



جامعة نزوى
كلية العلوم والآداب
قسم التربية والدراسات الإنسانية

فعالية استراتيجية التنويم الایحائي لدى عينة من الطلاب الذين يعانون من الارق
في سلطنة عمان

**The Effectiveness of Hypnosis Strategy in Reducing Insomnia
Amongst a Sample of Students in the Sultanate of Oman**

إعداد: عيسى بن محمد بن سالم المنوري

قدمت هذا الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية تخصص إرشاد
نفسي

لجنة الإشراف

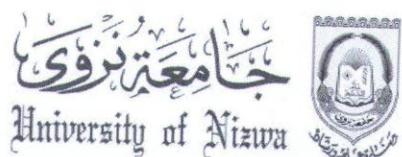
د . باسم محمد الدحداحه

مشرفا رئيسا

د. محمود خالد جاسم الشمري

د. أمجد محمد هياجنه

2013



جامعة نزوى

كلية العلوم والآداب

قسم التربية والدراسات الإنسانية

دراسات عليا / ماجستير

استمارة تواقيع لجنة المناقشة بإجازة الرسالة

اسم الطالب: عيسى بن محمد بن سالم المنوري.

التخصص: الإرشاد النفسي.

عام الجامعي: 2013/2012

- عنوان الرسالة : " فعالية استراتيجية التنويم الایحائي لدى عينة من الطلاب

الذين يعانون من الارق في سلطنة عمان " .

- تاريخ المناقشة : 27 ابريل 2013م.

توقيع لجنة المناقشة

التوقيع	اسم المناقش
	أ.د. عبدالرزاق فاضل القيسى
	د. عواتف السامرائي
	د. عبد الحميد سعيد حسن

إهداء

إلى روح أبي الطاهر... أدعوا الله أن يتقبل هذه العمل صدقة جارية له إلى يوم القيمة.

إلى أمي الغالية إلى من ضحت بالغالي والنفيس، أعلم مهما عملت فلن أوفيها حقها.

إلى زوجتي الحبيبة التي شاطرته مشوار هذه الدراسة، فكانت خير معين، وأفضل رفيق.

إلى رفقاء دربي وأمل حياتي ...أبنائي وآخواني وأقربائي وأصدقائي الذين انشغلت عنهم في الأوقات التي هي من حقهم.

إلى أساتذتي الكرام الذين أكن لهم كل فضل واحترام، وتقدير.

إلى المرشدين النفسيين الذين سلكوا هذا الدرب في سبيل إنارة الطريق للمحتاجين إليه.

إلى كل محروم من نعمة النوم.

إلى كل هؤلاء أهدي هذا العمل، الذي أسأل الله تعالى أن يتقبل خالصا.

الباحث

ت

الشكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلوة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين، وبعد..

فمن لا يشكر الناس لا يشكر الله ، لاشك أن هذه الرسالة لولا مساعدة كثير من الناس الأوفاء لما ظهرت بهذا المظاهر الحسن لذا كان لزاما على الباحث أن يشكرهم وهو قليل في حقهم.

فاتحة الشكر أهديها إلى مشرفي ومعلمي الدكتور الفاضل باسم الدحادح الذي ضحى بوقته الثمين في سبيل توضيح الطريق لي وتبيينه وتذليل كل صعب في سبيل إنجاح هذه الرسالة فله مني كل الشكر والتقدير والاحترام، كماأشكر الدكتور أمجد هياجنه والدكتور محمود خالد جاسم الشمري على مساعدتي ومؤازرتني في سير هذه الرسالة فإليهم أبعث كل الود والاحترام، وأشكر أعضاء لجنة المناقشة على تفضيلهم بمناقشته هذه الرسالة وتوضيح الصواب لي وجعل الرسالة أفضل بتوجيهاتهم الجليلة.

وأشكر جميع الهيئة التدريسية بجامعة نزوى الذين ما فتئوا يبذلون جهدهم في سبيل تطوير الطريق لنا فلهم منا كل الاحترام والشكر والتقدير، كماأشكر الدكتور عبدالفتاح خواجه على مساعدته في الحصول على الدراسات السابقة والدكتور زهير الحميري على مساعدتي في الحصول على نتائج الدراسة ببرنامج SPSS، كماأشكر مكتبة جامعة نزوى ومكتبة جامعة السلطان قابوس والقائمين عليها الذين فتحوا ابواب أمامي كي أستفيد من المصادر العلمية الموجودة في المكتبات والاستفادة منها، وأشكر شكرًا كبيرًا كل العاملين في مدرسة العلاء بن وهب بولاية المصنعة، وأخص بالشكر مدير المدرسة على جهوده الطيبة المباركة في سبيل تذليل

الصعب وازاحة العقبات حتى تنجح الدراسة، وأشكر جميع معلمو مدرسة العلاء بن وهب على التضحية بأوقاتهم الثمينة وبذل الجهد والمساعدة في سبيل إنجاح هذه الدراسة.

كما أشكر من رافقني في سفري بحثاً عن المراجع الأخ سعيد بن راشد المنوري والأخ سالم بن محمد المنوري والأخ عبد الرحمن بن مبارك النوفلي.

كما أشكر كل أخوانى وزملائي ممن وقف بجانبى ومدنى بكل مرجع أو معلومة تنفعنى في الدراسة من قريب أو بعيد وأخص بالشكر الشيخ: خالد بن راشد المنوري، وأدعوا الله أن يبارك فى مسعاهم ويحقق لهم مبتغاهم، وأشكر كل يد بيضاء ساهمت في إنجاح هذه الدراسة ولو بدعة في ظهر الغيب فلهم مني كل التقدير والاحترام.

وفي النهاية أرجو من الله سبحانه وتعالى أن يوفقني إلى ما فيه الخير والصلاح إنه بكل شيء قادر وبالإجابة جدير.

الباحث

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	قرار لجنة المناقشة
ت	الإهداء
ث - ج	الشكر والتقدير
ح - ذ	فهرس المحتويات
ر	قائمة الجداول
ز	قائمة الأشكال
س	قائمة الملاحق
ش - ص	ملخص الرسالة باللغة العربية
1	الفصل الأول: المقدمة ومشكلة الدراسة وأهميتها
2	المقدمة
4	مشكلة الدراسة
5	فرضيتنا الدراسية
6	أهمية الدراسة

تابع: فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
7	أهداف الدراسة
7	محددات الدراسة
8	مصطلحات الدراسة
10	الفصل الثاني: الإطار النظري و الدراسات السابقة
11	أولاً: الإطار النظري
11	- النوم 1
12	2- اضطرابات النوم
14	3- الأرق
23	4- التقويم الإيحائي
43	ثانياً: الدراسات السابقة
43	1- دراسات سابقة تناولت التقويم الإيحائي لعلاج الأرق
50	2- دراسات سابقة تناولت التقويم الإيحائي ومتغير آخر يؤدي إلى ظهور الأرق

خ

تابع: فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
59	3- التعقيب على الدراسات السابقة
63	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات
64	مجتمع وأفراد الدراسة
65	منهج الدراسة
65	أدوات الدراسة
76	إجراءات الدراسة
78	الفصل الرابع: نتائج الدراسة
79	التكافؤ
83	اختبار الفرضية الأولى
85	اختبار الفرضية الثانية
91	الفصل الخامس: مناقشة النتائج
92	مناقشة النتائج ذات العلاقة بالفرضية الأولى
96	مناقشة النتائج ذات العلاقة بالفرضية الثانية

تابع: فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
99	التوصيات المقترنات
100	المراجع
100	أولاً: المراجع العربية
105	ثانياً: المراجع الأجنبية
111	الملاحق
144	ملخص الرسالة باللغة الانجليزية

قائمة الجداول

رقم الصفحة	الموضوع	رقم الجدول
69	معاملات الارتباط بين مجالات المقياس والدرجة الكلية للمقياس.	1
74	جدول المشكلات المفاجئة والمتواعدة التي واجهت الباحث أثناء متابعة تطبيق الاستراتيجية وتطبيق الاختبار.	2
80	نتائج اختبار مان - وتنى (Mann- Whitney) اللامعجمي بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي	3
81	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفياسات القبلية والبعدية والمتابعة لدى أفراد المجموعة التجريبية والضابطة.	4
84	نتائج اختبار مان - وتنى (Mann- Whitney) اللامعجمي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الفياسات البعدية الثلاثة.	5
85	نتائج اختبار مان - وتنى (Mann- Whitney) اللامعجمي بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في قياس المتابعة.	6
86	اختبار فريدمان (Friedman Test) للمجموعة الضابطة	7
87	اختبار ويلكوكسون للمجموعة الضابطة	8
88	اختبار فريدمان (Friedman Test) للمجموعة التجريبية	9
89	اختبار ويلكوكسون للمجموعة التجريبية.	10

قائمة الأشكال

رقم الصفحة	المحتوى	رقم الشكل
94	التمثيل البياني للمتوسطات الحسابية للمجموعة التجريبية والضابطة.	1

قائمة الملاحق

رقم الصفحة	اسم الملحق	م
113-112	نتائج مقياس الأرق القبلي والبعدي 1+2+3 و المتابعة	1
117-114	مقياس الأرق قبل التحكيم	2
118	اسماء المحكمين على المقياس والاستراتيجية	3
121-119	مقياس الأرق بصورة النهائية الاستراتيجية مكتوبة	4
122	معاملات ارتباط بيرسون (Pearson) لفقرات المقياس بالدرجة الكلية للمقياس وبال المجال التي تدرج تحته	5
126-132	مقياس القلق	6
127	استماراة موافقةولي الامر	7
135-128	جلسة التنويم الإيحائي مكتوبة	8
136	القرص المضغوط (CD) به جلسة التنويم الإيحائي استماراة الاتفاق	9
137	الجلسة التعريفية	10
139-138	رسالة تحكيم الاستراتيجية	11
140	استماراة متابعة الطالب	12
142	استماراة تسهيل مهمة باحث	13
142	رسالة وزارة التربية إلى المدرسة لتسهيل مهمة الباحث	14
143	استماراة الاتفاق	15

الملخص باللغة العربية

"فعالية استراتيجية التنويم الإيحائي لدى عينة من الطلاب الذين يعانون من الأرق في سلطنة عمان"

إعداد: عيسى بن محمد بن سالم المنوري
إشراف: د . باسم محمد الدجاده

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى فاعلية استراتيجية التنويم الإيحائي لخفض الأرق لدى طلبة الصف الحادي عشر الذكور، تكون أفراد الدراسة من (20) طالباً من الصف الحادي عشر بمدرسة العلا بن وهب للتعليم ما بعد الأساسي، وهم الذين حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس الأرق الذي طوره الباحث، تم تقسيم أفراد الدراسة عشوائياً إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطه، تكونت كل مجموعة من (10) طلاب.

ولتحقيق أهداف الدراسة عمل الباحث على تطوير مقياس الأرق لطلاب المرحلة الثانوية، وبناء استراتيجية التنويم الإيحائي الذي تكون من (21) جلسة للتقويم بواقع جلسة في اليوم مدة كل الجلسة نصف ساعة تقريباً. تم إجراء القياس القبلي وإجراء القياس البعدى على ثلاثة مرات، بواقع مقياس بعدي كل أسبوع، وقياس المتابعة الذي أجري بعد شهر من الاختبار البعدى الثالث. وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في متوسط درجات الأرق لصالح المجموعة التجريبية للقياسات البعدية الثلاثة يعزى هذا الفرق إلى استراتيجية التقويم بالإيحاء.

كما أشارت النتائج أيضاً إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في متوسط الأرق وذلك لصالح المجموعة التجريبية عند قياس المتابعة يعزى لاستراتيجية التويم بالإيحاء. وأخيراً أكدت النتائج إلى فاعلية استراتيجية التويم الإيحائي لخفض الأرق لدى طلبة الصف الحادي عشر الذكور.

الكلمات المفتاحية: التويم الإيحائي، الأرق، طلبة الصف الحادي عشر، سلطنة عمان.

الفصل الأول: المقدمة ومشكلة الدراسة وأهميتها

- المقدمة

- مشكلة الدراسة

- أهمية الدراسة

- هدف الدراسة

- فروض الدراسة

- محددات الدراسة

- مصطلحات الدراسة

الفصل الأول

المقدمة ومشكلة الدراسة وأهميتها

المقدمة:

لقد أنعم الله سبحانه وتعالى على الإنسان بكثير من النعم، ومن بينها نعمة النوم وقد بين ذلك في قوله تعالى: **وَمِنْ آيَاتِهِ مَنَامُكُمْ بِاللَّيلِ وَالنَّهَارِ وَابْتَغَاوُكُمْ مِنْ فَخْلِهِ**^١، ولاشك أن كل إنسان بحاجة دائمة إلى النوم؛ لأنها من الحاجات الفسيولوجية الأساسية لبقاء الإنسان على قيد الحياة، وقد وضع العالم إبراهام ماسلو (Abraham Maslow) الحاجات الفسيولوجية في قاعدة هرمون للجذبات والدافع الإنسانية؛ لما لها من أهمية في حياة الإنسان، فالنوم يمثل السلام والراحة ويوفر للإنسان عزلة جميلة بعيدة عن هموم الدنيا ومتاعبها الشاقة.

ويعرف النوم على أنه "حالة فسيولوجية يفتقد فيها الفرد الاستجابة الشعورية لمثير أي أنها حالة يتوقف فيها التفاعل الحسي الحركي مع البيئة المحيطة ويقل فيها الانتباه إلى المنبهات الخارجية، والنوم يعني فسيولوجيا نوم قشرة لحاء المخ" (غانم، 2004: 16). والنوم حالة من الهدوء تشمل الجهاز العصبي والعضلات كما يدل ذلك تسجيل النشاط الكهربائي للمخ وانخفاض التوتر العضلي في حالة النوم العميق، وهو حالة وظيفية حيوية مهمة في استعادة النشاط، وحفظ الاتزان الداخلي اللازم لإمداد الجسم بالطاقة اللازمة لمواصلة القيام بعملة (الشرييني، 2000: 25).

ومن الجدير بالذكر أنه من خلال النوم يتم إصلاح مواطن الضعف في البدن، وتنمية الجهاز العصبي المركزي، وهو ضروري أيضاً لعملية التعلم، حيث يساعد على تشغيل

^١) الروم، الآية 32

المعلومات وتنمية الذاكرة، كما أنه يوفر فرصة لحذف أو محو الارتباطات العصبية التي لا يتم الاحتياج إليها، وذلك لزيادة فعالية أو كفاءة تشغيل المعلومات (الدسوقي، 2006).

وأشارت الدراسات إلى أن حصول الفرد على قسط مناسب من النوم يجعله معتملاً المزاج مرتأه النفس نشط الجسم، مما يساعد على إنتاجه إذا كان عاملاً، وعلى الاستذكار إذ كان طالب علم. أما اضطراب النوم وقلة حصول الفرد على حاجته من النوم فإنه يؤدي إلى ضعف همته، وقلة طاقته الجسمية وشروع ذهنه، واضطراب مزاجه، وانخفاض إنتاجه، وسوء علاقته بالآخرين (عوده ومرسي، 1986).

ويشكل الأرق أحد اضطرابات النوم الأكثر شيوعاً بين الناس، حيث يعاني الإنسان الذي لديه أرق من صعوبة الدخول في النوم أو قلة ساعات النوم أو الاستيقاظ المتكرر ليلاً أو الاستيقاظ مبكراً قبل أن يأخذ البدن كفايته من النوم، وإذا كان الأرق يسبب مشاكل عند عامة الناس فما الحال بالنسبة للطالب الذي يحتاج أن يستمر كل لحظة من نومه من أجل الاستيقاظ صباحاً نشطاً لمزاولة نشاطه الدراسي الذي يحتاج إلى طاقته الجسمية والذهنية، فالأرق عند الطالب الذي يعاني منه يشكل عائقاً فسيولوجياً ونفسياً وذهنياً أمام تحصيله الدراسي، لذلك فهو يحتاج مساعدة للتخلص من الأرق وتحفيظ أثره (السهلي، 2001).

لذلك دعت الحاجة إلى أسلوب نفسي غير دوائي لعلاج للأرق ذو فعالية طويلة المدى، فكان استخدام أسلوب التويم الإيحائي لتحفيظ الأرق لدى طلبة الصف الحادي عشر باعتبارهم في أمس الحاجة إلى النوم الطبيعي والمريح لكي يمارسون يومهم الدراسي في اليوم التالي بنشاط وحيوية.

مشكلة الدراسة:

يؤثر الأرق على الطالب في جميع نواحي حياته، فهو أحد الأسباب التي تؤدي إلى ضعف التحصيل الدراسي، والمشاركة الصحفية، والغياب عن المدرسة، والشعور بالتعب، ونقص بالطاقة والحيوية، وصعوبة التركيز، والانفعال والغضب السريع ، والطيش في التصرفات، هذا بالإضافة إلى عدم شعوره بالراحة في يومه الدراسي.

لذا كانت هناك حاجة ماسة إلى علاج الأرق لدى من يعانون منه، فلجاً البعض إلى استخدام العاقير الطبية (المنومات) سريعة المفعول، إلا أن استخدام هذه المنومات نتج عنه أضرار كثيرة وآثار جانبية مثل الإدمان، والتسمم عند تناول كمية كبيرة منها بالإضافة إلى أنها تسبب المعاناة من الأرق نفسه بعد فترة من تعاطيها (حنور ، 2004).

ومن خلال ملاحظات الباحث، كونه يعمل مشرف صحي في المدرسة – مجتمع الدراسة- فقد لاحظ ان هناك مجموعة كبيرة من الطلاب يعانون من الأرق الذين يتربدون على غرفة الصحة المدرسية، ومن هنا فقد برزت مشكلة الدراسة بهدف البحث عن الاساليب والاستراتيجيات الفعالة، والتي تساهم في التغلب على اعراض الأرق. ومن جهة أخرى فقد برزت مشكلة الدراسة بسبب قلة الدراسات التجريبية في هذا المجال والتحقق من مدى فاعلية الاساليب الارشادية في التعامل مع اعراض الأرق.

ومن هنا تأتي هذه الدراسة لتشكل إضافة جديدة للدراسات والأبحاث التي أجريت للتغلب على الأرق عند طلاب المرحلة الثانوية باعتبارهم في أمس الحاجة إلى النوم الطبيعي والمريح لكي يمارسون يومهم الدراسي في اليوم التالي بنشاط وحيوية، معتمدة في ذلك على استراتيجية التقويم الإيجابي. سواء كان مفهوم التقويم الإيجابي مفهوما قدימה قدم الإنسان نفسه، أو مفهوما

جديداً أكدت العديد من علماء النفس، ونظر إلى كل منهم من زاوية معينة، أو درسه من جانب معين، وتعددت نظرتهم إليه بتنوع المختصين به وخلفياتهم النظرية، فإن هذا التنوع في النظر إلى التقويم الإيحائي أدى إلى تنوع تعاريفاته، وطرائق دراسته وتطبيقاته، وهو في النهاية يلقي الضوء على فهم طبيعة التقويم التي لاتزال محيرة ومريبة (الخامری، 2000).

ومن ذلك انطلاقت الدراسة الحالية من خلال استخدام استراتيجية التقويم الإيحائي لخفض الأرق لدى عينة من طلاب المدارس. وقد استند الباحث في اختيار هذه الاستراتيجية بناءاً على نتائج الدراسات العديدة الأجنبية التي استخدمت هذه الاستراتيجية مثل (Anderson, Dalton& Anbar& ; Berdnt, & Ott, 2000؛ Stanton, 1999؛ Howsam, 1999؛ Baskcr, 1979؛ Kelly, 2011؛ Farrell, 2010؛ Chan, 2008؛ Abramowitz, et al., 2008؛ Slothower, 2006 .(Chen, Chen, Yeh& Wu, 2012

فرضيتا الدراسة:

تحاول هذه الدراسة الإجابة عن الفرضيتين الآتيتين :

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متوسط درجات الأرق تعزى لاستراتيجية التقويم الإيحائي، وذلك عند القياس البعدى الأول والبعدى الثانى والبعدى الثالث.

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ بين المجموعتين التجريبية و الضابطة في متوسط درجات الأرق تعزى لاستراتيجية التقويم الإيحائي، وذلك عند قياس المتابعة.

أهمية الدراسة:

تأتي الاهمية النظرية لهذه الدراسة من أجل البحث عن فعالية استخدام استراتيجية التقويم الايحائي في خفض الأرق لدى عينة من طلاب المدارس، و مدى استمرار فعالية استراتيجية التقويم الايحائي في خفض الأرق للعينة التجريبية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي وبعد انتهاء فترة المتابعة، وذلك كإضافة شيئاً جديداً إلى مجموعة الدراسات العربية لاسيما إذا ما عرفنا بأنه لا توجد أي دراسة في الوطن العربي بحثت في موضوع علاج الأرق باستخدام استراتيجية التقويم الايحائي - على حد علم الباحث و اطلاعه- مما يعطي أهمية كبيرة لهذه الدراسة. وقد تجلت أهمية هذه الدراسة في تطوير استراتيجية التقويم الايحائي لعلاج الأرق. وبهذا فإن لهذه الدراسة أهمية تطبيقية تتمثل في تزويد الممارسين من المرشدين والتربويين، والباحثين، والمربين، والمهتمين في سلطنة عمان بالمشكلات النفسية بشكل عام، وبمشكلة الأرق بشكل خاص، واضافة إلى المعلومات للتعرف إلى هذا النوع من المشكلات النفسية- الأرق - وعلى ادوات القياس المستخدمة فيه، والاساليب الارشادية لعلاجه. والذي سيكون له أثر في رفع دافعية الطالب نحو الدراسة، وتحسين العملية التعليمية والتعليمية. وقد تسهم هذه الدراسة في التمهيد لعمل دراسات أخرى تبحث في هذا النوع من المشكلات النفسية في سلطنة عمان في متغيرات أخرى كتطبيقها على فئات أخرى.

أن علاج الأرق يؤدي إلى تخفيف حدة أكثر من المشكلات النفسية والجسمية والاجتماعية والتربوية والتي ترتبط باضطرابات النوم. وأيضاً علاج أو تخفيف الأرق لدى عينة من طلبة المدارس يؤدي إلى تحسن الصحة النفسية لديهم، حيث أن التأثير متبادل بين الأرق والصحة النفسية.

وتبرز أهمية الدراسة الحالية من خلال عينة الدراسة، فنجد أن معاناة طلبة المدارس من الأرق يؤثر سلبياً على نشاطهم الدراسي والتركيز الذهني أثناء الحصص، مما يقلل من كفاءة التحصيل لديهم، وتخفيض أو علاج الأرق يساعدهم على التخلص من هذه الآثار السلبية.

وتبرز الأهمية التطبيقية للدراسة في استكشاف أثر استخدام استراتيجية التقويم الابحاثي في خفض الأرق.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى استكشاف أثر استخدام استراتيجية التقويم الابحاثي في خفض حدة الأرق لدى عينة من طلاب المدارس. وتجمل في ما يأتي:

- 1- تطوير مقياس لقياس درجة الأرق الذي سوف يستخدمه الباحث في قياس الأرق لدى الطلبة.
- 2- تطوير استراتيجية للتقويم الابحاثي لخفض الأرق.
- 3- اختبار أثر استراتيجية التقويم الابحاثي في خفض درجة الأرق وذلك على ثلاثة قياسات بعدية.
- 4- اختبار مدى استمرار فاعلية هذه الاستراتيجية بعد فترة المتابعة.

محددات الدراسة:

تحدد نتائج الدراسة بالمحددات التالية والتي تقلل من امكانية تعميمها:

- 1- المحددات الموضوعية: تم تطبيق الدراسة بعنوان فاعلية استراتيجية التقويم الابحاثي لدى عينة من الطلاب الذين يعانون من الأرق في سلطنة عمان.

2- المحددات البشرية والزمانية والمكانية: اقتصرت هذه الدراسة على الطلبة الذكور من الصف الحادي عشر بمدرسة العلاء بن وهب للتعليم ما بعد الأساسي في محافظة جنوب الباطنة بولاية المصنعة، والذي تتراوح أعمارهم ما بين(16-19) سنة في العام الدراسي 2012-2013م، لذا فإن تعميم نتائج هذه الدراسة تتحصر عند حدود طلاب تلك المدرسة في ولاية المصنعة/ سلطنة عمان فقط.

3- طريقة اختيار العينة ومدى تمثيل أفراد عينة الدراسة لمجتمع الدراسة.
4- المقياس الذي استخدمه الباحث(مقياس الأرق)، ومدى صدق اجابة الطالب على المقياس.

5- استراتيجية التنويم الإيحائي التي طورها الباحث، ومدى قدرة الاستراتيجية على مساعدة الأفراد عينة الدراسة على خفض درجة الأرق.

6- وتحدد نتائج الدراسة الحالية بقلة عدد الأخصائيين النفسيين المؤهلين للحكم على برنامج استراتيجية التنويم الإيحائي مما استدعي عرض البرنامج على أشخاص آخرين مهتمين بالموضوع.

مصطلحات الدراسة:

لأغراض هذه الدراسة فإن المصطلحات التالية تأخذ التعريفات الإجرائية العلمية التالية:

1- الأرق: Insomnia هو عدم المقدرة على النوم في الفترات التي اعتاد عليها الإنسان، وصعوبة الرجوع إلى النوم أي صعوبة النوم، أو الاستيقاظ بشكل متكرر خلال الليل. (السيد، 2007: 84). ويحدد الأرق إجرائياً" لغایات هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها الطالب في مقياس الأرق (عامر، 2005).

2- التقويم الإيحائي : Hypnosis

يعرف التقويم الإيحائي على أنه حالة خاصة من حالات النوم النفسي العصبي، ويمكن للحالة التقويمية أو لعمق النوم أن يدرج بدرجات مختلفة تدرج من الطور شبه التقويمي، الذي يشبه النعاس مروراً بطور الجُمدة، الذي يحدث فيه تأثير واضح في التنظيم النفسي الحركي والسلوك وصولاً إلى طور الغشوة أو الغشية الذي يشبه النوم الشديد أو العميق، حيث يُظهر تخطيط الدماغ اختلافاً في الموجات الدماغية بين الشخص النائم نوماً عادياً وبين الشخص المنوم إيحائياً، حيث تشير الموجات الدماغية إلى حالة أقرب إلى اليقظة (القلا و رضوان، 2012).

ويعرف الباحث التقويم الإيحائي على أنه: أسلوب علاجي نفسي يشمل تمارين التأمل والتنفس والتخيل معاً، تؤدي بإيحاءات من المعالج؛ وذلك بغرض الوصول إلى العقل اللاواعي وإعطائه إيحاءات إيجابية؛ لإحداث تغيرات في شخصية وسلوك الشخص المنوم.

الفصل الثاني: الإطار النظري الدراسات السابقة

أولاً: الإطار النظري

1- النوم

2- اضطرابات النوم

3- الأرق

4- التنويم الإيحائي

ثانياً: الدراسات السابقة تناولت التنويم الإيحائي لعلاج الأرق.

1- دراسات سابقة تناولت التنويم الإيحائي لعلاج الأرق.

2- دراسات سابقة تناولت التنويم الإيحائي ومتغير آخر يؤدي إلى ظهور الأرق.

3- مناقشة الدراسات السابقة.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

يتناول هذا الفصل عرضاً للجانب النظري للدراسة وللدراسات السابقة التي تناولت الأرقام والتقويم الإيحائي لعلاجه أو التخفيف منه في أماكن مختلفة وعديدة، وإظهار النتائج التي توصلت إليها الدراسات من أجل إثراء الدراسة الحالية.

أولاً: الإطار النظري:

١- النوم:

إن النوم ليس مجرد ركود و الخمول، إنما هو مرحلة صيانة للجسم، واستعادة لما فقده من عناصر حيوية وهو مرحلة يستطيع من خلالها الجسم أن يحضر ما يلزمه من مواد يحتاجها في الفترة التالية من اليقظة والنشاط (باشا، 1993). وقد أشارت نتائج بعض الدراسات التجريبية إلى أن النوم العميق يكون خلال الساعة الأولى من النوم يرافقه استرخاء عضلي عميق أيضاً (الدحادحه، 2010).

إن الحرمان من النوم لمدة طويلة له آثار سيئة ومؤذية بالنسبة للإنسان منها:

أولاً: توجد أدلة على أن الحرمان من النوم يرتبط بتغيرات فسيولوجية تؤدي إلى زيادة الإضرار بالجسم وتدميره. وقد أشارت نتائج هذه الدراسات إلى أن النوم يساعد على تجديد وظائف الجسم .(Baron& Kalsher, 2008)

ثانياً: الأثر الأساسي للحرمان من النوم هو أن الشخص يقضي نهاره وهو يشعر بنعاس شديد، ومن المحتمل أن يخلد إلى النوم عنوة حينما يجلس في مكان هادئ، أو في موقف رتيب مثل المجتمعات أو في الفصل المدرسي. إن هذه الدرجة من النعاس الحاد تشكل مصدر خطر على الفرد، وقد يسبب الحرمان من النوم النعاس أثناء قيادة السيارة أو غيرها من النشاطات (Baron& Kalsher, 2008).

إن الحرمان من النوم لفترة قصيرة، يؤدي إلى الشعور بالتعب والإعياء وفقدان القدرة على التركيز واضطراب المزاج، ويصاحب ذلك تغيرات واضطرابات في دقات القلب، كما يصبح تخطيط الدماغ غير منتظم، وأما إذا كان الحرمان من النوم لفترات طويلة فإن ذلك يؤدي إلى تفكك الأنماط، وشروع الهلاوس والضلالات ، وتدبر الوعي واضطراب السلوك. فضلاً عن ضعف القدرة على العمل (عبدالخالق والمشعان والشطي، 1995).

والواقع أن الحرمان من النوم الطبيعي يأخذ صوراً وأنواعاً متعددة من اضطرابات النوم أو مشكلاته Sleep Disorders or Disturbance وهي كما يلي:

2- اضطرابات النوم (Sleep Disorders)

تعد اضطرابات النوم من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بين الناس وهي شائعة ضمن أعراض لأمراض نفسية وجسمانية كثيرة مثل القلق والاكتئاب، أو تكون مستقلة بذاتها، وفي جميع الحالات تشكل اضطرابات النوم مصدراً إضافياً لقلق الإنسان، وهذا القلق لا يتوقف على الإنسان الذي يعاني من الأرق وحده بل يمتد في معظم الأحيان إلى الأشخاص المحيطين به، حيث يعاون من صعوبة التعامل معه بسبب سرعة الاستثارة والعصبية الزائدة لديه (شند والدسوقي، 2003).

ويعرف عودة ومرسي (1986) اضطرابات النوم بأنها: الصعوبات أو المعوقات التي تؤدي إلى قلة النوم عند الأفراد أو سوء نظامه- وما إليهما معاً- وهي إما تظهر في بداية النوم أو في اثنائه (ص308).

وتعرف اضطرابات النوم بالدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) بأنها الصعوبات التي يلاقيها الفرد أثناء نومه، وقد تكون اختلالاً في كمية النوم وتسمى اضطرابات ايقاع النوم، أو تكون اختلالاً في النوم لوقوع أحداث بارزة وتسمى اضطرابات اختلالات النوم (American Psychiatric Association, 1994).

تشير اضطرابات النوم الأولية إلى اضطراب صعوبة الدخول في النوم أو مواصلة النوم أو النوم المفرط، وتتميز باضطراب في كمية وكيفية النوم، وتضم اضطرابات النوم الأولية طبقاً للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية: الأرق الولي، والافراط في النوم الولي، وغفوات أو نوبات النوم المفاجئة، واضطرابات النوم المرتبطة بعملية التنفس، والانهيار العضلي أو الضعف المفاجئ في العضلات، واضطراب مواعيد النوم واليقظة (الدسوقي، 2006).

وقد صنف الخالدي(2006) اضطرابات النوم الى مجموعتين أساسيتين هما:

أولاً: صعوبات النوم **Dyssomnias** : وتشمل الاضطرابات الآتية:

1- اضطراب الأرق .Insomnia Disorder

2- اضطراب فرط النوم .Hypersomnia

3- اضطراب جدول النوم .Sleep-Wake Schedule Disorder

ثانياً: مصاحبات اضطرابات النوم **Parasomnia**: وتشمل اضطرابات الآتية:

- 1- اضطراب الكوابيس الليلية .Night Mare Disorder
- 2- اضطراب الفزع الليلي .Terror Disorder
- 3- اضطراب المشي أثناء النوم (التجول الليلي) .Sleep Walking Disorder

وفي ما يلي نأخذ نوع واحد من هذه الاضطرابات بشيء من التفصيل وهو اضطراب الأرق؛ وذلك لكونه موضوع الدراسة الحالية:

3- الأرق (Insomnia)

أشارت العديد من الدراسات إلى أن مشكلة الأرق تمثل أحد المشكلات الأكثر انتشاراً بين الطلاب. فقد تبين أن 13% من المراهقين يعانون من الأرق، في حين يعاني 38% من مشكلات في النوم، كما تبين أن 6% من الطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و19 يعانون من الأرق، وكشفت بعض الدراسات العربية أن مشكلة اضطرابات النوم وخاصة الأرق احتلت المرتبة الثانية من بين المشكلات الصحية التي يعاني منها الطالب الجامعي، وحيث أن الأرق يحول دون أن يأخذ الطالب كفایته من النوم، فتظهر عليه أعراض الإجهاد ومشاعر الحزن والتوتر، مما ينعكس سلباً على عطائه ونشاطه الدراسي (السهلي، 2001).

وتشير بعض الدراسات إلى أن الأرق يؤثر بشكل واضح على إنتاجية العامل، حيث يتكرر غيابه، وتزداد شكاواه. ويؤثر الأرق أيضاً على علاقات الفرد الأسرية والاجتماعية وشيئاً فشيئاً يصبح الأرق مشجعاً يعلق عليه الأرقون فشلهم في العمل، وإهمالهم لواجباتهم الأسرية، وتقاعسهم عن الانشطة ذات الطبيعة الاجتماعية (Nino & Keenon, 1988).

كما يؤدي الأرق إلى النشاط الذهني الزائد مثل القلق والتفكير الزائد في المشكلة التي تعرّض الفرد (Lichstein & Rosenthal, 1980). ولوحظ أن الأطفال الذين لديهم مشكلات في النوم يظهرون أعراضًا مختلفة عن أقرانهم الذين ينامون جيداً، فقد أظهروا نشاطاً زائداً وعبروا عن الغضب والعدوان والقلق، كما ظهر لديهم الخمول والتشتت والإهمال وعدم الانتباه في غرفة الصف (Weinberg & Rehmet, 1983).

ويرى الريماوي (1995) أن الأرق يظهر عند بعض الأطفال في سنوات الروضة وما بعدها، وترتفع نسبته في مرحلة الطفولة المبكرة، وقد ظهرت مشكلة الأرق كمشكلة صحية لدى طلابات المرحلة الثانوية، في كل من مصر والكويت والجزائر، كما احتلت المرتبة الثانية بين المشكلات الصحية لدى طلبة جامعة الكويت.

وقد قام كل من شريف، وعودة (1986) ببحث عن مشكلات الطالب الجامعي وحاجاته الارشادية فاحتلت مشكلة اضطرابات النوم وخاصة مشكلة الأرق المرتبة الثانية من بين المشكلات الصحية التي يواجهها الطلاب.

ويعرف باشا (1993) الأرق على أنه عدم القدرة على الدخول في النوم، أو عدم القدرة على أن ننام المدة التي نعتقد أنه ينبغي أن ننامها أو حدوث تقطع متكرر في النوم أثناء الليل (ص38). ويرى الريماوي (1995) بأن الأرق قد يظهر في بداية النوم فيحول دون الدخول فيه، أو يظهر أثناء النوم فيحول دون استمراره.

ويعرف شيفر ومليمان (2001) الأرق بأنه عدم القدرة على الدخول في النوم أو عدم القدرة على النوم المدة المطلوبة، أو حدوث تقطع متكرر أثناء الليل، وقد يأخذ الأرق أحد ثلاثة أشكال أو الأشكال الثلاثة الآتية معاً: صعوبة البدء في النوم، أو صعوبة الاستمرار في النوم،

او الاستيقاظ المبكر جداً في الصباح. كما عرفه السهل (2001) بأنه صعوبات نفسية وسلوكية تحول دون حصول الشخص على قسط كافي من النوم يتاسب مع حاجة جسمه والنشاط الذي يبذله (ص16). ويعرف غانم (2004) الأرق على أنه امتناع عن النوم الطبيعي، وبعد أحد الأعراض المميزة لكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية (ص90).

وقد اعتبره الدحادحه (2010) بأنه أحد مشكلات واضطرابات النوم التي تؤثر سلباً على مستوى نوعية الحياة، وهي مشكلة عامة، يمكن أن تحصل لأي شخص، ويعرف الأرق طبياً بأنه "عدم القدرة على النوم أو النوم لأقل من أربع ساعات في اليوم. أما الذي يعتمد البقاء مستيقظاً فلا يعتبر ضمن الفئة التي تعاني من الأرق" (ص113).

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV) فيعرف الأرق بأنه الشكوى من صعوبة ابتداء النوم أو الاستمرارية فيه أو النوم غير المريح، واستمرار ذلك لمدة شهر على الأقل (A.P.A, 1994: 554).

نلاحظ من التعريفات السابقة للأرق أن معظمها تتناولت نفس المعنى وهو صعوبة الدخول في النوم أو الاستمرار فيه أو عدم الراحة عند الاستيقاظ. ويحدث هذا الاضطراب على الأقل ثلاث مرات كل أسبوع لمدة شهر، وينتج عن هذا الاضطراب شكوى من الإجهاد خلال ساعات النهار أو ملاحظة الآخرين لبعض أعراض الاضطراب مثل سرعة الاستئثار أو اختلال الأداء الوظيفي خلال ساعات النهار (الدسوقي، 2006).

وكافية الاضطرابات والأمراض فإن الأرق يقاس من خلال التقارير الذاتية للقياسات المتعددة وعلى عدة أبعاد هي: (1) مدة الزمن المستغرق للدخول بالنوم. (2) مدة النوم الحقيقة.

(3) عمق النوم. (4) فرات الانقطاع أثناء النوم. (5) المشي أثناء النوم كنتيجة لقلة النوم
(الدحادحه، 2010).

ويرى كثير من الباحثين أن الأرق يشمل أربعة جوانب هي: (1) صعوبة بدء النوم، (2) صعوبة المحافظة عليه أي تقطعه، (3) النوم غير المنعش الذي لا يساعد على استعادة النشاط، (4) عواقب الأرق وتأثيره في الجوانب المهنية والاجتماعية فضلاً عن الشعور بالضيق وعدم التركيز. وليس من الضروري - بطبيعة الحال - أن يشمل الأرق كل هذه الجوانب مجتمعة لدى الفرد الواحد (عبدالخالق، 2007).

اما عن اعراض الأرق ففي الدليل التشخيصي الرابع لاضطرابات النفسية (DSM-IV) فيتم تشخيص الأرق الأولي كما يلي:

- 1- الشكوى المستمرة والبارزة من صعوبة بدء النوم أو الدخول فيه أو الاستمرار فيه أو النوم غير المريح الذي لا يساعد على النشاط والحيوية لمدة شهر على الأقل.
- 2- أن يسبب هذا الاضطراب قلقاً أو توترًا دالاً إكلينيكياً، أو خللاً في الأداء الاجتماعي والمهني أو أي مجالات أخرى من الأداء.
- 3- لا يحدث هذا الاضطراب بصورة منفردة أثناء وجود غفوات النوم المفاجئة Narcolepsy، أو اضطراب النوم المرتبط بالتنفس Breathing Related Sleep Disorder، أو اضطرابات النوم الثانوية (مصاحبات اضطرابات النوم) Parasomnias .
- 4- لا يحدث هذا الاضطراب منفرداً أثناء وجود اضطراب عقلي آخر مثل اضطراب الاكتئاب الحاد أو القلق المعمم أو الاهتياج.

5- لا يرجع هذا الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة الناتجة عن تعاطي المواد المؤثرة نفسياً مثل تعاطي المخدرات أو المداواة باستخدام الأدوية النفسية، ولا يكون نتيجة حالة طيبة عامة (A.P.A, 1994).

أما عن تصنيف الأرق فقد صنف إلى أرق أولي Primary Insomnia حين لا توجد أعراض مصاحبة له بينما الأرق الثانوي Secondary Insomnia يكون جزءاً من حالة مرضية عضوية أو نفسية (الشريبي، 2000).

ويرى عكاشه (2000) أن الأرق غالباً ما يكون بسبب مرض نفسي أو عقلي أو صراع داخلي، أو يكون نتيجة اضطراب وجدي أو انشغال الفرد بأمور الحياة، وحينما يكون الأرق خفيفاً فإن تأمين المريض وطمأنته يكونان كافيين لراحة، أما إذا اشتد الأرق فقد يكون عرضاً من أهم أعراض الأمراض النفسية والعقلية.

وقد قسم الدسوقي (2006) الأرق إلى ثلاثة أشكال وهي:

الشكل الأول: أرق بداية النوم:

هذا الشكل هو أكثر أشكال الأرق شيوعاً، ويطلق عليه البعض أرق صعوبة الدخول في النوم ويصاحب هذا الأرق استيقاظ متكرر، وفي هذه الحالة يعني الشخص من البقاء في الفراش لمدة طويلة تصل إلى عدة ساعات انتظاراً للدخول في النوم، وخلال هذه الفترة يتقلب في الفراش ويتحرك في قلق مع مرور الوقت، وكلما استمر الشخص في محاولات الدخول في النوم يتزايد شعوره بالقلق والإحباط مما يزيد من صعوبة الاستسلام للنوم.

الشكل الثاني: أرق مواصلة النوم:

أهم ما يميز هذا الشكل كثرة الاستيقاظ ليلاً أو النوم المتقطع كما أن النوم يكون سطحياً يتبعه العودة إلى النعاس مرة بعد أخرى مما يؤدي إلى عدم حصوله على فترة كافية من النوم.

الشكل الثالث: أرق نهاية النوم:

حيث يصحو الفرد قبل الفجر وهو ما يسمى بالاستيقاظ المبكر، ويصعب عليه أن ينام بعد ذلك، وقد يطلق البعض على هذا الشكل أرق ساعات الصباح الأولى.

وهناك تصنيف آخر للأرق؛ حيث يصنف شند والدسوقي (2003) الأرق إلى:

أولاً: أرق مؤقت أو عارض :*Transient Insomnia*

هذا النوع من الأرق يدوم أو يستمر بضعة ليال أو أسابيع فقط، ويرتبط عادة بحدوث مسبب للتوتر أو الضغوط مثل التقدم للامتحان أو فقدان شخص عزيز، أو عدم الراحة الجسمية أو العاطفية، أو اضطراب مواعيد النوم واليقظة بسبب الإرهاق الناتج عن رحلة طيران طويلة، أو الآثار الجانبية التي تحدثها بعض الأدوية، ويطلق البعض على هذا النوع من الأرق اسم *Primary Insomnia* .

ثانياً: الأرق المزمن (طويل الأمد) :*Chronic Insomnia*

هذا النوع من الأرق يدوم أو يستمر لأسابيع أو شهور عديدة أو عدة سنوات، ويحدث عادة عندما يعاني الشخص من الأرق لمدة ثلاثة ليال على الأقل في الأسبوع ولمدة شهر أو أكثر، والأسباب الشائعة لحدوثه هي: الاكتئاب، والضغط المزمنة، وغالباً ما يكون مرتبطة بمشاكل صحية مثل التهاب المفاصل، وقصور القلب، والربو، وأمراض الكلى، ومرض باركينسون، وفرط

نشاط الغدة الدرقية، وتوقف التنفس أثناء النوم، كما أن هناك عوامل سلوكية تسهم في حدوثه مثل اضطراب مواعيد النوم واليقظة (شند والدسوقي، 2003).

ما تقدم وفي نفس السياق فإنه يمكن تقسيم الأرق تبعاً لمنشئه إلى: الأرق عضوي المنشأ؛ ومرده إلى أسباب بيولوجية كالأمراض، والإجهاد العصبي، والزيادة في درجة الحموضة في المعدة، والإجهاد الجسمي والدورة الدموية الضعيفة، وانخفاض السكر في الدم، والإدمان على المخدرات، والتدخين، والقلق العصبي، والاكتئاب التفاعلي، وعصاب الوسوس القهري. وهناك الأرق النفسي المنشأ عن عوامل نفسية مثل: انشغال البال بهموم الحياة ومشكلاتها، والخوف من المستقبل، والتوتر، وعدم الاستقرار، وعدم إشباع الحاجات الأساسية، وضعف الثقة بالنفس (الشطرات، 2001).

وهناك الأرق ذو المنشأ البيئي؛ والذي يتطور نتيجة لعدة عوامل مثل: الأصوات، وثقل الأغطية، والزيادة في الحرارة أو البرودة، والإضاءة القوية ولباس النوم الثقيل، والفراش الصلب، والضجيج وضيق السكن (الريماوي، 1995).

أما أسباب الأرق فهي كثيرة ومتعددة فقد ذكر خليفة وعيسي (2007) أن من أسباب الأرق هو العمر المتقدم، والتوتر الشديد، والقلق، والمتأعب المسبب للقلق والغضب والحزن أو توقع حدث هام، وتغيير التوقيت الزمني، والألم، وتغيير المكان، والعوامل البيئية مثل الضوضاء، ودرجات الحرارة الزائدة، والمخدرات.

اما الخالدي (2006) فإنه يرجع الأرق الى أن يكون استجابة وقته لاضطراب انفعالي، او الكوابيس، او اختناق النوم، ويمكن أن يحدث نتيجة لوضع فيزيقي كالتعب او الإنهاك الشديد، او تغيير مكان النوم الذي اعتاد عليه الشخص، او عدم انتظام أوقات النوم، والقلق، والمخاوف،

والشعور بالذنب، وتوقع الفشل في الامتحان والخسارة في مشروع معين، والهوس والاكتئاب اللوقي، والمنومات، والبدانة، وارتفاع ضغط الدم، واحتلال إيقاع القلب.

ويعزى الدحادحه (2010) أسباب الأرق إلى الأسباب النفسية والجسمية، أما الأسباب النفسية فتشمل القلق والتوتر، والاكتئاب، وربما يكون الأرق بسبب الاستجابة للصدمات العاطفية تماما كما يحدث بالنسبة للأرق الهستيري. وأحيانا يكون الأرق بسبب وجود فكرة ثابتة وقهرية في مخيلة الشخص الأرق مفاد هذه الفكرة هي أن النوم مستحيل أن يأتي.

تفسير الأرق:

حاولت الدراسات التساؤل عن دور كل من الوراثة والبيئة في إحداث الأرق أو بمعنى آخر هل النوم الرديء أو المضطرب سلوكياً يتم تعلمه أم أنه قابلية بيولوجية حتمية أو هما معاً؟ وقد توصلت إحدى الدراسات إلى أهمية التعلم في إحداث النوم، وعلى سبيل المثال وجد أن وجود أحد الوالدين بجوار الطفل عند النوم يزيد من احتمال استيقاظه أثناء الليل بينما يعتاد الأطفال النوم المستقر في حالة وجود أحد الوالدين إلى جوارهم وينزعجون إذا استيقظوا أثناء الليل فوجدوا أنفسهم بمفردتهم مما يتسبب في اضطراب نومهم (Adair, Bauchner, Philipp, Levenson& Zuckerman, 1991)

بينما يكون بعض الأفراد عرضة من الناحية البيولوجية للنوم المقلق أو المضطرب وهذه القابلية تختلف من شخص إلى آخر، ويمكن أن تتراوح من اضطرابات معتدلة إلى اضطرابات حادة أو شديدة، فعلى سبيل المثال ربما يكون شخص ما نومه خفيف (أي يثار بسهولة أثناء الليل) أو لديه تاريخ مرضي عائلي للأرق أو نوبات النوم المفاجئة (غفوات النوم) Narcolepsy أو توقف التنفس أثناء النوم وكل هذه العوامل يمكن أن تؤدي في النهاية إلى مشكلات تتعلق

بالنوم، وهذه التأثيرات تكون عوامل مهيئة للاضطراب، وربما لا تكون في حد ذاتها مسببة للاضطراب دائمًا، بل إنها قد تتحد مع عوامل أخرى للتدخل في عملية النوم أو إعاقتها .(Spielman & Glovinski, 1991)

النظريات النفسية التي تناولت الأرق:

بسبب تعقد السلوك الإنساني أصبحت هناك حاجه ماسه إلى تقديم العديد من التفسيرات في محاولة لفهم وتفسير هذا السلوك والتبؤ به والتحكم به، ومن أجل ذلك انبثقت العديد من النظريات المتنافسة والمختلفة فيما بينها، ومن بين هذه النظريات التي حاولت تفسير ظاهرة الأرق - موضوع الدراسة الحالية - هي:

1- نظرية فرط الاستثارة الجسمية: Physiological Hyper Arousal Theory

تفترح هذه النظرية بأن الشخص الأرق يختبر العديد من التغيرات في العمليات الحيوية مثل زيادة في عدد ضربات القلب والتتوتر العضلي وغير ذلك من أعراض جسمية تظهر وقت النوم أو قبله أو أثناءه مما يؤدي إلى حالة من عدم الراحة في الظروف الجسمية الازمة لابداء النوم والاستمرار به بشكل مريح (الشطرات، 2001).

2- نظرية فرط الاستثارة الذهنية: Cognitive Hyper Arousal Theory

تعتبر هذه النظرية أن النشاط الذهني في فترة ما قبل النوم بقليل هو العامل الأهم في حدوث اضطرابات النوم، فتتخفض مستويات الممثة لنوعية النوم وكميته، وأكثر تحديدًا فقد تحدثت المعايير التشخيصية DSM-IV عن وقوع الفرد أسيراً لأفكار سلبية مؤلمة أو التفكير في مشكلات تتطلب عمقاً كبيراً من أجل التغلب عليها والخروج بحلول منطقية وقابلة للتطبيق، وبؤدي ذلك إلى زيادة الفترة الازمة لابداء النوم مع حاجة الفرد الشديدة للنوم وهنا يقع الفرد في

حلقة مفرغة، فكلما زاد تفكير الفرد بأنه يريد النوم كلما زاد الضيق الناتج عن عدم تحقق هذه الفكرة، وعندما يزيد إصرار الفرد على النوم يزيد شعوره بالضيق والإحباط وبالتالي نقل قابلية الفرد للنوم (الشطرات، 2001).

3- نظرية ضبط المثير : Stimulus- Control Theory

إن المظلة الرئيسية في هذه النظرية هي تأكيد على أن ابتداء النوم لدى الأشخاص طبيعي، والنوم يأتي من خلال إقران المثيرات المتواجدة في غرفة النوم بالنوم، وبالتالي يفقد السرير في غرفة النوم أهميته كمثير تميّز للنوم، فقد ينخرط الفرد بسلوكيات تخلق حالة صعوبة في ابتداء النوم، أو إذا حصل النوم فقد يكون غير مريح، وهذه السلوكيات تتمحور حول ممارسات من شأنها أن تقود إلى حالة التيقظ بدلاً من النوم مثل القراءة أو مشاهدة التلفاز أو الأكل أثناء تواجد الفرد في السرير (الشطرات، 2001).

4- التنويم الإيحائي:

مدخل إلى علم التنويم بالإيحاء:

اننا لسنا بعيدين عن التنويم الإيحائي في حياتنا اليومية، فأنا بشكل متكرر نقوم به، فعندما نركز على بعض الأشياء التي تستحوذ على اهتمامنا فأنا في حالة التنويم الإيحائي وبدون قيود وحواجز مسبقة، فعلى سبيل المثال أحلام اليقظة هي حالة من التنويم الإيحائي، وقيادة السيارة لمسافة طويلة جداً عبارة عن حالة من التنويم الإيحائي (بعض حالات فقدان الذاكرة لمواقف مختلفة من الرحلة مثلاً)، وقد ندخل حالة التنويم الإيحائي الذاتي كل يوم، فخلال تذكر قائمة المشتريات أو بعض الأحداث الماضية، أو من خلال مشاهدة التلفاز، أو بروز مشاعر قوية تجاه بعض المواقف المخيفة (الدجاجد، 2010).

من جانب آخر يعتبر علم التنويم بالإيحاء من العلوم القوية التي تساعد الإنسان على مواجهة المشكلات والتحديات النفسية، كما أنها تساعد على التخلص من العادات السلبية التي تهدر طاقته، وتحولها إلى عادات إيجابية تزيد من قدرته على تحقيق أهدافه، ومن فرصته أن يعيش حياة أفضل، ويعمل التنويم بالإيحاء على الوصول إلى إحدى مراحل النوم الطبيعية التي تحدث لكل إنسان، وهي حالة (ألفا) التي تسبق النوم العميق مباشرة، وهي مرحلة تتميز بالسكون النائم، وفيها يتم برمجة العقل اللاواعي باستقبال رسائل إيجابية يطلقها المعالج عن طريق الإيحاء بالكلمات المناسبة، والتي تسمى بالاقتراحات (الفقي، 2010).

و قبل ذلك يجب أن نفرق بين مفهومي العقل الوعي والعقل اللاواعي أو كما يسمى عند البعض العقل الوعي والعقل الباطن. فالعقل الوعي هو العقل المفكر الذي يقع عليه عبء الاختيارات، على سبيل المثال: الشخص يختار منزله وسيارته وشريك حياته، ويتخذ كل قراراته بعقله الوعي، على الجانب الآخر - بدون أي اختيار واعٍ من جانبه - فإن قلبك يستمر في عمله بشكل آلٍ، وعمليات الهضم الدموية والتنفس تدار بواسطة العقل الباطن اللاواعي ومن خلال عمليات مستقلة عن عقلك الوعي (ميرفي، 2008).

والعقل الباطن يختزن تجارب الحياة بإيجابياتها وسلبياتها، وهو لا يميز كثيراً بين الحقيقة والخيال إذا جاز التعبير، ومن هذا المنطلق يمكننا أن نوحى إلى العقل الباطن بالأفكار والمشاعر، وهذا ما نسميه بالإيحاء الذاتي (الفقي، 2010).

وعلماء الإيحاء والتنويم الإيحائي يدعون أن الاستجابة للإيحاء هي في الواقع نقل للحس والوعي من الإدراك الوعي إلى الإدراك غير الوعي (اللارادي)، أي تحويل مجرى النبضات العصبية إلى الجهاز اللارادي، مما يسد الطريق تماماً على سريان النبضات العصبية التي

نبهتها الحواس إلى الجهاز العصبي الوعي، وقد استند العلماء إلى أجهزة دقيقة لإثبات هذه النظرية مثل أجهزة رسم المخ الكهربائي وبعض الأجهزة الحديثة (الشهاوي، 1989).

نستطيع القول بان التقويم الإيحائي ليس نوماً، لأننا عندما ننام نكون غير واعين لما حولنا، ويكون عقلاً الوعي كامناً غير فعال. وخلال النوم لا يكون الفعل الوعي واللوعي قادرين على التأثير بالإيحاء، أما في حالة التقويم الإيحائي، فإننا نشعر بالنشاط المعلن أو المعطل مؤقتاً، إذ ينام الجسد ويبقى العقل واعياً ومستقبلاً للأفكار، مع شعور عميق بالارتياح في كل عصب وعضله في الجسم، وشعور بالاطمئنان الجسدي المترافق مع شعور بالسعادة اللامتناهية (كوبيلان، 2001).

ويرى الدحادحه (2010) أن كل حالة تقويم إيحائي تشمل العناصر التالية:

- 1- اختزال الطاقة الحركية والاسترخاء: فيجب على الشخص المنوم أن يصل إلى هبوط في الحركة والنشاط العضلي وخفض الطاقة الحيوية.
- 2- الاستلقاء بالوضع المريح جداً: ووضع كل عضو من أعضاء الجسم في المكان المناسب.
- 3- فهم الكلمات بالمعنى الحرفي وكما لفظت وعند ذلك الحد فقط. فإذا سألت المنوم هل لك أن تعطيني كم هو عمرك عليه أن يقول فقط (نعم) بحيث لا يجب أكثر أو أقل من ذلك.
- 4- خفض مستوى الانتباه، فالتأثيرات البصرية والسمعية الموجودة في الخلفية يمكن أن تسمع أو أن ترى ولكنها ليست مهمة و يجب تجاهلها.

4- زيادة مستوى تقبل المنوم للتأثير بالمثيرات الخارجية، فإذا أخبرت المنوم بأنك تشعر بقلق شديد جدا في ذراعك اليمنى، فإن عليه أن يشعر بذلك على وجه الحقيقة. وأن يستوعب ذلك القلق فعلا وعلى وجه الحقيقة.

تاريخ علم التنويم بالإيحاء:

ظهر التنويم الإيحائي مع ظهور الحياة الإنسانية على وجه الأرض وله جذور عميقة في تاريخ الفكر البشري قبل أن يتحول في السنوات الأخيرة إلى علم قائم بذاته، وله قواعده وأصوله. فقد عرفته البشرية ومارسته في مختلف العصور بصور وأشكال شتى (الخامری، 2000).

فقد مارسه المصريون القدماء وقد عثر على نقش أثري يوناني يعود تاريخه إلى سنة 928 ق.م يظهر فيه شيرون الطبيب الدايم الصبيت وقتل وهو ينوم تلميذه أسكيلابيوس، وقد عثر على الكثير من المخطوطات الفرعونية وفيها مشاهد عن أنس في أوضاع لا يمكن وصفها إلا بحالات الغشية التنويمية. وأيضاً الهنود والكلدانيون والبابليون وانتقل منهم إلى اليونان والرومان وغيرهم من الشعوب في المراحل التاريخية المختلفة (الفقي، 2010).

وقد عرفت ظاهرة التنويم الإيحائي Mesmerism في البدء بمصطلح Hypnosis نسبة إلى فرانس مسمر Franz Mesmer 1734-1815، الذي اعتقد بأن هذه الظاهرة تتضمن انتقال تأثيرات مغناطيسية حيوانية animal magnetism، بدأ مسمر بعلاج المرضى بتمرير مغناطيس على أجسامهم، ثم استبدلها بتمريرات passes من يديه على جسم المريض معتقداً أن "المغناطيسية الحيوانية" الموجودة في جسمه تنشط المائع المغناطيسي في جسم المريض التي يكون المرض قد أضعفها. أما مصطلح Hypnosis فهو تعبر يطلق على الظاهرة نفسها بعد أن نبذت فكرة علاقتها بالمغناطيسية الحيوانية لذلك فإن ترجمة مصطلح Hypnosis بـ "التنويم"

المغناطيسي" هو في الواقع خطأ شائع سببه التلازم التاريخي بين ظاهرتي Mesmerism و Hypnosis (الخامرلي، 2000).

بعد ذلك جاء الطبيب الإنجليزي جيمس برايد 1795-1860، وكان معارضًا في الأصل للمسمية، وأصبح فيما بعد مهتماً بها، وقال إن الشفاء لم يكن بسبب التأثير البدني للفرد على الآخرين بل كان بسبب الإيحاء. ولقد قام بتطوير أسلوب تثبيت العين (تعرف أيضًا بالبرايدية نسبةً إليه) لاستمالة الاسترخاء وأطلق عليه Hypnos (تيمناً باسم إله النوم لدى الإغريق Hypnos) لأنه اعتقد أن هذه الظاهرة ما هي إلا صورة من صور النوم. ولقد أدرك خطأه فيما بعد وحاول تغيير الاسم إلى monoidism (وتعني تأثير الفكرة الواحدة) إلا أن الاسم الأصلي ظل عالقاً بالأذهان (إيسون، 2010).

وجاء الطبيب الفرنسي هيبولييت بيرنهام 1843-1914 الأستاذ في جامعة نانسي ليطلق عليها تسمية (الإيحاء) suggestion، إذ حدد طبيعة الإيحاء بدقة، وعدَّ أنَّ الإيحاء اللفظي الغيري verbal hetero suggestion أي التأثير الانفعالي المكتَفُ من خلال الآخرين، هو مفتاح التقويم. ويعود الفضل لأعمال بيرنهام في نشوء أول مدرسة للتقويم الإيحائي المعروفة بمدرسة نانسي للتقويم Hypnosis school of Nancy التي يرجع إليها فضل جعل التقويم طريقة رسمية في الشفاء ووضع البذور الأولى للعلاج النفسي المعياري (القلا و رضوان، 2012).

ثم جاء شاركوت 1825-1893 الفرنسي الذي يعمل طبيباً للأمراض العصبية، وأختلف في الرأي مع مدرسة نانسي للتقويم المغناطيسي، وكان يؤكد أن التقويم المغناطيسي ما هو إلا مظهر من مظاهر الهستيريا. وكان هناك صراع بينه وبين جماعة مجموعة نانسي (لبيوت

وبيرنهايم). ولقد أحيا نظرية (مسمر) الخاصة بالتأثير البدني للفرد على الآخرين، وعرف مراحل الغشية الثالث: السبات، التخشب، والسير أثناء النوم (إيسون، 2010).

ولعل أهم نقطة تحول في تاريخ ممارسة التنويم قد جاءت عن طريق سيموند فرويد 1856-1939 فقد تيسر لفرويد في مطلع عمله الطبي الحصول على منحة دراسية إلى فرنسا للاطلاع على أساليب شاركوت العلاجية، الذي كان يمارس التنويم الإيحائي في علاج بعض الحالات المرضية الهستيرية. وراح فرويد يمارس التنويم في محاولة التوصل إلى هذه القوة العقلية الخفية وراء الوعي وإظهارها وإطلاقها وهو بذلك لم ينظر إلى عملية التنويم من خارجها وإنما ركز اهتمامه إلى القوة المغمورة والمنسية والمكتوحة من حياتنا العاطفية والتي يفضي بها المريض أثناء التنويم (الفقى، 2010). ويعتبر فرويد الأب الروحى للتโนيم الإيحائي كأسلوب علاجي (الدحادحه، 2010).

وفي عام 1891 أعلن الدكتور شارلز ليبون Charles Lippon من مدينة هارسفيلد أنه قلع عشرين سنةً دون ألم أو نزف بعد أن نوم المريض بواسطة التنويم الإيحائي. وفي عام 1894 أعلن بونول Bonwill في أمريكا عن استخدام التنويم الإيحائي في طب الأسنان في مناطق متعددة من البلاد (الخامري، 2000).

ومع بداية القرن العشرين والانقلاب الذي حدث في تفهم الطبيعة، وظهور النظريات الرياضية والطبيعية (مثل النسبية لأينشتين) تغير المفهوم العلمي لقوى الطبيعة، ووضعت المغناطيسية في موقعها كنوع من أنواع الطاقة ضمت مع الكهرباء، وأصبحت تسمى بالكهرومغناطيسية Electromagnetism، وهي طاقة لا علاقة لها بوظائف الأجسام الحية العضوية، وإن كان الجسم الحي يحتوي على أشكال أخرى من الطاقة الكهربائية تتم بها بعض

الوظائف، وخاصة وظيفة الجهاز العصبي، ولكنها غير قابلة للتأثير بالмагناطيسية الخارجية. ورغم أن هذه النظريات أسقطت التقويم المغناطيسي وجردته من معناه الأصلي، إلا أن الكلمة ظلت موجودة بعد أن لبست ثواباً جديداً هو (التقويم بالإيحاء) (الشهاوي، 1989).

وفي عام 1918 أثارت الحرب العالمية الأولى الاهتمام باستخدام التقويم الإيحائي للأغراض العلاجية. وفي عام 1933 زاد الاهتمام بالتقويم بعد نشر كتاب التقويم الإيحائي وقابلية الإيحاء Hypnosis and Suggestibility الذي أصدره مختبر Hull العلمي للتجارب. وفي ما بين عامي 1939-1945 أدى ازدياد الحاجة للعلاج النفسي إبان الحرب العالمية الثانية إلى انتشار استخدام التقويم الإيحائي. ثم ظهرت بعد الحرب مؤلفات عديدة في مجال التقويم الإيحائي السريرية والتجريبية. وفي عام 1948 تأسست في إنجلترا الجمعية البريطانية للتقويم الإيحائي الطبي. وفي عام 1949 تأسست في الولايات المتحدة الجمعية الأمريكية لطب الأسنان النفسي Psycho-Somatic Dentistry. وفي عام 1953 تأسست في إنجلترا الجمعية البريطانية للتقويم الإيحائي السني، وفي عام 1957 حصلت جمعية طب الأسنان في ولاية ميشigan في أمريكا على قرار من المدعي العام للولاية يقضي بشرعية استخدام التقويم الإيحائي في طب الأسنان (الخامري، 2000).

أما في العصر الحديث فقد ظهر ميلتون إريكسون 1932-1974 وهو طبيب أمراض نفسية وعقلية ورائد من رواد استخدام الإيحاء غير المباشر في التقويم الإيحائي، وبعد مؤسس علم التقويم الإيحائي الحديث. كان شخصية نابضة بالحياة وكان له تأثير كبير في التطبيق المعاصر للمعالجة بالتنمية الإيحائي. وقد تم قبوله رسمياً من قبل AMA (الجمعية الطبية الأمريكية) (إيسون، 2010).

ومن أحدث التقارير في التنويم الإيحائي هو تقرير جمعية الطب النفسي الأمريكية الذي ورد فيه: (التنويم الإيحائي طريقة متخصصة من طرائق العلاج النفسي، وهو بهذه الصفة، يكون مجالاً من مجالات العلاقات بين المعالج والمريض. ويعتبر التنويم الإيحائي مساعداً في ممارسة العلاج النفسي ويمكن استخدامه في البحث والتشخيص والعلاج. ويوسعه أيضاً أن يكون مفيداً في قطاعات أخرى من الممارسة والبحث) (الخامری، 2000).

تعريف التنويم الإيحائي:

بالنسبة لتعريف التنويم الإيحائي فقد تعدد التعريفات له، فعرفه الجوهرى (1988) بأنه حالة عادية متغيرة للوعي تشبه اليقظة لكنها ليست ذاته، وتحدث شرطين أولهما: مركز لتوجيه الانتباه، وثانيهما: عزل المناطق المحيطة به، وتنتج حالة التنويم بدورها من ثلاثة أشياء: زيادة تركيز الذهن، زيادة استرخاء الجسم، وزيادة القابلية على الإيحاء (ص165).

أما بليفر (1990) أعطى تعريفاً أكثر شمولية فقال: التنويم الإيحائي حالة اللانوم في الوعي المتراقب أو المتبدل والتي تحدث في معظم الشعب الحيوانية نتيجة دوافع حاضرة ونسقية، ويمكن تمييزها عن النوم بوجود فضام متقلب، ووعي نسبي، أو قابلية للتأثير بالإيحاء، ويتم فيها الاتصال المباشر مع العقل اللاواعي في الإنسان (ص18).

ويعرفه الحنفي (1995) هو حالة شبيهة بالنوم، أو هي نوم متوفهم يستحدث بالإيحاء، وعلى الرغم من النوم الظاهر، فإن ذهن المنوم يظل يعمل ويتجه تفكيره وانتباهه إلى نواح معينة يتحدث عنها إلى المنوم ويجيب عن أسئلته ويكشف عن الكثير مما يخفيه وهو يقظ (ص973).

ويعرف النابليسي (1998) التنويم الإيحائي بأنه حالة نفسية فسيولوجية، تمثل شكلاً خاصاً من أشكال الوعي، تتميز بإعادة الأنماط البدائية للسلوك المبتدئة منذ عهد الطفولة الأولى .(ص115).

وفي تعريف آخر للتقويم: هو حالة إحداث تقويم شبيهة بالنوم نتيجة إطفاء جذوة مقاومة الوعي بالإيحاء النفسي، وإيجاد مرحلة من انخفاض درجة الوعي نتيجة المؤثرات النفسية الرتيبة والمنظمة بصورة خاصة ذات علاقة وثيقة بين العقل والجسم، وهي ليست نوماً طبيعياً يمر بمراحل التدرج المعروفة، بل هي حالة فسيولوجية متميزة تحت ظروف خاصة (عمارة، 1999: 9).

أما الباحث فيعرف التقويم الإيحائي بأنه: أسلوب علاجي نفسي يشمل تمارين التأمل والتنفس والتخيل معاً، تؤدي بإيحاءات من المعالج؛ وذلك بغرض الوصول إلى العقل اللاواعي واعطائه إيحاءات إيجابية؛ لإحداث تغيرات في شخصية وسلوك الشخص المنوم.

أنواع التقويم الإيحائي:

إن التقويم الإيحائي ليس أن يقوم الشخص المنوم بتقويم شخص واحد وبشكل مباشر فقط، ولكنه يتمايز إلى ثلاثة أنواع من التقويم الإيحائي من حيث تنفيذ الإيحاءات وإيصالها إلى المفحوص لإحداث التأثير المطلوب وهي:

1 - **التنويم الإيحائي الفردي**: وهذا النوع هو الأكثر استعمالاً وانتشاراً، وهو المستعمل في الدراسة الحالية، ويعني: أن يقوم الشخص المعالج بإحداث عملية التقويم الإيحائي للشخص

المريض، وذلك بالتركيز على إشارات أو صوت المعالج أو ايهاءاته للوصول إلى مرحلة ألم المريض، التي يحدث فيها برمجة العقل اللاواعي من أجل إحداث تغيير في سلوك أو شخصية المريض.

2- التنويم الإيحائي الجماعي: هي قيام المعالج بإحداث عملية التنويم لمجموعة من الأشخاص في المكان والزمان نفسه غالباً، ومن أحسن طرقه أن يتماسك أفراد المجموعة بالأيدي ويركزون نظرهم على شيء معين، أو على المعالج، أو يغمضون أعينهم مع التركيز على صوت المعالج، في حين يقوم المعالج بإصدار إيعازاته عن طريق الإيحاء بالصوت والإيماءات، غالباً ما يتم ذلك في جو من الهدوء والأضواء الخافتة، مصحوباً بموسيقى رتيبة وهادئة (الخامری، 2000).

3- التنويم الإيحائي الذاتي: عبارة عن سلوك متعلم. فهو منهج علمي وأسلوب فعال يساعد ويعزز قدرة الإنسان على التغيير، بالتنويم الإيحائي يمكننا أن نخلق التغيير المرغوب به بسلوكياتنا. ويمكننا أن نعيش بصحة نفسية وجسمية جيدة. (الدحادحه، 2010).

طرق التنويم الإيحائي:

من خلال الاطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة وجد الباحث طرق عديدة تستخدم في التنويم الإيحائي منها ما هو قديم ومنها ما هو حديث، وهي وإن اختلفت وتعددت مسمياتها تتشابه معظمها من حيث الإجراءات أو الخطوات، وهي في النهاية توصل إلى الهدف ذاته وهو الدخول في الغشية التنويمية، فضلاً عن كونها تحد من التأثيرات الحسية إما بتركيز النظر على شيء ما ، وإما بتركيز التفكير على فكرة ما، أو الإصغاء إلى صوت المنوم الرتيب والتجاوب معه، أو كلها مجتمعة.

فقد قسم الخامري (2000) طرق التقويم الإيحائي إلى أربع طرق وهي:

1- طريقة الاسترخاء: Relaxation Technique

يطلب من المفحوص إغماض عينيه قبل مباشرة هذه الطريقة ثم توجيه إيحاءات الاسترخاء لأجزاء الجسم المختلفة ابتداءً من القدمين حتى الرأس أو العكس، ويمكن إحداث التقويم بهذه الطريقة والعينان مفتوحتان أيضاً، وخاصة عندما يريد المنوم إحداث التقويم بشكل مقنع أو غير مباشر للمفحوص، أو الحصول على الاسترخاء وحده لمنع الإغماء مثلاً.

2- طريقة ثبيت النظر في شيء: Eye Fixation

يطلب من المفحوص ثبيت نظره على شيء موضوع أمام عينيه وفوق مستوى نظره بقليل، وفي الوقت الذي يتحقق فيه على ذلك الشيء تكرر عليه إيحاءات الاسترخاء والنعاس بصوت رتيب، أما الشيء الذي يثبت المفحوص عليه نظره فيمكن أن يكون شيء صغير كمراة الفم أو قلم حبر أو رصاص أو مفتاح أو قطعة نقود أو منظر معين.

3- طريقة التحديق المباشر: Direct Stare

تشبه هذه الطريقة ثبيت النظر من حيث ثبيت نظر المفحوص على شيء ما -عينا المنوم مثلاً - وتوجيه إيحاءات الاسترخاء والثقة والتعب إلى المفحوص. بيد أنها تختلف عنها بأنها طريقة إجبارية قاهرة. ومن الضروري أن يكون المعالج بارعاً في إبقاء عينيه مفتوحتين وهو يتحقق في شيء صغير يبعد عن عينيه مقدار (30 سم) لدقائق عدة دون أن تطرفا، وهذا يتطلب منه تمريناً وممارسة.

4- طريقة خفة اليد وارتفاعها: Hand Levitation

بعد إريكسون Erickson أول من طبق هذه الطريقة، وتنتمي بالشكل الآتي: يطلب المفحوص من المفحوص الجلوس على الكرسي (ويكون مريحاً يسمح بالاسترخاء عادة) وكفاه على فخذيه، ثم يطلب منه مراقبة يديه أو إدراهما ليلاحظ أشياء تحدث وهو مسترخ، فيشعر أن كلتا يديه أو إدراهما بدأت تصبح دافئة ومتملة، وأن ثقلها يزداد أو أنها تضغط على فخذيه، وبينما هو منهمك في ملاحظة إحدى هذه الأحساسات سيلاحظ أخيراً حدوث حركة، وستبدأ إحدى أصابعه بالحركة والاهتزاز ، وهنا يطلب منه مراقبة أصابعه جيداً ليرى أي إصبع يبدأ بالحركة أولاً، وبذلك يمكن إقناع المفحوص بإشراك احساساته مع ما يقوله له المفحوص، وهكذا يستطيع المعالج الحصول على الاستجابة المطلوبة من المفحوص.

وقد قسم سيد (2012) طرق التنويم الإيحائي إلى خمس طرق وهي كالتالي:

1- طريقة التنويم الإيحائي المدعّم:

هذا النموذج يعتمد على إعطاء العميل إيحاءات لفظية وخالية مباشرة لتقوية الأنماط ولتحسين الأداء في مجالات معينة من حياته. غالباً ما يعمد المعالج إلى توجيه العميل ليخلق صورة ذهنية خيالية مستقبلية يرى فيها نفسه وهو في الصورة التي يتغيرها ويعيشها بكل مشاعره ومدركاته الحسية كما لو كانت في الحقيقة. وبتكرار العملية تتطبع في عقل العميل الباطني الذي سوف يتحقق له مستقبلاً ممثلاً بتلك الصور الذهنية المرغوبة.

2- طريقة التنويم الإيحائي السلوكي:

مأخذ من المدرسة السلوكية والتي تفترض أن سلوكنا غير المتواافق أو غير المقبول متعلم، وبالتالي يمكننا أن نزيل هذا التعلم الخاطئ ونتعلم سلوكاً إيجابياً جديداً يكون مقبولاً لنا

وللآخرين ولا تنتج عنه أية معاناة نفسية، وتوجد أساليب عديدة تستغل فيها مقدرات العميل على التخييل مستغلا حواسه الخمس، ومن تلك طريقة التعرض في الخيال على الأشياء والأماكن التي يتخوف منها المريض كما يحدث عند مرضي الرهاب، أو منع الاستجابة لأي نزعة أو رغبة عارمة كما يحدث في مرض الوسواس القهري.

3- طريقة التنويم الإيحائي المعرفي:

هذا النموذج يعتمد على تعاليم العلاج المعرفي الذي يفترض أن عواطفنا السلبية وسلوكنا غير المتكيف هي نتاج أفكارنا السلبية والتي تفقد الواقعية. فلذلك يعمد المعالج على تحديد هذه الأفكار وإعادة تشكيلها بأسلوب إيجابي وواعقي ومن ثم تدريب المريض على إيقاف الأفكار السلبية لحظة حدوثها مع ترديد الأفكار الإيجابية التي ينتج عنها شعور بالاطمئنان والراحة وتؤدي في النهاية لتغيير كثير من السلوكيات والأفكار المحبطة أو السلبية. تستغل هذه الوسيلة في علاج الوساوس القهيرية ومرض الاكتئاب.

4- طريقة التنويم الإيحائي التحليلي:

هذا النموذج العلاجي يفترض أن مشاكلنا النفسية وعواطفنا السلبية هي نتيجة لصراعات نفسية داخلية أو حوادث أو صدمات مؤلمة حدثت عند الطفولة وتم كبتها أو إخفائها داخلنا لتجنب القلق والألم التي تحدثه إذا ظلت في عينا. ولكن هذا الكبت لا يكون كاملا في كل الأوقات فينتج عن ذلك الأعراض النفسية الكثيرة التي نعاني منها.

وأسلوب العلاج يعتمد على مساعدة العميل تحت التنويم على النكوص بخياله إلى الماضي البعيد ليحيط اللثام عن تلك الحوادث المؤلمة أو المرعبة ويعيشها بخياله مرة أخرى

ويفرغها من شحنتها العاطفية بذلك فقط ينتهي مفعولها بعد أن يتقهمها العميل في صورة جديدة ناضجة وواقعية.

5- طريقة التنويم الإيحائي المتكامل:

هذا النموذج يعتمد على استغلال حالة التنويم لتطبيق بعض تقنيات البرمجة اللغوية العصبية والعلاج بالطاقة للتخلص من كل المشاكل التي تستغل فيها هذه التقنيات عادة ولكن بإحراز نتائج أقوى وأسرع.

أما في الموسوعة العربية فقد تم تقسيم طرق التنويم الإيحائي إلى ثلاثة طرق وهي:

1- إعادة تربية المواقف بالاعتماد على الإقاع: وتستخدم هذه الطريقة على نطاق واسع لدى أشخاص يعانون الوزن الزائد وفرط التدخين وغير ذلك.

2- التفيس: وهو بعث الاضطراب ثم تفريغه. ونجحت هذه الطريقة في علاج العسكريين في الحرب العالمية الأولى، إلا أنها أخفقت في علاج المدنيين بعد ذلك. وهي طريقة لم تعد تستخدم اليوم إلا فيما ندر.

3- التنويم التحليلي: ويقوم على إزالة الاضطراب بإزالة الأعراض والأسباب (القلا ورضوان، 2012).

خصائص القابلين للتنويم الإيحائي:

يتأثر كل إنسان طبيعي بالإيحاء بيد أن هذا التأثير يعتمد على الحالة النفسية للفرد، وأن العوامل المعاوقة لتفاعل الإيحاء هي ما يجب التباهي إليها وتحديدها ثم تبديدها، ليصبح الإنسان مستعداً لتقبل الإيحاء وبالتالي التفاعل معه، ومع تضارب الآراء حول نسبة قابلية البشر للتنويم

الإيحائي فقد وجد أن 95% من البشر يمكن تنويمهم، فيرى روحة (1987) فيرى أن الأفراد

القابلين للتقويم ينتمون إلى النماذج التالية:

- 1- الأذكياء الذين يستطيعون تركيز أفكارهم.
- 2- الذين يؤمنون بالاعتقادات الغامضة والسحرية والمعجزات.
- 3- الذين اعتادوا على الطاعة في حياتهم العملية.
- 4- المدمنين على تناول المسكرات، واستعمال الأدوية المنومة، وما شابه ذلك.
- 5- الذين مرروا بأحداث وخبرات غير سارة وينشدون السلوى منها.
- 6- الذين يخفون في صدورهم أسراراً، ويريدون التخلص منها بالمصارحة أثناء التقويم.
- 7- صغار السن والجنود.

أما الجوهرى (1988) فيرى أن الناس جميعهم يمتلكون القابلية للتأثر بالإيحاء بدرجات متفاوتة، وأنه يمكن لكل فرد تحسين قابليته للتقويم بالمران، بيد أن ثمة أناس أكثر تهيئاً للتقويم -

كما يرى- يتميزون بـ:

- 1- تطرفهم في ميولهم، وكراهيتهم لأشياء من قبيل التطلع إلى المرأة بتقزز واضطراب.
- 2- كراهيتهم للون الأصفر والميل للأزرق.
- 3- الشعور بالصداع الخفيف.
- 4- انزعاجهم من رؤية الحريق، وضوء القمر.
- 5- لا يحبون ركوب الخيل والمحافل الاجتماعية.
- 6- فضلاً عن أن لهم بعض المميزات الجسمية منها الإبهام القصير الدقيق، والأذن من دون شحمة.

ويرى سعيد (ب، ت) أن خصائص الشخص ذو القابلية العالية للتنويم هي أن يكون:

- 1- صحيح الجسم خالٍ من الأمراض الجسمية والعقلية.
- 2- ذو قلب سليم وأعصاب هادئة.
- 3- من ذوي الثقافة والمعرفة وذو خلق حسن.
- 4- من ذوي الأجسام المتوسطة والنحيفة.
- 5- من ذوي الرغبة والدافعية للتنويم.
- 6- أن يكون عمره بين 13-16 عاما.

خصائص المنوم الإيحائي:

تعددت الآراء حول شخصية المنوم؛ لأنه لا يوجد مقاييس دقيقة لشخصية المنوم، حيث كانت موضع دراسة أقل مقارنة بشخصية النائم، ولا يمكن التأكيد أن الاستعداد للتنويم حصيلة بنية نوعية، وكما تتنوع أسباب تنويم المفحوص يمكن أن تتنوع تقنيات المعالج، فيرى جهشان (1983) أن للمنوم الإيحائي خصائص ينبغي التحلي بها أهمها:

- 1- أن يكون هادئاً في معاملة الآخرين.
- 2- أن يكون ثابتاً في الأزمات.
- 3- أن تكون له القدرة على اتخاذ القرار في التو ولا يرتكب.
- 4- أن يتحلى بالاتزان والشفقة والالتزام الأخلاقي.
- 5- أن يكون منطقياً واضحاً في التفكير.
- 6- أن يكون حاسماً واثقاً من نفسه.

- 7- أن يكون مركزاً على أمر واحد في الوقت الواحد.
- 8- أن يكون حسن المظهر والملابس والرائحة.
- 9- أن يصدر كلامة من الحلق ليكون بارزاً يعطيه صفاء ودقة في إخراج المقاطع، وذو جرس موسيقي، هادئ بعيداً عن الصراخ والفحيج، وأن يكون اللفظ واضحاً (الذي يمكن تحسينه بالتدريب).

ويرى المدنى (1996) أن المنوم لابد أن تتوافر فيه خصائص أهمها:

- 1- ثقافة واسعة.
- 2- قوة الشخصية.
- 3- سلامة البنية.
- 4- الوفاء والمحبة وضبط النفس.
- 5- القدرة على التأثير بالكلام.
- 6- حسن التصرف في المواقف الطارئة أثناء التقويم.
- 7- صياغة الإيعازات برقة وثقة بالنفس.
- 8- الصبر والحزم.
- 9- عدم الخوف والوجل.
- 10- القدرة على إخراج الصوت ببرنة ودفء وعطف.
- 11- عدم الإكثار من الأسئلة الغثة أو الصعبة.

أما سعيد (ب، ت) يشير إلى أن أهم الخصائص التي يجب توافرها في المنوم هي:

- 1- عين ثاقبة وصحة جسمية وعقلية.
- 2- شخصية إيجابية تتحلى بالعفة والتواضع والنشاط.
- 3- إيمان راسخ بما يقوم به.
- 4- ثقة وسيطرة غير متنافية مع الدين والقيم.
- 5- الاتزان والهدوء.

مجالات استخدام التقويم الإيحائي:

عند التحدث عن مجالات استخدام التقويم الإيحائي فإن أول ما يشد الانتباه هو كتاب غير مجرى حياتك مع التقويم المغناطيسي وذلك لاحتوائه على حلول لأكثر من 350 مشكله ابتداء من الإقلاع عن التدخين إلى التغلب على الأرق (كوبيلان، 2001).

وذكر الراشد (2010) بعض فوائد التقويم الإيحائي منها:

- 1- بلوغ مرحلة الصفاء والخيال، والحرية من حواجز العقل الوعي الناقد والمحلل والصلب أحياناً.
- 2- برمجة العقل الباطن لمقاومة مرض موجود أو أمراض.
- 3- برمجة العقل الباطن على الاسترخاء والهدوء والشعور بالسلام الداخلي.
- 4- برمجة العقل الباطن على الصحة والعافية.
- 5- حسم بعض الصراعات الداخلية النفسية.
- 6- برمجة الجسم على التكيف مع الآلام الطارئة.

7- التغلب على الغضب والعصبية.

واستخدم التقويم الإيحائي في البحث العلمي لفهم عقل الإنسان والتمييز بين السلوك السوي والسلوك الشاذ. واستخدم في الطب النفسي والعلاج النفسي للتخفيف من الإرهاق وتهيئة الأعصاب المتوترة، أو التخفيف من الاكتئاب أو السيطرة على عادات ضارة كالتدخين أو تغيير العادات في الأكل والرياضة البدنية أو علاج مشكلات النطق، وقد استخدم في التخفيف من آلام الأمراض الخطيرة كالسرطان، والمزمنة كالتهاب المفاصل، والجلطة الدماغية. واستخدم في القضايا القانونية لاستعادة الذاكرة في شهود عيان، وتذكر ضحايا الجريمة. ولكن الشواهد منها لا تعد صادقة تماماً، لأن بعض الناس قد يميلون للكذب أو يرتكبون الأخطاء خلال جلسة التقويم الإيحائي (ال فلا و رضوان ، 2012).

ومن أكثر استخدامات التقويم الإيحائي و التطبيقات التي يستعمل فيها هو الإقلاع عن التدخين وإنقاص الوزن، ويستخدم في العمليات الجراحية، وفي التغلب على الانفعالات السلبية ومعظم الأمراض النفسية، وفي التغلب على معظم الآلام والأوجاع والأمراض العضوية، ويستخدم أيضاً في تعزيز الأداء والتعليم وتنمية الذاكرة، ولتحقيق الأهداف وبناء مستقبل إيجابي، ويستخدم للتخلص من آلام الولادة، ويستخدم أيضاً لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من مرض ينبع بالموت (الفقي، 2010).

وبؤكد الأفراد الذين خضعوا للتقويم جميعهم أنهم تحسنوا بشكل دال معنوياً، مقارنة بالأفراد الذين لم يتم علاجهم بالتقويم، مثل مرض ألم الأسنان العصبي، وعرق النساء، وألم القطن (أسفل الظهر)، وألم العنق والتؤها، والصداع، والشقق، والذبة الصدرية، والسل، والتهاب الرئة، وذات الجنب، والتهاب الشعب الهوائية، والريبو، وأمراض الجهاز الهضمي كالتهاب المعدة

وقرحتها، والاضطرابات المعاوية كالإمساك والمغص والإسهال والتهاب الإثنى عشر، ومرض الكبد المحقن، وآفات الكلى، وداء المفاصل، وداء السكري والأمراض الجلدية، والإرهاق، وارتفاع ضغط الدم، والغلمة، والأرق، وفي معالجة صعوبة التبول والتبول على الفراش، وزيادة حدة البصر، والسمع، والشم، وتنظيم الحيض، وإزالة الآلام لدى النساء، وزيادة الشهية للطعام، وتقليل الشراهة للطعام والشراب (الخامري، 2000).

غير أن المجال الرئيس لاستخدام استراتيجية التقويم الإيحائي هو المجال العلاجي، إذ يُستخدم كعلاج مساعد، وليس أساسية، ضمن علاجات أخرى للتخفيف من حدة أعراض معينة أو للسيطرة عليها، وخصوصاً في المجال النفسي الجسدي كالاضطرابات الوظيفية واضطرابات نقص التروية الدموية واضطرابات النوم وحالات الألم والسلوك الإدمانى وسلوك الطعام واضطرابات القلق واضطرابات السلوك والاضطرابات الجنسية الوظيفية وغيرها (القلا و رضوان، .(2012

ثانياً: الدراسات السابقة:

مقدمة للدراسات السابقة:

إن الباحث اطلع على العديد من الدراسات السابقة وما ذكره هنا لا يمثل إلا جزءاً منها ليوضح موقع بحثه الحالي من الدراسات السابقة التي وزعت بين محورين رئيسيين؛ وذلك نظراً لقلة الدراسات التي تناولت التنويم الإيحائي لعلاج الأرق، وصنف كل منها إلى محورين، وهي مرتبة من الأقلم إلى الأحدث زمنياً كالتالي:

1 - دراسات سابقة تناولت التنويم الإيحائي لعلاج الأرق.

2 - دراسات سابقة تناولت التنويم الإيحائي ومتغير آخر يؤدي إلى ظهور الأرق.

واختتم الفصل بمناقشة الدراسات السابقة.

1 - دراسات سابقة تناولت التنويم الإيحائي لعلاج الأرق:

لا توجد دراسات عربية تناولت موضوع التنويم الإيحائي لعلاج الأرق - على حد علم الباحث واطلاعه- مما يدل على أهمية هذه الدراسة عربياً، أما بالنسبة للدول الأجنبية فقد وجد الباحث بعض الدراسات التي تناولت موضوع التنويم الإيحائي لعلاج الأرق.

أجرى أندرسون وأخرون (Anderson, et al, 1979) دراسة بعنوان الأرق والعلاج بالتنويم الإيحائي، وقد هدفت الدراسة إلى معرفة أثر التنويم الإيحائي لعلاج الأرق، وقد استخدم التصميم التجريبي بمشاركة ثمانية عشر فرداً يعانون من الأرق، تتراوح أعمارهم من 29 حتى 60 سنة (متوسط العمر 46 سنة) في الدراسة، وقد خضعوا لجلسات التنويم الإيحائي لمدة 10 أسابيع بمعدل كل أسبوع جلسة، وقد استخدم أربعة مقاييس للأرق وهي: متوسط وقت الذهاب إلى النوم،

ومتوسط مدة النوم ، ونوعية النوم، وحالة اليقظة، التي تتضمن على اضطراب الأرق، وقد أظهرت النتائج فعالية التقويم الإيحائي لعلاج الأرق.

وقدم كوتشران (Cochrane,1989) تقريراً عن دراسة حالة تتعلق ب الرجل أعمال ذو صفات عدوانية، مستقلة، وناجحة ماليا، ويعاني من الأرق الناتج من اضطراب القلق العام، وقد هدفت الدراسة إلى العلاج بالتنمية الإيحائي الغير المباشر للأرق من خلال إدراجه في قصص مجازية مصممة كتدخل غير مباشر للقلق العام، وذلك من خلال العلاج الفردي، وقد تم توضيح العلاج للعميل، وتم تصميم استراتيجية التدخل بشكل غير مباشر من أجل المزيد من التغييرات العامة، وكانت التغييرات التي أدلى بها العميل إيجابية ودائمة لمدة سنتان من المتابعة.

وبيكير بيكر (Becker,1993) في دراسته لتقدير المرض في مركز اضطرابات النوم لاختلال النوم، كانوا يعانون من اضطرابات في النوم بمعدل 3 ليال في الأسبوع واستمرت لمدة 6 شهور أو أكثر، وتكونت العينة من ستة بالغين ذكور وقد هدفت الدراسة إلى إخضاعهم للعلاج بالتنمية الإيحائي لخفض الأرق ولمعرفة استمرار النفعية الفيزيولوجية وغيرها من التشخيصات لاضطرابات النوم، وقد استمر ثلاثة مرضى فقط من العينة وبشكل منتظم لدورتين للعلاج بالتنمية الإيحائي، ويقدمون تقريرا يوميا للعلاج لمدة نصف ساعة قبل النوم أثناء وجودهم في السرير، وقد أظهرت النتائج تحسن بشكل جيد جدا، واستمر هذا التحسن لما بعد فترة المتابعة.

وقام هوسام (Howsam, 1999) بإجراء دراسة بعنوان التنمية الإيحائي في علاج الكوابيس، والأرق والذعر الليلي، وقد هدفت الدراسة إلى علاج الكوابيس والأرق والذعر الليلي والخوف من الظلام لصبي عمره (11) سنة يعاني من ذلك، الذي حدث له نتيجة اصابته اصابة شديدة في المستشفى وتسرب في حدوث اضطرابات نفسية لديه، وذلك باستخدام استراتيجية التنمية الإيحائي، وقد أظهرت النتائج فعالية التقويم الإيحائي لعلاج.

وفي دراسة أخرى قام بها ستانتون (Stanton, 1999) بعنوان التقويم الإيحائي والاسترخاء والأرق، وهدفت إلى معرفة أثر هذه الاستراتيجية في خفض الأرق، حيث تكونت عينة الدراسة من ثلاث حالات يعانون من الأرق، الحالة الأولى وهو ذكر يبلغ من العمر (43) عاما، والحالة الثانية وهو أيضا ذكر وعمره (22) عاما، أما الحالة الثالثة فهي اثنتي وثلاثين من العمر (37) عاما، وقد أدت الدراسة إلى نجاح هذه الاستراتيجية مع جميع الحالات الثلاث ، وقد أوصى انه يمكن استخدامه على نطاق أوسع.

كما أشار بيردنت وأوت (Berdnt, & Ott, 2000) في دراسته التي كانت بعنوان فاعلية علاج الأرق بالتنويم الإيحائي المسجل على شريط، والتي هدفت عن البحث عن فاعلية الأشرطة الصوتية المسجل بها جلسات التقويم الإيحائي لعلاج الأرق لدى عينة تتكون من 21 فرد يعانون من الأرق المزمن، حيث كانوا يعانون من: إطالة التفكير في الأحداث المجهدة في حين يرقد في السرير، تجربة اللوم أو المشاكل التي لم تحل، استهلاك المخدرات أو الكحول، عدم القدرة على النوم بشكل طبيعي وكذلك الشعور بعدم الانتعاش بعد النوم، وكان الهدف الأول من هذه الدراسة هو أن التقويم الإيحائي لم يتم توثيقه بشكل كامل كعلاج للأرق والتحقق من صحة ذلك تجريبيا، ودراسة كيفية التدخل في حالة التقويم هل تكون مفيدة لعلاج مشاكل النوم، حيث تكونت العينة من 21 منهم ، 13 رجلا و 8 نساء، وكانت أعمارهم تتراوح ما بين 13-47 سنة. كان 48% عازيون و 62% متزوجون، و 38% من العاملين في مدرسة ثانوية، و 19% على الأقل ملتحقون بالتعليم الجامعي، وقد استمرت لديهم اضطرابات النوم بالفعل من 3-4 سنوات، وبلغت مدة معاناتهم من 6 أشهر إلى 20 عاما. وذلك من خلال التشخيص في المقابلة الأولية، وقد أفاد 16 من الـ 21 أنهم لم يتناولون أي دواء حاليا لاضطراب نومهم، وتم استخدام مقياس الأرق

من الدليل التشخيصي للأمراض النفسية DSM-IV في المقابلة الأولية، وقد تراوحت مدة الجلسة

من 15 إلى 20 دقيقة. وكان شريط التويم الإيحائي يحتوي على أربع مراحل وهي:

1- يتم وضع المريض تحت التويم الإيحائي عن طريق تقنيات الاسترخاء والتنفس.

2- يجب أن يتخيّل المريض أن يسيراً في درج يتكون من عشر خطوات. وقد ساعد ذلك

على تعميق والتحقق من حالة التويم.

3- تقدم للمريض بعض التخيلات.

4- وتقدم اقتراحات تساعد على الانتقال إلى النوم.

و طلب من كل مريض أن يستمع إلى هذه الجلسات لمدة 28 يوماً، وقد أظهرت النتائج

فعالية التويم الإيحائي لعلاج الأرق.

كما قام كل من انبار وسلوثوير (Anbar & Slothower, 2006) بدراسة بعنوان التويم

الإيحائي لعلاج الأرق للأطفال في سن المدرسة، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية

التويم الإيحائي لعلاج الأرق والكشف عن أسباب الأرق، وقد استخدم الباحث المنهج التجريبي،

حيث تكونت عينة الدراسة من (84) طفلاً تم إخضاعهم لدورة في التويم الإيحائي الذاتي على

شكل دورتين: بعد الدورة الأولى عاد (75) طفل لاستكمال الدورة الثانية وكان متوسط أعمارهم

12 عاماً (المدى، 7-17)، وأظهرت النتائج أن الأطفال الصغار أكثر عرضة للأرق المرتبط

بالمخاوف، وإن (70) من المرضى يعانون من التأخر في بداية النوم لأكثر من 30 دقيقة،

وأظهرت النتائج أن 90% وجدوا تحسن في بداية النوم، و (21) مريضاً يعانون الاستيقاظ ليلاً

أكثر من مرة واحدة في الأسبوع وقد أظهرت النتائج تحسن بنسبة 52% من الاستيقاظ، وتم

الإبلاغ عن الشكاوى الجسدية بنسبة 41% من المرضى، بما في ذلك ألم في الصدر، ضيق

التنفس، آلام في البطن وظيفية، والسعال، والصداع، وضعف الحبل الصوتي، وقد أظهرت النتائج أن 87٪ تحسن من الشكاوى الجسدية بعد التقويم الإيحائي.

وأجرى أبراموبيتز، وآخرون (Abramowitz, et al., 2008) دراسة لتقدير فوائد التقويم الإيحائي للمرضى الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة المزمنة المتعلقة بالقتال والمعاناة من الأرق، مقارنة مع المرضى الذين عولجوا بواسطة مضادات الاكتئاب والعلاج النفسي الداعم SSRI، وقد هدفت الدراسة إلى مقارنة العلاج باستخدام التقويم الإيحائي والعلاج باستخدام مضادات الاكتئاب والعلاج النفسي الداعم، وتم استخدام منهج المقارنة في التصميم، وأظهرت النتائج أن هناك تأثير كبير للعلاج بالتقويم الإيحائي مع أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المتعلقة بالقتال والمعاناة من الأرق التي تقيس على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، وأيضاً أظهرت الدراسة الحفاظ على هذا الأثر للتقويم الإيحائي وذلك من خلال المتابعة لمدة شهر.

وأجرى تشان (Chan, 2008) دراسة حالة عن اضطراب ما بعد الصدمة والحزن المزمنة واستخدام التقويم الإيحائي كجزء لا يتجزأ من العلاج السلوكي المعرفي، وقد كان هدف دراسته علاج على رجل عمره (64) عاماً متزوج ولديه أطفال، ويشكو من أمراض الكلية وله ذكريات مؤلمة متعلقة بحادث سيارة التي أدت إلى وفاة ابنته، وقد طلبت زوجته المساعدة بسبب المخاوف التي يتعرض لها، والمعاناة من الأرق الناتج عن ذلك، وفي التقديم والفحص السريري

تبين أنه يعاني من مشكلتين:

أ- الإجهاد المستمر، ولكن ليس بشكل متكرر، والأرق بشكل متكرر، وأحلام وذكريات ابنة المتوفى. وهذه الأعراض التي كانت تسبب له الارهاق البدني، وأصبح أكثر توتراً ويعاني اعتزال عن الآخرين مؤخراً بشكل عام، ويصاب بالحزن بسهولة عن عندما يتذكر هذه الذكريات

المؤلمة، وأفادت التقارير أيضاً أنه ذو مزاج عصبي، ويتجنب استخدام الطريق الذي وقع فيه الحدث.

بـ- عانى من الأرق لمدة خمس سنوات منذ أن تم تشخيص حالته بأنه مصاب بتوقف التنفس أثناء النوم وقد تلقى العلاج الطبي في ذلك الوقت. وقد زاد لديه الأرق في الآونة الأخيرة، وذلك أنه لم يعد قادراً على الرجوع إلى النوم عندما يستيقظ طوال الليل، وقال إن هذا الوضع بداية لاجترار ذكرياته المؤلمة، بينما في الماضي كانت مخاوفه من العمل ذات صلة بالأرق.

وقد تم استخدام التنويم الإيحائي لعلاج هذه الحالة وتبيين أثرها في العلاج.

وأجرى فاريل (Farrell, 2010) دراسة بعنوان جدوى وفعالية التدخل بالتنويم الإيحائي الذاتي المتاحة على شبكة الإنترنت للناجيات من السرطان اللاتي يعاني من الأرق وقد كان هدف هذه الدراسة هو الكشف عن جدوى وفعالية التنويم الإيحائي الذاتي عبر التسجيلات المتاحة على شبكة الإنترنت لتحسين النوم، والتعب، والمزاج، ونوعية الحياة عند الناجيات من السرطان، وتم اختيار العينة عشوائياً من الناجيات من السرطان وعدهن ثمانية وعشرين латي يعانى من الأرق، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين ضابطة وقوامها 14 وتجريبية وقوامها 14 ، وتم إخضاع المجموعة التجريبية إلى جلسات التنويم الإيحائي الذاتي على الفور لمدة 4 أسابيع من التنويم الإيحائي الذاتي لعلاج للأرق. وتم الحصول على النتائج الرئيسية من النوم، وتم تقييم التعب، والمزاج، ونوعية الحياة عن طريق الإنترنت قبل وبعد العلاج بالاستبيانات وملاحظات يومية عن نومهم، كما تم الحصول على استخدام التدخل والتأثير المحسوس، والتغذية الراجعة، وعموماً أظهرت النتائج أن عدد صغير قد حصل على آثر العلاج بالتنويم الإيحائي الذاتي وقد حصلن على ارتياح في النوم ونقص التعب، وتحسن من المزاج السيء، ونوعية الحياة، ولكن

مع صغر حجم العينة، لم يتم العثور على تحسينات لتكون ذات دلالة إحصائية، ولكن يبدو أن التدخل ممكنا باستخدام هذا العلاج لأن معظم المشاركين استفادوا من العلاج وينظر إليها على أنها مفيدة إلى حد ما على الأقل، ومن توصيات هذه الدراسة أن هناك حاجة إلى بحوث إضافية لتحديد ما إذا كان هذا الخيار الذاتي للعلاج فعال للناجين من السرطان الذين يعانون من الأرق.

كما قام كيلي (Kelly, 2011) دراسة شبه تجريبية بعنوان فعالية التقويم الإيحائي لعلاج الألم المزمن والأرق لدى كبار السن، وهي عبارة عن دراسة شبه تجريبية هدفها تقييم فعالية استراتيجية التقويم الإيحائي وهي عبارة عن جلسات للتقويم مسجلة بالصوت على أفراد مدمجة (CD) يتم الاستماع إليها لمدة 21 يوم وذلك لعلاج الألم المزمن والأرق في المجتمع للأشخاص البالغين والذين تتراوح أعمارهم بين 26 - 60 عاماً فوق، وكان عدد أفراد العينة 22 فرد، وقد أجريت لعلاج شدة الألم، وشدة الأرق، والدخول في بداية النوم، وتردد الاستيقاظ، ونوعية النوم، ونوعية الحياة. تم العثور على آثار معنوية ($p < 0.05$)، حيث كان حجم تأثير كبير (ترواح 0,22 حتى 0,41)، لجميع المتغيرات عدا الدخول في بداية النوم، وقد أظهر غالبية المشاركين (81%) بعض التحسن، وأظهرت النتائج: (أ) الاقتراحات للتقويم الإيحائي تظهر تحسن كبير في نوعية النوم ($\text{U} = 0.036$ ، (ب) الاقتراحات للتقويم الإيحائي تظهر تحسين في الخول للنوم انخفضت بشكل ملحوظ وشدة الألم ($P = 0.026$)، وأظهرت نتائج المتابعة لمدة شهر بعدما واصل 86% من أفراد العينة للاستماع إلى الأفراد المدمجة للتقويم الإيحائي، واستمرت التحسينات لكل من المتغيرات المقدرة في شهر واحد والمتابعة في: شدة الألم، وشدة الأرق، ونوعية الحياة، والنتائج تشير إلى أن التقويم الإيحائي عموماً قد تكون فعالة لعلاج الألم والأرق لدى كبار السن.

أجرى تشان وأخرون (Chen, et al., 2012) دراسة شبه تجريبية بعنوان فعالية العلاج بالتنويم الإيحائي في تحسين نوعية النوم لدى سكان دار المسنين، وقد تم اختيار المشاركين المسنين المؤهلين عن طريق اخذ عينة مستهدفة من مرفق السكن بمساعدة الموظفين في الدار، وتم اختيار 21 فرد، تم تطبيق العلاج بالتنويم الإيحائي على 11 مشارك في المجموعة التجريبية لمدة 8 أسابيع، وتلقت المجموعة الضابطة الرعاية الروتينية، وشملت أدوات القياس مقياس بيتسبرغ لمؤشر جودة النوم، ومقياس التماثيلية البصرية واستخدمت يوميات النوم لجمع البيانات، والتي تم تحليتها بالإحصاء الوصفي وتم حساب المعدلات بالتقدير المعمم (GEE) للقياسات المتكررة ، وأظهر المشاركون في المجموعة التجريبية نتائج متوقعة مع وجود اختلافات كبيرة في إجمالي الوقت للبقاء مستيقظا بعد بداية النوم، وكفاءة النوم، وانخفاض بشكل كبير البقاء في السرير مستيقظا، مع زيادة أسابيع من العلاج بالتنويم الإيحائي، اقترحت هذه الدراسة انه يمكن تطبيق هذا العلاج البديل في الممارسات السريرية والتمريضية وإعادة تقييم فعاليتها في الدراسات المستقبلية.

2- دراسات سابقة تناولت التنويم الإيحائي ومتغير آخر له علاقة بالأرق:

أجرى ماسيلوري (McElroy, 1979) دراسة لعلاج الآلام والآثار النفسية لمرضى فقر الدم المنجلی باستخدام التنويم الإيحائي الذاتي، استنادا إلى مجموعة من الفئات المظهرية من أنماط الألم المزمن، كانت أهداف الدراسة السيكومترية لإدارة إجراءات في محاولة لتحديد أنماط الإحساس بالألم لدى مرضى فقر الدم المنجلی، واستخدم في هذه الدراسة المنهج التجاري، وتم استخدام التدريب الذاتي، وهي الطريقة النفسية الفيزيولوجية من التنويم الإيحائي الذاتي لتعزيز ردود الفعل المناسبة والصحية للجسم والعقل مع المرضى، وتم اختيار العينة من خلال الافراد

الذين يعانون من مرض فقر الدم المنجلي الذين يدخلون غرفة الطواري لأنهم يعانون من أزمة مؤلمة، وتم تقسيمهم في فئات، والربط بين المعلومات التفصيلية المتعلقة بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي والعمur عند اكتشاف المرض، والعوامل المؤهلة التي تؤدي إلى الأزمة المؤلمة، وتاريخ المسكن، وبطبيعة الحال اختيار مكان للعلاج خلال فترة الدراسة، وقد بدأ التدريب الذاتي بعد إجراء المقابلات والاختبارات، وكانت فوائد التدريب الذاتي للحث على الراحة، الاستجمام، الاسترخاء الذاتي، التنظيم الذاتي من الوظائف اللاحِادية، وتحفيض الآلام، واظهرت النتائج أن آثار التدريب الذاتي بعد ملاحظة المرضى في غضون الأربعين الأولين من التدريب أصبحوا أكثر استرخاء وأقل قلقاً، وتحسن النوم، وتحسنت الذاكرة، وزاد الحافز لديهم، وبالتالي زيادة قدرة المريض على التعامل مع التوتر وتحقيق قدر أكبر من استرخاء العضلات.

وقام ساكتشيتى (Sacchetti, 1982) بدراسة بعنوان آثار التدريب على التنويم الإيحائي الذاتي للتخلص من الإجهاد بين المصابين بنزف الدم (الهيماوفيليا)، وذكر أن زيادة الإجهاد يعمل على تفاقم هذا المرض، وأن أعراض النزيف يبدو أنها تتفاقم بسبب الضغوط النفسية، ويعتبر الهيماوفيليا الآن (مرض نزف الدم) واحداً من الأمراض النفسية "الجسدية المنشأ"، وكان محور وهدف هذه الدراسة هو إمكانية استخدام التنويم الإيحائي الذاتي لتقليل من التوتر والإجهاد والإرهاق والقلق واضطرابات النوم وبالتالي الحد من شدة النزيف، وقد تم تصميم التدريب على التنويم الإيحائي الذاتي لزيادة الوعي بالمواقف المختلفة للضغوطات، وإدماج الحث الذاتي للتنويم الفردي بما في ذلك اقتراحات لتعزيز الاسترخاء وتعزيز الأنفاس، وأجري التدريب على المجموعة التجريبية 16 فرد بينما تكونت المجموعة الضابطة من 14 فرد، تراوحت أعمارهم بين 11-50 سنة، وتم عمل جلسات للمجموعة التجريبية لمدة ستة أسابيع جلسة في كل أسبوع وكل جلسة ما يقارب 75 دقيقة، وتم العلاج تحت رعاية مركز كارديزا (Cardeza) للهيماوفيليا، وكانت

النتائج جيدة للتخلص من التوتر والإجهاد والقلق واضطرابات النوم وبالتالي قلل من شدة النزيف.

وأجرى بيرجمان (Bergman, 1989) دراسة على ستة ذكور بعنوان وجهات نظر المعالج والعميل من التدخلات النفسية في العلاج النفسي بالتخيل باستخدام التقويم الإيحائي والبرمجة اللغوية العصبية (NLP)، وتشمل مشاكل الأرق، والاكتئاب، والهلع أثناء القيادة، القلق المزمن، والإفراط في رد فعل على الضغوط العائلية، وشملت فقدان الوزن، واستخدمت التخيل العقلي خلال ثلاثة إلى ست دورات من العلاج النفسي الفردي، وقد استخدم المنهج التجاري لهذه الدراسة، وشملت الدراسة 32 جلسة مع العملاء المتطوعين الستة، وتم استخدام البيانات الخام على ست دراسات حالة، وجاءت النتائج الرئيسية لهذه الدراسة كما يلي:

- 1- نجاح العلاج النفسي باستخدام التخيل من خلال التقويم الإيحائي.
- 2- فهم أهداف ومشاكل العملاء وتوجد اختلافات في الطرق والاستراتيجيات المستخدمة كلا حسب مشكلته.
- 3- من وجهة نظر هذه الدراسة يبدو أن استخدام العلاج بالتخيل الموجه تم بشكل كبير خلال العلاج النفسي.
- 4- تجربة تكرار أنماط التخيل المتعلقة بأهداف ومشاكل العملاء يسهم في تغيير طائق التخيل الخاصة بهم.
- 5- عند استعراض ردود العملاء حول ما ساعد أو أعاد تجربتهم في التخيل ، يبدو أنهم عبروا مباشرة عن التجارب الخاصة بهم بصور قوية.

6- من تقارير دراسة الحالة، إن العلاقة بين كل من المعالج والعملاء يبدو أنها تتطور مع تطور العلاقة العلاجية، ويبدو التدخلات بالتخيل ناجحة لزيادة الروابط بين المعالج والعميل.

وقدمت الدراسة اقتراحات للأطباء النفسيون وغيرهم من الموظفين النفسيين والتربويين لجمع بيانات مماثلة لزيادة فهمهم للعلاج بالتخيل العقلي.

وقام شوبلاند (Shopland, 1995) بدراسة مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والتنويم الإيحائي، وذلك بهدف التدخل من الناحية النفسية للتهاب المفاصل الروماتويدي (RA)، وهو اضطراب مزمن يشكو المريض من التهابات التي تتطوّي على الألم، وتصلب وتورم في المفاصل التي يمكن أن تؤدي إلى إعاقة حركية، صعوبة في أداء المهام اليومية، والتشوه التدريجي. ومن الناحية النفسية تشمل التغييرات في صورة الجسم، والأدوار، والعلاقات والضغوط الحياتية مع المرض، وأنه لا يمكن التنبؤ بالشفاء، وقد اتخذ مؤخراً علماء النفس دوراً في المساعدة لعلاج التهاب المفاصل الروماتويدي، مع التركيز على تحسين التعامل والإدارة الذاتية من أعراض التهاب المفاصل، واستخدم في هذه الدراسة منهج المقارنة بهدف المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والتنويم الإيحائي، وأظهرت الدراسات للعلاج المعرفي السلوكي تحسن في الألم، والنوم، ومدى الحركة، وعدد من المفاصل المتضررة، والاكتحاب، والقلق، والكفاءة الذاتية لإدارة التهاب المفاصل، وتقوم هذه الدراسة بعلاج ست حالات كل حالة على حدة لمقارنة التنويم الإيحائي مقابل العلاج المعرفي السلوكي، شارك الأفراد الستة في ست جلسات فردية تهدف إلى تحسين إدارة الألم والإجهاد.

وشملت الإجراءات نتائج تقييم متعدد الأبعاد للحالة الصحية، حالة المرض، والكفاءة الذاتية لالتهاب المفاصل، وفي المعاملة، وتم قياس المتابعة بعد ستة أسابيع، ارتبطت كل من العلاجات مع التغييرات الإيجابية في المعاملة بشكل عام على التحسن في الألم، والنوم، ومدى الحركة، وعدد من المفاصل المتضررة، والاكتئاب، والقلق، والكفاءة الذاتية لإدارة التهاب المفاصل وفي قياس المتابعة أيضاً. وكانت النتائج توحى التفوق أكثر للتقويم الإيحائي، وخلاصة الدراسة تقول أن هذه الدراسة الاستكشافية تدعم فرضية أن التدخلات النفسية إضافة مفيدة في علاج التهاب المفاصل الروماتويدي، مع وجود شاهد دلالي للتفوق لصالح التدخلات للتقويم الإيحائي.

وقام دينجس وأخرون (Dinges, et al., 1997) بدراسة بعنوان التدريب على التقويم الإيحائي الذاتي كعلاج إضافي لإدارة الألم الذي يصاحب مرض فقر الدم المنجلي، وتكونت عينة الدراسة من الأطفال والراهقين، والبالغين الذين نشروا على أنهم يعانون من ثلاثة أو أكثر من نوبات من الألم، وبعد أن عولجوا العلاج بالعلاج الدوائي لمرض فقر الدم المنجلي لمدة 4 أشهر كمرحلة أساسية للعلاج، تم إخضاعهم للمرحلة الثانية للعلاج، وذلك لإدارة الألم كعلاج تكميلي باستخدام المعرفي السلوكي البرنامج الذي يركز على التقويم الإيحائي الذاتي ونفذ على مدى 18 شهر، بدأت المجموعة حضور دورات التقويم الإيحائي الذاتي في يوم واحد في الأسبوع لمدة 6 الأشهر الأولى، ثم بعد ذلك أصبح كل أسبوعين لـ 6 أشهر المقبلة، وأخيراً أصبحت مرة واحدة كل 3 أسابيع لـ 6 أشهر المتبقية، وأشارت النتائج إلى ارتباط تدخل التقويم الإيحائي الذاتي مع الانخفاض الكبير في أيام الألم، ومن نسبة الليلالي "سيئة النوم" التي كانوا يعانون من اضطرابات النوم فيها، وانخفاض استخدام أدوية الألم بشكل ملحوظ خلال مرحلة العلاج بالتقويم الإيحائي الذاتي.

أما الدراسة الوحيدة التي تناولت التتويم الإيحائي في الوطن العربي - على حد علم الباحث واطلاعه- هي دراسة الخامري (2000) الذي قام بدراسة بعنوان أثر العلاج بالتويم الإيحائي في الاضطرابات التحولية تألفت عينة البحث من (15) مريضاً بواقع (4) مرضى و(11) مريضة بأعمار (19-45)، اختبروا بطريقة غير مقصودة من المصابين بالاضطرابات التحولية لمستشفى ابن رشد والمركز الصحي لكلية الآداب بجامعة بغداد والعيادة النهارية في كلية التمريض بجامعة بغداد ومركز شاهين الصحي، وقد اعتمد الباحث على التصميم التجريبي المسمى بـ : تصميم المجموعة الواحدة ذات الاختبار القبلي والبعدي، وقام الباحث ببناء برنامج العلاج بالتويم الإيحائي الذي يتكون من (6) جلسات علاجية لمدة (3) اسابيع، بواقع جلستين في الأسبوع، مدة كل جلسة (45) دقيقة، وكان من ضمن الاضطرابات في هذه دراسة اضطرابات النوم-موضوع الدراسة الحالية-، وقد اظهرت النتائج نجاح التتويم الإيحائي في علاج الاضطرابات التحولية.

وقام روكيديج و ساونديرس (Rucklidge& Saunders, 2002) بدراسة بعنوان فعالية التتويم الإيحائي في علاج الحكة لدى عينة من الناس المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز)، والحكة هي مصدر انزعاج وضيق في فئة كبيرة من المصابين بالإيدز، وكان هدف الدراسة هو الكشف عن فعالية التتويم الإيحائي في علاج الحكة وما يصاحبها من اضطرابات لدى عينة من الناس المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز)، وقد استخدم المنهج التجريبي في هذه الدراسة وكانت عينة الدراسة تتكون من (3) مصابين من الرجال يعانون من الحكة الناتجة لفيروس نقص المناعة البشرية، وأخضعوا جميعهم ل(6) جلسات للتتويم الإيحائي الذاتي، وقد أفاد جميع المرضى أن هناك انخفاض كبير في شدة الحكة اليومية ومدى

اضطراب النوم بسبب حكة، وتم أجراء قياس المتابعة بعد (4) أشهر وجاءت النتائج إيجابية مما يدل فعالية التقويم الإيحائي لعلاج الحكة الناجمة عن فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز).

وأجرى إلkins وآخرون (Elkins, Marcus, Palamara& Stearns, 2004) دراسة بعنوان هل يمكن الحد من الهبات الساخنة لدى الناجيات من سرطان الثدي باستخدام التقويم الإيحائي، والهبات الساخنة هي مشكلة كبيرة لكثير من الناجيات من سرطان الثدي ويمكن أن يسبب عدم الراحة، والأرق، والقلق، وانخفاض نوعية الحياة، وفي الماضي كان العلاج القياسي للهبات الساخنة هو العلاج بالهرمونات البديلة، ومع ذلك فقد وجدت الأبحاث الحديثة زيادة خطر الاصابة بسرطان الثدي في النساء اللاتي يحصلن على العلاج بالهرمونات البديلة، ونتيجة لذلك فإن العديد من النساء بعد انقطاع الطمث والناجيات من سرطان الثدي يرفضن العلاج بالهرمونات البديلة والعديد من النساء يردن العلاج غير الدوائي.

وقد هدفت الدراسة لتقييم إمكانية استخدام التقويم الإيحائي في الحد من وتيرة وشدة الهبات الساخنة، وبما أن التقويم الإيحائي هو تدخل العقل والجسم التي قد تكون ذات فائدة كبيرة في علاج الهبات الساخنة وغيرها من الفوائد ويمكن أن تشمل انخفاض القلق وتحسين في النوم. علاوة على ذلك، قد يكون التقويم الإيحائي العلاج المفضل بسبب أن الآثار الجانبية له قليلة وفضيله لكثير من النساء عن العلاج بالهرمونات البديلة، وقد أجرت دراسة حالة لامرأة عمرها (49 سنة) كانت تعاني من سرطان في الثدي الأيمن وقد أكملت دورة من العلاج الكيميائي وقد شفيت من السرطان. ولكنها بعد ذلك أصبحت تعاني من ضائقه كبيرة بسبب الهبات الساخنة، وتم إخضاعها لجلسات التقويم الإيحائي، ومع ذلك لم يتم دراسة هذا التدخل على نحو كاف، وقد

تم مخاطبة المعاهد الوطنية للصحة التي تمول التجارب السريرية للتقويم الإيحائي لعلاج الهبات الساخنة لدى الناجيات من سرطان الثدي الذي يجري حاليا.

وأجرى أنبار وسافيدوف (Anbar& Savedoff, 2005) دراسة حالة لعلاج طفل عمره (16) عاماً بعنوان علاج الشراهة عند تناول الطعام باستخدام الكلمات التلقائية والتقويم الإيحائي الذاتي، وذكروا في هذه الدراسة أن الشراهة عند تناول الطعام في كثير من الأحيان ترتبط بالضغط النفسي ومشاكل المزاج، والقلق المرتبط بها، والأرق، والصداع النصفي، والغثيان، وألام المعدة، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية استراتيجية التقويم الإيحائي لعلاج الشراهة، وقد استطاعوا من تقليل القلق له باكتساب فهم أنها نشأت نتيجة الخوف من الفشل، وطوروا استراتيجية جديدة من خلال العلاج المعرفي، وبعد ذلك عالجوا الأكل بنهم وأعراض أخرى تحسنت له باستخدام التقويم الإيحائي الذاتي. وبالتالي قد ساعد التقويم على تحقيق قرار من الامتناع عن الشراهة عند تناول الطعام عن طريق الكشف عن الأسباب الكامنة وراء الأعراض النفسية له، والتقويم الإيحائي الذاتي قد أعطاه أداة لتنفيذ التغيير المطلوب في سلوكه.

وقام جلوبادي وآخرون (Golabadi, Taban, Yaghouhi& Gholamrezaei, 2012) بدراسة بعنوان العلاج بالتقويم الإيحائي في علاج الإدمان على الأفيون، الدراسة تهدف إلى تحديد أثر العلاج بالتقويم الإيحائي، بالإضافة إلى العلاج النفسي والاستشارات، على معدل الانتحاس بعد إزالة السموم للأفراد المدمنين على الأفيون، أجرى فريق البحث هذه الدراسة في مركز أبحاث العلوم السلوكية من جامعة اصفهان للعلوم الطبية بإيران، وكان المشاركون (22) من مدمني الأفيون الذكور، وقد استخدم المنهج التجريبي بحيث تم تقسيمهم إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية مكونة من (11) فرد أجرى فريق البحث لهم جلسات التقويم الإيحائي، ومجموعة

ضابطة مكونة من (11) فرد لم تخضع لذلك، ركز فريق البحث على الاقتراحات والإيحاءات عند الاسترخاء العميق، والحد من أعراض الانسحاب، وتعزيز الأنما، والنفور من المخدرات، وتم مقارنة معدل الانتكاس للمجموعتين بعد فترة من (6) أشهر.

واستخدم فريق البحث اختبار فيشر الدقيق لمقارنة معدلات الانتكاس لمدة 6 أشهر بين المجموعتين. استخدم الفريق اختبار T لمقارنة البيانات بين المجموعتين، وكان متوسط عمر المشاركين 31.2 سنة، وكان معدل الانتكاس 40% في المجموعة التجريبية التي عولجت بالتنويم الإيحائي مقارنة مع 73% في المجموعة الضابطة، وفوائد وشملت التحسينات في الأرق، 88%؛ والألم 60%؛ والاضطرابات الالإرادية، 33%， لم تظهر نتائج الدراسة أن هناك تأثير كبير على معدل الانتكاس بالعلاج بالتنويم الإيحائي بالإضافة إلى العلاج النفسي في علاج الإدمان على الأفيون، ولكن توجد آثار هامة سريريا للتنويم الإيحائي على معدل الانتكاس والإغاثة انسحاب-أعراض، ومع ذلك، تشير هذه الدراسة أن هناك ما يبرر إلى المزيد من التجارب في هذا المجال.

وقد قام رولاند وآخرون (Roland, Vincenzo, Gianni, Irene, & Marco, 2012) بدراسة تجريبية بعنوان فعالية التنويم المغناطيسي في علاج التصلب الوحشي الضموري (Amyotrophic Lateral Sclerosis)، وهو أحد انماط الأمراض التي تصيب العصبونات الحركية والذي يُعد متقدماً ومميتاً في بعض الحالات لتسبيه بأمراض تتكسيه عصبية ناتجة عن تلف العصبونات الحركية (الخلايا العصبية في الجهاز العصبي المركزي والمسؤولة عن التحكم في حركة العضلات الالإرادية)، يتسبب هذا الاضطراب بضعف العضلات وضمورها في الجسم كافةً نظراً لتأثير العصبونات الحركية العلوية والسفلية مما يُعطّل عملية إرسال الإشارات العصبية

للعضلات وبالتالي عدم انقباضها، وتبدأ العضلات بالضعف تدريجياً مسبباً الارتجاف الدائم الناتج عن ضعف التensing، وقد يفقد المريض أحياناً القدرة على ابتداء جميع الحركات الإرادية أو السيطرة عليها.

وقد كان هدف الدراسة هو دراسة تأثير التنويم الإيحائي لمواجهة آثار هذا المرض النفسية المثيرة للمرضى ولإدارة بعض العواقب البدنية، وبشكل غير مباشر على القائمين على رعايتهم، وقد تم اختيار (8) مرضى يعانون من (ALS) المتطوعين وهم يمثلون العينة التجريبية تمت معالجتهم بالتنويم الإيحائي، وتم تدريبهم لمدة شهر على التنويم الإيحائي الذاتي، وقد تم قياس مستوى القلق والاكتئاب لدى المرضى ومقدمي الرعاية في مرحلة ما قبل وما بعد العلاج، كما تم بحث نوعية الحياة المادية والتغييرات في الأعراض لدى المرضى، وكانت النتائج تحسن في الاكتئاب والقلق، ولوحظ سريرياً وأكده التحاليل السيكومترية على بيانات الاستبيان. وعلاوة على ذلك، انخفاض في الأعراض الجسدية مثل الألم، واضطرابات النوم، كما لوحظ تحسن في رفاهية الرعاية النفسية، والسبب المحتمل هو كنتيجة لتحسين الأعراض الجسدية للمرضى.

3- التعقيب على الدراسات السابقة:

يلاحظ من الدراسات السابقة التي تمكن الباحث من الاطلاع عليها في الإطار النظري ومن خلال استعراض هذه الدراسات ذات العلاقة بموضوع الدراسة الحالية، أنها أشارت إلى ما يلي :-

ندرة الدراسات العربية في مجال استخدام استراتيجية التنويم الإيحائي بشكل عام وفي في التنويم الإيحائي لعلاج الأرق بشكل خاص.

وتناولت بعض الدراسات السابقة مشكلة الأرق بشكل خاص مثل (Anderson, et al, 1979؛ Anbar& Slothower, 2006؛ Berdnt, & Ott, 2000؛ Stanton, 1999؛ Howsam, 1999؛ Chen, et al., 2011؛ Kelly, 2011؛ Farrell, 2010؛ Chan, 2008؛ Abramowitz, et al., 2008 .(2012

من جانب اخر تناولت بعض الدراسات مشكلة الأرق كمتغير تابع يظهر بظهور المتغير الأول الاساسي للدراسة كما في الخامري (2000) و (1979؛ Sacchetti, 1982؛ McElroy, 1979؛ Rucklidge& Saunders, 2002؛ Dinges, et al., 1997؛ Shopland, 1995؛ Bergman, Roland, et al., 2012؛ Golabadi, et al., 2012؛ Anbar& Savedoff, 2005؛ Elkins, et al., 2004 .(2012

كما توصلت نتائج كل الدراسات على أن استراتيجية التقويم الإيحائي علاج فعال في خفض الأرق وكل النتائج ذات دلالة احصائية ما عدا دراسة فاريل (Farrell, 2010) التي جاءت بنتائج جيدة ولكن غير دالة احصائيا.

وبشكل عام يلاحظ على نتائج الدراسات السابقة ما يلي:

1- توجد دراسات اقتصرت عينة الدراسة بها على الذكور دون الإناث كدراسة (Chan, 2008؛ Howsam, 1999؛ Becker, 1993؛ Cochrane, 1989) اما دراسة إلkins وآخرون (Elkins, et al., 2004) فقد اقتصرت على الإناث فقط، وبقي الدراسات فقد كانت للجنسين.

2- عينة الدراسة في الدراسات السابقة شملت مراحل مختلفة من عمر الإنسان فقد كانت للأطفال مثل دراسة (Anbar& Slothower, 2006؛ Howsam, 1999)

Elkins, et al., 2005؛ Anbar & Savedoff, 2005؛ al., 1997

. (Kelly, 2011؛ Chen, et al., 2012؛ Chan, 2008؛ 2004

3- اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في استخدامها التقويم الإيحائي لعلاج

الارق مثل (Berdnt, & Stanton, 1999؛ Howsam, 1999؛ Anderson, et al, 1979)

Chan, 2008؛ Abramowitz, et al., 2008؛ Anbar & Slothower, 2006؛ Ott, 2000

. (Chen, et al., 2012؛ Kelly, 2011؛ Farrell, 2010؛

4- اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة ودراسة كيلي (Kelly, 2011) من حيث عدد الجلسات

للتقويم الإيحائي، أما باقي الدراسات فقد اختلفت مدة العلاج وفقاً للحالات المبحوثة.

5- أما من ناحية حجم العينة فقد تفاوتت الدراسات بين العينات الكبيرة المتوسطة

والصغيرة، فمن الدراسات التي تناولت العينات الكبيرة مثل دراسة Mcelroy, 1979،

Anderson, et al, 1979، Sacchetti, 1982، Becker, 1993، Berdnt, & Ott, 2000،

Anbar & Slothower, 2006 Abramowitz, et al., 2008 Kelly, 2011 Chen, et al.,

2012، Roland, Vincenzo, Gianni, Irene, & Marco, 2012؛ Golabadi, et al,

2012، ودراسة الخامري (2000)، وهناك بعض الدراسات التي تناولت عدد أفراد

عينة متوسطة مثل دراسة Bergman, 1989، Stanton, 1999، Rucklidge &

، وبعض الدراسات تناولت عينات صغيرة أو ما

يسمى بدراسة حالة وتكون لفرد واحد فقط مثل دراسة Cochrane, 1989، Howsam,

1999، Chan, 2008، Elkins, et al, 2004، Anbar & Savedoff, 2005.

6- أما من ناحية اداة الدراسة فمعظم الدراسات استخدمت الاستبيانات منها مباشرة ومنها

عبر الانترنت مثل دراسة فاريل (Farrell, 2010)، واستخدمت الدراسة الحالية مقاييس

الارق وهي من إعداد الشطارات وتم تقييدها على البيئة العمانية.

7- وعن منهج الدراسة استخدمت بعض الدراسات السابقة التي تناولت دراسة التقويم

الإيحائي لعلاج الأرق منهج دراسة الحالة مثل دراسة Howsam, Cochrane, 1989؛

Elkins, et al., 2004؛ Chan, 2008؛ Stanton, 1999؛ 1999

شوبلاند (Shopland, 1995) منهج المقارنة، أما باقي الدراسات استخدمت المنهج

التجريبي وشبكة التجاربي.، كما استخدمت هذه الدراسة المنهج التجريبي في تطبيق

الدراسة وهو أمر يعطي قوة في الطرح والتطبيق.

8- أما من ناحية النتائج فقد توصلت معظم الدراسات السابقة إلى فاعلية استراتيجية التقويم

الإيحائي في خفض الأرق، وقد جاءت هذه الدراسة متفقة معها في النتائج.

الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات

منهج الدراسة

مجتمع الدراسة

أفراد عينة الدراسة

أدوات الدراسة

الإجراءات

الفصل الثالث

يتناول هذا الفصل عرض مجتمع الدراسة، وأفراد عينة الدراسة، ومنهجها، كما أنه يتناول الأدوات التي طبقت في هذه الدراسة والإجراءات المتبعة لتنفيذها.

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من طلبة الصف الحادي عشر بمدرسة العلاء بن وهب للتعليم ما بعد الأساسي (11-12) بمحافظة جنوب الباطنة / سلطنة عمان، كون أن الباحث يعمل في هذه المدرسة، وهذا يساعد على إنجاح تطبيق الاستراتيجية المعدة لخفض الأرق، حيث بلغ عددهم (170) طالباً موزعين على ست شعب، فيما تراوحت أعمارهم ما بين (16-19) سنة، طبق مقياس الأرق على جميع طلاب الصف الحادي عشر بالمدرسة حيث تراوحت درجات المقياس بين (25) في أدناها و (75) في أعلىها، والملحق (1) يوضح نتائج مجتمع الدراسة على مقياس الأرق، وقد تراوحت درجاتهم بين (50) إلى (66) في المقياس الاستطلاعي.

أفراد الدراسة:

تعتبر عينة الدراسة من العينات المتيسرة (Available Sample)، حيث تم اختيار أعلى (37) طالباً من بين الطالب الذين حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس الأرق، والذين تراوحت درجاتهم بين (50-66) فشكلوا عينة الدراسة، علماً بأن درجات المقياس تتراوح ما بين (25) كحد أدنى و (75) كحد أعلى.

منهج الدراسة:

اعتمد الباحث في بحثه الحالي على المنهج التجريبي من خلال الكشف عن فاعلية استراتيجية التقويم الإيحائي في خفض الأرق لدى طلبة العينة، ويمكن تمثيل رموز الدراسة بالرموز التالية:

O1 (X) O2 O3 O4 O5

O1 (-) O2 O3 O4 O5

حيث أن O1 = قياس قبلى و O2 = قياس بعدى الاول و O3 = قياس بعدى الثاني
=O4
قياس بعدى الثالث O5 = قياس متابعة و (X) = معالجة(مجموعة تجريبية) و (-) = لا توجد
معالجة(مجموعة ضابطة).

أدوات الدراسة:

أولاً: مقياس الأرق:

استخدم الباحث مقياس الأرق الذي طوره الشطرات (2001)، الذي اعتمد في بناء الاختبار
بالاعتماد على كل من: الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV)، ودليل التصنيف
العالمي للأمراض العاشر (ICD-10)، ودليل التصنيف العالمي للأمراض العصبية (ICD-NA).

وقد تألف المقياس في صيغته النهائية من (25) فقرة، تمثل كل فقرة منها أحد أعراض الأرق
التي يعاني الفرد منها خلال الشهر السابق على الأقل. وقد شكلت هذه الفقرات ستة أبعاد فرعية

كما يلي:

1- العلاقات مع الآخرين، وتقييم الفقرات (9، 13، 17، 20، 25).

2- التأثير على الدراسة، وتقسيمه الفقرات (4، 12، 19، 22، 24).

3- الاستغراق في النوم، وتقسيمه الفقرات (3، 7، 15، 23).

4- تكرار ظهور الأرق، وتقسيمه الفقرات (2، 8، 14، 18).

5- ابتداء النوم، وتقسيمه الفقرات (1، 6، 11، 16).

6- الاستمرار في النوم، وتقسيمه الفقرات (5، 10، 21).

تكونت كل فقرة من فقرات المقياس من ثلاثة بدائل، تمثل الإجابة عليها تدريجاً، يحدد درجة المعاناة من هذا العرض وفق التدرج التالي: غالباً (3 درجات)، وأحياناً (درجتان)، ونادراً (درجة واحدة)، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين (25 - 75) درجة.

وقد قام الشرطيات بعرض المقياس على (25) محكماً مختصاً في العلوم النفسية والإرشاد النفسي، حيث تألف المقياس من (26) فقرة، وبعدأخذ ملاحظات واقتراحات المحكمين على فقرات المقياس، تم إجراء التعديلات المطلوبة واعادته إلى المحكمين الذين أجمعوا على ملائمة لقياس ما وضع لقياسه. وبذلك أصبحت الصورة النهائية تتكون من (25) فقرة تمثل كل منها عرضاً من أعراض الأرق.

وقد اعتمد الشرطيات على بناء فقرات المقياس جميعها على الأدلة التشخيصية للاضطرابات النفسية؛ وذلك لضمان صدق المحتوى، وقد تمثلت في فقرات هذا المقياس جميع المعايير التشخيصية التي تم الاستناد إليها في بناء المقياس وهي: (DSM-IV, ICD-10, ICD-NA).

كما قام الشرطيات باستخراج دلالات الصدق التمييزي للمقياس، وذلك بالمقارنة بين عينتين متقاربتين في العمر والمستوى التعليمي والثقافي، حيث اعتمد المجموعة الأولى التي تتكون من

(40) فرداً من راجعوا قسم الإرشاد بناء على الإعلان الذي تم توزيعه، وقد تبين وفق معايير (DSM-IV) أنهم يعانون من الأرق، وقد تم تطبيق مقاييس الأرق عليهم، وتم مقارنتهم مع (40) فرداً تم اختيارهم عشوائياً.

وقد أظهرت نتائج تحليل التباين أن هؤلاء الأفراد يختلفون في الدرجة الكلية على المقاييس عن المجموعة التي تم تشخيص أفرادها على أنهم يعانون من الأرق وفق معيار (DSM-IV).

كذلك قام الشرطة باستخراج الثبات من خلال تطبيق الاختبار وإعادة تطبيقه على العينة نفسها بعد مضيّ (4) أسابيع على التطبيق الأول، وقد كانت قيمة الثبات بالإعادة التي تم التوصل إليها بإيجاد معامل بيرسون بين الدرجتين على الاختبار هو (0,81).

صدق المقاييس:

ولأغراض هذه الدراسة قام الباحث باحتساب معامل الاتساق الداخلي للمقياس لمجتمع الدراسة كل (170) طالب وبطريقة كرونباخ ألفا، وقد بلغ معامل الثبات (0.87). كما تم عرضه على مجموعة من المحكمين يحملون درجة الدكتوراه في الإرشاد والتوجيه وعلم النفس التربوي والقياس والتقويم التربوي، حيث بلغ عددهم (10) من جامعة السلطان قابوس و من كلية التربية بالرسناق، ومن جامعة العين، ومن الكلية التطبيقية بصحار، ومن جامعة صحار، والملحق (2) يبيّن المقاييس في صورته الأولية، وملحق (3) يبيّن اسماء المحكمين .

وتمأخذ ملاحظات واقتراحات المحكمين على فقرات المقاييس، وتم إجراء التعديلات المطلوبة للفقرات التي حصلت على نسبة اتفاق (80%) للتعديل على كل فقرة من فقرات

المقياس، وقد تكون المقياس بعد تحكيمه ومطابقته للبيئة العمانية من (25) عبارة تقريرية، حيث جاءت الصيغة النهائية للأداة كما هي في الملحق (4).

ولمزيد من التأكيد على أن المقياس يقيس ستة أبعاد متمايزة للأرق، فقد تم حساب مصفوفة معاملات الارتباط بين هذه الأبعاد المكونة لهذا المقياس، وبين أبعاد المقياس وفقراته من جهة، وأبعاد المقياس والمقياس ككل من جهة أخرى، وقد تراوحت معاملات الارتباط هذه بين 0.35 – 0.83 لمقياس الأرق مما يؤكد على صدق البناء للمقياس، وقد اعتمد الباحث وجود ارتباط دال إحصائيا لا يقل عن (0.20)، بين الفقرة والمقياس ككل، وقد كانت جميع الفقرات دالة إحصائية، والملحق (5) يبين معاملات ارتباط بيرسون (Pearson) لفقرات المقياس بالدرجة الكلية للمقياس وبال المجال التي تتدرج تحته ومعاملات الارتباط بين مجالات المقياس والدرجة الكلية للمقياس.

وقد استخدم الباحث مقياس القلق الذي طوره الحراسي (2011)، ملحق (6)، وذلك لاستخدامها في اختبار صدق المحك، فقد كان المقياس يتكون من (38) فقرة في صورته النهائية، تمثل كل فقرة منها أحد أعراض القلق التي يعانيها الفرد خلال الشهر السابق على الأقل. ونظراً لصدق وثبات هذا المقياس ول المناسبة لعينة الدراسة الحالية قد قام الباحث في هذه الدراسة باعتماد هذا المقياس، وتم اعتماد (37) فقرة وحذف الفقرة رقم (1) وهي: أعني من الأرق، نظراً لأنها متغير الدراسة الرئيسي؛ وذلك لاستخدامها في اختبار صدق المحك، وأصبح يتكون من (37) فقرة في صورته النهائية ملحق (6)، وقد قام الباحث بإجراء صدق المحك بين مقياس الأرق وقياس القلق، وحساب معامل ارتباط بيرسون بينهما وكانت النتيجة (0.75) وهي نتيجة تدل على صدق المحك.

ثبات المقياس:

كما تم حساب معامل الثبات لمقياس الأرق بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ الفا، على عينة مكونة من (150) طالبا في مجتمع الدراسة وخارج عينتها، حيث اظهرت النتائج أن معامل الثبات على مجالات مقياس الأرق، العلاقات مع الآخرين، العمل الجماعي، الاستغرق في النوم، تكرار ظهور الأرق، ابتداء النوم، الاستمرار في النوم، على النحو التالي: 0.83، 0.84، 0.71، 0.81، 0.64، 0.63، وهي مرتبة على التوالي.

والجدول (1) يوضح معاملات الارتباط بين مجالات المقياس والدرجة الكلية للمقياس

جدول (1)

معاملات الارتباط بين مجالات المقياس والدرجة الكلية للمقياس

الكلية	مجال الاستمرار في النوم	مجال ابتداء النوم	مجال تكرار ظهور الأرق	مجال الاستغرق في النوم	مجال التأثير على الدراسة	مجال العلاقات مع الآخرين	المجال
						1.00	مجال العلاقات مع الآخرين
					1.00	.710**	مجال التأثير على الدراسة
				1.00	.528**	.493**	مجال الاستغرق في النوم
			1.00	.472**	.608**	.620**	مجال تكرار ظهور الأرق

		1.00	.482**	.407**	.415**	.357**	مجال ابتداء النوم
	1.00	.323**	.412**	.382**	.429**	.500**	مجال الاستمرار في النوم
1.00	.636**	.642**	.810**	.718**	.847**	.838**	الكلي

** عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.01$

كذلك تم إيجاد معامل الثبات بطريقة الإعادة، وذلك بتطبيق المقياس على عينة مكونة من (150) طالباً في مجتمع الدراسة وخارج عينتها بفواصل زمني مقداره أسبوعان بين التطبيقين، وقد أشارت النتائج إلى أن معامل الثبات للمقياس الكلي يساوي (0.78). وبناء عليه نستطيع القول بأن مقياس الأرق بصورةه النهائية ملحق (4)، يتمتع بدرجة جيدة من الثبات يمكن الاعتماد عليه في تشخيص أفراد عينة الدراسة.

تصحيح الأداة:

تم حساب الدرجة على كل عبارة من عبارات المقياس على سلم مكون من ثلاثة اختيارات وهي: غالباً وتأخذ الرقم (3)، واحياناً وتأخذ الرقم (2)، ونادرًا وتأخذ الرقم (1).

وتم تصحيح المقياس بجمع الدرجات التي يحصل عليها الطالب على جميع الفقرات حيث تتراوح مدى الدرجة الكلية على المقياس بين (25 و 75) وفيما يتعلق بطريقة التصحيح، فقد اعتمدت نقطة الوسط في الترتيب لتحديد الذين لديهم أرق من الذين ليس لديهم أرق؛ إذ تعتمد هذه الطريقة على المنطق، كما تم استشارة المختصين في مجال القياس والتقويم بهذا الشأن؛ فالمبحوث الذي يحصل على درجة فوق الوسط يكون لديه أرق، وذلك من خلال اخذ متوسط التدرج الثلاثي ($1+2+3$) لتصنيف ليكرت (Likert) وهو (2)، مضروباً بـ (25)، وهو عدد

فقرات المقياس، فيكون الناتج (50)؛ حيث تعتبر هذه الدرجة هي درجة الأرق، وكل من حصل على درجة (50) فما فوق يعتبر لديه أرق بدرجة عالية، وبال مقابل فإن كل من يحصل على درجة أقل من (50) يعتبر لديه أرق بدرجة متدنية.

وقد تم توزيع عينة الدراسة إلى مجموعتين متساويتين بالطريقة العشوائية البسيطة؛ إذ أعطي أفراد العينة وبشكل عشوائي الأرقام (1,2)، ثم اعتبر الأفراد الذين أعطوا الرقم (1) المجموعة التجريبية التي طبق على أفرادها الاستراتيجية، واعتبر الأفراد الذين أعطوا الرقم (2) المجموعة الضابطة ولم تطبق عليها الاستراتيجية ، ثم تم توزيع موافقةولي الأمر عليهم ملحق (5)؛ لكي يحصل الباحث على موافقةولي أمر الطالب، وقد تمت موافقة 20 طالب، أما 16 طالب لم يحصل الباحث على موافقةولي أمرهم، وطالب واحد تم استبعاده لأنه يعاني من ضعف في السمع (يرتدي سماعات) وبلغ عدد أفراد كل مجموعة (الضابطة والتجريبية) بالشكل النهائي (10) طلاب يعانون من الأرق بشكل مرتفع كما أشارت درجاتهم على مقياس الأرق. وقد جاء توزيع أفراد عينة الدراسة على المجموعتين كالتالي:

المجموعة التجريبية = 10 ، المجموعة الضابطة = 10 ، المجموع=20

ثانياً: استراتيجية التقويم الإيجابي:

بعد الاطلاع على عدد من استراتيجيات التقويم الإيجابي والدراسات السابقة مثل: (الدحادحة، 2010؛ الخامري، 2000؛ الفقي، 2010؛ Kelly, 2011) تم الاعتماد على استراتيجية التقويم الإيجابي، وذلك من خلال عرضها على مجموعة من المحكمين يحملون درجة الدكتوراه في الإرشاد والتوجيه وعلم النفس التربوي والذين لديهم خبرة في مجال التقويم الإيجابي، وتم تسجيلها بصوت الباحث على قرص مضغوط (CD)، حيث قام الباحث ببناء استراتيجية

تقويم إيحائي تهدف إلى خفض مستوى الأرق لدى طلبة الصف الحادي عشر، بمدرسة العلاء بن وهب للتعليم ما بعد الأساسي بمحافظة جنوب الباطنة، ملحق (8) بالكتابة، وملحق (9) بالصوت على (CD).

أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج إلى خفض الأرق لدى طلبة الصف الحادي عشر وذلك من خلال الأهداف

الفرعية التالية:

1. صياغة أنظمة وتعليمات للتعامل بها مع المجموعة الإرشادية خلال فترة التطبيق، من خلال الجلسة التعريفية والملحق (10) يوضح ذلك.

2. تعريف المسترشدين باستراتيجية التقويم الإيحائي والهدف منها.

3. تعريف المسترشدين بالأرق وأسبابه وبالمفاهيم الواردة في القرص المضغوط (CD).

4. تدريب المسترشدين على التقويم الإيحائي.

وسائل التنفيذ (الأساليب الإرشادية):

قبل تطبيق الاستراتيجية وفي اثناء الجلسة التعريفية تم استخدام بعض الأساليب الإرشادية مثل: الحوار والمناقشة حول كيفية تطبيق البرنامج لدى المسترشدين، والطريقة المثلث للاستماع إلى القرص المضغوط (CD)، وقد تم تعريف المسترشدين بالمصطلحات الواردة في القرص المضغوط (CD)، مثل : العقل الوعي، العقل اللاوعي، الاسترخاء، انسياپ وانسياق الأفكار، الافكار المؤلمة والسلبية والقائمة، الخيال والتخيل، المشاعر الايجابية والأفكار البناءة، شخص مثالى؛ وذلك بناءً على ملاحظات المحكمين.

وسائل تقييم استراتيجية التنويم الإيحائي:

لقد روعي في إعداد هذا البرنامج وفي تطبيقه أن يكون التقييم عملية مستمرة في كل جلسات ونشاطات الاستراتيجية ؛ ولهذا الغرض استخدم الباحث الأساليب التالية في عملية التقييم ومنها: الملاحظة الذاتية من قبل المرشد (الباحث) والاختبارات (الأرق) و التقارير من قبل الفئة المستهدفة أثناء التطبيق والملحق (11) يبين استماراة متابعة الطالب.

مكونات استراتيجية التنويم الإيحائي:

تكونت الاستراتيجية في مجموعة من الجلسات بلغ عددها (21) جلسة، تم تطبيق الاستراتيجية في (21) يوماً متالياً بداية من 11/11/2012 وإلى 12/12/2012 وبواقع جلسة واحدة في اليوم قبل النوم، يستمع المسترشد بمفردة وبدون إزعاج إلى القرص المضغوط (CD)، وقد تم تطبيق ذلك على المجموعة التجريبية فقط، وكان زمن كل جلسة(32) دقيقة ملحق (9).

ظروف جلسات التنويم الإيحائي:

كانت جلسات التنويم الإيحائي تعقد في غرفة نوم الطالب بالبيت لكون البيت هو مكان نوم الطالب، وهى مهيئة للاستماع إلى القرص المضغوط (CD) الذي يحتوى على جلسة التنويم الإيحائي، حيث تتوافق مع شروط تطبيق هذا التمرين، دون أن يتدخل أحد في جلسات التنويم الإيحائي سوى صوت الباحث.

وقد تم تكوين العلاقة الإرشادية بين المرشد وأفراد المجموعة التجريبية وبين المجموعة أنفسهم من الجلسة الأولى (التعريفية) وحرص الباحث على أن تكون السرية التامة أهم مبدأ في الجلسات ، كما طلب منهم عدم نقل أي معلومة من المعلومات تطرح في الجلسات إلى أي

طالب لا ينتمي لهذه المجموعة حتى لا تتأثر المجموعة الضابطة وتصبح الاستراتيجية فاقدة لفاعليتها في خفض الأرق لدى العينة التجريبية، وطلب من المجموعة الضابطة عدم التعرض لأي برنامج علاجي أو دوائي لخفض الأرق، وبذلك تم الضمان بعدم حدوث ما يمكن أن يتدخل كمتغيرات دخلية تؤثر في نتائج الدراسة، والملحق (10) يبين محتويات الجلسة التعريفية.

ولضمان عدم تدخل جانب الإيحاء ولضبط المتغيرات الخارجية التي قد تؤثر على النتائج تم إبلاغ المجموعة الضابطة بأنهم سوف ينخفض عندهم الأرق بعد 21 يوم دون تقديم أي شكل من أشكال العلاج لهم، وقد توقع الباحث حدوث بعض المشكلات أثناء التطبيق العملي وقد وضع الحلول لذلك والجدول (2) يوضح هذه المشكلات وحلها:

جدول (2)

جدول المشكلات المفاجئة والمتواعدة التي واجهت الباحث أثناء التطبيق العملي لمتابعة تطبيق الاستراتيجية وتطبيق الاختبار

م	المشكلة	نوع المشكلة	الحل
1	تنسيق الجدول المدرسي لأفراد المجموعتين التجريبيتين لا سيما أن الطلاب من فصول مختلفة .	متوقعة	الاستفادة من الفسحة
2	المتابعة في أيام الإجازات الرسمية (الخميس والجمعة) والإجازات المفاجئة .	متوقعة	متابعة الطلاب في اليوم التالي للإجازة .

تطبيق الاختبار والمتابعة لهؤلاء الطلاب في اليوم التالي .	مجاجة	الغياب من قبل بعض الطلاب في بعض أيام المتابعة أو لتطبيق الاختبار.	3
العمل على كسب ثقة الطلاب وبناء جسورا من التواصل والصراحة والانفتاح معهم. وفتح صفحة جديدة من العلاقات الهايئة المقبولة. تقديم التعزيز اللغظي و المادي المناسب. وتقدير جميع أفكارهم وعدم السخرية منها.	متوقعة	طريقة التعامل في الجلسة الأولى(التعريفية)	4

تحكيم استراتيجية التنويم الإيحائي:

ولتحقق من صدق بناء الاستراتيجية فقد تم عرضه على مجموعة من المحكمين يحملون درجة الدكتوراه في الإرشاد والتوجيه وعلم النفس التربوي والذين لديهم خبرة في مجال التنويم الإيحائي، حيث بلغ عددهم (10) من جامعة السلطان قابوس ومن كلية التربية بالرستاق، ومن كلية العين للعلوم التطبيقية، ومن الكلية التطبيقية بصحار، ومن جامعة صحار ملحق (11).

بعد جمع البرنامج من المحكمين تمأخذ ملاحظات واقتراحات المحكمين على بناء الاستراتيجية، وتم إجراء التعديلات المطلوبة للاستراتيجية التي حصلت على نسبة اتفاق (80%) للتعديل على الاستراتيجية، حيث تم التعديل في رسم صوت الباحث وجعل الصوت أكثر هدوءاً، وتغيير نوع الخفية الموسيقية ومستواها، كما أعتمد مجموعة الجلسات فأصبح عددهن (21) جلسة، حيث أصبح البرنامج بصورته النهائية على القرص المضغوط (CD)، كما في الملحق (8) بالكتاب، وملحق (9) بالصوت على (CD).

إجراءات الدراسة:

- بعد مناقشة خطة الدراسة بتاريخ: 10/12/2011 والمموافقة عليه من قبل اللجنة المختصة بالدراسات العليا بجامعة نزوى اتبع الباحث الإجراءات التالية في التنفيذ:
1. أخذ رسالة تسهيل مهمة باحث من جامعة نزوى ملحق (13).
 2. أخذ موافقة رسمية من قبل وزارة التربية والتعليم، ممثلة في المديرية العامة للتربية والتعليم لمنطقة الباطنة جنوب، لتطبيق أداتي الدراسة(مقياس الأرق والاستراتيجية) على طلبة الصف الحادي عشر بمدرسة العلاء بن وهب للتعليم ما بعد الأساسي (11-12) ملحق (14).
 3. تم التأكيد من دلالات الصدق والثبات لمقياس الأرق من خلال عرضه لمجموعة من المحكمين لأخذ الصدق ومن ثم تم إثباته بطريقة إعادة الاختبار حيث بلغت نسبة ثباته . (0.87)
 4. تم إعداد الاستراتيجية من قبل الباحث، وتم تحكيمها من قبل عشرة أساتذة من جامعة نزوى وجامعة السلطان قابوس الكلية التطبيقية بالرستاق وجامعة صحار وجامعة العين، وتم الأخذ بجميع آرائهم ومقتراحاتهم العلمية وأصبح جاهزاً للتطبيق.
 5. بعد الانتهاء من صدق وثبات المقياس تم تطبيق المقياس على أفراد مجتمع الدراسة وهم طلبة الصف الحادي عشر بمدرسة العلاء بن وهب للتعليم ما بعد الأساسي (11-12) يوم الأحد بتاريخ: 22/9/2012 وبعد أخذ النتائج تم اختيار عينة الدراسة وبالبالغ عددها (37) طالباً وهم من الطلبة الذين سجلوا أعلى الدرجات على مقياس الأرق

المطبق في هذه الدراسة، ثم تم إعطائهم رسالة إلىولي الامر ملحق (7) لأخذ موافقته، وبعد ذلك تبقى من العينة (20) طالباً من الذين حصل الباحث على موافقةولي امرهم على تطبيق الاستراتيجية لهم، ثم تم تقسيمهم إلى مجموعتين؛ مجموعة تجريبية وت تكون من(10) طلاب وهم الذين خضعوا للاستراتيجية، ومجموعة ضابطة و تكونت من (10) طلاب لم يخضعوا لأي برنامج.

6. بعد اختيار عينة الدراسة، شرع الباحث بتطبيق الاستراتيجية على المجموعة التجريبية بعد الاتفاق مع الطلبة ملحق (15)، وكانت أول جلساته يوم السبت الموافق: 2012/11/11

7. في أثناء تطبيق الاستراتيجية تمأخذ القياسات البعدية للأرق بعد كل أسبوع لمدة 3 أسابيع للمجموعتين التجريبية والضابطة ملحق (1).

8. بعد مرور حوالي شهر من انتهاء تطبيق الاستراتيجية ، اخذ قياس المتابعة للمجموعتين التجريبية والضابطة، ملحق (1) .

9. بعدأخذ جميع النتائج في القياس القبلي و البعدي و المتابعة تمت المعالجة الإحصائية بواسطة الحزمة الإحصائية (SPSS).

الفصل الرابع: نتائج الدراسة

- اختبار الفرضية الأولى.
- اختبار الفرضية الثانية.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

يتناول هذا الفصل عرضا لنتائج الدراسة من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياسات الثلاثة (القبلي، والبعدي)، والمتابعة)، وإيجاد تكافؤ المجموعتين (التجريبية، والضابطة) بعد القياس القبلي للدراسة، وتم التحقق من تكافؤ المجموعتين من خلال قياس الفرق بين المتوسطات للمجموعتين وحساب الانحراف المعياري، حيث أظهرت النتائج تكافؤ المجموعتين من حيث عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بينهما في الاختبار القبلي ومن ثم اختبار فرضيات الدراسة، ولتحقيق ذلك تم استخدام اختبار مان- وتني (Mann- Whitney) الامثلوي الرتبوي للكشف عن اثر المعالجة المتمثلة باستراتيجية التويم الإيجابي لخفض الأرق، ولمعرفة الفروق ايضا ذات الدلالة الإحصائية بين أفراد المجموعتين (التجريبية والضابطة) في مقياس الأرق المعد لهذه الدراسة في القياس البعدي وقياس المتابعة.

التكافؤ:

لضمان تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في متوسط درجات الأرق على المقياس القبلي، فقد قام الباحث باختبار التكافؤ بين المجموعتين بواسطة استخدام اختبار مان- وتني (Mann- Whitney) الامثلوي الرتبوي، حيث الهدف من ذلك هو إلغاء اثر الدرجات المتطرفة من جانب ومن جانب آخر يستخدم هذا الاختبار عندما يكون حجم العينات اقل من (30) فردا كون أن التوزيع في هذه الحالة يكون غير طبيعيا، ويظهر الجدول (3) نتائج ذلك:

جدول (3)

نتائج اختبار مان - وتنى (Mann- Whitney) اللامعجمي بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي

القياس	المجموعة	عدد الأفراد	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة - مان - وتنى	قيمة ز	مستوى الدلالة
القبلي	التجريبية الضابطة	10 10	98.00 112.00	9.80 11.20	43.00	0.53	0.631

تظهر نتائج الجدول (3) أن قيمة ز تساوي (0.53) وتدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ≥ 0.05 بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي، حيث بلغ متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية (9.80)، أما متوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة بلغ (11.20)، وهذا يبين تكافؤ المجموعتين.

نتائج القياسات البعدية:

وقد حسبت متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياسات الثلاثة والجدول التالي يوضح نتائج ذلك:

جدول (4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياسات القبلية والبعدية والمتابعة لدى أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الأرق

المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		المجموعة \ القياس
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
6.17	56.90	4.18	55.00	القياس القبلي
4.16	54.00	9.05	45.60	القياس البعدي (1)
7.53	54.10	8.51	40.60	القياس البعدي (2)
7.02	55.40	8.71	38.80	القياس البعدي (3)
7.04	54.60	9.93	39.60	قياس المتابعة

يتبيّن من الجدول (4) أن متوسط المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الأرق متقاربين في القياس القبلي وهذا يدل على أن جميع أفراد العينة يعانون من الأرق، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية (55.00) والمجموعة الضابطة (56.90).

كذلك يتبيّن من الجدول وجود انخفاض في مستوى الأرق لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد المعالجة حيث انخفض متوسط درجاتهم في مستوى الأرق على القياس القبلي من (55.00) إلى (45.60) على القياس البعدي الأول، أما المجموعة الضابطة حافظت على المستوى نفسه أو بالقرب منه حيث بلغ المتوسط الحسابي لديهم (54.00) على القياس البعدي الأول مما يعكس وجود الأرق أو عدم انخفاضه لدى أفراد المجموعة الضابطة.

وكذلك يتبيّن من الجدول استمرار الانخفاض في مستوى الأرق لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد المعالجة في الأسبوع الثاني حيث انخفض متوسط درجاتهم في مستوى الأرق على القياس البعدي الأول من (45.60) إلى (40.60) على القياس البعدي الثاني، أما المجموعة الضابطة حافظت على المستوى نفسه أو بالقرب منه حيث بلغ المتوسط الحسابي لديهم (54.10) على القياس البعدي الثاني مما يعكس وجود الأرق أو عدم انخفاضه لدى أفراد المجموعة الضابطة، وكذلك يتبيّن من الجدول استمرار الانخفاض في مستوى الأرق لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد المعالجة في الأسبوع الثالث حيث انخفض متوسط درجاتهم في مستوى الأرق على القياس البعدي الأول من (40.60) إلى (38.80) على القياس البعدي الثالث، أما المجموعة الضابطة حافظت على المستوى نفسه أو بالقرب منه حيث بلغ المتوسط الحسابي لديهم (55.40) على القياس البعدي الثالث مما يعكس وجود الأرق أو عدم انخفاضه لدى أفراد المجموعة الضابطة.

وفي الوقت نفسه يلاحظ من الجدول أعلاه أن أفراد المجموعة التجريبية حافظوا على نفس المستوى في قياس المتابعة حيث بلغ المتوسط الحسابي لهم (39.60)، كما بلغ المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة (54.60) وهذا الانخفاض الذي حدث لأفراد المجموعة التجريبية لا يعبر عن فرقاً ذا دلالة إحصائية ما لم يعالج بأحد الاختبارات الإحصائية.

ويلاحظ من الجدول نفسه وجود تقارب في الانحراف المعياري أو مقدار التشتت بين درجات أفراد كل مجموعة في مستوى الأرق في القياس القبلي إذ بلغ الانحراف المعياري للمجموعة التجريبية (4.18) وللمجموعة الضابطة (6.17)، إلا أن ذلك تغير في القياس البعدي الأول، حيث وصل الانحراف المعياري للمجموعة التجريبية (9.05) والمجموعة

الضابطة (4.16) وهذا يدل على تباعد درجات أفراد المجموعة الضابطة في الأرق أو انخفاض درجات التشتت بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدى، أما بالنسبة لقياس المتابعة فقد بلغت درجات الانحراف المعياري لأفراد المجموعة التجريبية (9.93) والمجموعة الضابطة (7.04) وهذا يعكس تباعد درجات أفراد كل مجموعة في مستوى الأرق.

اختبار الفرضية الأولى:

تشير الفرضية الأولى إلى أنه (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq 0,05$) بين المجموعتين التجريبية و الضابطة في متوسط درجات الأرق تعزى لاستراتيجية التقويم الایحائى وذلك عند القياس البعدى الأول والبعدى الثاني والبعدى الثالث).

تم استخدام اختبار مان - ونتي (Mann- Whitney) الاملمي الرتبى، من أجل اختبار صدق الفرضية الأولى وإظهار ما إذا كانت هناك فروق بين أفراد المجموعتين (التجريبية والضابطة) في القياسات البعدية (3,2,1) بالنسبة للأرق والجدول (5) يوضح نتائج هذا التحليل.

جدول (5)

**نتائج اختبار مان- وتنى (Mann- Whitney) اللامعجمي بين المجموعة التجريبية
والمجموعة الضابطة في القياسات البعدية الثلاثة**

القياس	المجموعة	عدد الأفراد	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة مان- وتنى	قيمة ز	مستوى الدلالة
البعدي(1)	التجريبية الضابطة	10	73.50	7.35	18.50	2.38	* 0.015
البعدي(2)	التجريبية الضابطة	10	136.50	13.65	10.50	2.99	* 0.002
البعدي(3)	التجريبية الضابطة	10	144.50	14.45	6.00	3.33	* 0.000

* دالة عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$)

تظهر نتائج الجدول (5) أن قيمة ز تساوي (2.38، 2.99، و 3.33) وجميعها تدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ≥ 0.05 لصالح المجموعة التجريبية التي خضع أفرادها إلى استراتيجية التقويم الإيجابي، حيث بلغ متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية (7.35)، أما متوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة فبلغ (13.65) في القياس البعدى الأول، وبلغ متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية (6.55)، ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة (14.45) في القياس البعدى الثاني، وبلغ متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية (6.10)، ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة بلغ (14.90) في القياس البعدى الثالث، وهذا الفارق

أدى إلى وجود الدلالة الإحصائية والتي يرجع سببها إلى المعالجة التي قدمت لأفراد المجموعة التجريبية.

اختبار الفرضية الثانية:

تشير الفرضية الثانية إلى أنه (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ≥ 0.05) بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متوسط درجات الأرق تعزى لاستراتيجية التقويم الابحاثي وذلك عند قياس المتابعة).

تم اختبار الفرضية بواسطة اختبار مان - وتنى (Mann- Whitney) الامثل لمعرفة ما إذا كان اثر المعالجة مستمر لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد مضي شهر من انتهاء تطبيق استراتيجية التقويم الابحاثي والجدول (6) يظهر نتائج ذلك:

جدول (6)

نتائج اختبار مان - وتنى (Mann- Whitney) الامثل بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في قياس المتابعة

مستوى الدلالة	قيمة ز	قيمة مان- وتنى	متوسط الرتب	مجموع الرتب	عدد الأفراد	المجموعة	القياس
* 0.002	3.02	10.00	6.50 14.50	65.00 145.00	10 10	التجريبية الضابطة	المتابعة

* دلالة عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$)

أوضحت نتائج الجدول (6) أن قيمة ز تساوي (3.02) وتدل على وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) في قياس المتابعة لصالح المجموعة التجريبية، حيث بلغ متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية (6.50) أما أفراد المجموعة الضابطة فبلغ متوسط رتبهم (14.50) وهذا الانخفاض في متوسط أفراد المجموعة التجريبية في مستوى الأرق يعزى لاستراتيجية التنويم الایهائى ويفيد استمرارية فاعليته وصلاحيته.

اختبار فريدمان (Friedman Test) للمجموعة الضابطة:

والمزيد من التأكيد عن النتائج الواردة في اختبار مان- وتي (Mann- Whitney) اللامعجمي الرتبى، ولأن القياسات في هذه الدراسة اخذت أكثر من مرة، فقد تم استخدام اختبار فريدمان Repeated Measure Design (Friedman Test) للقياسات المتكررة لنفس العينة (7) توضح نتائج اختبار فريدمان (Friedman Test) للمجموعة الضابطة التي لم يطبق عليها أي برنامج.

الجدول (7)

اختبار فريدمان (Friedman Test) للمجموعة الضابطة

الاختبار المتابعة	الاختبار البعدى (3)	الاختبار البعدى (2)	الاختبار البعدى (1)	الاختبار القبلى	متوسط الرتب
2.95	3.30	2.90	2.50	3.35	2.032
N=10				4	درجة الحرية
				0.730	مستوى الدلالة

أوضحت نتائج الجدول (7) الذي يظهر نتائج اختبار فريدمان (Friedman Test) لجميع اختبارات المجموعة الضابطة فيما بينها (القلي، البعد(1)، البعد(2)، البعد(3)، المتابعة) عدم وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ≥ 0.05 حيث بلغ مستوى الدلالة 0.730 وهذا يؤكد أن أفراد المجموعة الضابطة لم يتغير عندهم مستوى الأرق طوال مدة الدراسة؛ لأنهم لم يخضعوا لأي برنامج.

وللتتأكد من ذلك يتطلب اجراء اختبار آخر لفرق بين الاختبارات لتحديد أي هذه الاختبارات هو السبب في وجود الفرق وبإجراء الاختبار بين جميع الاختبارات (القلي، البعد(1)، البعد(2)، البعد(3)، المتابعة) باستخدام اختبار ويلكوكسون.

الجدول (8)
اختبار ويلكوكسون للمجموعة الضابطة

الاختبار القلي - اختبار المتابعة	الاختبار القلي - البعد(3)	الاختبار القلي - البعد(2)	الاختبار القلي - البعد(1)	Z
-0.561 ^(a)	-0.612 ^(a)	-1.126 ^(a)	-1.190 ^(a)	
0.575	0.540	0.260	0.234	مستوى الدلالة

a Based on positive ranks.

نلاحظ من الجدول (8) ان قيمة احصاء الاختبار لاختبار ويلكوكسون بين الاختبار القلي والاختبار البعد(1) هي $Z = -1.190$ وتدل على وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ≥ 0.05 ، ونلاحظ ان قيمة احصاء الاختبار لاختبار ويلكوكسون بين الاختبار القلي والاختبار البعد(2) هي $Z = -1.126$ وتدل على وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ≥ 0.05 ، ونلاحظ ان قيمة احصاء الاختبار لاختبار ويلكوكسون بين الاختبار القلي

والاختبار البعدى(3) هي $Z=-0.612$ وتدل على عدم وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ≥ 0.05 ، ونلاحظ ان قيمة احصاء الاختبار لاختبار ويلكوكسون بين الاختبار القبلي واختبار المتابعة هي $Z=-0.561$ وتدل على عدم وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ≥ 0.05 .

نستنتج من ذلك ان الاختبار البعدى الاول والثانى يوجد بها فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ≥ 0.05 ، وان الاختبار البعدى الثالث والمتابعة لا يوجد بها فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ≥ 0.05 وهي التي سببت عدم وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ≥ 0.05 في اختبار فريدمان.

اختبار فريدمان (Friedman Test) للمجموعة التجريبية:

وللمزيد من التأكيد عن النتائج الواردة في اختبار مان وتي (Mann- Whitney) اللامعجمي الرتبى، يوضح الجدول رقم (9) توضيح نتائج اختبار فريدمان (Friedman Test) للمجموعة التجريبية التي طبقت عليها الاستراتيجية.

الجدول (9)

اختبار فريدمان (Friedman Test) للمجموعة التجريبية

اختبار المتابعة	الاختبار البعدى(3)	الاختبار البعدى(2)	الاختبار البعدى(1)	الاختبار القبلى	
2.40	2.30	2.35	3.30	4.65	متوسط الرتب
N=10				16.673	قيمة اختبار فريدمان
				4	درجة الحرية
				0.002	مستوى الدلالة

أوضحت نتائج الجدول (9) الذي يظهر نتائج اختبار فريدمان (Friedman Test) لجميع اختبارات المجموعة التجريبية فيما بينها (القلي، البعد(1)، البعد(2)، المتابعة(3)) حيث بلغ مستوى الدلالة 0.002 وهذا وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ≥ 0.05 حيث بلغ مستوى الدلالة 0.002 وهذا يؤكد أن أفراد المجموعة التجريبية تغير عندهم مستوى الأرق؛ ويعزى ذلك إلى استراتيجية التدويم الإيجابي.

وللتتأكد من ذلك يتطلب اجراء اختبار آخر لفرق بين الاختبارات لتحديد أي هذه الاختبارات هو السبب في وجود الفرق وبإجراء الاختبار بين جميع الاختبارات (القلي، البعد(1)، البعد(2)، المتابعة(3)) باستخدام اختبار ويلكوكسون.

الجدول (10) اختبار ويلكوكسون للمجموعة التجريبية

الاختبار القلي - اختبار المتابعة	الاختبار القلي - البعد(3)	الاختبار القلي - البعد(2)	الاختبار القلي - البعد(1)	Z
مستوى الدلالة	0.008	0.007	0.005	0.025

a Based on positive ranks.

نلاحظ من الجدول (10) ان قيمة احصاء الاختبار لاختبار ويلكوكسون بين الاختبار القلي والاختبار البعد(1) هي $Z = -2.245$ وقيمة مستوى الدلالة $\alpha = 0.025$ وهي تساوي 0.025، ونلاحظ ان قيمة احصاء الاختبار لاختبار ويلكوكسون بين الاختبار القلي والاختبار البعد(2) هي $Z = -2.805$ وتدل على وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ≥ 0.05 ، ونلاحظ ان قيمة احصاء الاختبار لاختبار ويلكوكسون بين الاختبار القلي والاختبار

البعدي(3) هي $Z = -2.701$ وتدل على وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة ≥ 0.05 ، ونلاحظ ان قيمة احصاء الاختبار لاختبار ويلكوكسون بين الاختبار القبلي واختبار المتابعة هي $Z = -2.666$ وتدل على وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة ≥ 0.05 .

نستنتج من ذلك ان جميع الاختبارات يوجد بها فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة ≥ 0.05 ، وهي التي سببت وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة ≥ 0.05 في اختبار فريدمان.

الفصل الخامس: مناقشة النتائج

- مناقشة نتائج الفرضية الأولى.
- مناقشة نتائج الفرضية الثانية.
- التوصيات.
- المقترنات.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات والمقترنات

يتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة والتي أشارت إلى فاعلية استراتيجية التقويم الإيجابي المعد لخفض الأرق لدى المجموعة التجريبية، ويتم خلال هذه المناقشة عرض أو ذكر الأسباب التي أدت إلى ظهور هذه النتائج، ومن ثم طرح بعض التوصيات التي نأمل من خلالها أن تعم الفائد المكتسبة من هذه الدراسة، وسوف تكون المناقشة على النحو التالي:

أكدت نتائج تحليل اختبار مان وتي (Mann-Whitney) اللامعجمي الرتبوي الذي أجري لمعرفة مدى تكافؤ المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الأرق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في القياس القبلي عند مستوى دلالة ≥ 0.05 ، حيث بلغ متوسط المجموعة التجريبية (55.00) والمجموعة الضابطة بلغ متوسط درجات أفرادها (56.90)، كما بلغ متوسط الرتب للمجموعة التجريبية (9.80)، ومتوسط الرتب للمجموعة الضابطة (11.20)، وهذا يشير إلى أن كل من المجموعتين يعانون من الأرق، وبذلك تكون المجموعتين متكافئتان إحصائياً؛ ويرجع سبب هذا الأرق إلى مجموعة من الأسباب قد ذكرت في الفصل الثاني.

مناقشة النتائج ذات العلاقة بالفرضية الأولى:

أوضحت نتائج المقارنة بواسطة اختبار مان وتي (Mann-Whitney) اللامعجمي الرتبوي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي الأول عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ≥ 0.05 بين المجموعتين وهذا الفرق يعزى لصالح

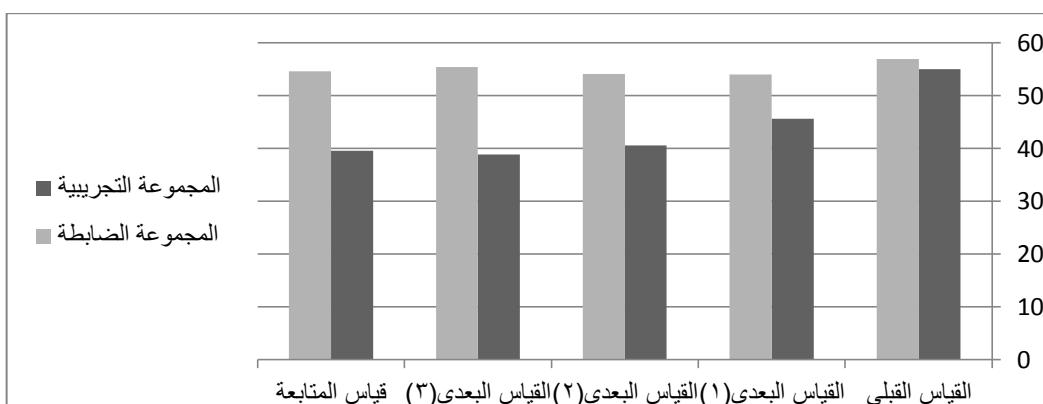
المجموعة التجريبية، ويعني ذلك أن أفراد المجموعة الضابطة أكثر أرقاً من أفراد المجموعة التجريبية من خلال المتوسطات التي أظهرتها النتائج، حيث بلغ متوسط أفراد المجموعة الضابطة (54.00) ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (45.60)، وأوضحت نتائج المقارنة بواسطة اختبار مان وتنى(Mann- Whitney) الالعلمي الرتبى بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدى الثانى عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ≥ 0.05 بين المجموعتين وهذا الفرق يعزى لصالح المجموعة التجريبية.

ويعني ذلك أن أفراد المجموعة الضابطة أكثر أرقاً من أفراد المجموعة التجريبية من خلال المتوسطات التي أظهرتها النتائج، حيث بلغ متوسط أفراد المجموعة الضابطة (54.10) ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (40.60)، كما أوضحت نتائج المقارنة بواسطة اختبار مان - وتنى(Mann- Whitney) الالعلمي الرتبى بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدى الثالث عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ≥ 0.05 بين المجموعتين وهذا الفرق يعزى لصالح المجموعة التجريبية.

ويعني ذلك أن أفراد المجموعة الضابطة أكثر أرقاً من أفراد المجموعة التجريبية من خلال المتوسطات التي أظهرتها النتائج، حيث بلغ متوسط أفراد المجموعة الضابطة (55.40) ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (38.80)، وأكى على ذلك نتائج اختبار فريدمان الذي اظهر ان جميع الاختبارات للمجموعة الضابطة لا يوجد بها فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ≥ 0.025 ، اي انهم لم يتغير لديهم مستوى الارق؛ وذلك لعدم تعرضهم لأى برنامج، وأيضا اظهر اختبار ويلكوكسون للمجموعة الضابطة ما يؤكى صحة اختبار فريدمان حيث اظهر

انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الاختبار القبلي والبعدي (1) والقبلي والبعدي (2)، والقبلي والبعدي (3) والقبلي والمتابعة.

وأيضاً أكد على ذلك نتائج اختبار فريدمان الذي اظهر ان جميع الاختبارات للمجموعة التجريبية يوجد بها فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ≥ 0.05 ، اي انه تغير لديهم مستوى الارق؛ وذلك لعرضهم لاستراتيجية التويم الإيحائي، وأيضا اظهر اختبار ويلكوكسون للمجموعة التجريبية ما يؤكد صحة اختبار فريدمان حيث اظهر انه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الاختبار القبلي والبعدي (1) والقبلي والبعدي (2)، والقبلي والبعدي (3) والقبلي والمتابعة، والشكل (1) يوضح التمثيل البياني للمتوسطات الحسابية للمجموعتين التجريبية والضابطة على القياسات الثلاثة: القبلي، والبعدي، والمتابعة.



شكل (1)

التمثيل البياني للمتوسطات الحسابية للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياسات الثلاثة (القبلي والبعدي والمتابعة)

يتضح من الشكل (1) ان هناك انخفاضاً واضحاً في متوسط الارق لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق استراتيجية التويم الإيحائي عليهم، وان هذا الانخفاض استمر في

الانخفاض على مدى القياسات الثلاثة، وإن هذا الانخفاض لم يتغير بعد ذلك في قياس المتابعة. حيث كان المتوسط الحسابي في القياس القبلي يساوي (55.00)، وأصبح (45.60) على القياس البعدي الأول و(40.60) في القياس البعدي الثاني و (38.80) في القياس البعدي الثالث، و(39.60) على قياس المتابعة، أما بالنسبة للمجموعة الضابطة، فيلاحظ من الشكل (1)، أن المتوسط الحسابي على القياس القبلي يساوي (56.90)، وأصبح (54.00) على القياس البعدي الأول ثم (54.10) في القياس البعدي الثاني ثم (55.40) في القياس البعدي الثالث، و(54.60) على قياس المتابعة، أي لم يحدث فيه أي تغير، ويعزى ذلك إلى أن أفراد المجموعة الضابطة لم يتأثروا بأي نوع من أنواع المعالجة.

ولكي نفسر ذلك لابد من طرح السؤال التالي: ما هي الأسباب والمتغيرات التي ساعدت أفراد المجموعة التجريبية في خفض متوسط الأرق لديهم؟

بلا شك إن هناك مجموعة من المتغيرات والأسباب؛ حيث أن أفراد هذه المجموعة تلقوا استراتيجية التويم الایحائي التي تحتوي على مجموعة من التمارين والمهارات والاستراتيجيات التي تساعد على خفض الأرق منها: تمارين الاسترخاء العضلي وتمارين التنفس وتمارين التأمل وتمارين التخيل ففي كثيراً من المقالات التي نشرها علماء النفس يرون أنه لا يمكن أن يجتمع الشيء ونقيضه، فكيف يجتمع القلق -الذي قد يسبب الأرق- مع الاسترخاء العضلي؛ لأن الاسترخاء عبارة عن توتر وشد في العضلات وقلق وتفكير في مواضع متداخلة، وتمارين الاسترخاء تساعد على فض ذلك التوتر والشد، وتمارين التنفس تساعد على تنظيم التنفس ووصول الكمية المناسبة من الأكسجين إلى المخ مما يساعد على الهدوء والاسترخاء الذي يؤدي إلى النوم، وتمارين التأمل التي تساعد المسترشد على الخروج من الأفكار التي كانت تجعله غير قادر على

النوم، أما تمارين التخيل فتساعد المسترشد على تخيل مواقف وأماكن تزيد من الاسترخاء وبالتالي سرعة الدخول في النوم، والى الابحاث التي قدمت له من قبل الباحث. وتنقق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات التي تم عرضها في الفصل الثاني، لأن معظم هذه الدراسات قدمت استراتيجيات ومهارات تتشابه مع المهارات والاستراتيجيات المعتمدة والمطبقة في برنامج هذه الدراسة.

مناقشة النتائج ذات العلاقة بالفرضية الثانية:

أوضحت نتائج تحليل اختبار مان- ونتي (Mann- Whitney) الامعملي الرئيسي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في قياس المتابعة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $\geq(0.05)$ يعزى لصالح المجموعة التجريبية، ويعني ذلك أن أفراد المجموعة الضابطة ثبتت على مستوى معين من الأرق، حيث بلغ متوسط درجات أفرادها (54.60)، أما المجموعة التجريبية ارتفعت قليلا حيث بلغ متوسط درجات أفرادها (39.60) ولكن هذا الارتفاع لم يؤثر إحصائيا على مستوى أفراد المجموعة التجريبية، ويفيد ذلك على أن فاعلية الاستراتيجية لازالت ثابتة لدى أفراد المجموعة التجريبية ولم تنته، وأن أفراد المجموعة التجريبية حافظوا على خفض مستوى الأرق خلال فترة المتابعة، حيث بلغ متوسط درجات الأفراد في القياس البعدي الثالث (38.80) وفي المتابعة (39.60)، ورغم ذلك لا تزال الاستراتيجية محافظة على فاعليتها، وهذا يؤكد نجاح المهارات والتمارين المطروحة فيها، كما يؤكد على أن أفراد المجموعة التجريبية لم يهملوا التدريبات التي تم تدريبهم عليها بل تعاملوا معها خلال هذه الفترة من المتابعة.

يلاحظ من خلال النتائج التي توصلت إليها الدراسة في القياس البعدي والمتابعة أن درجات أفراد المجموعة التجريبية متفاوتة من فرد إلى آخر، ويرجع سبب هذا التفاوت إلى أن درجة الاستفادة من الاستراتيجية قد تتفاوت بين أفراد المجموعة، و تختلف الاستفادة من مسترشد إلى آخر، يضاف إلى ذلك وجود بعض الأفراد المهتمين بتطبيق جميع مهارات وتمرينات الاستراتيجية، أما مجموعة منهم لا يهتمون بذلك وهذا له دور كبير في رفع أو خفض مستوى الأرق، فكلما زاد اهتمام المسترشد بالتعود على تمارين الاسترخاء العضلي والتخيلي، وتمرينات التنفس والتأمل، كلما استفاد من فاعلية الاستراتيجية في خفض أرقه والعكس صحيح، كما يمكن القول بأن هنالك صفات وسمات شخصية معينة تميز ما بين الأفراد الذين استفادوا من الاستراتيجية وهؤلاء الطلبة الذين لم يستفيدوا منه، لذلك لابد من وجود دراسات مستقبلية تبحث في العوامل والصفات التي تسهم في نجاح الاستراتيجيات التي تخفض الأرق بشكل أكبر.

كما إننا نستطيع القول بان استمرار فاعلية الاستراتيجية وديمومتها لدى أفراد المجموعة التجريبية يشير إلى أن أفراد هذه المجموعة قد تأثروا بالمعالجة أثناء فترة تطبيق الاستراتيجية وأصبح الأرق منخفضاً ومستقرًا في الانخفاض، أما المجموعة الضابطة لم تتأثر بأي عوامل دخلية تساعدها على خفض الأرق، لذلك تجد مستوى الأرق مرتفع لدى أفرادها.

وفي نهاية تفسير هذه النتائج يرى الباحث انه مهما كانت النتائج متفاوتة بين أفراد المجموعة التجريبية في القياسات البعدية والمتابعة، إلا أن الاستراتيجية قد حققت الهدف المنشود والمطلوب منها، ألا وهو خفض الأرق أو التخفيف منه قدر الإمكان لدى عينة الدراسة، ويرجع ذلك إلى أن الاستراتيجية كانت متكاملةً بما احتواها من تمارين علاجية مستندة إلى نظريات في الإرشاد النفسي.

إن نجاح هذه الدراسة في خفض الأرق قد يرجع سببه إلى محتويات الاستراتيجية المعدة لهذه الدراسة، وتدريب الطالب على كيفية عمل تمارين الاسترخاء العضلي، والاسترخاء التخييلي، والتنفس، والتأمل، والمنبقة من نظريات الإرشاد النفسي، والى الإيحاءات التي قدمت له من قبل الباحث.

وربما يكون للتمرينات المستخدمة في الاستراتيجية له الأثر الكبير في ارتياح نفسيات أفراد المجموعة التجريبية خلال فترة التطبيق مما ساعد على بقاء فاعلية الاستراتيجية في فترة المتابعة لديهم.

وتتشابه هذه الدراسة في نتائجها مع مجموعة من الدراسات التي كانت تبحث في الاستراتيجيات التي تساعد على خفض الأرق، حيث أن جميع الدراسات التي ذكرت في الفصل الثاني كانت فاعلة في خفض الأرق، ومن هذه الدراسات ما يلي :

دراسة أندرسون وأخرون (Anderson, et al, 1979)، ودراسة هوسام (Howsam, 1999)، ودراسة ستانتون (Stanton, 1999)، ودراسة بيردنت وأوت (Berdnt, & Ott, 2000) ، وانبار Abramowitz, et (Anbar& Slothower, 2006) وسلوثير (Chen, et al., 2012)، ودراسة فاريل (Farrell, 2010)، ودراسة تشان (Chan, 2008)، ودراسة كيلي (Kelly, 2011)، ودراسة تشان وأخرون (Chen, et al., 2012).

الوصيات والمقترنات:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج فإن الباحث يوصي بما يلي :

1. الإفادة من الاستراتيجية التي تم إعدادها في الدراسة الحالية في العمل الإرشادي المدرسي.

2. تدريب الإخصائيين الاجتماعيين من قبل مختصين على عمل دراسات لمتابعة مشاكل الطلاب المدرسية.

3. تدريب الإخصائيين الاجتماعيين النفسيين على مهارة واستراتيجية التويم الإيحائي، وذلك من قبل مختصين.

ويرى الباحث ضرورة لفت الانتباه إلى الاقتراحات التالية المستمدة من الأدب البحثي السابق، ذات العلاقة بمتغيرات وإجراءات الدراسة.

1. تطبيق استراتيجيات مشابهة لاستراتيجية الدراسة مع فئات عمرية مختلفة بغرض التأكد من فاعليتها مع جميع الفئات العمرية.

2. إجراء دراسات مستقبلية في الأرق باستخدام استراتيجيات مختلفة ونظريات إرشادية تختلف عن المعمول بها في هذه الدراسة للمقارنة بينها.

3. عمل دراسات مستقبلية تأخذ بعين الاعتبار وجود فترات متابعة مختلفة وأطول من فترة المتابعة في هذه الدراسة، سواء في علاج الأرق أو غير ذلك من المشكلات التي تواجه الطلاب.

4. عمل دراسات مستقبلية تستخدم استراتيجية التويم الإيحائي لعلاج مشكلات أخرى.

المراجع العربية:

- إيسون، آدم (2010). **أسرار التنويم المغناطيسي الذاتي شحذ قوة عقلك الباطن**. ترجمة. مكتبة جرير. الرياض.
- باشا، حسان شمسي (1993). **النوم والارق والاحلام بين الطب والقرآن**. جدة: دار المنارة للنشر والتوزيع.
- بلifer، غاي ليون (1990). **التداوي بالتنويم المغناطيسي**. ترجمة. عيسى سمعان، دمشق: دار الحوار للنشر والتوزيع.
- جهشان، جميل (1983). **أصوات على خفايا التنويم**. بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- الجعوري، عبدالحميد (1988). **الشفاء بالتنويم المغناطيسي والطاقة الروحية**. بيروت: الشركة العالمية للكتاب.
- الحراسي، أحمد حمدان (2011). **مستويات القلق وعلاقتها بالمخاوف الاجتماعية لدى عينة من المراهقين بعض مدارس المنطقة الداخلية بسلطنة عمان**. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة نزوى، سلطنة عمان.
- الحنفي، عبدالمنعم (1995). **موسوعة الطب النفسي** (الجزء الثاني، الطبعة الثانية). القاهرة: مكتبة مدبولي
- حنور، قطب عبده خليل (2004). **فعالية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف حدة الأرق لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة**. رسالة ماجстير غير منشورة، جامعة طنطا، مصر.

الخالدي، أديب محمد (2006). مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضي) الفحص والعلاج . عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

الخامري، عبدالحافظ سيف (2000). أثر العلاج بالتنويم الإيحائي لاضطرابات التحولية. (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة بغداد، العراق.

خليفة، وليد السيد وعيسي، مراد علي (2007). كيف يتعلم المخ ذو اضطرابات النوم. القاهرة: دار الوفاء للطباعة والنشر.

الدحادحة، باسم محمد (2010). الدليل العملي في الإرشاد والعلاج النفسي تمارين في خفض القلق والاكتئاب والضغط النفسي.العين: مكتبة الفلاح.

الدسوقي، مجدي محمد (2006). اضطرابات النوم (أسبابه، التشخيص، الوقاية والعلاج).القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

الراشد، صلاح صالح (2010). دليل مستخدمي التنويم. الكويت: الرأية للنشر والتوزيع.

رويحة، أمين (1987). التنويم المغناطيسي (التداوي بالإيحاء الروحي). بغداد: مكتبة النهضة.

الريماوي، محمد (1995). طريقة لعلاج الأرق ذي المنشأ النفسي، دراسات العلوم الإنسانية، 22(1)، 289-311

سعيد، محمود (ب، ت). التنويم المغناطيسي وسلوك الإنسان. بغداد: دار التربية للطباعة والنشر والتوزيع.

السهلي، راشد علي (2001). فعالية الارشاد(السلوكي الجماعي - الدينى) في خفض مشكلة الأرق لدى طلبة جامعة الكويت. *المجلة التربوية*، 16(61)، 31-71.

سيد، رضا فاروق (2012). التنويم العلاجي. منشورات جامعة أم القرى:

الدخول: 9/5/2012 الساعة 9:34 <http://uqu.edu.sa/page/ar/86933>

السيد، عبدالباسط (2007). الارق أسبابه وعلاجه(من القديم الى الحديث). القاهرة: شركة مكتبة الفا للتجارة والتوزيع.

الشرييني، لطفي (2000). اضطرابات النوم كيف تحدث وما هو العلاج. القاهرة: مؤسسة دار الشعب للصحافة والطباعة والنشر.

شريف، نادية وعدة، محمد (1986). مشكلات الطالب الجامعي و حاجاته الإرشادية دراسة ميدانية في جامعة الكويت. الكويت: مؤسسة دار الأرقام.

الشطرات، وليد محمد (2001). فاعلية برنامج إرشاد جمعي سلوكي معرفي في معالجة الأرق وخفض التوتر. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.

شند، سميرة محمد والدسوقي، مجدي محمد (2003). فاعلية العلاج السلوكي والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في علاج الأرق لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية وعلم النفس، 4 (27)، 88-9.

الشهاوي، مجدي محمد (1989). التنويم المغناطيسي بين الحقيقة والخرافة. القاهرة: مكتبة القرآن.

شيفر، شارلز وميلمان، هوارد (2001). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. ترجمة. نزية حمدي، ونسيمة داؤود، عمان: منشورات الجامعة الأردنية.

عامر، عبدالحافظ (2005). العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وكل من الغضب والتوتر والأرق عند طلبة الجامعة وأثر برنامج إرشادي في خفضها. (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.

عبدالخالق، أحمد محمد والمشعان، عويذات سلطان والشطي، عدنان عبدالكريم (1995). موضوعات التفكير قبل النوم لدى عينة من طلاب الجامعة. *مجلة العلوم الاجتماعية*، 23(2)، 62-87.

عبدالخالق، أحمد محمد (2007). معدلات انتشار الأرق وعواقبه لدى عينة من الراشدين الكويتيين، *دراسات نفسية*، 17(1)، 247-270.

عكاشه، أحمد (2000). *علم النفس الفسيولوجي*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عمارة، عباس (1999). *التنويم المغناطيسي*. *مجلة الطب النفسي*، 9(1)، 35-39.

عودة، محمد ومرسي، كمال ابراهيم (1986). *الصحة النفسية في ضوء علم النفس والاسلام*. الكويت: دار القلم.

غانم، محمد حسن (2004). *النوم واضطراباته*. الاسكندرية: المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع.

الفقي، إبراهيم (2010). *علم التنويم بالإيحاء*. القاهرة: مؤسسة بداية للإنتاج والنشر والتوزيع.
http://www.arab-ency.com/index.php?module=pnEncyclopedia&func=display_term&id=4320&m=1 ، الدخول: 4/5/2012 الساعة 6:22

ميرفي، جوزيف (2008). *قوة عقلك الباطن*. ترجمة. قسم الترجمة في مكتبة جرير، الرياض: مكتبة

جرير.

كوبيلان، راشيل (2001). *غير مجرى حياتك مع التنويم المغناطيسي*. ترجمة. قسم التأليف

والترجمة في دار الرشيد، دمشق: دار الرشيد.

المدنى، سليمان (1996). *فن العلاج بالتنويم المغناطيسي*. دمشق: دار الأنوار.

النابلسي، محمد أحمد (1988). القوى الإدراكية. *مجلة الثقافة النفسية*، 34 (1)، 115.

المراجع الأجنبية:

- Abramowitz, Eitan G.; Barak, Yoram; Ben-Avi, Irit; Knobler, Haim,Y. (2008). Hypnotherapy in the treatment of chronic combat-related PTSD patients suffering from insomnia: a randomized, Zolpidem-controlled clinical trial. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 270-280.
- Adair, R; Bauchner, H; Philipp, B; Levenson, S., & Zuckerman, B. (1991). *Night walking during infancy: role of parent presence at bedtime*. Pediatrics, 87, 500-504.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical of mental disorders*,4th ed., (DSM-IV). Washington, DC: Author.
- Anbar, R. D., & Savedoff, A. D. (2005). Treatment of binge eating with automatic word processing and self-hypnosis: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(2), 191-8. Retrieved from
<http://search.proquest.com/docview/218787761?accountid=27575>,
Access:5/8/2012 ,Time 6:45.
- Anbar, R.D. & Slothower, M. P. (2006). *Hypnosis for treatment of insomnia in school-age children: A retrospective chart review*. *BMC Pediatrics*, 6, 23-23. Retrieved from
<http://search.proquest.com/docview/68826750?accountid=27575>.
Access:22/7/2012 ,Time 7:23.
- Anderson, J. A., Dalton, E. R., & Baskcr, M. A. (1979). Insomnia and hypnotherapy. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 72, 734-739. Retrieved from: <http://irsm.rsmioumaJs.com>. Access:6/8/2012 ,Time 5:43.

Baron, R. A., & Kalsher, M. J. (2008). *Psychology: from science to practice*. (2nd ed.). Pearson Education inc., Allyn and Bacon.

Becker, Philip M. (1993). Chronic insomnia: outcome of hypnotherapeutic intervention in six cases. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36(2), 98-105.

Berdnt. S., & Ott, R. (2000). Effect and course of tape-based hypnotherapy in subjects suffering from insomnia. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 21(2), 96-96.
Retrieved from:

<http://search.proquest.com/docview/228169060?accountid=2757>.

Access:7/8/2012 ,Time 12:35.

Bergman, R. A. (1989). *The therapist's and clients' perspectives of mental imagery interventions in psychotherapy*. Temple university. ProQuest dissertations and theses, P 263 -263.
Retrieved from:<http://search.proquest.com/docview/303802131>.
Access:3/9/2012 ,Time 6:30.

Bootzin, R.R & Nicassio, P.M. (1978). *Behavioral treatment for insomnia*, in Heren, M& Eisler, R. M. & Miller, P.M, (Eds), Progress in Behavior Modification, Academic Press, New York.

Chan, R. (2008). A case study of chronic post-traumatic stress and grief: Hypnosis as an integral part of cognitive-behavior therapy. *Australian Journal of Clinical and Experimental*, (1)36, 22-13,
Retrieved from:

<http://search.proquest.com/docview/211035068?accountid=27575>.

Access:5/7/2012 ,Time 3:45.

Chen, M., Chen, M., Yeh, M., & Wu, S. (2012). The effectiveness of hypnotherapy in improving the quality of sleep of institutionalized elderly residents. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 33. Retrieved from:

<http://search.proquest.com/docview/921598628?accountid=27575>.

Access:5/8/2012 ,Time 9:23.

Cochrane, G. G. (1989). The use of indirect hypnotic suggestions for insomnia arising from generalized anxiety: A case report .*The American Journal of Clinical Hypnosis*, 31 (3) 203-199 . Retrieved from:

<http://search.proquest.com/docview/78865679?accountid=27575>.

Access:4/8/2012 ,Time 7:22.

Dinges, D. F. D., Whitehouse, W. G. W., Orne, E. C. E., Bloom, P. B. P., Carlin, M. M. M., Bauer, N. K. N., . . . Orne, M. T. M. (1997). Self-hypnosis training as an adjunctive treatment in the management of pain associated with sickle cell disease. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45(4), 417-432. Retrieved from:

<http://search.proquest.com/docview/79303728?accountid=27575>.

Access:7/8/2012 ,Time 4:43.

Elkins, G., Marcus, J., Palamara, L., & Stearns, V. (2004). Can hypnosis reduce hot flashes in breast cancer survivors? A literature review. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(1), 29-42.

Retrieved from:

<http://search.proquest.com/docview/218782991?accountid=27575>.

Access:1/8/2012 ,Time 1:10.

Farrell-Camahan, Leah (2010). Feasibility and preliminary efficacy of a self-hypnosis intervention available on the web for cancer survivors with insomnia. *E-Journal of Applied Psychology*. 6, (2), p10-23.

Frankel, B.L & Cousey, R & Buchbinder, R & Snyder, F. (1976). Recorded and Reported Sleep in Chronic Primary Insomnia, *Archives of General Psychiatry*.

Freedman, R. R & Papsdorf, J. D. (1976). *Biofeedback and progressive relaxation treatment of sleep-onsetn insomnia*: A controlled All-Night Investigation, Biofeedback and Self-Regulation, New York.

Golabadi, M., Taban, H., Yaghouhi, M., & Gholamrezaei, A. (2012). Hypnotherapy in the treatment of opium addiction: A pilot study. *Integrative Medicine*, 11(3), 19-23. Retrieved from:
<http://search.proquest.com/docview/1030276821?accountid=27575>
. Access:5/8/2012 ,Time 8:55.

Howsam, David G. (1999). Hypnosis in the treatment of insomnia, nightmares and night terrors. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 32-39.

<http://search.proquest.com/docview/863203225?accountid=35130>.
Access:15/7/2012 ,Time 10:20.

Kelly, J. A. (2011). *Efficacy of hypnosis for the treatment of comorbid chronic pain and insomnia in older adults*. Northcentral University). ProQuest Dissertations and Theses, 339. Retrieved from:
<http://search.proquest.com/docview/863203225?accountid=27575>.
Access:5/8/2012 ,Time 10:45.

Lichstein, K. L. & Rosenthal, T. L. (1980). Insomniacs' perceptions of cognitive versus somatic determinants of sleep disturbance. *Journal of Abnormal Psychology*, (89), p 105-107.

MCELROY, S. R. (1979). *Psychoanalgesic remediation of sickle cell anemia painful crisis*. United States International University). ProQuest Dissertations and Theses, , 224-224 p. Retrieved from: <http://search.proquest.com/docview/302996792?accountid=27575>. Access:8/8/2012 ,Time 7:30.

Nino, M.& Keenon, S. (1988). A multi, component approach to the management of insomnia: sleep disorders. *Annuals of Behavioral Medicine*, 10(3), 101-106.

Roland, J., Vincenzo, Gianni, Irene, & Marco (2012). *Efficacy of hypnosis-based treatment in amyotrophic lateral sclerosis: A pilot study*. Frontiers in Psychology, 3, 465-465. doi: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00465>. Access:6/8/2012 ,Time 6:15.

Rucklidge, J. J, & Saunders, D. D. (2002). The efficacy of hypnosis in the treatment of pruritus in people with HIV/AIDS: A time-series analysis. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(2), 149-169. Retrieved from: <http://search.proquest.com/docview/71585264?accountid=27575>. Access:10/8/2012 ,Time 11:43.

Sacchetti, T. C. (1982). Self-hypnosis, stress, and hemophilia: *The effects of self-hypnosis training upon stress among hemophiliacs*. Temple University). ProQuest Dissertations and Theses, , 156-156. Retrieved from:

[http://search.proquest.com/docview/303077288?accountid=27575.](http://search.proquest.com/docview/303077288?accountid=27575)

Access:9/8/2012 ,Time 9:41.

Shopland, S. N. (1995). *Psychological interventions for rheumatoid arthritis: An exploratory comparison of cognitive-behavioral versus hypnosis-supplemented treatment*. Indiana University of Pennsylvania). ProQuest Dissertations and Theses, , 245-245 p.
Retrieved from:

[http://search.proquest.com/docview/304246263?accountid=27575.](http://search.proquest.com/docview/304246263?accountid=27575)

Access:10/8/2012 ,Time 10:11.

Smith, M.T. (1999). *Pre- sleep cognitive activity and sleep quality in chronic pain patients*, Disserlation Abstracts International. California School of Professional Psychology- Berkeley/ Alameda (0039) Degree: PHD.

Spielman, A. J., & Glovinsky, P. (1991). *The varied nature on insomnia*. In P. J. Hauri (Ed.), Case studies in insomnia (pp. 1-15). New York: Plenum Press.

Stanton, Harry E. (1999). *Hypnotic relaxation and insomnia*: A Simple Solution? Sleep and Hypnosis, 64-87.

Weinberg, W. & Rehmet, A. (1983). *Childhood affective disorder and school problems*, in, Affective Disorders in Childhood and Adolescence, Cantwell, D. P. & Carlson, G. A, MTP Press Limited, England.

الملاحق

ملحق (1)

نتائج مقياس الأرق القبلي والبعدي 1+2+3 والمتابعة

المقياس	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة
المقياس (1) الأرق القبلي	64	50
	57	67
	55	59
	56	51
	52	63
	58	51
	53	52
	50	53
	50	62
	55	61
المقياس	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة
المقياس (1) الأرق البعدي	44	56
	41	55
	34	59
	45	53
	63	54
	59	50
	38	50
	44	52
	48	49
	40	62

المقياس	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة
القياس البعدي (2)	43	61
	36	57
	43	62
	32	44
	37	53
	55	47
	51	44
	37	57
	45	51
	27	65
المقياس	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة
القياس البعدي (3)	33	61
	40	57
	47	68
	31	48
	36	50
	45	55
	43	47
	30	52
	55	52
	28	64
المقياس	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة
قياس المتابعة	57	61
	43	57
	42	64
	31	50
	42	48
	32	55
	53	44
	30	57
	39	47
	27	63

الملحق (2)

مقياس الأرق قبل التحكيم

بسم الله الرحمن الرحيم

الفاضل

الدكتور:..... المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته... وبعد:

الموضوع: تحكيم مقياس فعالية استراتيجية التنويم الایحائي لدى عينة من الطلاب الذين يعانون من الارق في سلطنة عمان

يقوم الباحث بدراسة تجريبية بعنوان " فعالية استراتيجية التنويم الایحائي لدى عينة من الطلاب الذين يعانون من الارق في سلطنة عمان" من أجل نيل درجة الماجستير في التربية تخصص الإرشاد النفسي، وقد قام الباحث بتطوير مقياس الارق بعد الاطلاع على المقياس في دراسة قام بها الباحث : وليد الشطرات وذلك في رسالة بعنوان: فعالية برنامج ارشاد جمعي سلوكي معرفي في معالجة الارق وخفض التوتر.

وقد اشتمل هذا المقياس في صورته الأولية (25) فقرة وأمام كل فقرة سلم درجات ثلاثة حسب مقياس ليكرت وهي(نادرا، احيانا، غالبا) تعطى الدرجات (1,2,3) على الترتيب للفقرات الإيجابية وعكسها للفقرات السلبية.

ونظرا لما تتمتعون به من خبرة وإطلاع ودراسة في المجال التربوي وما نأمله منكم من

تعاون في مجال البحث العلمي، نرجو منكم التكرم بقراءة المقياس المعروض بين أيديكم وإبداء

ملاحظاتكم عليه من حيث:

* مدى ملائمة الفقرات في قياس الارق لدى طلاب المرحلة الثانوية في سلطنة عمان.

* درجة مناسبة فقرات الاستبانة للمرحلة العمرية التي أعد لها.

* دقة ووضوح الصياغة اللغوية.

* مدى انتماء الفقرات للمجال.

* أية اقتراحات أو تعديلات ترونها مناسبة.

وتفضلا بقبول فائق الاحترام والتقدير،،،

يرجى التكرم بتعبئة البيانات الآتية:

.....	اسم المحكم: الدرجة العلمية:
.....	التخصص: مكان العمل:
.....	القسم: التوقيع:

الباحث: عيسى بن محمد بن سالم

المنوري

جامعة نزوى – كلية العلوم والآداب

تخصص: إرشاد نفسي

التعديلات المقترحة	الصياغة اللغوية		المناسبتها للمرحلة العمرية		المناسبتها للمجال		الفقرات	م
	غير واضحة	واضحة	غير مناسبة	المناسبة	غير مناسبة	المناسبة		
اولاً: مجال العلاقات مع الآخرين								
							حاجتي للنوم تجعلني متواتراً وتسبب لي مشكلات مع اسرتي ومع الآخرين.	1
							يمنعني الأرق بالليل من مشاركتي للأخرين النشاطات المهمة بالنسبة لي في النهار.	2
							أشعر بالتعب والإرهاق أثناء تفاعلي مع الآخرين بسبب الأرق ليلاً.	3
							يسبب لي الأرق مشكلات مع أصدقائي.	4
							أعتزل الآخرين بسبب شعوري بالضيق الناتج عن قلة النوم.	5
ثانياً: مجال التأثير على الدراسة								
							أتغيب عن المدرسة بسبب صعوبات النوم التي أواجهها في الليل.	6
							أعاني من صعوبة التركيز والانتباه أثناء الحصص بسبب أثار الأرق.	7
							يسبب لي الأرق صعوبة في تنظيم أوقات الدراسة.	8
							أجد صعوبة في الفهم أثناء القراءة بسبب الوصول إلى النوم العميق.	9
							أعاني من صعوبة التركيز أثناء الإجابة على أسئلة الامتحانات بسبب حاجتي للنوم.	10
ثالثاً: مجال الاستغراق في النوم								
							أشعر أنني لا أرتاح في نومي.	11
							أجد صعوبة في الاستغراق في نوم عميق.	12
							أرى في نومي أحلاماً مزعجة توقظني من النوم.	13
							أشعر بالضيق بسبب عدم قدرتي على الوصول إلى النوم العميق.	14

التعديلات المقترحة	الصياغة اللغوية		المناسبتها للمرحلة العمرية		المناسبتها للمجال		الفقرات	م
	غير واضحة	واضحة	غير مناسبة	المناسبة	غير مناسبة	المناسبة		
رابعاً: مجال تكرار ظهور الأرق								
							واجهت صعوبات متتالية فالنوم معظم أيام الشهر الماضي.	15
							لم يمر أسبوع من أسابيع الشهر الماضي إلا وواجهت فيه صعوبة في النوم ثلاث مرات أو أكثر.	16
							لم تكن ليالي الشهر الماضي مريحة، لكنه ما واجهت من صعوبات في النوم.	17
							يسبب لي الأرق صعوبات في النوم في أيام محددة.	18
خامساً: مجال ابتداء النوم								
							احتاج إلى نصف ساعة وأكثر قبل الشروع فالنوم.	19
							أواجه صعوبة في الشروع في النوم بسبب سيطرة موضوع محدد على تفكيري.	20
							أواجه صعوبة في الشروع في النوم بسبب سيطرة مواضيع متتالية على تفكيري.	21
							أواجه صعوبة في الشروع في النوم بسبب مواضيع متداخلة تتطلب التفكير فيها لا أستطيع تنظيمه.	22
سادساً: مجال الاستمرار في النوم								
							لا أستطيع الاستمرار في النوم حتى الصباح.	23
							عندما أستيقظ بعد فترة قصيرة من نومي أجد صعوبة في العودة إلى النوم.	24
							عندما أستيقظ من نومي في منتصف الليل، أشغل ببعض الأفكار والمشاعر المزعجة ولا أستطيع العودة إلى النوم.	25

ملحق (3)

أسماء المحكمين على المقاييس والاستراتيجية (بالترتيب الأبجدي)

م	اسم المحكم	المؤهل	التخصص	مكان العمل
3	د/ أحمد حسن	دكتوراه	التربية خاصة	جامعة السلطان قابوس
4	د/ جمال الأشقر	دكتوراه	المناهج وطرق التدريس	جامعة صحار
6	د/ حمود عبدالله الشكري	دكتوراه	علم نفس تربوي	كلية العلوم التطبيقية بالرستاق
8	د/ سمير دقماق	دكتوراه	التربية خاصة	جامعة العين
5	د/ عائشة حسين البلوشي	دكتوراه	علم نفس تربوي	كلية العلوم التطبيقية بصحراء
2	د/ عائشة عجوة	دكتوراه	الإرشاد النفسي	جامعة السلطان قابوس
1	د/ عبدالفتاح خواجة	دكتوراه	الإرشاد النفسي	جامعة السلطان قابوس
7	د/ فاطمة محمد عبدالوهاب	دكتوراه	المناهج وطرق التدريس	كلية العلوم التطبيقية بالرستاق
9	د/ نزيه الشرعي	دكتوراه	علم نفس نمو	جامعة العين
10	د/ ياسين المقطري	دكتوراه	مناهج وتقنيات التعليم	جامعة العين

ملحق (4)

مقاييس الأرق بصورته النهائية

بسم الله الرحمن الرحيم

الاسم:.....

الصف:.....

أخي الطالب:

يحتوي هذا المقاييس على جمل تحتوي على جمل وضعتم لقياس الأرق، حدد لكل منها ثلاثة بدائل، نرجو منك اختيار البديل المناسب، الذي يمثل حالتك خلال الشهر الماضي أفضل تمثيل، ليس هناك اجابة خاطئة أو اجابة صحيحة ولكن أختر الجواب الذي يبدو لك أنه ينطبق على حالتك خلال الشهر الماضي.

وشكرا لتعاونكم،،،

الباحث/ عيسى المنوري

أخي الطالب:

سوف تجد في هذا المقياس لكل فقرة ثلاثة خيارات، هناك خيار واحد فقط يمثل حالتك أفضل تمثيل، أقرأ كل فقرة ثم ضع إشارة (✓) في المكان المناسب، ليس هناك إجابة صحيحة أو خطأ، لا تضيع وقتا طويلا في الإجابة ولكن أشر إلى الجواب الذي يبدو لك أنه يمثل حالتك أحسن تمثيل.

تذكر: أختر الخيار الذي يمثل حالتك خلال الشهر الماضي.

م	الفقرات	غالباً	احياناً	نادراً
1	احتاج إلى نصف ساعة وأكثر قبل الشروع للنوم.			
2	واجهت صعوبات متتالية في النوم معظم أيام الشهر الماضي.			
3	أشعر أنني لا أرتاح في نومي.			
4	أتغيب عن المدرسة بسبب صعوبات النوم التي أواجهها في الليل.			
5	لا أستطيع الاستمرار في النوم حتى الصباح.			
6	أواجه صعوبة في الشروع في النوم بسبب سيطرة موضوع محدد على تفكيري.			
7	أجد صعوبة في الاستغراق في نوم عميق.			
8	واجهت صعوبة في النوم ثلث مرات أو أكثر خلال معظم أسابيع الشهر الماضي.			
9	حاجتي للنوم تجعلني متوتراً وتسبب لي مشكلات مع اسرتي ومع الآخرين.			
10	عندما أستيقظ بعد فترة قصيرة من نومي أجد صعوبة في العودة إلى النوم.			
11	أواجه صعوبة في الشروع في النوم بسبب سيطرة مواضيع متتالية على تفكيري.			
12	أعاني من صعوبة التركيز و الانتباه أثناء الحصص بسبب آثار قلة النوم.			
13	يمنعني الأرق بالليل من مشاركتي للأخرين النشاطات المهمة بالنسبة لي في النهار.			
14	لم تكن ليالي الشهر الماضي مريحة، لكثره ما واجهت من صعوبات في النوم.			

الفقرات	نادرا	احيانا	غالبا	م
أرى في نومي أحلاماً مزعجة توقفني من النوم.				15
أواجه صعوبة في الشروع في النوم بسبب مواضيع متداخلة تتطلب التفكير فيها لا أستطيع تنظيمه.				16
أشعر بالتعب والإرهاق أثناء تفاعلي مع الآخرين بسبب الأرق ليلا.				17
يسبب لي الأرق صعوبات في النوم في أيام محددة.				18
يسبب لي الأرق صعوبة في تنظيم أوقات المذاكرة.				19
يسبب لي الأرق مشكلات مع أصدقائي.				20
عندما أستيقظ من نومي في منتصف الليل، أنشغل ببعض الأفكار والمشاعر المزعجة ولا أستطيع العودة إلى النوم.				21
أجد صعوبة في الفهم أثناء القراءة بسبب الوصول إلى النوم العميق.				22
أشعر بالضيق بسبب عدم قدرتي على الوصول إلى النوم العميق.				23
أعاني من صعوبة التركيز أثناء الإجابة على أسئلة الامتحانات بسبب حاجتي للنوم.				24
أعتزل الآخرين بسبب شعوري بالضيق الناتج عن قلة النوم.				25

ملحق (5)

معاملات ارتباط بيرسون (Pearson) لفقرات المقاييس بالدرجة الكلية للمقياس وبال المجال التي تدرج تحته

ارتباط الفقرة مع مجاله	ارتباط الفقرة مع الدرجة الكلية	رقم الفقرة	ارتباط الفقرة مع مجالها	ارتباط الفقرة مع الدرجة الكلية	رقم الفقرة
.729 **	.644 **	14	.471 **	.209 **	1
.639 **	.583 **	15	.722 **	.535 **	2
.694 **	.565 **	16	.590 **	.362 **	3
.674 **	.532 **	17	.585 **	.542 **	4
.560 **	.509 **	18	.688 **	.540 **	5
.722 **	.583 **	19	.679 **	.367 **	6
.649 **	.509 **	20	.593 **	.372 **	7
.685 **	.550 **	21	.787 **	.580 **	8
.648 **	.555 **	22	.670 **	.619 **	9
.612 **	.426 **	23	.563 **	.155 *	10
.719 **	.570 **	24	.713 **	.487 **	11
.625 **	.507 **	25	.713 **	.616 **	12
			.628 **	.547 **	13

* عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.05$ ** عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.01$

ملحق (6)

مقياس القلق

بسم الله الرحمن الرحيم

الاسم:.....

الصف:.....

أخي الطالب:

يحتوي هذا المقياس على جمل تحتوي على جمل وضعت لقياس القلق، حدد لكل منها ثلاثة بدائل، نرجو منك اختيار البديل المناسب، الذي يمثل حالتك خلال الشهر الماضي أفضل تمثيل، ليس هناك اجابة خاطئة أو اجابة صحيحة ولكن أختر الجواب الذي يبدو لك أنه ينطبق على حالتك خلال الشهر الماضي.

وشكرا لتعاونكم،،،

الباحث/ عيسى المنوري

أخي الطالب:

سوف تجد في هذا المقياس لكل فقرة ثلاثة خيارات، هناك خيار واحد فقط يمثل حالتك أفضل تمثيل، أقرأ كل فقرة ثم ضع إشارة (✓) في المكان المناسب، ليس هناك إجابة صحيحة أو خاطئة، لا تضيع وقتا طويلا في الإجابة ولكن أشر إلى الجواب الذي يبدو لك أنه يمثل حالتك أحسن تمثيل.

تذكر: أختر الخيار الذي يمثل حالتك خلال الشهر الماضي.

الرقم	الفقرة	نادرًا	أحياناً	غالباً
1	أشعر بأن وجهي شاحب.			
2	أفقد أعصابي بسهولة ولأسباب تافهة.			
3	أشعر بفقدان الثقة بالنفس.			
4	أعاني من توتر الأعصاب.			
5	ينتابني شعور بالضيق.			
6	أنا شخص متعدد.			
7	أشعر بأن شيئاً ما يهددني.			
8	نومي متقطع.			
9	لدي إحساس بأن المستقبل مظلم.			
10	أدخل في النوم بصعوبة.			
11	أشعر بأن تركيزي ضعيف.			
12	أعاني من الالم في الرقبة.			
13	يداي ترتعشان.			
14	تضطرب قدرتي على الكلام في بعض المواقف.			

			أشعر بخفقان في القلب.	15
			أعاني من شرود الذهن.	16
			تنتابني حالة من ضعف الشهية للطعام.	17
			أنا سريع الاستثارة.	18
			أعاني من سرعة النسيان والسرحان.	19
			أعاني من الدوخة والدوار.	20
			أشعر باضطراب في المعدة.	21
			أفقق بشدة من بعض الأشياء البسيطة.	22
			أشعر بتوتر العضلات.	23
			أعاني من سرعة التنفس.	24
			لدي رغبة في القيء أو الغثيان.	25
			أعاني من برودة في الأطراف.	26
			أشعر بجفاف في الحلق(البلعوم).	27
			اعرق بسرعة.	28
			أفكاري مشوشة.	29
			أعاني من الضغوط.	30
			أشعر بخطر ما ولا أعرف مصدره.	31
			أعاني من الأحلام المزعجة (الكوابيس الليلية).	32
			أنا متقلب الشخصية.	33
			أشعر بضعف في النشاط.	34

			يلازمني شعور بعدم الارتياح.	35
			أعاني من صعوبة التعامل مع الاشياء او المواقف الغامضة.	36
			أشعر بضعف صوتي عند التحدث مع الاخرين.	37

ملحق (7)

استمارة موافقةولي الامر

المحترم.

الفاضلولي أمر الطالب/

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، تحية طيبة وبعد...

في إطار اهتمام المدرسة بأبنائها الطلبة لإيجاد أفضل الطرق والوسائل من أجل توفير الجو الملائم للدراسة والراحة النفسية لأبنائنا الطلاب، والرقي بمستواهم التعليمي، لذلك يقوم الباحث بإجراء بحث بعنوان "فعالية استراتيجية التقويم الابحاثي لدى عينة من الطلاب الذين يعانون من الأرق في سلطنة عمان" من أجل نيل درجة الماجستير في التربية، وسوف يقوم بتطبيق هذه الدراسة على ابنكم وذلك لحصوله على درجة عالية في مقياس الأرق الذي أعده الباحث، وسوف يطبق الباحث استراتيجية التقويم بالإيحاء التي تعمل على الوصول إلى إحدى مراحل النوم الطبيعية التي تحدث لكل إنسان، وهي حالة (ألفا) التي تسيق النوم العميق مباشرة، وهي مرحلة تتميز بالسكون التام، وفيها يتم برمجة العقل اللاواعي باستقبال رسائل إيجابية يطلقها المعالج عن طريق الإيحاء بالكلمات المناسبة، والتي تسمى بالاقترادات، وذلك عبر جلسات يومية سوف يستمع إليها الطالب في البيت كل يوم قبل النوم بنصف ساعة لمدة (21) يوم وهي جلسات مسجلة على قرص مضغوط (CD)، لكي تساعده على إيجاد نوم مريح وهادئ، لذا نرجو منكم التكرم بالموافقة على ذلك للأهمية ولصالح أبنائنا الطلبة، لكم جزيل الشكر.

توقيعولي الامر:..... موافق () غير موافق ()

الباحث: عيسى بن محمد المنوري

ملحق (8)

الاستراتيجية مكتوبة

بسم الله الرحمن الرحيم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته..

في البداية أحب ان اعرفك بنفسك اسمي عيسى المنوري.

اشكرك جزيل الشكر على سمعاك لهذه الجلسة التي ستساعدك للتخلص من الارق وتنعم بنوم مريح وهادئ.

هذه الجلسة هي عبارة عن جلسة تنويم ايحائي مصممة بأفضل الطرق المعتمدة في التنويم الايحائي حول العالم.. وذلك حتى يصل اليك وهو بمستوى الاصدارات العالمية.

قبل ان ابدا اريد ان اخبرك بالطريقة الصحيحة لسماع جلسة التنويم هذه، ولابد:

اولا : ان تكون وحدك بدون ازعاج او مقاطعة طوال الجلسة.

ثانيا: للحصول على النتائج المطلوبة يجب سماع الجلسة عبر السماعات التي توضع فالاذن وليس عبر السماعات الخارجية للمسجل. والآن اتركك ل تستمتع بجلسه التنويم:

بسم الله الرحمن الرحيم

عزيزي المستمع اشكرك على اتحة هذه الفرصة لنفسك لكي تستمتع بجلسه التنويم هذه فانت تستحق كل خير وتستحق ان تنعم بلحظات قصيرة من الاسترخاء المريح والمفید جدا ر بما تحب ان تتهيأ للاسترخاء الان فاختار افضل وضعية مريحة لك وتكون فيها مستلقيا على ظهرك في

السرير وممدا ساقيك ومرخيا يديك على جانبي جسمك في وضعية مريحة جدا لك... اختر ما يناسبك من وضعية ممتاز.

الآن اريدك ان ترکز انتباحك على نقطة معينة في سقف الغرفة رکز عليها جيدا.. رکز اكثر واكثر واكثر.. الان تشعر ان عيونك بدأت بالتعب.. وتشعر ان جفونك تريد ان تتغلق على عيونك.. دعها تتغلق وأغمض عينك بهدوء واسترخاء..

الآن اريدك ان ترکز انتباحك على تنفسك شهيق..... زفير... مريح وهادى.. ممتاز بعد قليل سأعد من الواحد الى اربعة واريد منك ان تأخذ نفسا عميقا مريحا من انفك مع العد.. وبعدها مباشرة ساعد من الواحد الى الثمانية وفي هذه الفترة من العد تخرج كمية الهواء بهدوء واسترخاء من فمك... ممتاز.. جاهز؟

خذ النفس بهدوء الان من انفك الان.... واحد اثنين ثلاثة اربعة. زفير بهدوء. واحد اثنين ثلاثة اربعة خمسة ستة سبعة ثمانية. ممتاز مرة اخرى شهيق واحد اثنين ثلاثة اربعة. زفير بهدوء واحد اثنين ثلاثة اربعة خمسة ستة سبعة ثمانية ممتاز.

ومرة اخرى خذ النفس بهدوء واحد اثنين ثلاثة اربعة. . زفير بهدوء واحد اثنين ثلاثة اربعة خمسة ستة سبعة ثمانية ممتاز. ممتاز جدا وانت الان تستمر في هذا التنفس المريح تشعر بالاسترخاء المريح وتشعر بالاسترخاء يسري في جسدك مع كل نفس واي صوت تسمعه غير صوتي مهما كان هذا الصوت سوف يزيد من عمق استرخائك ويزيدك تركيزا على صوتي انا فقط ممتاز يمكنك الان ان تغمض عينيك بهدوء وتدخل عميقا في التقويم المريح .

الآن سوف نرخي جميع عضلات جسمك.. الان اريد منك ان تركز انتباهاك الى عضلات قدمك اليسرى.. ركز على عضلات قدمك اليسرى.. ممتاز..الآن ارخي عضلات قدمك اليسرى
ارخها كلها.. ارخها تماما.. ممتاز.. الان اريد منك ان تركز انتباهاك الى عضلات قدمك اليمنى.. ركز على عضلات قدمك اليمنى.. ممتاز..الآن ارخي عضلات قدمك اليمنى..ارخها كلها.. ارخها تماما.. ممتاز ..

الآن ركز على عضلات ساقك اليسرى ركز...على عضلات ساقك اليسرى.. ارخي عضلات ساقك اليسرى ..ارخها لا قصى درجة.. الآن ركز على عضلات ساقك اليمنى ركز...على عضلات ساقك اليمنى.. ارخي عضلات ساقك اليمنى ..ارخها لا قصى درجة.. ركز الان على العضلات المحيطة بركبتاك اليسرى.. ركز على العضلات المحيطة بركبتاك اليسرى ..اسعersh بالاسترخاء يسري فيها.. استرخاء مريح جدا .. ممتاز. ركز الان على العضلات المحيطة بركبتاك اليمنى.. ركز على العضلات المحيطة بركبتاك اليمنى ..اسعersh بالاسترخاء يسري فيها.. استرخاء مريح جدا .. ممتاز.

ركز على عضلات فخذك الايسر ..عضلات فخذك الايسر الان ترتخي.. ترتخي تماما.. ركز على عضلات فخذك الايمن ..عضلات فخذك الايمان الان ترتخي.. ترتخي تماما.. ركز على عضلات حوضك.. تشعر بها الان ترتخي ، و ترتخي تماما.. فانت تلاحظ وتشعر بان كل عضلات نصفك السفلي مرتبطة تماما.. مرتبطة جدا ..ممتاز

الآن ركز على عضلات بطنك... ركز على عضلات بطنك...ارخي عضلات بطنك.. ارخها اكثر.. واكثر

ركز على عضلات صدرك.. ارخي عضلات صدرك..

ركز على عضلات ظهرك السفلية .. ارخي عضلات ظهرك السفلية ..

ارخي عضلات ظهرك العلوية .. وتشعر بالارتاء المريح في كل عضلة من عضلات ظهرك

.. اكثر ارتاءا .. ممتاز

ركز على عضلات كتفك اليسرى .. ارخي عضلات كتفك اليسرى .. ارخها اكثر ..

ركز على عضلات كتفك اليمين .. ارخي عضلات كتفك اليمين .. ارخها اكثر ..

ركز على عضلات عضديك وساعديك ويديك اليسرى .. تشعر بالارتاء يسري فيها بهدوء ...

وكل خلية فيها مرتبطة جدا ..

ركز على عضلات عضديك وساعديك ويديك اليمنى .. تشعر بالارتاء يسري فيها بهدوء ...

وكل خلية فيها مرتبطة جدا ..

الآن ركز على عضلات رقبتك .. كل عضلة فيها الان ترتخي "وترتخي" ، وترتخي .. ارخي

عضلات رقبتك الامامية اكثر .. ارخي عضلات رقبتك الخلفية اكثر وكل العضلات المحيطة

برقبتك ترتخي وترتخي ارتاء" مريحا جدا .. ممتاز.

ركز على عضلات وجهك .. ارخي عضلات وجهك كلها .. ارخي عضلات خديك .. ارخي

عضلات شفتيك وعضلات عينيك .. وجبيناك .. وتشعر بالارتاء في عضلات فكك السفلي

.. ممتاز .. كل عضلات وجهك مرتبطة جدا الان .. كل خلية كل خلية من خلايا جسمك مرتبطة

ناما .. ارتاء مريح وممتع .. وعندما تشعر كذلك بان هذا الارتاء المريح بدأ يسري في

اعضائك الداخلية بهدوء .. وراحة .. ممتاز

انت تتصت بعقلك اللاوعي بينما عقلك الوعي هناك بعيدا وغیر منصت عقلك الوعي هناك
بعيدا وغیر منصت، عقلك اللاوعي مستيقظ وينصت ويسمع كل شيء اقوله انا فقط بينما عقلك
الوعي يضل مسترخي تماما ومرتاح جدا تستطيع ان تسترخي بأمان لأن عقلك اللاوعي هو
المؤول وعندما يحصل هذا تترك عقلك اللاوعي يقوم بكل الانصات.. عقلك اللاوعي يعرف
ولأن عقلك اللاوعي يعرف فان عقلك الوعي لا يحتاج الى ان يعرف ويستطيع البقاء في حالة
الاسترخاء والتنويم المريح .. بينما عقلك اللاوعي يبقى مستيقظا تماما لديك الكثير من الطاقة
الكافحة في عقلك اللاوعي وهذا يفقده عقلك الوعي انت تستطيع ان تتذكر كل شيء حدث
بقلك اللاوعي ولكنك لا تستطيع تذكر كل شيء بقلبك الوعي يمكنك ان تنسى بسهولة
وبنسيانك لأشياء معينة فانك تستطيع تذكر أشياء أخرى تذكر ما تحتاج تذكرة ونسيان ما
تستطيع نسيانه وليس مهما اذا نسيت انت لا تحتاج ان تذكر كل شيء.. عقلك اللاوعي يتذكر
اي شيء تحتاج معرفته وانت تستطيع ان تترك عقلك اللاوعي ينصت ويتذكر . بينما عقلك
الوعي ينام وينسى .. فقط انصت بعقلك اللاوعي . وعندما تتصت بانتباہ کبیر جداً لصوتي فقط
ستلغي جميع الاوصوات الأخرى من انتباہک.. وبينما انت تستمر بالإنصات لي بقلبك
اللاوعي .. فان عقلك الوعي ينام . وينام . اعمق . واعمق . واعمق . واعمق . اترك عقلك الوعي
في نومة العميق . واترك عقلك اللاوعي يستمع لي فقط . واي اوصوات أخرى تسمعها غير صوتي
فإنها ستزيد من عمق استرخاء عقلك الوعي . وستزيد من تركيزك على صوتي انا فقط ...

في لحظات سأطلب منك ان تسترخي تماما.. وبعد لحظه سأبدأ العد التنازلي من العشرة الى
الواحد في اللحظة التي اقول فيها عشرة سوف تسمح لعينيك ان تبقى مغلقة وترى امامك بخيالك
الجميل درجا جميلا فيه عشر درجات
.....

في اللحظة التي اقول فيها تسعه واي رقم تالي فسوف تقوم انت ببساطة بالنزول على هذا الدرج درجة مع كل رقم ومسترخيا تماما مع كل رقم.. وفي نهاية هذا الدرج الجميل يوجد سريرا كبيرا ومريح جدا اكثر راحة من اي سرير مريح استلقيت عليه من قبل. وعلى السرير مخدة مريحة جدا لرأسك أفضل مخدة يمكن ان تخيلها.. في اللحظة التي اقول فيها واحد سوف تستلقي بهدوء على هذا السرير وترى راسك مستمتعا على هذه المخدة المريحة ..

الرقم عشر العينان مغلقتان وانت امام الدرج عشرة تسعه..... تسترخي اكثر... وترتاح اكثر... واكثر... واكثر..... ثمانية ... تغوص عميق في الاسترخاء المريح واعمق سبعة ستة..... تذهب عميقا جدا في الاسترخاء المريح خمسة... تنزل هذه الدرجات تسترخي تماما اكثر... واكثر اربعة اكثر استرخاء ثلاثة تأخذ من انفك نفسا عميقا وتخرج نفسا من فمك بهدوء ممتاز اثنان فالرقم القادم واحد تستلقي على السرير مستمتعا بهدوء و تسترخي "استرخاء" عميقا .. جدا واحد تستلقي على هذا السرير المريح وبينما تدع كل عضلة في جسمك ترتحي وترتاح ستدهب اعمق واعمق فالاسترخاء الممتع المريح والآن ...

الآن اريدك ان تخيل عينيك مغلقة تماما تخيل ذلك وان جفونك ثقيلة ومرتخية .. ثقيلة ومرتخية جدا. لدرجة انك لا تستطيع فتح عينيك مهما حاولت .. عينيك مغلقة تماما ثقيلة ومرتخية جدا جدا لا تستطيع فتحها وكلما حاولت فتحها ازدادت ثقلها وارتخاء" وازدادت اغلاق.. عينيك مغلقة تماما مرتخية جدا جدا .. ممتاز.

انت الان تشعر بالراحة تشعر بالهدوء.. تشعر بالاسترخاء.. تشعر بالنعاس.. : يمكنك أن تتمام بسرعة وهدوء، سوف تستيقظ من النوم وأنت في غاية النشاط والحيوية، وعندما تتمام سوف

تستمر بالنوم العميق خلال فترة الليل. الآن أنت في مكان خاص ومميز لا يوجد مكان آخر للذهاب إليه، ولا يوجد شيء كي تقوم به، فقط الاستراحة، فقط التمدد والاستلقاء، والنوم براحه وانسياب انك تغوص وتغوص بعمق، ثم بعمق أكبر للنوم، تخيل الأشياء الايجابية التي يمكن أن تفكر بها وفكر بها كي تسمح لنفسك بالنوم المريح. إن أفكارك الايجابية الجديدة الآن هي حقيقة، لقد تحررت وتخلصت من المشاعر والأفكار السلبية، كما تغلبت على التوتر والضغط النفسي الذي يمكن أن يؤثر في عقلك وجسمك وأفكارك. إن المشاعر الايجابية والأفكار البناءة المرغوب بها بدأت تكبر.... وتنكر الآن. حيث تتضخم اكبر كلما كان هناك انسياط وانسياب نحو الاسترخاء.

والآن استوعب كم أنت الآن مسترخيا ومرتاحا، لذلك استمر بالاسترخاء، رأسك وكتفيك هما في المكان الصحيح، ظهرك مرتاح ومستلقي، ولا يهمك كل الأصوات التي تسمعها سوى صوتي، ربما تواجهه بعضا من الافكار المؤلمة والسلبية والقلقة التي يمكن أن تطغى على محتوى تفكيرك وراحتك واستجابتك للنوم، ببساطه حاول أن تأخذ هذه الأفكار واسحبها أو اكسها كما تكسس وتنزع الأوساخ عن الأرض، وضع هذه الأفكار في كيس، وضعها في صندوق، هذا الصندوق عبارة عن وعاء جميل وله غطاء، ثم ضع الغطاء على الصندوق، واركن الصندوق في مكان معين في بيتك، يمكنك الرجوع إلى ذلك الصندوق في وقت آخر، وقت لا يؤثر في نومك واسترخائك. وكلما ظهرت لديك فكره أخرى سلبية وغير مريحة ضعها في ذلك الصندوق وضع الغطاء على ذلك الصندوق، ولا تسمح ل تلك الأفكار أن تزعجك وتوثر على نومك. ثم استمر أنت بنومك العميق والاسترخاء الممتع الجميل.

أنت شخص مثالٍ رائع "وقفه"..... لقد أنجزت الكثير من الأشياء "وقفه"..... لقد حفّقت الكثير من الأهداف المرجوة "وقفه".....

تخيل نفسك في مكان خاص ومميز ، تبتسم ، تشعر بالراحة والسرور والاسترخاء العميق "وقفه". ومن هذا المكان المميز يمكنك بسهولة أن تنتقل إلى النوم العميق، نوم غير مزعج ومريح، أنت تنام في ليلة هادئة لا ضجيج فيها، ليلاً فيها هدوء. وإذا رغبت في الاستيقاظ مرة أخرى ما عليك سوى أن تتذكر المكان المميز لديك وأن تستمتع بالنوم والرتابة والسكينة العميقية. إن تنفسك بدأ الآن أكثر هدوءاً واسترخاءً كما بدأت عاصفة الأفكار لديك بالهدوء، تهدأ أكثر... فأكثر، ومن ثم الاسترخاء. أنت الآن تنتقل وتطفو في نوم مريح، لا أفكار تقاطعك خلال الليل، سوف تستيقظ فقط في الوقت المحدد صباحاً، الوقت الذي تكون قد شعرت فيه بالراحة والانتعاش والنشاط.

الآن لا يوجد شيء كي تعمله، لا شيء تفكّر به فقط هو الاستمتاع بمكانك الخاص والمميز ، تخيل انك في حديقة جميلة، هذا المكان المميز والأمن لك والذي يشعرك بالاسترخاء. فقط تخيل كيف تشعر بالاسترخاء في مكانك الخاص، ربما تصبح أكثر وعيًا، أنت الآن أكثر وعيًا بوضوح لرائحة مكانك الجميل المميز، أنت الآن أكثر وعيًا بالأصوات المختلفة حول مكانك الخاص والمميز كأصوات العصافير وصوت خير الماء والطيور فوق الصخور والشجر. تشعر الان بنسمات الهواء العليل ينساب على وجهك، انتقل وانساب أكثر فأكثر نحو النوم العميق، جسمك الآن أكثر تقدماً واسترخاءً لذلك استريح فقط انقل نحو النوم النوم النوم

ملحق (٩)

القرص المضغوط (CD) به جلسة التنويم الإيحائي

ملحق رقم (10)

الجلسة التعريفية

تم الاجتماع في يوم السبت بتاريخ 10-11-2012م، في المختبر المدرسي، مع أفراد عينة الدراسة للمجموعتين، وفي البداية تم الاتفاق على السرية بين الباحث وأفراد العينة، وانه سوف يتم الاجتماع كل أحد الحصة السادسة وذلك لتبليغة استمارة مقياس الأرق، وتم ابلاغهم بأنهم سوف يخضعون لبرنامج علاجي لمدة 21 يوم سوف يخفض الأرق لديهم وذلك لتلافي جانب الإيحاء.

ثم بعد ذلك طلب من أفراد المجموعة الضابطة مغادرة القاعة وتم استكمال الاجتماع مع المجموعة التجريبية.

تناول الاجتماع مناقشة النقاط التالية:

- 1- تعريف الأرق والتنويم بالإيحاء.
- 2- طريقة الاستماع وشروطه.
- 3- تعريف بعض المصطلحات الواردة في التسجيل الصوتي، مثل: العقل الوعي واللاوعي، الطاقة الكامنة، الاسترخاء، انسياب وانسياق الأفكار، الأفكار المؤلمة والسلبية والقلق، الخيال والتخيل، المشاعر الايجابية والأفكار البناءة، شخص مثالي.
- 4- الاتفاق على موعد ومكان اللقاء، غرفة الصحة في المدرسة أثناء الفسحة كل يوم ولمدة 3 أسابيع، (عدا يومي الخميس والجمعة) يتم تسجيل الملاحظات يوم السبت.
- 5- لزيادة دافعيتهم للاستماع للجلسات، تم الاتفاق على جائزة مالية (20 ريال)، يحصل عليها بالقرعة شخص واحد بشرط الالتزام بالاستماع للجلسات.

ملحق (11)

رسالة تحكيم الاستراتيجية

بسم الله الرحمن الرحيم

الفاصل الدكتور:..... المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته... وبعد:

الموضوع: تحكيم استراتيجية

يقوم الباحث بدراسة تجريبية بعنوان " فعالية استراتيجية التنويم الایحائي لدى عينة من الطلاب الذين يعانون من الارق في سلطنة عمان" من أجل نيل درجة الماجستير في التربية تخصص الإرشاد النفسي، وقد قام الباحث بتطوير استراتيجية التنويم الایحائي ، وهي عبارة عن تسجيل صوتي بصوت الباحث.

ونظرا لما تنتهيون به من خبرة وإطلاع ودراسة في المجال التربوي وما نأمله منكم من تعاون في مجال البحث العلمي، نرجو منكم التكرم بسماع الاستراتيجية المعروض بين أيديكم في (CD) وإبداء ملاحظاتكم عليه من حيث:

* مدى ملائمة الاستراتيجية لطلاب المرحلة الثانوية في سلطنة عمان.

* درجة مناسبة الكلمات للمرحلة العمرية التي أعد لها.

* دقة ووضوح الصياغة اللغوية.

* دقة ووضوح التسجيل.

* دقة ووضوح وملائمة الخلفية الموسيقية.

* أية اقتراحات أو تعديلات ترونها مناسبة.

وتقضوا بقبول فائق الاحترام والتقدير،،،

يرجى التكرم بتعبئة البيانات الآتية:

اسم المحكم: الدرجة العلمية:
التخصص: مكان العمل:
القسم: التوقيع:

الباحث: عيسى بن محمد بن سالم المنوري

جامعة نزوى – كلية العلوم والآداب

تخصص: إرشاد نفسى

التعديلات المقترحة	مناسبتها		الوضوح		الموضوع	
	غير مناسبة	المناسبة	غير واضحة	واضحة		
					تمارين الاسترخاء الواردة في التسجيل الصوتي.	1
					تمارين التنفس الوارد في التسجيل الصوتي.	2
					تمارين التأمل الواردة في التسجيل الصوتي.	3
					تمارين التخيل الواردة في التسجيل الصوتي.	4
					صوت الباحث في التسجيل الصوتي.	5
					اللغة المستخدمة في التسجيل الصوتي.	6
					الخلفية الموسيقية داخل التسجيل الصوتي.	7

ملحق (11)

استماراة متابعة الطالب

الاسم: الصف:

ممتاز	جيد	متوسط	ضعيف	لا يوجد	تقدير الطالب لدرجة التحسن بعد الجلسة

رقم الجلسة	أستماع الطالب للجلسة	درجة التحسن بعد الجلسة	التاريخ	الملاحظات
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

التاريخ:

اسم وتوقيع الطالب:

ملحق (13)

استماراة تسهيل مهمة باحث

University of Nizwa
College of Arts Sciences
Dean's Office



جامعة نزوى
كلية العلوم والآداب
مكتب العميد

المواافق: 21 ابريل 2012م

لمن يهمه الأمر

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد:

الموضوع: تسهيل مهمة باحث

يقوم الطالب/ عيسى بن محمد بن سالم المنوري، الرقم الجامعي (10726685)؛ تخصص ماجستير تربية في الإرشاد النفسي بإعداد بحث

عنوان:

"فاعالية إستراتيجية التوبيخ الإيجابي لدى عينة من الطلاب الذين يعانون من الأرق في سلطنة عمان"

ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير، ويحتاج لاستكمال بحثه تطبيق الاستبانة التي أعدها؛ لذا نرجو تسهيل مهمته البحثية.

شاكرين ومقدرين لكم حسن تعاونكم معنا.

وتفضلاً بقبول فائق التقدير والاحترام،،،

والمرسل

أ.د. محمد عبدالمنعم إسماعيل
عميد كلية العلوم والآداب



ملحق (14)

رسالة وزارة التربية إلى المدرسة لتسهيل مهمة الباحث

الرقم
التاريخ / / هـ
الموافق ٢٤ / ١٣ / ٢٠٢٣ م



سلطنة عمان
وزارة التربية والتعليم
المديرية العامة للتربية والتعليم لمنطقة الباطنة جنوب

المحترم

الفاضل / مدير مدرسة العلاء بن وهب للتعليم ما بعد الأساسي

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،،، وبعد :

الموضوع/الفاضل : عيسى بن محمد بن سالم المنوري .

نود الإفادة بأن المذكور أعلاه يقوم حالياً بإجراء دراسة ميدانية حول موضوع (فعالية استراتيجية التنويم الإيحائي لدى عينة من الطلاب الذين يعانون من الأرق في سلطنة عمان) ، حيث أن ذلك يتطلب من الباحث إجراء زيارات ومقابلات وتطبيقات ميدانية بمدرستكم ، وكذلك الحصول على بعض المعلومات من المختصين ، إلى جانب الحصول على بعض المراجع التي تخدم الدارسة .
عليه؛ يرجى التكرم بتسهيل مهمة الذكر .

شاكرين لكم حسن تعاونكم سلفاً .
ونفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير ،،،

خليفة بن علي بن سعيد الكباياني
نائب مدير دائرة تنمية الموارد البشرية للإشراف التربوي



هاتف: ٢٦٨٧٦٢٠٦ / ٢٦٨٧٦٢٠٧ ، فاكس: ٢٦٨٧٥٠٨٣ ، ص.ب: ٣، الرمز البريدي: ٣٢٩ - الرستاق

البريد الإلكتروني: moe.gov.om موقع الوزارة: s-batinah.net

ملحق (15)

استماراة الاتفاق

تم الاتفاق بين الطالب: والباحث: عيسى بن محمد المنوري، على خفض الأرق الذي يشكو منه الطالب، وذلك بتطبيق استراتيجية التقويم الإيجابي التي أعدها الباحث والتي تتكون من (21) جلسة مسجلة بصوت الباحث على قرص مضغوط (CD)، الواقع جلسة كل يوم قبل النوم، على أن يسمعها كل يوم دون انقطاع عنها، ابتداء من يوم (.....) بتاريخ (.....)، وانتهاء بيوم (.....) بتاريخ (.....) بمشيئة الله.

بعد أن استوضح الطالب من الباحث معنى وتفاصيل هذه الاستراتيجية في جلسة خاصة قبل البدء في الجلسات، وتم هذا الاتفاق برغبة وتعاون تام من الطالب.

الباحث:

اسم الطالب وتوقيعه:

Abstract

The Effectiveness of Hypnosis Strategy in Reducing Insomnia amongst a Sample of Students in the Sultanate of Oman

Prepared by

Issa Mohammed Salim Almanwari.

Supervision Committee

DR. Basim Mohammed Aldahadha (Main Supervisor)

DR. Amjad mohammed Hayajneh (2nd Supervisor)

DR. Mahmood Khalid Jasim (3rd Supervisor)

The effectiveness of hypnosis strategy among a sample of students who suffer from insomnia in the Sultanate of Oman have been studied and analyzed. The sample of 20 students of 11th grade at Al-Alaa Bin Wahab School with priority that all students have high scores in the scale of insomnia which have been developed by the researcher. The sample were divided into two randomly groups of 10 students; one of them is experimental and the other is a control group.

To achieve the objectives of the study the researcher has intended to develop the scale of insomnia among secondary school students and build the hypnosis strategy which consists of 21 Hypnosis sessions - one session per day and the session period took almost half an hour.

Prior and posterior measurements were conducted three times- one prior measurement per week and a follow-up measurement were conducted after a month following the third posterior.

The results so obtained are referred to the existence of statistically significant differences between the experimental and control group in the average of insomnia in favor of the experimental group for the three

posterior measurements. These differences are attributable to the hypnosis strategy.

In addition to that, it's also referring to the existence of statistically significant differences between two groups regarding the average of insomnia in the follow-up measures, which are attributable to the hypnosis strategy. Finally, the results ensured the effectiveness of hypnosis strategy in reducing the insomnia amongst the sample of 11th grade for male students.

Keywords: hypnosis, insomnia, grad eleven male students and Oman.