توهم المرض لدى طلبة الجامعة الاسلامية

م. د. عادل خضير عبيس العابدي

مديرية تربية محافظة القادسية

Hypochondria among The Islamic university students

Lecturer. Dr. Adel Khudhair Ubais Al-Abidy

Education Al. Qadisiya

Adjgklzdsa665437@gmail.com

Abstract:

1- Measuring hypochondria among Islamic university students.

2- Test individual differences of gender (males & females) in the hypochondria among Islamic university students. The sample of the research consist of (100) students (males & females). The researcher adopted (Talb,2001 scale) of hypochondria which consist of (47) items The research reached the findings The students of the university enjoy low level of hypochondria and There is no differences in the hypochondria to the Gender among university students And according to these findings, the researcher made several recommendations and suggestions.

Key word: Hypochondria, university students.

الملخص:

1- قياس توهم المرض لدى طلبة الجامعة الاسلامية.

2- تعرف الفروق في توهم المرض لدى طلبة الجامعة الاسلامية وفق النوع (ذكور – اناث). ولتحقيق اهداف البحث, تطلب ذلك وجود اداة لقياس توهم المرض, وقد تبنى الباحث مقياس (طالب,2001) والمكون من (47) فقرة, وقد تم تطبيقها على عينة مكونة من (100) طالب وطالبة, وتم تحليل البيانات احصائيا و توصلت نتائج البحث الى انه يتسم طلبة الجامعة الاسلامية بتوهم المرض وبدرجة ضعيفة, فضلا عن ذلك لا توجد فروق بتوهم المرض بين الذكور والاناث وفق النوع لدى طلبة الجامعة الاسلامية. وعلى وفق نتائج البحث توصل الباحث الى مجموعة من التوصيات والمقترحات

الكلمات المفتاحية: توهم المرض, طلبة الجامعة

أولا: مشكلة البحث:Research Problem

أن عناية الفرد واهتمامه بالأمور الصحية عامة ذات العلاقة الخاصة به أمر شائع وهذه صفة طبيعية في معظم الناس وهذه العناية في حدود معقولة يخدم غرضا مفيدا يشبه الفائدة من توتر درجة القلق في نفس الفرد وبذلك يتخذ الفرد الحيطة والحذر من تعرض نفسه للأمراض, أما اذا ازدادت هذه العناية في الأمور الصحية عن الحدود الطبيعية والدواعي التي تتطلبها ظروف خاصة فأن ذلك يعد أمر غير طبيعي ينم عن توفر الأستعداد في نفس الفرد الى الاتجاه نحو المرض ومتى ما أصبح اهتمام الفرد بشؤون جسمه شغلا دائما له فأن الحالة تصبح مرضا وسواسيا. (كمال, 1983, ص266) هذا الوسواس المرضي يعرف ب(توهم المرض) وهو أحد الاضطرابات النفسية ويتصف هذا الاضطراب بأن المصاب به ينشغل بشكل مفرط بصحته ولديه قلق متزايد بشأن أصابته بالأمراض, والصفة الأساسية في المصابين بهذا الاضطراب أنهم بالرغم من توكيد الأطباء بأنه لا يوجد بهم أمراض

حقيقية, فأنهم يشككون في الأطباء ولا يقتنعون بشخصيتهم ولهذا يبقى المصاب بهذا الاضطراب يراجع الأطباء بحثا عن طبيب يقول له بأنه مصاب بالمرض الذي يشكوا منه. (صالح, 2005, ص439).

فضلا عن ذلك نجد الانسان المصاب بهذا المرض يهتم بصحته بشكل غير طبيعي فيتوهم أمراضا لا وجود لها, فهو يركز اهتمامه على بعض الأعراض البدنية التي ليس لها أساس عضوي ويعتقد أنه مريض, وهو بمجرد أن يحس بأية ظاهرة غير عادية مهما كانت تافهة فأنه يعدل الأمر ويضخمه ويجعله فوق ما يستحق, فيتوهم بأنه مصاب بأمراض خبيثة لذا نجده يركز اهتمامه على ما ينشر وما يقال عن الصحة والأدوية الجديدة, فهو مشغول دائما بالبحث عن طرق جديدة لعلاج أمراضه الوهمية, وهذا يسبب له الاجهاد والتعب البدني العام, وذلك لأن صراعاته النفسية تستهلك جزءا كبيرامن طاقته التي هو بحاجه اليها وهذا المرض يكثر عند النساء وحدوثه عادة عند من يتجاوزون سن الأربعين. (التركي, 2006, ص42).

يصنف توهم المرض ضمن اطار الاضطرابات ذات الشكل الجسدي, وتشترك هذه الاضطرابات مع بعضها بمعناها المعني من مشكلات جسدية لا يجد لها الأطباء عند الفحص الدقيق أي سبب عضوي, ويعتقد أن السبب الذي يكمن وراء هذا الاضطراب هو انزلاق المريض في دائرة الحلقة المفرغة (دائرة الشيطان). (رضوان, 2002, ص387), والشخص الذي يعاني من توهم المرض هو شخص يهتم بصحته اهتماما غير سوي, فهو يستيقظ في الصباح شاعرا بالأجهاد وينتقل من طبيب الى أخر دون أن يستفيد شيئا وتمتلئ خزانة الدواء بمختلف الأدوية أو يتخلص من جميع الأدوية التي توصف له دون أن يستخدمها, ويمكن القول بأنه انسان يستمتع (باعتلال) صحته, (الشرقاوي, ب–ت, 271)

وتبرز مشكلة البحث الحالي في كون أن هذه الدراسة تناولت شريحة مهمة للمجتمع وهي طلبة الجامعة الذين يمثلون الشريحة الأساسية داخل المجتمع فضلا عن ذلك كون أن طلبة الجامعة قد عاشوا فترة كانت مليئة بالإحباطات والصراعات النفسية جراء فقدان الأمن وعدم الاستقرار مما يؤدي الى التأثير على شخصية الطالب الجامعي بشكل خاص وبالتالي ظهور العديد من المشكلات الصحية. من هنا برزت مشكلة البحث والتي سعى الباحث لدراستها من خلال الاجابة على السؤال الاتي:ما مستوى توهم المرض لدى طلبة الجامعة الاسلامية ؟

ثانيا: أهمية البحث: Importance of the Research

أن أبرز المؤشرات الايجابية للصحة النفسية للإنسان هو الخلو من الأمراض وهذا يعني انتفاء الأعراض والأمراض, والعكس صحيح, فالفرد المضطرب نفسيا يدرك ما يعاني من الاضطرابات لكنه تنقصه القدرة في السيطرة عليها والتخلص منها ويعاني من الصراع النفسي ويتصف سلوكه بالتناقض والمغالات لمختلف أوجه النشاط الذي يصدر عنه. (الخالدي, 2001: ص251)

والمتوهم بالمرض يتسم قبل ظهور الأعراض النفسية لديه بأنه شخصية متمركزة حول ذاتها ويفضل العزلة ويملئ وقت فراغه بالأنشطة الفردية التي يزاولها بمفرده وليس مع الاخرين ولديه لون من القلق غير محدد المصدر وهو ما يزعجه, ولذا فهو يزيح القلق الى موضوع محدد وهو صحته الجسمية ويحيل من بدنه بؤرة لاهتماماته

ومشاعره وألوان قلقه لأن هذه الإرادة تتيح له أن يجسد مصدر القلق وبالتالي تساعد على مواجهته. (كفافي, 1990: ص45)

أن توهم المرض ليس مرضا حديثا بل له جذور تاريخية تمتد الى العصر الاسلامي حيث ورد ذكر (الوسواس المرضي) في القران الكريم بقوله تعالى: ((قل أعوذ برب الناس (1) ملك الناس (2) اله الناس (3) من شر الوسواس الخناس (4) الذي يوسوس في صدور الناس (5) من الجنة والناس)) صدق الله العظيم (الناس, الأية (6))

وأشار الرسول محمد (ص) بقوله (لا تتمارضوا فتمرضوا) وهذا يؤكد أن التفكير بالمرض يسبب الأمراض وأنه حتى لو تمارض الانسان واستمر في تكرار هذا التمارض فستصبح حقيقة ويسبب لنفسه الأمراض. (الفقي, ب–ت: ص85)

من الطبيعي أن يشعر الفرد بالقلق على صحته عموما لكن ما يثير قلق علماء النفس هو انشغال الفرد بصحته انشغالا مبالغا فيه مع اقتناعه بوجود مرض خطير لديه أو خلل في بعض أجهزة جسمه وهو قلق مبالغ فيه ولا مسوغ له لأن لا وجود لما يبرزه عضويا مما يجعل الأطباء العموميين وحتى الأخصائيين النفسانيين في حيرة من أمرهم حيال هؤلاء الذين يعانون ويتألمون فعليا مع سلامتهم البدنية, فكيف السبيل لسبر أغوار هذا الاضطراب لأزاحة ما يكتشفه من غموض بغية التخفيف من معانات هؤلاء والبحث عن طرائق علاجية ناجحة. هذا الاضطراب يعرف بأسم توهم المرض (المراق). (غباري, 1989: ص235)

وهناك أسباب متعددة لحدوث هذا المرض ومنها الحساسية النفسية عند بعض الناس حيث نجدهم يتوهمون أنهم مرضا بمرض يكونون قد سمعوا عنه أو المعالجين وفهموا فهما غير سليم أو أساء الفهم أو يكونون قد قراؤو قراءه غير واعية وعلى غير أساس علمي في الكتب والمجالات الطبية والاضطرابات الانفعالية الطويلة. (زهران, 1977: ص404) ووجود أسباب نفسية حيث يكتسب المريض الأعراض من والديه أكتسابا, حيث يوجد توهم المرض, وحيث يلاحظ اهتماما أكثر من اللازم بصحة الأولاد, أو خبرة لمعاناته الشديدة من مرض سابق ووجود العدوان المكبوت ومحاولة مقاومته, أو وجود تهديد شخصي لا شعوري قرب دنو الأجل كما في الشيخوخة والخوف من فقدان الحب وأنهيار الدفاعات النفسية ودفاعات العدوان الجنسي. (علي, 2010: ص183)

فالشدائد والصراع قد تحول الكأبة والقلق المزمن الى وساوس نحو العلل الجسمية بحيث تكون واجه نفسية للتكيف اللاشعوري. فالآلام العضلية, والاضطرابات المعوية, والاهتمامات بدقات عمل الأمعاء والابراز, والتفرغ الدقيق لدقات القلب وحركة التنفس أو الى أبسط شيء يبدل من لون وحرارة الجسم. كل ذلك يخدم أغراضا تكيفية دفاعية تنقل حالة الصراع الباطني الى شكاوى جسمية والى نوع من الكسب الذاتي غير المباشر. ويحدث المراق في فترة الشباب ومنتصف العمر عندما يجد المرء نفسه في حالة من عدم الكفاءة أو النقص أمام ظروف قاهرة. (الدباغ, 1974: ص155)

وعن وبائية وانتشار هذه الاضطرابات يشير دليل الطب العقلي للدراسات العليا أنها بلغت ثلثي المرض كما توصلت دراسة أمريكية أحصائية سنة (1962) الى أن نسبة (50 %) من المرضى الذين فحصهم الأطباء العموميون

ومختصون جراء تشخيصهم باضطرابات مراقية مضاف اليها اصابة عضوية كبرى. كما أشارت الاحصائيات الى أنتشار الأعراض غير مبررة طبيا في عيادات المرضى الخارجيين بلغ (52 %) غير أن الدراسات الحديثة تشير الى أن وبائيته ضمن ممارسة الطب العام سجلت نسبة تراوحت ما بين (4% – 9%). (طالب, 2001: ص17)

وهناك من يرى أن نسبة (6% – 10%) من الأشخاص الذين يزورون الطبيب هم حاليا يعانون من توهم المرض وأنه يكون شائعا بنسبة أكبر بين سن الثلاثين والخمسين ونجد ذلك لدى الرجال والنساء بنسب متساوية.

في حين تشير أخر الاحصائيات الى أن نسبة انتشاره تتراوح ما بين (4–9%) وأنه أكثر شيوعا بين سن (20–30) وأنه يحدث لدى الجنسين من دون اختلاف.

وترى منظمة الصحة العالمية للاضطرابات فيما يتعلق بسن حدوث وانتشار توهم المرض من حيث الجنس أنه يكون متداولا لدى الرجال والنساء على السواء ونادرا ما يحدث بعد سن الخمسين. (عبد المعطي, 1998: ص145)

ما يلاحظ على نسبة انتشار توهم المرض هو التباين في تحديد وبائيته فمنهم من يقدرها ما بين (40–50 %) وذلك فيما يخص المرضى الخارجيين والبعض من عزى ذلك الى صفات مراقية لدى المرضى وليس المرض بعينه, غير أن أغلب التقديرات الحديثة تحصره ما بين (4–10%) لدى المرضى الخارجيين في الطب العام, وتعد النسبة الأكثر اعتدالا بأنها أجريت في السنوات الأخيرة ولأنها عززت بدراسات أحصائية عديدة ومعتمدة, أما عن انتشاره بين الذكور والاناث فلا يوجد اختلاف بينهم, لكن يمكن الاختلاف في سن حدوثه فمنهم من يرى حدوثه الشائع بين (20–30) سنة وهناك من يرى حدوثة بين (30–50) سنة ومن المحتمل أن يصيب أي من هذه الأعمار لكن قد تكون مرحلة عمرية أكثر اصابة من غيرها أو قد يتوقف ذلك على الظروف أو الموقف الذي يعيشه الفرد أو على مدى تقبله ومواجهته له. (الجسماني, 1983: ص152)

وتتمثل أهمية البحث في كونه يسلط الضوء على شريحة مهمة وهي طلبة الجامعة التي تعد أساس وقادة البلاد في السنوات القادمة والذين يجب أن يتمتعوا بالصحة النفسية والجسمية. فضلا عن ذلك ندرة الدراسات العراقية التي تناولت التوهم المرضي على حد علم الباحث, أضاف الى ما تمثله هذه الدراسة من نتائج جديدة للتراث النفسي والتي من الممكن أن تساعد القائمين في المجال الصحي على الاستفادة من نتائج هذه لدراسة.

ثالثا: أهداف البحث: of the Research Aims

يهدف البحث الحالي التعرف على:

1– مستوى التوهم المرضي لدى طلبة الجامعة الاسلامية.

2– دلالة الفروق في مستوى التوهم المرضي لدى طلبة الجامعة الاسلامية وفق متغير النوع (ذكور, أناث).

رابعا: حدود البحث:Limits of the Research

يتحدد البحث الحالي على طلبة الجامعة الاسلامية في محافظة القادسية للعام الدراسي 2017–2018.

خامسا: تحديد المصطلحات:Terms Limitation

- توهم المرض Hypochondria

1- (الدباغ, 1974):

حالة غير طبيعية من أنشغال ذهن الفرد بأعمال ووظائف جسمية, وتفرغه لأي اضطراب عضوي يحدث فيه بدرجة تفوق اهتمامه بأي شيء أخر في حياته العقلية. (الدباغ, 1974, ص154).

2- (فرويد):

بأنه خوف لا شعوري من وقوع أذى جسمي نتيجة قيام رغبة أو دافع غير معقول ومكبوت. (كمال, 1983, ص278)

3- منظمة الصحة العالمية (HWO, 1993):

بأنه انشغال دائم بوجود اضطراب جسمي خطير يتطور ويتحول الى شكوى جسدية (بدنية) ملحة أو اهتمام زائد بالمظهر البدني يتضمن احساسات وعلاقات بدنية عادية أو غير متميزة يفسرها الشخص بأنها غير طبيعية أو عادة ما يتركز انتباه الشخص في عضو أو عضوين من أعضاء الجسم. (WHO, 1993)

4- (طالب, 2001):

بأنه اضطراب نفسي جسدي المظهر ذو منشأ نفسي لا أساس عضوي له يتصف بانشغال الفرد المفرط والدائم حول صحته الجسمية وما يرتبط بها من أعضاء وأجهزة وعمل وظائف جسدية, وبخوفه وقلقه المتكرر من الأصابة بمرض بدني خطير أو أكثر, يشكو فيه من ألام وإحساسات مضايقة ومزعجة مقدما لها تفسيرات خاطئة وغير معقولة مهولا أمرها. (طالب, 2010, ص23)

وبما أن الباحث اعتمد مقياس (طالب, 2010) للتوهم المرضي أداة في بحثه الحالي فأنه تبنى تعريفه النظري.

- **التعريف الاجرائي للباحث:**

هي الدرجة التي يحصل عليها الطالب من خلال اجابته عن فقرات مقياس توهم المرض المعتمد من قبل الباحث والمعد من قبل (طالب,2010).

❖ **اطار نظري ودراسات سابقة.**

- **مفهوم توهم المرض Hypochondria**

هو انشغال عقل الفرد بالمرض أو بالخوف من أي مرض انشغالا وهميا لا سند له في الواقع يدعمه, فالأفراد الذين لديهم وساوس كهذه يعتقدون أن أية احساسات تطرأ في أي مكان من أجسامه بأنها أمراض حاصلة لهم. اذ يدفعهم قلقهم الزائد عن الحد الى أنهم مرضى بمرض الأيدز (نقص المناعة), أو أنهم مرضى بالسرطان, وقد يتوهمون أي مرض أخر فيبقى مرضهم مسيطر عليهم حتى بعد اجراء أدق الفحوصات الطبية عليهم ورغم كل التأكيدات لهم بأنهم ليسوا مرضى جسميا تستمر شكواهم ملاصقة لأعماق شعورهم مما يضطرهم الى التنقل بين عدة أطباء ولذهاب الى عدة عيادات. وقد يقنعون أحيانا بالتطمينات التي تتكرر عليهم غير أنهم رغم ذلك لا تزول

منهم وساوسهم, ونظرا الى أن أشخاصا من النمط المذكور لا تجدي معهم التطمينات, ولا تنفع مع مثلهم التوكيدات فأنهم ضحايا مرض جسمي معين: وهو مرض من خلق خيالهم الوسواسي. وهم لذلك لا يعودون يثقون بطبيبهم الذي يؤكد لهم عكس ما يتوهمون. (هيلر, 1999, ص168-169)

فتوهم المرض يعد وسيلة للتنفيس عن المشاكل المكبوتة ومن يعاني من هذه الاضطرابات يحاول التعبير عن مشاكله اللاشعورية عن طريق اصابته بأمراض موهوبة بدلا من توجيه أزماته نحو الأشخاص الاخرين (مكفارلند, 1994). فهو يعاني من شكوى جسمانية بدون سبب جسماني ظاهري أو بارز, وأن كل شخص ربما قد يكون عرضة لأفكار هذا المرض في بعض الأوقات, ولكن هناك العديد من الأشخاص الذين يعانون حقيقيا وبصدق من ميول أو نزاعات هذا المرض. أن هذا المرض قد يكون خاص أو قد يتغير بمرور الوقت من عضو الى أخر. (Orme, 1984 ; 57 – 56)

- **أسباب حدوث توهم المرض (المراق)**

1- يرى البعض من الأطباء النفسيين أن السبب (تكوين وراثي) حيث ينشأ المرض من أسرة فيها توهم المرض على الأغلب ويكتسب الأعراض من والديه اكتسابا حيث يوجد توهم المرض لديهم.

2- الحساسية عما سمع المريض وقرأ من الأمراض.

3- الشعور بالاضطهاد الاجتماعي الناتج عن الفشل المتكرر في بعض حقوق الحياة.

4- وسبب أخر(للمراق) يتمثل في المراهقين الذين يجدون أنفسهم في موقف أو في حالة عدم الكفاءة أمام قسوة الظروف وصعوبة الحياة. (السامرائي, 1988, ص161)

5- يرجع حدوث توهم المرض بصفة عامة لتفاعل عوامل عديدة أهمها: الضعف التكويني للعضو المصاب, وجود بعض الأمراض في هذا العضو لدى الفرد, والأمراض والحوادث السابقة في حياة الفرد, كمية ونوعية الضغوط النفسية والبيئية على الفرد, المعنى الرمزي للعضو بالنسبة للمرض. (جبل, 1998, ص176)

6- أن الأفراد المصابين بتوهم المرض يساعدهم انشغالهم بأمورهم الجسدية في تحويل اهتماماتهم المختلفة التي يتعرضون لها مما يشكل لهم مهربا من ظروف الحياة المؤلمة والمتعبة.

7- يعد توهم المرض سببا للتهرب من اتخاذ القرارات الصعبة وتأخيرها. (شنايدر, ب-ت, ص116-117)

- **أعراض توهم المرض (المراق)**

1- تسلط فكرة المرض على الشخص (وسواس) والشعور العام بعدم الراحة. (زهران, 1978, ص405)

2- يظهر توهم المرض على الغالب باضطرابات (الحساسية المرضية) أي بإحساسات غير مألوفة يصعب تحديدها مزعجة أكثر مما هي مؤلمة واضطرابات توتر, وتشوه وانتفاخ.... الخ تصيب على نحو دائم جزءا من الجسم (الصدر والبطن) على وجه العموم (سيلامي, 2010, ص811)

3- يؤكد جيلفورد على أعراض المرض فيقول أن الشخص الذي يعاني من اضطرابات جسمية نفسية يكون لديه شكاوي تنفسية وأوعية قلبية وغالبا ما تكون شديدة ويشكو المريض من قلة الطاقة ويستخدم أعراضه الجسمية

في اراحة نفسه, ويهتم في الوقت نفسه بها ويظهر عناية عامة بوظائفه البدنية. (أبو النيل, 1984, ص36-38)

4- يشير كل من (فيس وأنجلش) بأنه لابد من أن ننظر لشخصية الفرد المصاب فقد لاحظا دائما أن المريض الذي يصر على أن لديه (مرض جسمي) يكون عرضه لأنه يعاني من اضطراب أصله أنفعالي في حين أن المريض الذي يصر أن (مرضه نفسي) يكون غالبا لديه مرض عضوي وهناك العديد من المرضى بمرض عضوي متقدم يجتهدون في تضليل أنفسهم بفكرة أن مرضهم كله عقلي. (بشير, 1980, ص69)

5- الشعور بالنقص مما يعوق الاتصال الاجتماعي ويؤدي الى الأنعزال والانسحاب. (Guggenheim, Smith, 1995, 126)

اضافة الى ذلك يتعرض أطباء النفس الى صعوبات عديدة عند تشخيصهم لتوهم المرض, في هذا الصدد يذكر أحد الأطباء بارسكي (Barsky) يفزع الأطباء عند زيارات توهمي المرض خاصة بسبب شيوعهم, ولأنهم يكونون عاجزين عن تقديم يد العون والمساعدة. اذ يعاني أطباء البدن التعب عند سماع القصة اللامتناهية للعضو التي يقدمها المرضى بتوهم المرض.

كما رأى بعض الخبراء أن توهم المرض ليس مرضا منفصلا وأنما اضطراب ثانوي لاضطراب عقلي أخر هو الوسواس القهري.

❖ **التداخل بين توهم المرض والوسواس القهري:**

- كل المجموعتين (كل المصابين بأحد هذين الاضطرابيين) يعيشون في خوف من ايذاء الذات.
- كلاهما ينزعج من اقتحام أفكار متطفلة تدخل عنوة الى ذهن المريض ولا يكمن السيطرة عليها.
- المصابون بتوهم المرض يفحصون ويعيدون فحص صحتهم بأستمرار, والمصابون بالوسواس القهري يغلقون الباب ويعيدون فحص غلقه من جديد.
- ترافق كل الاضطرابين بأعراض اكتئابية.
- كلا الاضطرابين يؤثر ويتداخل مع الأنشطة اليومية للمريض(عاقل, 1985, ص57)

أما من ناحية التشخيص التفريقي (الفارقي) ومن خلال ما جرى الاطلاع عليه في أن توهم المرض يتداخل مع اضطراب الوسواس القهري.

وعليه فتوهم المرض يتداخل ويشترك مع اضطرابات نفسية أخرى من حيث أعراضه ومميزاته اذ يتداخل مع اضطراب الوسواس القهري, الاكتئاب والهستريا, اضطراب القلق والرعب. وأن علاجة يستلزم وقتا طويلا ويتطلب تعاون وتظافر جهود الأخصائي مع استعداد وقابلية المريض للعلاج والشفاء, كما في الجدول (1)

جدول (1) التشخيص المفارق بين توهم المرض والوسواس القهري

توهم المرض / Hypochondriasis	اضطراب الوسواس القهري / Opsesive Compulcive disorder

– الانشغال الدائم بوجود عدة أعراض جسدية خطيرة ومتطورة	– تواجد أفكار وسواسية قهرية متكرر أو سلوكيات قهرية على الأقل لمدة اسبوعين
– يكون الشخص ضعيف الاستبصار بحالته لا يعترف بأن خوفه غير معقول أو مبالغ فيه	– يكون على وعي لعدم عقلانية أفكاره وعدم فائدة سلوكه
– بداية الاضطراب بعد سن الخمسين	– يحدث عادة خلال الطفولة أو لدى الراشد الشاب
– يلاحظ لدى الذكور أكثر من الاناث	– شائع لدى الذكور والاناث

(طالب, 2001, ص24)

– اطار نظري في توهم المرض:

❖ **– نظرية فرويد Freud an Theory:**

يفسر المراق بأنه خوف لاشعوري من وقوع أذى جسمي نتيجة قيام رغبة أو دافع غير معقول ومكبوت. (كمال, 1988, ص278)

ويعتقد أنه عندما ينسجم الليبيدو الجنسي من المواضع الخارجية فأن يعاد استثمار في الذات كلبيدو نرجسي Narcissistie libido ويفترض أن الدوافع العدوانية والجنسية تتحول الى شكاوى بدنية وقد ينظر الى الأعراض المراقية على أنها رغبات للتعاطف والرعاية. كما يرى أن الأفراد يكونون أكثر تحملا للشعور بأن هناك شيء غير صحيح في أجسامهم ألا أن يشعروا أن ثمة شيئا غير صحيح في ذواتهم, اذ يعد فرويد توهم المرض دفاعا للأنا وأنه من المحتمل أن يكون ألالم تعبيرا عن عقاب الذات بسبب ماض خاطئ ترتبط هذه الأفكار بفكرة الفائدة الأولية والثانوية, وتتمثل الفائدة الأولية بالتقليل من الصراع النفسي الداخلي, في حين تعود الفائدة الثانية الى الفوائد التي يحصل عليها الفرد عندما يصبح مريضا. على سبيل المثال: (الاهتمام, الدعم, التعاطف). (Travis, Hypochondria, Internet)

❖ **ا: النظريات المعرفية:(Cognitive Theories)**

1– النظرية الأدراكية المعرفية:

تقترح هذه النظرية أن متوهمي المرض يشعرون بالخوف من المرض من خلال ثلاث مسالك ادراكية, الأول كونهم يضخمون احساساتهم الجسمية الطبيعية هذه النظرة مدعمة من خلال الاحساس بالمرض وهذا ما ثبت تجريبيا فمثلا وجد أن الانتباه والقلق يكونان مرتفعين فيما يتعلق بالاحساس الجسمي الطبيعي لدى أشخاص أصحاء اذ أن عندما يكون الاشخاص قلقين فأنهم يضخمون احساساتهم.

تتمثل الفكرة الثانية في كون المرضى في توهم المرض يقومون خطا لأحساساتهم الجسمية على أنها أصبحت غير طبيعية, فعندما يفسر المصابون بتوهم المرض اضطراب المعدة على أنه سرطان فأن الاشخاص الاصحاء قد يعزون احساساتهم الى الضغط, أو ما تناولوا في الغذاء, وتعود الشكاوى العديدة التي يقدمها متوهمو المرض الى الألم والأغراض الغامضة في جزء لا يرى مباشرة في الجسد. ويبدو أنه لدى المرضى المراقين استعدادات للتعرف على الأعتلالات الجسدية الغامضة للمرضى, في حين ينسب الأفراد الاعتلالات الجسدية الغامضة الى الأمراض.

تفترض الفكرة الثالثة أن المصاب بتوهم المرض يعاني من اضطراب التعبير الوجداني ولذا يحاول التعبير عن وجداناتهم عبر أجسادهم. (الوقفي, 1998, ص102).

2- **النظرية السلوكية المعرفية:**

تفترض الفرضية المعرفية للقلق على الصحة وتوهم المرض ما يأتي:

أ- الصحة وعلاقتها بما تقدمه وسائل الاعلام المختلفة والتي تكون مفسرة بصورة خاطئة مشيره الى المرض البدني واحتمال ارتباطها بأدراك أن المرض ستكون عواقبه غير مرغوبة. (الخولي, 1972, ص117)

ب- ميل الأشخاص القلقين على صحتهم بصورة مستمرة الى تأكيد, منحرف وهذا يخدم بصورة انتقائية المعلومات الملائمة عن المرض, في حين يميلون الى تجاهل المعلومة غير المؤكدة لذلك, اذ يجري ادراك المعلومة عن الصحة على أنها مؤشر لخطر كبير مما هي عليه في الوقت نفسه قد يدرك المريض أنه غير قادر على وقاية نفسه تماما من المرض وغير قادر على التأثير في مساره.

ج- التنوع البدني (العلامات البدنية أو الأعراض) تفسر الفرضية المعرفية لتطور توهم المرض بأن المعارف والتجارب السابقة للمرض (في الذات أو لدى الغير) تقود الى تكوين افتراضات خاصة عن الأعراض. يجري تعلم السلوكيات المرضية والصحية من مصادر متنوعة لا سيما في التجربة المبكرة من خلال العلاقات الاجتماعية أو من خلال وسائل الاعلام. وأن من الأمثلة الواضحة على ذلك (التغيرات الجسمية) تكون عادة علامة لمرض خطير, لأن كل مرض ينبغي أن يكون له سبب بدني معروف ((فأن لم تذهب الى الطبيب حالما تلاحظ شيئا غير طبيعي فقد يكون ذلك متأخر جدا)), هنالك اعتقادات أخرى ترتبط بالضعف الشخصي والمرض المحدد, على سبيل المثال ((هنالك اضطراب القلب ضمن العائلة)), ((أصبت بضعف رئوي منذ أن كنت طفلا)) مثل هذه الاعتقادات قد تشكل مصدرا ثابتا للقلق أو قد يثير الأفراد ذوي التأثر السريع بالأحداث الحاسمة.

وقد تقود افتراضات المريض الى الصحة الجيدة, تتضمن الحالات التي تمثل الأدوات الحاسمة والتي تثير الافتراضات السابقة الأحساسات البدنية غير المعتادة, الأصغاء المفضل عن المرض من صديق له السن نفسه أو تلقي معلومة جديدة عن المرض, وتؤدي اليقظة المتزايدة المنبعثة من القلق الى ظهور احساسات بدنية وأفكار مرضية.

تكون مثل هذه الأحساسات التي يشعر بها الأفراد الذين يصبحون قلقين على صحتهم مرتبطة بالأفكار التي تمثل التغيرات الشخصية المضخمة للأحساسات أو العلامات البدنية. اذ لم تتزايد الاحساسات أو العلامات نتيجة للقلق (نتيجة للأثار الذاتية) وعلى المريض لا يرى الكارثة المخفية على أنها قوية فيعد ذلك من المحتمل أن تكون الاستجابة قلقا توهميا بشأن الصحة مع ارتباطات معرفية سلوكية فسلجية ووجدانية على سبيل المثال (الألام في معدتي تعني أن لي سرطان غير مكتشف) (طالب, 2001, ص46)

❖ - **نظرية بافلوب (Pavlov Pavlovs Theory)**

يرى بافلوب أن ارتباط ذهن المريض بعضو معين من الجسم دليل على قيام ارتباط شرطي متكرر في وقت ما من أوقات النمو. وهي ترجع هذا الاضطراب الى الخطأ في التربية, والى ظروف تساعد على قيام ارتباط معين بالذات. فالطفل الذي ينهي عن طعام معين ويتكرر نهيه, أو يؤنب في أوقات الطعام, يتكون في دماغه ارتباط (مادي) يؤدي الى اضطراب وظيفي مع مرور الزمن عادة يصعب فك ارتباطها في الدماغ, وهذا يؤدي الى حالة الوسواس مع مرور الزمن. (كمال, 1988, ص279)

ويفترض أن توهم المرض يحدث بسبب التعزيز أما بزيادة الانتباه نحو استجابات معينة أو بخفضها. فالأطفال يمكن أن يكونوا عرضة للأصابة بهذا المرض اذا شاهدوا أحد أفراد العائلة يلقي تعزيزا على اظهاره أو شكواه من الألام البدنية. (الوقفي, 1995, ص150).

أن الباحث وأن كان قد استوفى بعض النظريات التي تناولت مفهوم توهم المرض الا انه تبنى النظريات المعرفية (الادراكية المعرفية, السلوكية المعرفية) في هذا البحث

- دراسات سابقة في توهم المرض

- دراسات عربية:

أولا: **دراسة (الزبيدي, 2003)**

(الحزن المرضي وعلاقته بمعتقد الموت وبعض الاضطرابات النفسية: الهستريا, توهم المرض, النحول العصبي)

هدفت الدراسة الى التعرف على العلاقة بين الحزن المرضي ومعتقد الموت وبعض الاضطرابات النفسية (الهستريا, توهم المرض, النحول العصبي)

تكونت عينة الدراسة من (100) من الأفراد فقدوا أشخاصا أعزاء عليهم ومضى على وفاتهم ستة أشهر فأكثر, من المراجعين للعيادات الطبية – النفسية, والراقدين في المستشفيات الرسمية والموجودين في بيوتهم من كلا الجنسين. ثم بناء مقياس الحزن المرضي ومقياس معتقد الموت من قبل الباحث كأدوات البحث, وتبنى الباحث ثلاثة مقاييس فرعية من اختبار مينسوتا المتعددة الأوجه للشخصية هي (الهستريا, توهم المرض, النحول العصبي), و **أسفرت النتائج:**

1- مستوى الحزن المرضي ومعتقد الموت كان أعلى من الوسط الفرضي لدى عينة البحث.

2- أن مستوى الهستريا لدى أفراد العينة أعلى من الوسط الفرضي للمقياس ومستوى توهم المرض كان أقل من الوسط الفرضي للمقياس, بينما مستوى النحول العصبي كان بنفس الوسط الفرضي للمقياس تقريبا.

3- وجود علاقة ارتباطية عند مستوى دلالة (0,05) بين الحزن المرضي ومعتقد الموت.

3- وجود علاقة ارتباطية عند مستوى دلالة (0,05) بين الحزن المرضي وكل من الهستريا وتوهم المرض والنحول العصبي. (الزبيدي, 2003, ص 88)

- **دراسات اجنبية:**

أولا: دراسة نول وستبتيو (Noll, Steptoe, 1997) لأدراك الاحساسات الجسمية مع مرجعية خاصة لتوهم المرض

استهدفت الدراسة قياس ادراك الاحساسات البدنية لدى عينة تضمنت (20) من الذكور و(20) من الاناث, وذلك باستعمال طريقة قياس مسار نبض القلب, واستخدم معامل ارتباط سبيرمان لمراقبة معدل نبض القلب ومستوى توصيل الجلد والمقاومة الكلية للتنفس في أثناء مراحل الأسترخاء ومراحل العمل الشاق.

حسست الارتباطات فيما يخص تقديرات معدل نبض القلب, وغدد التعرق, صعوبة التنفس,**واسفرت الدراسة عن النتائج الاتية:**

1- كانت التقديرات الذاتية للأحساسات الجسمية أكثر ارتباطا بأحساسات الأسى في الحالة الفسيولوجية

2- ايجاد اختلاف بين الأفراد في دقة ادراكهم

3- كان الارتباط بين الانشغالات المراقية ودقة ادراك نشاط أدت التعرق سلبيا ودالا. (Noll, Steptoe, 1997 p191)

ثانيا: دراسة (Clark el al,1998):

(أثر علاجيين نفسيين لتوهم المرض)

هدفت الدراسة الى قياس فعالية العلاج المعرفي ومقارنته بعلاج اختياري موثوق به وذلك على عينة تضمنت (48) مصابا بتوهم المرض واختيروا عشوائيا أما لعلاج معرفي أو علاجي سلوكي, ومجموعة ضابطة لا تنتظر علاجا. قلقي المصابون بتوهم المرض العلاج المعرفي أو السلوكي ما يزيد عن (16) جلسة خلال الأشهر الأربعة الأولى والى ما فوق ثلاثة جلسات تعزيزية خلال الأشهر الثلاثة الموالية.

واستخدمت المقاييس الأتية كأدوات للبحث: المقابلة, بطارية عشر مقاييس للجوانب المختلفة المتلازمة توهم المرض, مقاييس التناظر البصري واستبيان المعارف لقياس الأعتقاد والأفكار بشأن حالة مرضية محددة, اختبار بيك (Beck), أسفرت نتائج الدراسة الى أن كل العلاجيين فعالين, الى أن العلاج المعرفي أكثر فعالية من العلاج السلوكي للقلق على مقياس توهم المرض وعد علاجا خاصا لتوهم المرض. (Clark el al, 1998)

ثالثا: دراسة Warwick el al, 1999)):

هدفت الدراسة الى تقويم أثر العلاج السلوكي المعرفي لتوهم المرض وذلك مقارنة بقائمة الانتظار الضابطة اذ عينة (32) مصابا عشوائيا, تضمن العلاج (16) جلسة علاجية وما يزيد عن (4) أشهر.

أجري قياس قبلي وبعدي للمجموعتين, أسفرت النتائج أن العلاج السلوكي المعرفي هو علاج فعال لتوهم المرض. (Warwick el al, 1999)

❖ **اجراءات البحث**

أولا / منهج البحث: The procedures of Research

استخدم الباحث المنهج الوصفي الذي يحاول وصف الظاهرة الموجودة ودراسة العلاقة بين متغيراتها وهو يسير وفق خطوات علمية محددة (عباس وابو عودة,2009.ص77).

أولا / مجتمع البحث: Society of Research

شمل مجتمع البحث طلبة الجامعة الاسلامية في محافظة القادسية, اذ بلغ عددهم (2252) بواقع (966)طالبا و(1286) طالبة.

ثانيا / عينة البحث: Sample of Research

لقد اختيرت عينة البحث بالأسلوب المرحلي العشوائي من طلبة الجامعة الاسلامية وللمراحل الدراسية المختلفة اذ بلغ المجموع الاجمالي (100) طالب وطالبة تشكل نسبة (4,44%) من أنماط المجتمع.

ثالثا / أداة البحث Tool of Research

- مقياس التوهم المرضي Construction of Hypochondriasis لغرض تحقيق أهداف البحث الحالي كان من الضروري على الباحث يستعين بأداة (مقياس) لقياس (التوهم المرضي) لدى طلبة الجامعة لذلك قام الباحث بتبني مقياس (التوهم المرضي) المعد من قبل (طالب, 2001) لكونه أكثر ملائمة للبحث الحالي ويتناسب مع طبيعة الدراسة الحالية.

أ- توصيف مقياس توهم المرض

اعتمادا على ما جاء في مقاييس التشخيص العالمية المتمثلة في مقاييس منظمة الصحة العالمية ((1993 ICD (CIM) ومقاييس (DSM) (1994) لدى الجمعية الامريكية للاضطرابات النفسية والعقلية لتوهم المرض الى المجالات الاتية:

1- انشغال المريض بمرضه وأعراضه (اعتقاداته, خوفه, قلقله ووسوسته).

2- مجال سلوك المريض اتجاه صحته.

3- مجال تبيان عدم وجود الاحساس العضوي للمريض.

4- مجال الشعور أو الاحساس الجسدي.

5- مجال الاضطرابات الوقتية المحتمل حدوثها للمريض.

ب- صلاحية فقرات مقياس توهم المرض:

لغرض التحقق من صلاحية فقرات المقياس فقد عرضت على مجموعة من الخبراء ذوي الاختصاص في المجال النفسي متضمنا ايجازا لمفهوم (توهم المرض) والمجالات التي يتألف منها المقياس لغرض ابداء أرائهم بخصوص:

1- مدى صلاحية الفقرات. 2 - مدى ملائمتها للمجال الذي وضعت فيه.

3- أجراء ما يرون من تعديلات على الفقرات. 4- صلاحية البدائل.

واعتمادا على أراء الخبراء وملاحظاتهم باعتماد نسبة (80%) فأكثر لغرض قبول الفقرة أو رفضها, فقد تم الإبقاء على أكثر فقرات المقياس فضلا عن ذلك الابقاء على بدائل المقياس كما هي في جدول (2)

جدول2 أراء الخبراء في صلاحية مقياس توهم المرض

ت	الفقرات	الموافقون	النسبة المئوية	الرافضون	النسبة المئوية

1	10,9,8,7,6,4,3,2,1 ,19,16,15,14,13,11 43,42,41,38,36	10	%100	صفر	صفر%
2	29,28,27,22,21,18,5	9	%90	1	%10
3	44,40,37,33,32,30 39,35,31,25,24,20,12	8	%80	2	%20
4	47,46,45,34,26,17	7	%70	3	%30
5	23	6	%60	4	%40

وبذلك أصبح عدد فقرات مقياس (توهم المرض) بعد الأخذ بأراء الخبراء والمعدة للتطبيق على عينة تحليل الفقرات (40).

ج- تطبيق وتصحيح المقياس

1- أعداد تعليمات المقياس:

قدم الباحث تعليمات موضحة كيفية الاجابة عن فقرات مقياس توهم المرض مرفقه بأنموذج توضيحي لذلك, ولم يذكر أنه يقيس توهم المرض ولكن أشار الى أن يدرس شعور الفرد واعتقاده بشأن جسمه ووظائفه وصحته العامة حتى تكون استجابات المفحوصين على المقياس صادقة.

2- تصحيح المقياس:

قام الباحث بوضع تقدير خماسي لتقدير الاستجابات على فقرات المقياس وفق طريقة ليكرات (Likert) على شكل بدائل وهي: (دائما, غالبا, أحيانا, نادرا, أبدا) تماشيا مع المقاييس السابقة وهذا يعني وضع عدة بدائل للمستجيب ليختار أكثرها انطباقا عليه.

3- الدراسة الاستطلاعية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية على عينة من طلبة الجامعة قومها (30) طالب وطالبة ممن لم يشاركوا في العينة الأساسية بهدف معرفة مدى وضوح تعليمات وفقرات المقياس للمستجيبين حتى يتسنى للباحث تجنب الفوضى أو الالتباس الذي يمكن أن يكشف المقياس.

- **الاجراءات الاحصائية (تحليل الفقرات)**

تتطلب المقاييس النفسية حساب القوة التميزية لفقراتها بهدف استبعاد الفقرات التي لا تميز بين المستجيبين والإبقاء على الفقرات التي تميز بينهم, اذ يشير جيرللي وأخرون (Ghiselli el al) الى ضرورة اختيار الفقرات ذات القوة التميزية العالية وتضمينها في المقياس بصيغته النهائية Final from اذ أن هناك علاقة قوية بين دقة المقياس والقوة التميزية للفقرات (كمال, 1988, ص142)

ولغرض استخراج القوة التميزية لكل فقرة من فقرات المقياس ينبغي أن لا يقل حجم عينة التحليل الاحصائي لحساب القوة التميزية على خمسة أفراد لكل فقرة من فقرات المقياس وذلك لتقليل من أثر الصدفة (الصالحي, 1998,

ص129). وعليه فقد قام الباحث بتطبيق مقياسه على عينة التطبيق والتي تضمنت (100) طالب وطالبة وهي عينة البحث الأساسية ذاتها.

وبهدف تحليل فقرات مقياس توهم المرض استخدم أسلوب العينتين المتطرفتين (27% المجموعة العليا و 27% المجموعة الدنيا). وأسلوب علاقة الفقرة بالمجموع الكلي.

أسلوب المجموعتين المتطرفتين Contrasted Groups

وقد اتبع فيها الخطوات الاتية:

أ- تصحيح كل استمارة من حيث أعطاء كل فقرة درجة معينة وبحسب ايجابيتها.

ب- أعطاء درجة كلية لكل استمارة وبحسب مجموع درجات الفقرات.

ج- ترتيب مجموع الاستمارات ال(100) بحسب درجاتها من الأعلى الى الأدنى وقد تراوحت الدرجات ما بين (184-56) درجة.

د- فرز (27) استمارة من المجموعة العليا التي تتمثل (27%) من المجموعة العليا وهي أقصى درجات توهم المرض و (27) استمارة من المجموعة الدنيا والتي تتمثل (27%) من المجموعة الدنيا وهي أدنى درجات توهم المرض.

وبعد تطبيق الاختبار التائي t-test لعينتين مستقلتين لاختبار دلالة الفروق بين المجموعتين العليا والدنيا لكل فقرة عند مستوى دلالة (0,05) كما موضح في جدول (3)

جدول 3 معاملات تميز فقرات مقياس توهم المرض بأسلوب العينتين المتطرفتين

رقم الفقرة	المجموعة العليا		المجموعة الدنيا		القيمة التائية
	الوسط	التباين	الوسط	التباين	
1	2,74	0,93	2,00	1,03	2,84
2	2,96	2,03	2,29	2,50	1,86 *
3	3,55	1,28	2,22	1,32	4,06
4	4,07	1,32	2,51	1,06	6,5
5	2,62	1,82	1,11	0,09	6,56
6	3,88	1,86	2,29	1,53	5,12
7	3,00	0,70	1,85	1,06	5,22
8	4,33	2,85	3,33	1,03	2,94
9	3,70	1,57	2,33	1,18	4,79
10	3,03	1,88	1,44	1,46	3,70
11	3,74	1,74	2,29	1,83	4,53
12	3,62	1,75	1,70	1,94	4,27
13	3,62	1,71	1,40	0,27	9,25
14	4,18	0,52	1,40	1,48	9,92
15	3,51	1,58	1,96	1,33	5,34
16	3,70	1,46	1,77	0,83	7,42
17	4,48	1,69	3,77	1,24	2,24
18	3,03	1,14	1,85	1,38	3,93
19	3,14	2,75	1,40	1,85	4,70

رقم الفقرة	المجموعة العليا		المجموعة الدنيا		القيمة التائية
	الوسط	التباين	الوسط	التباين	
20	2,48	1,95	1,11	0,17	5,48
21	3,22	1,20	1,51	1,83	5,7
22	3,40	1,20	1,51	1,83	6,3
23	2,81	1,59	1,62	1,12	4,20
24	3,59	1,35	3,25	2,78	0,97 *
25	3,51	1,76	2,29	1,24	4,06
26	3,40	1,46	2,37	1,56	3,43
27	3,03	2,22	1,40	0,75	5,26
28	3,00	2,14	1,70	1,24	4,19
29	2,96	1,99	1,25	1,56	5,34
30	2,51	2,10	1,55	0,61	2,82
31	3,81	1,03	2,62	1,56	4,40
32	4,07	0,38	2,40	1,24	7,59
33	3,14	2,05	2,81	1,74	4,5
34	4,07	1,25	2,92	1,10	4,42
35	3,62	1,41	2,40	1,50	4,20
36	3,48	1,65	1,40	1,79	9,4
37	3,66	2,11	2,07	1,25	5,82
38	3,85	0,94	1,77	1,35	8,00
39	3,62	0,97	2,11	1,13	6,04
40	3,37	2,93	1,70	0,65	5,21

وفقا لذلك فقد استبعدت الفقرات 2, 24 وذلك لعدم تميزها كما اتفق عليها اسلوب تمييز الفقرات, وبذلك أصبح عدد فقرات المقياس بصيغته النهائية (38) فقرة.

– علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية: Internal Consistency Coefficient

استعمل معامل ارتباط بيرسون Pearson correlation coefficient. لإيجاد العلاقة بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية باعتماد البيانات المتوافرة من العينة التي استعملت للتحليل.

وعند استعمال الاختبار التائي للدلالة المعنوية لمعامل ارتباط بيرسونPearson correlation coefficient . تبّين إن معاملات الارتباط جميعها دالة إحصائيا عند موازنتها بالقيمة التائية الجدولية. باستثناء الفقرات (2, 30)وكما موضح في الجدول(4).

جدول (4)علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية لمقياس توهم المرض.

رقم الفقرة	معامل الارتباط	قيمة t	رقم الفقرة	معامل الارتباط	قيمة t	رقم الفقرة	معامل	قيمة t
1	0,441	8,48	15	0,288	5,23	29	0,340	6,29
2	0,022	0,34	16	0,474	9,29	30	0,090	1,57
3	0.616	13,68	17	0,518	10,57	31	0,534	10,8
4	0,295	5,36	18	0,462	9,05	32	0,338	6,25
5	0,531	10,83	19	0,230	4,10	33	0,363	6,72
6	0,202	3,60	20	0,484	9,68	34	0,387	7,16

رقم الفقرة	معامل الارتباط	قيمة t	رقم الفقرة	معامل الارتباط	قيمة t	رقم الفقرة	معامل	قيمة t
7	0,344	6,37	21	0,438	8,41	35	0,236	4,29
8	0,271	4,92	22	0,510	10,40	36	0,230	4,11
9	0,231	4,12	23	0,409	7,68	37	0,463	9,05
10	0,277	5,03	24	0,437	8,40	38	0,287	5,21
11	0,451	8,82	25	0,531	10,81	39	0,405	7,54
12	0,404	7,54	26	0,307	5,44	40	0,307	5,44
13	0,345	6,27	27	0,480	9,60			
14	0,326	5,93	28	0,248	4,27			

- **الصدق:Scale validity**

1- صدق المحتوى: ويتضمن نوعين هما الصدق الظاهري والصدق المنطقي:

أ- الصدق الظاهري:

بعد عملية أعداد فقرات مقياس توهم المرض بصورته الأولية ومجالاته الخمسة وتعليماته وبدائله, عرضت على مجموعة من الخبراء في علم النفس للحكم على مدى صلاحيتها في قياس ما وضعت لقياسه اذ يشير أيبل (Ebel) الى أن حكم أو رأي المحكمين أو الملاحظين على الصدق الظاهري للمقياس ذو وزن جدير بالاهتمام ولا سيما اذا كان هؤلاء من ذوي الدراية والاختصاص. (Ebel,1972,55) والجدول(2) يوضح ذلك.

ب- الصدق المنطقي:

تحقق الصدق المنطقي بتعريف توهم المرض وتحديد ما يتضمنه من أعراض أساسية ضمن مجالات معينة.

يقرر هذا النوع من الصدق مجموعة من المتخصصين في مجال القدرة أو السمة التي يقيسها الاختبار (عبد الرحمن, 1998 :185)

2- صدق البناء:

ويقصد به أن تحلل درجات المقياس استنادا الى البناء النفسي للخاصية المراد قياسها أو في ضوء مفهوم نفسي. (عكاشة, 1984, 157), وقد تحقق ذلك من خلال الجداول (3,4) الذي يشير أن جميع فقرات مقياس التوهم المرضي ذات قدرة تمييزية عالية.

- **الثباتScale Reliability**

يقصد بالثبات الاتساق في مجموعة درجات فقرات المقياس التي يفترض أن يقيس ما يجب قياسه بهدف الحصول على مقياس أكثر ثباتا فقد استخرج الثبات بطريقة التجزئة النصفية. (الحلو, 1998, ص80)

- التجزئة النصفية: Split Half

قسمت فقرات المقياس الى نصفين, الفقرات الزوجية والفقرات الفردية, تألف كل نصف من (19) فقرة.

وقد كان معامل ارتباط بيرسون بين نصفي المقياس قبل التصحيح: (0,94) لذا أجري تعديله باستخدام معادلة سبيرمان براون فأصبح بعد التعديل: (0,96).

رابعا: التطبيق النهائي:

بعد أن أطمئن الباحث على صلاحية أداة البحث بعد الخطوات التي قام بها سابقا واستخراج الخصائص السايكومترية من صدق وثبات وتميز للفقرات فضلا عن تحديد مجتمع البحث اختار حجم العينة البالغ عددها (100) طالب وطالبة فقد قام الباحث بجمع بيانات البحث بعد تطبيق أداة البحث على العينة, وقد قام الباحث نفسه بتطبيق الاستمارات داخل الجامعة.

خامسا: الوسائل الاحصائية:

1- الاختبار التائي T- test لعينتين مستقلتين لاختبار دلالة الفروق بين المجموعتين العليا والدنيا للمقياس.

2- معامل ارتباط بيرسون لأستخراج الثبات بطريقة التجزئة النصفية

3- معادلة سبيرمان براون لتصحيح ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية.

4- الأختبار التائي T. test لعينة واحدة لأختبار الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوط الفرضي لدرجات أفراد العينة.

عرض نتائج البحث:

تحقيقا لأهداف البحث أجريت التحليلات الاحصائية للبيانات ووفقا لذلك سيعرض الباحث ما جري التوصل اليه من نتائج مع مناقشتها.

أولا: تعرف مستوى التوهم المرضي لدى طلبة الجامعة الاسلامية.

بعد تطبيق مقياس توهم المرض على طلبة الجامعة الاسلامية كانت النتائج تشير الى ان المتوسط الحسابي على مقياس توهم المرض بلغ (102,79) وكان أقل من المتوسط الفرضي (114) وبانحراف معياري بلغ (15,701)

وبعد أجراء الاختبار التائي لعينة البحث أظهرت النتيجة أن عينة البحث لا تمتلك درجة عالية لتوهم المرض كما هو موضح في الجدول (5)

جدول(5)

ن	الوسط الحسابي	الوسط الفرضي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
100	102,79	114	15,701	-7,13	1,98	99	0,05

وهذا ما يشير الى أن عينة البحث لا تمتلك درجة عالية من توهم المرض كما موضح في الجدول (5), اذ أن دراسة البحث الحالي تختلف مع الدراسات السابقة كالدراسة الأمريكية التي جرت سنة 1962 التي بلغ نسبة التوهم المرضي فيها (50%) من المرضى الذين فحصوهم الأطباء.

من هنا تبين أن البحث الحالي يختلف مع الدراسات السابقة من حيث عدم وجود توهم المرض.

ويمكن تفسير مدى انخفاض درجة توهم المرض لدى طلبة الجامعة الى ان افراد العينة هم من يمتلك الكثير من المعارف والمهارات اللازمة للعيش باساليب صحية اكثر من غيرهم, مما يجعل صحتهم النفسية والبدنية افضل من سواهم.

ثانيا: تعرف دلالة الفروق في مستوى التوهم المرضي وفق متغير النوع (ذكور – أناث).

وبعد أجراء الاختبار التائي بينت النتائج عدم وجود فروق دالة بين الذكور والاناث فيما يخص توهم المرض اذ بلغت متوسطات الذكور (101,74) والاناث (101,82) كما موضح في الجدول (6)

جدول (6)

الجنس	ن	المتوسط الحسابي	الأنحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
ذكور	43	101,74	22,492	0,018	1,98	99	0,05
أناث	57	101,82	21,411				

من خلال الجدول (7) يتضح أنه لا توجد فوق بين الذكور والأناث وقد يعزو ذلك أن كلا الجنسين يعشون في بيئة واحدة مليئة بنفس الضغوط والمشكلات النفسية والاجتماعية, وهذا ما يتفق مع وجهة منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بحدوث توهم المرض من حيث الجنس أنه يكون متداولا لدى الرجال والنساء على السواء.

ثالثا: التوصيات والمقترحات:

التوصيات:

1- الاستفادة من البرامج الصحية والنفسية التي تؤدي الى خفض توهم المرض لدى طلاب كلية الاداب.

2- تفعيل دور الأرشاد النفسي في الجامعة.

3- ضرورة تفعيل دور الصحة النفسية في العمل للتخلص من أعراض توهم المرض

المقترحات:

1- أجراء دراسة على شرائح أخرى غير الطلبة(المتقاعدين, المعلمين).

2- اجراء دراسة لمعرفة العلاقة بين توهم المرض والتنشئة الاجتماعية.

المصادر

- القران الكريم.

2- أبو النيل, محمد دالية, (1984). الامراض السايكوماتية, ط1, مكتبة الخانقي, القاهرة.

3- بشير, اقبال محمد, (1980). الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيلي والمجال النفسي, المكتب الجامعي الحديث, الاسكندرية.

4- التركي, ناصر بن عبد الله بن ناصر, (2006). الشخصية ومنهج الاسلام في بنائها ورعايتها, (ب – ط), مكتبة الملك فهد الوطنية, جامعة الامام محمد بن مسعود الاسلامية.
5- جبل, عبد الناصر عوض أحمد, (1998). الخدمة الاجتماعية النفسية, ط1, مكتبة النهضة المصرية, القاهرة.
6- الجسماني, عبد علي, (1983). سيكولوجية المراهقة والطفولة (أسبابها خصائصها), مكتبة أفاق عربية ومكتبة الفكر العربي, بغداد, العراق.
7- الحلو, بثينة منصور, (1992). تقديرات الذات وعلاقته بمصدر السيطرة, بحث غير منشور, كلية الاداب – جامعة بغداد.
8- الخالدي, أديب, (2001). الصحة النفسية, ط1, الدار العربية للنشر والتوزيع
9- الخولي, وليم, (1972). الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب, ط1, دار المعارف, مصر.
10- الدباغ, فخري, (1974). أصول الطب النفسي, ط1, بيروت.
11- رضوان, سامر جميل, (2002). الصحة النفسية, ط2, الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة, عمان, الأردن.
12- الزبيدي, هيثم أحمد, (2003). الحزن المرضي وعلاقته بمعتقد الموت وبعض الاضطرابات النفسية, اطروحة دكتوراه, جامعة بغداد – كلية الاداب.
13- زهران, حامد عبد السلام, (1977). الصحة النفسية والعلاج النفسي, ط2, عالم الكتب, القاهرة.
14- السامرائي, هاشم جاسم, (1988). المدخل في علم النفس, مطبعة المنير بغداد.
15- سيلامي, نور بير, (2001). المعجم الموسوعي في علم النفس, ترجمة وجيه أسعد, ج2, منشورات وزارة الثقافة, سوريا.
16- الشرقاوي, مصطفى خليل, (ب – ت). علم الصحة النفسية.
18- شنايدر, أ, ترجمة الشيخ, و, (ب – ت). كيف نتعايش مع التوتر العصبي, دار الهدى, عين مليلة, الجزائر.
19- صالح, قاسم حسين, (2005). علم نفس الشواذ والاضطرابات العقلية والنفسية, ط1, مطبعة جامعة صلاح الدين, أربيل.
20- الصالحي, عادل عبد الرحمن, (1998). دراسة مقارنة بين طريقتي تطبيق اختبار منيسوتا المتعددة لأوجه الشخصية, جامعة المستنصرية – كلية الاداب, رسالة ماجستير.
21- طالب, سوسن نور الدين, (2001). توهم المرض وعلاقته بصورة الجسم, رسالة ماجستير, جامعة بغداد – كلية الاداب.
22- عاقل, فاخر, (1985). معجم علم النفس انكليزي – عربي, ط4, دار العلم للملايين, بيروت.
23- عباس, محمد خليل وابو عودة, فريال محمد,(2009). مدخل الى مناهج البحث في التربية وعلم النفس, ط2, دار المسيرة, الاردن.
24- عبد الرحمن, سعد, (1998). القياس النفسي (النظرية والتطبيق), ط3

, دار الفكر العربي, القاهرة.
25- عبد المعطي, حسني مصطفى, (1998). موسوعة علم النفس العيادي – علم النفس الأكلينيكي, دار قباء للطباعة والنشر, القاهرة.
26- عكاشة, أحمد, (1984). الطب النفسي المعاصر, القاهرة.
27- علي, فهمي, (2010). الامراض النفسية والعقلية – مرض النفس والجسد – المساجين ذوي الاحتياجات الخاصة, دار الجامعة الجديدة, الاسكندرية.
28- غباري, محمد سلامة, (1989). الخدمة الاجتماعية ورعاية الأسرة والطفولة والشباب, المكتب الجامعي الحديث الاسكندرية.
29- الفقي, ابراهيم, (ب- ت). قوة التفكير, دار التوفيق.
30- كفافي, علاء الدين, (1990). الصحة النفسية, ط3, صخر للطباعة والنشر والتوزيع.
31- كمال, علي, (1983). النفس انفعالاتها وعلاجها, ط2, دار واسط للنشر والتوزيع.
32- ____,____, (1988), النفس انفعالاتها وعلاجها, ط4, دار واسط للنشر والتوزيع,
33- هيلر, ديانا وروبرت, (1999). العناية بالعقل والجسم, تعريب واقتباس عبد العلي الجسماني, الدار العربية للعلوم.
34- الوقفي, راضي, (1998). مقدمة في علم النفس, ط3, دار الشروق, كلية الأميرة ثروت, عمان, الأردن.
35 - ____, ____, (1995), مقدمة في علم النفس, ط2, دار الشروق, كلية الأميرة ثروت, عمان, الأردن.

المصادر الأجنبية

1- Clark, D, H, Salkovskicp. M, Hackmann, A, Fennel, M, Ludyate, J, Ahemd, S, Richardc, H, C and Gelde, H (1998), Two Psycholojc Ltreatme Forly Pochondriasis A Randanized Controlled Trial, British Journd of Psychiatry.
2- Ebel, R. L, 1979: Essential of Education Measurement. Now Jersey. Prentice – Hall.
3- Guggenhein F. G, and Smith G. R in Kaplan H. I and Sadack B. J, 1995: Comprehensive Textbook of Psychiatry – Vi Volume I, Sixth edition. Chapter 18: Somatoforn Disorders. Williams & Wilkns, Baltimore.
4- Noll. A and Steptoe. A, (1997) The Perception of Bodily Sensations With Special Reference to Hyposhondria.
5- Orme, J – E,(1984). Abno Rmat And Chnlcal Psycholocy, Cromm Helen London.
6- Warwick, H. M. C and Salkovckis ( ) Cognitive and Behavioural Characteristics of Primary Hypochondriasis. University Department Warnefoldhospital Oxfod.

ت	الفقرات	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
1	أشعر في بعض أجزاء جسمي بالحرقة والتنمل					
2	ينشغل بالي كلما شعرت بالأنتفاخ في بطني					
3	الشكاوى الجسدية من العلامات التي تشير الى الاصابة بالامراض					
4	أعتقد بأن مرضي أصبح مزمنا					

ت	الفقرات	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
5	ينشغل بالي كلما ظهرت علي أعراض مرضية					
6	أعتقد بأن جسمي يصير وهنا كلما تعرق					
7	أقلق على صحتي					
8	التفكير بالمرض يثير اهتماماتي					
9	أعتقد بأني مصاب بأمراض متعددة					
10	أراجع الأطباء حال شعوري بفقدان الاحساس في منطقة أو أكثر من جلدي					
11	أقوم بزيارات متكررة للطبيب					
12	أبحث على توكيدات الاختصاص بسلامتي من السرطان المعوي					
13	أتجنب اجهاد نفسي خوفا من الاصابة بالأمراض					
14	أقوم فورا باستشارة الطبيب بمجرد شعوري بأي أعراض في وظائفي الجسمية					
15	أنشغل باستمرار بالبحث عن طرائق علاجية جديدة					
16	أضع صحتي في أول الأولويات					
17	أكثر من قراءة الكتب الطبية كلما شعرت بتوعك صحي					
18	أتنقل باستمرار من طبيب لأخر بحثا عن العلاج					
19	يقف الأطباء عاجزين عن معالجتي					
20	يعتقد الأطباء أنني معافى جسديا على الرغم من استمرار معاناتي					
21	لا أرتاح لتوكيدات الطبيب بعدم أصابتي بأي مرض					
22	لا تريحني نتائج الفحص الطبي التي تؤكد سلامتي وتزيح عني القلق					
23	بدني ضعيف وحساس					
24	لشعوري بالوهن (الضعف العام) أتجنب اجهاد نفسي ولا أقوم بأي عمل					
25	أشعر بأن قمة رأسي رخوة					
26	أشعر بأن شيء خطير وغامضا في جسمي					
27	أجد صعوبة في حفظ توازني في المشي					
28	أعتقد أن مرضي يؤرقني ويتعبني كثيرا					

ت	الفقرات	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
29	أستطيع في بعض الاحيان سماع نبض أو خفقان قلبي					
30	أشعر بضربات قلبي تتسارع					
31	لا يزيد وزني ولا ينقص					
32	أصاب بحموضة تضايقني مرات عدة في الأسبوع					
33	نومي مضطرب وقلق					
34	أعاني من اضطرابات مزعجة في معدتي وباستمرار					
35	تنتابني ألام في قلبي أو صدري					
36	أشعر بألم خلف عنقي (رقبتي)					
37	كثير ما أصاب بالغثيان (لعبان نفس)					
38	أعتقد بأنني سأمرض حتما عند توقعي للأصابة بمرض					