتمع البحث وممثلة لعناصر المجتمع أفضل تمثيل بحيث يمكن تعميم نتائج تلك العينة على المجتمع بأكمله. (عطوي، 2015م، ص112)

أما عينة هذا البحث قامت الباحثة بالعديد من الإجراءات قبل تطبيق البرنامج (مذكورة في الفقرة السابقة) تم اختيار العينة بطريقة قصدية ضمن العينات الانتقائية (غير العشوائية) حيث أطلعت الباحثة على عدد المرضى الذين يخضعون للعمليات الجراحية وذلك بمساعدة الممرضات في قسم جراحة القلب حيث بلغ حجم العينة (30) فردا بواقع (15) ذكور و(15) إناث.

تم اختبارهم بناء على درجاتهم في مقياس القلق والخوف من العمليات الجراحية المعد من قبل الباحثة تم استبعاد 8 أشخاص من أفراد العينة لعدم تمكن الباحثة من القياس البعدي ثم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية وتتكون من (11) شخص ذكور وإناث ومجموعة ضابطة تتكون من (11) ذكور وإناث جدول توزيع العينة.

جدول رقم (1) توزيع عينة البحث حسب النوع

ذكور	إناث
11	11
المجموع	22

أدوات الدراسة:

قامت الباحثة بتصميم مقياس لقياس القلق والخوف قبل العمليات الجراحية وذلك عن طريق صياغة أسئلة وتصنيفها بحيث تقيس العبارة من (1-20) القلق من العمليات الجراحية وتقيس العبارة من (21-40) الخوف من العمليات الجراحية.

- برنامج إرشادي سلوكي معرفي من تصميم الباحثة.

- كرة خفض التوتر. وهي عبارة عن العاب مطاطية قابلة لتمرد والتقلص صغيرة الحجم للتلائم مع الكف. يتم تقليصها بالضغط عليها عدة مرات متتالية للتخلص من التوتر والضغط النفسي (بوابة علم النفس) (https://ar.m.wikipedi,2010)
صدق المقياس:

ويعني أن يكون الاختيار ناجحاً في مقياس السلوك الذي وضع الاختبار (المقياس) لقياسه (ملحم، 2000م)

وللتأكد من الصدق الظاهري للمقياس قامت الباحثة بعرض المقياس على مجموعة من المختصين في مجال علم النفس بهدف تحديد مدى صدق العبارات بالمجال التي تقيسه. اتفق جميع المحكمين على صلاحية العبارات لقياس القلق والخوف قبل العمليات الجراحية المعد من قبل الباحثة مع تعديل بعض العبارات الجدول أدناه يوضح ذلك.

الخصائص السيكومترية مقياس القلق والخوف من العمليات الجراحية:

أولاً: محور القلق:

1/ صدق فقرات محور القلق:

وللتثبت من صدق فقرات المحور حسب معامل ارتباط (بيرسون K. Person) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمحور القلق، وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات محور القلق (20) فقرة صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) ومستوى دلالة (0.05) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (0.01) ومستوى دلالة (0.05) أنظر الجدول (2).

جدول رقم (2) يوضح إرتباط الفقرات بالدرجة الكلية لمحور قلق

مستوى الدلالة Level	القيمة الاحتمالية Sig	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية Correlations	الانحراف المعياري Std. Deviation	الوسط الحسابي Mean	رقم الفقرة
.05	.031	.645	.50452	1.6364	1
.05	.029	.654	.52223	1.4545	2
.05	.024	.675	.30151	1.0909	3
.05	.019	.690	.52223	1.5455	4
.05	.041	.619	.30151	1.0909	5
.05	.031	.649	.52223	1.4545	6
.01	.004	.785	.46710	1.7273	7
.05	.024	.671	.46710	1.7273	8
.05	.029	.658	.52223	1.5455	9
.05	.019	.688	.40452	1.8182	10
.05	.024	.671	.52223	1.5455	11
.01	.004	.788	.46710	1.7273	12
.05	.024	.677	.30151	1.0909	13
.05	.019	.691	.50452	1.6364	14
.05	.031	.647	.50452	1.6364	15
.05	.029	.651	.52223	1.4545	16
.05	.041	-.627	.00000	2.0000	17
.05	.019	.685	.50452	1.6364	18
.01	.004	.788	.46710	1.7273	19
.05	.024	.668	.40452	1.1818	20
			3.03615	30.7273	المجموع

2/ صدق محور القلق:

من خلال التثبت من صدق فقرات محور القلق حسب معامل ارتباط (بيرسون) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات المحور البالغة (20) فقرة صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) ومستوى دلالة (0.05) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (0.01) ومستوى دلالة (0.05) أنظر الجدول رقم (2).
وبما أن علاقة الفقرة بالدرجة الكلية تعني أن المقياس يقيس سمة واحدة، إذن فصدق فقرات المقياس تعني أن المقياس صادق في قياس ما وضع من أجله ، وعلى ضوء ذلك فإن محور القلق صادق في قياس ما وضع لقياسه.

ثانياً: محور الخوف:

1/ صدق فقرات محور الخوف:

وللتثبت من صدق فقرات المقياس حسب معامل ارتباط (بيرسون K. Person) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمحور الخوف، وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات المحور البالغة (20) فقرة صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) ومستوى دلالة (0.05) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (0.01) ومستوى دلالة (0.05) أنظر الجدول رقم (3).

جدول رقم (3) يوضح إرتباط الفقرات بالدرجة الكلية لمحور الخوف

مستوى الدلالة Level	القيمة الاحتمالية Sig	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية Correlations	الانحراف المعياري Std. Deviation	الوسط الحسابي Mean	رقم الفقرة
.05	.034	8.63	.46710	1.2727	21
.01	.004	8.78	.50452	1.6364	22
.05	.034	5.63	.52223	1.4545	23
.01	.007	.755	.50452	1.6364	24
.01	.001	.855	.52223	1.5455	25
.05	.034	7.63	.40452	1.8182	26
.01	.013	7.71	.50452	1.6364	27
.01	.004	.789	.52223	1.5455	28
.01	.001	.855	.52223	1.5455	29
.01	.007	.756	.52223	1.5455	30
.01	.008	.751	.52223	1.4545	31
.05	.034	5.63	.40452	1.8182	32
.01	.008	.753	.46710	1.2727	33
.01	.012	.721	.50452	1.6364	34
.01	.013	.718	.52223	1.4545	35
.01	.008	.751	.30151	1.0909	36
.05	.034	.639	.46710	1.7273	37
.01	.004	.789	.52223	1.5455	38
.01	.013	9.71	.40452	1.8182	39
.05	.034	40.6	.50452	1.3636	40
			5.84497	30.8182	المجموع

2/ صدق محور الخوف:

من خلال التثبت من صدق فقرات المقياس حسب معامل ارتباط (بيرسون) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات المحور البالغة (20) فقرة صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) ومستوى دلالة (0.05) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (0.01) ومستوى دلالة (0.05) أنظر الجدول رقم (3).

وبما أن علاقة الفقرة بالدرجة الكلية تعني أن المقياس يقيس سمة واحدة، إذن فصدق فقرات محور الخوف تعني أن المقياس صادق في قياس ما وضع من أجله، وعلى ضوء ذلك فإن محور الخوف صادق في قياس ما وضع لقياسه.

ثبات مقياس مقياس القلق والخوف من العمليات الجراحية:

وللتثبت من ثبات المقياس استخدم الباحث في حساب الثبات معادلة (الفاكرونباخ)، حيث تعد معادلة (الفاكرونباخ) من أساليب إستخراج الثبات. وقد إستخرج الباحث الثبات بإستخدام هذه الطريقة حيث بلغت قيمة معامل الثبات العام (0.789). وهذا يشير إلى أن المقياس يتمتع بثبات جيد.

جدول (4) نتائج اختبار ألفا كرونباخ لمقياس مقياس القلق والخوف من العمليات الجراحية

ت	المحور	قيمة معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	تسلسل العبارات في المقياس
1	المحور الأول: القلق	.670	20	من 1 إلى 20
2	المحور الثاني: الخوف	.908	20	من 21 إلى 40
	المتوسط العام لنتائج اختبار ألفا كرونباخ للمقياس الكلي مهارات العناية الذاتية	.789	40	من 1 إلى 40

4/ الصدق التجريبي لمقياس القلق والخوف من العمليات الجراحية:

وعلى ضوء حساب قيمة معامل (ألفاكرونباخ) البالغة (0.789) فإن الصدق التجريبي للمقياس يساوي (0.888) وهو الجذر التربيعي لمعامل الثبات، وهذا يشير أيضاً إلى أن مقياس القلق والخوف من العمليات الجراحية يتمتع بصدق عالي.

البرنامج الإرشادي:

قامت الباحثة بتصميم برنامج إرشادي قائم على استراتيجيات وفتيات العلاج المعرفي السلوكي من أهلها أسلوب المناقشة والاسترخاء وتطبيق الجلسات العلاجية بهدف مساعدة العميل على تفكيره الخاطئ تجاه العمليات الجراحية و محاولة تعديل تلك الأفكار السلبية والخاطئة بأفكار أكثر إيجابية.

أهداف البرنامج الإرشادي:

1/ مساعدة مرضى القلب بقسم الجراحة على تفريغ الشحنات الإنفعالية الناتجة عن الخوف والقلق من العمليات الجراحية بدلا كبتها.

2/ مساعدة المريض على التعبير عن مخاوفه وقلقه وأفكاره السلبية تجاه العملية والعمل على تعديل هذه الأفكار عن طريق إستخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي المتمثلة في البرنامج الإرشادي المعد من قبل الباحثة.

3/ إكساب العملاء مهارة التدريب على الاسترخاء.

مصادر بناء محتوى البرنامج الإرشادي المخترع:

1/ النظرية المعرفية السلوكية.

2/ الإطار النظري.

3/ دراسة الباحثة لدورة تدريبية في العلاج النفسي بمستشفى التجاني الماحي ولاية

الخرطوم مما ساعد الباحثة على بناء جلسات البرنامج الإرشادي.

ولمعرفة تفاصيل البرنامج أنظر ملحق رقم (9)

الصدق الظاهري للبرنامج:

قامت الباحثة بعرض البرنامج على عدد من المحكمين من استاذة علم النفس والإرشاد النفسي وأيضا عرض البرنامج على وزارة الصحة بولاية الخرطوم لجنة البحوث والتدريب وذلك لابداء ملاحظاتهم حول البرنامج.

الجدول رقم (5) يوضح تعديلات المحكمين على البرنامج

التعديل	النقطة
تم دمج بعض الجلسات لأنها متشابهة في المضمون	جلسات البرنامج
تم تحويل جلسة الإرشاد الديني من الجلسة الأخيرة للجلسة الثالثة	جلسات البرنامج
إدخال الهاتف الجوال لعرض صور غرفة العمليات	الفنيات

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

- معامل ارتباط بيرسون (K.Person).
- إختبار ألفا كرونباخ.
- إختبار (ت).
- إختبار (كأي تربيع).

متغيرات الدراسة:

1/ المتغير المستقل: ويتمثل فب برنامج العلاج المعرفي السلوكي المعد من قبل الباحثة ومعرفة فاعليته في خفض القلق والخوف لدى مرضى القلب قبل العمليات الجراحية كمتغير تابع.

2/ المتغير التابع: يتمثل في خفض نسبة القلق والخوف لدى مرضى القلب قبل دخول العملية الجراحية بمستشفى أحمد قاسم ولاية الخرطوم 2017م بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج المستخدم في هذه الدراسة.

الصعوبات التي واجهتها الباحثة خلال إجراء الدراسة:

- 1/ ندرة المراجع الحديثة المتعلقة بموضوع الدراسة.
- 2/ الإتصال على أفراد عينة الدراسة لتذكيرهم قبل كل جلسة بمواعيد الجلسة.
- 3/ عدم تجانس أفراد العينة من حيث العمر الزمني والمستوى التعليمي.
- 4/ وجود صعوبة لدى أفراد عينة الدراسة في التعبير عن مشاعرهم.
- 5/ التأجيل المستمر للعمليات نسبة للوضع الصحي للمرضى مما يعرقل سير البرنامج وبالتالي إنقطاع الجلسات وفقد عدد من أفراد عينة الدراسة.

الفصل الرابع

عرض ومناقشة النتائج واختبار فرضيات الدراسة

الفصل الرابع

عرض ومناقشة النتائج وإختبار فرضيات الدراسة

مقدمة:

يتناول هذا الفصل عرض وتحليل المعلومات التي جمعها الباحث للإجابة عن أسئلة الدراسة كما يتناول إختبار فرضيات الدراسة ومناقشتها وتفسيرها. أولاً: عرض نتائج (البيانات الشخصية):

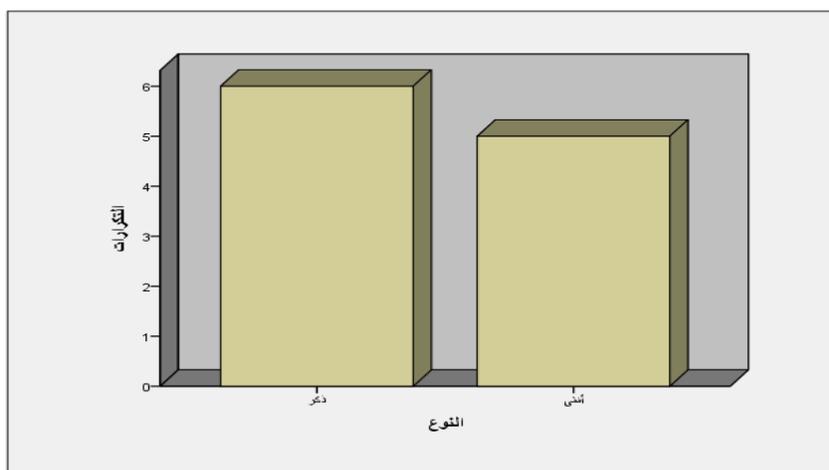
1. النوع:

الجدول رقم (6) يوضح التوزيع التكراري لمتغير النوع

النوع	التكرار	التكرار النسبي
ذكر	6	54.5%
أنثى	5	45.5%
المجموع	11	100.0%

يلاحظ من الجدول السابق أن في متغير النوع إحتل النوع (ذكر) النسبة الأعلى من بين باقي النسب بنسبة (54.5%)، في حين إحتل المرتبة الدنيا النوع (أنثى) بنسبة (45.5%).

شكل رقم (1) يوضح التوزيع التكراري لمتغير النوع



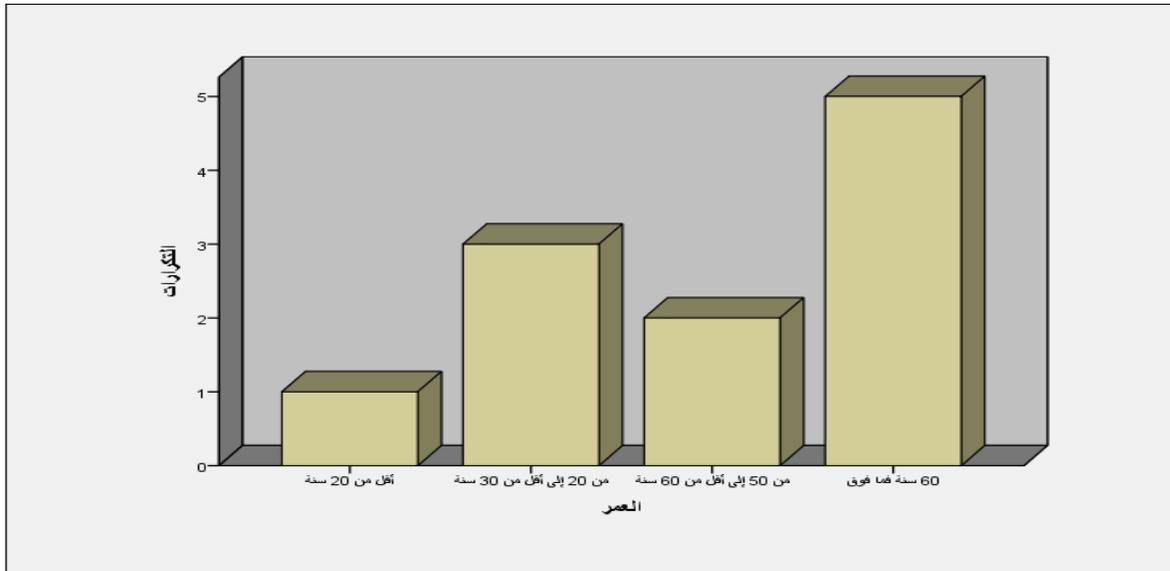
2. العمر:

الجدول رقم (7) يوضح التوزيع التكراري لمتغير العمر

العمر	التكرار	التكرار النسبي
أقل من 20 سنة	1	9.1%
من 20 إلى أقل من 30 سنة	3	27.3%
من 30 إلى أقل من 60 سنة	2	18.2%
60 سنة فما فوق	5	45.5%
المجموع	11	100.0%

يتضح من الجدول السابق أن في متغير العمر إحتل العمر (60 سنة فما فوق) النسبة الأعلى من بين باقي النسب بنسبة (45.5%)، يليه في المرتبة الثانية العمر (من 20 إلى أقل من 30 سنة) بنسبة (27.3%)، في المرتبة الثالثة العمر (من 30 إلى أقل من 60 سنة) بنسبة (18.2%)، في حين إحتل المرتبة الدنيا العمر (أقل من 20 سنة) بنسبة (9.1%).

شكل رقم (2) يوضح التوزيع التكراري لمتغير العمر



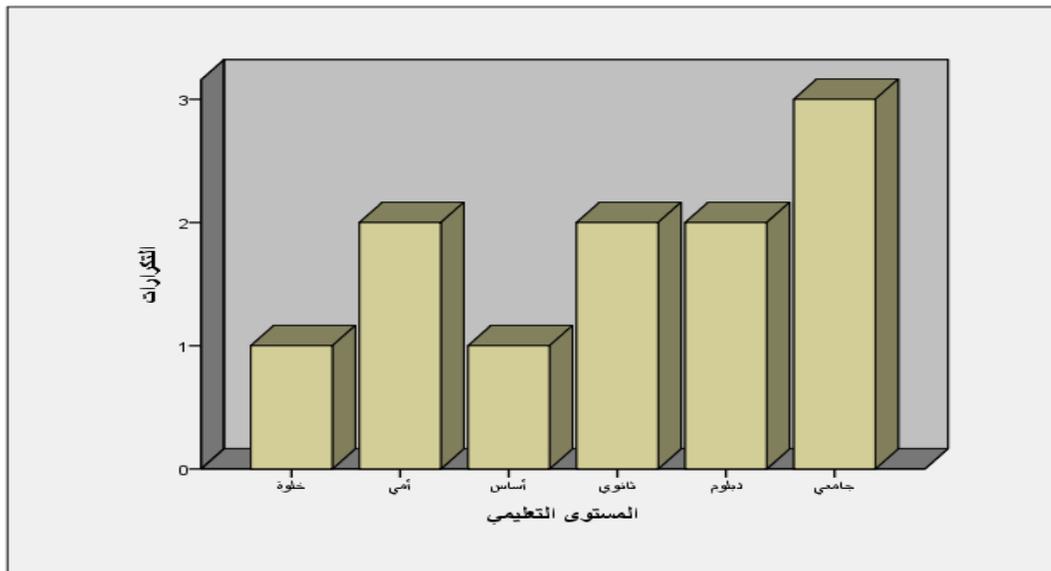
3. المستوى التعليمي:

الجدول رقم (8) يوضح التوزيع التكراري لمتغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	التكرار النسبي
خلوة	1	9.1%
أمي	2	18.2%
أساس	1	9.1%
ثانوي	2	18.2%
دبلوم	2	18.2%
جامعي	3	27.2%
المجموع	11	100.0%

يتضح من الجدول السابق أن في متغير المستوى التعليمي إحتل المستوى التعليمي (جامعي) النسبة الأعلى من بين باقي النسب بنسبة (27.2%) يليه في المرتبة الثانية المستويات التعليمية (أمي، ثانوي، دبلوم) بنسبة (18.2%) لكل منها، في حين إحتل المرتبة الدنيا المستوى التعليمي (خلوة، أساس) بنسبة (9.1%) لكل منهما.

شكل رقم (3) يوضح التوزيع التكراري لمتغير المستوى التعليمي



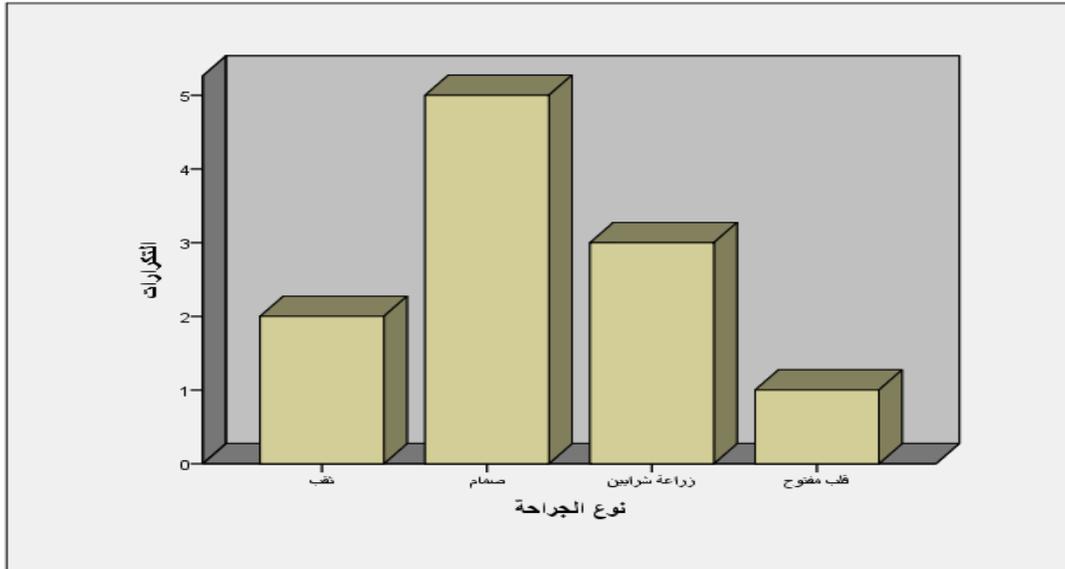
4. نوع الجراحة:

الجدول رقم (9) يوضح التوزيع التكراري لمتغير نوع الجراحة

نوع الجراحة	التكرار	التكرار النسبي
ثقب	2	18.2%
صمام	5	45.5%
زراعة شرايين	3	22.7%
قلب مفتوح	1	9.1%
المجموع	11	100.0%

يتضح من الجدول السابق أن في متغير نوع الجراحة إحتل نوع الجراحة (صمام) النسبة الأعلى من بين باقي النسب بنسبة (45.5%) يليه في المرتبة الثانية نوع الجراحة (زراعة شرايين) بنسبة (27.2%) المرتبة الثالثة نوع الجراحة (ثقب) بنسبة (18.2%)، في حين إحتل المرتبة الدنيا نوع الجراحة (قلب مفتوح) بنسبة (9.1%).

شكل رقم (4) يوضح التوزيع التكراري لمتغير نوع الجراحة



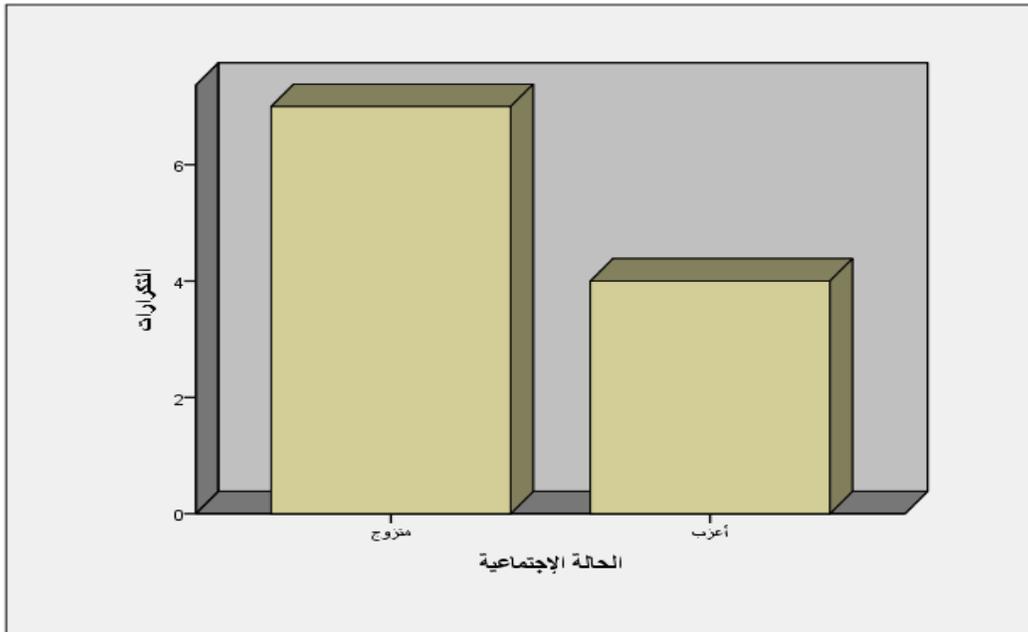
5. الحالة الإجتماعية:

الجدول رقم (10) يوضح التوزيع التكراري لمتغير الحالة الإجتماعية

التكرار النسبي	التكرار	الحالة الإجتماعية
%63.6	7	متزوج
%36.4	4	أعزب
%100.0	11	المجموع

يلاحظ من الجدول السابق أن في متغير الحالة الإجتماعية إحتلت الحالة الإجتماعية (متزوج) النسبة الأعلى من بين باقي النسب بنسبة (63.6%)، في حين إحتلت المرتبة الدنيا الحالة الإجتماعية (أعزب) بنسبة (36.4%).

شكل رقم (5) يوضح التوزيع التكراري لمتغير الحالة الإجتماعية



ثانياً: إختبار فرضيات الدراسة ومناقشتها وتفسيرها

تم تحليل ومعالجة بيانات الدراسة إحصائياً من خلال برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (Statistical Package for Social – SPSS – Vorsion 21 Sciences) وذلك للحصول على نتائج أكثر دقة، إذ تم إدخال البيانات إلى ذاكرة الحاسوب حسب الدرجات الموضحة في الجدول رقم (11):

جدول رقم (11) يوضح بدائل المقياس وما يقابلها من درجات

لا	نعم	البديل
1	2	الدرجة

حيث تم إعطاء الدرجة (2) كوزن لكل بديل (نعم) والدرجة (1) كوزن لكل بديل (لا). مناقشة نتيجة الفرض الأول:

الفرضية الأولى: (للبرنامج السلوكي المعرفي فعالية في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم)
الفرضية الصفرية $H_0 - Null Hypothesis$: تعني أنه ليس للبرنامج السلوكي المعرفي فعالية في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم.

الفرضية البديلة $H_1 - Alternate Hypothesis$: تعني أن للبرنامج السلوكي المعرفي فعالية في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم.

للتحقق من الفرضية الأولى قامت الباحثة بحساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات أفراد عينة البحث لكل فقرة على حدة، ولإختبار وجود فروق ذات

دلالة إحصائية بين الوسط الحسابي للمجموعة لتجريبية والوسط الحسابي للمجموعة افي الإختبار البعدي الضابطة، إستخدمت الباحثة إختبار (T). والجدول رقم (12) يوضح ذلك:

جدول (12) اختبار (ت) لعينه واحده لقياس فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم

القيمة الاحتمالية	درجه الحرية	قيمه (ت)	الوسط الحسابي للإختبار البعدي للمجموعة الضابطة	الوسط الحسابي للإختبار البعدي للمجموعة التجريبية
.001	10	5.031	45.7273	59.8182

يلاحظ من الجدول رقم (10) أن قيمة الوسط الحسابي المحسوب للإختبار البعدي للمجموعة التجريبية يساوي (59.8182) وهي أكبر من قيمة الوسط الحسابي للإختبار البعدي للمجموعة الضابطة (45.7273)، وأن القيمة التائية قد بلغت (5.031) وأن قيمتها الإحتمالية كان مقدارها (0.001). وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، إذن نرفض الفرض الصفري الذي ينص على أنه ليس للبرنامج السلوكي المعرفي فعالية في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم، ونقبل الفرض البديل الذي ينص على أن للبرنامج السلوكي المعرفي فعالية في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم، وهذا يشير إلى أن للبرنامج السلوكي المعرفي فعالية في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم.

تعزى الباحثة هذا التحسن في انخفاض القلق والخوف لدى المرضى قبل دخول العملية إلى أن البرنامج يسير في خطوات متسلسلة ومتراطة ويستخدم فنيات وتقنيات ذات فاعلية كبيرة في خفض القلق والخوف وأيضا تفاعل المرضى مع الباحثة كان له دور كبير في نجاح البرنامج وأيضا كذلك الظروف الزمانية والمكانية وتهيئة مكان الجلسات وذلك بمساعدة طاقم التمريض بقسم جراحة القلب والتزام المرضى بحضور الجلسات أيضا سلامة الخطوات والفنيات المستخدمة فالعلاج المعرفي السلوكي ان له دور كبير في تصحيح وتعديل الأفكار السلبية والخاطئة للمرضى تجاه العملية الجراحية والتي تنشأ للمرضى نتيجة سوء تفسيرهم للمواقف واتجاهاتهم السلبية حول الجراحة مما ينعكس سلبا على تفكيرهم ومشاعرهم وسلوكهم فالعلاج المعرفي السلوكي بفنائه قادر أن يعيد الشخص إلى التفكير السليم والهدوء الانفعالي والسلوك القويم لما له قدرة على إحداث تغيرات معرفية وسلوكية تجعل المريض أقل قلقا وخوفا من العملية الجراحية حيث لاحظت الباحثة من خلال الجلسات أن المرضى أصبحوا أكثر قدرة على التعبير اللفظي عن أفكارهم وأصبحوا أكثر قدرة على ضبط انفعالاتهم والتحكم فيها مما قلل لديهم الشعور بالخوف والقلق حيث ترى الباحثة التحسن الذي طرأ على أفراد عينة الدراسة يرجع إلى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة الحالية.

اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة هويدا سب الرسول 2001م ودراسة عباس الصادق 2015م ودراسة نادية ابراهيم 2010م ودراسة سلوى كمال 2011م ودراسة هناء بشير 2011م ودراسة الطيب السنوسي 2014م ودراسة وفاء السيد 2010م ودراسة تجاني حمد 2017م ودراسة زعتر نورالدين 2009م ودراسة حكيم وآخرون 2015م ودراسة فاطمة عيد 2013م ودراسة نهى سيد 2017م ودراسة هالة ابراهيم 2008م ودراسة نيوتن إن 2015م.

مناقشة نتيجة الفرض الثاني:

الفرضية الثانية: (يتسم مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم بالقلق والخوف قبل العمليات الجراحية)

الفرضية الصفرية H_0 -Null Hypothesis: تعني أن القلق والخوف لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم قبل العمليات الجراحية يتسم بالإنخفاض.

الفرضية البديلة H_1 -Alternate Hypothesis: تعني أن القلق والخوف لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم قبل العمليات الجراحية يتسم بالارتفاع.

للتحقق من الفرضية الأولى قام الباحث بحساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات أفراد عينة البحث لكل فقرة على حدة، ولإختبار وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الوسط الحسابي المحسوب والوسط الحسابي النظري استخدم الباحث إختبار (T) . والجدول رقم (13) يوضح ذلك:

جدول (13) اختبار (ت) لعينه واحده الوسط الحابي لقياس القلق والخوف لدى

مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم قبل العمليات الجراحية

القيمة الإحتمالية	درجة الحرية	قيمه (ت)	الوسط الحسابي النظري	الوسط الحسابي المحسوب
.000	10	24.850	1.5000	1.5386

يلاحظ من الجدول رقم (13) أن قيمة الوسط الحسابي المحسوب يساوي (1.5386) وهي أكبر من قيمة الوسط الحسابي النظري (1.5000)، وأن القيمة التائية قد بلغت (24.850) وأن قيمتها الإحتمالية كان مقدارها (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، إذن نرفض الفرض الصفرية الذي ينص على أن القلق والخوف لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم قبل العمليات الجراحية يتسم بالإنخفاض، ونقبل الفرض البديل الذي ينص على أن القلق والخوف لدى مرضى القلب

بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم قبل العمليات الجراحية يتسم بالإرتفاع، وهذا يشير إلى أن القلق والخوف لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم قبل العمليات الجراحية يتسم بالإرتفاع.

تعزى الباحثة هذه النتيجة إلى أن الحالة النفسية التي يكون عليها المريض المقبل على عملية جراحية لا تخلو من كونها عبارة عن فحوصات وتحاليل وأشعات بالإضافة إلى المتابعة الطبية كل هذا يبعث للمرضى عدم الشعور بالراحة والإطمئنان وهذه الإجراءات قد توحى للمرضى بصعوبة العملية وخطورتها وو ما قد يؤدي بهم إلى الشعور بالقلق والإنزعاج والخوف وكذلك ما يجول في ذهن المرضى من أفكار سلبية عن العملية الجراحية مثلا مصيره بعد العملية أما استيقاظ على نجاح العملية أو الموت وهذه الأفكار تجول في ذهن ما إتضح للباحثة من خلال جلسات البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية وكذلك تعتبر غرفة العمليات شئ مجهول للمرضى وأيضا غرفة العناية المكثفة وما يوجد بداخلها من أجهزة وفكرة التخدير كل هذا يعتبر مجهول بالنسبة للمرضى والتفكير فيه بسلبية يزيد من قلق وخوف المرضى من العملية الجراحية وكذلك ما يتركه الأهل والمرافقين من خلا زيارتهم للمرضى وإشعاره بخطورة وضعه الصحي كل هذا يؤثر سلبا على المرضى وبالتالي فإن المرضى المقبلين على عملية جراحية بحاجة ماسة إلى (جلسات نفسية) فعالة في تخفيف قلقه وخوفه. إتفقت هذه النتيجة مع دراسة نورالدين زعتر 2009م ودراسة حكيم وآخرون 2015م.

مناقشة نتيجة الفرض الثالث:

الفرضية الثالثة: (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي

في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة

بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير النوع)

لحساب الفروق في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل

العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير

النوع (ذكر، أنثى)، قامت الباحثة بحساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري واختبار

(ت)، الجدول رقم (14) يوضح ذلك:

جدول (14) يوضح قيم الوسط الحسابي والانحراف المعياري والقيمة التائية لقياس الفرق في

فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى

القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير النوع

النوع	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	درجة الحرية	القيمة الإحتمالية
ذكر	56.0000	56.0000	-23.687	10	.000
أنثى	62.0000	62.0000			

نلاحظ من الجدول أعلاه أن القيمة التائية قد بلغت (-23.687) وأن القيمة

الإحتمالية لإختبار (ت) كانت مقدارها (.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (.05)،

وهذا يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي

في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة

بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير النوع (ذكر، أنثى) لصالح النوع (أنثى).

ترجع الباحثة هذه النتيجة إلى أن الإناث كن أكثر صدقا في التعبير عن قلقهن

وخوفهن عكس الذكور الذين كانوا يخفون مشاعرهم في البداية فمن الطبيعي أن تجد الرجل

أشد جراً من النساء وأكثر حبا للمغامرة وأيضا طبيعة مجتمعنا السوداني التي تعيب على

الرجل أظهار خوفه وقلقه فهو رب الأسرة وحاميها فكيف له أن يخاف ولكن أكدت الباحثة إلى أفراد العينة أن إخفاء قلقهم وخوفهم من شأنه أن يعيق عمل العملية عملت الباحثة على زيادة زمن الجلسة الأولى وهي (التهيئة) لكي تتكون إلفة وثقة بينها وبين المرضى وأكدت الباحثة للمرضى سرية المعلومات التي يعطوها لها مما زاد ثقتهم فاصبحوا قادرين على التعبير عن مشاعرهم وقلقهم وخوفهم وعبروا لها عن حاجتهم للإرشاد النفسي والمعاملة الطيبة ولاحظت الباحثة من خلال الجلسات تحسن ملحوظ في انخفاض نسبة القلق والخوف لدى الرجال والنساء وهذا ما اثبتته نتائج هذا الفرض.

اتفقت هذه الدراسة مع دراسة وفاء السيد 2010م ودراسة الطيب السنوسي 2014م ودراسة هناء حمد بشير 2017م في هنالك اختلاف بين أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغير النوع (ذكر - انثى) لصالح الاناث.

واختلفت مع دراسة تجاني محمد 2017م ودراسة سلوى كمال 2011م ودراسة عباس الصادق 2015م ودراسة هويدا حسب الرسول 2001م.

مناقشة نتيجة الفرض الرابع:

الفرضية الرابعة: (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير العمر)

ولإختبار وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير العمر، (من 30 إلى 39 سنة، من 40 إلى 49 ، من 50 إلى 59 ، من 60 سنة فما فوق) إستخدمت الباحثة إختبار (مربع كاي) لدلالة الفروق بين إجابات الفقرات مجتمعة، الجدول رقم (15) يوضح ذلك:

جدول رقم (15) يوضح نتائج إختبار (كاي تربيع) للتعرف على دلالة الفروق في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير العمر

عدد الأفراد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة كاي تربيع المحسوبة	درجة الحرية	القيمة الإحتمالية	مستوى الدلالة
N	Mean	Std. Deviation	Chi-Square(a)	Df	.Asymp. Sig	Level
11	2.2727	1.19087	.727	2	.695	.05

نلاحظ من الجدول رقم (15) أن قيمة (مربع كاي) بلغت (.727) وأن القيمة الإحتمالية لها (.695) وهي أكبر من مستوى الدلالة (.05) وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير العمر. تعزى الباحثة هذه النتيجة إلى أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة الحالية تم تصميمه بأسلوب يراعي كل الفئات العمرية وأيضاً اختيار فنيات العلاج المعرفي السلوكي كان اختيار موفق يناسب كل فئات العمر أيضاً ترى الباحثة أن المرضى بكافة أعمارهم أظهروا حاجتهم للإرشاد النفسي مما زاد تفاعل وتعاون المرضى مع الباحثة وبالتالي استجابة المرضى للبرنامج ساعدت في خفض نسبة قلقهم ومخاوفهم. حيث طلب بعض المرضى من الباحثة مواصلة المزيد من الجلسات الإرشادية بعد العمليات. اتفقت هذه النتيجة مع دراسة الطيب السنوسي 2014م في أنه لا توجد فروق في الاستفادة من البرنامج ترجع لمتغير العمر وأيضاً دراسة وفاء السيد 2010م ودراسة تجاني حمد 2017م ودراسة هويدا حسب الرسول 2001م. اختلفت هذه الدراسة مع دراسة نادية ابراهيم 2010م في أن هناك فروق بين أفراد العينة في الاستجابة للبرنامج وفق متغير العمر وأيضاً دراسة سلوى كمال 2011م ودراسة هناء محمد بشير 2017م

مناقشة نتيجة الفرض الخامس:

الفرضية الخامسة: (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير المستوى التعليمي)

ولإختبار وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، (خلوة، أساس، ثانوي، دبلوم، جامعي، فوق الجامعي) إستخدمت الباحثة إختبار (مربع كاي) لدلالة الفروق بين إجابات الفقرات مجتمعة، الجدول رقم (16) يوضح ذلك:

جدول رقم (16) يوضح نتائج إختبار (كاي تربيع) للتعرف على دلالة الفروق في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

عدد الأفراد N	الوسط الحسابي Mean	الإنحراف المعياري Std. Deviation	قيمة كاي تربيع المحسوبة Chi-Square(a)	درجة الحرية Df	القيمة الإحتمالية Asymp. Sig.	مستوى الدلالة Level
11	2.3636	1.56670	3.182	3	.364	.05

نلاحظ من الجدول رقم (16) أن قيمة (مربع كاي) بلغت (3.182) وأن القيمة الإحتمالية لها (0.364) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وهذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

تعني هذه النتيجة أن كل أفراد المجموعة التجريبية من مرضى القلب كانت استجابتهم لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي الذي طبقته الباحثة غير مرتبط بالمستوى التعليمي فكل المرضى استفادوا من البرنامج رغم اختلاف مستوياتهم التعليمية وهذه النتيجة تؤكد فاعلية البرنامج وأن البرنامج يتمتع بالحيادية لكل فئات المجتمع وهذه صفات البرنامج الجيدة التي يجب أن يتمتع بها كل برنامج ارشادي وأيضا للطريقة التي اتبعتها الباحثة في تطبيق البرنامج من تبسيط فكرة الارشاد النفسي فكل أفراد العينة فهموا طبيعة البرنامج وما يدور في كل جلساته من محتوى وأيضا من جانب الباحثة استمراريته على التشجيع الدائم والمستمر لدى أفراد العينة والاتصال بهم وتركيزهم بمواعيد الجلسات وتركيزهم بممارسة الاسترخاء في المنزل كل هذا خلق علاقة تتمتع بالثقة والحميمية بين الباحثة وأفراد العينة كل هذا ساهم في أن كل أفراد العينة بمختلف مستوياتهم التعليمية يستفيدوا من البرنامج المستخدم في هذه الدراسة . ومستوى التعليم على الرغم من اعتقاد الباحثة أنه من المتغيرات الهامة التي تؤثر في قدرات الفرد الاستيعابية وطريقة تفكيره وهذا ينعكس بدوره على تفكير ومعتقدات الفرد وهذه الأفكار هي التي تستهدفها البرامج المعرفية السلوكية ولكن أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن مستوى التعليم لم يشكل عائقا أمام إمكانية الأفراد من الاستفادة من البرنامج المعد من قبل الباحثة.

اتفقت هذه الدراسة مع دراسة سلوى كمال 2011م ودراسة وفاء السيد 2010م ودراسة عباس الصادق 2015م في أنه لا توجد فروق بين أفراد العينة في البرنامج المعرفي السلوكي تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

اختلفت مع دراسة الطيب السنوسي 2014م ودراسة هويدا حسب الرسول في أنه توجد فروق بين أفراد عينة البحث في البرنامج الارشادي وفقا للمستوى التعليمي.

مناقشة نتيجة الفرض السادس:

الفرضية السادسة: (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي

المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم

الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير نوع الجراحة)

ولإختبار وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في

تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة

بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير نوع الجراحة (خلوة، أساس، ثانوي، دبلوم، جامعي،

فوق الجامعي) إستخدمت الباحثة إختبار (مربع كاي) لدلالة الفروق بين إجابات الفقرات

مجتمعة، الجدول رقم (17) يوضح ذلك:

جدول رقم (17) يوضح نتائج إختبار (كاي تربيع) للتعرف على دلالة الفروق في فعالية البرنامج

السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم

الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير نوع الجراحة

عدد الأفراد N	الوسط الحسابي Mean	الإنحراف المعياري Std. Deviation	قيمة كاي تربيع المحسوبة Chi-Square(a)	درجة الحرية Df	القيمة الإحتمالية Asymp. Sig.	مستوى الدلالة Level
11	1.9091	.70065	2.364	2	.307	.05

نلاحظ من الجدول رقم (17) أن قيمة (مربع كاي) بلغت (2.364) وأن القيمة

الإحتمالية لها (.307) وهي أكبر من مستوى الدلالة (.05) وهذا يدل على عدم وجود

فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق

والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد

قاسم تبعاً لمتغير نوع الجراحة.

تعزى الباحثة هذه النتيجة إلى فاعلية البرنامج ونجاحه في خفض نسبة القلق والخوف رقم إختلاف خطورة العمليات حيث عملت الباحثة على زرع الثقة بالله في نفوس المرضى من خلال جلسة علاجية تهتم بالجانب الديني لدى المرضى وتديل أفكارهم السلبية وتعديلها بأفكار أكثر ايجابية فجميع المرضى كانوا لديهم الرغبة في متابعة الجلسات وكانت ترى الباحثة الرضا والسرور في وجوههم عند كل جلسه وعبرو لها عن ذلك بعبارات تدل على أنهم في حوجه إلى جلسات أكثر والبعض منهم طلب أن تكون الجلسات يومية وليس في الأسبوع جلستين ولكن أوضحت لهم الباحثة أنه لايمكن أن تعمل أكثر من جلستين في الأسبوع كل هذا ساهم في فاعلية ونجاح البرنامج الإرشادي المستخدم في هذه الدراسة فمن المعروف أن الثقة والألفة بين المرشد والمسترشد لها دور كبير في نجاح عملية الإرشاد.

أتفقت هذه الدراسة مع دراسة هويدا حسب الرسول 2001م ودراسة هناء محمد 2017م ودراسة عباس الصادق 2015م ودراسة سلوى كمال 2011م ودراسة نادية ابراهيم 2010م ودراسة الطيب السنوسي 2014م ودراسة زعتر نورالدين 2009م ودراسة حكيم وآخرون 2015م ودراسة وفاء السييد 2010م ودراسة حمد تجاني 2017م ودراسة فاطمة عيد 2013م ودراسة نهى حمد 2017م ودراسة هالة ابراهيم 2008م ودراسة نيوتن إن 2015م كل هذه الدراسات اتفقت مع الدراسة الحالية في فاعلية البرنامج السلوكي المعرفي.

مناقشة نتيجة الفرض السابع:

الفرضية السابعة: (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية)

لحساب الفروق في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج، أعزب)، قامت الباحثة بحساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري واختبار (ت) ، الجدول رقم (18) يوضح ذلك :

جدول (18) يوضح قيم الوسط الحسابي والانحراف المعياري والقيمة التائية لقياس الفرق في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية

القيمة الإحتمالية	درجة الحرية	القيمة التائية	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الحالة الاجتماعية
0.00	10	-23.463	8.60233	59.0000	متزوج
			8.84590	61.2500	أعزب

نلاحظ من الجدول أعلاه أن القيمة التائية قد بلغت (-23.463) وأن القيمة الإحتمالية لإختبار (ت) كانت مقدارها (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (متزوج، أعزب) لصالح الحالة الاجتماعية (أعزب).

ترجع الباحثة هذه النتيجة إلى طبيعة متغير الحالة الاجتماعية حيث أنه من المتغيرات المهمة في المجتمع السوداني من حيث أبعاده النفسية والاجتماعية فالمتزوج

ليس كالأعذب فلاحظت الباحثة من خلال الجلسات أن المتزوجين كانوا أكثر إحساسا بالمسئولية وأكثر قلقا وخوفا مقارنة بغير المتزوج فمن خلال تعبير البعض منهم أن قلقهم وخوفهم يمتد إلى مستقبل أسرهم في حال عدم نجاح العملية الجراحية كل هذا لا شك في أنه يؤثر سلبا على نفسية هؤلاء الأفراد فبعض أفراد عينة الدراسة كانوا يطلبون من مرافقيهم عدم رؤية أفراد معينين من الأسرة ظنا منهم أنهم يضعفون قوتهم ويتأثرون سلباً عند رؤيتهم فالبعض منهم كان يبكي ويرتفع ضغطه بسبب رؤيته لأحد أفراد الأسرة كل هذا أثر في تدني درجات الاختبار البعدي مقارنة بالفئة (أعذب) أي قلل من استعادتهم من البرنامج العلاج المعرفي السلوكي.

إتفقت هذه النتيجة مع دراسة نادية ابراهيم 2010م ودراسة عباس الادق 2015م في أنه توجد فروق فردية بين أفراد المجموعة التجريبية تعزى لمتغير الحالة الإجتماعية. اختلفت مع دراسة سلوى كمال 2011م ودراسة وفاء السيد 2010م ودراسة الطيب السنوسي 2014م حيث أظهرت هذه الدراسة عدم وجود فروق فردية بين أفراد المجموعة التجريبية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

الفصل الخامس

الخاتمة النتائج والتوصيات والمقترحات

الفصل الخامس

الخاتمة النتائج والتوصيات والمقترحات

الخاتمة:

تناولت الدراسة الحالية فاعلية برنامج سلوكي معرفي للحد من مستوى القلق والخوف قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بمستشفى أحمد قاسم ولاية الخرطوم، وقد قامت الباحثة بإعداد هذا البرنامج مستفيدة من بعض الدراسات السابقة التي طبق برامج مشابهه للبرنامج الدراسة الحالية (العلاج المعرفي السلوكي) ولكن مختلفة عن الدراسة الحالية في محتويات البرنامج وفي خطواته وأيضا اختلاف عينة الدراسة وعلى حسب علم الباحثة لم تقوم دراسة بتطبيق برنامج إرشادي على مرضى القلب قبل دخول العملية الجراحية حيث يعتبر البرنامج الحالي بمثابة تأهيل ودعم نفسي لمرضى القلب قبل دخول العملية الجراحية وترى الباحثة أنها شريحة تحتاج وبشدة إلى الدعم النفسي قبل دخول العملية وتوصلت الباحثة بعد تطبيق البرنامج إلى تحسين ملحوظ على أفراد عينة الدراسة في خفض نسبة القلق والخوف لدى المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي وأيضا أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية البرنامج تبعا لمتغير النوع (ذكر - أنثى) - الحالة الإجتماعية.

إهتمت هذه الدراسة بدراسة: (فاعلية برنامج سلوكي معرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم) وعلى ضوء ذلك تم وضع الفرضيات وإجراءاتها وإثبات الفروض أو عدمها، وتكونت الدراسة من فصول يتضمن الفصل الاول مشكلة الدراسة وتحديدها وأهميتها وأهدافها وفروض الدراسة ومصطلحات الدراسة واشتمل الفصل الثاني على الإطار النظري والدراسات السابقة

ذات الصلة بالموضوع والفصل الثالث يشمل إجراءات الدراسة والفصل الرابع تحليل البيانات وعرض ومناقشة النتائج.

كانت النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية كما يلي:

1. أظهرت نتائج التحليل الإحصائي أن للبرنامج السلوكي المعرفي فعالية في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم.

2. أظهرت نتائج التحليل الإحصائي أن القلق والخوف لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم قبل العمليات الجراحية يتسم بالارتفاع.

3. أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير النوع (ذكر، أنثى) لصالح النوع (أنثى).

4. أظهرت نتائج التحليل الإحصائي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير العمر.

5. أظهرت نتائج التحليل الإحصائي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

6. أظهرت نتائج التحليل الإحصائي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير نوع الجراحة.

7. أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في تخفيف القلق والخوف ما قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم تبعاً لمتغير الحالة الإجتماعية (متزوج، أعزب) لصالح الحالة الإجتماعية (أعزب).

وبناء على هذه النتائج قامت الباحثة بوضع مجموعة من التوصيات والمقترحات:

التوصيات:

1- ضرورة تواجد أخصائي نفسي ضمن الفريق الطبي الجراحي بكل قسم جراحة بالمستشفيات.

2- اعتماد برنامج يحتوي على جلسات إرشاد نفسي للمرضى قبل الخضوع للعمليات الجراحية.

3- متابعة مرضى القلب منذ تشخيصهم من قبل الأخصائي النفسي المتواجد بالمستشفى.

4- تفعيل دور الأخصائي النفسي بالمستشفيات وخاصة أقسام الجراحة والأمراض المزمنة التي تصاحبها آثار نفسية تؤثر على صحة المرضى.

5- توي الباحثة بضرورة تسهيل مهام طلاب العلوم الإنسانية وعلم النفس من قبل وزارة الصحة بتطبيق البحوث النفسية في كافة المستشفيات حتى نستطيع أن نستثمر مواردنا البشرية العلمية بشكل فعال ينعكس بصورة إيجابية على المجتمع السوداني.

المقترحات:

- 1- تقترح الباحثة على طلاب الدراسات العليا بمؤسسات التعليم العالي والبحث العلمي إجراء المزيد من البحوث على شريحة الأشخاص من ذوي الأمراض المزمنة والمقبلين على عمليات جراحية.
- 2- تقترح الباحثة ضرورة توجيه البحث العلمي خاصة تخصصات العلوم الإنسانية لآثراء مكاتب ومعاهد علم النفس بدراسات نفسية تقوم بتخفيض قلق ما قبل العملية الجراحية.
- 3- تقترح الباحثة بعض العناوين لدراسات مستقبلية مثل: أ/ برنامج سلوكي معرفي لخفض القلق والخوف لمرضى زراعة الكلي قبل العملية ب/ برنامج معرفي سلوكي لخفض الضغوط النفسية التي تواجه أخصائيين الجراحة بالمستشفيات.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

1. أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم (ابن منظور) لسان العرب، 2003م، دار صادر للنشر.
2. اجلال محمد سري، علم النفس العلاجي، 2000م، الطبعة الثانية، عالم الكتب.
3. أحمد عكاشه، علم النفس الفسيولوجي، 2003م، مكتبة الأنجلو المصرية.
4. أحمد محمد الزغبى، التوجيه والإرشاد النفسي (أسسه- نظرياته- طرئقه- مجالاته- برامجه)، 2003م، الطبعة الأولى، دار الفكر، دمشق.
5. جودت عزت عطوي، أساليب البحث العلمي (مفاهيمه- أدواته- طرقه الإحصائية)، 2015م، الطبعة الخامسة، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
6. حامد عبدالسلام زهران، التوجيه والإرشاد النفسي، 2002م، الطبعة الثانية، عالم الكتب، القاهرة.
7. حامد عبدالسلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، 2005م، الطبعة الرابعة، عالم الكتب، القاهرة.
8. حامد عبدالسلام زهران، قاموس علم النفس، 1987م، الطبعة الأولى، عالم الكتب ، القاهرة.
9. حامد عبدالعزيز الفقي، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، 1990م، الطبعة الأولى، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.
10. حسين علي فايد، العلاج النفسي أصوله تطبيقاته - اخلاقيات، 2001م، الطبعة الأولى، مؤسسة طيبة، القاهرة- مصر.
11. حسين علي فايد، دراسات في الصحة النفسية، 2003م، الطبعة الأولى، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

12. حمد أحمد إبراهيم سعفان، الإرشاد النفسي الجماعي، 2006م، الطبعة الأولى، دار الكتاب الحديث، بيروت - لبنان.
13. خولة أحمد يحيي، الإضطرابات السلوكية والانفعالية، الطبعة الأولى، 2003م، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان - الأردن.
14. رجاء محمود ابو علام، 1999م، مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، دار النشر للجامعات، القاهرة.
15. رمضان محمد القذافي، التوجيه والإرشاد النفسي، 2011م، المكتب الجامعي الحديث.
16. سامح وديع الخفش، النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي، 2011م، الطبعة الأولى، دار الفكر، ناشرون وموزعون.
17. سامي محمد ملحم، 2007م، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، الطبعة الأولى، دار الميسرة للطباعة والنشر، عمان - الاردن.
18. سهير كامل أحمد، التوجيه والإرشاد النفسي، 1999م، الطبعة الأولى، مركز الاسكندرية للكتاب، مصر.
19. السيد فهمي علي، علم النفس المرضي، 2010م، دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية.
20. صالح أحمد الخطيب، الإرشاد النفسي في المدرسة (اسسه - نظرياته - تطبيقاته)، 2003م، دار الكتاب الجامعي، العين، الإمارات العربية المتحدة.
21. طارق أحمد عكاشة، علم النفس الفسيولوجي، 2000م، الطبعة التاسعة، الانجلو المصرية.
22. عائشة نجوى، العلاج النفسي عن طريق البرمجة اللغوية العصبية، 2009م، جامعة مثوري ق.؟؟؟.

23. عادل عبدالله حمد، العلاج المعرفي السلوكي - أسس وتطبيقات، 2000م، الطبعة الأولى، دار الرشاد.
24. عبدالرحمن محمد العيسوي، مجالات الإرشاد والعلاج النفسي، 2001م، الطبعة الأولى، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان.
25. عبدالستار إبراهيم، العلاج النفسي السلوكي الحديث، 1994م، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة- مصر.
26. عبدالفتاح الخواجه، علم النفس العلاجي ، 2013م، الطبعة الأولى، دار البداية ناشرون وموزعون.
27. علا عبدالباقي إبراهيم، 2010م، الطبعة الأولى، عالم الكتب، القاهرة.
28. علاء الدين كفاقي، الإرشاد والعلاج النفسي الأسري المنظور النسقي الاتصالي، 1999م، الطبعة الأولى ، دار الفكر العربي ، القاهرة.
29. علي حسين زيدان وآخرون، نماذج ونظريات الممارسة المهنية في خدمة الفرد، 2016م، دار السحاب، القاهرة.
30. فاخر عاقل، أصول علم النفس وتطبيقاته، دار العلم للملايين ، بيروت.
31. فاروق السيد عثمان، القلق وإدارة الضغوط النفسية، 2001م، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة.
32. مجمع اللغة العربية بالقاهرة، المعجم الوسيط، الطبعة الخامسة، 2011م، مكتبة الشروق الدولية، مصر.
33. محمد إبراهيم الفيومي، القلق الإنساني (مصادره تياراته- علاج الدين له)، 1980م، الطبعة الثانية، مكتبة الإنجلو المصرية.
34. محمد إبراهيم عيد، مقدمة في الإرشاد النفسي ، مكتبة الانجلو المصرية.

35. محمد جاسم العبيدي، علم النفس الاكلينيكي، 2009م، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الإصدار الثاني.

36. ناصر إبراهيم المحارب، المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي، 2013م، دار الزهراء للنشر والتوزيع.

37. يوسف مخائيل، سيكولوجية الخوف، نهضة مصر ، القاهرة.

المراجع المترجمة:

1. آرون بيك ، ترجمة عادل مطفى العلاج المعرفي والإضطرابات الانفعالية، 2000م، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية للطباعة والنشر ، بيروت.

2. هوفمان- إنس- جي، ترجمة: مراد علي عيسى، العلاج المعرفي السلوكي المعاصر- الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية، 2012م، الطبعة الأولى، دار الفجر للنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية:

1. Melihd a smith, Robert jeunes egul Therapy, For Anxiety, Disorders(2017).

2. Judths , Beak 2005, Cogni tivrtnerapy, Foundations and, dimensions.

المجلات والدوريات:

1/ مجلة الصحة والحياة - نبيلة حمزى 2016م الموقع: www.bagia.to llah.net

2/ صحيفة الاتحاد- مروان دويري 2008م، الموقع: aijabha.Org@gmail.com

3/ مجلة العلوم الإجتماعية- طلال الناصر 2003م، الموقع: smsa.Net/forum/ archive

4/ مجلة اليوم السابع- مروة محمود إلياس 2016م، الموقع: www.youm/.com

5/ المنتدى الجراحي- محمد فراس الصغري 2010م، الموقع: www.Doctor.Fivas.com

- 6/ منتديات الدكتور سلطان التميّاط 2008م، الموقع: [www. Budanaclinic.com](http://www.Budanaclinic.com)
- 7/ الشبكة العربية للصحة النفسية الاجتماعية – داليا مؤمن 2003م ، الموقع: [www. Maganin.com](http://www.Maganin.com)
- 8/ مجلة طب الانسان البريطانية – كلية لندن الملكية، الموقع: [www. Bbc.com](http://www.Bbc.com)
- 9/ مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، الموقع: [www. Snavjah,ac.ae](http://www.Snavjah.ac.ae)
- 10/ موقع العلاج المعرفي السلوكي، الموقع: <http://www.yom.com/Newa.asp>
- 11/ المستودع الرقمي المؤسسي لجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الموقع: [https://repostt.ory. Nauss.edu.sa](https://repostt.ory.Nauss.edu.sa)
- البحوث والدراسات السابقة:**

1. تجاني محمد حسن عبدالله، 2017م، فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في معالجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن بمستشفى ابن سينا- الخرطوم، رسالة دكتوراة منشورة، جامعة الجزيرة، كلية الدراسات العليا.
2. حكيمي وآخرون، 2015م، برنامج علاج معرفي لتخفيف قلق الموت لدى مرضى القلب- رسالة ماجستير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية الرياض، كلية العلوم الاجتماعية، علم نفس.
3. زعتر نور الدين، 2009م، فعالية برنامج علاج نفسي إسلامي مقترح في تخفيض القلق (قلق ما قبل العمليات الجراحية) بمستشفى العقيد بوقرة بولاية الجلفه، الجزائر، رسالة ماجستير منشورة، جامعة محمد خيضر بسكرة- الجزائر.

4. سلوى كمال الزبير حمد، 2011م، فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض مستوى القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان بالمركز القومي للعلاج بالاشعة والطب النووي بالخرطوم، جامعة الخرطوم- كلية الدراسات العليا- رسالة دكتوراة .
5. الطيب السنوسي يوسف، 2014م، برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الأثر النفسي السالب للوصمه الاجتماعية لدى المصابين بالايذز بولاية غرب دارفور، رسالة دكتوراة، جامعة السودان، كلية الدراسات العليا.
6. عباس الصادق محمد إسماعيل، 2015م، فعالية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لتخفيض الاكتئاب لدى مرضى الايدز بمراكز الرعاية المتكاملة بولاية جنوب دارفور، جامعة السودان - كلية الدراسات العليا، رسالة دكتوراة منشورة.
7. فاطمة عيد العدوان، 2013م، فاعلية برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري، رسالة دكتوراة منشورة، الجامعة الاردنية، عمان- الاردن.
8. فريق بحثي، 2013م، العلاج المعرفي السلوكي في التخلص من طنين الأذن، جامعة كامبريدج.
9. نادية إبراهيم خلف الله أحمد، 2010م، أثر برنامج إرشادي جمعي في التوافق النفسي لدى مريضات سرطان الثدي في المركز القومي للعلاج بالاشعة والطب النووي الخرطوم، رسالة ماجستير- جامعة السودان، كلية الدراسات العليا.
10. نهى محمد سند ابراهيم، 2017م، فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتحسين معنى الحياة وحب الحياة لدى عينة من مرضى سرطان الثدي، رسالة ماجستير منشورة، جامعة الاسكندرية- كلية الآداب- علم نفس.

11. نيوتن إن ، 2015م، العلاج المعرفي السلوكي لمعالجة مخاوف تلقي علاج الاسنان، كلية لندن الملكية.
12. هالة إبراهيم عوض الله، 2008م، برنامج لتحسين الحالة الانفعالية والتوافق النفسي والاجتماعي لدى المرضى الخاضعين للإستصفاء الكلوي، رسالة ماجستير منشورة، جامعة عين شمس ، القاهرة، معهد الدراسات والبحوث.
13. هناء محمد بشير ابوه، 2017م، فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض الاكتئاب لدى مرضى القلب المدخنين بمركز السودان للقلب ولاية الخرطوم، جامعة الرباط- كلية الدراسات العليا، رسالة دكتوراة منشورة.
14. هويدا حسب الرسول أحمد علي، 2001م، برنامج مقترح للعلاج المعرفي السلوكي لمرضى السكري المصابين بالاكتئاب، دراسة مقدمة لنيل درجة الماجستير- جامعة الخرطوم- كلية الدراسات العليا، رسالة منشورة.
15. وفاء السيد عثمان، 2010م، فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعدل بمضامين إسلامية في خفض مستوى الاكتئاب لدى مصابي ومرضى الايدز بمستشفى ام درمان التعليمي، رسالة دكتوراة، جامعة أم درمان الإسلامية، كلية الدراسات العليا.

الملاحق

ملحق رقم (1)
أسماء المحكمين للمقياس

الاسم	الدرجة الوظيفية	الجامعة
د/ سلوى عبدالله الحاج	رئيس قسم علم النفس	جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا
بروفسير/ عبدالباقي دفع الله أحمد دفع الله	عميد الشؤون العلمية	جامعة الخرطوم
بروفسير/ الرشيد البيلي	عميد الدراسات العليا	جامعة النيلين
د/ أسماء سراج الدين فتح الرحمن	رئيس قسم علم النفس	جامعة الخرطوم
د/ الطيب السنوسي يوسف	رئيس قسم علم النفس	جامعة زالنجي

ملحق رقم (2)

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا

كلية التربية قسم علم النفس

الموضوع: تحكيم أسئلة إمتحان وبرنامج إرشادي

السيد/.....

في البدء أشكر حسن تعاونكم مع طلاب العلم والمعرفة وأتقدم إليكم بهذه الأسئلة وهي

جزء من رسالة لنيل درجة الدكتوراة بعنوان:

برنامج سلوكي معرفي لخفض القلق والخوف قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب

بقسم الجراحة بمستشفى أحمد قاسم ولاية الخرطوم

فأرجو منكم تحكيم مقياس القلق لتاييلور المعدل من قبل الباحثة ليشمل الخوف من

العمليات مرشدين لي طريق الصواب وتحقيق الهدف المنشود مستعينه بعقليتكم العلمية

الفذة.

إشراف البروفسيور: علي فرح أحمد فرح

الدارسة: عبلة سعيد قسم الله

بسم الله الرحمن الرحيم

استمارة البيانات الأولية

أرجو التكرم بوضع علامة (√) أمام مايناسبك :

الإسم:.....

النوع: نكر () أنثى ()

المستوى التعليمي: أمي () أساس () ثانوي () جامعي ()

نوع الجراحة:.....

الحالة الإجتماعية: متزوج () أعزب () أرمله ()

عدد الجلسات:.....

ملحق رقم (3)

مقياس القلق والخوف قبل العمليات الجراحية (قبل التعديل)

فقرات الإستبيان:

لا	نعم	العبرة	الرقم
		نومي مضطرب ومتقطع	1.
		مرت بي أوقات لم استطع خلالها النوم بسبب القلق	2.
		اعتقد إنني أكثر عصبية من معظم الناس	3.
		لدى متاعب أحيانا في معدتي	4.
		أعاني أحيانا من نوبات إسهال	5.
		تصيبني نوبات من الغثيان (غمامات النفس)	6.
		أثق في نفسي كثيرا	7.
		عادة ما أكون هادئا	8.
		لا أشعر بالسعادة معظم الوقت	9.
		أشعر بالقلق على صحتي	10.
		أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخرين	11.
		كثيرا ما أجد نفسي قلقا على شئ ما	12.
		أشعر أحيانا وبشكل مؤكد أنه لا فائده لي	13.
		أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة	14.
		الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات	15.
		يقلني ما يحتمل أن أقابله من سوء الحظ	16.

		17. لاحظت أن قلبي يخفق بسرعة وأحيانا تنهيج أنفاسي
		18. كثيرا ما أصاب بالصداع
		19. لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد
		20. اعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرّة
		21. أنا شخص متوتر جدا
		22. مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التقلب عليها
		23. يداي وقدماي باردتان في العادة
		24. أصبح متوترا كلما ذكر أمامي ميعاد العملية
		25. تراودني احلام مزعجة بخصوص العملية
		26. يجعلني انتظار العملية عصبيا
		27. عندما أتذكر العملية لا أستطيع القيام بأقل مجهود
		28. يقلقني ما يحتمل أن يحصل لي أثناء العملية
		29. عندما أتذكر موعد العملية ارتبك لدرجة تجعل العرق يتصبب مني
		30. تمر بي أوقات أشعر خلالها بأن العملية أمر صعب لا أستطيع تحملها
		31. أكون متوتر للغاية عند القيام بالفحوصات التمهيديّة لعملية
		32. آراء بعض الناس يسبب بعض الهموم
		33. أشعر بالخوف من الأخطاء الطبية

		أخاف أن أموت في العملية	.34
		الاحظ يداي ترتجفان عندما أتذكر العملية	.35
		رؤية الدم تسبب لي الرعب	.36
		أتحاشى التحدث أن الأمور التي تخص العملية	.37
		يزداد اشمئزازي كل ذكرت أمور تخص العملية	.38
		عندما أوي للنوم يصعب على النوم بسهولة بسبب تفكيري في العملية	.39
		أصاب أحيانا بالإمساك	.40

ملحق رقم (4)

مقياس القلق والخوف قبل العمليات الجراحية (بعد التعديل)

فقرات الإستبيان:

لا	نعم	العبرة	الرقم
		نومي مضطرب ومتقطع	1.
		مرت بي أوقات لم استطع خلالها النوم بسبب القلق	2.
		اعتقد إنني أكثر عصبية من معظم الناس	3.
		لدى متاعب أحيانا في معدتي	4.
		أعاني أحيانا من نوبات إسهال	5.
		تصيبني نوبات من الغثيان (غمامات النفس)	6.
		أثق في نفسي كثيرا	7.
		عادة ما أكون هادئا	8.
		أشعر بالسعادة معظم الوقت	9.
		أشعر بالقلق على صحتي	10.
		أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخرين	11.
		كثيرا ما أجد نفسي قلقا على شئ ما	12.
		أشعر أحيانا وبشكل مؤكد أنه لا فائده لي	13.
		أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة	14.
		الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات	15.
		يقلني ما يحتمل أن أقابله من سوء الحظ	16.

		17. لاحظت أن قلبي يخفق بسرعة وأحيانا تنهيج أنفاسي
		18. كثيرا ما أصاب بالصداع
		19. أستطيع أن أركز تفكيري في شئ واحد
		20. اعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرّة
		21. أنا شخص متوتر جدا
		22. مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التقلب عليها
		23. يداي وقدماي باردتان في العادة
		24. أصبح متوترا كلما ذكر أمامي ميعاد العملية
		25. تراودني احلام مزعجة بخصوص العملية
		26. يجعلني انتظار العملية عصبيا
		27. عندما أتذكر العملية لا أستطيع القيام بأقل مجهود
		28. يقلقني ما يحتمل أن يحصل لي أثناء العملية
		29. عندما أتذكر موعد العملية ارتبك لدرجة تجعل العرق يتصبب مني
		30. تمر بي أوقات أشعر خلالها بأن العملية أمر صعب لا أستطيع تحملها
		31. أكون متوتر للغاية عند القيام بالفحوصات التمهيدية لعملية
		32. آراء بعض الناس يسبب بعض الهموم
		33. أشعر بالخوف من الأخطاء الطبية

		34. أخاف أن أموت في العملية
		35. يداي ترتجفان عندما أتذكر العملية
		36. رؤية الدم تسبب لي الرعب
		37. أتحاشى التحدث أن الأمور التي تخص العملية
		38. يزداد اشمئزازي كل ذكرت أمور تخص العملية
		39. عندما أوي للنوم يصعب على النوم بسهولة بسبب تفكيري في العملية
		40. أصاب أحيانا بالإمساك

ملحق رقم
(5)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Ministry Of Health - Khartoum State

Cardiac surgery & renal transplantation center

Ahmed Gasim Hospital

وزارة الصحة - ولاية الخرطوم

مركز جراحة القلب وزراعة الكلى

مستشفى أحمد قاسم

التاريخ: 2016/10/29

هيئة لجنة التدريب والبحوث

إسم البحث :

خفض القلق والخوف لدى مرضى القلب قبل العمليات الجراحية
من خلال تصميم برنامج سلوكي معرفي

إسم الطالب:

عجلة سعيد قسم الله علي

الغرض :

بحث لنيل درجة الدكتوراه

قرار اللجنة :

ليس لدينا مانع لإجراء البحث على ان تسلم نسخة منه للمركز بعد اكتماله.

هيئة التدريب والبحوث

هيئة التدريب والبحوث

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Ministry Of Health - Khartoum State

Cardiac surgery & renal transplantation center

Ahmed Gasim Hospital



وزارة الصحة - ولاية الخرطوم

مركز جراحة القلب وزراعة الكلى

مستشفى أحمد قاسم

التاريخ: 2016/10/20

هيئة لجنة التدريب والبحوث

اسم البحث :

خفض القلق والخوف لدى مرضى القلب قبل العمليات الجراحية من خلال تصميم برنامج سلوكي معرفي

اسم الطالب:

عبلة سعيد قسم الله علي

الغرض :

بحث لنيل درجة الدكتوراه

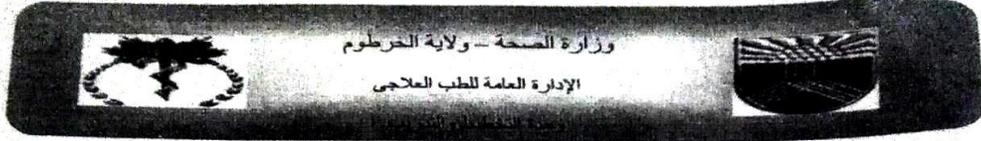
قرار اللجنة :

ليس لدينا مانع لإجراء البحث على ان تسلم نسخة منه للمركز بعد اكتماله.

هيئة التدريب و البحوث

- الرجاء مساعدة الطالبة ومدها بالمعلومات اللازمة
لجنة البحوث
د. محمد سعيد محمد

ملحق رقم (6)



الرقم: و ص / و خ / ط ح / 444

التاريخ 2016/10/25 م

السيد / مدير عام مستشفى أحمدر حاسم / القادسي

لمحترم

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

الموضوع/الموافقة على تنفيذ بحث

بالاشارة الى الموضوع اعلاه ، نفيد سيادتكم بأن الباحث /الباحثة / عميلة سعيدة حسين لله علي
بصدد اجراء بحث بعنوان : .. حَقِيقَاتُ (الْقَلْبِ) وَالْحَوْتِ لَدَى مَرْمَى الْقَدِ
قَبْلِ الْعَمَلِيَّاتِ (الجراحية) مِنْ حَالِ لَتَمِيمِ يَرْنَا مَجْ سَلُو كَرَا مَعْزِي
وعليه نرجو التكرم بمد الطالب/الطالبة بمتطلبات البحث .

وجزاكم الله خيراً ،،،،



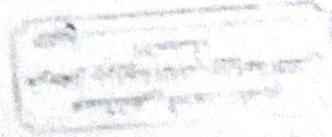
د/ سحر علي عباس

مدير إدارة التدريب والبحوث

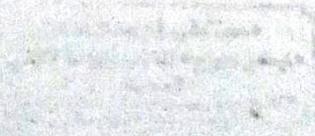
ملحق رقم (7)

بسم الله الرحمن الرحيم
مركز جراحة القلب وزراعة الكلى

عدد عمليات القلب خلال العام 2015م
381 عملية



مركز جراحة القلب وزراعة الكلى



ملحق رقم (8)

بسم الله الرحمن الرحيم

إقرار بالموافقة على تطبيق برنامج إرشادي

أنا الباحثة/ **عبلة سعيد قسم الله** - جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا أقوم بإجراء بحث يعني بخفض القلق والخوف قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب وذلك من خلال تصميم برنامج إرشادي معرفي سلوكي بأقسام الجراحة بمستشفيات ولاية الخرطوم.

تهدف هذه الدراسة إلى خفض القلق والخوف قبل العمليات الجراحية لدى مرضى القلب ولقد تم اختيارك للمشاركة في هذا البحث ومعك مرضى آخرين لأن شروط المشاركة تنطبق عليكم نتوقع بمشارككم في هذا البحث أن نتحصل على نتائج تفيد في خفض القلق والخوف لدى مرضى القلب قبل العمليات الجراحية.

ونؤكد لكم سرية المعلومات ولن يطلع عليها إلا الباحث المعني ولجنة أخلاقيات البحوث الصحية القومية.

نود كذلك إلى أن المشاركة في البحث طوعية وأن رفضكم في المشاركة لا يفقدكم العلاج بهذا المستشفى كذلك من حق المشارك الانسحاب من أي وقت في الدراسة.

أقر أنا.....برغبتي في المشاركة في البحث الذي تم

شرحه أعلاه والذي ستقوم به الباحثة/ عبلة سعيد قسم الله.

أسم المستشفى:.....

أسم المشارك:.....

توقيع المشارك:.....

ملحق رقم (9)

الجلسة الأولى

تهيئة المسترشد للبرنامج الإرشادي

تاريخ الجلسة:

زمن الجلسة: (35 - 45) دقيقة

أهداف الجلسة:

1/ نهيئة المسترشد للبرنامج الإرشادي وجعله يقبل على الجلسات الإرشادية التالية وجعل إتجاه المريض نحو الجلسات الإرشادية المقبلة ايجابي حتى يمكن تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي.

2/ بناء الألفه بين المرشد والمسترشد.

3/ تعريف المسترشد بالبرنامج الإرشادي وعلى الفكرة العامة للمقابلات الإرشادية التالية.

4/ خلق جو من الإرتياح بين المرشد والمسترشد وهذا يساعد على تطبيق البرنامج بصورة طيبة.

محتوى الجلسة:

في هذه الجلسة تستقبل الباحثة المسترشد استقبالا طيبا بحيث تقيم علاقة طيبة مع المرشد لأن هذه العلاقة تحقق هدف من أهداف البرنامج وهي الألفه والتقبل.

ثم عرض هذا المحتوى باللغة الدارجية البسيطة على النحو التالي.

السلام عليكم أنا عبلة سعيد أخصائي نفسي حصل سمعت بالأخصائي النفسي ودوره أن هدفي أنك تعبر عن أي شئ في خاطرك إذا خايف من حاجة بخصوص العملية أو قلقان من حاجة القلق دا إحساس بجي للزول بكون فيه متوتر وعرقان وبرجف وما قادر أفكر إلا في العملية وما يحصل في العملية لازم تحكي لي عن أي

شئ عشان اساعدك لآنو أنا هدفي تدخل العملية وأنت مرتاح وما خايف ولا قلقان لانو القلق والخوف إذا أستمر لفترة طويلة جواك من غير ما تحكي لي ممكن يؤثر على صحتك وممكن يؤثر على تأجيل العملية. بأكد لك سرية المعلومات ولن يطلع عليها شخص غيري أنا من حقك تقبل أجي وأواصل معاك ومن حقك ترفض ورفضك ما يفقدك حق العلاج في هذا المستشفى كذلك من حقك تتسحب في أي وقت وترف المواصلة معاي.

يلي ذلك طرح أسئلة محدودة للتأكد المبدئي من أن المسترشد لديه أي قلق أو خوف من العملية .

النشاط:

تطبيق مقياس القلق والخوف من العملية الجراحية.

ملحق رقم (10)

الجلسة الثانية

التعريف على خدمات البرنامج الإرشادي

تاريخ الجلسة:

زمن الجلسة: (35 - 45) دقيقة

أهداف الجلسة:

1/ تعريف العميل وكيفية عمل والإرشاد وأهدافه.

2/ كيفية الاستفادة من خدمات البرنامج أو خدمات الإرشاد النفسي.

الفنيات المستخدمة:

1/ الحوار والنقاش.

محتوى الجلسة:

ستقوم الباحثة بالتحقق من ردة فعل المسترشد على الجلسة السابقة وعن البرنامج السابقة وعن البرنامج الإرشادي ستقوم الباحثة بتقديم نبذة عن البرنامج الإرشادي وعن الخوف والقلق قبل العملية الجراحية وما يمكن أن يسببه من مضاعفات وتوضح له أنها ستساعده على التغلب على هذا الخوف والقلق وذلك من خلال شرحها للبرنامج الإرشادي المستخدم وثم الشرح باللغة العامية بعيدا عن المصطلحات النفسية المعقدة. على النحو التالي: عشان نقدر نتخلص من القلق والخوف الجواك لازم تكون صريح معاي وتلتزم بمواعيد الجلسات.

نهاية الجلسة:

التوضيح من قبل الباحثة للمسترشد بمدى البرنامج وأن اللغاء سوف يكون عند كل مقابله للدكتور وأكدت الباحثة ضرورة الالتزام بمواعيد الجلسات وأن (البرنامج يحتوي على ثمانية جلسات وآخر جلسه عند قبل دخول العملية بيوم).

ملحق رقم (11)

الجلسة الثالثة

رصد قائمة الأفكار الاتوماتيكية المرتبطة بالحالة الصحية

تاريخ الجلسة:

زمن الجلسة: (35 - 45) دقيقة

أهداف الجلسة:

1/ تعريف المريض على طبيعة القلق والخوف وأنواعه وأسبابه وأعراضه.

2/ تعريف المريض على الآثار النفسية المصاحبة للقلق والخوف.

3/ تحديد المشكلة بدقة الخوف - القلق.

الغيات المستخدمة:

1/ الحوار والنقاشة.

محتوى الجلسة:

في بداية الجلسة ستقوم الحثة بالتعرف على رد فعل المسترشد تجاه الجلسة السابقة وإذا كان هنالك تساؤلات أو أشياء برغب مناقشتها.

ستبدأ الباحثة الحوار بما يدور في ذهن المريض حول الأفكار التي تدور في ذهن المريض عن العملية وعن وضعه الصحي الحالي ووضحت الباحثة للمسترشد بأن هذه المواقف تمر بأي شخص ولكن كل يختلف عن الآخر في تصرفه وفي تفكيره وأن هذه الأفكار التي يبالغ فيها الإنسان هي السبب في الإنفعال وبالتالي تسبب القلق والخوف والعنف والتوتر.

وبعد ذلك تستكمل الباحثة الحديث عن شرح مبسط للقلق والخوف... ثم شرح أنواع

القلق والخوف.

ملحق رقم (12)

الجلسة الرابعة

فنية مواجهة الأفكار السلبية عن طريق الاسترخاء

تاريخ الجلسة:

زمن الجلسة: (35 - 45) دقيقة

أهداف الجلسة:

1/ أن يتعرف المسترشد على فنية الاسترخاء والدور الذي تقوم به وفنية الاسترخاء في خفض القلق والخوف.

2/ تدريب المسترشد على فنية الاسترخاء.

الفنيات المستخدمة:

1/ الحوار والنقاش.

2/ التدريب على الاسترخاء، توزيع بطاقات تحتوي على خطوات الاسترخاء أو تسجل صوتي يحوي خطوات الاسترخاء.

محتوى الجلسة:

في بداية الجلسة تحققت الباحثة من ردود فعل الميترشد تجاه الجلسات السابقة وسؤاله من إذا كان لديه أي استفسارات.

ثم تقوم الباحثة بشرح مبسط عن تمارين الاسترخاء وتدريب المسترشد على تمارين الاسترخاء.

وستوضح الباحثة للمسترشد أن الناس تستجيب للمشاكل والأزمات كالقلق والخوف والتوترات بتغيرات جسمية وزيادة في توتر العضلات فالإنسان عندما يكون قلقاً يشعر بأن بعض عضلات جسمية مشدودة ومتوترة وهذا التوتر يضعف قدرة الإنسان على

التوافق والنشاط فكثرا ما يشكو المريض من الداع وزيادة ضربات القلب وبعض الآلام في جسمه والشعور بالارهاق.

فالتدريب على الاسترخاء يعتبر من الخطوات الهامة في التقلب على القلق والخوف وخفض التوتر ويجعل الانسان يتعامل مع الضغوط والمشاكل بطريقة صحيحة ثم أوضحت الباحثة للمريض(المسترشد) أنه مقبل على تعلم مهارة جديدة كما تطلب من المسترشد أن تكون أفكاره مركزه في عملية الاسترخاء مع التركيز على مهارة التخيل فإن يتخيل بعض اللحظات التي كان يعيشها ففي حياته بهدؤ وسرور.

نهاية الجلسة:

- سيتم تدريب المسترشد على عملية الاسترخاء.

- تكليف المسترشد بواجب منزلي وهو ممارسة الاسترخاء بالمنزل.

ملحق رقم (13)

الجلسة الخامسة

معرفة المفاهيم الخاطئة عن العمليات الجراحية

تاريخ الجلسة:

زمن الجلسة: (35 - 45) دقيقة

أهداف الجلسة:

1/ التعرف على المفاهيم الخاطئة لدى المريض عن العمليات الجراحية.

2/ إكساب المريض بعض المعلومات عن العمليات الجراحية.

الفنيات المستخدمة:

1/ الحوار والنقاش.

2/ التدريب على الاسترخاء

محتوى الجلسة:

عادتا المريض يكون في حالة قلق وخوف قبل العملية لانه سوف يقدم على تجربة جديدة وبالتالي إتخاذ قرار تحقق به المخاطر أمر يقلق المريض وكذلك الجراحه قد تكون فيها نسب متفاوتة من الخطورة فالقلق يتطلب التطمين قبل العملية.

في البداية ستقوم الباحثة بالتحقق من ردود فعل المسترشد عن الجلسات السابقة ومراجعة الواجب المنزلي ثم قامت بطرح بعض الأسئلة على المسترشد التي من خلالها تقوم الباحثة بتحديد المفاهيم والأفكار الخاطئة عن العملية.

- لماذا الخوف والقلق من إجراء العملية.

- هل الخوف من الموت أم من الأخطاء الطبية أم خوف من النتائج بعد العملية.

نهاية الجلسة:

تدريب المريض على الإسترخاء والواجب المنزلي وممارسة تمارين الاسترخاء في المنزل.

ملحق رقم (14)

الجلسة السادسة

تصحيح المفاهيم الخاطئة عن العمليات الجراحية

تاريخ الجلسة:

زمن الجلسة: (35 - 45) دقيقة

أهداف الجلسة:

1/ اكساب المريض بعض المعلومات عن العملية الجراحية وتصحيح معلوماته الخاطئة منها.

2/ تعزيز شعور المسترشد بالاطمئنان والهدوء النفسي والاستقرار الفكري.

3/ مساعدته المريض على التخلص من الأفكار السالبة.

4/ تهيئة المريض نفسياً إلى الدخول إلى غرفة العمليات .

الفنيات المستخدمة:

1/ الحوار والنقاش.

2/ كره خفض التوتر.

3/ الهاتف الجوال.

محتوى الجلسة:

في بداية الجلسة ستحقق الباحثة من شعور المريض تجاه الجلسات السابقة ثم بدأت الحوار معه فالتخاطب مع المريض شكل عاملاً قوياً في اطمئنانه وتعزيز ثقته بالخبرات الطبية في العلاج والاستشفاء خاصة إذا كانت الوسيلة عن طريق إجراء عملية جراحية حيث حاولت الباحثة تبسيط الأمر بشروحات من غير تفيل في حيثيات العملية بقدر ما أعطت المريض فكرة عامة عن ظروفها من خلال التأكيد له بنبرة هادئة أنه مقبل على

عملية بسيطة لا تدعو للقلق والخوف هذا الحوار يشعر المريض بأنه لن يدخل عالما مخيفا بقدر ما يكون منفذا له يخلصه من المرض المشوش على راحته فمرحلة تهيئة المريض إلى غرفة العمليات تعزز من جديد لديه الشعور بالاطمئنان والهدوء النفسي .
يتم عرض صور لغرفة العمليات للمرضى عن طريق الهاتف الجوال.

نهاية الجلسة:

التدريب على الاسترخاء.

ملحق رقم (15)

الجلسة السابعة

تقدير المخاطر والتنبؤ بالعواقب

تاريخ الجلسة:

زمن الجلسة: (35 - 45) دقيقة

أهداف الجلسة:

1/ تحديد الاعتقادات الراسخة في ذهن المسترشد عن مخاطر العملية التي تزيد من حدة القلق والخوف.

2/ وضع تقدير دقيق للمخاطر والتنبؤ بالعواقب.

محتوى الجلسة:

بعد التأكد من شعور المريض تجاه الجلسات السابقة.

أن الأشخاص كثيري القلق والخوف دائماً يبالغون في تقدير الخطورة فيبالغون الخطورة بالنسبة للعملية الجراحية ستقوم الباحثة من خلال الحوار مع المريض عن تقديره بمخاطر العملية وأوضحت الباحثة للمريض أن الطريق الوحيد لخفض القلق والخوف هو تعلم تقدير المخاطر وذلك من خلال تدريب المريض على استرخاء جزئي وطلبت الباحثة من المريض توقع أكثر العواقب التي يخشى وقوعها وبعد ذلك تطلب منه الباحثة أخذ وقت للتفكير فيها ثم اعد صياغة توقعاتك بطريقة أكثر ايجابية ثم فكر فيها أو خذ وقتاً من التفكير فيها ثم تطلب الباحثة من المريض أن تقارن بين درجة القلق والخوف قد تضائلت عندما كان تقديره أكثر ايجابية .

النشاط:

الاسترخاء

ملحق رقم (16)

الجلسة الثامنة

التطمين التدريجي

تاريخ الجلسة:

زمن الجلسة: (35 - 45) دقيقة

أهداف الجلسة:

1/ تعريف المريض بما يحدث داخل غرفة العمليات.

محتوى الجلسة:

أن التصور لما يحدث داخل غرفة العمليات يزيل نوبات القلق والخوف أو يحد إلى حد كبير منها فبعض المرضى يقلق لأنه لا يعرف ماذا سيحدث له داخل غرفة العملية مما يؤدي إلى توسع مخيلته عن ما سيحدث له ويكون الخيال سلبيا فينعكس على شكل مشاعر سلبية فمعرفته المسبقة لما يحدث له يعيق ذلك الخيال فيتم السيطرة على المشاعر بقدر مقبول فترى الباحثة أن توقع الشئ قبل حدوثه يريح المريض حيث أن موافقة المريض على إجراء العملية له علاقة براحته النفسية إعطاء المريض نبذة عن غرفة العمليات وما يدور فيها وتعريفه بالطاقم الطبي من أخصائي الجراحة والتخدير وأجهزته وأن كل الطاقم الموجود داخل الغرفة ليس مخيفا فالجميع هنا من أجل سلامتك ومتابعة حالتك الصحية أثناء العملية هنالك جهاز لرسم نبضات القلب يصدر صوتا ونور أخضر هذا لا يعني أنك بحالة خطيرة فهذا الجهاز يقيس نبضات قلبك وطول ما الجهاز يصدر صوت يعني أنك بحالة جيدة.

نهاية الجلسة: تمارين الاسترخاء

ملحق رقم (17)

الجلسة التاسعة

إستخدام أساليب الإرشاد الديني

تاريخ الجلسة:

زمن الجلسة: (35 - 45) دقيقة

الفنيات المستخدمة:

1/ الحوار والنقاش.

2/ تلاوة آيات قرآنية وذكر أحاديث التناول والثقة بالله وتفريج الكرب.

محتوى الجلسة:

ستقوم الباحثة بزرع الثقة بالله في المريض وحثه على التوكل على الله وتسليك كل أموره علي وعلى الطبيب الجراح.

الباحثة قوله تعالى: (من يتوكل على الله فهو حسبه)

وقال جل جلاله في موقع آخر من كتابة الكريم (ومن ينصره الله فلا ناصر له).

فأوضحت الباحثة للمسترشد أن نثق برحمة الله عز وجل ولا ننسى أن ابن آدم مبتلي ولكنه قضاء وقدر من الله جل جلاله فيجب أن لا تستسلم للمرض وتكون مرضه لوساوس الشيطان بل نأخذ بالأسباب ونتقرب من الله الغفور الرحيم فلا داعي للقلق والخوف في حالة إجراء في الإعتبار أنها طريقنا الوحيد للشفاء بعد إرادة الله سبحانه وتعالى ورحمته الواسعة.

نهاية الجلسة:

توزيع خاتم التسبيح والطلب من المريض أن يواظب وعلى الاستغفار والدعاء والصبر

والتقوى والتوبة- والتضرع لله.

ملحق رقم (18)

صور توضح بعض المرضى وهم يحملون كرة خفض التوتر والقلق



