

أثر التدريب على استراتيجيات التأمل في علاج القلق والاكتئاب والضغط
النفسي لدى مرضى القلب في الأردن

إعداد

بهية محمود أبو الهيجاء

المشرف

الدكتور أسعد فرحان الزعبي

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في

الإرشاد النفسي والتربوي

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

كانون الثاني، ٢٠٠٨

ب

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الأطروحة " أثر التدريب على استراتيجيات التأمل في علاج القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى مرضى القلب في الأردن"، وأجيزت بتاريخ ٢٤/١٢/٢٠٠٧

أعضاء لجنة المناقشة

التوقيع

.....

الدكتور أسعد فرحان الزعبي/ مشرفاً
أستاذ مساعد الإرشاد النفسي.

.....

الدكتور محمد عودة الريموي/ عضواً
أستاذ علم النفس التربوي.

.....

الدكتورة عفاف شكري حداد/ عضواً
أستاذ الإرشاد النفسي

.....

الدكتور قاسم سمور/ عضواً
أستاذ مشارك الإرشاد النفسي (جامعة اليرموك)

ج

الإهداء

إلى

من مهد لي الطريق... رفيق الدرب... زوجي... رفيق الحلم والأمل والحياة

كي لا ينسى...

وإلى قلوب أبنائي الطيبين: "شادي وأحمد ورامي وبهاء" التي كانت

وما زالت غطاء روعي ومعنى وجودي...

وإلى صغیرتي المباركة "نادين" المدللة عليها تُكمل عني يوماً ما بدأت...

إليهم جميعاً أهدي جهدي المتواضع هذا.

بهية

الشكر والتقدير

يسعدني أن أعبر عن عميق شكري وتقديري إلى أستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور أسعد الزعبي الذي أشرف على رسالتي، وأعانني بتوجيهاته السديدة حتى استطعت أن أخرج هذا العمل في صورته؛ فقد منحني من علمه ووقته ما شجعتني على الاستمرار في هذا البحث.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأساتذة الكرام

الأستاذ الدكتور / محمد عودة الريماوي

الأستاذ الدكتورة / عفاف شكري حداد

الأستاذ الدكتور / قاسم سمور

على تكريمهم بقبول مناقشة هذه الرسالة.

وأسمى آيات الشكر والتقدير والعرفان بالجميل للأهل والأحباب والأصحاب.

الباحثة

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	قرار لجنة المناقشة
ج	الإهداء
د	الشكر والتقدير
هـ	فهرس المحتويات
ح	قائمة الجداول
ط	قائمة الأشكال
ي	قائمة الملاحق
ك	الملخص باللغة العربية
١	الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأهميتها
١	المقدمة
٢٨	مشكلة الدراسة
٢٩	هدف الدراسة وفرضياتها
٣١	أهمية الدراسة
٣١	تعريف المصطلحات
٣٣	الفصل الثاني: الدراسات السابقة
٣٣	أولاً: الدراسات التي تناولت العلاقة بين القلق والاكتئاب والضغط ومرض القلب
٣٧	ثانياً: الدراسات السابقة التي تناولت تأثير التأمل على القلق والاكتئاب والضغط النفسية

٤٢	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات
٤٢	مجتمع الدراسة
٤٢	عينة الدراسة
٤٢	أدوات الدراسة
٤٣	أولاً: قائمة سبيلبيرجر للقلق
٤٣	صدق المقياس
٤٣	ثبات المقياس
٤٤	ثانياً: مقياس بيك للإكتئاب
٤٥	صدق المقياس
٤٥	ثبات المقياس
٤٧	ثالثاً: مقياس الضغط النفسي للكبار
٤٧	صدق المقياس
٤٧	ثبات المقياس
٤٨	رابعاً: البرنامج التدريبي
٥٦	إجراءات التطبيق
٥٨	تصميم الدراسة
٥٨	المعالجة الإحصائية
٥٩	الفصل الرابع: نتائج الدراسة
٦٥	الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات

٧٢	المراجع باللغة العربية
٧٣	المراجع الإنجليزية
٨٧	الملاحق
١٣٠	الملخص باللغة الإنجليزية

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
٥٩	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات افراد عينة الدراسة على مقياس القلق	١
٦٠	نتائج اختبار تحليل التباين المشترك للاختلاف بين المجموعتين التجريبية والضابطة	٢
٦٠	المتوسطات المعدلة لافراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق	٣
٦١	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب	٤
٦٢	نتائج اختبار تحليل التباين المشترك للاختلاف بين المجموعتين التجريبية والضابطة	٥
٦٢	المتوسطات المعدلة لافراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب	٦
٦٣	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات افراد عينة الدراسة على مقياس الضغوط النفسية	٧
٦٤	نتائج اختبار تحليل التباين المشترك للاختلاف بين المجموعتين التجريبية والضابطة	٨

ط

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
١٩	مراحل عملية الضغط النفسي	١
٢٠	الآثار الفسيولوجية للضغط النفسي	٢

ي

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
٨٧	البرنامج الإرشادي	١
١٢٢	قائمة سبيلبيرجر للقلق	٢
١٢٤	مقياس بيك للاكتئاب	٣
١٢٧	مقياس شدة الضغط النفسي لدى مرضى القلب	٤

أثر التدرب على استراتيجيات التأمل في علاج القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى
مرضى القلب في الأردن

إعداد

بهية محمود أبو الهيجاء

المشرف

الدكتور أسعد فرحان الزعبي

الملخص

هدفت هذه الدراسة الى فحص أثر التدرب على استراتيجيات التأمل في خفض كل من القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى مرضى القلب في الأردن، وذلك من خلال الإجابة عن الفرضيات الآتية:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات القلق بين المجموعة التجريبية التي تلقت التدرب على تمارين التأمل والمجموعة الضابطة التي لم تتلقى التدرب على تمارين التأمل لمرضى القلب.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب بين المجموعة التجريبية التي تدربت على تمارين التأمل والمجموعة الضابطة التي لم تتدرب على تمارين التأمل.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الضغط النفسي بين المجموعة التجريبية التي تدربت على تمارين التأمل والمجموعة الضابطة التي لم تتدرب على تمارين التأمل لمرضى القلب.

وللإجابة عن أسئلة الدراسة تم اختيار عينة مكونة من (٣٠) مريضاً من المرضى الذكور الذين يراجعون عيادات القلب في مركز صحي صويلح ومستشفى الاستقلال، وتم تعيين الافراد المتطوعين على كل من المجموعتين التجريبية والضابطة بشكل عشوائي، حيث بلغ عدد افراد المجموعة التجريبية (١٥) مريض، وعدد افراد المجموعة الضابطة (١٥) مريض . ولتحقيق اهداف الدراسة تم استخدام ثلاثة أدوات وهي : قائمة سبيلبيرجر للقلق (Spiel Berger State – Trait Anxiety Inventory, 1983) (المومني ٢٠٠١). ومقياس بيك

للاكتئاب (حمدي واخرون، ١٩٨٨) ومقياس الضغط النفسي للكبار (ناصر، ١٩٩٥). تم تطوير برنامج لتدريب المرضى على تمارين التأمل ولمعرفة أثر ذلك في مستويات القلق، والاكتئاب، والضغط النفسي لديهم قبل التدريب وبعده.

وبعد جمع البيانات الخاصة بأسئلة الدراسة وإجراء التحليلات الإحصائية المناسبة توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- يوجد هناك فروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بلغ مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \geq 0,05$) حيث تبين ان متوسط افراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق كان اقل من متوسط أفراد المجموعة الضابطة، مما يعطي مؤشرا على ان التدريب قد اسهم في خفض مستوى القلق لدى مرضى القلب في المجموعة التجريبية بعد تعرضهم للبرنامج التدريبي في التأمل.

- يوجد هناك فروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بلغ مستوى الدلالة الإحصائية، حيث ان المتوسطات الحسابية المعدلة لدى افراد المجموعة التجريبية كان اقل من متوسط أفراد المجموعة الضابطة، مما يعطي مؤشرا على ان التدريب قد اسهم في خفض مستوى الاكتئاب لدى مرضى القلب في المجموعة التجريبية بعد تعرضهم للبرنامج التدريبي في التأمل.

يوجد هناك فروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بلغ مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \geq 0,05$). حيث ان المتوسطات الحسابية لدى افراد المجموعة التجريبية كان اقل من متوسط أفراد المجموعة الضابطة، مما يعطي مؤشرا على ان التدريب اسهم في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى القلب في المجموعة التجريبية بعد تعرضهم للبرنامج التدريبي في التأمل.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

المقدمة:

يتعرض الافراد ، صغارا كانوا ام كبارا ، من خلال تفاعلهم مع البيئة المادية والاجتماعية المحيطة بهم الى احداث ومواقف ضاغطة قد لا يكون في مقدورهم التكيف معها ، مما يؤدي الى ظهور عدم اتزان نفسجسمي لديهم ، الامر الذي يقود الى تطور الامراض لديهم (Blonna , 2000) . لقد اطلق على هذا العصر مسميات كثيرة من ابرزها ؛ عصر القلق ، وعصر الضغوط وعصر الكنتئاب، الامر الذي استثار اهتمام المختصين في المجالات الطبية والنفسية الى دراسة اثر العوامل النفسية ، والمعرفية ، والانفعالية والاجتماعية في تطور الامراض الجسدية ، باعتبار ان العوامل السابقة تؤثر وتتأثر بالمرض والعلاج خلال مراحل حياة المريض (Oltmanns & Emmery < 2004 : Gee , Howe & Kimmel , 2005)

ومع انفتاح العلوم الطبية الخاصة بالامراض الجسدية على العلوم النفسية المرتبطة بالاضطرابات النفسية ، بدأت الحدود بين هذه العلوم بالتلاشي انطلاقا من ارتباط العقل بالجسد وان كلا منهما يرتبط بالآخر ويؤثر به . لقد اصبحت العلاجات الطبية تعامل الجسد والعقل كوحدة واحدة متكاملة . ونتيجة لتكامل الادوار ، بدلا من انفصالها وتنافسها بين المختصين في الامراض الجسدية والمختصين بالعوامل النفسية والاضطرابات النفسية ، كالارشاد النفسي والطب النفسي وعلم النفس السريري والطب السيكوسوماتي والطب السلوكي ، اصبح ينظر الى الامراض المزمنة ومنها امراض القلب على اساس انها اضطرابات سيكوسوماتية ، أي الاضطرابات ذات البعد او المنشأ النفسي Psychosomatic or PsychoPhysiological Disorders

وبما أن الفروق بدأت تتلاشى بين العلوم الطبية والنفسية ، فان هذه الدراسة معنية بتناول التأمل الذي هو أحد الاستراتيجيات المعرفية التي يمكن ان تستخدمها مؤسسات الرعاية الصحية والمختصين في أمراض القلب في التعامل مع ردود الفعل الانفعالية المصاحبة لامراض القلب فمن المتوقع ان تخفف تمارين التأمل من الاثار المصاحبة لامراض القلب وخاصة الجلطة . اذ يعتبر تمارين التأمل وسيلة تؤدي الى الاسترخاء وهو يعني تهدئة العقل ويؤدي الى الصفاء الذهني، ويخفف من الشعور بالقلق و التوتر، كما يعد التأمل والاسترخاء خطوة هامة في علاج الاضطرابات النفسية . ويرى سميث ان تمارين التأمل تستخدم كمعالجة نفسية ، تتضمن جلسات صامتة ، وعدّ التنفس والاصغاء الى فكرة معادة او التركيز بشكل فعلي على أي مثيرات داخلية

او خارجية . ومن وظائف التامل انه يزيد من حالة الوعي الانساني ، وعندما يكون الدماغ خاليا من الافكار المقلقة ، فانه يكون اكثر جاهزية لاستقبال افكار وادراكات وطرق جديدة للتعامل مع المشاكل الصعبة (Cormier & Cormier , 1991).

تعد الأمراض القلبية من الأمراض المزمنة، وهي تصنف ضمن المشكلات والتحديات العالمية التي تواجه مؤسسات المجتمع المدني برمته، وبالأخص مؤسسات الرعاية الصحية من جهة، والأفراد المصابين بها، والبيئة الاجتماعية المحيطة بهم من جهة أخرى. تعرف الأمراض المزمنة بأنها تلك الأمراض التي تدوم لفترة طويلة، ونادراً ما يشفى الأفراد منها تماماً، ولكن يمكن السيطرة على أعراضها عن طريق الحماية الغذائية، والأدوية، والتمارين الرياضية. ومن الأمثلة على الأمراض المزمنة ، السرطان، والأمراض القلبية، والسكري، وأمراض الكلى، والتهابات المفاصل (Cleveland Clinic Health System, 2004).

تشير الإحصائيات المعاصرة إلى أن الأمراض المزمنة سبب في (٧٠٪) من حالات الوفاة في العالم، حيث تشكل عبئاً اقتصادياً على كاهل الحكومات التي تنتشر فيها (James & Marks, 2002). هناك فروق بين الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة من حيث طبيعة الاستجابة لها، فلكل شخص استجابته الخاصة به، وتتراوح استجابات المصابين بين الغضب، والإهمال، والقلق، والاكتئاب، والإحباط (Kopp, 1992). وتختلف الأمراض المزمنة عن الأمراض الحادة في شدة تأثيرها، ومدة المعاناة المصاحبة لها، وسعة تأثيرها، وكلفتها المادية، والاجتماعية، والنفسية، حيث إن تأثيرها لا يقتصر على الفرد المصاب بها فحسب، بل يمتد إلى كل من الأخصائيين الذين يتعاملون معها، والأسرة، والمجتمع برمته أيضاً.

تؤثر الأمراض المزمنة سلباً في كافة أجهزة الجسم، كما تؤثر في منظومة الحياة النفسية وتوجيهها والتحكم بها، حيث تشكل ضغطاً نفسياً شديداً على المريض، يجعله مشوشاً في التفاعل مع ردود فعل الآخرين نحو مرضه المزمن، فتبدو عليه النظرة السوداوية أو التشاؤمية، فقد يعاني من مشاعر الحزن، والشعور بالذنب، والخوف، وتجنب الآخرين، والاكتئاب، والقلق، وقد يصاب بنظرة تفاؤلية لدرجة الإفراط أو الإنكار لكل ما يشير إلى وجود المرض، وذلك من خلال الادعاء بالشفاء الكامل (Lemaistre, 1999). وقد ذكرت ستيوارت (Stewart) المشار إليها في (Brannon & Feist, 2003) ضرورة التكيف مع الأمراض المزمنة وما ينتج عنها من صعوبات اجتماعية وجسدية، حيث إنها تؤثر في النشاطات اليومية، وفي أسلوب حياة الأفراد المصابين بها. علاوة على ذلك، يُعاني الطاقم الطبي المشرف على رعاية الأفراد ذوي الأمراض المزمنة من الشعور

بالإرهاق والإحباط الناجم عن كثرة التساؤلات، والاعتقادات الخاطئة الموجودة لدى المرضى عن مرضهم، الأمر الذي يؤدي إلى ممارستهم لسلوكات خاطئة تتمثل في مخالفتهم للتعليمات الطبية اللازمة وعدم التزامهم بها، مما يؤثر سلباً في فاعلية علاجهم (Brannon & Feist, 2003).

لقد أدت العلاقة القائمة بين الطاقم الطبي من ناحية، والأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة، إلى ضرورة مشاركة الأخصائيين النفسيين من خلال تدريب الأفراد ذوي الأمراض المزمنة على إدارة المشاعر السلبية والتوترات، وكيفية التعامل معها (Brannon & Feist, 2003; Young, 1991). كما تؤثر الأمراض المزمنة مباشرة في الحياة الأسرية للمريض، حيث تسبب لأفراد الأسرة ضغوطات نفسية وتوترات، يصعب عليهم السيطرة عليها، والتعامل الفعال مع المريض، إذ يصبحون شركاء في المرض، الأمر الذي يتطلب تدخل الأخصائيين النفسيين لرفع المعاناة عنهم (Blonna, 2000).

ووفقاً لرأي ليمستير (Lemistre, 1999)، يمر الشخص المصاب بالأمراض المزمنة وأثناء فترة العلاج بالمراحل الآتية:

١- مرحلة الأزمة (Crises).

٢- مرحلة الانعزال (Isolation).

٣- مرحلة الغضب (Anger).

٤- مرحلة إعادة البناء (Reconstructing).

٥- مرحلة الاكتئاب المتقطع (Intermittent Depression).

٦- مرحلة التجدد (Renewal).

يسبب المرض المزمن واستمراريته لفترة طويلة دون شفاء تام فقد يؤدي ذلك إلى الإصابة بالقلق والاكتئاب والضغوط النفسية الأمر الذي يجعل المريض مشوشاً في التعامل مع ردود أفعال الآخرين نحو مرضه المزمن. ومن الأمراض المزمنة المنتشرة على نطاق واسع في الوقت الحاضر، الأمراض القلبية، وخاصة الجلطة، إذ إن التغيرات الناجمة عن هذه الأمراض لا تؤثر في حياة المريض فحسب، بل يمتد تأثيرها في أسرته، ومجتمعه، ومؤسسات الرعاية الصحية

القائمة على علاجه، الأمر الذي يتطلب من كافة الأطراف المشرفة على رعاية المريض استخدام أساليب جديدة للتعامل مع المرض (Blonna, 2000).

يعد مرض القلب من الأمراض المزمنة ذات الطبيعة العالمية والخطيرة، فقد نجم عنه أكثر من (٢٩٪) من الوفيات التي شهدها العالم عام ٢٠٠١، والتي بلغت (٥٦) مليون، من بينها أكثر من (١٢٪) منها تعزى لأمراض الشريان التاجي. وفي الأردن، أقرت وزارة الصحة الأردنية بتاريخ ٢٦ أيلول ٢٠٠٥ أن أمراض القلب تشكل السبب الأساسي لـ(٤٠٪) من الوفيات بين الأردنيين، وأضاف التقرير أن السبب الأساسي لأمراض القلب في المملكة هو الابتعاد عن الأكل الصحي، والخمول البدني، والتدخين. كما ذكر رئيس اللجنة المنظمة للمؤتمر السنوي الرابع لأمراض وجراحة القلب في جدة أن الإحصاءات العالمية تشير إلى حدوث (١٦,٧) مليون حالة وفاة بسبب أمراض القلب في العالم عام ٢٠٠٣، وتشير أيضاً إلى ارتفاع الوفاة بسبب أمراض القلب في الدول النامية، حيث يتوقع زيادتها بنسبة (١٢٠٪) للنساء، و(١٣٥٪) للرجال خلال الـ(٢٠) سنة القادمة، وحسب التقديرات فستكون أمراض القلب عام ٢٠١٠ السبب الرئيس للوفيات في هذه الدول. <http://64.27.100.63/ElaphWeb/Health/2006/3/134983.htm>

إن فاعلية أداء القلب بشكل خاص، وجهاز الدوران بشكل عام لدى الفرد يعتمد بدرجة كبيرة على التفاعل المتوازن والمعتدل بين العوامل الموضوعية (المادية، والاجتماعية) من ناحية، والعوامل الذاتية (البيولوجية، والنفسية) من جهة أخرى، المتمثلة بوجود بيئة مادية اجتماعية نفسية فيسيولوجية آمنة ومستقرة، ذلك أن البيئة الانفعالية الطبيعية، والتي تتضمن مستويات معتدلة من الضغط النفسي والقلق تؤثر إيجاباً في فاعلية أداء القلب، كما تقلل من نسب فرص الإصابة بالاضطرابات القلبية الوعائية. فالفرد منذ ولادته يبدأ بالتفاعل مع بيئته المحيطة بهدف إشباع حاجاته، وتلبية رغباته المتعددة والمتنوعة، إلا أن هذه البيئة لا تخلو من العوامل التي تسبب الضغوط، وقد عُرِفَت بأمراض المدنية، التي ما فتئت تهدد وتفتك بصحة الإنسان النفسية والجسمية، وانعكست سلباً على أدائه، مما أدى إلى ظهور أمراض جسمية، سميت بالاضطرابات النفسجسمية (Nhundu, 1999).

أمراض القلب (Heart Diseases):

إن معرفة أهمية القلب في حياة الإنسان والجهاز الدوري، والأمراض التي تصيبه، والأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بمرض القلب أمر أساسي، حيث يتبوأ القلب مكانة هامة وبارزة

في سلم الأجهزة الفسيولوجية عامة، والجهاز الدوري (Circulatory System) خاصة، نظراً لارتباطه المباشر والوثيق بمستويات الصحة الجسمية والنفسية، وفاعلية أدائها، حيث لا يمكن أن يتحقق أي سلوك فسيولوجي أو نفسي بصورة فاعلة ومعتدلة، بدون مشاركة القلب بفاعلية واعتدال. وبهذه الصورة، فالقلب بمثابة وحدة التمويل والتخليص في الجسم، فمن خلاله يتم تمويل وإمداد كافة أنحاء الجسم بالغذاء والأوكسجين اللازمين لتسيير النشاط الحيائي فيه بوساطة شبكة من الشرايين (Arteries)، إضافة إلى تخليصه من نواتج عملية الهدم، كثنائي أكسيد الكربون وغيره، عن طريق شبكة من الأوردة (Venules)، ونقلها إلى مراكز الإخراج في الجسم، كالكليتين، والجلد، والرئتين. أن القلب يشارك في المحافظة على تجانس الوسط الداخلي الفسيولوجي والنفسي معاً (Davm & (Physiological & Psychological Homeostasis) (1997; Braunwald, 1999; Posluszny, 1999). ولهذا، فأية اختلالات بنيوية أو وظيفية في القلب، بصرف النظر عن أسبابها، فإنها تتعكس سلباً على أداء الفرد برمته.

يُصنف القلب كعضو أساسي في الجهاز الدوري الذي يتألف أيضاً من الأوعية الدموية كالشرايين، والأوردة، والشعيرات الدموية، والدم. فالقلب عبارة عن عضو عضلي أجوف، يقع في منطقة القفص الصدري بين الرئتين تحت عظمة القص في منتصف الصدر تقريباً، ويأخذ شكلاً مخروطياً مقلوباً، حيث يتصل جزؤه العلوي بالأوعية الدموية، ويسمى قاعدة (Base) القلب، بينما نهايته السفلية (نهاية البطينين) تسمى قمة أو ذروة (Apex) القلب. ويتألف القلب من أربع حجرات، حجرتان علويتان يطلق على كل منهما اسم الأذين (Auricle, Atrium)، وحجرتان سفليتان يطلق على كل منهما اسم البطين (Ventricle). ويقسم القلب إلى نصفين: النصف الأيمن الذي يتألف من أذين أيمن وتحتة يقع البطين الأيمن، ويجري فيه الدم الوريدي أو غير المؤكسد، والنصف الأيسر الذي يتألف من الأذين الأيسر وتحتة يقع البطين الأيسر، ويجري فيه الدم الشرياني أو المؤكسد (James & Marks, 2002)، ويبلغ حجم القلب حجم قبضة اليد تقريباً، حيث تبلغ كتلته حوالي (٣٠٠) غم. ويتميز القلب بجملة من الخصائص التشريحية والمورفولوجية والفسيولوجية، من أبرزها: أن طبيعته أو نوع عضلته مخططة ولا إرادية، إضافة إلى خاصية ذاتية القلب أو أوتوماتيكية (Automaticity of the Heart)، أي قدرته على تكوين إثارات داخلية وإظهار ضربات عفوية تحت تأثير الدوافع الذاتية بدون أي تأثير خارجي بعد عزله عن الجسم (Tortora, 2000).

وللكشف عن أسباب الأمراض القلبية وأساليب علاجها، من الضروري الإشارة إلى آلية تنظيم عمل القلب في الأوضاع الطبيعية، حيث تشير الأدبيات المتعلقة بفيسيولوجيا جهاز الدوران

عامة، وآلية تنظيم عمل القلب خاصة، بأن القلب ليس عبارة عن مضخة ماصة - كابسة فحسب، بل هو عضو له علاقة وثيقة بالانفعالات السارة منها (الفرح، والسرور مثلاً)، وغير السارة (كالغضب، والحزن، والقلق، والاكتئاب)، والضغط النفسى أيضاً، نظراً لتأثره البالغ بها، وظهور التغيرات التشريحية والمورفولوجية، والفسولوجية، المصاحبة لها فيه (Brannon & Fiest, 2004).

لقد ظهرت مؤخراً دراسات تعيد للقلب مجده، حيث بدأ الباحثون يتهامسون عن مفهوم المخ القلبي، إذ كشف عن وجود ما يقرب من (٤٠٠) ألف خلية عصبية في القلب لها اتصالاتها، وتؤدي عملاً مستقلاً عن المخ، كما وجد أن الأذنين في القلب يقومان بدور غدة إفراز داخلي (Endocrine Gland)، حيث يفرزان هرموناً يدعى "العامل الأذيني المفرغ للصوديوم" (Artial Natriuetic Factor, ANE)، يعمل على تنظيم ضغط الدم وحجمه، ويؤثر في الأوعية الدموية، والكليتين، والغدتين الكظريتين (Suprarenal or Adrenal Glands)، وبعض مناطق التنظيم في الدماغ، وتنظيم طرح الماء والصوديوم والبوتاسيوم من الجسم (العريفي، ٢٠٠٠). لقد أصبح يُنظر للقلب ليس كعضو فسيولوجي فقط، بل كعضو سيكوفسيولوجي معقد، يعمل وفقاً لآلية حيوية - نفسية اجتماعية (Biopsychosocial Mechanism) (Rice, Brannon & Feist, 2004; 1998). وطبقاً لهذه الآلية، ظهرت ميادين حديثة في علم النفس، منها: علم النفس المناعي (Psychoimmunology)، والذي يهدف إلى دراسة العوامل النفسية المؤدية للأمراض العضوية، كالتعرض للضغوط النفسية وتأثيرها في طيف واسع من الاعتلالات الصحية، وعلم المناعة العصبية النفسية (Psychoneuroimmunology) والهادف للكشف عن التفاعل التبادلي بين الدماغ وجهاز المناعة وتأثيره في الصحة الجسمية والنفسية (Hugdabi, 2003). ويشارك في تحقيق هذه الآلية مجموعة من التراكيب العصبية، والنواقل العصبية الكيميائية (Neurochemical Transmitters)، وبعض الأملاح المعدنية في الدم، ومن بينها:

١- العصب الدماغى العاشر أو ما يسمى بالعصب التائه أو الحائر (Vagus Nerve) الذى ينتمى إلى الجملة شبه الودية (Parasympathetic Portion)، ويصدر عن المخ المستطيل، حيث يقوم بكبح عمل القلب.

٢- الأعصاب الودية التى تنتمى إلى الجملة الودية (Sympathetic Portion)، وتصدر عن المنطقة الرقبية - الظهرية للنخاع الشوكى، وهى تقوم بتسريع عمل القلب.

٣- ما تحت السريير البصري (Hypothalamus)، والمخيخ (Cerebellum or Little Brain) وقشرة المخ (Cerebral Cortex)، حيث إن استثارة ما تحت السريير البصري يزيد من ضربات القلب وشدتها، بينما استثارة المخيخ وقشرة المخ يسبب البطء في عمل القلب.

٤- النواقل العصبية - الكيميائية (Neurochemical Transmitters):

أ- أستيل كولين (Acetylcholine): ويُفرز من نهايات الأعصاب الكابحة للقلب في حالة استثارتها.

ب- أدرينالين (Adrenaline): ويُفرز من الطبقة الداخلية للغدتين فوق الكلويتين، ويُماثل في تأثيره ما يحدث عند استثارة الأعصاب الودية، حيث يؤدي إلى الإسراع في ضربات القلب وشددة النقص واتساعه، وفي الوقت نفسه يستثير مُقوية العصب الحائر (Vague Lone)، وهذا عكس ما يحدث عند تأثيره المباشر في القلب.

ج- نور أدرينالين (Noreadrenaline): وتفرز من نهايات الأعصاب المسرعة للقلب في حالة استثارتها.

٥- الأملاح المعدنية الموجودة في الدم: فمثلاً عند زيادة تركيز البوتاسيوم في الدم، يتم كبح أي نشاط للقلب، فيظهر التباطؤ في ضربات القلب، ونقصان في اتساع الانقباضة وشدتها، وتسوء عملية نقل الاستثارة في القلب، ويقلل من قابلية الاستثارة للقلب، ويؤدي التركيز المرتفع للبوتاسيوم في حالة الاسترخاء إلى توقف القلب، بينما يؤدي تركيزه المنخفض إلى تدهور عمل القلب. وأما زيادة تركيز الكالسيوم في الدم فيؤدي إلى الزيادة في سرعة كل من ضربات القلب، واتساع الانقباضة وقوتها، وينشط نقل الاستثارة. وفي حالة الانقباض، يؤدي التركيز المرتفع له إلى توقف عمل القلب، بينما يؤدي تركيزه المنخفض إلى ضعف عمل القلب (Brannon & Fiest , 2004)

يبدو مما سبق وجود ارتباط وثيق وتأثير تبادلي بين عمل القلب من جهة، والانفعالات (Emotions) من جهة أخرى. ويتجلى ذلك من خلال المراكز المنظمة (المسرعة والكابحة) لعمل القلب (Cardio-accelerator & Cardio-inhibitory Centres)، وتتضمن الجملة العصبية الودية، والجملة العصبية شبه الودية، وتدعى بجهاز الطوارئ أو الكرّ والفر، والذي تتمثل وظيفته الأساسية في مواجهة المواقف الانفعالية الطارئة، والسيطرة عليها، إلى جانب النواقل العصبية

الكيميائية سالفة الذكر، أي أن تنظيم عمل القلب نتاج لتعاون فعلين متضادين للأعصاب الودية المسرعة، والأعصاب شبه الودية الكابحة، حيث كثيراً ما يُلاحظ تباطؤ في ضربات القلب (Brady Cardia) نتيجة للانفعالات الشديدة المفاجئة، حيث تقل ضربات القلب عن معدلها الطبيعي، ويمكن أن تؤدي إلى حالة الإغماء، إذ يمكن ملاحظة مثل هذه الحالة لدى الرياضيين في أوقات الراحة، والإسراع في ضربات القلب أثناء قيامهم بعمل عضلي شديد فعال، كما ويمكن ملاحظة تسرع في ضربات القلب (Tacky Cardia) أحياناً أثناء الانفعالات القوية (كالفرح، والخوف)، حيث تزيد ضربات القلب كثيراً عن معدلها الطبيعي، كما ويمكن ملاحظة تغيير في ضربات القلب، وتقل في نهاية كل زفير، وسميت مثل هذه الحالة عدم انتظام عمل القلب التنفسي (Brannon & Fiest, 2004).

وعلى ضوء ما سبق، تشير الأدبيات النظرية ذات الصلة بفيسيولوجيا جهاز الدوران (Physiology of Circulatory System)، وعلم نفس الصحة (Health Psychology)، والطب السيكوسوماتي أو النفسجسدي (Psychosomatic Medicine)، والطب السلوكي (Behavioral Medicine)، إلى تصنيف اضطرابات القلب والدورة الدموية ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية، أو ما تسمى حالياً بالاضطرابات السيكوفيسيولوجية (Psychophysiological Disorders) (عفانة، ٢٠٠٦). لقد حظيت كل من العلاقة بين النفس أو العقل من ناحية، وبين الجسم من ناحية أخرى، والعلاقة بين المرض والصحة باهتمام الباحثين من مختلف ميادين المعرفة في العلوم الطبيعية والإنسانية والاجتماعية، وأخذ كل باحث يصفها ويفسرها من منظور النظرية التي يتبناها، أو المدرسة التي ينتمي إليها. لقد ظهرت نماذج عديدة لتفسير العلاقة بين النفس والعقل، لعل من أبرزها: النموذج الطبي الحيوي (Biomedical Model)، والنموذج النفسي الاجتماعي (Psychosocial Model)، والنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي (Biopsychosocial Model) (Rice, 1998). يُفسر النموذج الطبي الحيوي المرض من منظور بيولوجي بحت، أي أن أي مرض يُصاب به الفرد ناتج عن اختلالات وراثية، وعصبية، وهرمونية فقط. وينظر هذا النموذج إلى التفاعل بين العقل والجسم على أنهما وحدتان مستقلتان، كما أنه يُصنف ضمن النماذج الاختزالية (Reductionism)، التي تفسر أي مرض بتحليله إلى أجزائه أو عناصره الأولية أو الأساسية. كما ان هذا النموذج أحادي السببية، أي يُفسر المرض استناداً لعامل واحد بدلاً من عزوه لعدة أسباب، ويركز على المرض بدلاً من الصحة، حيث يحاول تفسير الظروف المؤدية للمرض بدلاً من تلك التي تحسن الصحة وتعمل على إدامتها (Rice, 1998).

لقد ظهر النموذج الطبي الحياتي خلال القرنين الثامن والتاسع عشر، وساد في النصف الثاني من القرن العشرين. وقد تعرّض هذا النموذج إلى الانتقادات لأنه لا يصف ويفسر المرض بصورة شمولية وكافية، مما مهد السبيل إلى ظهور نماذج أخرى، وتطور ميادين جديدة، كالطب النفسجسدي، والطب السلوكي، وعلم نفس الصحة. وتبعاً لذلك، ظهر النموذج النفسي الاجتماعي، والذي يعتبر أن العمليات النفسية والاجتماعية تسبب الأمراض، أو تؤثر فيها. فالأمراض بحسب أنصار هذا النموذج تصنف إلى أمراض تسببها عوامل عضوية أو جسمية، وأخرى تسببها عوامل نفسية، وأن وراء كل مرض نفسجسدي صراع لا شعوري كامل ومحدد، مما يجعل الفرد مهيباً للإصابة به. فالعدائية المكبوتة وفقاً لرأي اصحاب هذا النموذج تؤدي إلى الإصابة بالتهاب المفاصل (Brannon & Feisl, 2004). لقد تعرض هذا النموذج الى انتقادات منها اعتباره الاضطرابات النفسجسدية مشروطة أو مسببة نفسياً واجتماعياً فقط، وإغفاله لدور العوامل البيولوجية، مما مهد السبيل إلى ظهور نموذج شمولي، يقوم على النظرة الشمولية أو الكلية (The Holistic View)، والتعددية في التفسير، ويجسد اتحاداً بين النموذجين السابقين، يُدعى النموذج الحياتي النفسي الاجتماعي .

يُفسر هذا النموذج الحياتي النفسي العلاقة بين الصحة والمرض من منطلق التوجه الكلي (Holistic, Macro)، إذ يعتقد أن الوحدات الكبرى (Micro Units) تحدد الحالة الصحية للفرد، تؤثر في الحالة الصحية للشخص الدعم الاجتماعي والعاطفي الذي يلقاه من أهله ومجتمعه، بقدر ما يؤثر اختلال التوازن البيوكيميائي فيها، وأن المرض ناجم عن أسباب متعددة لا عن سبب واحد، وأن العقل أو العمليات العقلية والجسم يؤثران كلاهما في تطور الحالة الصحية للمرء، فلا يمكن اعتبارهما وحدتين مستقلتين أو منفصلتين. كما يتطلب هذا النموذج النظر إلى الإنسان نظرة كلية لفهم الصحة والمرض، وأن الشخص ينال الصحة من خلال الاعتبارات الحياتية (البيولوجية)، والنفسية، والاجتماعية، وسد الحاجات بشكل متوازن نفسياً وجسماً واجتماعياً (Brannon & Fiest, 2004). يفيد النموذج الحياتي النفسي في تفسير أمراض القلب، حيث تتضافر العوامل الحياتية والنفسية والاجتماعية في نشوء المشكلة القلبية الوعائية (Cardio-Vascular Problem) (Madux, Brawley & Boykin, 1995).

لقد بات من البديهي أن الأعراض المرضية التي تصيب القلب والدورة الدموية من أكثر الأعراض التي تصيب الجسم عامة، ومعظم هذه الأعراض تعزى إلى أسباب نفسية، وذلك لأن القلب من أكثر الأعضاء الجسمية تأثراً بالانفعالات او ردود الفعل الانفعالية ، ومن أكثرها موطناً

للأعراض المرضية التي يشكو منها المرضى بالأمراض النفسية. فالفرد المنفعل يتحسس بالتغير الوظيفي في عمل القلب والدورة الدموية بأسرع مما يتحسسه من التغير الوظيفي في أعضاء الجسم الأخرى (كمال، ١٩٨٨).

إن الأعراض المرضية المتعلقة بالجهاز الدوري متعددة ومتنوعة، فهناك الأعراض المتعلقة بالبنية الداخلية للقلب ووظائفه، وهناك الأعراض المتعلقة بالبنية الداخلية للأوعية الدموية (الشرايين، والأوردة، والشعيرات الدموية) ووظائفها. فالقلب يحصل على الدم من خلال الشريان التاجي للقيام بمهامه، وأحياناً يصبح هذا الشريان أقل فاعلية، أي أقل قدرة على التمدد والتوسع لمعالجة ازدياد الطلب على الدم، والناجم عن تضيق في جدرانه؛ نظراً لحدوث ترسبات دهنية فيه تدعى (Plaque)، فيصبح أكثر صلابة، ويطلق على هذه الظاهرة طبياً تعبير تصلب الشرايين. وتصلب هذا الشريان تقل كفاءة القلب على الاستجابة المتكيفة لجريان الدم، فيتناقص وصوله إلى القلب، وعندما يصل حرمان القلب من الدم مستوى كبيراً، فإن الأنسجة تحرم من الأكسجين، وهي حالة يطلق عليها تعبير احتشاء العضلة القلبية (Ischaemia) ينجم عنها موت الأنسجة التي لا يبلغها الدم فتهبط فاعلية القلب. وعندما يبلغ حرمان القلب من الدم حده النهائي يتوقف القلب عن النبض تماماً، وينجم عن ذلك سكتة قلبية (Myocardial Infraction)، ويصاب المرء بالنوبة القلبية (Angina Pectoris) عندما يكون الحرمان من الدم أقل حدة، ففيها يعاني المرء من آلام في الصدر خاصة عندما يكون على القلب أن يستجيب لحاجة ماسة للأكسجين في حالات الجهد البدني أو الانفعالي (Harvey, 1988).

ولما كانت اضطرابات القلب والدورة الدموية تصنف ضمن الاضطرابات السيكوفسيولوجية، فإن الأدبيات النظرية تشير إلى وجود علاقة ارتباطية بين نمطي السلوك (أ و ب) (Type A Behavior, Type B Behavior)، والضغط النفسي (Stress)، والقلق (Anxiety)، والاكتئاب (Depression) من جهة، واضطرابات القلب والدورة الدموية من جهة أخرى (Huang, 2001; Harald, 1994). وتعد أمراض القلب والدورة الدموية من الأمراض المزمنة، والمتطورة، والمتزايدة، والمنتشرة على نطاق واسع في كافة الثقافات الإنسانية، والتي تؤثر سلباً في أداء الشخص المصاب بها، وفي علاقاته بالآخرين، كما تستنزف إمكانيات مالية هائلة في تشخيصها، وعلاجها، وإعادة تأهيل المصابين بها، للقيام بأدوارهم بثقة واقتدار (Kopp, 1992).

وتشكل أمراض القلب ضغوطاً نفسية شديدة على المصاب بها، تنتابه مشاعر الحزن والشعور بالذنب والخوف، وتجنب الآخرين، كما يمر بمراحل الأزمة والعزلة والغضب، وقد

يُصاب بالقلق والاكتئاب، مما يؤثر في وظائفه الاجتماعية، وحياته اليومية، وينعكس ذلك على حالته المزاجية، وقد تسيطر عليه الأفكار التشاؤمية، والاستسلام لوضعه الراهن (Lemaistre, 1999). وتتطلب التغييرات الجسمية والانفعالية المصاحبة لأمراض القلب من المريض وأسرتيه، استخدام أساليب ملائمة للتعامل معها (Blonna, 2000). تشير البحوث الوبائية (Epidemiological Researches) إلى عدد من العوامل التي تسهم في أمراض القلب، وتتضمن: التدخين، ووجود تاريخ عائلي للقلب، والعمر، والجنس، وضغط الدم المرتفع، والزيادة المفرطة في الدهون، والسمنة، ونمط الحياة، ونمط السلوك (أ) (Type A Behavior Pattern)، والضغط.

التأمل Meditation

ان العديد من الاخصائيين في المجالين الطبي والنفسي في كثير من الدول يبذلون جهوداً كبيرةً جداً في علاج المشكلات التي تصاحب امراض القلب وخاصة الجلطة . ومن الجهود المبذولة في هذا المجال، التوجه نحو استخدام اساليب نفسية في علاج مسببات الامراض المزمنة ومنها مرض القلب كالحد من التدخين والسمنة باستخدام اسلوب ضبط الذات او علاج الحالات الانفعالية المصاحبة للاصابة بأمراض القلب مثل الاسترخاء والتأمل. حيث يصنف أسلوب التأمل ضمن الأساليب المعرفية في إدارة الضغوط، إذ يسهم في خفض التغييرات الفسيولوجية الناجمة عن المواقف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد في بيئته. ومن اجل هذا كان الغرض من هذه الدراسة هو فحص اثر استخدام تمارين التأمل جنباً الى جنب مع العلاج الطبي الدوائي لمعرفة أثر تدريبات التأمل على مستويات القلق و الاكتئاب والضغط النفسي لدى مرضى القلب فب الاردن.

يعرف التأمل بأنه مجموعة من التمارين العقلية والتي يحاول بها الشخص أن يركز وعيه أو انتباهه على أمر ما أو صوت ما بطريقة غير تحليلية. ترتبط جذور التأمل كممارسة بالفلسفات والأديان الوضعية الشرقية كالهندوسية، والبوذية، والتايوانية Hinduism, Buddhism and Taoism والقائمة على فكرة أن التأمل يستطيع أن يهدئ الهيجان الانفعالي الداخلي Inner Emotional Turmoil (Weiten & Lioyd 2000).

إن أكثر أنواع التأمل ممارسة هو المسمى بالتأمل المتعالى Transcendental Meditation الذي يتجاوز الشعور و الإدراك بعكس الذاتي المقصور على الشعور والعقل. إن مفهوم التأمل المتعالى أتى من جنوب شرق آسيا، وقد انتشرت تدريباته في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا في العقد الثامن من القرن الماضي (١٩٧٠-١٩٨٠). ويتكون التدريب من عدد من الجلسات، حيث يجلس الفرد خلالها في وضع مريح مغلق العينين ويركز على صوت أو فكرة

معينة ويسمح لذهنه بالتعامل الحر معها. ان هذه الطريقة تتيح للذهن أن يكون حرا في أن يتحرك الى المستويات الإبداعية في التفكير (كارنغتون، ١٩٨٧). توصف تمارين التأمل المتعالي بانها الإبحار من سطح العقل النشط الى اعماق الهدوء. ان المدافعين عن هذا النوع من التأمل يدعون أنه يستطيع أن يحسن التعلم ومستوى الطاقة، والإنتاجية، والصحة البدنية، والصحة النفسية، كما أنه يقود الانسان الى سعادة عامة وذلك بتقليل التوتر والقلق الناتج عن الضغوط النفسية (Alexander, Rainfourth, Gelderloos, 1991). يجمع الباحثون أن الآثار الجسمية المترتبة على ممارسة التأمل تحدث من خلال النشاط الكهروكيميائي للدماغ. إن ما يسببه هذا النشاط ينعكس على انخفاض نبض القلب لدى الشخص، ونسبة التنفس وكمية الأوكسجين المستهلك، والتخلص من ثاني أكسيد الكربون، وازدياد مقاومة الجلد وانخفاض تخثر الدم (Blood Locate). ان التغيرات الجسمية السابقة تشير الى ان التأمل يؤدي الى حالة جسمية او تغيرات جسمية مفيدة تنسم بالاسترخاء وكبح الاستثارة (Carington; 1993, Fenwick, 1987).

يشير بعض الباحثين (Carrington, 1993) الى ان النتائج النفسية للتأمل واعدة بالرغم من انها تثير الجدل . لقد وجد مثلا انه بإمكان التأمل ان يحسن المزاج ، ويقلل من التعب والقلق واساءة استخدام العقاقير (Epply, Abrams & Shear, 1993). إن التأمل ليس فريدا في تحقيق النتائج السابقة ، حيث يشير بعض الباحثين الى ان اسلوب الاسترخاء المنظم قد يحقق نتائج مشابهة لتلك التي يحققها التأمل (Sharpio , 1987) .

يورد كولمان (Coleman) والمشار اليه في (Carrington) الى ان التأمل وسيلة او طريقة فعالة تستخدم في العلوم الطبية ،والنفسية، وفي التربية ، وفي تطوير الذات . لقد راجعت كارنغتون (Carrington , 1993) فوائد التأمل في علاج الحالات والاعراض والصعوبات النفسية والجسمية . فقد وجدت بان التأمل مفيد في علاج حالات التوتر والقلق ، والاضطرابات النفسجسدية ، وحالات التعب المزمن ، وضعف الطاقة ، واضطرابات النوم ، وسوء استخدام العقاقير ، والكحول وتدخين السجائر ، والامراض المزمنة ، والاكتئاب ، وضعف توكيد الذات ، ومشاعر الخسارة والفقْدان، وقلق الانفصال ، وضعف تحمل الاحباط ، ومعوقات الانتاج والابداع ، وسوء التكيف الانفعالي ، والضغوط النفسية ، والاحتراق النفسي ، ومشكلات التنفس ، واضطرابات الاكل ، والاعتداءات الجنسية ، وحالات الانتكاس لدى المصابين باضطرابات نفسية او في حالات الادمان .

بالرغم من الفوائد التي يمكن ان تجنى من التأمل ، الا ان هناك محاذير او اعتبارات يجب ان ياخذ بها كل اخصائي يستخدم هذه التمارين في علاج المسترشدين ، فالقد وجدت كارنغتون (١٩٩٣) بان تمارين التأمل قد تكون مناسبة لبعض الناس وغير مناسبة للبعض الاخر . فمثلا قد تسوء امور الاشخاص المصابين باضطرابات نفسية شديدة اذا مارسوا تمارين التأمل لفترة

طويلة جدا (ثلاثة الى اربعة ساعات يوميا) . كما ان الاشخاص المصابون باضطرابات ذهانية قد ينخرطوا بالتركيز على عالمهم الداخلي الى درجة عدم التواصل مع العالم الخارجي الواقعي . وكذلك هي الحال مع الوسوس والافعال القهرية . ان المبدأ الاساسي الذي يجب ان يؤخذ بعين الاعتبار هنا هو ان يخطط الاخصائي تمارين التأمل بناء على الحاجات الفردية للمتعالج واهتماماته (Cormier , Nurius , 2003) .

تعتبر تمارين التأمل احد التمارين المعرفية السلوكية التي تهدف الى احداث تغييرات معرفية سلوكية في علاقة الشخص بافكاره وما ينبثق عنها من سلوكيات . يركز العلاج بالتأمل على تغيير اتجاه الشخص او علاقته بالفكرة او الافكار ، بينما تركز الاتجاهات المعرفية الاخرى على تغيير محتوى الافكار الاشكالية او تلك التي تسبب المشاكل . والتأمل ، حسب هذا الاطار ، يعتبر الافكار مشابهة الى الحواس الخمس . فالافكار السلبية مثلا يمكن ان تلاحظ كمثيرات تفكير وتقبل على اساس انها سلوك عقلي طبيعي . ان هذه الافكار لا تحدد الذات او تعرفها كما انها لاتفرض على الذات مشاعر او تصرفات لاحقة (Epstein , 1995) .

لقد تم وصف التأمل من قبل مجموعة من الباحثين على اساس انه التركيز على الوعي او تركيز الانتباه على ما يجري الان (Ornish , 1990) ، او الابقاء على حياة الوعي في الواقع الحالي ، أي هنا والان (Thich,Nhat Hanh , 1976) . يقوم التأمل على توجه عقلي هو التقبل بدلا من الحكم على خبرة الشخص بانها جيدة او سيئة ، صحية او مرضية ، ذات قيمة او بدون قيمة . ان التأمل معني بقبول كل خبرات الفرد (الافكار ، المشاعر ، الاحداث والمواقف) كما تحدث في هذه اللحظة (Marlatt & Kristeller , 1999) ان الغرض الاساسي للتأمل هو تطوير قدرة الفرد على ملاحظة الذات او الانتباه الجيد لافكاره ومشاعره ، وان يرى الافكار مجرد تفكير بدلا من رؤيتها كحقائق . تتبع قيمة هذه القدرة من كونها اداة لمراقبة الذات واحداث التغيير المطلوب الذي يسعى الفرد لتحقيقه .

هناك أنواع عديدة للتأمل، و قد تكون الصلاة هي الأكثر شهرة فيها، و لكن هناك أيضاً "التأمل السامي" الواقع وراء نطاق الخبرة البشرية و " التأمل الواعي"، ومن التقاليد الشرقية هناك "التأمل الزيني" و هو شكل من أشكال البوذية تطور في اليابان و يؤكد على أن المعرفة الدينية تتحقق من خلال تفريغ العقل من الأفكار والتركيز على شيء واحد وليس قراءة المخطوطات الدينية، وهناك "التأمل البوذي" وهو يقوم على فلسفة دينية بنيت على تعاليم لاوتسي حيث تعتبر أحد أديان الصين الثلاثة.

ويتكون التأمل من سلسلة من الممارسات تتمثل في :

- الجلسة الرسمية حيث يكون الجسد ساكن غير متحرك ويكون التحكم في التركيز (مثل زازين).
- الممارسات التعبيرية حيث يترك الجسد حراً ويمكن أن يحدث له أي شيء (مثل اليوغا)
- ممارسة التجوال العقلي اليومي للأنشطة الذهنية (مثل "تذكر الذات")

تتشارك الممارسات السابقة في شيء واحد هو انها تركز على تهدئة انشغال العقل. فليس الهدف من التركيز هو ازالة الحافز، و إنما توجيه الانتباه لأحد عناصر الشفاء، مثل صوت واحد أو صورة واحدة أو تنفس واحد. فعندما يكون الدماغ منشغلا او مملوء بالهدوء و السلام لا يمكن ان يصاب بالقلق و الضغط والاكتئاب.

وحسب جوان يوريسينكو (وهو أحد الرواد في مجال طب الجسد والدماغ، يمكن تعريف التأمل بأنه أي نشاط يحفظ التركيز والانتباه في حالة صفاء ثابتة في اللحظة الحالية. فعندما يكون الدماغ هادئاً و مركزاً على الحاضر فإنه لا يتفاعل مع ذكريات الماضي ولا ينساق وراء خطط المستقبل.

<http://1stholistic.com/meditation/ho1meditationwhatis.htm>

هناك عدد من التعريفات تناولت مفهوم التأمل. فقد ورد تعريفه في قاموس وبستر (Websters) بأنه فعل روحي قائم على العزم (Kokozka, 1990). ويعرّف التأمل في علم النفس بأنه إعادة تنظيم الذات بهدف الانتباه المقصود واستبطان الذات (Masion, 1995)، كما ويعرف بأنه ممارسات موجهة ذاتياً تهدف إلى استرخاء الجسم وتهدئة العقل (Cormer & Nuris, 2003) . هناك أساليب مختلفة في التأمل تعتمد كلها على الأصول الدينية والروحية في الشرق (Caspi, 2005). ويفيد التأمل في تركيز الانتباه وتعطيل الأفكار التي تدور بشكل طبيعي في الرأس، كما يسهم في الوصول إلى حالة الاسترخاء الجسمي، والهدوء العقلي، والتوازن النفسي. فالتأمل هو عملية حصر التركيز والانتباه على شيء يجعل الفرد يشعر بالراحة والاسترخاء، ويوفر له الصفاء الذهني، ووضوح الرؤية حول الحياة.

يعد التأمل (Meditation) من الأساليب العلاجية القديمة الحديثة، وقد استخدمه الأخصائي جون كابات زن (Kabet Zeen)، وعمل على تطويره عالم القلب هربر بنسون (Benson, 1987). ويعني التأمل أن يجلس الفرد في مكان هادئ، بعيداً عن مصادر الازعاج والضوضاء لمدة تتراوح بين (١٠-١٢) دقيقة، ثم يغمض عينيه ويتنفس بعمق وبانتظام، مع تركيز الاهتمام على كل جزء من الجسم، ويرخي عضلاته، ويشرح مشاكله وهمومه جانباً، ويركز على كلمة أو جملة أو مقطع شعري يكون مقبولاً لديه بحيث يساعده ذلك على الاسترخاء، ويكرر الفرد الجملة أو المقطع باستمرار لفترة من الوقت، وذلك لتعميق الشعور بالاسترخاء، ويستمر في ممارسة هذا الأسلوب مرةً أو مرتين يومياً. فالتأمل أسلوب علاجي يساعد الفرد على الاسترخاء والتعامل مع الضغوط، وهو ببساطة يعني تهدئة العقل، حيث يكون الفرد عند التأمل في حالة استرخاء، وتظهر موجات ألفا (Alpha) بمعدل يتراوح بين (٧-١٢) دورة في الثانية، كما يعمل التأمل على استثارة النصف الكروي المخي الأيمن، إذ إن بعض النظريات المتعلقة بأسباب القلق تدعي أن الشخص الذي لديه زيادة في مستوى القلق ناتج عن زيادة ما يعرف بالحديث الداخلي (Inner Speech)، وهذه الزيادة يرجع سببها إلى زيادة في نشاط النصف الكروي للمخ الأيسر المتعلق بالتحليل اللغوي واللفظي والتفكير، وهو ما يجعل الشخص في دوامة مستمرة من التحليل والتفكير الذي لا ينقطع. ويتمركز علاج القلق طبقاً لهذه النظرية في تدريب الشخص على استخدام النصف الكروي المخي الأيمن المضاد للتحليل اللغوي والمنطقي، إذ يؤدي نشاط هذا النصف إلى تحفيز عملية التأمل في الجوانب الجمالية للمناظر والأشكال والأصوات، وبهذا يتناقص لدى المريض النشاط التفكير المنطقي، ويرتفع لديه النشاط التأملي الحدسي (Benson, 1987).

إن التأمل الواعي يعني كما لو أن الإنسان يشاهد أو ينظر لـ أي شيء سوف يحدث من لحظة إلى أخرى. فعلى المتأمل أن يختار مكان هادئ من أجل التأمل، وأن يغلق عينيه ويركز على عملية تنفسه، وأن يسمح للأفكار بأن تسير لمدة عشرة دقائق إلى عشرين دقيقة (أي السماح للعقل للتجول بين الأفكار).

لقد وصف (Kabet Zeen) سبع أساسيات لتمارين التأمل:

١. عدم الحكم ، أي ان يتعامل الشخص مع الأشياء التي يتخيلها كافكار و ليست كحقائق

٢. الصبر

٣. توقعات العقل الأولى: أن من المهم للمتأملين أن يكونوا متفتحين لحظة بلحظة على الخبرة بدون وضع اطار للحظات التي تتوقع فيها الكيفية التي ستكون فيها هذه اللحظة

٤. الثقة: حيث يتعلم المتأملون كيف يتقون بمشاعرهم، فاذا كان احساسك يقول لك شيء اتبع ما يقول لك احساسك

٥. عدم الكفاح: و يعني أن التأمل يكون حول العملية و الممارسة و ليس السعي من أجل الوصول الى شيء ما

٦. القبول: أي قبول الأشياء كما هي

٧. السماح للعقل بالذهاب: أي أن لا يتعلق المتأمل او عقل المتأمل بالأفكار (Comier, Nurius 2003).

يمكن تصنيف أساليب التأمل بأسلوبين رئيسيين كما ورد في خدمات الصحة العامة (Public Health Services, 1991)

- التأمل التركيزي.
- التأمل الواعي.

التأمل التركيزي : يركز هذا النوع الانتباه على التنفس و التصور و الصوت حتى يستقر العقل. وأسهل شكل من التأمل التركيزي هو بالجلوس هادئاً و تركيز الانتباه على النفس. و يعتقد رواد التأمل و اليوغا أن هناك ارتباط مباشر بين تنفس الفرد و بين حالة دماغه . فعلى سبيل المثال عندما يكون الشخص قلقاً أو مرتعباً أو منزعجاً يميل تنفسه لأن يكون ضحلاً و سريعاً و غير منتظماً، وعندما يكون الدماغ هادئاً و مركزاً يميل التنفس لأن يكون بطيئاً عميقاً و منتظماً فيركز الدماغ على التردد المتواصل للشهيق و الزفير . عندما يركز الانسان تفكيره على التأمل فان دماغه يصبح متشرباً لترددات الشهيق و الزفير و يصبح بالتالي تنفسه أبطأ و أعمق و يصبح الدماغ أكثر وعياً .

التأمل الواعي : يعرفه بريسنكو بأنه التأمل الذي يستخدم انفتاح الانتباه حتى يصبح الفرد واع بالعروض المتواصلة من الاحساسات و المشاعر و التصورات و الأفكار و الأصوات و الروائح وبدون الانخراط في التفكير فيها . يجلس الشخص بهدوء و يشهد ببساطة كل ما يسير

في الدماغ دون أحداث ردود افعال أو الانخراط في الأفكار أو القلق حولها أو التصورات التي ستؤول لها . ان هذا العمل يساعد على الحصول على حالة دماغية أكثر هدوءاً و وضوحاً و غير متفاعلة مع ما يحدث . يمكن ربط التأمل الواعي بعدسات ذات زوايا متعددة بدلاً من تضيق الرؤيا على حقل محدد كما هو الحال في التأمل التركيزي، فهنا يبقى الفرد واعياً بالحقل كاملاً . هناك أساليب أخرى للتأمل ، بعضها بسيط جداً يمكن اكتسابه بالقليل من الممارسة و بعضها الآخر يتطلب التدريب من قبل مدرب خبير .

ويعني التأمل في التدريب الروحاني المسيحي التفكير مع التركيز حول موضوع ما، وفي الحس الشرقي قد يروا أن التأمل باعتباره مضاداً للتفكير في موضوع ما فالهدف هنا هو أن تصبح منعزلاً عن الأفكار و التصورات وفتح الفجوات الصامتة بينها ، والنتيجة هي تهدئة الدماغ وتدعى أحياناً الاستجابة المهدئة وفي الممارسة النورانية المسيحية تدعى هذه الممارسة بـ "التأمل الروحي".

وعندما ننظر إلى الجزء النفسي الرئيسي في صميم التأمل الشرقي الروحي المسيحي نستطيع أن نفهم لماذا تعمل الأنشطة التالية على التهدئة و الاسترخاء.

- الصلوات.
- الاستلقاء على الظهر والاستماع للموسيقى على الراديو والمسجل.
- تركيز الانتباه أثناء الجلوس أو التحديق في صورة شخص أو مشهد أو شيء محبب.
- ان الأنشطة السابقة تستخدم تمارين البقاء ساكناً و الانتباه السلبي على شيء ما.

(Johnson, & Bootman, 1995)

أربعة عناصر رئيسية للتأمل التقليدي:

١- مكان هادئ للتأمل: تكون بيئة التأمل مناسبة لممارسة التأمل اذا تمت عن طريق الاستلقاء أرضاً أو الجلوس التي من شأنها العمل على استرخاء عضلات الجسد، فالجلوس بمكان هادئ بأقل درجة من المشتتات يساعد على التأمل ويمكن للمتأمل فيما بعد ان يمارس عملية التأمل في اماكن اخرى مثل محطات الباص وغرفة الانتظار لدى الطبيب أو طبيب الأسنان وفي الحافلة وهكذا.

٢- **الجلسة الهادئة أو المتوازنة** : هناك جلسة معينة يتم فيها التركيز خلال تمارين التأمل . اما الجلسات التقليدية والمعروفة فهي ممارسات علاجية لفلسفة اليوغا القديمة. وقد ظهرت جلسات أخرى في نظام التيببت للعلاج (كوم ناي) وفي الصلوات الإسلامية وفي حركات جورديجيف . تعتبر طريقة الجلوس مهمة جداً في الممارسة البوذية. ان السمة الرئيسية لجلسات التأمل الموصوفة هي أن يبقى العمود الفقري مستقيماً وهذا صحيح في اليوغا الهندية والبوذية، أما المسيحية فهي تقوم على الركوع في الصلوات وفي المصرية و الصينية هناك الوقوف. وقد يشعر الأشخاص ذوي الانحناءات في العمود الفقري بعدم الراحة في البداية . ان حالة الجلوس تعتبر أفضل للتأمل من الاستلقاء، لأن الاستلقاء هو الحالة الاعتيادية للنوم و الاستلقاء في التأمل قد يؤدي للنوم وإذا كان الشخص ليس من السهل عليه الاستغراق في النوم أثناء النهار فقد يمارس التأمل بوضعية شبه دائرية على كنبه أو على كرسي كبير ذو ظهر يسند الرأس وفي وضعيات التأمل التقليدي يبقى الظهر عادة متحرماً وهذا ما يدعى بالوضعية المتوازنة.

تعزز الوضعية المتوازنة من الحالة الصحية لتركيز الوعي في التأمل الناجح وتعتبر جلسة الساق المتربعة مع ابقاء الرأس و الظهر في حالة عمودية هي الوضعية المثالية في الشرق . اما في وضعية (لوتوس) فالارجل تتقاطع مع الأقدام نحو البطن وتفصل الشعور الصحيح لجلسة التأمل المتوازنة ، وتعتبر هذه الوضعيات صعبة و مؤلمة في البداية لدى الاشخاص غير المعتادين عليها.

٣- **موضوع او شيء ليدور تركيز الوعي عليه**: في اليوغا الهندية غالباً ما تكون المادة المراد التركيز عليها هي صوت أو كلمات تتردد بنسق معين وغالباً ما تكون باللغة السنسكريتية وفي البوذية تكون هذه المادة هي التنفس وكلا النوعين يلبيان الحاجة للتأمل والاسترخاء وبعض التمارين تشمل النظر لشيء ما بأعين مفتوحة وأحياناً تغلق العينين لتسهيل التأمل.

٤- **الاتجاه السلبي أو الوعي المتوازن**: يقود هذا العنصر من التأمل نحو الاسترخاء وهو أكثر جوهرية ويسمى أحياناً بالوعي المتوازن لأن فيه يكون الاسترخاء والانتباه في توازن كامل ويدرك الإنسان في هذا النوع بشكل سلبي حتى يتحرر من الضغط في عضلات الذراع والساقين والحوض والوجه. ويعني الاتجاه السلبي أن مشتتات الأصوات البيئية والتدخلات الحتمية في أفكار المتأمل وتصوراتهم امور عرضية ومعزولة. وعندما يصبح المتأمل على وعي بالانزلاق بعيداً عن الكلمة او المادة موضوع التركيز او الانتباه ، عليه ان يعود مرة ثانية الى موضوع

الانتباه او التركيز دون ان يكافح من اجل ذلك (Johnson, and Bootman, 1995) ولاهمية التنفس في التأمل أشارت كומר (Kumar, 2005) إلى وجود أثر لأسلوب التأمل في التقليل من ضغط الدم لدى عينة من المرضى ممن خضعوا لتدريبات في التأمل. ويعد التنفس العميق مكوناً هاماً وضرورياً في التدريب على التأمل، إذ يعمل على استعادة الفرد للسيطرة على جسمه، ويخفض من الشعور بالقلق والتوتر، ويزيد من الاسترخاء لديه. ولممارسة التنفس العميق، يتعين على الفرد أن يجلس مستقيماً أو مستلقياً على ظهره، ثم يضع يديه على منطقة حول السرة، ويركز الانتباه عليها، ثم يبدأ بعملية الشهيق والزفير مع شد عضلات البطن إلى الداخل، والاستمرار في التنفس العميق بهذه الطريقة، وذلك لبضعة دقائق (Cormier & Nuris, 2003). ويشير الأدب المتعلق بتمارين التأمل كأسلوب علاجي، بأنها تعمل على تحسين الوعي بالذات، كما يوجد لها تأثير بيولوجي يتمثل في ازدياد نشاط جهاز المناعة وأجزاء معينة من الدماغ، ويقلل من خطر التعرض للإصابة بأمراض القلب والدورة الدموية، ويقلل من مستويات القلق والضغط النفسي البدني (Seward, 2002). لقد أشارت ميوري Maure الباحثة في مركز Ceders - Jinai الطبي في مدينة لوس أنجلوس بعد قيامها بتطبيق برنامج تدريبي في التأمل مدته ١٦ أسبوع على المرضى المصابين بمرض القلب التاجي بلغ عددهم (٥٢) مشارك، وكان معدل أعمارهم ٦٧,٠٧ ، بينما كان هناك (٥١) مريضاً تم تعيينهم كمجموعة ضابطة وكان معدل أعمارهم ٦٧,٠١ تلقوا تعليماً صحياً فقط. و في بداية ونهاية الدراسة قام المرضى بالصوم في الليل ثم قدموا عينة دم، و خضعوا لمراجعة طبية لهم وخضعوا لفحوص لوظائف الأوعية الدموية وتغيرات معدل نبض القلب. أشارت نتائج الدراسة إلى تحسن في وظائف القلب بعد التدريب على أساليب التأمل (Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998)

كما أشارت المقالة المنشورة في مجلة ضغط الدم في شهر إبريل (٢٠٠٤) من قبل بارنج Barneج بأن ممارسة التأمل مدة (١٥) دقيقة مرتين في اليوم قد قلل ضغط الدم عند مجموعة من المراهقين وعددهم (١٥٦ فرداً). والذين تحسن مستوى ضغط الدم لديهم و أصبح ضمن المعدلات المقبولة (Schneider , Charles , Rainforth , 2005)

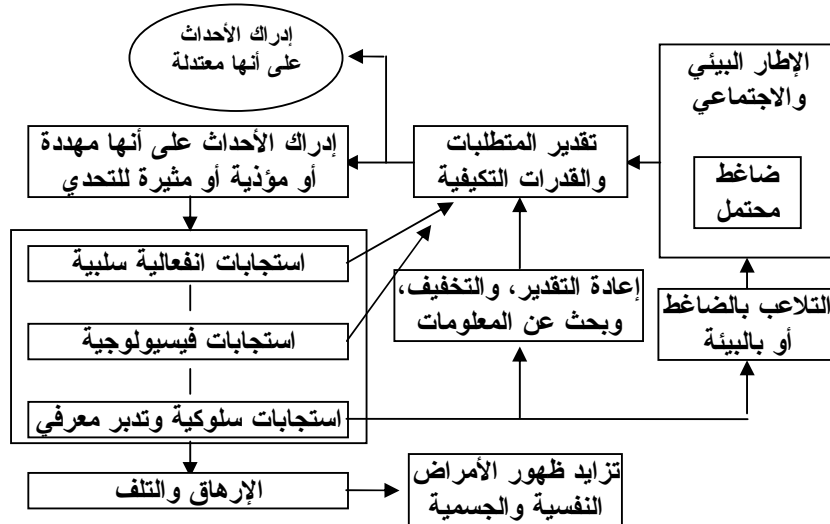
وفي نفس السياق فقد أظهرت متابعة لدراستين عن التأمل تم اجرائهما في أواخر الثمانينات و أواسط التسعينيات بأن الأشخاص الذين لديهم ضغط دم عادي الى مرتفع و الذين يمارسون التأمل كانوا أقل احتمالاً بنسبة (٢٣%) لأن يموتوا مقارنة مع الأشخاص الذين لا يمارسون هذه الطريقة وان المجموعة التي تلقت تدريباً على التأمل انخفضت لديها معدل الوفيات

بنسبة (٣٠%) في الأمراض الناتجة عن مرض القلب و السكتة الدماغية، وانخفاضاً بنسبة (٥٠%) لوفيات السرطان لم يكن عدد مرضى السرطان كبيراً بشكل كافي في هذه الدراسات لئتم اعتباره نتيجة هامة (Schneider, Charles, Rainforth, 2005).

يستنتج مما سبق أن تمارين التأمل تساعد في علاج الحالات النفسية والجسمية المصاحبة للاصابة بامراض القلب او ماينتج عن امراض القلب من اثار نفسية واخرى جسمية . ومن العوامل النفسية ذات الصلة باضطرابات القلب الضغط النفسي، حيث يُعد الضغط النفسي واحداً من الاثار النفسية للاصابة بامراض القلب . ويوضح الشكل (١) النموذج التفاعلي لتأثير الضغط النفسي (Rice, 1988).

الشكل (١)

مراحل عملية الضغط النفسي

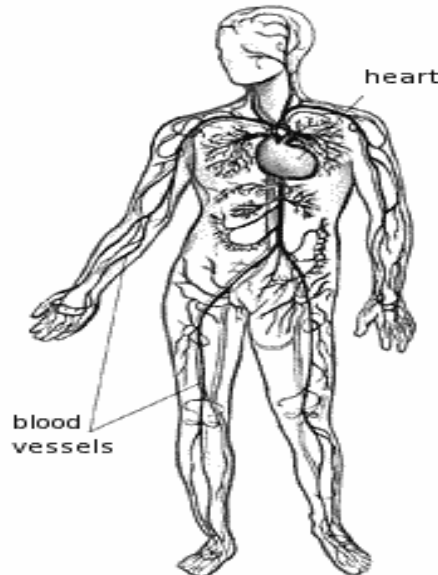


ويتضمن التأثير الفيسيولوجي للضغط النفسي في الجسم سلسلة معقدة من الأحداث،

(Brannon & Feist,

والشكل (٢) يوضح ذلك

.2004)



الشكل (٢)

الآثار الفيسيولوجية للضغط النفسي

فعند إدراك الفرد للضغط النفسي، يتم استثارة الجهاز العصبي الودي، وهو مسؤول عن حشد المصادر الجسمية في المواقف الطارئة، وعن استثارة الطبقة الداخلية في الغدتين الكظريتين، فأنهما تفرزان هرموني الأدرينالين والنورأدرينالين، واللذين بدورها يؤثران في زيادة ضربات القلب، والتنفس، وتدفق الدم، وتقوية العضلات. كما يؤثر الضغط النفسي في الفص الأمامي من الغدة النخامية، فتفرز الهرمون المنشط لقشرة الغدة الكظرية (Adrenocorticotrophic Hormone, ACTH)، والذي بدوره يستثير الطبقة الخارجية للغدة الكظرية، فتفرز هرمون الكورتيزول، والذي يقوم بحشد المصادر الجسمية، وزيادة مستوى الطاقة، وتخفيف الالتهابات (Benson, 2001).

وعلى أساس جملة الحقائق السابقة، فقد ظهر مفهوم "الوظيفية التكيفية الغذائية للجهاز العصبي الودي" (Adaptational-Trophic Function of the Sympathetic System)، وتغذية وقابلية استثارة أعضاء وأنسجة الجسم كافة، مؤمناً تكيف وتلاؤم الجسم إلى تغيرات الوسط الخارجي والداخلي، وبالتالي للحفاظ على تجانسه (Paran, Amir, 1996). تسبب شدة الضغوط والتعرض المتكرر لها إلى ظهور كثير من التأثيرات السلبية في نمو شخصية الفرد، وصحته النفسية والجسمية، وتتمثل في الآثار المعرفية السلبية، والانفعالية، والسلوكية، والفيسيولوجية (Schafer, 2000).

لقد ظهرت اتجاهات عديدة لتفسير الضغوط، لعل من أبرزها: الاتجاه الأول الذي يعتبرها كمثير، والثاني الذي يعتبرها كاستجابة لأحداث مهددة، بينما الثالث ويدعى الاتجاه التفاعلي بين المثير والاستجابة (Transactional Approach) (Rice, 1999). وفي هذه الدراسة يعتبر الضغط استجابة للإصابة بأمراض القلب وخاصة الجلطة.

لقد ظهرت بعض النماذج النظرية التي تمثل الاتجاهات السالفة الذكر، تناولت تفسير الضغوط، وهي: نموذج الضغوط كمثير، ونموذج الضغوط كاستجابة، ونموذج الضغوط كتفاعل بين الفرد والبيئة، ونموذج أندلر (Endler, 1990) المشابه للنموذج الثالث، ونموذج العجز المكتسب (Learned Helplessness)، والذي استخدمه سيلجمان (Seligman) للإشارة إلى تكرار تعرض الفرد للضغوط إذا تزامن مع اعتقاده بعدم قدرته على مواجهتها، فإن هذا من شأنه أن يجعله يشعر بالعجز في التغلب عليها (Bilings, 2000). علاوةً على ذلك، ظهرت مجموعة من النظريات النفسية والاجتماعية لتفسير الضغوط، لعل من أبرزها: النظرية السيكودينامية، والسلوكية، والفينومينولوجية، والمعرفية، والإيكولوجية، والاجتماعية، والبيئية (Cox, 1991).

يتضح مما سبق أن التعرض للضغط النفسي يُسبب اعتلالات نفسية واعتلالات عضوية تسمى بالأمراض النفسجسدية (Psychosomatic Diseases). ومن أمثلة تلك الأمراض النفسجسدية: قرحة المعدة، والذبحة الصدرية، والجلطة، والربو، والسكر، واضطرابات الدورة الشهرية. ويجدر بالذكر أن سبب هذه الأمراض العضوية لا يقتصر على أسباب نفسية بل قد تحدث لأسباب عضوية بحتة. وقد يتزامن السبب النفسي مع القابلية الجسمية، ويتآزران في مضاعفة الاضطراب العضوي، بمعنى أن بعض الأمراض العضوية تتأزم في ظل وجود مشاكل وضغوط نفسية (Endler, 1990).

لا شك أن العلاقة واضحة وطردية بين حدوث الضغط النفسي وحدث المرض العضوي، إذ إنه كلما ارتفع الضغط النفسي زادت احتمالية الإصابة بالأمراض العضوية. وبما أن الضغط النفسي هو نوع من الانفعالات الدائمة، فإن وجوده يؤدي إلى زيادة مستمرة في نشاط الجهاز العصبي الودي، وينجم عنه زيادة في دقات القلب، وارتفاع في ضغط الدم، ولكن عندما تطول المدة التي يكون فيها الجهاز العصبي الودي في وضع متأهب نتيجة لوجود المثير الانفعالي الضاغط، فإن ذلك يؤدي مع مرور الوقت إلى استمرارية الزيادة في دقات القلب، وهذا بالتالي يؤدي إلى إجهاد القلب، ويزيد من احتمالية الإصابة بأمراض القلب، وارتفاع ضغط الدم، والذبحة الصدرية (Endler, 1990).

إضافة إلى ما سبق، فإن الضغط النفسي يؤدي إلى نشاط زائد في نسبة الهرمونات الانفعالية، وبخاصة زيادة في نسبة هرموني الأدرينالين، والكورتيزول. ويعد هرمون الكورتيزول المفرز من الطبقة الخارجية للغدة الكظرية ذا علاقة مؤكدة بتسبب المرض العضوي، حيث يقوم بعمليات تساعد في رفع نسبة الجلوكوز من خلال تحويل الجلايكوجين إلى جلوكوز بهدف إمداد

الجسم بالطاقة الضرورية في الحالات الانفعالية أو الطوارئ التي يتعرض لها الجسم، كما يؤدي إلى زيادة نسبة الكالسيوم في الدم. ويمكن تفسير الأمراض النفسجسدية، ومنها أمراض القلب بسبب زيادة نسبة هرمون الكورتيزول في الدم عن الحد الطبيعي بطريقتين:

- التفسير الأول: تؤدي زيادة هرمون الكورتيزول إلى زيادة الكالسيوم في الدم، والنتيجة عن قيامه بتحليل كالسيوم العظام، والذي يؤدي إلى هشاشة العظام.

- التفسير الثاني: تؤدي زيادة نسبة هرمون الكورتيزول إلى تثبيط نشاط كريات الدم البيضاء، وبالتالي حصول ضمور في الأنسجة الليمفاوية، والذي يترتب عليه نتائج خطيرة تتمثل في نقص مناعة الجسم، لذا فإن تأثير الكورتيزول في الجهاز المناعي هو السبب الأساسي في حصول الكثير من الأمراض النفسجسدية، ومنها أمراض القلب (Flokman, 2000). وهناك ظاهرة تدعى الموت الفجائي (Sudden Death)، وهو الموت غير الناجم عن الحوادث المميتة أو الجلطة القلبية أو الدماغية، بل ناجم عن تعرض الفرد لصدمة نفسية عنيفة. ويسمى موت الفجأة الناشئ عن صدمة نفسية بظاهرة وفيات الفودو (Voodoo Death)، والذي عُرف في بعض القبائل الأفريقية. فعندما كانت تريد القبيلة التخلص من فرد غير مرغوب فيه، كانت تقاطعه وتبادل السب والشتم، وتحجب عنه العون، وتعامله معاملة المتوفى، فيزداد شعوره بالخوف والقلق، وتتولد لديه اضطرابات نفسية شديدة يوقن خلالها الفرد بحتمية الوفاة، وبالفعل تحدث الوفاة خلال فترة وجيزة تقدر باليوم أو اليومين (Folkman, 1986).

ويُعزى سبب موت الفجأة إلى الخوف الشديد الذي يُسبب تغيرات في نشاط الجهاز العصبي الودي، ثم في نشاط الجهاز العصبي شبه الودي، إذ يحصل في البداية نشاط مؤقت للجهاز العصبي الودي يؤدي إلى زيادة في دقات القلب المناسبة لحالة الخوف، لكن ما يلبث هذا النشاط أن يستمر حتى يحصل انتكاسة في نشاط الجهاز العصبي الودي وزيادة مفرطة في نشاط الجهاز العصبي شبه الودي، تؤدي إلى تناقص دقات القلب بشكل مستمر حتى يحصل في الأخير توقف لدقات القلب عن العمل كلياً، وبهذا يموت الإنسان (Folkman, 1986). والسبب في انتكاسة نشاط الجهاز العصبي الودي ترجع إلى أن نشاطه لم يُثمر في تخليص مشاعر الخوف الشديد لدى الفرد، ولذا يتحول ذلك الخوف إلى شعور بحتمية الموت انعكس على زيادة في نشاط الجهاز العصبي شبه الودي الذي يؤدي إلى تناقص في دقات القلب حتى التوقف، وهكذا يموت الإنسان بالسكتة القلبية أو موت الفجأة (Holahan, 1991).

إن الخوف الشديد والشعور بفقد الأمل يؤدي إلى نشاط مفرط في الجهاز العصبي شبه الودي الذي يعد السبب الأساس في تناقص دقات القلب وتوقفه وحصول السكتة القلبية، أو الموت الفجائي . وبناء على هذا يمكن القول بان الضغوط النفسية مثيرات مُسببة للاضطرابات النفسجسمية، والاضطرابات النفسية أيضاً، بما فيها القلق والاكتئاب. فاستمرارها، وعجز الفرد عن مواجهتها والتغلب عليها، يؤدي إلى ظهور القلق والاكتئاب لدى الفرد، والتي بدورها تقلل من فرص تماثل المصاب بالاضطرابات القلبية الوعائية للشفاء وإعادة تأهيله (Holahan, 1994).

لقد تعددت تعريفات كل من القلق والاكتئاب في الأدبيات السيكولوجية، كما تنوعت تفسيراتها، ونحن لسنا بصدد وصفها وتفسيرها. وما يهمنا في هذا المقام علاقتها بالاضطرابات القلبية الوعائية، وكيفية حصول هذه الاضطرابات نتيجة لها. يعرف القلق على أنه استجابة لفعل داخلي دون وجود سبب خارجي مهدد، بحيث تؤدي هذه الاستجابة إلى إثارة الفرد داخلياً. وقد يرتبط القلق بموقف خارجي غير خطير، بحيث يسلك الفرد وكأنه خائف لسبب غير واضح أو معروف (Walker & Roberts, 1983). كما يعرف القلق بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس، والخوف، والتحفز، والتوتر مصحوب في العادة ببعض الأعراض الجسمية تتمثل بشكل خاص في زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي على شكل نوبات متكررة (بارلو ، ٢٠٠٢).

لذلك يمكن القول بان القلق عبارة عن انفعال غير سار، وشعور بعدم الراحة والاستقرار، مع الشعور بالتوتر والشدة، وخوف لا مبرر له، واستجابة مفرطة لمواقف لا تشكل خطراً، ويستجيب لها الفرد بطريقة مُبالغ فيها (Speilberger, 1983). ولقد ميّز سيلبيرغر بين نوعين من القلق هما:

- القلق كحالة (Anxiety State or Situational Anxiety): وهي استجابة انفعالية غير سارة، تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر، والخشية، والعصبية، والانزعاج، وتحدث هذه الحالة عندما يدرك الفرد أن هناك ما يهدده، وهذه استجابة طارئة تزول بزوال الموقف المقلق.

- القلق كسمة شخصية (Anxiety Trait or Personal Anxiety): وهي استعداد ثابت نسبياً لدى الفرد، يتصف بقدر أكبر من الاستقرار بالمقارنة مع حالة القلق. ويقال بأن الفرد يمتلك سمة القلق عندما يدرك العالم باعتباره مصدراً للتهديد والخطر على الأعم الأغلب (Speilberger, 1983). إذا فالقلق إما أن يكون مرتبطاً بموقف مهدد، ويكون مبرراً وطبيعياً أو يكون نابغاً من أفكار الشخص ولا مبرر له، وهنا يكون قلقاً مرضياً.

يعد القلق من المفاهيم المعقدة، وذلك لصعوبة تحديد الأسباب المسؤولة عن وجوده. ان الدراسات المتعلقة بالقلق تقدم تفسيرات أكثر من كونها علاقات سببية، وتشير تلك الدراسات إلى أهمية العوامل البيولوجية، وتشوه التفكير والتعلم كعوامل مشتركة في مفهوم القلق (Arla, 2002).
وقلما يوجد القلق في حالة نفاء، وإنما يرتبط ويختلط ويتقاطع مع مثيرات او عمليات، فقد أشارت أبحاث عديدة إلى أن الاكتئاب من العوامل الأكثر ارتباطاً مع وجود القلق في حالات متعددة (Fridman, 2003).

يُصنف "الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع" (DSM-IV, 1994) اضطرابات القلق في الفئات الآتية: نوبة الهلع (Panic Attack)، ورهاب الخلاء (Agoraphobia)، واضطرابات الهلع من دون رهاب الخلاء (Panic Disorder without Agoraphobia)، ورهاب الخلاء من دون تاريخ سابق لاضطراب الهلع (Agoraphobia without History of Panic Disorder)، والرهاب المحدد (Specific Phobia)، والرهاب الاجتماعي (Social Phobia)، واضطراب الوسواس القهري (Obsessive-Compulsive Disorder)، واضطراب ما بعد الصدمة النفسية (Posttraumatic Stress Disorder)، واضطراب الضغط الحاد (Acute Stress Disorder)، واضطراب القلق المعمم (Generalized Anxiety Disorder)، واضطراب القلق الذي يُعزى إلى حالة طبية عامة (Anxiety Disorder Due to a Central Medical Condition)، واضطراب القلق غير المحدد (Anxiety Disorder not Otherwise Specified) (Hollander, 1994).

وهناك جملة من الأعراض المصاحبة لاضطرابات القلق، تتجلى في الأعراض المزاجية والمعرفية والجسمية والحركية، وتشكل في مجملها الصورة الإكلينيكية العامة للقلق (Holmes, 1994). ويمكن تقسيم الأعراض الجسمية للقلق إلى مجموعتين: المجموعة الأولى، وهي الأعراض الفورية (Immediate Symptoms)، التي تتكون من تصبب العرق، وجفاف الحلق، والتنفس الضحل، وسرعة نبضات القلب، وزيادة ضغط الدم، وآلام في الرأس، وشعور بالتوتر العضلي. وتعكس مثل هذه الأعراض الأولية مستوىً عالياً من الاستثارة للجهاز العصبي الذاتي. وقد تحدث أعراض إضافية؛ لأن الفرد يبدأ بالتنفس بسرعة زائدة، وتلك هي العملية المعروفة بمصطلح التنفس العالي (Hyperventilation)، وينتج عن هذه العملية أعراض مثل الصداع، وارتعاشات الأطراف، وخفقان القلب، وآلام الصدق، وصعوبة التنفس. أما المجموعة الثانية من الأعراض الجسمية للقلق، وهي الأعراض المتأخرة (Delayed Symptoms)، فتنتج عن استمرار القلق وامتداده. وتبدو هذه الأعراض المتأخرة في ارتفاع ضغط الدم المزمن، والصداع، والضعف

العصلي، والاضطرابات المعوية مثل عسر الهضم، والتقلصات المعوية، حيث تعكس مثل هذه الأعراض إجهاداً أو انهياراً للجهاز الفسيولوجي، نابغاً من الاستثارة المستمرة (Mc Neil, 1994).

قد تسبب عدد من الحالات الطبية العامة في تطور أعراض القلق، وتشمل هذه الحالات عدداً من الاضطرابات الجسمية، منها: اضطرابات الجهاز القلبي الوعائي (Cardiovascular Disorders) مثل ذلك: الفشل الاحتقاني للقلب (Congestive Heart Failure)، وعدم انتظام القلب (Arrhythmia). ويعتبر القلق مصدراً قوياً من مصادر الضغط النفسي لدى الناس المصابين بالأمراض منذ وقت التشخيص وحتى وقت العلاج. لذلك فالناس الذين يعيشون مع القلق المزمن في مرحلة الشباب يطورون أعراض مشابهة للأعراض التي ترى لدى الاستجابة لضغوط الصدمات أو الضغط النفسي في مرحلة ما بعد الصدمات (Robson , 1999).

تتضح المكونات الفسيولوجية للقلق في عدد من الاستجابات الجسمية المرتبطة بالقلق، والتي يمكن قياس كثير منها بواسطة جهاز المخطاط المتعدد (Polygraph)، والذي تشيع تسميته بـ"مكشاف الكذب"، أو "جهاز كشف الكذب" (Lie Detector)، وتتضمن هذه الاستجابات أعراضاً قلبية وعائية (أي أعراضاً متعلقة بالجهاز القلبي الوعائي (Cardiovascular Symptoms)، مثل سرعة ضربات القلب أو اضطرابه، أو ارتفاع ضغط الدم، أو أعراضاً تنفسية (Respiratory Symptoms)، مثل صعوبة التنفس، أو التنفس الخفيف السريع، أو أعراضاً معدية معوية (Gastrointestinal Symptoms) مثل الغثيان، والإسهال (Nezu , Nezu , & Geller , 2003)

وهناك عدد من وجهات النظر والمنطلقات في تفسير أسباب القلق، منها البيولوجية، والسيكودينامية، والسلوكية، والمعرفية. ويعتقد المعرفيون أن الشخص القلق يعاني من خلل إدراكي خطير فيشعر بأنه عرضة للفناء الذي يترتب به في كل مكان، وأن عالمه سينهار في أية لحظة، وهو عاجز عن دفع الكوارث (جوران، ولاندرمن، وتيد ، ١٩٨٨). وقد ينشأ القلق بسبب وجود عوامل معروفة لدى الفرد ، ويطلق عليه القلق الموضوعي ، كما قد ينشأ عن عوامل غير معروفة وغير محددة لدى الفرد وهو ما يعرف بالقلق العصابي (الزغول، ٢٠٠٧).

ومن النظريات في تفسير القلق نظرية العلاج العقلي- العاطفي، والتي ترى بان القلق انفعال هدام، وهو نتاج وجود تهديد لكيان الفرد الشخصي. وهذا التهديد يقيم بصورة مطلقة على أنه أمر مرعب، لذلك فالقلق حسب هذه النظرية يتمثل بانه ضغط انفعالي زائد ينشأ عندما يدرك الافراد بأن حياتهم وراحتهم مهددة (Wallace,1986; Dryden,1987). وترتكز نظرية العلاج العقلي- العاطفي على الطابع المعرفي في تفسير القلق والتوتر النفسي، إذ ترى أن القلق يتألف

أساساً من أفكار لا عقلانية تدور حول الأخطار والمخاوف والتي تتطلب الاهتمام والانشغال الدائم بها (Ellis, 1980).

إلى جانب القلق، يُعد الاكتئاب من العوامل النفسية المؤثرة في اضطرابات القلب والدورة الدموية، وبخاصة في مرحلتي ما بعد حدوث المرض، ومرحلة إعادة التأهيل (Smith & Houston, 1984). ويعرّف الاكتئاب بأنه خيرة وجدانية تتميز بأعراض من الحزن، والتشاؤم، وفقدان الاهتمام، واللامبالاة، والشعور بالفشل، وقلة الرضا، والرغبة في إيذاء الذات، والتردد، ونقص القدرة على البت في الأمور، والإرهاق، وفقدان الشهية، ومشاعر الذنب، واحتقار الذات، وبطء الاستجابة، وعدم القدرة على بذل أي جهد (Coles, 1982).

وتتفق معظم التعريفات في علم نفس الشواذ، وعلم النفس السريري، على أن الاكتئاب هو حالة اضطراب انفعالي تتميز بتدني مزاج الفرد، وظهور تغيرات نفسية مثل الإحساس بالوحدة، والانطواء، والأرق، وتغيرات جسمية كتغير وزن الجسم، والخمول بطء الاستجابة (Beck, 1985). ويرى بيك (Beck, 1991) بأن الاكتئاب عبارة عن اضطراب في المزاج أكثر من أي شيء آخر ينتج عن أنماط تفكير خاطئ، ويرى أنه ناتج عن طريقة الفرد في معالجة المعلومات وطريقة تفسيره للأحداث، واعتقاداته، ورؤيته السلبية للذات وللعالَم والمستقبل. ويرى بيك أن هناك ثلاثة أشكال من المواقف التي يمكن أن تكون كافية لاستثارة الاكتئاب وهي:

١- المواقف التي تعمل على انخفاض تقدير الفرد لذاته.

٢- المواقف التي تتضمن إعاقة تحقيق الفرد لأهداف مهمة بالنسبة له، أو تفرض عليه ظروفًا ومواقف لا قدرة للفرد على حلها.

٣- المواقف التي تؤدي إلى التدهور البدني للمرض (Beck, 1993).

وقد حدد بيك عدداً من الأبعاد التي تمارس دوراً في عملية الاكتئاب وهي:

- الخبرات والمحاولات المعرفية: والتي تتكون من خلال عمليات تقييم الفرد لذاته وللآخرين أو للمواقف المختلفة. ويصاب المرء بالاكتئاب عندما يدرك المواقف الحياتية بطريقة خطأ، فيفسرها تفسيرات سلبية بالرغم من وجود تفسيرات إيجابية معقولة للموقف.

- المخططات المعرفية: تتميز المخططات المعرفية (Cognitive Schemata) كما يرى بيك بالثبات، إذ إن تفسير الفرد للمواقف والأحداث يعتمد على الخبرات السابقة (Teasdale, 1985)

وعموماً فإن كل النظريات النفسية في الاكتئاب تفترض أن عملية تقييم أي حدث تتضمن مكونين، الأول: الحدث بحد ذاته والذي يحدث واقعياً أو يمكن التنبؤ به، والثاني: المعيار الذي يعتمده الفرد في تقييم الحدث وتقديره مقارنةً بغيره .

وأشار سميث (Smith, & Wallston, 1992) إلى أن الأفكار اللاعقلانية في التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة تؤدي للإصابة بالقلق والاكتئاب. ويتمثل الاكتئاب كاضطراب في أبعاد معرفية، وانفعالية، وجسدية (Beck, 1990). وقد بينت العديد من الدراسات وجود ارتباط وثيق بين الاكتئاب واضطراب القلق والدورة الدموية من ناحية، والقلق والاكتئاب والضغط النفسي من ناحية أخرى (McConnell, 2006; Crandall, 1992).

وتظهر للاكتئاب أعراض تتمثل بما يلي:

١- أعراض معرفية تتضمن لوم الذات، واليأس والأفكار الانتحارية وصعوبات التركيز، والسلبية.

٢- أعراض سلوكية تتضح بالانطواء وتجنب الآخرين، وفقدان الرغبة في القيام بالأعمال التي كانت ممتعة وجميلة، وصعوبة في بدء أي عمل أو نشاط.

٣- أعراض جسدية متمثلة بالأرق، ونقص النوم أو زيادته عن المعدل الطبيعي، والشعور بالتعب، ونقص الشهية للطعام أو زيادتها، وتغير الوزن وخاصة نقصانه.

٤- أعراض انفعالية مثل الشعور بالحزن والنزق والغضب والشعور بالذنب والعصبية والانفعالية (باديسكي وغرينبرغر ٢٠٠١).

وينظر (Beck) إلى الاكتئاب على أنه تنشيط لثلاثة أنماط معرفية رئيسية يسميها الثالث المعرفي للاكتئاب، وهي الأفكار السلبية عن الذات وعن العالم وعن المستقبل، أي المفهوم السلبي للذات، والتفسير السلبي للأحداث والخبرات والنظرة السلبية إلى المستقبل، ويتضمن أفكاراً عن اللاقيمة، والذنب، وعدم الكفاءة، والانهازم، والحرمان والوحدة، واليأس ومن ثم تتحرك أعراض الاكتئاب عن طريق ميل الفرد إلى تفسير خبراته ضمن هذا الإطار. وطبقاً للنموذج المعرفي فإن موقفاً غير سار من مواقف الحياة يستثير أبنية معرفية ترتبط بالهزيمة أو الحرمان، وخبرات سلبية ولوماً للذات تؤدي بدورها إلى التأثيرات المرتبطة بها كالحزن والقلق والشعور باليأس والوحدة إلى جانب تناقص واضح في الأداء.

ووفقاً للعلاج السلوكي المعرفي فالانحراف والتشويه المعرفي لدى الاكتئابيين يظهر في تحريف خبرات النجاح والفشل وتوقعات النجاح، وتحريف الإدراك، إذ يرى مثل هؤلاء الأفراد الأحداث بما هم عليه وليس بما هي عليه (Corey , 2005)

مشكلة الدراسة:

يعتبر التدريب على استراتيجيات التأمل في علاج الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب والضغط النفسي من الأمور الهامة جدا لمرضى القلب . و لكن الواقع الحالي لتدريب هذه الفئة على هذه الاستراتيجيات غير مرض، مما يجعل من المهم جدا تصميم برامج تدريبية في هذه التمارين لهؤلاء المرضى. وعلى الرغم من دعم العديد من الدراسات الأجنبية لهذه الأساليب في العلاج النفسي، ولكن من المؤسف جدا عدم وجود مثل هذه البرامج على مستوى الأردن على الرغم من أن التقارير الصادرة عن منظمة الصحة العالمية تشير إلى أن السبب الأساسي للعديد من الوفيات في العالم يُعزى إلى أمراض القلب والأوعية الدموية (WHO, 2002). وتؤكد هذه التقارير على انتشار هذه الأمراض في الدول ذات الدخل المتوسط والمنخفض، حيث وصلت إلى (١٠٪) من نسبة الأمراض المنتشرة، كما تُفيد هذه التقارير أن أمراض القلب والأوعية الدموية تبوأ المركز الأول من حيث نسبة الانتشار في منطقة الشرق الأوسط منذ عام ١٩٨٠، ويتوقع الكثير من الباحثين أن تستمر هذه الأمراض في احتلال المركز الأول حتى عام ٢٠٢٥ (WHO, 1998; WHO, 1999; WHO, 2001). وتشير الإحصائيات الصادرة عن وزارة الصحة الأردنية لعام ١٩٩٩، أن أمراض القلب والدورة الدموية احتلت المركز الأول كسبب مرضي للوفيات في الأردن (وزارة الصحة الأردنية، ١٩٩٩).

لقد أدى التطور والتقدم التكنولوجي إلى إحداث تغييرات سريعة وكبيرة في المجتمعات، الأمر الذي أجبر الإنسان على دفع ضريبة لمثل هذا التقدم المادي، والذي تمثل بظهور العديد من الاضطرابات من مثل: الضغوط النفسية الشديدة، والقلق، والاكتئاب، والتي على ما يبدو من خلال استعراض الإطار النظري، والدراسات السابقة ذات الصلة بذلك، أنها على ارتباط وثيق بالأمراض القلبية، مما دفع البعض لأن يطلق على العصر الحالي، بعصر الضغط النفسي (العتيبي، ١٩٩٧).

ولما كانت الاضطرابات الانفعالية ذات تأثير بالغ في الأمراض القلبية، فقد بذل الأخصائيون في المجال النفسي جهوداً كبيرةً للعناية، والاهتمام، ومعالجة المشكلات الانفعالية

المصاحبة لمرض القلب؛ باعتباره أحد الأعضاء الأساسية في ديمومة النشاط الحياتي، ومن بين هذه الجهود، استخدامهم للعلاج بالتأمل، إلى جانب العلاج الدوائي، نظراً لأن هذا الأسلوب العلاجي النفسي يقوم على تدريبات، يمكن للمريض أن يُدرب عليها، بحيث تصبح جزءاً من ذخيرته السلوكية، للتعامل مع مرضه المزمن، فضلاً عن أنه يساعده في علاج بعض الاضطرابات الانفعالية المصاحبة للأمراض القلبية، كالقلق، والاكتئاب، والضغط النفسي (Cormier & Cormier, 1991; Hersen & Bellack, 1990; Renold & Coats, 1987; Shorr, et al., 1992).

وللوقوف على اثر التدريب على تمارين التأمل على مجموعة من العوامل النفسية السابقة (القلق ، الاكتئاب والضغط النفسي) لدى مرضى القلب في الأردن، فان هذه الدراسة معنية بالاجابة عن السؤال التالي :

"ما أثر التدرب على تمارين التأمل في علاج القلق، والاكتئاب، والضغط النفسي لدى مرضى القلب في الأردن؟".

هدف الدراسة وفرضياتها:

هدفت الدراسة الحالية الكشف عن مستويات الضغط النفسي، والقلق، والاكتئاب، وفحص أثر التدرب على تمارين التأمل في خفضها لدى مرضى القلب في الأردن، وذلك من خلال الإجابة عن الفرضيات الآتية:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات القلق بين المجموعة التجريبية التي تلقت التدريب على تمارين التأمل والمجموعة الضابطة التي لم تتلقى التدريب على تمارين التأمل .
٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الاكتئاب بين المجموعة التجريبية التي تدربت على تمارين التأمل والمجموعة الضابطة التي لم تتدرب على تمارين التأمل.
٣. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الضغط النفسي بين المجموعة التجريبية التي تدربت على تمارين التأمل والمجموعة الضابطة التي لم تتدرب على تمارين التأمل لمرضى القلب.

أهمية الدراسة:

تنبثق أهمية الدراسة من خطورة الأمراض القلبية الوعائية، وزملة الأعراض الانفعالية المصاحبة لها، وازدياد نسبة انتشارها على نطاق واسع. بعد أن يتعرض مرضى القلب للإصابة بجلطة أو ماشابه من أمراض القلب فإنهم يدخلون مرحلة إعادة التأهيل من اجل تغيير أساليب حياتهم وتجنب أية إصابات مشابهة في المستقبل . وبالإضافة إلى الهدف الأساسي من إعادة التأهيل لمرضى القلب وهو البقاء على قيد الحياة ، فان هناك أهداف أخرى تتمثل في مساعدة المرضى التعامل مع ردود أفعالهم النفسية نحو الإصابة والتشخيص ، والعودة إلى أنشطة الحياة المعتادة في أسرع وقت ممكن مثل العودة إلى العمل ، والهوايات ، والعلاقات الاجتماعية ، والعودة إلى حياتهم الجنسية والعائلية المعتادة وأخيرا ، العودة إلى أساليب حياة أو أنشطة حياتية صحية .

إن الأشخاص الذين يمرون بفترة نقاهة بعد الإصابة بالجلطة أو أمراض القلب الأخرى ، يخبرون أو يجربون ردود فعل نفسية مصاحبة تتمثل بالاكتئاب ، والقلق ، والغضب ، والشعور بالذنب ، إضافة إلى مصاعب في علاقاتهم مع الأشخاص الآخرين . لقد وجد على سبيل المثال أن مرضى القلب والمصابين باكتئاب بعد التشخيص لديهم (ثلاثة درجات ونصف) أكثر للتعرض للموت من غير المصابين بالاكتئاب (Guck , Kavan , Elsasser & Barone,2001) ويحدث هذا خلال الستة اشهر الاولى بعد الاصابة او التشخيص. ان رد الفعل الثاني المصاحب لمرض القلب هو القلق (Branon & Feist , 2004) . ان مرضى القلب الذين يخبرون مستويات عالية من القلق معرضون اكثر من غيرهم للإصابة بتعقيدات مرضية كبيرة اهمها الاصابة بجلطة ثانية او الموت (Moser & Dracup , 1966) .

تتميز هذه الدراسة باستخدام أحد أسباب العلاج القائم على النظرية السلوكية المعرفية، وذلك لتعزيز التكامل بين العلاج الدوائي والنفسى لعلاج الاضطرابات وما يصاحبها من ردود فعل انفعالية مؤثرة على مسار المرض ويترتب على هذا العلاج اقتصاد في الجهد والإمكانات، ورفع المعاناة عن المرضى بها. وعليه، يمكن تلخيص أهمية الدراسة الحالية بالآتي:

- ١- أنها تخدم الأخصائيين في الأمراض القلبية الوعائية في التعرف إلى مستويات زملة الأعراض النفسية المصاحبة لها، والعمل على اتباع النموذج الحياتي النفسي الاجتماعي القائم على النظرة الشمولية في تشخيص المشكلة القلبية الوعائية وعلاجها.
- ٢- أنها تساعد الأخصائيين في مجالات علم النفس الإكلينيكي، والإرشاد النفسي، بإكسابهم معارف وخبرات ومهارات تتعلق بتشخيص الاضطرابات السيكوفسيولوجية وعلاجها.
- ٣- أنها تساعد مرضى القلب في التعرف إلى مستويات القلق، والضغط النفسي، والاكنتاب لديهم، وتدريبهم على تمارين التأمل في علاجها، لرفع المعاناة عنهم، وتقديم خدمات نفسية لهم، للتقليل من تكلفة العلاج الدوائي.
- ٤- إن الدراسة تقدم خدمة للباحثين والمهتمين في مجال الدراسات بشكل عام، والمهتمين في أساليب التشخيص والعلاج النفسي، وعلم نفس الصحة، والطب السيكوسوماتي، والإرشاد النفسي بشكل خاص، بما توفره من معلومات عن مستويات الضغط النفسي، والقلق، والاكنتاب، والتدريب على تمارين التأمل في علاجها لدى مرضى القلب.
- ٥- أن الدراسة يمكن أن تكون مؤشراً وحافزاً إلى بحوث أخرى مستقبلية. مثل معرفة العلاقة بين أثر كل من العلاج الطبي والعلاج النفسي في تخفيض بعض المؤشرات الجسمية والمعرفية والسلوكية التي تؤثر في صحة القلب

تعريف المصطلحات:

- مرضى القلب:

هم الأفراد الذين يعانون من مشاكل أو اضطراب في القلب والدورة الدموية، تعطل أداء عضلة القلب، وتؤثر في انتظام وقوة عضلة القلب. أما إجرائياً، فإن مرضى القلب هم الأشخاص الذين تم تشخيصهم من قبل الأخصائيين في القلب باضطرابات الجلطة القلبية، ويراجعون في عيادات القلب.

- الاكنتاب:

حالة انفعالية تؤثر على حالة الفرد الجسدية والمعرفية والنفسية والسلوكية، وتتمثل أعراضها في: مشاعر الحزن، وفقدان الطاقة والشهية، والغضب، والسلوكيات القسرية، والشعور

باللامبالاة تجاه الأحداث سواء كانت سارة أم غير سارة (National Mental Health, 2003). ويعرّف الاكتئاب إجرائياً لأغراض هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها المريض على مقياس بيك المعرب والمقنن على البيئة الأردنية (حمدي، أبو حجلة، أبو طالب ١٩٨٨).

- القلق:

عبارة عن حالة انفعالية غير سارة وشعور بعدم الراحة والاستقرار، مع الإحساس بالتوتر والشد وخوف لا مبرر له، واستجابة مفرطة لمواقف لا تشكل خطراً، ويستجيب لها الأفراد بطريقة مبالغ فيها (Speilberger, 1983). أما إجرائياً فان القلق هو الدرجة التي يحصل عليها المريض على مقياس سمة القلق لسبيلبيرجر (Speilberger, 1983). والمعرب للبيئة الأردنية (المومني، ٢٠٠١).

- الضغط النفسي:

يعرف مونات ولازروس (١٩٨٥) Monat & Lazarus الضغط النفسي بأنه: أي حدث تدرك فيه المتطلبات البيئية والمتطلبات الداخلية باعتبارها متطلبات تفوق مصادر التكيف لدى الفرد ونظامه الاجتماعي ونظامه الجسمي ، او الموقف الذي يعده الفرد مهدداً أو مزعجاً أو معرقلاً لمسيرة حياته الاعتيادية، ويفرض عليه مطالب تفوق موارده أو يفرض عليه جهوداً استثنائية، ويصاحب هذا الموقف جوانب انفعالية (Mathny, & Aycock, 1993). أما إجرائياً، فهو الدرجة التي يحصل عليها المريض على المقياس المعتمد في الدراسة الحالية، وهو مقياس الضغط النفسي للكبار ، والمعرب على البيئة العربية(ناصر، ١٩٩٥).

- تدريبات التأمل:

وتعرّف بأنها تلك المجموعة من التمارين القائمة على التركيز على موضوع ما أو فكرة ما أو عبارة أو دعاء. وهي ممارسات موجهة ذاتيا تهدف الى استرخاء الجسم وتهدئة العقل (Masion, 1995)

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

فيما يأتي عرض موجز للدراسات السابقة، الأجنبية، والعربية، التي تناولت متغيرات الدراسة المتمثلة بأثر تمارين التأمل على مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى مرضى القلب . وبداية يلاحظ انه لا توجد دراسات مباشرة لأثر التدريب على تمارين التأمل في علاج القلق والاكتئاب والضغط النفسي عند مرضى القلب في الأردن او في الوطن العربي، رغم وجود الإسناد النظري والبحثي لهذا الأثر، الأمر الذي يعزز من أصالة الدراسة الحالية في تناول هذه المشكلة. هناك عدة دراسات توضح جانباً أو أكثر من جوانب الدراسة الحالية، وسوف يتم عرضها في محورين الأول الدراسات التي تناولت العلاقة بين القلق والاكتئاب والضغط ومرض القلب، أما المحور الثاني فهو مرتبط في تأثير استخدام تمارين التأمل في التخفيف من القلق والاكتئاب والضغط، وفيما يلي عرض لتلك الدراسات حسب تلك المحاور:

أولاً : الدراسات التي تناولت العلاقة بين القلق والاكتئاب والضغط ومرض القلب:

أجرى فرنون ودافيد، وتيربر (Vernon, Davis, Treiber, 2007) دراسة هدفت الى معرفة أثر الضغوط النفسية على وظائف القلب لدى عينات من المراهقين والذين لديهم أفراد اسر شاركوا في عمليات احتلال العراق، تم مقارنتهم مع مراهقين لم يكن احدا من أفراد أسرهم مشارك في احتلال العراق، حيث تم قياس العديد من الوظائف للقلب مثل مستوى الاستثارة للجهاز العصبي المستقل، معدل راحة القلب، وضغط الدم، حيث تم قراءة مؤشرات القلب مرتين عند بدء الحملة على العراق وعند انتهائها . أشارت النتائج الى وجود مستوى أعلى من عدم راحة القلب وارتفاع ضغط الدم لدى مجموعة المراهقين الذين شارك افراد من أسرهم في احتلال العراق .

وأجرى ديكن ومغوان وبرزيفال وتومنون (Dickens, MCGowan, Percival, Tomenson 2007) دراسة هدفت الى التعرف على أثر بعيد المدى للاكتئاب على الوفاة بسبب أمراض القلب بعد الاحتشاء العضلي القلبي (MI)، وتقييم عما إذا كان توقيت الاكتئاب يؤثر على النتائج. تكونت عينة الدراسة من ٥٨٨ جندياً ، وتم متابعة حالاتهم بعد حادثة الاحتشاء العضلي القلبي (MI) لحوالي ثماني سنوات، ومر المرضى بتقييم مفصل لحالة القلب، العوامل التقليدية التي تزيد خطورة مرض القلب، وكذلك الامراض غير القلبية . تم تقييم الاكتئاب في المدة التي عقيبت

الاحتشاء العضلي القلبي مباشرة وبعد ١٢ شهرا من الحادثة، من خلال استخدام استبانة مقننة، تم تسجيل حالات الوفاة، والسبب، وتاريخ الوفاة أثناء المتابعة لمجموع العينة باستخدام السجلات السكانية. أشارت النتائج الى أن كبر السن يزيد من عوامل خطورة الوفاة، كما لعب وجود نوبات قلبية سابقة دورا في التنبؤ في حالات الوفاة، وارتبط الاكتئاب مع الوفاة بسبب أمراض القلب، سواء تم اكتشافه مباشرة بعد حادثة الاحتشاء العضلي القلبي ($p = 0,48$) أم بعد ١٢ شهرا من الاحتشاء العضلي القلبي ($p = 0,27$).

وأجرى كلايسون (Claesson M. , 2006) دراسة هدفت الى التعرف على تأثير إدارة الضغوط على مؤشرات وظائف القلب لدى مجموعة من النساء اللواتي يعانين من أمراض القلب. حيث تم تعيين المشاركات في التجربة بشكل عشوائي على برنامج معرفي سلوكي في إدارة الضغوط ، وكان مجموع المجموعة التجريبية ٧٧ امرأة، في حين تكونت المجموعة الضابطة من ٨٢ امرأة. أستمر البرنامج التجريبي لمدة سنة، في حين استمرت الرعاية التقليدية للنساء في المجموعة الضابطة لنفس المدة . أشارت النتائج الى وجود تأثير ذو دلالة للبرنامج المعرفي السلوكي على مؤشرات وظائف القلب . ان النتيجة السابقة تشير الى العلاقة مابين عوامل الصحة النفسية والصحة الجسدية.

وأجرى كابيتين وجنبي وبرنك وكورف (Kaptein ,Jonge, Brink and Korf, 2006) دراسة هدفت الى التعرف الى العلاقة مابين ظهور أعراض الاكتئاب بعد الاحتشاء العضلي القلبي (MI) وخطر الإصابة بأمراض قلب وعائية. تم جمع البيانات من دراسات الاكتئاب والتي تأتي بعد الاحتشاء العضلي القلبي (DepreMI) ، وتم إجراء دراسة متابعة ذات بعد طبيعي للمرضى الذين دخلوا المستشفى في هولندا بلغ عدد المرضى (٤٧٥) شخصا وتم تحليل استجابات الافراد على قائمة بيك للاكتئاب (BDI) بعد دخول المستشفى بثلاث، وستة ، واثنى عشر شهرا بعد الاحتشاء العضلي القلبي (MI). أشارت النتائج الى أن ظهور أعراض الاكتئاب الواضحة تراوحت مابين ٢٢,٧% إلى ٢٥,٥% خلال سنة كاملة بعد حادثة الاحتشاء العضلي القلبي (MI) . كما وجدت الدراسة خمسة مسارات للاكتئاب عند المرضى : عدم وجود أعراض اكتئاب (٥٦,٤%)، أعراض اكتئاب متوسطة (٢٥,٥%)، أعراض اكتئاب متوسطة قابلة للزيادة (٩,٣%)، أعراض واضحة للاكتئاب لكنها في انخفاض (٤,٦%)، وأخيرا أعراض اكتئاب ثابتة (٤,٠%). الأشخاص في هذا التصنيف الأخير معرضون لاحتمالية الإصابة بمرض قلب جديد وذو دلالة أحصائية مقارنة مع الأشخاص بدون أعراض اكتئاب (نسبة الخطر = ٢,٧٣، $p = 0,01$).

وأجرى كيبى وليمس، وهوكينج ورفورد (Kirby, Williams, Hocking, and Redford, 2006) دراسة هدفت الى التعرف على ثلاث أساليب تدخل سلوكية في إدارة الضغط النفسي . تكونت عينة الدراسة من (١٩٦) مشارك أبدو ميلا إيجابيا مرتفعا نحو الضغط النفسي، وتم توزيعهم على ثلاث انواع من التدخلات هي مجموعة (ورشة لمهارات الحياة)، مجموعة (فيديو مهارات الحياة)، أما المجموعة الثالثة فقد جمعت بين الفيديو وورشة عمل لمهارات الحياة معا. وبعد الانتهاء من تقديم البرامج الثلاث تم تقييم عوامل الخطورة النفسية نسبة الى الخط القاعدي لعشر سنوات متتالية (كل شهرين، وكل ٦ شهور) . أشارت النتائج أنه وبعد مرور ١٠ أيام من المتابعة بان المجموعة التي جمعت بين الفيديو وورش العمل حول مهارات الحياة تحسنت بشكل واضح مقارنة مع المجموعتين الأخريتين . بالإضافة إلى ذلك فقد حافظت هذه المجموعة على التحسن خلال الستة شهور التالية للمتابعة.

وأجرى رايان و فريلاندر و روبرت (Ryan , Freeland, and Robert, 2005) دراسة هدفت الى التعرف على كيفية أسهام كل من القلق والاكتئاب في مرض القلب، وكان الفرض الاساسي للدراسة يشير الى أن المرضى المكتئبين وذوي القلق المرتفع هم أكثر شعورا بالانفعالات السلبية كمسبب لمرض القلب لديهم مقارنة من المرضى الذين لايشكون من القلق والاكتئاب . تكونت عينة الدراسة من ٦٨ مريض استجابوا لبنود قائمة بيك للاكتئاب، وقائمة مسببات مرض القلب . أشارت نتائج التحليل بان المرضى الذين يشكون من وجود الاكتئاب والقلق هم أكثر شعورا بان القلق والاكتئاب من مسببات مرض القلب لديهم، كما شكل القلق وليس الاكتئاب متبى قوي للعواطف السلبية في تحليل الانحدار اللوجستي، وهذا يشير الى أن مزاج مرضى القلب يؤثر في معتقداتهم حول مسببات المرض.

وأجرى نيكهلسون و فيهورر، مارموت (Nicholson, Fuhrer, Marmot, 2005) دراسة هدفت الى التعرف على أثر الضغوط النفسية في التسبب في أمراض القلب . تكونت عينة الدراسة من (٥٤٤٩) رجلا تم أخضاعهم مرتين على الأقل لمقياس الاستبانة الخاصة بالصحة العامة (GHQ_30) وتبع ذلك أحداث ناتجة عن أمراض القلب مثل (الوفاة، انهك قلبي غير قاتل (MI)، ونوبة قلبية، بمعدل ٦،٨ سنة . تم قياس الضغط النفسي باستخدام (GHQ_30) والمقياس الثانوي للقلق العام والمقياس الثانوي للاكتئاب . أشارت النتائج الى أن الضغوط النفسية ترفع من احتمالية خطر حصول حوادث او أمراض القلب، حيث وصلت هذه الخطورة ذروتها لدى الرجال الذين وقعوا ضحية لمثل هذه الحوادث مؤخرا. إن المخاطرة المتزايدة مستقلة عن عوامل خطورة

أمراض القلب التقليدية . وخلصت الدراسة الى ان المؤشرات أو المقاييس المرتبطة بأمراض القلب متحيزة، ومرتبطة بالقلق واضطرابات النوم أكثر منها من ارتباطها مع الضغوط النفسية.

وقد قام جيوبوتا ومايكل وكروفورد (Gupta, Michael, Crawford, 1955) دراسة هدفت الى المقارنة بين القلق، والمخاوف، والمشاكل السلوكية لدى الأطفال المصابين بالربو والأطفال المصابين بأمراض القلب الخفيفة ، وأطفال عاديين. تم تطبيق مسح مخاوف الأطفال (FSSC-R) ومقياس تعبير الاطفال عن القلق (R-CMAS). تكونت العينة من (٤٠) طفلاً مصابين في الربو تراوحت اعمارهم بين ٦-١٧ عاماً، تم مقارنتهم مع أطفال مصابين بأمراض قلب نسبية بلغ عددهم (٣٩) طفلاً بنفس الفئة العمرية . أشارت النتائج الى ان الأطفال المصابين بالربو، والأطفال المصابين بأمراض القلب الخفيفة يواجهون مخاوف طبية وقلقا نفسيا أكثر من عينة الاطفال العاديين. وفي السياق ذاته تبين أن الحدة المتزايدة للربو أو المشاكل القلبية مرتبطة بتزايد القلق النفسي والمخاوف.

يرى جوزيف (Johseph, 1990) أن تعرض الفرد لمواقف حياتية ضاغطة ينعكس سلباً على بعض جوانب حياته الشخصية والاجتماعية، ويعرضه للأذى والإنهاك الجسدي والنفسي، ويؤدي إلى إصابته باضطرابات مثل الاكتئاب، والنكوص، والالتكالية، والقلق، وانخفاض تقدير الذات . وتشير العديد من الدراسات إلى ارتباط كل من القلق والاكتئاب بشكل دال إحصائياً بالضغط الذي يتعرض له الفرد في مواقف الحياة المختلفة، وتتباين هذه الأعراض من فرد إلى آخر تبعاً للعوامل التي تسهم في تكوين الضغط (النيل، ١٩٩١).

أظهرت دراسة شينغ (Cheng, 2001) وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين شدة أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها الأفراد في مواقف الحياة المختلفة وشدة كل من القلق والاكتئاب. لقد تكرر ظهور العلاقة بين كل من القلق والاكتئاب من جهة، والضغوط النفسية من جهة أخرى في العديد من الدراسات (Dalton, 1983; Moshe, 1992; Slabada, 1990).

ويمكن أن يكون القلق عاملاً مساعداً في الإصابة بأمراض القلب والشرابيين، ويمكن أن يكون ناتجاً عن هذه الإصابة. وفي هذا السياق أشار جولج (Gulledge, 1990) المشار إليه في (Brannon & Feist, 2003) من خلال دراسة للمشاكل النفسية التي يعاني منها المرضى بعد الإصابة بالذبحة القلبية، أي في مرحلة التماثل للشفاء، إلى أن (٨٨٪) من أفراد عينة الدراسة استمروا في المعاناة من القلق والاكتئاب لفترات امتدت بين (٦) أشهر إلى عام كامل، وأن (٣٨٪)

من هؤلاء فشلوا في العودة إلى أعمالهم وممارسة حياتهم اليومية الاعتيادية، وذلك بسبب المشاكل النفسية التي يعانون منها.

ثانياً: الدراسات السابقة التي تناولت تأثير التأمل على القلق والاكتئاب والضغط النفسية:

هدفت دراسة فيرنون، وغوارانتور، وبارنز وديفيز، وتريير (Vernon, Guarantor, Barnes, Davis & Treiber 2002) إلى تقييم أثر برنامج التأمل الذاتي في ثبات كل من ضغط الدم ومعدل ضربات القلب، لدى عينة عشوائية من تلاميذ المرحلة المتوسطة، بلغت (٧٣) تلميذاً، منها (٣٤) تلميذاً انخرط في برنامج التأمل الذاتي، و(٣٩) تلميذاً خضعوا لبرنامج التحكم بالصحة. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$) في معدل التغير بين الاختبارات القبليّة والاختبارات البعدية للمجموعة التي خضعت لبرنامج التأمل الذاتي، وتلك التي خضعت لبرنامج التحكم في الصحة في كل من معدلات ضغط الدم، وضربات القلب لصالح المجموعة التجريبية التي خضعت لبرنامج التأمل الذاتي. حيث تبين وجود أثر للتأمل الذاتي في المحافظة على ثبات ضغط الدم، ومعدل ضربات القلب بصورة طبيعية.

وأجرى كلاسيكون (Claesson , 2006) دراسة هدفت إلى التعرف إلى تأثير برنامج سلوكي معرفي في إدارة الضغوط على تحسين وظائف القلب. تم اختيار عينة عشوائية من النساء المصابات بأمراض القلب الوعائية، بلغ عددهن (١٥٩)، تعرضن إلى برنامج سلوكي معرفي في إدارة الضغوط استمر لمدة عام. أشارت النتائج إلى وجود تأثير البرنامج السلوكي المعرفي في إدارة الضغوط على التخفيف من مستوى القلق والضغط النفسي لدى عينة النساء المصابات بأمراض القلب الوعائية، كما تبين أن البرنامج أسهم في التخفيف من مستوى الاستنزاف النفسي لدى المشاركات في الدراسة، إلى جانب تحسين المزاج العام والتخفيف من مستوى الشعور بالأعراض الاكتئابية.

وأجرى كلاسيون (Claesson , 2005) دراسة هدفت إلى تقييم مجموعة من المتغيرات النفسية لدى مجموعة تلقّت العلاج المعرفي لمدة سنة واحدة قائم على إدارة الضغوط، طور خصيصاً للنساء المصابات بأمراض قلب وعائية. تكونت عينة الدراسة من (٨٠) امرأة تعرضن إلى العلاج المعرفي السلوكي لمدة عام، و (٨٦) امرأة لم يتعرضن إلى العلاج المعرفي وبقيت ضمن برنامج الرعاية الاعتيادي. أشارت النتائج إلى أن كلا المجموعتين قد تحسنتا على جميع

المتغيرات النفسية، الا ان المجموعة التي تلقت العلاج المعرفي حققت تحسن افضل على مقياس تقدير الضغوط، ومقياس الاستنزاف، كما ادى البرنامج الى احداث تحسن دال على مقياس المزاج ونوعية الحياة. كما اشارت نتائج المتابعة لسنة لاحقة بان البرنامج المعرفي اسهم في تحسين مظاهر الحياة للنساء اللواتي تعرضن الى البرنامج على مختلف مظاهر الصحة النفسية لديهم.

وأجرى برنز، والكسندر، وفيرنون، وغوارانتور، وديفيس، وتريبر (Barnes, Alexander, Vernon, Guarantor, Davis & Treiber, 2005) دراسة هدفت إلى التعرف على تأثير برنامج في التأمل الذاتي على التخفيف من مستوى ارتفاع ضغط القلب لدى عينة من كبار السن أصل افريقي في مرحلة المتابعة بعد ثماني سنوات من البرنامج، والذين كان توزيعهم وفقاً لمجموعات الدراسة الاصلية كالتالي: (٥) تعرضوا لبرنامج التأمل ، و(١٠) منهم تعرضوا للاسترخاء، و(١٠) من مجموعة التدريب على السيطرة على امور الصحة. اشارت النتائج الى ان ١ من مجموعة التأمل قد توفي خلال الفترة التي سبقت الدراسة مقابل ٤ توفوا في المجموعة التي كانت تتلقى الاسترخاء، وان ٦ توفوا من مجموعة تعلم السيطرة على أمور الصحة. وهذا يقودنا الى الاستنتاج بان التأمل الذاتي يقلل من حالات الوفاة المتسببة من امراض الشرايين. اكثر بكثير من الأساليب العلاجية الاخرى

وفي دراسة أخرى لكومر (Kumar, 2005) بينت وجود أثر للتأمل في تخفيف الأعراض المرتبطة بالخوف من الأماكن المغلقة، والتقليل من مستوى التعرق المفرط، كما له أثر كبير في خفض أعراض القلق الأخرى.

وأجرى شنايدر وألكسندر وتشارلز وجون ورينفورت ونيديتش (Schneider, Alexander, Charles, John, Rainforth & Nidich, 2005) دراسة هدفت إلى الكشف عن أثر التأمل لدى عينة من مرضى ضغط الدم والسرطان. وقد أظهرت أن المرضى الذين مارسوا التأمل كانوا أقل احتمالاً بنسبة (٢٣٪) لأن يموتوا مقارنة بالمرضى الذين لم يمارسوا التأمل. فالمجموعة التي خضعت لجلسات التأمل انخفض لديها معدل الوفيات بنسبة (٣٠٪) الناتجة عن الأمراض القلبية الوعائية، ومعدل انخفاض بنسبة (٥٠٪) لوفيات السرطان.

أجرى دوبرها و توبرت وستريكر وراسل جلاسكو (Deborah, Toobert, Strycker, Russell & Glasgow, 2005) دراسة هدفت الى التعرف على اثر التدريب على برنامج التأمل على العديد من مؤشرات الخطورة المرتبطة بمرض القلب. تكونت عينة الدراسة من ٢٧٩ فرد تم توزيعه بشكل عشوائي على المجموعتين التجريبية والضابطة. اشارت النتائج الى أن المجموعة

التي تم تدريبها على التأمل تحسنت بشكل دال في مجموعة من النواحي منها ادارة الضغوط، والضبط الذاتي للسلوك، وهذا يؤكد بأن التغيير في انماط الحياة لمرضى القلب واستخدام تمارين تأمل من شأنها ان تحسن نوعية الحياة لدى المصابين بمرض القلب.

كما أشار أخصائيون من جامعة هارفارد إلى أسلوب التأمل باعتباره جزءاً مهماً في علاج الأمراض العضوية، وتخفيف الآلام ومعاناة المرضى، حيث أظهرت دراسة رامل وجولدن وكارمونا ومكايد (Ramel, Goldin, Carmona & Mcquaid, 2004) أثر الاستغراق الذهني والتأمل في تخفيف الاكتئاب، لدى مجموعة تجريبية خضعت لهذه الأساليب، ومجموعة ضابطة لم تخضع لذلك. أشارت نتائج الدراسة الى ان الاستغراق الذهني والتأمل لمدة ثمانية أسابيع أدى إلى التقليل من الضغوط النفسية وأعراض الاكتئاب، والأعراض العدوانية والاعتقادات الخاطئة.

وأجرى كل من تاكون وماكومب ، وكلاذرا، ورائدولف (Tacom, McComb, Caldera & Randolpb, 2003) بدراسة هدفت الى التعرف على تأثير التأمل على خفض القلق لدى مجموعة من النساء المصابات بمرض القلب بلغ عددهم ٥٠ امرأة تم توزيع الى (٢٥ سيدة في المجموعة الضابطة و ٢٥ سيدة في المجموعة التجريبية، كما تم تدريب العينة التجريبية على تمارين التأمل الفعال. تم مقارنة نساء المجموعة التجريبية بنساء المجموعة الضابطة، في مستوى القلق. حيث تبين أن مستوى القلق لدى النساء اللواتي تدربن على التأمل انخفض بشكل دال احصائياً، مما يشير الى فاعلية التدريب على التأمل في خفض القلق لدى المصابين بامراض القلب.

وفي دراسة قام بها كسني (Cheshey, 1999) هدفت التعرف إلى أثر الاسترخاء على خفض ضغط الدم المرتفع، لدى عينة بلغت (١٥٨) شخصاً، وزعت عشوائياً إلى ثلاث مجموعات، الأولى خضعت لبرنامج الاسترخاء لمدة (١٨) أسبوعاً، والثانية خضعت لمراقبة ضغط الدم لمدة (١٨) أسبوعاً، بينما المجموعة الثالثة كانت ضابطة لم تتعرض لاي شيء. أظهرت النتائج وجود انخفاض دال إحصائياً في ضغط الدم الانقباضي والانبساطي في المجموعتين اللتين خضعتا لمراقبة ضغط الدم، والاسترخاء مقارنة مع المجموعة الضابطة.

وقامت ميوري (Maure) في دراسة وردت لدى افرادها (Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998) بتطبيق برنامج التأمل لمدة (١٦) أسبوعاً على عينة من المرضى المصابين بتصلب الشريان التاجي، بلغ عددهم (٥٢) مريضاً، كان متوسط أعمارهم (٦٧,٠٧) سنة كمجموعة تجريبية، ومجموعة أخرى ضابطة بلغت (٥١) شخصاً لم يخضعوا لهذا البرنامج، تلقوا تعليماً صحياً فقط. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية

والضابطة، وذلك لصالح المجموعة التجريبية في وجود أثر لبرنامج التأمل في تحسن وظائف القلب.

كما قام انيوم (Anum, 1998) بدراسة هدفت الى التعرف الى تاثير معالجات غير دوائية للافراد المصابين بضغط الدم المرتفع باستخدام التأمل والتمارين والحمية على مؤشرات الصحة النفسية والجسدية. تكونت عينة الدراسة من ٣٤ فرد مصابين بامراض قلبية (ضغط الدم المرتفع) (١٥) ذكور، و (١٩) اناث تم متابعتهم على مدار عام. اظهرت المجموعة التجريبية التي تعرضت للتدريب على التأمل تحسناً عاماً في نمط الحياه في مجالات الحياة الحيوية، وانخفاض مستوى القلق والاكتئاب، وزيادة الضبط السلوكي، والكفاءة الذاتية مقارنة في المجموعة الضابطة والتي لم تتعرض الى التدريب على التأمل.

أجرى برايمبارو (Primparo, 1994) دراسة هدفت الى التعرف على تاثير التأمل على كل من الضغط والتوتر. تكونت عينة الدراسة من ١٥٠ مشارك خضع منهم (١٠٠) مشارك لاجراءات التأمل في حين لم يخضع (٥٠) منهم لاجراءات التأمل. تم قياس المشاركين مرتين قبل البدء بالتجربة وبعدها، على مجموعة من الاعراض النفسية وهي القلق والاكتئاب والعدائية، والمخاوف المرضية. وتم استخدام تحليل التباين الثنائي لمعرفة اثر المعالجة والجنس على المتغيرات التابعة، واستخدام تحليل التباين الثنائي للقياسات المتكررة لتحديد حجم التغير بين القياسين القبلي والبعدي. وأشارت النتائج الى وجود تاثير دال احصائياً للتأمل في خفض مستوى الاكتئاب والقلق، والعدائية، والمخاوف المرضية. اما المؤشرات الجسدية الشكل فلم يكن هناك تاثير دال احصائياً للتأمل على تحسينها.

هناك عدد من الدراسات تؤكد وجود علاقة بين الاكتئاب والأمراض القلبية الوعائية، حيث يؤدي الاكتئاب إلى زيادة نسبة الوفيات لدى مرضى القلب والأوعية الدموية (Anda, Williamson, Jones, Macera & Eaker, 1993).

تبين من الدراسات السابقة ان تمارين التأمل كاستراتيجية خاصة او ضمن تدخلات علاجية اخرى ذات مفعول دال احصائياً في خفض مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسي لدى مرضى القلب.

لقد ساعد الاطلاع على الدراسات السابقة في إثراء المعلومات المتعلقة باثر التدريب على تمارين التأمل في منهجية مشكلة الدراسة الحالية الشبه تجريبية، وفي تدعيم ومقارنة نتائج ويمكن

الاستفادة منها في منهجية المشكلة الدراسية الحالية الشبه تجريبية. فضلاً عن ذلك، فقد ساعدت تلك الدراسات العلمية المستخدمة مع نتائج الدراسات السابقة على وضع تصور للمنهج المستخدم في الدراسة الحالية.

إن الدراسة الحالية تتشابه مع بعض الدراسات القليلة السابقة من حيث تحديد مستويات القلق، والاكتئاب، والضغط النفسي، وتتفق مع بعضها الآخر من حيث تقييم أثر أسلوب التأمل في علاج هذه الاضطرابات. إن الجديد في هذه الدراسة هو البرنامج التدريبي الذي طبق على عينة في منطقة لم يجرب فيها أثر التأمل في ردود الفعل الانفعالية المصاحبة لمرض مزمن مثل أمراض القلب. كما إن مدة البرنامج التدريبي الذي جرب على العينة كان أكثر بكثير من أي برنامج تدريبي آخر يجري في مكان آخر.

إن الدراسة الحالية تمتاز بمحاولتها ادخال تدخلات علاجية اخرى بالاضافة الى العلاج الدوائي لأول مرة في الأردن، لاضطرابات مصاحبة لمرض القلب أو الجلطة.

الفصل الثالث

الطريقة والاجراءات

يتناول الفصل الحالي وصفا لعينة الدراسة، وادواتها ودلالات صدقها وثباتها بالاضافة الى تقديم نبذة عن برنامج التدريب على التامل، واجراءات الدراسة وتصميمها الاحصائي المنهجي.

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع المرضى الذين يراجعون عيادات القلب في مركز صحي صويلح الحكومي، ومستشفى الاستقلال الأهلي الخاص في مدينة عمان والذين أصيبوا بجلطة قلبية.

عينة الدراسة:

تم اختيار عينة مكونة من (٣٠) مريضاً من المرضى الذين يراجعون عيادات القلب في مركز صحي صويلح ومستشفى الاستقلال، والذين أصيبوا بجلطة قلبية. ممن ابدوا تعاوننا مع اجراءات البحث بعد اطلاعهم على الاعلان الذي تم اعداده وتوزيعه على عيادات القلب في مركز صويلح، ومستشفى الاستقلال. وتم توزيع الافراد المتطوعين على كل من المجموعتين التجريبية والضابطة بشكل عشوائي، حيث بلغ عدد افراد المجموعة التجريبية (١٥) مريضا ، وعدد افراد المجموعة الضابطة (١٥) مريضا . بلغ متوسط أعمار المجموعة التجريبية (٦١،٠٢) والمجموعة الضابطة (٦٠،١٠) وجميعهم من الذكور.

أدوات الدراسة:

لتحقيق اهداف الدراسة الحالية تم استخدام ثلاثة ادوات هي:

أولاً: قائمة سبيلبيرجر للقلق (Spiel Berger State – Trait Anxiety Inventory,) (1983) (المومني ٢٠٠١).

تم استخدام قائمة سبيلبيرجر لقياس متغير القلق في هذه الدراسة وذلك لسعة استعماله في الكشف عن القلق لدى عينات عربية و اردنية والمغرب والمقنن من قبل المومني (٢٠٠١) . يتألف المقياس من عشرين فقرة امام كل فقرة اربعة بدائل هي : ابدأ، بدرجة بسيطة، بدرجة متوسطة، وبدرجة كبيرة وتعال الفقرة درجة واحدة للاجابة (ابداً)، ودرجتين للاجابة (بدرجة بسيطة)، وثلاث درجات للاجابة (بدرجة متوسطة) واربع درجات للاجابة (بدرجة كبيرة). ويصح ذلك على الفقرات الايجابية وهي الفقرات (١-٦-٧-١٠-١٣-١٦-١٩)، اما بقية الفقرات فهي سلبية ومعكوسة . ان الدرجة الكلية للمقياس تتراوح بين (٢٠ الى ٨٠) درجة نتيجة للجمع الجبري للدرجات التي تتألفها كل فقرة من الفقرات(المومني، ٢٠٠١).

الصدق:

قام (الشاويش، ١٩٩١) باستخراج الصدق المنطقي للمقياس، وذلك بعرضه على محكمين مختصين وذلك لبيان صلاحية فقرات المقياس ومدى مطابقتها للبيئة الأردنية وسهولة فهم الفقرات. فقد أجمع ٨٠% من الخبراء على سهولة فهم الفقرات للمفحوصين في البيئة الأردنية.

كما قامت (دسوقي، ١٩٩٥) باستخراج دلالات صدق للمقياس على البيئة المصرية، وقد بلغ معامل الارتباط بين مقياس القلق كحالة وسمة ومقياس تيلور للقلق الصريح، على عينة مكونة من ٤٠ طالبة (٥٩،٠).

الثبات:

للتحقق من ثبات المقياس في البيئة الأردنية، قام (الشاويش ، ١٩٩١) باستخراج معاملات الثبات باستخدام طريقة الاتساق الداخلي و معامل ألفا (alpha coefficient) وقد استخراج معامل الثبات ألفا تبعا للجنس و قلق الحالة و قلق السمة و القلق الكلي . و لذي تطبيق المقياس على عينة من الذكور، كان معامل الثبات (ألفا) لقلق الحالة (٠،٨٥) ، قلق السمة (٠،٧٦) ، والقلق الكلي (٠،٩٠). أما العينة الثانية فقد كانت من الإناث، حيث ظهر معامل الثبات ألفا لقلق الحالة (٠،٨٧)، قلق السمة (٠،٧٧)، والقلق الكلي (٠،٩١)

ويشير (الشاويش ، ١٩٩١) الى وجود اتفاق بين نتائج الاتساق الداخلي التي حصل عليها مع نتائج دراسة فاروق (١٩٨٦) لنفس المقياس، حيث أظهرت دراسته أن معامل ألفا لحالة القلق للذكور (٠،٩١)، وللإناث (٠،٩٣)، أما سمة القلق للذكور (٠،٧٧) وللإناث (٠،٩١) وقد استخراج هذا الثبات في البيئة المصرية. كما قامت (دسوقي، ١٩٩٥) باستخراج معامل ثبات بطريقة إعادة الاختبار بفواصل زمني (٢١) يوما، وكان معامل الارتباط بين التطبيقين (٠،٧٧).

ثانياً: مقياس بيك للاكتئاب:

الصورة المعربة من قائمة بيك للاكتئاب: (حمدي، أبو حجلة، أبو طالب، ١٩٨٨)

تعتبر قائمة بيك للاكتئاب من أكثر المقاييس فاعلية في تشخيص الاكتئاب، ومن أكثر المقاييس استخداما في البحث في هذا المجال، وهي مقياس تقدير ذاتي تتألف من صورتها الأصلية من (٢١) فقرة، تقيس الاكتئاب من جوانبه السلوكية والمعرفية المختلفة، وتتراوح الدرجة على كل فقرة من (صفر - ٣)، في حين تتراوح الدرجة الكلية على القائمة بين (صفر - ٦٣)، علما بأن النقطة الفاصلة بين الأسوياء والمكتئبين في الصورة الأصلية للقائمة هي الدرجة ١٠، وتقسم الدرجات على النحو التالي:

من (صفر - ٩) يعني غير مكتئب، ومن (١٠ - ١٥) تعني اكتئاب خفيف، ومن (١٦ - ٢٣) تعني اكتئاب متوسط، ومن (٢٤ فما فوق) تعني اكتئاب شديد.

وتمثل فقرات القائمة الأعراض السلوكية التي تميز المكتئبين إكلينيكياً، وهذه الأعراض هي: تدني المزاج، والإحساس بالفشل، والتشاؤم، وعدم الرضا، والشعور بالذنب وكرهية الذات، والرغبة في الانتحار، واتهام الذات، ونوبات البكاء، واضطراب النوم، والانسحاب الاجتماعي، وفقدان الطاقة، وفقدان الشهية، وفقدان الرغبة الجنسية، وضعف القدرة على اتخاذ القرارات.

بيك على عينة من طلبة الجامعة الأردنية معتمدين على الطرق التي استخدمت في توفير دلالات الصدق والثبات للقائمة الأصلية.

بالنسبة لصدق القائمة فقد أخذت عينة مكونة من (٥٦) طالبا وطالبة أجريت معهم مقابلات إكلينيكية تم بناء عليها توزيع الطلبة إلى مجموعتين، اكتبية وغير اكتبية، وتم حساب دلالة الفروق للأداء على القائمة بين المجموعتين فكانت ذات دلالة إحصائية ($\alpha=0,001$).

ولدراسة البناء العملي في القائمة استخرجت جميع العوامل الممكنة عن طريق تحليل العوامل الأساسية Principle Common Analysis، وقد أظهر التحليل العملي لفقرات قائمة بيك المعربة للاكتئاب أن القائمة تتكون من أربعة عوامل رئيسية تفسر مجتمعة ٤٥,٥% من التباين الكلي للقائمة، وهذه العوامل هي:

- (١) وجود مشاعر سلبية.
- (٢) اضطراب الوظائف الفسيولوجية.
- (٣) الشعور بالدونية.
- (٤) التشاؤم والشعور باللاجدوى.

أما بالنسبة لثبات القائمة فقد بلغت قيمة معامل ثبات القائمة بصورتها المعربة المحسوب بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمني أسبوع على عينة من (٨٠) طالبا (٠,٨٨)، وبلغت قيمة معامل الثبات المحسوب بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا على عينة مكونة من (٦٣٥) طالبا و طالبة (٠,٨٧).

يتكون المقياس من (٥٤) فقرة تقيس درجة الضغط النفسي لدى المفحوص، حيث يقدر الفرد درجة انطباق محتويات الفقرة على وضعه بالاعتماد على خمسة بدائل تمثل مستويات مختلفة من شدة الضغط النفسي وهي: مرتفعة جدا، مرتفعة، متوسطة، منخفضة، لا تنطبق.

ويمتاز مقياس الضغط النفسي للكبار بكونه شاملا لمعظم مصادر الضغط النفسي، وتركز فقرات المقياس على: المشكلات الصحية، والقضايا الاجتماعية والاقتصادية والقضايا الشخصية، والمشكلات التي تواجه أفراد العائلة الآخرين. ويمكن القول أن المقياس سهل التطبيق ولا يحتاج الى فترة زمنية طويلة لتطبيقه، وبنوده سهلة وواضحة ومباشرة. ولدى تصحيح المقياس تعطى (٤) درجات لاستجابة (مرتفعة جدا)، و(٣) درجات لاستجابة (مرتفعة)، و(٢) درجة لاستجابة (متوسطة)، و(١) درجة لاستجابة (منخفضة)، أما استجابة (لا تنطبق) فتعطى (صفر). وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين (صفر - ٢١٦) درجة.

بالنسبة لصدق المقياس فقد قامت (ناصر، ١٩٩٥) باستخراج الصدق المنطقي للمقياس بعرضه على عشرة محكمين من المختصين في علم النفس والتربية من أعضاء الهيئة التدريسية في كلية التربية، حيث طلب منهم بيان مدى مناسبة كل فقرة من فقرات قائمة مصادر الضغط النفسي لدى الكبار لقياس الضغط النفسي، وقد تم اعتماد معيار اتفاق سبعة محكمين على صلاحية الفقرة ووضوحها لتبقى ضمن الأداة، أو على اتفاق ثلاثة من المحكمين على عدم وضوحها لتعديلها.

وقد قامت (الدراس، ١٩٩٩) باستخراج صدق تمييزي للمقياس على عينتين يفترض فيهما التباين، احدهما لعينة من طلاب في الجامعة الأردنية (التأهيل التربوي)، واخرى لمرضى القلب، وباستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات التي حصل عليها افراد العينة، اشارت النتائج الى أن متوسط درجات الطلبة بلغ (٩٤ و٨٠) وبانحراف معياري قدره (٢٣ و١٣)، في حين بلغ متوسط درجات المرضى (٧٧ و٩٨) وبانحراف معياري (٣٣ و٢٠)، وبذلك كانت الفروق بين المتوسطات ذات دلالة على مستوى $(\alpha = 0,05)$.

أما بالنسبة لثبات المقياس فقد قامت ناصر (١٩٩٥) باستخراج معامل الثبات بطريقة اعادة تطبيق المقياس على عينة مكونة من (٤٠) شخصا من الكبار من الجنسين، وبفاصل زمني مقداره أسبوعان، وقد بلغ معامل الثبات (٠,٨٠).

- وقد قامت (الدراس، ١٩٩٩) باستخراج معامل ثبات لأداة بالاعتماد على معامل ثبات (ألفا) على عينة مكونة من (١٢٠) شخصا من الذكور والإناث، وقد بلغ معامل ثبات المقياس (٠,٧٩). وقد استندت ناصر على المراجع التالية في تطوير المقياس:
- مسح الخبرات الحياتية (Life Experiences Survey-LES)
 - قائمة الأحداث الحياتية (Life Events Inventory-Schedule of Recent Events-SRE)
 - قائمة المنغصات اليومية في مرحلة منتصف العمر: (The Hassles Scale)
 - اختبار كراوس (Krause's77 – Item Scale)
 - مقياس لويزفيل للأحداث الحياتية لدى الكبار (The Louisville Older Persons Events Scale – LOPES)
 - مقياس الأبعاد الاجتماعية لقلق التقاعد (Social Components of Retirement Anxiety Scale – SCRAS)
 - قائمة مصادر الضغط النفسي لدى الكبار (The Elder Life Stress Inventory – ELSI)

الصدق :

قامت ناصر (١٩٩٥) باستخراج الصدق المنطقي للمقياس بعرضه على عشرة محكمين من المختصين في علم النفس والتربية من اعضاء الهيئة التدريسية في كلية التربية في الجامعة الاردنية، حيث طلب منهم بيان مدى مناسبة كل فقرة من فقرات قائمة مصادر الضغط النفسي لدى الكبار. ولقد تم اعتماد معيار اتفاق سبعة محكمين على صلاحية الفقرة ودخولها لتبقى ضمن الاداة او على اتفاق ثلاثة من المحكمين على عدم وضوحها لتعديلها.

وقد قامت الباحثة باستخراج صدق تميزي للمقياس على عينتين يفترض فيهما التباين احدهما لعينة من طلاب الجامعة الاردنية (التأهيل التربوي) واخرى لمرضى القلب ،

واستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات التي حصل عليها افراد العينة، اشارت النتائج الى ان متوسط درجات الطلبة بلغ (٨٠,٩٤) وبانحراف معياري قده (٢٣,١٣) ، في حين بلغ متوسط درجات المرضى (٩٨,٧٧) وبانحراف معياري (٢٠,٣٣) وبذلك كانت الفروق بين المتوسطات ذات دلالة على مستوى $(\alpha = 0,05)$.

الثبات :

اعتمدت ناصر (١٩٩٥) في استخراج ثبات الاداة على معامل الثبات المستخرج بطريقة اعادة تطبيق المقياس على عينة مكونة من ٤٠ شخصاً من الكبار من الجنسين، وبفاصل زمني مقداره اسبوعان، وقد بلغ معامل الثبات (٠,٨٠)

وقد قامت الباحثة باستخراج معامل ثبات الاداة بالاعتماد على معامل ثبات (الفا) على عينة مكونة من ١٢٠ شخصاً من الذكور والاناث وقد بلغ معامل ثبات المقياس (٠,٧٩) .

البرنامج التدريبي

تم الإعتماد في بناء هذا البرنامج على النظرية المعرفية السلوكية، وقد استغرق البرنامج ثمانية عشرة جلسة، ومدة الجلسة الواحدة ستون دقيقة، ونفذت الجلسات خلال المدة الواقعة بين ٢٠٠٧/٣/١ حتى ٢٠٠٧/٤/٢٠ بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً. وقد تضمن البرنامج التدريب على تمارين التأمل.

تم تدريب افراد العينة التجريبية على كيفية تدريب المرضى على كيفية التأمل، والتركيز على الوضع الجسدي المريح، والتأمل على المانترا، والتأمل أثناء التنفس، والتأمل من خلال التركيز على شيء معين "التحديق"، والتخلص من الشد العضلي "وتأمل الرباط المتحرك"، والاستكشاف الداخلي "المسح الجسدي"، والتليين، والتسخين والتبريد، والتركيز على الحاضر "الآن"، والتأمل أثناء المشي، والتأمل بالألوان "التركيز على اللون الأخضر"، والتأمل من خلال الاستماع إلى موسيقى ذبذبات ألفا.

وبهدف استخراج صدق المحتوى للبرنامج فقد تم عرضه على عشرة محكمين من حملة الدكتوراه في تخصصات التربية المختلفة والإرشاد النفسي في الجامعات الأردنية. وقد تم اعتماد اتفاق ثمانية من المحكمين على صدق جلسات برنامج التدريب على التأمل. (أنظر الملحق الخاص بجلسات التدريب على التأمل)

الجلسة الأولى:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

عنوان الجلسة: الترحيب والتعريف بالبرنامج.

الأهداف:

١. التعارف وبناء أجواء من الثقة بين الأعضاء.
٢. مناقشة توقعات الأعضاء من البرنامج.
٣. مناقشة ما سوف يتم تعلمه والتدريب عليه.

الجلسة الثانية:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

عنوان الجلسة: مفهوم التأمل

الأهداف:

١. تعريف مفهوم التأمل.
٢. طرق التأمل.
٣. تعريف الأعضاء بالنتائج الصحية للتأمل.

تطبيق تمارين تتناول:

١. التركيز على شيء معين.
٢. التدريب على التنفس الصحيح.
٣. التدريب على آلية التأمل وكيفية عمله.

الجلسة الثالثة:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

عنوان الجلسة: أوضاع التأمل وطبيعة عمل القلب وعلاقة ذلك بالتأمل.

الأهداف:

١. جلوس الأعضاء بشكل صحيح أثناء التأمل.
٢. تحديد الإصابات التي يتعرض لها القلب.
٣. ذكر الفوائد الصحية للتأمل.

تطبيق تمارين تتناول:

١. الجلوس على الكرسي بشكل صحيح.
٢. الجلوس حسب طريقة الخياط.
٣. الجلوس حسب الطريقة اليابانية.
٤. الجلسة المشابهة لنبات اللوتس.

الجلسة الرابعة:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

عنوان الجلسة: عناصر التأمل

الأهداف:

١. تعريف الأعضاء على عناصر التأمل.
٢. التدرب على تمارين التأمل.

تطبيق تمارين تتناول:

١. تدريب الأعضاء على الجلسة الهادئة أو المتوازنة.
٢. تدريب الأعضاء على تمارين التأمل-التنفس الاسترخائي-الاسترخاء العضلي-التأمل البسيط-تمارين التأمل بالمشي.

الجلسة الخامسة:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

عنوان الجلسة: التركيز على الوضع الجسدي والتنفس.

الأهداف:

١. التركيز على الوضع الجسدي.
٢. التنفس بشكل صحيح.
٣. تعريف الأعضاء بأهمية التنفس الصحيح.
٤. التخلص من الأفكار السلبية.

تطبيق تمارين تتناول:

١. تدريب الأعضاء على الوضع الجسدي المريح.
٢. تدريب الأعضاء على التنفس الصحيح.

الجلسة السادسة:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

عنوان الجلسة: التدرج على المانترا

الأهداف:

١. التدرج على المانترا
٢. ممارسة تمارين التنفس.
٣. إيجاد الوضع الجسدي المناسب والمريح.

تطبيق تمارين تتناول:

١. الجلسة المريحة.

٢. ترتيل مانترا معينة أوووووووووووم، أو كلمة الله.

الجلسة السابعة:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

عنوان الجلسة: التأمل أثناء التنفس

الأهداف:

١. التأمل أثناء التنفس.
٢. التعرف على فوائد التأمل أثناء التنفس.

تطبيق تمارين تتناول:

١. التدريب على التنفس الصحيح.
٢. التأمل أثناء التنفس.

الجلسة الثامنة:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

عنوان الجلسة: التأمل من خلال التركيز على شيء معين "التحديق"

الأهداف:

١. تركيز الأعضاء على شيء معين.
٢. التعرف على فوائد التأمل.

تطبيق تمارين تتناول:

١. الجلوس في وضع مريح.
٢. التدريب على التأمل من خلال التحديق والتركيز على شيء معين.

الجلسة التاسعة:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

عنوان الجلسة: التخلص من الشد العضلي.

الأهداف:

١. ممارسة الأعضاء وتمارين التخلص من الشد العضلي.

تطبيق تمارين تتناول:

١. تخيا الرباط المحاط حول الرأس.

٢. تخيل الرباط المحاط حول الكوع.

٣. ملاحظة الشعور المرافق لهذا الرباط.

الجلسة العاشرة:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

عنوان الجلسة: الاستكشاف الداخلي.

الأهداف:

١. تركيز الانتباه على أجزاء من الجسم لزيادة الوعي الداخلي.

تطبيق تمارين تتناول:

تركيز الانتباه على أجزاء معينة من الجسم مثل: الفك-الاسنان-الرقبة-الاكتاف-البطن-أسفل

الظهر-المعدة-الصدر-أسفل البطن-اصبع القدم-ظهر الركبة-المرفق.

الجلسة الحادية عشرة:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

عنوان الجلسة: التليين

الأهداف:

١. الربط بين مقاومة الألم واستمرار التليين.

٢. التدريب على التليين.

تطبيق تمارين تتناول:

١. عمل تليين حول الألم من خلال عدم التحرك.

٢. إرخاء المجموعة العضلية.

٣. تحريك الجسد بالوضع المريح.

الجلسة الثانية عشرة:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

عنوان الجلسة: التليين (اليد اليسرى)

الأهداف:

١. التدريب على التليين.

٢. التركيز على الإحساس.

٣. تعلم الاسترخاء.

تطبيق تمارين تتناول:

١. رفع اليد اليمنى وكأنه يريد أن يسأل سؤال.

٢. التأمل أثناء رفع اليد اليمنى.

الجلسة الثالثة عشرة:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

عنوان الجلسة: التسخين والتبريد

الأهداف:

١. التدريب على التلحين.

٢. التدريب على التأمل في جو أدفاً ويشكل قليل من الوضع الذي هو فيه.

تطبيق تمارين تتناول:

التدرب على التأمل في جو أدفاً بشكل قليل من الوضع المعتاد عليه.

الجلسة الرابعة عشرة:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

عنوان الجلسة: التركيز على الحاضر

الأهداف:

١. التركيز على الحاضر

٢. ممارسة التأمل أثناء الأكل.

تطبيق تمارين تتناول:

١. أن يأكل الأعضاء مع بعضهم البعض.

٢. تأمل الساندويش أثناء الأكل.

الجلسة الخامسة عشرة:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

عنوان الجلسة: التأمل أثناء المشي

الأهداف:

١. ممارسة الأعضاء التأمل أثناء المشي.

تطبيق تمارين تتناول:

١. التأمل أثناء المشي.

٢. عد الخطوات أثناء عملية التنفس.

الجلسة السادسة عشرة:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

عنوان الجلسة: التأمل بالألوان

الأهداف:

١. ممارسة الأعضاء التمارين، التأمل بالألوان.

تطبيق تمارين تتناول:

١. التأمل من خلال التركيز وتخيل اللون الأخضر.

الجلسة السابعة عشرة:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

عنوان الجلسة: التأمل من خلال الاستماع إلى كـبات ألفا

الأهداف:

١. التعرف على فوائد الاستماع إلى نذببات ألفا.

٢. التأمل من خلال الاستماع إلى نذببات ألفا.

تطبيق تمارين تتناول:

الجلوس والاستماع لنذببات ألفا.

الجلسة الثامنة عشرة:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

عنوان الجلسة: الجلسة الختامية

الأهداف:

١. مناقشة الأعضاء بإيجابيات وسلبيات البرنامج.

٢. تطبيق مقاييس الدراسة.

٣. شكر الأعضاء.

إجراءات التطبيق:

- تم اختيار عينة مكونة من "٣٠" مريضاً و مريضة من مرضى القلب الذين يراجعون مستشفى الاستقلال ومركز صحي صويلح و قد تم ذلك من خلال التنسيق مع الطبيب الأخصائي في المستشفى والمركز
- تم اختيار ١٠ مرضى من مستشفى الاستقلال ٥ أفراد المجموعة التجريبية و ٥ أفراد المجموعة الضابطة
- تم اختيار ٢٠ مريضاً من مركز صحي صويلح ١٠ أفراد المجموعة التجريبية و ١٠ أفراد المجموعة الضابطة
- و بالنسبة لخصائص أفراد العينة كان متوسط أعمار أفراد العينة ٥٥ سنة
- الحالة الاجتماعية: متزوجون
- الحالة المادية: متوسطة
- تم تحديد مكان خاص حدد مسبقاً من خلال الأطباء وهو عيادة مناسبة داخل المستشفى و المركز الصحي.
- في الجلسة الأولى تم التعارف بين المرشدة و أفراد العينة و التعارف بين أفراد العينة، كما تم توضيح طبيعة البرنامج.
- تم توضيح طبيعة البرنامج و أهدافه و وضحت المرشدة مفهوم التأمل و هو حصر التفكير و تركيز الانتباه على شيء يجعل الفرد يشعر بالراحة و الاسترخاء، و يساعد على تفرغ الأفكار السلبية، كما وضحت المرشدة لأفراد العينة الوضع المريح للجلسة أثناء التأمل وهي كما يلي:
- في جلسة التأمل أغلق عينيك ركز على المكان الذي يلامس فيه جسدك الوسادة أو الكرسي وركز على الأحاسيس التي سوف تشعر بها . كما عدت المرشدة بعض تمارين التأمل مثل التأمل أثناء التنفس، التحديق، التأمل أثناء الأكل، التأمل أثناء المشي، التليين، التأمل من خلال الألوان، التأمل من خلال سماع الموسيقى، التركيز على الحاضر.

- التأمل على المانترا ففي التأمل على المانترا توضح المرشدة أن المانترا لها علاقة بالمعتقد الديني لدى الشخص و لكن يمكنه ترديد لفظ يحبه أو كلمة قد يكون لها معنى بالنسبة له.
- تقوم المرشدة بتوضيح خطوات التأمل بالمانترا
 - ١- جد الوضع الجسدي المريح لنفسك.
 - ٢- رتل الكلمة بينك و بين نفسك، قل الكلمة مرة تلو الأخرى في عقلك، عندما يبتعد عقلك عنها عد إليها، إذا لاحظت أي إحساس في جسدك، استشر هذا الإحساس .
 - ٣- حاول ترديد كلمتك المفضلة بصوت مسموع.
 - ٤- تذكر يجب أن تتمرن على التأمل بشكل واع.
 - ٥- تقوم المرشدة بنمذجة هذا التمرين.
 - ٦- تطلب المرشدة من أحد الأعضاء بنمذجة هذا التمرين ثم تطلب من باقي الأعضاء نمذجة هذا التمرين.
- في نهاية الجلسة تم تطبيق المقاييس على المجموعتين التجريبية و الضابطة، مقياس سبيلبيرج للقلق، مقياس بيك للاكتئاب، مقياس الضغط النفسي للكبار (ناصر ١٩٩٥).
- و من ثم تم شكر الأعضاء و الاتفاق على موعد الجلسة الثانية .

تصميم الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي لمجموعتين متكافئتين، وذلك لملاءمته لاغراض الدراسة الحالية حسب ما هو مبين

ع	خ ١	م	خ ٢
ع	خ ١	م	خ ٢

ع = تعيين عشوائي

خ ١ = اختبار قبلي (تطبيق مقاييس القلق، والاكتئاب والضغط النفسي قبل البدء بالبرنامج)

م = المعالجة التجريبية* (التدريب على التأمل)

خ٢ = اختبار بعدي (تطبيق مقاييس القلق والاكتئاب والضغط النفسي بعد الانتهاء من التدريب على البرنامج)

المعالجة الاحصائية:

من اجل الاجابة عن فرضيات الدراسة تم استخدام الاساليب الاحصائية التالي:-

- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمجموعتين.
- تحليل التباين المشترك للاختلاف بين افراد المجموعتين التجريبية والضابطة.

محددات الدراسة:

تقتصر هذه الدراسة على تطبيق تدريبات التأمل على مرضى القلب الذين اصيبوا بالجلطة القلبية للمرة الاولى فقط.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

هدفت الداسة الحالية الى التعرف على فاعلية التأمل في خفض القلق والاكتئاب ومستوى الاحساس بالضغط النفسية لدى مرضى القلب، ولتحقيق ذلك تم اختيار عينة مكونة من (٣٠) مريض من مرضى القلب، تم تعيينهم بشكل عشوائي على كل من المجموعة التجريبية والضابطة بشكل متساوي. وفيما يلي عرضا للنتائج التي تم التوصل اليها حسب تسلسل الفرضيات

الفرضية الأولى:

توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$) في متوسط درجات القلق لدى مرضى القلب بين افراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا التدريب على برنامج التأمل وافراد المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا التدريب على برنامج التأمل.

للإجابة عن هذه السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية و اجراء تحليل التباين المشترك والجدولان (١) (٢) يوضحان الاجابة عن هذه الفرضية.

الجدول ١. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات افراد عينة الدراسة على مقياس القلق

القياس البعدي		القياس القبلي		المجموعة
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
٢,٦٦	٤١,٠٧	٤,٦٩	٦٤,٥٣	التجريبية
٢,٨٧	٦٦,٢٧	٢,٧٥	٦٦,٦٠	الضابطة

يتضح من الجدول (١) أن متوسط أفراد المجموعة التجريبية على القياس القبلي بلغ (٦٤,٥٣)، وان متوسط أفراد المجموعة التجريبية على القياس البعدي بلغ (٤١,٠٧). كما يتضح من الجدول إن متوسط أفراد المجموعة الضابطة بلغ (٦٦,٦٠) وان متوسط أفراد المجموعة الضابطة على القياس البعدي بلغ (٦٦,٢٧). وهذا يشير الى وجود انخفاض في مستوى القلق لدى الافراد الذين تلقوا برنامج التأمل، وللتحقق من ان الاختلاف بين المتوسطات دال إحصائيا تم إجراء تحليل التباين المشترك والجدول رقم (٢) يبين نتائج اختبار تحليل التباين المشترك.

الجدول ٢. نتائج اختبار تحليل التباين المشترك للاختلاف بين المجموعتين التجريبية والضابطة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة
القياس القبلي	٤٠,٣٠	١	٤٠,٣٠	٦,٢٧	٠,٠٢
المجموعات	٤١٩٦,٧٤	١	٤١٩٦,٧٤	٦٥٢,٨٥	٠,٠٠
الخطأ	١٧٣,٥٦	٢٧	٦,٤٣		

الدالة	"ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
			٢٩	٤٤١٠,٦١	المجموع

يتضح من الجدول رقم (٢) من الجدول بان قيمة الاحصائي "ف" (٦,٢٧) وهي دالة عند مستوى (٠,٠٥) وهذا يشير الى وجود اثر للقياس القبلي، كما يتبين ان الفروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بلغ مستوى الدلالة الإحصائية، حيث ان قيمة الإحصائي (ف) بلغ (٦٥٢,٨٥) وهذه القيمة دالة عند مستوى ٠,٠٥ فاقل. ومن اجل تحديد اثر القياس القبلي تم حساب المتوسطات المعدلة لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على القياس البعدي والجدول (٣) يبين المتوسطات المعدلة.

الجدول ٣. المتوسطات المعدلة لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس

القلق

الخطأ المعياري	المتوسط المعدل	
٠,٦٧	٤١,٣٩	التجريبية
٠,٦٧	٦٥,٩٤	الضابطة

يلاحظ من الجدول (٣) ان المتوسطات الحسابية المعدلة لدى افراد المجموعة التجريبية كان اقل من متوسط أفراد المجموعة الضابطة، مما يعطي مؤشرا على ان التدريب والذي اسهم في خفض مستوى القلق لدى مرضى القلب بعد تعرضهم للبرنامج التدريبي في التأمل.

الفرضية الثانية:

توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = ٠,٠٥$) في متوسط درجات الاكتئاب لدى مرضى القلب بين افراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا التدريب على برنامج التأمل وافراد المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا التدريب على البرنامج.

ولفحص هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية و اجراء تحليل التباين المشترك والجدولان (٤) (٥) يبينان نتائج هذا الفحص.

الجدول ٤. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب

القياس البعدي		القياس القبلي		المجموعة
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
١,٣٩	٢٩,٧٣	٢,٨٧	٤٦,٦٠	التجريبية
٣,٠١	٤٧,٩٣	٣,٣٥	٤٨,٣٣	الضابطة

يتضح من الجدول رقم(٤) أن متوسط أفراد المجموعة التجريبية على القياس القبلي بلغ (٤٦,٦٠)، وان متوسط أفراد المجموعة التجريبية على القياس البعدي بلغ (٢٩,٧٣). كما يتضح من الجدول إن متوسط أفراد المجموعة الضابطة بلغ (٤٨,٣٣) وان متوسط أفراد المجموعة الضابطة على القياس البعدي بلغ (٤٧,٩٣)، يشير الجدول السابق الى وجود انخفاض في مستوى الاكتئاب لدى الافراد الذين تلقوا برنامج التأمل، وللتحقق في اذا كان الاختلاف بين المتوسطات دال إحصائيا تم إجراء تحليل التباين المشترك والجدول رقم(٥) يبين نتائج اختبار تحليل التباين المشترك.

الجدول ٥. نتائج اختبار تحليل التباين المشترك للاختلاف بين المجموعتين التجريبية والضابطة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	الدلالة
القياس القبلي	٦٠,٧٢	١	٦٠,٧٢	١٧,٦٠	٠,٠٠
المجموعات	٢٠٩٣,٣٠	١	٢٠٩٣,٣٠	٦٠,٦٧٧	٠,٠٠

الدالة	"ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
		٣,٤٥	٢٧	٩٣,١٥	الخطأ
			٢	٢٢٤٧,١٦	المجموع

يتضح من الجدول (٥) بأن قيمة الاحصائي "ف" (١٧,٦٠) وهي دالة عند مستوى (٠,٠٥) وهذا يشير الى وجود اثر للقياس القبلي، كما يتبين ان الفروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بلغ مستوى الدلالة الإحصائية، حيث ان قيمة الإحصائي (ف) بلغت (٦٠٦,٧٧) وهذه القيمة دالة عند مستوى ٠,٠٥ فاقل. ومن اجل تحديد اثر القياس القبلي تم حساب المتوسطات المعدلة لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على القياس البعدي والجدول (٦) يبين المتوسطات المعدلة.

الجدول ٦. المتوسطات المعدلة لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب

الخطأ المعياري	المتوسط المعدل	
٠,٤٩	٣٠,١٤	التجريبية
٠,٤٩	٤٧,٥٢	الضابطة

يلاحظ من الجدول (٦) ان المتوسطات الحسابية المعدلة لدى افراد المجموعة التجريبية كان اقل من متوسط أفراد المجموعة الضابطة، مما يعطي مؤشرا على ان التدريب اسهم في خفض مستوى الاكتئاب لدى مرضى القلب بعد تعرضهم للبرنامج التدريبي في التامل.

الفرضية الثالثة:

توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$) في متوسط درجات الضغوط النفسية لدى مرضى القلب بين افراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا التدريب على برنامج التأمل وافراد المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا التدريب على برنامج التأمل.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية و اجراء تحليل التباين المشترك والجدولان (٧) (٨) يبينان نتائج التحقق من صحة الفرضية.

الجدول ٧. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات افراد عينة الدراسة على مقياس الضغوط النفسية

القياس القبلي		القياس البعدي		المجموعة
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
١٨٧,٦٧	١٢٤,٥٣	٧,٨٩	٢,٨٥	التجريبية
١٩٠,٧٣	١٨٩,٨٠	٤,٩٣	٥,٤٧	الضابطة

يتضح من الجدول (٧) أن متوسط أفراد المجموعة التجريبية على القياس القبلي بلغ (١٨٧,٦٧)، وان متوسط أفراد المجموعة التجريبية على القياس البعدي بلغ (١٢٤,٥٣). كما يتضح من الجدول إن متوسط أفراد المجموعة الضابطة بلغ (١٩٠,٧٣) وان متوسط أفراد المجموعة الضابطة على القياس البعدي بلغ (١٨٩,٨٠)، وهذا يشير الى وجود انخفاض في مستوى الضغوط النفسية لدى الافراد الذين تلقوا برنامج التأمل، وللتحقق من ان الاختلاف بين المتوسطات دال إحصائياً تم إجراء تحليل التباين المشترك والجدول (٨) يبين نتائج اختبار تحليل التباين المشترك.

الجدول ٨. نتائج اختبار تحليل التباين المشترك للاختلاف بين المجموعتين التجريبية والضابطة

الدلالة	"ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
٠,١٦	٢,٠٦	٣٧,٧٣	١	٣٧,٧٣	القياس القبلي
٠,٠٠	١٦٢١,٥٧	٢٩٦٩٢,٩٥	١	٢٩٦٩٢,٩٥	المجموعات
		١٨,٣١	٢٧	٤٩٤,٤٠	الخطأ
			٢٩	٣٠.٢٢٥,٠٨	المجموع

يتضح من الجدول (٨) بأن قيمة الاحصائي "ف" (٢,٠٦) وهي ليست دالة عند مستوى (٠,٠٥) وهذا يشير الى عدم وجود اثر للقياس القبلي، كما يتبين ان الفروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بلغ مستوى الدلالة الإحصائية، حيث ان قيمة الإحصائي (ف) بلغ (١٦٢١,٥٧) وهذه القيمة دالة عند مستوى ٠,٠٥ فاقل. وبمراجعة المتوسطات الحسابية يلاحظ ان المتوسطات الحسابية لدى افراد المجموعة التجريبية كان اقل من متوسط أفراد المجموعة الضابطة، مما يعطي مؤشرا على ان التدريب اسهم في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى القلب بعد تعرضهم للبرنامج التدريبي في التأمل.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

هدفت الدراسة الحالية الى التعرف على فاعلية برنامج التأمل في خفض القلق والاكتئاب ومستوى الاحساس بالضغط النفسية لدى مرضى القلب، وللتحقق من ذلك فقد تم اختيار عينة مكونة من (٣٠) مريض من مرضى القلب، تم تعيينهم بشكل عشوائي الى مجموعتين تجريبية وضابطة وبعدد متساوي. وفيما يلي مناقشة للنتائج التي تم التوصل اليها في الدراسة حسب تسلسل فرضياتها.

مناقشة النتائج المرتبطة في الفرضية الأولى:

توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$) في متوسط درجات القلق لدى مرضى القلب بين أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا التدريب على برنامج التأمل وأفراد المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا التدريب على برنامج التأمل:

حيث اشارت النتائج الى ان الفروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بلغ مستوى الدلالة الإحصائية، حيث تبين ان متوسط افراد المجموعة التجريبية (٤١ و٠٧) على مقياس القلق كان اقل من متوسط أفراد المجموعة الضابطة (٦٦ و٢٧) مما يعطي مؤشرا على ان التدريب قد اسهم في خفض مستوى القلق لدى مرضى القلب بعد تعرضهم للبرنامج التدريبي في التأمل.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل اليه انيوم(Anum,1998) والذي أشار الى أن تطبيق تمارين التأمل اسهمت في خفض مستوى القلق لدى مرضى القلب، حيث أن تطبيق تمارين التأمل يعمل على تقليل مستوى القلق، وبالتالي تماثل المريض للشفاء، كذلك فان النتيجة الحالية تتفق مع ما توصل اليه كلا من تاكون ماكومب ، كلادرا، راند لومب (Tacom McComb,Caldera,) (Randolpb, 2003)، والتي تشير الى اثر التدريب على تمارين التأمل في خفض مستوى القلق لدى مرضى القلب، كما ان الدراسة الحالية تتفق مع ما توصل اليه فيرنون واخرون (Vernon,Guarantor, A. Brans, Hany Davis, Frank A. Treiber 2002) والذين توصلوا الى أثر للتأمل الذاتي في المحافظة على ثبات ضغط الدم، ومعدل ضربات القلب بصورة طبيعية، ودراسة كومر (Kumar, 2005) والذي اشار الى أثر لأسلوب التأمل في التقليل من

ضغط الدم لدى عينة من المرضى ممن خضعوا لجلسات في التأمل، ودراسة شنايدر وآخرون (Schneider, Alexander, Charles, John, Rainforth & Nidich, 2005) والذي اشار الى أن المرضى الذين مارسوا تمارين التأمل كانوا أقل احتمالاً بنسبة (٣٠٪) لأن يموتوا مقارنة بالمرضى الذين لم يمارسوا تمارين التأمل، فالمجموعة التي خضعت لجلسات التأمل انخفض لديها معدل الوفيات بنسبة (٣٠٪) الناتجة عن الأمراض القلبية الوعائية.

ونظراً للارتباط الوظيفي ما بين اضطرابات القلق ومرض القلب فان التأمل يسهم ايضا في التخفيف من حدة القلق لدى مرض القلب ، حيث يعمل التأمل على تخفيف الاجهاد على مراكز الاستثارة الفسيولوجية والانفعالية المرتبطة في حالة القلق مثل سرعة التنفس وما يرتبط فيها من سرعة في دقات القلب.

ان تمارين التأمل قائمة على اخلاء العقل من التفكير من المشاكل والصعوبات الحالية او عدم التركيز عليها واطلاق احكام ، بل تتطلب التركيز على فكرة ، موضوع ما ، شيء داخل الغرفة ، تخيل او تكرار كلمة معينة ، او مراقبة افكار الشخص لذاته ، او التركيز على التنفس . ان التركيز على شيء اخر غير الموقف الصعب او الظروف الحالية يستثير الجهاز العصبي الباراسيمبثاوي المسؤول عن الاسترخاء وتهدئة الجهاز العصبي المركزي والعودة بالعمليات العقلية وما يرتبط بها من افرازات هرمونية او نشاطات عصبية حركية الى الحالة الطبيعية والتخلص من القلق او تخفيفه كاستجابة مضادة للاسترخاء والتوتر .

ويمكن ان تفسر نتيجة انخفاض القلق لدى افراد العينة على اساس ان فلسفة التأمل قائمة على تهدئة الذات عن طريق توصيل التركيز للداخل وابطال مفعول عمليات التفكير وخاصة استمرار الافكار التي لها علاقة بالظرف المرضي ، مثل الجلطة وامراض القلب الاخرى . كما يورد Weiten & Lloyd . فتمارين التأمل لا تتطلب التفكير بل التركيز على المثيرات الداخلية مع توقع ان لا يحدث شيء والرغبة في ان لا يحدث شيء ، ويكون التركيز فقط على التنفس او كلمة لفظ الجلالة او المانترا او دعاء قصير . وبسبب هذه الفلسفة وما تنطوي عليه من ممارسة ، فان الدراسات اشارت الى تحسن الحالة النفسية للمرضى والاصحاء على حد سواء . فقد اشارت العديد من الدراسات (Aron & Aron , 1986, Smith, 1986 , Few, 1977 , Benson, Ferguson & Gowan, 1975) الى انخفاض مستويات القلق والاكتئاب والضغط النفسية ، بالضافة الى تحسن في جوانب معرفية ونفسية وسلوكية اخرى من مثل زيادة حجم

التذكر ، وتحسين مستوى التحصيل ، وزيادة في مفهوم الذات ، والقيمة الذاتية والحد من سوء استخدام العقاقير والمخدرات .

ان نتائج التأمل السبقة دفعت جلاسر (Glasser 1976) الى تسمية ممارسة التأمل بالادمان الايجابي تماما كما هي الحالة عندما نمارس المشي او الجري.

مناقشة النتائج المرتبطة في الفرضية الثانية:

توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$) في متوسط درجات الاكتئاب لدى مرضى القلب بين أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا تدريب على تمارين التأمل، وأفراد المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا التدريب على تمارين التأمل:

حيث اشارت النتائج الى ان الفروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بلغ مستوى الدلالة الإحصائية، حيث ان المتوسطات الحسابية المعدلة لدى افراد المجموعة التجريبية (٢٩ و٧٣) كان اقل من متوسط أفراد المجموعة الضابطة (٤٧ و٩٣)، مما يعطي مؤشرا على ان تمارين التأمل قد اسهمت في خفض مستوى الاكتئاب لدى مرضى القلب بعد تعرضهم لها.

تتفق هذه النتيجة مع ما توصل اليه دراسة رامل وآخرون (Ramel, Wiveka , 2004) وPhilippe R. Goldin, Paula E. Carmona, and John R. McQuaid ، والتي اشارت الى وجود لممارسة تمارين التأمل في تخفيف الاكتئاب، لدى مجموعة تجريبية خضعت لهذه الأساليب. كما وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل اليه انيوم (Anum, 1998) والذي اشار الى وجود اثر للتأمل على التخفيف من مستوى الاكتئاب لدى مرضى القلب . ودراسة برايمبارو (Primparo, 1994) والتي خلصت الى اثر التدريب على ممارسة التأمل في خفض مجموعة من المتغيرات النفسية بما في ذلك الاكتئاب.

وبما ان الاصابة بمرض القلب يعد من الازمات والمواقف الحياتية الضاغطة التي تسهم في تطوير الاكتئاب لدى صاحبها كما اشار جوزيف (Johseph, 1990) اذ أن تعرض الفرد لمواقف حياتية ضاغطة ينعكس سلباً على بعض جوانب حياته الشخصية والاجتماعية، ويعرضه للأذى والإنهاك الجسدي والنفسي، ويؤدي إلى إصابته باضطرابات مثل الاكتئاب . وقد اشار (Anda, Williamson, Jones, Macera & Eaker, 1993). الى وجود علاقة بين الاكتئاب والأمراض القلبية الوعائية، حيث يؤدي الاكتئاب إلى زيادة نسبة الوفيات لدى مرضى القلب والأوعية الدموية. يمكن ان تفسر نتائج ممارسة تمارين التأمل على انخفاض مستوى الاكتئاب لدى

افراد العينة بزيادة شعور المرضى في السيطرة على اعراض المرض وبالتالي رفع مستوى توقعاته في الشفاء ورفع الشعور بالكفاءة الذاتية الامر الذي في التحسين التريجي للمزاج وبالتالي تخفيف اعراض الاكتئاب .

كما يمكن ان تفسر نتائج الدراسة المتعلقة بانخفاض مستويات الاكتئاب لدى افراد العينة نتيجة استخدام تمارين التأمل بطريقة التفكير الجديدة التي اسخدمها المرضى . حيث ان التفكير بامور اخرى من مثل طريقة التنفس او العد بعد التنفس او تكرار كلمة يحتل حيزا او مكانا داخل عمل المساحة الدماغية Work Space ومن المعروف بان العقل الشعوري لديه مساحة عمل محددة وان ماتنتج تمارين التأمل مع حالة استرخاء وهدوء وسكينة ناتجة عن التفكير باشياء اخرى وعدم اطلاق الاحكام او لوم الذات والاخرين بسبب المرض ينافس الامور السلبية والتفكير السلبي في احتلال مساحة داخل دماغ المريض ويخفف من مساحة الاكتئاب والافكار المرتبطة به والنظرة السوداوية لامور المرضى ، وحيى الضغوط النفسية المرتبطة بذلك Michaud & Wild .

ويمكن ان تعزى نتائج انخفاض الاكتئاب بسبب تمارين التأمل الى الافتراض القائل بانه عندما نخلص العقل من الهم والتفكير السلبي عن طريق التفكير باشياء غير محزنة او غير كئيبة او تركيز الانتباه على شيء ما ليس له علاقة بالحالة المرضية او الموقف الصعب الحالي ، فاننا نتخلص من الهموم ونجدد الطاقة ونزيد كميته ، الامر الذي يساعدنا في التخلص من الاكتئاب ، لان الاكتئاب يستنزف الطاقة والنشاط . وبدلا من التركيز على الحديث السلبي ولوم الذات اللذان يعتبران احدى الاسباب المعرفية للاكتئاب ، يصبح التركيز على مواضيع اخرى ليست لها علاقة بالمرض ، الامر الذي يؤدي الى زيادة قدرتنا على التحكم بالافكار التي تقود الى الاسى والحزن والاكتئاب .

مناقشة النتائج المرتبطة في الفرضية الثالثة:

توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,05$) في متوسط درجات الضغوط النفسية لدى مرضى القلب بين افراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا التدريب على برنامج التدريري على التأمل وافراد المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا التدريب على برنامج التأمل.

حيث اشارت النتائج الى ان الفروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بلغ مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha = 0,05$). وبمراجعة المتوسطات الحسابية يلاحظ ان المتوسطات الحسابية لدى افراد المجموعة التجريبية (١٢٤ و٥٣) كان اقل من متوسط أفراد المجموعة الضابطة (١٨٩ و٨٠) مما يعطي مؤشرا على ان تماين التأمل قد اسهمت في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى القلب بعد تعرضهم لها.

تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة رامل وآخرون (Ramel, Wiveka Philippe R. Goldin, Paula E. Carmona, and John R. McQuaid, 2004) والذين اشاروا الى أثر الاستغراق الذهني من خلال التأمل في تخفيف مستوى الاحساس بالضغوط النفسية. حيث لقد تبين أن التأمل لمدة ثمانية أسابيع وبمعدل ٢٠ دقيقة في اليوم أدى إلى التقليل من الضغوط النفسية وأعراض الاكتئاب والأعراض العدوانية والاعتقادات الخاطئة. كما وتتفق هذه النتيجة جزئيا مع ما توصل اليه أورنش (Ornish, 1983) المشار إليه في (Blumenthal & Emery, 1988)، الى وجود أثر لتمارين التأمل ، وبرنامج تدريبي للحمية الغذائية في المصابين بالذبحة القلبية. وبما أن العلاقة واضحة وطردية بين حدوث الضغط النفسي وحدث المرض العضوي، إذ إنه كلما ارتفع الضغط النفسي زادت احتمالية الإصابة بالأمراض العضوية. وبما أن الضغط النفسي هو نوع من ردود فعل انفعالية دائمة، فإن وجوده يؤدي إلى زيادة مستمرة في نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي، وينجم عنه زيادة في دقات القلب ، لذلك فإن ممارسة تمارين التأمل التي تؤدي الى استرخاء عضلي وعقلي يسهم في التقليل من مستوى الاحساس في الضغوط النفسية.

يمكن ان تعزى انخفاض مستويات الضغوط النفسية لدى أفراد العينة الى ان ممارسة التأمل تخلف سلام داخلي لدى المريض وتزوده بملجأ آمن ومستقر ولو خلال ممارسة التمارين نفسها، الأمر الذي يقود الى توازن انفعالي بدلا من التهيج و الاستثارة للعمليات الجسمية والعقلية. ان تمارين التأمل لديها القدرة على تزويد الممارس لها بالقوة والطاقة التي تزيد من معرفته بذاته وقدرته على ايجاد الصبر والسكون الداخلي والصفاء والوضوح للعقل الذي بدوره يؤثر على ما نعمل أو نفكر، والذي يقود الى تخفيف حدة التوتر والضغوط، فالتفكير بأشياء أخرى أو بطريقة التفكير نفسها بدلا من خلق أفكار مرتبطة بالمرض أو السماح للأفكار المرتبطة بالمرض السيطرة على المريض، ربما ساعد أفراد العينة في السيطرة على الضغوط المرتبطة بأوضاعهم الصحية،

ان لدى تمارين التأمل قدرة على استحداث استرخاء جسدي وعقلي من الضغوط المرتبطة بالموقف أو المشكلة التي يعاني منها الشخص.

ان لتمرين التأمل قدرة في افادة مرضى القلب خاصة في تلك الجوانب الفسيولوجية المرتبطة بالقلق والضغوط النفسية من مثل الشعور بالتعب والارهاق والتهيج والاستثارة الشديدة والشد العضلي والتوتر، نتيجة لما تحدثه تمارين التأمل من استرخاء عضلي وسلام عقلي. كما أن اجراءات تشتيت الانتباه بالتركيز على موضوع ما او كلمة ما ربما أفادت المرضى في الهائم بعيدا عن التفكير بالجوانب المعرفية للقلق وما يرتبط به من ضغوط نفسية الأمر الذي أدى الى ضبط المرضى لحياتهم وما يسود فيها.

ان الذين يعانون من الآثار السلبية للضغوط النفسية لا يأتون عادة الى العيادات النفسية أو مراكز الارشاد النفسي كي يرتاحوا من ردود الفعل النفسية والمعرفية المصاحبة لارتفاع مستويات الضغط النفسي، بل يأتون للمساعدة في خفض الآثار الجسمية المرتبطة بمعاناتهم من الضغط. وعندما يرى هؤلاء أن تمارين التأمل التي تقودهم الى الاسترخاء وبالتالي تخفيض مستوى الانزعاج و العنف وأعراض الشد والتوتر وفرط الاستثارة الفسيولوجية وشدة التهيج حتى تخف لديهم شدة الأعراض النفسية والمعرفية المرتبطة بالضغوط النفسية.

ان تهدة العقل باستخدام تمارين التأمل تبعد المشاعر السلبية كالحزن والهم والشعور بالذنب والقلق والاحباط وفقدان السيطرة. فالتأمل حسب ما يقول كوبر المشار له في Michaud & Wild يزيد من كمية الدم في الدماغ ويزيد من النبضات العصبية المتجهه الى المراكز الانفعالية في الدماغ والتي بمقدورها منع المشاعر المرتبطة بالضغوط والقلق والاكتئاب وتحافظ على سيطرة أفضل على المواقف والمشاكل والظروف الصعبة. وربما يكون هذا ما قد حدث لأفراد العينة.

من المعروف انه عندما نواجه بموقف ضعف ، كموقف ضاغط مثلا (جلطة) فانه يكون لدينا ردود فعل انفعالية مصاحبة لهذا الموقف كأن نلوم انفسنا او الاخرين ، ونقلق بما سيحدث لاحقا . وهكذا عندما نمر بهذه من ردود الفعل الانفعالية فان قدرتنا على ضبط الموقف او الحد من الاثار السلبية تضعف . ذلك فاذا ماتعلمنا كيف ندخل الهدوء والوضوح العقلي عن طريق تمارين التأمل ، فان النتائج او الاثار الايجابية تحل محل الاثار السلبية وغالبا ماتكون النتيجة انخفاض القلق والاكتئاب والضغط المصاحب للموقف الضاغط . فالتأمل هنا يعمل على تفرغ او

تخليص الممارس له من الاثار العقلية والنفسية للحالة الانفعالية التي يمر بها المريض سواء كان يعاني من جلطة او غيرها (Michaud & Wild) .

التوصيات:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج فإنه يوصى بما يلي :

١. العمل على توعية المرشدين و الأخصائيين أو تدريبهم على تمارين التأمل و برامج معرفية سلوكية لعلاج المصابين بمرض القلق و الاكتئاب و الضغط النفسي . حيث ان عوامل القلق و الاكتئاب و الضغط النفسي تستخدم الان في الوقاية من امراض القلب و في علاجها كبرامج تاهيلية بعد الاصابة بالجلطة .
٢. اجراء دراسة على عينة اخرى او امراض مختلفة لعلاج القلق و الاكتئاب و الضغط النفسي المصاحب لهذه الاضطرابات او الامراض من خلال ممارسة تمارين التأمل .

المراجع باللغة العربية:

- باديسكي، كرستين، و غرينبيرغر، دينيس، (٢٠٠١). **العقل فوق العاطفة**. ترجمة مبيضين، مأمون، الطبعة الأولى، المكتب الإسلامي عمان.
- بارلو، ديفيد. مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي. ترجمة صفوت مرج (٢٠٠٢). مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- بنسون، هيربر، (١٩٨٧). **مذاهبتك القصوى**. قبرص: مؤسسة الأبحاث اللغوية.
- جوران، سدني ولاندمن، تيد، (١٩٨٨). **الشخصية السليمة**. ترجمة: موفق الحمداي، وحمد الكربولي. بغداد: مطبعة التعليم العالي.
- حسين، طه عبد العظيم وحسين، سلامة عبد العظيم، (٢٠٠٦). **تمارين إدارة الضغوط التربوية والنفسية**. عمان: دار الفكر.
- حمدي، نزيه وأبو حجلة، نظام وأبو طالب، صابر، (١٩٨٨). **البناء العاملي ودلالات صدق وثبات صورة معربة لقائمة بيك للاكتئاب**. مجلة دراسات، ١٥(١)، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن
- عبد الله، محمد قاسم، (١٩٩٥). **النظريات المعرفية للاكتئاب**. مجلة الثقافة النفسية، القاهرة، ٦ (٢٤).
- العريفي، فهد، (٢٠٠٠). **القلب قبل المخ أحياناً**. مجلة الإمامة، ١٦٠٧، (٢-٢٦).
- عفانة، رفيف عبد الغني. (٢٠٠٦). **العنف الزوجي لدى عينة من مرض الاضطرابات السيكوسوماتية**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- غوتليب، بيل (٢٠٠٣). **اختيارات جديدة في العلاج "الطب البديل"**. الرياض: مكتبة جرير.
- محمد عادل عبدالله (٢٠٠٠). **العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات**. دار الرشاد القاهرة.
- المومني، وليد (٢٠٠١). **تمارين التدبر لضغوط الحياة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى طلبة الجامعة الأردنية**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية: عمان، الأردن.
- ناصر، لميس يوسف (١٩٩٥). **الضغط النفسي لدى الكبار العاملين والمتقاعدين**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية: عمان، الأردن.
- النيال، مايسة أحمد، (١٩٩١). **الفروق بين ممرضات العناية المركزية والأقسام الأخرى في كل من قلق الموت والعدوانية والعصابية والانبساطية والاكتئاب**. مجلة علم النفس، العدد (١٧).

المراجع الإنجليزية:

- Achmon J, (1989). Behavioral treatment of essential hypertension: a comparison between cognitive therapy and biofeedback of heart rate. *Journal Of Internal Medicine*, Vol. 51 (2), pp. 152-64; PMID: 2710909.
- Alexander, C. N., Chandler, H. M., Langer, E. J., Newman, R, I., & Davis J. L. (1989). Transcendental meditation, mindfulness, and longevity: An experimental study with the elderly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 950-964.
- Alexander, C. N., Davis, J. L., Dixon, C. A., Dillbeck, M. C., Drucker, S. M., Oetzel, R. M., Muehlman, J. M., & Orme-Johnson, D. W. (1990). Growth of higher states of consciousness: The Vedic Psychology of human development. In C. N. Alexander & E. J. Langer (Eds.), *Higher stages of human development: Perspectives on adult growth*. New York: Oxford University Press.
- Alexander, C. N., Rainfourth, M. V., & Gelderloss, P. (1991). Transcendental Meditation, self-actualization, and psychological health: A conceptual overview and statistical meta- analysis, *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 189-247.
- Anda R, Williamson D., Jones D., Macera C., Eaker E., Glassman A. & Marks J. Depressed affect hopelessness and the risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults. *Epidemiology* 1993; 4: 285–94
- Aron, E., & Aron, A. (1986). *The Maharishi Effect* Walpole, NH: Stillpoint

- Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. (1994). (4th ed.). D. C., American Psychiatric Association, 1(11), 159-160.
- Barnes S, V. Robert H.; Alexander, C N; Rainforth, M; Salerno, J; Kondwani, K; Stagers, F. (2005). **Impact** of the **Transcendental** Meditation Program on Mortality in Older African Americans with Hypertension -- Eight-Year Follow-Up. Journal of Social Behavior & Personality, 2005, Vol. 17 Issue 1, p201-216, 16p.
- Beck, A. (1991). Cognitive Therapy. A 30-Year Retrospective American Psychologist, 61, 194-198.
- Beck, A., & Emery, G. (1985). Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York: Basic Books.
- Beck, A., Freeman, A., & Associates. (1990). Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York: Guilford Press.
- Bellack, s. Hersen, M. (1990). Handbook of comparative treatments for adult disorders New York : Wiley.
- Benson, H (1975). The Relaxation Response. New York: Morrow.
- Benson, H. (2001). Body-Mind Pioneer. Psychology Today, 34, 56.
- Billings, D., Folkman, S., Acree, M., & Moskowitz, J (2000). Copying and Physical Health During Care-Giving: The Roles of Positive and

- Negative Affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 131-142.
- Blonna, R. (2000). *Coping with Stress in Changing World*. (2nd ed.). Boston: McGraw-Hill Companies.
- Blumenthal, J.A., Emery, C.F., & Rejeski, W.J. (1988). The effects of exercise training on psychosocial functioning after myocardial infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 8: 183-193.
- Brannon, L., & Feist, J. (2000). *Health psychology: An introduction to behavior and health* (4th ed.). Study guide. Belmont, CA: Wadsworth
- Brannon, L., & Feist, J. (2004). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. (4th ed.). Belmont CA: Wadsworth/ Thomson Learning.
- Braunwald, E. (1997). *Heart Disease*. London: W. B. Saunders.
- Brunner & Suddarth's. (1996). *Medical-Surgical Nursing*. (8th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Carrington, P, (1987). Managing meditation in clinical practice. In M. A. West (Ed.), *The psychology of meditation*. Oxford: Clarendon Press.
- Carrington, P, (1993). Modern forms of meditation. In P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Caspi O, Burlson KO. Methodological challenges in meditation research.*
Advances in Mind-Body Medicine. 2005;21(1):4-11

Cheng, C., Hui, W., & Lan, S. (2001). Perceptual Style and Behavioral Pattern of Individuals with Functional Gastrointestinal Disorders. *Health Psychology*, 19, 146-154.

Chesney, M., Black, G., Swan, G., & Ward, M. (1999). Relaxation Training for Essential Hypertension at the Work Site. *Psychosomatic Medicine*, 63, 737-743.

Claesson M, (2005). Women's hearts--stress management for women with ischemic heart disease: explanatory analyses of a randomized controlled trial. *Journal Of Cardiopulmonary Rehabilitation*, Vol. 25 (2), pp. 93-102; PMID: 15818198; PURPOSE.

Claesson, M. (2006). Cognitive-behavioural stress management does not improve biological cardiovascular risk indicators in women with ischaemic heart disease: a randomized-controlled trial. *Journal Of Internal Medicine* Vol. 260 (4), pp. 320-31; PMID:

Coles, E. (1982). *Clinical Psychopathology; An Introduction*. London: Ledge-Rout7 Kagan Paul. Contact and Occupational Dermatology (2002). Marks James G. , Peter Elsner (Author), Vincent A. DeLeo (Author)

Corey, (2005) *Theory And Practice of Counseling & Psychotherapy* (7th ed.). brooks / Cole Publishing Company. CA

Cormier, H. & Cormier, L. (1991) . Interviewing Strategies for Helpers, Brooks/Cole.

Cormier, Sherry & Nuris Paula (2003). Interviewing change Strategies for Helpers(5th ed.), Thomson Brooks/Cole.

Cox, T. (1978). Stress. London: Macmillan.

Cox, T., & Ferguson, E. (1991). Individual Differences: Stress and Coping. In: C. L. Cooper & R. Rayne (Eds.). Personality and Stress: Individual Differences in the Stress Process (pp.7-30). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.

Dalton, J. (1983). Stressful Life Events, Locus of Control, and Social Support Networks as Predictors of Maladjustment and Illness among College Freshman. Paper Presented at the Annual Meeting of Eastern Psychological Association, Philadelphia, April 6-9., 1-20.

Dattilio, F. & Freeman A. (2000). Cognetive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention(2nd ed.). The Guilford press New York London. A division of Guilford publications Inc.

Davis, M., Eshejman, E., & Mckay, M., (1998). The relaxation and Stress, Reduction Work Book, (3rd. ed) Oakland, New Harbinger Publications.

Deborah J., Toobert. L., Strycker A., Russell E. Glasgow, (2005) Effects of the Mediterranean Lifestyle Program on Multiple Risk Behaviors and

Psychosocial Outcomes Among Women at Risk for Heart Disease,
The Society of Behavioral Medicine.

Dickens C. PhD*,* McGowan L. PhD*, Percival C., PhD*, Tomenson B.,
(2007) Depression Is a Risk Factor for Mortality After Myocardial
Infarction, *Am Coll Cardiol*, 49:1834-1840.

Disayavanish, (1994) The effect of Buddhist insight meditation on stress and
anxiety, Illinois State University, 166 pages; AAT 9510422.

Dryden, W. (1987). *Current issues in rational –emotive therapy*. Groom
helm, London.

Edler, N. S., & Paker, J. D. (1990c). State and Trait Anxiety, Depression and
Copying Styles. *Australian Journal of Psychology*, 42, 207-220.

Ellis, A. (1980). *The principles and practice of rational – emotive therapy*.
Jossey –boss Publishers, London.

Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990b). State and Trait Anxiety, Depression
and Copying Styles. *Australian Journal of Psychology*, 42, 207-220.

Eppley, K., Abrams, A., & Shear, J. (1993). The differential effects of
relaxation techniques on trait anxiety: A meta-analysis. *Journal of
Clinical Psychology*, 45, 957-974.

Epstein, S. P. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L. A. Pervin
(Ed.), *Hanbook of personality: Theory and research*. New York:
Guilford Press.

Fenwick, P. (1987). Meditation and the EGG. In M. A. West (Ed.), *The psychology of meditation*. Oxford: Clarendon Press.

Ferguson, P. C. P. & Gowan, J. (1975) Psychological findings on Transcendental meditation. Scientific Research on the Transcendental Meditation program. Kansas city Andrews & Mc Meel

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). Stress Processes and Depressive Symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 107-113.

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive Affect and Other Side of Coping. *American Psychologist*, 55,647-654.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & Delongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.

Frew, D. (1977) Management of stress: using TM at work. Chicago: Nelson.

Gee, C. B., & Howe, G. W., & Kimmel, P. L. (2005). Couples coping in response to kidney disease: A developmental perspective. *Seminars in Dialysis*, 18, 103-108.

Gelderloos, P., Walton, K. G., Orme-Johnson, D. W., & Alexander, C. N. (1991). Effectiveness of the transcendental meditation program in preventing and treating substance misuse: A review. *The International Journal of Addictions*, 26, 293-325.

Glasser, W. (1976) Positive Addiction: New York: Harper.

Gupta S, Mitchel I , Michael Giuffre R and , Crawford S (1995) Covert fears and anxiety in asthma and congenital heart disease, Presented in part at The Annual Meeting of the British Pediatric Association

Harvey, P. G. (1988). Health Psychology. London & New York: Longman.

Herald, R., & Studart, B. (1994). Psychoneurocardiology, Psychosomatic and Somatosyctic Approaches to Hypertension Research. Integrative Physiological and Behavioral Science, 29, 348.

Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1991). Life Stressors Personal and Social Resources and Depression: 4-Year Structural Model. Journal of Abnormal Psychology, 100(1), 31-38.

Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1994). Life Stressors and Mental Health: Advances I Conceptualizing Stress Resistance. In: W. R. Avison, & I. H. Gotlib (Eds.), Stress and Mental Health: Contemporary Issues an Prospects for the Future (pp.213-238). New York: Plenum.

Hollander, E., Simeon, D., & Gorman, J. Anxiety Disorders. In: R. E. Hales, Yudofsky, S. C., & Talbot, J. A. (1994). (Eds.). The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry. (2nd ed.), pp.495-563, Washington, DC: American Psychatric Press, Inc.

Holmes, D. (1994). Abnormal psychology (2nd ed.). New York: Harper Collins.

Huang, I. K. (2001). Psychosomatic Medicine and Stress Reduction. (Online: www.Yanxingong.bc.ca).

Hugdahl, K. (2003). *Experimental Methods in Neuropsychology*. Boston: Kluwer Academic Publisher.

[http:// www.veryclever.com/music/Reiki](http://www.veryclever.com/music/Reiki), 2006.

James, & Marks. (2002).

Johnson, Jeffrey A. and Bootman, J. Lyle. Drug-Related morbidity and mortality. *Archives of Internal Medicine*, Vol. 155, October 1995, pp. 1949-56.

Joseph, D., Noshpitz, R., & Dean, C. (1990). *Stress and the Adjustment Disorders*. New York: John Wiley and Sons.

Kirby E, D. Williams, V, P. Hocking, M, C, James D. L. and Redford. W, (2006) Psychosocial Benefits of Three Formats of a Standardized Behavioral Stress Management Program, *Psychosomatic Medicine* 68:816-823.

Kirby, V. Williams, M. Hocking, J. and Williams, R. (2006) **Psychosocial Benefits of Three Formats of a Behavioral Stress Management Program** *Psychosom*, 68(6): 816 – 823

Kirsten I. Kaptein, P, Rob S. van d, and Jakob K. (2006) Course of Depressive Symptoms After Myocardial Infarction and Cardiac Prognosis: A Latent Class Analysis, *Psychosomatic Medicine* 68:662-668

Kondwani, Kofi Anum Nonpharmacologic treatment of hypertensive heart disease in African-Americans: A trial of the transcendental meditation

- program and a health education program. ; Dissertation Abstracts International: Section B: The Engineering, Vol 59(6-B), Dec 1998. pp. 3114. Abstract: Hypertensive heart disease
- Kopp, J. (1992). Psychosocial of Correlated of Diabetes Renal Dysfunction. American Nephrology Nurses Association Journal, 19, 432-437.
- Kumar, S. (2005). Grieving mindfully: A compassionate and spiritual guide to coping with loss. Oakland, CA: New Harbinger
- Lemaistre, J. (1999). After the Diagnosis: Coping with Chronic Illness. Alpine Guild, Inc. Dillon, CO 80435
- Madux, J. E., Brawley, L., & Boykin, A. (1995). Self-Efficacy and Healthy Behavior: Prevention, Promotion, and Detection. In: J. E. Maux (Ed.), Theory, Research, and Application (pp.173-202). New York: Plenum Press.
- Mathny, K, & Aycock, D. (1993). Stress in School Aged Children and Youth. Journal Educational Psychology, 5, 109-133 American Psychiatric.
- Michaud, E. & wild, R (1991) Boost Your Brain Power: A total Program to Sharpen Your Thinking and Age-Proof Your Mind Rodal Press. Emmaus, PA.
- Mosh, Z. (1992). Sources of Academic Stress: The Cs of the First Year Jewish and Arab College Students in Israel. Higher Education, 24, 25-40.

- National Mental Health Association (2003). State Mental Health Assessment Project. Available at : <http://www.nasmhpd.org/publications.cfm>.
- Nezu, A., Nezu, C. & Geller, P (2003) Handbook of Psychology (Vol.9) John Wiley & Sons Inc.
- Nicholson, A., Fuhrer, R. and Marmot, M. (2005). Psychological Distress as a Predictor of CHD Events in Men: The Effect of Persistence and Components of Risk Psychosomatic Medicine 67. 522-530.
- Oltmanns, F. and Robert E. (2004). **Abnormal Psychology**, Fourth Edition.
- Orme-Johnson, D. W. (1987). Transcendental Meditation and reduced health care utilization. Psychosomatic Medicine, 49, 493-507.
- Paran, E., & Amir, M. (1996). Evaluating the Response of Mild Hypertensive to Biofeedback-Assisted Relaxation Using a Mental Stress Test. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27,157-167.(Online: Available: Internethealthlibrary.com).
- Ramel, Wiveka Philippe R. Goldin, Paula E. Carmona, and John R. McQuaid (2004), The Effects of Meditation Cognitive Processes and Affect in Patients with Past Cognitive Therapy and Research, Vol. 28.
- Rath, Matthias. Eradicating Heart Disease. 1993, Health Now, San Francisco, CA.
- Rice, P. L. (1998). Health Psychology, Pacific Grove. CA: Brooks/ Cole.

- Robson, M. (1999). Stress And Its Perception In Childhood. *Counseling Psychology Quarterly*, 12, (3).
- Ryan C. Day, Kenneth E. Freedland, and Robert M. Carney (2005) Effects of Anxiety and Depression on Heart Disease , *International Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 12, No. 1, 24–29
- Schafer, W. (2000). *Stress management for wellness*. Fourth edition. Thomson/Harcourt College Publishers, New York
- Schaoper, W. (2000). *Stress Management for Wellness*. (4th ed.). London: Harcourt College Publishers.
- Schneider, R.H., Alexander, C.N., Stagers, F., Rainforth, M., Salerno, J.W., Hartz, A., Arndt, S., Barnes, V. and Nidich, S. (2005). Long-term effects of stress reduction on mortality in persons 55 years of age with systemic hypertension. *American Journal of Cardiology*, 95, 1060-1064
- Selye, H. (1979) *The Stress of My Life*, Van No strand Reinhold New York.
- Shapiro, S., Schwartz, G., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 581–599.
- Sloboda, J. (1990). *Cambating Examination Stress among University Students: Action Research in an Institutional Context*. *British Journal of Guidance and Counseling*, 18, 124-136.

- Smith, C., & Wallston, K. (1992). Adaptation in Patients with Chronic Rheumatoid Arthritis: Application of a General Model. *Health Psychology, 11*, 15-162.
- Smith, J. (1986): *Meditation: A sensible Guide to a timeless discipline*: Champaign, IL: Research Press.
- Smith, T., & Houston, Z. (1984). Irrational Beliefs and Arousal of Emotional Distress. *Journal of Counseling Psychology, 31*, 170-201.
- Spielberger, C. (1983). *Manual for State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. California: Consulting Psychological Process.
- Teasdale, J. (1985). Psychological Treatment for Depression. *Behavior Research and Therapy, 23*, 157-165.
- Tortora & Grabowski (2000). *Principles Of Anatomy & Physiology*. New York. John Wiley & Sons Inc.
- Tortora, J., & Grabowski, S. (2000). *Principles of Anatomy and Physiology*. (qed) New York: John Wiley & Sons, Inc.
- U.S Department of health and Human Services, Public health Service, *heakthy people 2000: National health promotion and Disease prevention objectives*, 1991, p.71.
- Vernon, A, Guarantor; A. Barnes. H Davis, Frank A. Treiber (2007). *Perceived Stress, Heart Rate, and Blood Pressure among Adolescents*

with Family Members Deployed in Operation Iraqi Freedom
MILITARY MEDICINE, 172, 1:40,

Wallace, W. A. (1986). Theories of counselling and psychotherapy. Allyn
and Bacon, Inc, Boston.

Walker, G., Roberts, M. (1983). Handbook of Clinical-Child Psychology.
New York: John Wiley.

Weiten, W & Lloyd, M (2000) Psychology Applied to Modern Life:
Adjustment at the Turn of the Century (6th ed.) Wadsworth Thomson
Learning Belmont, CA.

Young, J. (1991). A research evaluation of GROW, a mutual help mental
health organization. University of Tasmania: Unpublished doctoral
thesis.

الملاحق

الملحق ١. البرنامج الإرشادي

الجلسة الأولى:

زمن الجلسة: ٦٠ دقيقة

أهداف الجلسة

نتيجة لهذه الجلسة فإنه من المتوقع أن يحقق الأعضاء الأهداف التالية:

١- التعرف على بعضهم البعض والتعرف على المرشدة.

٢- توضيح طبيعة البرنامج وأهدافه.

٣- تحديد دور الأعضاء والمرشد.

٤- التعرف على توقعات الأعضاء.

الإجراءات:

١- الطلب من الأعضاء التوجه إلى مكان خاص تحدده المرشدة مسبقاً ومن خلال الأطباء ،

تعرف المرشدة بنفسها وتطلب من الأعضاء الجلوس بشكل دائري ما أمكن لتحقيق أكبر

قدر من التواصل اللفظي وغير اللفظي.

٢- تعرف المرشدة بنفسها من حيث الخبرة والاهتمامات والطلب من الأعضاء أن يعرفوا

على أنفسهم وطبيعة أعمالهم واهتماماتهم وأي شيء يودوا أن يقولوه خلال الجلسة.

٣- بعد ذلك تخبر المرشدة الأعضاء بالأهداف المتوقعة بلغة محددة كأن تقول أن الهدف العام

من لقاءنا هو تعلم شيء جديد يفيدنا في التكيف مع أمراضنا أو مشاكلنا، هذا الشيء هو

التأمل، والتأمل هو إحدى الطرق الفعالة لعلاج كثير من الاضطرابات النفسية كالإكتئاب،

القلق، والضغط النفسي الذي يرافق الكثير من الأمراض مثل مرض القلب. التأمل هو

حصر التركيز والانتباه وعلى شيء يجعل الفرد يشعر بالراحة والاسترخاء، والذي يوفر

له الصفاء الذهني ووضوح الرؤيا حول الحياة كما يزيد التأمل من حالة الوعي الإنساني

وتحسين الوعي بالذات.

٤- تقول المرشدة للأعضاء سوف نقوم بالتدريب على مهارة محددة في كل جلسة، وسأقوم

بعمل هذه المهارة مرة أو مرتين أو حسب ما ترونه مناسباً، ثم نناقش كيفية عملها، فائدتها

ثم سأطلب من كل مشارك أن يقوم بالتدرب عليها أمام المجموعة حتى يتقنها.

- ٥- تحت المرشدة كل متدرب أن يقوم بأداء المهارة التي تطلب في كل جلسة كواجب بيئي قبل أن تلتقي المجموعة للمرة الثانية.
- ٦- تفتح المرشدة باب النقاش بالأسئلة التالية:
- ما رأيكم بما سمعتم؟ وما هي توقعاتكم للمجموعة ولأنفسكم؟ هل لديك أهداف خاصة للمجموعة؟
- ٧- تقوم المرشدة باستخدام استجابات الإصغاء الاستيضاح وعكس المشاعر وعكس المحتوى و التلخيص لما سمعت من آراء أو توقعات.
- ٨- تحدد المرشدة مع الأعضاء التوقعات والأهداف الواقعية الخاصة بالمجموعة والأعضاء. تشير المرشدة إلى عدد الجلسات و هي ثمانية عشر جلسة والمدة الزمنية لكل لقاء هو ٦٠ دقيقة ومكان اللقاء هو مستشفى الاستقلال و مركز صحي صويلح.
- ٩- واجب بيئي تطلب المرشدة من الأعضاء كتابة ردود أفعالهم حول الجلسة وما فهموه، سيتم مناقشة ذلك في الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية

مفهوم التأمل

الأهداف:

نتيجة لهذه الجلسة فإن من المتوقع أن يحقق الأعضاء الأهداف التالية:

- ١- توضيح مفهوم التأمل وإليه عمله.
- ٢- عد طرق التأمل التي تستخدم في هذه المجموعة.
- ٣- شرح الأعضاء على النتائج الصحية للتأمل.

الإجراءات:

- ١- تطرح المرشدة سؤال ما المقصود بالتأمل؟
 - تحاول الحصول على إجابات على هذا السؤال.
 - تقدم المرشدة التغذية الراجعة المناسبة لإجابات المسترشدين
- ٢- تقول المرشدة أن التأمل هو التركيز و الانتباه على شي معين يجعل الفرد يشعر بالاسترخاء و الراحة ويساعد التأمل على تفريغ الأفكار السلبية، وعندما يكون الدماغ خالياً من هذه الافكار فانه يكون اكثر جاهزية لاستقبال افكار وادراكات وطرق جديدة للتعامل مع المشاكل الصعبة. وأن الهدف الأول من التأمل هو التركيز لأن التركيز يساعد على تحسين الوعي بالذات كما أن التحديق بشيء ثابت مثل اللهب أو زهرة تعتبر أكثر طريق مريحة للتأمل.
- ٣- من الطرق المريحة للتأمل هي رفع وخفض النفس "أي عملية التنفس" ويمكنك استخدام أي شيء لعملية التأمل : أسمك المكتوب ، الاجندة التي على مكتبك أو حتى مقدمة أنفك. أوضح ذلك للمشاركين و أقول لهم انظروا الي كيف أتنفس بعمق، ثم انظروا كيف احدثق ب مقدمة أنفي.
- أنه من المهم أن نفهم بأن أساس عملية التأمل لا يقع ببساطة في عملية التركيز على شيء محدد واستثناء كل الأفكار الأخرى، ولكن بدون أن تحاول الحصول على هذا النوع من التركيز فإن طبيعة الدماغ أو العقل لا تريد أن تبقى في حالة تركيز .
- أن عدد هائل لا يحصى من الأفكار سوف يظهر وسوف ينقطع ويشوش بواسطة التأمل.
- ٤- توضح المرشدة النموذج الدارج من التأمل وتوضح الية عمله وهو سيكون كما يلي:

أن التأمل يختار عملية العد بـ ثلاث "١، ٢، ٣" وبشكل متكرر.

عادة عندما يبدأ كثير من الناس بممارسة التأمل فإنه يكون كالتالي : التأمل بالعد هو الأساس التركيز على فكرة واحدة ، ثم بعض الناس تأتي عندهم فكرة ويركز عليها ثم تأتي فكرة ثانية ويقول هذا ليس بالأمر الصعب أستطيع أن أركز تفكيري ثم يبدأ من جديد بأخذ نفس وهو يتأمل ويقول فكرة واحدة ثانية الثالثة ثم يعد واحد اثنتان ثلاث وهكذا

يقول لنفسه ليس لدى العديد من الأفكار على العموم آه آه أنا أستطيع أن أحصر أفكاري في فكرة واحدة ثم تصبح الفكرة فكرتين وقد يقول أنفي يحكني هذه فكرة ثالثة هناك حماسة طارت من هنا وهكذا

ثم يقول إذا بالإمكان (أحك أنفي) أصبحت فكرة خامسة ثم يقول ربما لا أستطيع أن أتحمّل ذلك هذه فكرة سادسة ثم يقول علي أن أحاول أكثر هذه فكرة سابعة.

عليه في هذه الحالة أن يتوقف وأن يبدأ من جديد، ويبدأ يفكر بالفكرة الأولى ثم تأتي الثانية والثالثة يحاول أن يوقف نفسه عند الثالثة يحاول أن يوقف نفسه عند الثالثة ويبدأ من جديد.

بعض الناس يقول من السهل أن أطبق هذا فكرة ... قد تأتي أخرى ثالثة.

ثم يقول لنفسه أنا جائع ... تصور أنني سأطبخ هذه الليلة فكرة فكرتان ويقول هذا عمل صعب .. ثلاث ثم يقول لدى الكثير من الأفكار عندها عليه أن يعود وبعد أمن جديد.

وعندما يبدأ المتأمل إدراك أن دماغه أو عقله أنتقل إلى أفكار أخرى غير التي اختارها في الأساس عليه أن يعود إلى موضوع انتباهه الأصلي قد يكون هنا الشجرة أو لوحة فنية أو باقة ورد، وعندما يعود إلى موضوع انتباهه فإن هذه لحظة وعي وهذه اللحظة تعتبر فكرة. ومن هنا تأتي المهمة الأساسية وهي إعادة التركيز على موضوع الانتباه. ومع مرور الوقت فإن العديد من الإدراكات المذهلة والمفاجئة سوف تظهر بوضوح للمتأمل.

٥- تقوم المرشدة بتوضيح خطوات جوهر التأمل و هي:

١- من الصعب على الإنسان أن يكون كارهاً أو خائفاً عندما يركز دماغه أو تجعله على

فكرة أو موضوع على غير المواضيع التي ستجرها الانفعالات السابقة.

٢- أنه ليس من الضروري أن تفكر بكل الأشياء التي تقفز أو تظهر في عقلك، يجب أن

يكون لديك القدرة على اختيار الأفكار التي تريد التفكير بها.

٣- أن المحتوى لمختلف للعقل يمكن أن يوضع بشكل حقيقي في بعض الاصناف مثل افكار

الشكوى، أفكار الخوف، أفكار الغضب، أفكار الطموح أو ما يريد الشخص، أفكار

التخطيط الذكريات وهكذا

- ٤- أنت تتصرف بطريقة معينة لأنك تمتلك أفكار معينة من حياتك العملية، وقد أصبحت عادات، والنموذج الذي يأخذ شكل العادات في التفكير والاعتقاد سوف يبدأ بفقدان تأثيره على حياتك حالما تصبح مهتماً به أكثر.
- ٥- الانفعالات بعيداً عن الأفكار والصور التي في عقلك، تتضمن داخلياً احساس فسيولوجي "طبي" داخل جسدك.
- ٦- هكذا أصبحت الانفعالات القوية قابلة للإدارة إذا ركزت على أحاسيسك في جسدك وليس على المحتوى الفكري الذي أنتجته.
- ٧- الأفكار و الانفعالات ليست دائمة، فهي داخلة خارجة من جسدك وعقلك فهي لا تريد أن تغادر.
- ٨- عندما تكون متيقظاً لما يحصل الآن، فإن قمة الارتفاع والانحدار في استجاباتك العاطفية للحياة تخفني. سوف تعيش الحياة بحزم واتزان.
- ٦- تناقش المرشدة النتائج الصحية المتوقعة للتأمل. اكدت الدراسات على أن التأمل يقلل من القلق ويطفىء الغضب، وفي دراسة أجريت في جامعة مهارتشي وفي ولاية أيوا على "٢٩" رجلاً أكدت نتائج الدراسة أن ممارسة التأمل مرتين يومياً ممكن أن يقلل من مستويات الكوليسترول في الدم.
- وفي عام (١٩٩٨) قرر الدكتور هربرت بنسون وطلابه أن يضعوا التأمل تحت الفحص بكلية الطب في جامعة هارفرد. لقد تم اختيار متطوعين في التأمل لمعرفة إذا كان التأمل الذاتي له تأثير ويقلل من الإجهاد والضغط النفسي.
- لقد أكدت الدراسة أن:**
- ١- معدل خفقات القلب والتنفس ينخفض.
- ٢- أن عملية حرق واستهلاك الأكسجين من الدم تنخفض بمعدل (٢٠%).
- ٣- أن معدل حمض اللاكتوز ينخفض أيضاً "حمض اللاكتوز هو حامض ينتج من عملية حرق الأكسجين في الخلايا العضلية في عملية التنفس اللاهوائي "الإجهاد" والذي يرتفع أثناء الإجهاد والضغط النفسي.
- ٤- حساسية الجلد للتيار الكهربائي وهي علامة على الاسترخاء تزداد إلى أربع أضعاف.
- ٥- EEG "اختبار تخطيط الدماغ يوضح ازدياد معدل موجات "الفا"، وهي علامة أخرى على الاسترخاء.

لقد ذهب بنسون إلى تأكيد أن ممارسة التأمل سوف تضاعف هذه التغييرات الفسيولوجية بناءً على أربعة عوامل منها:

- ١- بيئة هادئة.
- ٢- وضع مناسب وملائم.
- ٣- وضع جسمي غير منفعل.
- ٧- تناقش المرشدة فعالية التأمل:

تقول المرشدة أن التأمل يساعد في علاج ضغط الدم المرتفع وقد كان ناجحاً في ذلك. وأيضاً في علاج أمراض القلب الأخرى بالإضافة إلى الجلطات وآلام الرأس والأمراض المتعلقة بالمناعة. و السكري وأمراض المفاصل. كما أكدت الدراسات أنه يساعد في علاج نوع من التفكير الذاتي الذي يستحوذ على تفكير المرء حول موضوع معين بالإضافة إلى الإحباط، الغضب و العدائية.

٨- تناقش المرشدة الفترة الزمنية التي يمكن تعلم التأمل فيها. تقول المرشدة يمكنك تعلم التأمل في لحظات قليلة وحالاً عندما يقل استهلاك جسمك للأكسجين هذه علامة على الاسترخاء.

كما تقول المرشدة أن فوائد التأمل تأتي مع الممارسة بشكل منتظم ومستمر.

واجب بيتي:

تطلب المرشدة من الأعضاء ممارسة التأمل من خلال التركيز على شيء معين مثل شجرة أو وردة أو أي شيء ما في محيطه لمدة ١٥ دقيقة. و تسجيل آرائهم و شعورهم حول ذلك.

الجلسة الثالثة:

أوضاع التأمل و طبيعة عمل القلب و علاقة ذلك بالتأمل

الأهداف:

مدة الجلسة ٦٠ دقيقة

نتيجة لهذه الجلسة فإنه من المتوقع أن يحقق الأعضاء الأهداف التالية:

١- يجلس الأعضاء بشكل صحيح أثناء التأمل.

٢- تحديد الاصابات التي يتعرض لها القلب .

٣- ذكر الفوائد الصحية الاخرى للتأمل

الإجراءات:

١-تعدد المرشدة أوضاع التأمل و تقوم بتوزيع الرسومات

تقول المرشدة للأعضاء اختار الوضع الذي يناسبك من الأوضاع التالية:

أ- الجلوس على الكرسي، مباعداً بين ركبتيك بشكل جيد وضع يديك في حضنك "على الفخذين"

ب-الجلوس حسب طريقة الخياط "وضع الأرجل متقاطعة على الأرض.

ت-الطريقة اليابانية: تعني الجلوس على الركب حيث تتلامس الأصابع الكبرى في القدم.

ث- الجلسة المشابهة لنبات اللوتس المكتمل " وضع اليوجا "

٢- تقوم المرشدة بتوزيع صور هذه الأوضاع السابقة.

٣- تقوم المرشدة بنمذجة هذه الأوضاع.

٤- تطلب المرشدة من أحد الأعضاء بنمذجة هذه الأوضاع مع وجود الصور واعطاء التعليمات والإرشادات اللازمة عن هذه الأوضاع.

٥- تطلب المرشدة من أعضاء المجموعة نمذجة هذه الأوضاع بينما تستمر المرشدة باعطائهم الإرشادات اللازمة.

٦- توضح المرشدة طبيعة مرض القلب بأنه يتضمن مرض الشريان التاجي- الذبحة الصدرية- نقص جريان الدم- انخفاض الضغط الشرياني- زيادة حاجة القلب للاوكسجين.

و يعتبر القمب بشكل رئيسي مضخة حية و هو ما يقارب ألف مرة في اليوم او يزود شبكة شرايين الدم التي تبلغ ٩٦ الف كيلو متر، و يضخ لها ١٥ الف لتر من الدم من كل اجزاء الجسد في كل يوم او تعتاد مضخات القلب على تحويل الدم المستخدم في قنوات الرئة حيث الغازات المفقودة و خاصة اول اكسيد الكربون الذي ينفث و يأخذ الاكسجين الى الدم، و من الرئتين يتم

ضخ الدم الاحمر الصافي المليء بالاكسجين عبر الشرايين الى شرايين اصغر و شعيرات حيث تتبادل الاكسجين و الغذاء من خلايا الجسم و تأخذ مكانها ثم تعود للقلب من خلال الاوردة. و تعتبر امراض الجلطة القلبية و النزيف الظاهرتين الرئيسيتين لامراض القلب و الشرايين.

٧- تذكر المرشدة للاعضاء الفوائد التالية للتأمل:

توضح المرشدة ان التأمل و طرق الاسترخاء العميق تساعد المرضى على التعامل مع المرض لتقليل او تخفيف ، الآلام الناتجة من الامراض على تنوعها، كما انه يقوي جهاز المناعة.

و قد اشار الدكتور " انسيلاين مايرز" و هو معالج نفسي يستخدم التأمل مع مرضى السرطان أن ٧٣ مريضاً حضروا ٢٠ جلسة من التأمل المكثف و كان هناك انخفاض ملموس في القلق و الاكتئاب مع ألم اقل بشكل و تحسن ما نسبته ٥٠% من حياة هؤلاء المرضى. و يعتبر التأمل جزء رئيسي من علاج مرضى القلب.

٨- تستمع المرشدة لأراء الاعضاء و تقوم بلاجابة عن اي استفسارات تطرح.

واجب بيتي:

تطلب المرشدة من الأعضاء التدرج على هذه الأوضاع لمدة عشر دقائق مرتين يومياً.

الجلسة الرابعة:

عناصر التأمل وتمارينه

الأهداف : مدة الجلسة (٦٠) دقيقة .

نتيجة لهذه الجلسة فإنه من المتوقع أي يحقق الأعضاء الأهداف التالية :-

١. توضح عناصر التأمل .

٢. التدرب على تمارين التأمل .

الإجراءات :-

١. تقوم المرشدة بالتعريف بعناصر التأمل وهي :-

- مكان هادئ للتأمل : أفضل بيئة لممارسة التأمل تشبه تلك العملية من الاستلقاء أرضاً أو

الجلسة التي من شأنها العمل على استرخاء عضلات الجسد ، فاجلس في مكان هادئ بأقل

درجة من المشتتات ومن ثم يمكنك التأمل فيما بعد بشكل جيد في أماكن تحديث فيها

أحداث مثل غرفة الانتظار لدى الطبيب أو في الحافلة وهكذا

- تقوم المرشدة(بنمذجة) هذا الإجراء والاستلقاء أرضاً ثم الجلسة التي من شأنها العمل على

استرخاء عضلات الجسد .

- تطلب المرشدة من أحد الأعضاء (نمذجة) هذا الإجراء .

- ثم يقوم جميع الأعضاء بممارسة هذا الإجراء .

❖ الجلسة الهادئة أو المتوازنة :-

الصفة الرئيسية لجلسات التأمل الموصوفة هي أن العمود الفقري يبقى مستقيماً ، وقد يشعر

الأشخاص ذوي الانحناءات بعدم الراحة في البداية عندما يتخيلون هذه الجلسات فالعمود الفقري

يبقى مرتدأ بخط يقوم على قاعدة ويحمل وزن الجسد بطريقة متوازنة حيث تكون الانحناءات

وليست الضغوط العضلية هي المؤثرة بشكل رئيسي .

حالة الجلسة تعتبر أفضل للتأمل من الاستلقاء لأن الاستلقاء هو الحالة الاعتيادية للنوم ،

والاستلقاء في التأمل قد يؤدي إلى النوم ، وإذا كان الشخص ليس من السهل عليه الاستغراق في

النوم أثناء النهار فقد يمارس التأمل بوضعية شبه دائرية على كرسي كبير دون ظهر يسند الرأس

، وفي وضعيات التأمل التقليدي يبقى الظهر عادة متحركاً وهذا ما يدعى بالوضعية المتوازنة .

وتعزز الوضعية المتوازنة من الحالة الصحيحة لتركيز الوعي في التأمل الناجح وتعتبر جلسة

الساق المتربعة مع بناء الرأس والظهر في حالة عمودية هي الوضعية المثالية .

٢. تقوم المرشدة بعمل وأداء وتمثيل لتمارين التأمل التي تتمثل بـ " التنفس الاسترخائي ، الاسترخاء العضلي ، التأمل البسيط ، تمارين التأمل بالمشي ، تمارين رحلة التأمل " ونقول هناك أساليب كثيرة للتأمل بعضها بسيط جداً يمكن اكتسابه بالقليل من الممارسة وبعضها الآخر يتطلب التدريب عليها من قبل محاضر خبير. سنعمل على تغطية الأساليب البسيطة حتى نبدأ ولاحظ أنه بسبب ما قد يتركه التأمل على ذكريات القنوط لديك وبسبب الأثر النفسي، فإنك قد لا تكون مرتاحاً في البداية أو قد تشعر بعدم الراحة لأن هذا الشيء جديد بالنسبة لك ولذلك سوف يكون معي في البداية بعض المختصين الذين سوف يساعدونا عندما لا تكون مرتاحاً .

٣. تقوم المرشدة (بنمذجة) إجراءات وتمارين التأمل السابقة ، وتطلب من الأعضاء أن يلاحظوا كيف تقوم بذلك.

٤. تطلب المرشدة من بعض الأعضاء (بنمذجة) هذه الإجراءات ومن ثم يطبق باقي الأعضاء ما شاهدوه .

٥. واجب بيبي تطلب المرشدة من الأعضاء ممارسة هذه الإجراءات والتمارين كواجب بيبي.

١-ممارسة التأمل في مكان هادئ لمدة عشر دقائق يومياً.

٢- تطلب المرشدة من الأعضاء التدريب على الجلسة الهادئة أو المتوازنة و القيام بممارسة التأمل في نفس الوقت، وكتابة الانطباعات حول ذلك.

الجلسة الخامسة

١- "التركيز على الوضع الجسدي" أضبط جلستك بما يناسبك"

٢- التنفس

الأهداف

نتيجة لهذه الجلسة فإنه من المتوقع أن يحقق الأعضاء الأهداف التالية:

مدة الجلسة ٦٠ دقيقة

١- مناقشة الواجب البيئي "التركيز على الوضع الجسدي".

٢- التركيز على الوضع الجسدي.

٣- التنفس بشكل صحيح.

٤- ذكر أهمية التنفس الصحيح.

٥- التخلص من الأفكار السلبية.

٦- تحديد الوقت اللازم.

الإجراءات:

١- تشرح المرشدة للأعضاء الوضع المريح للجلسة.

تقول لهم في جلسة التأمل تغلق عينيك ركز على المكان الذي يلامس فيه جسدك الوسادة أو

الكرسي ركز على الأحاسيس التي سوف تحسها.

لاحظ تلامس المفاصل، أشبك يديك أو قدميك وأجعل انتباهك لهذه الإمكان التي يوجد فيها اتصال،

ثم ركز في الهيئة التي سوف يبدو عليها جسدك في الفراغ، هل يأخذ الكثير من الفراغ هل يأخذ

حيز صغير؟؟ هل تستطيع الإحساس بالحدود التي بين جسدك والفراغ، لاحظ هذا الشعور.

٢- تقوم المرشدة بنمذجة هذه الجلسة تقول لهم انظروا كيف أغلق عيني وأركز على المكان

الذي يلامس فيه جسدي ... إلى آخر التمرين.

٣- تطلب المرشدة من أحد الأعضاء أن ينمذج هذا التمرين بينما تزوده المرشدة بالإرشادات

اللازمة.

٤- تطلب المرشدة من الأعضاء أن ينمذجوا هذا التمرين.

٥- توضيح المرشدة فائدة التنفس وتقول لهم أن التنفس هو فن يؤدي إلى التأمل والتركيز كما أن التنفس العميق يريح الجسم ويساعد على التركيز الذهني ويساعد على النوم الهادئ كما يساعد التنفس الصحيح الإنسان في التخلص من الأفكار السلبية.

٦- تشرح المرشدة للأعضاء كيفية التنفس الصحيح، تقول المرشدة أغلق عينيك خذ العديد من الأنفاس العميقة، لاحظ مستوى تنفسك هل هو سريع أن بطيء؟؟؟ حاول أن تجد أين تذهب هذه الأنفاس، هل هي عالياً في أعلى صدرك، أم في الوسط حول معدتك؟؟ حاول أن تحرك هذه الأنفاس في جسدك من مكان لآخر، تنفس بالجزء العلوي من صدرك، ثم بواسطة معدتك، لاحظ بطنك وهو يتمدد و يتقلص خلال الشهيق والزفير، لاحظ كيف يكون صدرك ومنطقة معدتك تعود كما كانت عليه يعد عملية التنفس على أي حال إذا كان لديك صعوبة في أخذ التنفس العميق فإن عليك أن تحاول أكثر.

٧- تتمذج المرشدة عملية التنفس العميق تقول لهم أنظرو كيف أغلق عيني أخذ العديد من الأنفاس العميق..... إلى آخر التمرين.

٨- تطلب المرشدة من من أحد الأعضاء نمذجة تمرين التنفس بينما تقوم المرشدة باعطائه التعليمات المناسبة.

٩- تطلب المرشدة من أحد الأعضاء نمذجة هذا التمرين .

١٠- أعيد خطوات التنفس أمام الأعضاء و أطلب منهم ممارسة التنفس الصحيح لمدة خمس دقائق مرتين يمياً.

واجب بيتي

تطلب المرشدة من الأعضاء التدرج على كيفية التنفس الصحيح و مناقشة الانطباعات حول ذلك.

الجلسة السادسة:

التأمل على المانترا

الأهداف:

مدة الجلسة ٦٠ دقيقة

نتيجة لهذه والجلسة فإنه من المتوقع أن يحقق الأعضاء الأهداف التالية:

- ١- التدريب على المانترا.
- ٢- ممارسة تمارين التنفس.
- ٣- ايجاد الوضع الجسدي المناسب والمريح له.

الإجراءات:

- ١- توضح المرشدة أن المانترا لها علاقة بالمعتقد الديني الذي لدى الشخص، ولكن يمكن أن يردد الشخص لفظ يحبه أو كلمة قد تكون لها معنى بالنسبة لك أو لفظين مناسبين لك حيث يكون صوتهما ممتع بالنسبة لك لقد أقترح بينسون كلمة واحدة والعديد من المتأملين يفضلون لفظ أووم.
- ٢- تقوم المرشدة بتوضيح خطوات التأمل بالمانترا.
- ٣- جد الوضع الجسدي لنفسك، وركز جسديك على ذلك النموذج العديد من الأنفاس العميقة.
- ٤- رتل الكلمة بينك وبين نفسك، قل الكلمة مرة تلو الأخرى في عقلك، عندما يبتعد عقلك عنها عد إليها، إذا لاحظت أي إحساس في جسديك، استشعرا هذا الإحساس، ثم عد إلى تكرار الكلمة المفضلة لديك دع كلمتك المفضلة أن تجد إيقاعها الخاص كلما كررتها أكثر فأكثر.
- ٥- حاول ترديد كلمتك المفضلة بصوت عالي، دع صوتك يملأ كيانك لكي ترتاح لاحظ احساسك الذي شعرت به الآن، هل يختلف عندما نرتل هذه الكلمة بصوت منخفض أي طريقة أكثر ارتباطاً.

- ٦- تذكر يجب أن تتمرن على التأمل بشكل واع، قد تجد بان تكرار الكلمة المفصلة لديك خصوصاً عندما تكرر الكلمة بصوت منخفض أكثر سهولة وقد يتحول إلى شكل ميكانيكي حاول أن تبقى متيقظاً.
- ٧- تقوم المرشدة بنمذجة هذا التمرين.
- ٨- تطلب المرشدة من أحد الأعضاء نمذجة هذا التمرين وفي نفس الوقت تعطي المرشدة الإرشادات اللازمة.
- ٩- تطلب المرشدة من الأعضاء نمذجة هذا التمرين مع أعضاء الإرشادات اللازمة.

واجب بيتي:

يتدرب الأعضاء على ترديد مانترا معينة أو ترديد الكلمة المفضلة لديهم لمدة عشر دقائق يومياً و من ثم مناقشة الانطباعات و المشاعر حول ذلك.

الجلسة السابعة:

التأمل أثناء التنفس

الأهداف

نتيجة لهذه الجلسة فإنه من المتوقع أن يحقق الأعضاء الأهداف التالية:
مدى الجلسة ٦٠ دقيقة:

- التنفس بشكل صحيح
- التأمل أثناء عملية التنفس
- التعرف على فوائد التأمل أثناء عملية التنفس

الإجراءات

- ١- توضيح المرشدة أن هذا النوع من التأمل هو الأكثر راحة من بين الأنواع الأخرى، أن دخول الهواء وخروجه من صدرك بشكل سلس لطيف يخلق شعور بالسلام والراحة.
- ٢- تقوم المرشدة بتوضيح خطوات هذه العملية وفيما يلي وصف لعملية التأمل أثناء التنفس.
 - أ- جد الوضع المناسب لجلستك، وركز نفسك، خذ العديد من الأنفاس العميقة، أغلق عينيك أو ركزهما في نقطة معينة على الأرض تبعد أربع خطوات عنك.
 - ب- خذ أنفاس عميقة ولكن ليست بعنف، وكلما فعلت ذلك ركز اهتمامك على كل جزء من عملية التنفس.
- الشهيق: ثم النقطة التي توقف عندها الشهيق وتبدأ بالزفير، الزفير الانقطاع أو التوقف بين الشهيق والزفير، ثم العودة وإلى النقطة التي تبدأ من جديد بعملية لشهيق، الشهيق وهكذا ...
- انتبه جيداً ما هو الشعور في جسدك عند التوقف بين الأنفاس.
- ج- عند الزفير قل "واحد" أستمّر بالعد لكل زفير يقولك "اثنان" "ثلاث" أربع". ثم أبدأ من جديد "واحد" وإذا أضعت العد أبدأ ببساطة من "واحد".
- ح- وعندما تكتشف بأن عقلك قد أستغرق بالتفكير لاحظ ذلك عدّ بلطف عدّ الأنفاس.
- خ- وإذا كان هناك إحساس في جسدك قد غير اتجاه انتباهك، ركز على هذا الإحساس حتى يختفي ثم ركز انتباهك على الشهيق ثم الزفير، استمر في عد أنفاسك.
- د- وإذا أحببت جرب ما يلي، أبدأ بعد أنفاسك لدقائق، ثم أوقف العد وركز انتباهك على التنفس فقط، ركز على بطنك وهو يتمدد ويتقلص أثناء عملية الشهيق والزفير، ركز انتباهك على الإحساس بالتنفس في كل وقت الآن وفي المستقبل، قد تجد نفسك مقابل فكرة

تستحق التفكير بها، أخبر نفسك بأنك ستأخذ هذه الفكرة بعد الانتهاء من عملية التأمل أن الإحساس شيء آخر غير التنفس قد يجلب انتباهك لأمر آخرى مثل الإحساس بالألم في كتفيك، أو بوخز في قدميك ركز انتباهك على هذا الألم حتى يختفي من تفكيرك ثم عد إلى عملية التنفس.

ذ- تقوم المرشدة بنمذجة هذه الخطوات.

ر- تطلب المرشدة من أحد الأعضاء نمذجة هذه الخطوات مع إعطاء الإرشادات اللازمة.

ز- تطلب المرشدة من الأعضاء نمذجة هذا التمرين مع إعطائهم الإرشادات اللازمة.

واجب بيئي:

يمارس الأعضاء تمرين التأمل أثناء التنفس، وتسجيل آرائهم حول ذلك ومناقشة ذلك في الجلسة القادمة.

الجلسة الثامنة

التحديق "التأمل من خلال التركيز على شيء معين"

الأهداف:

نتيجة لهذه الجلسة فإنه من المتوقع أن يحقق الأعضاء الأهداف التالية:
مدة الجلسة ٦٠ دقيقة

- ١- التركيز الأعضاء على شيء معين.
- ٢- التدرب على التأمل من خلال التحديق.
- ٣- التعرف على فوائد التأمل من خلال التحديق.

الإجراءات:

- ١- توضح المرشدة أن هذه الشكل من التأمل يتضمن تثبيت نظرك على شيء ما بدون التفكير به بواسطة الكلمات اختار شيئاً صغيراً تحبه حجر قطعة من الخشب لوحة فنية أو أي شيء آخر تشعر بأنه مناسب.
- ٢- تقوم المرشدة بتوضيح خطوات التحديق.
 - أ- اجلس في وضع مريح أو اختار الوضع المريح لجلستك، ركز نفسك، خذ العديد من الأنفاس.
 - ب- ضع الشيء المفضل لك على سطح يكون فيه على مستوى نظرك وبعيداً عنك بمقدار قدم أو أبعد أكثر أنظر إليه بحذر وتمعن، حدق أكثر من البداية، حافظ على أن تكون العينان مرتاحتان ومسترخيتان بدون شدة، لاحظ ألوان الشيء الذي تتمعن فيه، ملمسه، حجمه، وشكله. ركز على حوافه بعينيك، غط كل أنس تستطيع النظر إليه وأنظر إذا كان لديك القدرة على اختيار نوعيته، أجعل كل كيانك أن ينهمك في اكتشافه وكأنما لم تره من قبل.
 - ت- كلما قفزت الأفكار والكلمات حول هذا الشيء في عقلك ببساطة لاحظها وأسمح لها بالمرور ثم عد بتفكيرك إلى الشيء نفسه.
 - ث- إذا أي إحساس معين هاجم انتباهك أبقى مع هذا الإحساس حتى يختفي ويتلاشى وأنت تستمر في التحديق في هذا الشيء.
- ٣- توضح المرشدة للأعضاء أن هذه النوع من التأمل يساعد على الاسترخاء والراحة وأن التدريب على هذا التمرين تقلل من التشويش والقلق.
- ٤- تقوم المرشدة بنمذجة هذه الخطوات.
- ٥- تطلب المرشدة من أحد الأعضاء نمذجة هذه الخطوات مع إعطائهم الإرشادات اللازمة.

٦- تطلب المرشدة من الأعضاء نمذجة هذه الخطوات مع أعطائهم الخطوات اللازمة.

واجب بيتي:

تطلب المرشدة من الأعضاء ممارسة هذا النوع من التأمل "التحديق" لمدة عشر دقائق مرتين يومياً وكتابه الانطباعات.

الجلسة التاسعة:

التخلص من الشد العضلي " تأمل الرباط المتحرك "

الأهداف

نتيجة لهذه الجلسة فإنه من المتوقع أن يحقق الأعضاء الاهداف التالية:

مدة الجلسة ٦٠ دقيقة

١- ممارسة الأعضاء لكيفية التخلص من الشد العضلي.

الإجراءات:

١- تقوم المرشدة بتوضيح خطوات التخلص من الشد العضلي وفيما يلي وصف لعملية

التخلص من الشد العضلي.

أ- جد الوضع الملائم لجسمك، ركز نفسك بشكل جيد خذ أنفاس عميقة جداً.

ب- تخيل بأن رباط "باندا" بعرض ٥ سم مربوطة بشكل دائري على رأسك ركز انتباهك

على ذلك الجزء من رأسك المحاط بتلك الربطة التي تتخيلها، لاحظ الشعور الذي ستحسه

هل يوجد شد في مقدمة رأسك؟ وإذا كان ذلك صحيحاً حاول أن تريح نفسك، هل يوجد

أحاسيس آخر في تلك المنطقة؟؟ ركز عليها للحظة.

أجعل الربطة تتخفف ٥ سم، ثم ركز انتباهك ثانياً على المنطقة المضغوطة بواسطة الربطة

حاول أن تشعر بذلك بشكل حقيقي، ماذا ستحس بكرات عينيك؟؟ أو بجدار أنفك؟؟ كيف ستكون

عضلات شفتك العليا؟؟ هل يوجد أي شد حاول أن تريح هذه المنطقة بشكل كامل، تنفس بعمق

وأهمس لنفسك أو تحدث بصوت منخفض أجعلها تذهب، أجعلها كلها تذهب هنا القصد الإجهاد

والشد الناتج عن تخيل الربطة.

د- استمر في أنزال الربطة أسفل وأسفل جسدك، ركز بشكل مستمر على الأحاسيس التي ستشعر

بها" وأينما تشعر بالإجهاد والشد حاول أن تتخلص منه وكلما فعلت خذ المزيد من الأنفاس العميقة

وحاول أن تسترخي لكي ترتاح حاول أن تشعر وتحس بالارتياح الناتج عن استرخاء العضلات.

هـ- عندما تتخيل وصول الرباط إلى كوعك تخيل بأن الرباط قد التقف حول إحدى ذراعيك ثم

حول الجزء العلوي من جسدك ثم تحت ذراعك الأخرى ثم حول ظهرك تخيل بان كل الذراع

والكوعين وكأنهم جزء واحد لاحظ الإحساس عندما تكون الذراعين مفصولين عن الجسم، كيف

يكون الشعور عندما تكون الذراعين مفصولة عن الجسم، هل باستطاعتك أن تعمل الشعور وكأن

الذراعين والكوعين وكأنهم جزء واحد، هل هناك توتر معين، هل هناك توتر في الكتفين في

الظهر، إذا كان هناك توتر استرخي وأرخي هذه الأجزاء.

و- حول بخيالك الرباط أسفل ثم أسفل كوعك وذراعيك حتى ساقيك، لاحظ الضغط والشد ركز انتباهك في المنطقة التي تتلامس فيها القدمين عند النقطة التي تلامس الأرض لاحظ الأحاسيس في مناطق الاتصال ثم حاول تجربة الإحساس حول ساقيك اللتين سوف تندمجان معاً.

ز- أن هذه التمرين يمكن أن يعمل بطريقتين:

١- تحريك الربطة ببطء حول جسدك وبحذر " تجربة الإحساس " ، وملاحظة كل نقطة من نقاط الشد أتركها تذهب.

٢- حرك الربطة بسرعة حول جسدك، حركها حالها تشعر بالشد في المنطقة المغطاة كرر هذا التمرين عدة مرات.

٣- تقوم المرشدة بنمذجة هذه الخطوات أمام الأعضاء.

٤- تطلب المرشدة من أحد الأعضاء نمذجة هذه الخطوات مع إعطائه الإرشادات اللازمة.

٥- تطلب المرشدة من الأعضاء نمذجة هذه التمرين بينما تقوم المرشدة بإعطائهم الإرشادات اللازمة.

واجب بيتي:

تطلب المرشدة من المشاركين تطبيق تمرين التخلص من الشد العضلي وتسجيل آرائهم وشعورهم حول ذلك.

الجلسة العاشرة

الاستكشاف الداخلي

الأهداف:

نتيجة لهذه الجلسة فإنه من المتوقع أن يحقق الأعضاء الأهداف التالية:
مدة الجلسة ٦٠ دقيقة

- ١- مناقشة الواجب البيتي.
- ٢- ممارسة التنفس العميق.
- ٣- تركيز الانتباه على أجزاء من الجسم لزيادة الوعي الداخلي بها.

الإجراءات:

١- تقوم المرشدة بتوضيح معنى الاستكشاف الداخلي وهو أن يقوم الفرد بتركز انتباهه على أجزاء من جسمه وهذا يعتبر شكلاً من أشكال التأمل وهذا بحد ذاته يعمل على زيادة الوعي الداخلي.

٢- تقوم المرشدة بتوضيح خطوات الاستكشاف الداخلي وهي كما يلي:

- أ- جد الوضع المناسب لجسمك أو الجلسة المريحة لك خذ عدة انفاس عميقة.
- ب- ركز انتباهك على جزء معين من جسدك وقم بعملية مسح له بشكل حذر وانتباه فمثلاً إذا ركزت على عظمة فكك، يجب أن يكون لديك فكرة عما تكون هي عليه والكيفية التي تبدو بها، وكيف ترتبط برأسك؟؟ وما هي العضلات التي يربطها ويحركها؟؟ هل تستطيع شد وإرخاء هذه العضلات؟؟ وما هو الشعور عندما يتحرك الفك؟؟ ومتى يتوقف وكيف ترتبط به الأسنان؟ كيف تبدوا الأسنان؟؟ الأسنان الأمامية، اليسرى؟؟ وفي أي وضع يرتاح فكك؟؟

ج- أنه من المفيد أن تكتشف أي جزء من جسدك كنقطة مركزية في تفكيرك، في عقلك، ولكن بشكل خاص الأجزاء التي تقع ضمن الأصناف التالية:

- الأجزاء التي تكون ميالة لأن تحتفظ بالتوتر مثل الرقبة، الأكتاف، البطن، أسفل الظهر.
- المناطق الداخلية الميالة لأن تحتفظ بالتوتر، ركز الانتباه على المعدة، الصدر، أسفل البطن، القلب والحجاب.
- المناطق التي في الجسد ولم يسبق لك التفكير بها في حياتك اليومية، مثل أصبع قدمك الأوسط، أو ظهر ركبتيك، أو المرفق.
- ٣- تقوم المرشدة بنمذجة هذه الخطوات.

- ٤- تطلب المرشدة من أحد الأعضاء أن ينمذج هذا التمرين مع أعطائه الإرشادات اللازمة.
- ٥- تطلب المرشد من أعضاء المجموعة نمذجة هذه الخطوات بينما تقوم المرشدة بإعطائهم الإرشادات اللازمة.

واجب بيتي:

تطلب المرشدة من أعضاء المجموعة تطبيق تمرين الاستكشاف الداخلي " التركيز على جزء معين من الجسد مثل الفك وكيف يرتبط بالرأس وما هي العضلات التي يربطها، ويحركها لمدة عشر دقائق مرتين يومياً" وتسجيل آرائهم وشعورهم حول ذلك.

الجلسة الحادية عشرة

التليين

الأهداف:

نتيجة لهذه الجلسة فإنه من المتوقع أن يحقق الأعضاء الأهداف التالية:
مدة الجلسة ٦٠ دقيقة

١- الربط بين مقاومة الألم واستمرار التليين.

٢- التدرب على التليين.

الإجراءات:

١- توضح المرشدة لأعضاء المجموعة كيف يتعامل الناس مع الألم وكيف يحاولون مقاومة الألم وأنه عادة ما يستجيب الناس للألم، الغضب أو أي وضع يكون غير مناسب بواسطة بناء حائط شديد من الشدة حول ذلك، ويحاولون إغلاق الشعور، على أي حال كلما حاولت مقاومة الألم كلما كان مؤذي أكبر، هذه الحلقة التبادلية تعطي نقطة كبيرة من الألم والمقاومة والتي ما تكون صعبة الحل.

٢- الطريقة البديلة للتعامل مع الألم هي تعلم الكيفية التي تعمل تليين حول الألم وتجعل الأمور أكثر ليونة لكي تحل، وهذا يعني بداية وجود معلومة منبهه بوجود الألم، ثم أن تعيش خيرة الأم جسدياً وعقلياً.

كن أنت الممرضة الجيدة لنفسك وأحمل نفسك على كفوف الراحة وأخبر نفسك بأن كل الأمور تسير بشكل جيد وأجلس مع نفسك بشكل صريح وواضح حول تجربة إحساسك بعدم الاتزان والراحة.

- عندما تعمل تليين حول الغضب، حاول أن تريح نفسك قلص عضلاتك حول المنطقة التي تؤلمك ركز على الألم بحد ذاته بدون كل الشد الذي تميل لإضافته.

- أن التليين الذي تقوم به يعني الملاحظة بغض النظر عن أفكارك حول الخشية من عدم الارتياح والانزعاج، وكيف يمكنك التحرك، وكيف يمكنك الضغط، وكيف لا تستطيع الصمود وهكذا

- توضح المرشدة مفهوم التليين، أنه يشبه العمل على تنظيف قطعة وإخراجها من الطين حيث تشعر بأن هذه القطعة تحتوي على لؤلؤة في وسطها، أنها مثل إزالة الغطاء الورقي المصق على العبوه المعدنية حتى تستطيع رؤية المعدن النظيف، أنها مثل إزالة العظم من لب قطعة لحكم كبيرة متجمدة.

- أنها مثل تنظيف النوافذ المغبرة حيث تستطيع مشاهدة الداخل بشكل أفضل.
- ٣- توضح المرشدة للأعضاء كيف يمكن للشخص أن يقلل من غضبه البسيط وتخبر الأعضاء بأنه يمكن عمل ذلك من خلال التأمل ومن خلال التدريب على الغضب البسيط في ضوابط أمنه ويمكن البدء بفهم التليين من خلال التمرين التالي
- تعدد المرشدة خطوات هذا التمرين

لا تتحرك:

- أ- جد الوضع المناسب لجلستك، خذ العديد من الأنفاس العميقة.
- ب- اتفق مع نفسك خلال الوقت الحالي بإرادتك لن تتحرك وأبدأ تأملك الأساسي:
- ح- مع مرور الوقت، سوف تجد نفسك تحرك رأسك أو تميل بجلستك دون أن تدرك ذلك، هذا جيد. لاحظ حركتك والعودة إلى التأمل.
- د- بعد قليل سوف تكون قادراً على ملاحظة انتباهك لحركة جزء من جسدك قبل أن تحركه فعلياً.
- هـ- وحالما تلاحظ قدرتك على تحديد انتباهك للحركة حاول أن تركز على ما ترغبه بالضبط.
- هل تريد الالتفاف حول الكرسي؟؟ شد عضلات طهرك، قد يكون لديك حكة أو أن نحله تتسلق قدميك حاول أن تحدد الشعور الغير مناسب وتذكر بأن لا تتحرك.
- و- وأنت تركز على الوضع الغير مريح لك، حاول أن تعمل تليين حوله، إذا كانت مجموعتك العضلية مشدودة حاول أن تريحها تأكد من هذه المجموعات العضلية فهي لا تريد أن تبقى مرتخية دوماً، أين تنفسك هل هو عالٍ في صدرك، ركز على إحساسك بعدم الراحة، ما هو الشعور هنا؟؟؟
- أبقى معه.

- و- عندما ينتهي الوقت حرك جسدك ببطء إلى الوضع الذي تريد الجلوس فيه، ركز على الإحساس هل الانتعاش فوري؟؟ على الانتعاش بشكل تدريجي، في أي طريقة يشعر جسدك بالراحة، هل يوجد إجهاد إذا كان يوجد شد أطلقه وتخلص منه.

- ٤- تقوم المرشدة بنمذجة هذه الخطوات.
- ٥- تطلب المرشدة من أحد الأعضاء نمذجة هذا التمرين مع أعطائه الإرشادات اللازمة.
- ٦- تطلب المرشدة من أعضاء المجموعة نمذجة هذا التمرين.

واجب بيتي:

- تطلب المرشدة من أعضاء المجموعة تطبيق تمرين لا التليين كواجب بيتي وتسجيل آرائهم وشعورهم حول ذلك.

الجلسة الثانية عشرة:

التليين "اليد اليسرى"

الأهداف

نتيجة لهذه الجلسة فإنه من المتوقع أن يحقق الأعضاء الأهداف التالية:

مدة الجلسة ٦٠

١- التدرّب على التليين.

٢- التركيز على الإحساس.

٣- يتعلم الاسترخاء.

الإجراءات:

١- توضح المرشدة أن تمرين اليد اليسرى يعتبر ثاني تمرين من تماري التليين التي سبق شرحها وتوضيحها في الجلسة السابقة، والتي تساعد على التركيز والتأمل وبالتالي تساعد على الاسترخاء.

٢- تقوم المرشدة بإعادة وشرح مفهوم التليين الذي سبق شرحه في الجلسة السابق.

٣- تقوم المرشدة بتوضيح خطوات تمرين اليد اليسرى.

أ- جد الوضع المناسب لجلستك، خذ العديد من الأنفاس العميقة.

ب- ضع يدك اليسرى على حضنك، أثني ذراعك اليمنى على مرفقك واليد اليسرى، بحيث تكون مقدمة أصابعك على مستوى أعلى رأسك أي أرفع يدك وكأنك تريد أن تجيب على سؤال.

ج- ابدأ تأمك الأساسي، وعندما تبدأ يدك اليمنى بالتعب، ركز على إحساسك بالتعب، أي عضلة تمسك بالذراع إلى الأعلى؟؟

خ- هل يوجد طريقة لإراحتها بدون أن تجعل اليد نسقط، تفحص جسمك وتأكد من أن المجموعات العضلية الأخرى مشدودة.

هل ساقك مشدودة بسبب آلام يدك؟؟ إذا كان ذلك هل يمكنك أن تجعلها تستريح؟؟ ركز على قلبك، معدتك، ورائيتك.

هل تشعر بقليل من الغضب؟؟ إذا كان ذلك صحيحا هل يوجد طريقة لهذا ونفسك؟؟ خذ المزيد من الأنفاس العميقة وقل لنفسك "أرتاح" "أنس كل شيء".

عندما تنهي التأمل أنزل يدك اليمنى ببطء شديد حتى تستريح على حضنك، وعندما تنزلها ركز على الإحساس أي عضلة مشدودة وأي واحدة أخرى غير ذلك؟؟ هل تستطيع أن تجد النقطة التي نرفع اليد براحة؟؟ كيف يتغير الوضع الغير مريح بالنسبة لك، هل يذهب مباشرة حالما تتحرك يدك هل يذهب بشكل تدريجي؟؟ هل يوجد وضع غير مريح عندما تضع يدك على فخديك؟؟ هل ما زلت تشعر بالعضلات التي كنت مهتما بها عندما كانت يدك مرفوعة؟ خذ العديد من الأنفاس العميقة وأرتاح.

٤- تقوم المرشدة بنمذجة هذه الخطوات.

٥- تطلب المرشدة من أحد أعضاء المجموعة نمذجة هذه الخطوات بينما تستمر المرشدة بإعطائه التعليمات اللازمة أو الإرشادات اللازمة.

٦- تطلب المرشدة من أعضاء المجموعة نمذجة ذا التمرين.

واجب بيتي:

تطلب المرشدة من المشاركين تطبيق تمرين اليد اليسرى يوميا وتسجيل آرائهم وشعورهم حول ذلك.

الجلسة الثالثة عشر:

التسخين والتبريد

الأهداف:

مدة الجلسة ٦٠ دقيقة.

نتيجة لهذه الجلسة فإنه من المتوقع أن يحقق الأعضاء الأهداف التالية:

- ١- التدرّب على التليين.
- ٢- التدرّب على التأمل في جو أدفئ أو أبرد بشكل قليل من الوضع الذي هو معتاد عليه.

الإجراءات:

- ١- توضح المرشدة أن تمرين التسخين والتبريد يعتبر ثالث تمرين من تمارين التليين التي سبق شرحها في الجلسة السابقة، والتي تساعد على التركيز والتأمل وبالتالي الاسترخاء.
- ٢- تقوم المرشدة بإعادة شرح مفهوم التليين الذي سبق شرحه في الجلسة السابقة.
- ٣- تقوم المرشدة بتوضيح وشرح تمرين التسخين والتبريد وتقول لهم أن هذا التمرين يتضمن العمل مع الحرارة والتي تكون دافئة بشكل بسيط أو بادرة بنفس المقدر وليست مناسبة لك ثم تقول لهم جدوا المنطقة المناسبة التي تستطيع فيها التأمل في جو يكون أدفأ و أبرد بشكل قليل من الوضع الطبيعي الذي أنت معتاد عليه والذي يتوفر في غرفة المعيشة قبل أن تشغل التدفئة في الصباح، أو ربما قريباً من موقد النار ولكن ليس بشكل قريب أو ربما يوضع المزيد من الملابس أو التخفيف منها، أن الهدف هو زيادة الدفء أو البرودة أكثر من الوضع العادي.
- ٤- تقوم المرشدة بتوضيح خطوات التسخين و التبريد.

- أ- جد الوضع المناسب لجلستك، خذ أنفاس عميقة متتالية مارس التأمل الأساسي.
- ب- وعندما يصبح البرد أو الحرارة حولك مزعجاً ركز على ردود أفعالك التي تقوم بها، هل عضلات جسدك تشنّ؟؟ أي واحد منها؟؟ هل بدأت بالتحرق؟؟ إذا كان كذلك ماذا يشبه هذا الشعور؟؟
- أي شكل شد هذا، وهل تبقى مشدوداً؟ هل كل أجزاء جسدك ترتجف؟، أم بعض الأجزاء "فقط"؟؟ هل تستطيع إيجاد طريقة ليتفاعل جسدك بطريقة مناسبة مع الحرارة؟؟ هل تستطيع أن تركز على الشيء المفضل لديك للتأمل وتلاحظ تفاعل جسدك، وأجلس لبعض دقائق لاحظ كيف يتفاعل جسدك مع الحرارة.

د- عند أنها التأمل، جد منطقة مناسبة لتدفئ جسدك وأجلس لبعض دقائق لاحظ كيف يتفاعل جسدك وينظم الوضع الحراري له من وضع سيء نوعاً ما إلى الأفضل.

٥- تقوم المرشدة بنمذجة هذه الخطوات.

٦- تطلب المرشدة من أحد الأعضاء نمذجة هذا التمرين بينما تستمر المرشدة بأعضائه الإرشادات اللازمة.

٧- تطلب المرشدة من أعضاء المجموعة تمزجه هذه الخطوات مع أعطائهم الإرشادات اللازمة.

واجب بيتي:

تطلب المرشدة من المشاركين تطبيق تمرين التسخين والتبريد وتسجيل آرائهم وشعورهم حول ذلك.

الجلسة الرابعة عشر:

أن يعيش ويركز على الحاضر "الآن"

الأهداف:

مدة الجلسة ٦٠ دقيقة

نتيجة لهذه الجلسة فإنه من المتوقع أن يحقق الأعضاء الهدف التالية:

- ١- مناقشة الواجب البيتي.
- ٢- التركيز على الحاضر هنا.
- ٣- ممارسة التأمل أثناء الأكل.

الإجراءات:

١- توضح المرشدة لأعضاء المجموعة بأن معظم الإجهاد والقلق يأتي من التفكير بالماضي أو الخوف من المستقبل، وعندما تعيش في اللحظة الحالية يكون تركيزك على ما تقوم به الآن ولا يوجد متسع لشيء آخر لكي بدخل - مثل الخوف، الرغبات أو أي شيء يكون مجهداً ومقلقاً.

ولكن في الوضع التأملي يكون كل الانتباه مركزاً على اللحظة الحالية: الشهيق، الزفير، الشيء المفضل للتأمل، المانترا، أو عندما تظهر الأفكار عن الماضي والمستقبل والرغبات أو أي شيء آخر قد يخطر ببال الإنسان فإنك تلاحظ هذا ثم تعود مباشرة بانتباهك إلى الحاضر: أنه التركيز على الحاضر "الآن" وهذا ما يجعل جسدك وعقلك يدخل حالة الاسترخاء والارتياح.

٢- تقوم المرشدة بتوضيح خطوات تمارين التأمل أثناء الأكل.

٣- تقول المرشدة أنت تأكل كل يوم ولكن كم مرة انتبهت لما تأكله وأنت تأكل به؟؟ هل تأكل عادة مع أشخاص آخرين، هل تأكل أمام التلفاز؟؟ هل تأكل وأنت تقرأ كتاباً؟؟ هل تستطيع أن تنتهي ثلاث وجبات في عشر دقائق أو أقل؟؟

٤- أنه الشعور بتأمل الكل، حاول أن تأكل في مكان يوجد فيه أحد بأكل معك ولكي خوض هذا التمرين سيكون الطعام ساندويش جيبه.

١- أجلس مقابل طعامك وخذ العديد منا الأنفاس العميقة.

لاحظ اللف والشكل أو الملمس للطعام، هل يبدو لك جذاباً؟؟ هل تستطيع منع نفسك من التهامه؟؟ مهما كان الإحساس لاحظ هذا الإحساس.

ت-ركز على اهتمامك بالطعام، حرك رأسك ببطء نحو الساندويش ركز عقلك واهتمامك على هذا الفعل وأنت تقوم بذلك.

ث- قد تقول لنفسك ستناولها سننالها سننالها" بواسطة اعتبار هذا الفعل وتمييزه سوف تحافظ على هدفك في رأسك لكي تبقى متيقظاً لذلك وعندما تتناول الساندويش لاحظ أنك ترفع وترفع الساندويش.

ج- لاحظ كيف تحرك يدك الساندويش قريباً من فمك، وعندما تصبح قريبة من فمك خذ لحظة أو توقف لحظة وأشم الطعام، ما هي الرائحة التي تعرفت عليها؟؟ هل تستطيع اشتمام المايونز؟؟

وكيف يتفاعل جسدك مع الرائحة؟؟ هل سال لعابك لها لاحظ إحساسك الذي يرغب الطعام.
د- عندما تأخذ أول لقمة من الساندويش تحسس أسنانك التي تخترق الخبز، وعندما تنتهي اللقمة كيف تمضغ الطعام في فمك؟؟ وكيف تضع لسانك الطعام بين أسنانك؟؟ وما هو الإحساس في لسانك؟؟ وكيف لسانك أثناء عملية المضغ؟؟ وما هو المذاق الذي حصلت عليه، ما هو طعم الطماطم أم الجبن؟؟ أي جزء من لسانك يتحسس الطعام؟؟ وأين ذراعك أثناء عملية المضغ هل أعدتها على الطاولة؟؟ وإذا كان ذلك هل تلاحظ الحركة؟؟

هـ- عند البلع حاول أن تلاحظ عضلات حلقك تقبض وتتحرر أثناء عملية دفع الطعام إلى معدتك.

أين يصبح الطعام عندما تنتهي عملية البلع؟؟ هل تحس بما يحصل داخل معدتك ما هو حجم هذا الإحساس؟؟ هل هي فارغة أم مختلفة؟؟ أو بين الامتلاء والفراغ؟؟
وعند استمرارك في مضغ الطعام حاول أن تبقى متنبها قدر المستطاع لهذا الإحساس أو تحس كل حركة إذا كان ممكن، وإذا كان ممكن، وإذا كان الأكل باليد التي لا تأكل بها عادة في هذا الوضع ستكون الصعوبة هي التي تذكرك بما يحدث أثناء عملية المضغ وكما في التأمل الأولى، عند ظهور الأفكار لاحظها، وأعد انتباهك ثانية للطعام.

٢- تقوم المرشدة بنمذجة هذه الخطوات.

٣- تطلب المرشدة من أحد أعضاء المجموعة نمذجة هذه الخطوات مع أعطائهم الإرشادات اللازمة.

٤- تطلب المرشدة من أعضاء المجموعة نمذجة هذه الخطوات مع أعطائهم الإرشادات اللازمة.

واجب بيتي:

تطلب المرشد من أعضاء المجموعة ممارسة التأمل أثناء الأكل ومناقشة الانطباعات حول ذلك.

الجلسة الخامسة عشر:

التركيز على الحاضر "الآن"

"التأمل أثناء المشي"

مدة الجلسة ٦٠ دقيقة

الأهداف

نتيجة لهذه الجلسة فإنه من المتوقع أن يحقق الأعضاء الأهداف التالية:

١- مناقشة المرشدة الواجب البيئي.

٢- ممارسة الأعضاء تمارين التأمل بالمشي.

الإجراءات:

١- مناقشة الواجب البيئي والاستماع الفعال لأراء الأعضاء وتأثير التأمل أثناء الأكل على حياتهم.

٢- تقوم المرشدة بتوضيح المقصود بتمارين التأمل بالمشي وأنه يجلب التركيز على الخبرات الحقيقية للمشي أثناء القيام بالتأمل.

٣- تقوم المرشدة بتوضيح خطوات تمارين التأمل بالمشي وتقول لهم أن هذا التمرين يتضمن المشي/ التنفس والعد كنقطة مركزية يستطيع من خلالها الشخص التركيز وهي كما يلي:

أ- قف وأجعل عضلات بطنك تسترخي خذ العديد من الأنفاس العميقة، اشعر ببطنك و هو يمتد ويتقلص أثناء عملية التنفس، ومع التمرين المستمر حاول أن تبقى التنفس مستمراً. وعقلياً بينك وبين نفسك حاول تكرار كلمة "قي" أو "داخل" في كل مرة تقوم بعملية الشهيق وكلمة "خارجاً" في كل عملية زفير.

ب- بدون السيطرة التامة على تنفسك، حاول أن ترتبه بطريقة تكون فيها ملامسة قدمك للأرض بداية دخول الهواء إلى صدرك والأخرى بداية لخروج الهواء من صدرك اي تقوم بعملية شهيق وزفير في كل ملامسة للأرض والآن لاحظ عدد الخطوات التي سوف تتماشى مع عدد مرات أخذ النفس "شهيق وزفير".

ت- عد الخطوات التي تقوم بها خلال عملية التنفس والمشي إذا أخذت ثلاث خطوات في كل عملية شهيق أو زفير قل لنفسك دخول "اثان" "ثلاث" خروج اثنان ثلاث ... وهكذا ركز على خطواتك ممكن أن تتغير خطواتك من تنفس إلى تنفس، ركز انتباهك وأعد ضبط خطواتك في الشهيق والزفير.

ث- وفي كل هذه التأملات عندما تقطع أفكارك وخيالاتك عملية العد قم بعمل ملاحظة عقلية وركز انتباهك إلى مشيك وعد إلى تنفسك.

ج- هناك طريقة إحدى للتدرب على التأمل بدلاً من عد الخطوات للتركيز على الانتباه على الشعور أثناء المشي، وهي ركز على قدمك ورجلك السفلى مع ملاحظة أي العضلات تنقبض وأيها ترتخي أثناء تحرك رجلك إلى أعلى وأسفل أي جزء من قدمك يلمس الأرض أولاً مع ملاحظة كيفية انتقال الثقل من قدم إلى أخرى، ما هي المشاعر في ركبتيك عندما يسترخوا ويستقيموا، وفي نفس الوقت ركز انتباهك إلى طبيعة الأرض، هل هي قاسية أم ناعمة، لاحظ أي شخوط أو حجار كيف يختلف شعور المشي على العشب عن ذلك الشعور بالمشي على الرصيف أمسك بالمشاعر، أتركهم على سجيبتهم ولاحظ كل شيء.

٤- تقوم المرشدة بنمذجة هذا التمرين.

٥- تطلب المرشدة من أحد أعضاء المجموعة نمذجة هذه الخطوات بينما تسمر المرشدة بإعطاء الإرشادات اللازمة.

٦- تطلب المرشدة من أعضاء المجموعة نمذجة هذه الخطوات بينما تقوم المرشدة بإعطاء الإرشادات اللازمة.

الواجب البيتي:

تطلب المرشدة من أعضاء المجموعة تطبيق تمارين التأمل بالمشي يوميا لمدة (١٥) دقيقة وتدوين أي ملاحظاتهم أو انطباعات حول ذلك.

الجلسة السادسة عشرة:

التأمل بالألوان: نتيجة لهذه الجلسة فإنه من المتوقع أن يحقق الأعضاء الأهداف التالية:

الأهداف:

- ١- مناقشة المرشدة الواجب البيتي مع الأعضاء.
- ٢- ممارسة الأعضاء لتمارين التأمل بالألوان.

الإجراءات:

- ١- توضيح المرشدة لمعنى التأمل بالألوان وأن للألوان أثر إيجابي على النفس ويحتاج الإنسان إلى الألوان ليحيا حياة شديداً له طعم ومعنى، حيث نجد أن هناك علاقة بين الألوان والجسم.
- ٢- نجد أن الضوء الذي هو مصدر الألوان يؤثر على عدد معينة في الجسم ويحفظها على إفراز هرمونات معينة ولكل لون خصائصه.
- سنركز في هذه الجلسة على اللون الأخضر حيث أن اللون الأخضر يمثل الطبيعة والنمو والتوازن، ويعبر عن التناغم بين الأشياء ويساعد على الاسترخاء.
- ٣- نركز أيضاً على استقطاب اللون الأخضر لأن أقوى طاقة توجد في اللون الأخضر وهذه الطاقة إيجابية وتمتد المتأمل بطاقة إيجابية عالية.
- ٤- نجلس جلسة معتدلة تساعدنا على الاسترخاء، نغمض أعيننا ونأخذ نفس عميق ثلاث مرات، نتخيل ونتنفس اللون الأخضر والأشجار من حولنا - الزيتون والعنب واللوز .. الخ.
- ٥- تقوم المرشدة بنمذجة تمارين التأمل بالألوان.
- ٦- تطلب المرشدة من احد الأعضاء نمذجة تمارين التأمل بالألوان.
- ٧- تطلب من أحد الأعضاء نمذجة هذا التمرين

الواجب البيتي:

تطلب المرشدة من أعضاء المجموعة ممارسة تمرين التأمل بالألوان ومناقشة الانطباعات والمشاعر حول ذلك.

الجلسة السابعة عشرة:

التأمل من خلال الاستماع إلى موسيقى الريكي Reiki ذبذبات ألف أو موجات ألف. نتيجة لهذه الجلسة فإنه من المتوقع أن يحقق الأعضاء الأهداف التالية:

الأهداف

تناقش المرشدة الأعضاء الواجب البيئي

١- مناقشة الواجب البيئي.

٢- التعرف إلى فوائد الاستماع لذبذبات ألف

عدد الأعضاء فوائد استماع لذبذبات ألفا

الإجراءات:

١- توضح المرشدة فوائد الاستماع إلى ذبذبات ألف، وإن هذه الموسيقى تساعد على التأمل والاسترخاء Reiki Healing Music هذه الموسيقى تسمى ذبذبات ألفا وأن الاستماع إلى هذه الذبذبات يزيل التوتر ويساعد على الاسترخاء التام لدرجة أنه يساعد على النوم وتستخدم هذه الموسيقى لأنها تساعد على التأمل الذاتي.

يقول د. ستيفن هاليرن مؤلف موسيقى وباحث ومؤلف كتاب:

Sound Health: The Music and Sound that make us whole

يقول عندما تبدأ بالتأمل أستمع لهذه الموسيقى ثم أجلس وأرقد في وضع مستريح وأغمض عينيك وخذ نفساً عميقاً حتى يمتص جسمك الطاقة الصوتية وهذا يجعلك تسترخي. وعندما تصل إلى هذه المرحلة تقل الإجهاد والضغط ومهداً الأعصاب وتشعر بالطمأنينة. يستمع الأعضاء لهذه الموسيقى (ذبذبات ألفا) لمدة (١٥) دقيقة.

٢- تقوم المرشدة بنمذجة هذا التمرين "التأمل من خلال الاستماع إلى موسيقى الريكي.

٣- تطلب المرشدة من احد الاعضاء نمذجة هذا التمرين.

٤- تطلب المرشدة من اعضاء المجموعة التأمل من خلال الاستماع إلى موسيقى الريكي.

الواجب البيئي:

تطبيق تمارين التأمل من خلال الاستماع إلى موسيقى الريكي أو ذبذبات ألفا.

الجلسة الثامنة عشرة:

(الختامية)

الأهداف:

مناقشة الواجب البيتي.

مناقشة أعضاء المجموعة بايجابيات و سلبيات البرنامج.

تطبيق مقاييس الدراسة.

شكر الأعضاء.

الاجراءات:

- ١- تستمتع المرشدة الى تجارب الأعضاء في رحلة التأمل و تجيب عن أسئلتهم.
- ٢- تناقش المرشدة مع الأعضاء التمارين التي تم استخدامها في البرنامج و تقول لهم أعتقد الان أنكم تستطيعون استخدام و تطبيق هذه المهارات و هذه التمارين لا تعطي نتائجها بسرعة، و لكنهم سوف يجدون أنهم قادرون على مواجهة المرض و التغلب عليه، و تطلب منهم الاستمرار في تطبيق المهارات المكتسبة .
- ٣- تناقش المرشدة ايجابيات و سلبيات البرنامج و تطلب المرشدة من الأعضاء ابداء ارائهم و ملاحظاتهم حول البرنامج و مدى الفائدة التي تحققت لهم.
- ٤- شكر الأعضاء وانهاء الجلسة.

Davis, M., Eshejman, E., & Mckay, M., (1998)

غوتليب، بيل (٢٠٠٣)

Johnson, Jeffrey A. and Bootman, J. Lyle, 1995

الملحق ٢. قائمة سيبيليرجر للقلق

فيما يلي عدد من الفقرات التي تصف حالتك التي تشعر بها بشكل عام في حياتك:

الرقم	الفقرة	أبداً	بدرجة قليلة	بدرجة متوسطة	بدرجة كبيرة
١	أشعر بسرور	٤	٣	٢	١
٢	أتعب بسرعة	١	٢	٣	٤
٣	أود لو بكيت	١	٢	٣	٤
٤	أود لو كنت سعيداً كما يبدو على الآخرين	١	٢	٣	٤
٥	أخسر بعض الأشياء لأنني لا أستطيع اتخاذ القرار بسرعة كافية	١	٢	٣	٤
٦	أشعر بالراحة	٤	٣	٢	١
٧	أنا هادئ وأعصابي باردة	٤	٣	٢	١
٨	أشعر بأن المتاعب تتراكم علي لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها	١	٢	٣	٤
٩	أقلق أكثر مما ينبغي حول أشياء لا طائل وراءها حقاً	١	٢	٣	٤
١٠	أنا سعيد	٤	٣	٢	١
١١	أميل إلى أخذ الأمور بجدية زائدة	١	٢	٣	٤

٤	٣	٢	١	افتقر للثقة بالنفس	١٢
١	٢	٣	٤	أشعر باطمئنان	١٣
٤	٣	٢	١	أحاول تجنب مواجهة أي أزمة أو صعوبة	١٤
٤	٣	٢	١	أشعر بالاكنتاب	١٥
١	٢	٣	٤	أنا راضي	١٦
٤	٣	٢	١	تدور في ذهني فكرة تافهة تضايقتني	١٧
٤	٣	٢	١	عندما أعاني من خيبة أمل فأنا لا أستطيع أن أتجاهلها لشدة تأثيرها علي	١٨
١	٢	٣	٤	أنا شخص مستقر	١٩
٤	٣	٢	١	ينتابني توتر وارتباك عندما أفكر في مشاغلي	٢٠

الملحق ٣. مقياس بيك للاكتئاب

تحتوي هذه الإستبانة على ٢١ مجموعة من الجمل. بعد قراءة دقيقة لجميع الجمل في كل واحدة من هذه المجموعات ضع دائرة حول رقم الجملة (٠، ١، ٢، أو ٣) التي ترى أنها تصف مشاعرك خلال الأسبوع الماضي، بما في ذلك اليوم.

تأكد من أنك تقرأ جميع الجمل في المجموعة الواحدة بعناية قبل القيام بالاختيار.

١	٠ - إنني لا أشعر بالحزن. ١- إنني أشعر بالحزن في بعض الأوقات ٢- أشعر بالحزن طيلة الوقت ولا أستطيع أن أتخلص من هذا الشعور ٣- إنني أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا أستطيع احتمالها	٢	٠- إنني لست متشائماً بشأن المستقبل . ١- أشعر بالتشاؤم بشأن المستقبل . ٢- أشعر أنه لا يوجد لدي ما أطمح للوصول إليه . ٣- أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن هذا الوضع لا يمكن تغييره
٣	٠- لا أشعر بأنني شخص فاشل بشكل . ١- لا أشعر بأنني أواجه من الفشل أكثر مما يواجهه الإنسان العادي. ٢- عندما أنظر إلى حياتي الماضية فإن كل ما أراه هو الكثير من الفشل. ٣- أشعر بأنني إنسان فاشل تماماً.	٤	٠- ما زالت الأشياء تعطيني شعور بالرضا كما كانت عادة. ١- لا أشعر بمتعة في الأشياء على النحو الذي كنت أشعر به عادة. ٢- لم أعد أشعر بأية متعة حقيقية في أي شيء على الإطلاق . ٣- لدي شعور بعدم الرضا والملل من كل الأشياء .
٥	٠ لا يوجد لدي شعور بالذنب . ١- أشعر بالذنب في بعض الأوقات ٢- أشعر بالذنب في معظم الأوقات ٣- أشعر بالذنب في كافة الأوقات	٦	٠- لا أشعر بأنني أستحق عقاباً من أي نوع. ١- أشعر بأنني أستحق العقاب أحياناً . ٢- كثيراً ما أشعر بأنني أستحق العقاب ٣- أشعر بأنني أعاقب وأعذب في حياتي وأنني أستحق ذلك.
٧	٠- أشعر بخيبة الأمل في نفسي .	٨	٠- أشعر أنني أسوأ من الآخرين .

<p>١- إنني أنقذ نفسي بسبب ما لدي من أخطاء وضعف.</p> <p>٢- ألوم نفسي على طيلة الوقت بسبب أخطائي .</p> <p>ألوم نفسي على كل شيء يحدث حتى لو لم يكن لي علاقة مباشرة .</p>		<p>١- أشعر بخيبة الأمل في نفسي .</p> <p>٢- أشعر أحيانا بأنني أكره نفسي .</p> <p>٣- إنني أكره نفسي في كل الأحيان</p>	
<p>٠- لا أبكي أكثر من المعتاد .</p> <p>١- أبكي في هذه الأيام أكثر من المعتاد .</p> <p>٢- إنني أبكي طيلة الوقت هذه الأيام .</p> <p>٣- لقد كانت لدي قدرة على البكاء ولكنني في هذه الأيام لا أستطيع البكاء بالرغم من أنني أريد ذلك</p>	١٠	<p>٠- لا يوجد لدي أي أفكار انتحارية</p> <p>١- توجد لدي بعض الأفكار الانتحارية ولكنني لن أقوم بتنفيذها .</p> <p>٢- أرغب في قتل نفسي .</p> <p>٣- سأقتل نفسي إذا توفرت لي الفرصة السانحة لذلك .</p>	٩
<p>٠- لا أشعر بأنني قد فقدت اهتمامي بالناس الآخرين .</p> <p>١- أصبحت أقل اهتماما بالناس الآخرين مما كنت عليه .</p> <p>٢- فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.</p> <p>٣- فقدت كل اهتمام لي بالناس الآخرين.</p>	١٢	<p>٠- لا أشعر في هذه الأيام بأنني سريع الغضب أكثر من المعتاد.</p> <p>١- أصبح غضبي يستثار بسهولة أكثر من المعتاد هذه الأيام.</p> <p>٢- أشعر بسرعة الاستثارة طيلة الوقت في هذه الأيام .</p> <p>٣- أحس بأن مشاعري قد تبدلت ولم يعد شيء يغضبني</p>	١١
<p>٠ أشعر بأن مظهري مناسب كما كان عادة .</p> <p>١ يزعجني الشعور بأنني أبدو مسناً أو غير جذاب .</p> <p>٢ أشعر أن هناك تغيرات دائمة طرأت على مظهري تجعلني أبدو غير جذاب .</p> <p>٣ أعتقد بأنني أبدو قبيحاً .</p>	١٤	<p>٠ أقوم باتخاذ قراراتي على أفضل ما أستطيع القيام به .</p> <p>١ أميل إلى تأجيل اتخاذ القرارات أكثر مما كنت أفعل عادة .</p> <p>٢ أصبحت أجد صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات عما قبل .</p> <p>٣ لم تعد لدي أية قدرة على اتخاذ القرارات هذه الأيام .</p>	١٣
<p>٠ أستطيع النوم جيداً كالمعتاد .</p> <p>١ لا أنام جيداً كالمعتاد .</p>	١٦	<p>٠ أستطيع العمل بنفس الكفاءة كما كنت أفعل عادة.</p>	١٥

<p>٢ استيقظ من النوم أبكر بساعة أو ساعتين من المعتاد وأجد من الصعب العودة ثانية إلى النوم.</p> <p>٣ استيقظ من النوم أبكر بساعات عديدة من المعتاد ولا أستطيع العودة ثانية إلى النوم .</p>		<p>١ أحتاج إلى جهد إضافي كي أبدأ العمل في أي شيء .</p> <p>٢ علي أن أحدث نفسي بشدة كي أقوم بعمل أي شيءي .</p> <p>٣ لا أستطيع عمل أو إنجاز أي شيء على الإطلاق.</p>
<p>٠ شهيتي للطعام هي كالمعتاد.</p> <p>١ شهيتي للطعام ليست جيدة كما هي العادة.</p> <p>٢ شهيتي للطعام سيئة جداً هذه الأيام.</p> <p>٣ ليست لدي شهية للطعام على الإطلاق في هذه الأيام .</p>	١٨	<p>١٧ ٠ لا أجد أنني أصبحت أكثر تعباً من المعتاد.</p> <p>١ أصبحت أتعب أكثر من المعتاد .</p> <p>٢ أصبحت أتعب من عمل أي شيء تقريباً.</p> <p>٣ أنا متعب لدرجة لا أستطيع معها عمل أي شيء .</p>
<p>٠ لم ألاحظ أية تغيرات تتعلق في اهتماماتي الجنسية .</p> <p>١ أصبحت أقل اهتماماً بالأمر الجنسية مما كنت عليه من قبل.</p> <p>٢ اهتمامي قليل جداً بالأمر الجنسية في هذه الأيام .</p> <p>٣ فقدت اهتماماتي بالأمر الجنسية تماماً .</p>	٢٠	<p>١٩ ٠ لم أفقد كثيراً من وزني مؤخراً أو بقي وزني كما هو.</p> <p>١ فقدت من وزني ٢ كغم تقريباً .</p> <p>٢ فقدت من وزني ٤ كغم تقريباً .</p> <p>٣ فقدت من وزني أكثر من ٦ كغم تقريباً.</p> <p>* إنني أتعمد خفض وزني بتقليل كمية الأكل (نعم، لا).</p>
<p>٠ ليس لدي انزعاج يتعلق بصحتي أكثر من المعتاد .</p> <p>١ إنني منزعج بشأن المشكلات الصحية مثل آلام المعدة أو الإمساك أو الآلام والأوجاع الجسمية عامة.</p> <p>٢ إنني متضايق من المشكلات الصحية ومن الصعب أن أفكر في شيء آخر.</p> <p>٣ إنني قلق للغاية بسبب وضعي الصحي بحيث لا أستطيع التفكير في أي شيء آخر.</p>	٢١	

الملحق ٤ . مقياس شدة الضغط النفسي لدى مرضى القلب

الفقرة	مرتفعة جداً	مرتفعة	متوسطة	منخفضة	لا تنطبق
وفاة أحد الأبناء					
وفاة الزوج					
الانفصال عن الزوج					
فشل أحد الأبناء في الدراسة					
وفاة أحد الأحفاد					
وفاة صديق حميم					
فشل أحد الأبناء في إيجاد وظيفة أو عمل					
وفاة أحد الأقارب					
الأوضاع السياسية في المنطقة					
المشكلات الزوجية					
عدم تكافؤ الفرص في المجتمع					
تقاعد الزوج أو الزوجة					
المشكلات الناجمة عن العمل					
طغيان المادة على الناس					
انتشار الفقر و الظلم الاجتماعي					
مشاكل زوجية يعيشها الأبناء					
الخلافات بين أفراد الأسرة					
تقل المسؤولية و الأعباء					
عدم توفر ضمان اجتماعي للشيوخة					
العيش مع الأبناء بعد زواجهم					
صعوبة استخدام المواصلات					
روتين الإجراءات الحكومية					

					تأمين مستقبل الأبناء
					الشعور بعدم الأهمية الشخصية
					عدم وجود أصدقاء مخلصين
					صعوبة ملء أوقات الفراغ
					الخوف من المستقبل
					الشعور بعدم تقدير الأبناء
					الفشل في تحقيق أهداف شخصية
					التعرض للمرض أو الإصابة
					مرض أحد الأقارب
					صعوبات مالية
					قرب التقاعد
					متطلبات العادات الاجتماعية
					تغير القيم الاجتماعية في مجال العلاقة بين الجنسين
					الشعور بإهمال المقربين
					تغير محل الإقامة
					تقليد الشباب لقيم و أساليب سلوك أجنبية
					ترك الأبناء للبيت بعد الزواج
					الضعف الجسدي
					الشعور بالكبر
					الشعور بالوحدة
					الاعتمادية على الآخرين
					التغيرات في المظهر الجسدي
					مشكلات تتعلق بالسكن
					انتشار التعصب

					الأرق
					عدو توفر وسائل الترويح
					سوء العلاقة مع الجيران
					ضعف الذاكرة
					عدم التقبل من قبل الآخرين
					صعوبات جنسية
					التقاعد

**THE EFFECT OF TRAINING HEART DISEASE PATIENTS IN
MEDITATION STRATEGIES IN THEIR ANXIETY, DEPRESSION,
AND PSYCHOLOGICAL STRESS IN JORDAN.**

By:

Bahiah Abu El-Haija

Supervisor:

Dr. Asa'ad Al Zu'bi

ABSTRACT

The main question addressed by this study is what effect training heart disease patient in meditation strategies has on anxiety, depression, and psychological stress. Thirty heart disease patients were assigned randomly to experimental (E) and control group (C) with an equal number of patients in each. Meditation strategies skills unit, with clear training plans was adapted from various sources was trained to the experimental group. The training unit included skills such as centering yourself, mantra meditation, breathing, Gazing being in the present, and letting go of thoughts.

The state-Trait anxiety Inventory, Beck Depression Scale, and psychological stress scale were administered to the sample before and after training . the effectiveness of training patients in meditation strategies was analyzed by using 2*3 analysis of covariance (ANCOVA).

Results of the study indicated that patients who were trained in meditation strategies demonstrated significantly lower levels of anxiety, depression, and psychological stress.

Recommendations for further research to increase the knowledge of the effects of training patients in meditation strategies.