



التشوهات المعرفية وعلاقتها بسلوكيات الالتزام الصحي

م. د نبيل عباس رشيد

الجامعة المستنصرية ، كلية التربية ، قسم الارشاد النفسي والتوجيه التربوي

nabeel_abbas65@uomustansiriyah.edu.iq

07755517290

الملخص

بحثت الدراسة الحالية عن العلاقة بين التشوهات المعرفية والالتزام بالسلوكيات الصحية، إذ عرف (Beck,1995) التشوهات المعرفية بأنها تركيبات أو صيغ معرفية ثابتة يعتنقها الفرد عن ذاته والعالم والمستقبل من خلال تضخيم السلبيات والتقليل من شأن الايجابيات وتعميمات مفرطة وتوقع الكوارث والشخصنة ولوم الذات والمبالغة في المستويات ومعايير الاداء واستنتاجات عشوائية وتجريدات انتقائية تؤثر في التكوين المعرفي للفرد وكيفية ادراكه وتفسيره للأحداث (Beck,1995:23). بينما عرف (كلارك وبيكر، 1998) الالتزام بالسلوك الصحي على انه فشل الناس في قبول وسائل الوقاية من الأمراض أو أدوات الفحص للكشف المبكر عن الأمراض التي لا تظهر عليها أعراض (كلارك وبيكر، 1998). هدف البحث الحالي الى الاطلاع على النظريات والدراسات التي تناولت كلاً من متغير التشوهات المعرفية ومتغير الالتزام بالسلوك الصحي ، توصل الباحث الى مجموعة من الاستنتاجات استناداً الى ما تناوله في البحث الحالي .

الكلمات المفتاحية : التشوهات المعرفية ، الالتزام بالسلوك الصحي .

Cognitive distortions and their relationship to adherence to healthy behavior

Dr. Nabeel Abbas Rashid

Al-Mustansiriya University, College of Education, Department of Psychological Counseling
and Educational Guidance

nabeel_abbas65@uomustansiriyah.edu.iq

Abstract

The current study investigated the relationship between cognitive distortions and adherence to healthy behaviors. Beck (1995) defined cognitive distortions as fixed cognitive constructs or patterns that an individual holds about himself, the world, and the future through exaggerating negatives, belittling positives, making excessive generalizations, anticipating disasters, personalization, self-blame, exaggerating levels and performance standards, random conclusions, and selective abstractions that affect the individual's cognitive formation and how he perceives and interprets events (Beck, 1995: 23). While (Clark and Baker, 1998) defined adherence to health behavior as people's failure to accept disease prevention methods or screening tools for early detection of asymptomatic diseases (Clark and Baker, 1998). The current research aimed to review the theories and studies that addressed both the variable of cognitive distortions and the variable of adherence to health behavior. The researcher reached a set of conclusions based on what he addressed in the current research.

Keywords: tourist distortions, commitment to healthy behavior.



مشكلة البحث :

أن المعرفة والأفكار تجعل الإنسان يكتسب مشاعر معينة، و هو الذي يتسبب في حدوث المشكلات الانفعالية والسلوكية عندما يكون هذا الإدراك مشوه وقد يسبب قلة القدرة على التكيف ، ولقد أدرك بيبك أن هذه العمليات المعرفية المغلوطة تنتبأ بالانفعالات والسلوكيات غير المتكيفة، أي أن المعارف تؤثر على الانفعال بالتالي على السلوك (Rosenfield,2004:20)

كما أن العقود الأخيرة قد شهدت تركيزاً متزايداً في استخدام النموذج المعرفي لشرح المشكلات "الانفعالية، والسلوكية"، مثل الارتباط بالإدراك المشوه، لفهم وتفسير السلوك والشخصية، وتأثير ذلك على حياة الفرد (Ara,2016:706).

وان مشكلة التشوهات المعرفية تكمن بالدرجة الاولى في ان الفرد يقوم بتحريف الحقائق الواقعية بناءً على مقدمات مغلوطة وافتراسات خاطئة عن تعلم سلوك خاطئ في احدى مراحل النمو المعرفي للفرد ، اي ان المحتوى المعرفي للفرد يكون في حالة عدم الاستقرار ، لذلك فإن الكثير من السلوكيات غير السوية يعتمد الى حد بعيد على التشوهات المعرفية والتي تؤثر بدورها على التفكير والانفعالات وحتى السلوكيات ، مما يسبب ذلك تبني الفرد اساليب تفكير غير منطقية وسلوكيات غير صحية فضلاً عن نظراته السلبية عن ذاته، (Beck,1995).

اهمية البحث :

يعد الانسان ائمن رأسمال في هذا العالم لأنه يقف وراء كل بناء حضاري ، وتقدم علمي وازدهار ، فالاهتمام بالإنسان وسلوكياته الصحية يعني الاهتمام بالعالم ، فمن خلال فكر الانسان المتوقد استطاع اكتشاف وابتكار الكثير من المعلومات المعرفية التي تتضمن الجوانب الايجابية والجوانب السلبية والغرض منها تعزيز الجوانب الايجابية ، وتحسين الانسان من الجوانب السلبية المؤثرة على سلوكيات الفرد الصحية والنفسية والاجتماعية ومعالجتها عن طريق برامج علاجية دقيقة ، ويعد العالم (أرون بيبك) من ابرز رواد العلاج السلوكي المعرفي والذي وضع قواعد اساسية لمعالجة وتصحيح الافكار الخاطئة لدى الانسان ، وبناء مجتمع حضاري يتمتع بالسلوكيات الصحية الايجابية ، بعيداً عن الافكار المشوهة ، كما اكد على ضرورة دراسة هذه الافكار لغرض علاجها وإيجاد الحلول المناسبة لها ويهدف هذا النوع من العلاج الى التعامل مع التفكير المنطقي ، إذ يتم توضيح الافتراضات الخاطئة التي بدورها تؤثر على سلوكيات ومشاعر وانفعالات الفرد ، ويتم تدريب الفرد على قراءة الواقع بطريقة صحيحة من دون التأثير بالافكار المغلوطة والمشوهة (Beck,1967).

كما بحث بيبك وزملاءه في جميع انحاء العالم عن فعالية هذا الشكل من العلاج النفسي في معالجة مجموعة واسعة من السلوكيات غير الصحيحة ، إذ يتم مواجهة الافكار غير المنطقية واعادة تنظيمها والتفكير بها من جهة اخرى لتصبح اكثر منطقية وتصحيحها من خلال ازالة طرائق الحديث الذاتي المشوه للأفكار واستبدال هذه الاحاديث بأفكار اكثر منطقية ، لذا فهي ليست مجرد نظرية سلوكية مضافاً لها بعض الاساليب المعرفية ، انما هي نظرية تتجه نحو المعرفية اكثر من اتجاهها نحو السلوكية ، إذ تهتم بما يقوله الناس لأنفسهم والذي له الدور البارز في سلوكياتهم (باترسون ، 1990: 122) .

ويعد العلاج السلوكي المعرفي اسلوباً لتعديل سلوكيات الفرد غير الصحيحة من خلال التأثير على عملية التفكير ، إذ يؤدي تغيير الافكار المشوهة الى تغيير في السلوك ، وهذا يشير الى التركيز على المحتوى الفكري للفرد نحو الاحداث ثم البدء بفكرة اعادة بناء طريقة تفكيره لتعديل سلوكياته (Derubeis, & Beck,1988).

تحتل دراسة التشوهات المعرفية أهمية كبيرة ذلك لأن المعرفة تعتبر وسيلة الإنسان للتوصل إلى حقائق الأشياء، وهي سبيله إلى التعرف على ذاته والعالم، فقد ذكر ، وتعتبر التشوهات المعرفية من المتغيرات النفسية التي قد يكون لها تأثير سلبي في سلوكيات الفرد والتي تؤثر وتتأثر بمتغيرات شخصيته وتؤثر في اتخاذ قراراته، كما تؤثر وتتأثر بنوعية حياته، فيرى بيبكر و ويسمان بأن التشوهات المعرفية عبارة عن "منظومة من الأفكار الخاطئة والتي تظهر أثناء الضغط النفسي والاحداث غير الطبيعية (Beak& Weissman,1978:6).

اهداف البحث :



يهدف البحث الحالي الى تناول نظريات ودراسات متعلقة بـ كلا المتغيرين ، ومحاولة التعرف على العلاقة بينهما .

حدود البحث :

يحدد البحث الحالي في عينة من النظريات والدراسات النفسية التي تناولت كلا المتغيرين .

تحديد المصطلحات :

التشوهات المعرفية :

عرفها (Beck,1995): انها تركيبات أو صيغ معرفية ثابتة يعتنقها الفرد عن ذاته والعالم والمستقبل من خلال تضخيم السلبيات والتقليل من شأن الايجابيات وتعميمات مفرطة وتوقع الكوارث والشخصنة ولوم الذات والمبالغة في المستويات ومعايير الاداء واستنتاجات عشوائية وتجريدات انتقائية تؤثر في التكوين المعرفي للفرد وكيفية ادراكه وتفسيره للأحداث (Beck,1995:23).

كما عرفها (Yurica,2002:100): "أفكار تظهر بشكل تلقائي لدى الفرد تعمل على ضبط سلوكياته وحاجاته، ولا يستطيع إيقافها، أو التحكم بها"، وتنتج عن أخطاء في معالجة المعلومات، كما أنها تسبب الشعور بالضيق والألم، وسميت تلقائية لأنها ليست نتاج تحليل منطقي للموقف، بل هي أقرب ما تكون لرد الفعل السريع وهي ذات صبغة أو إيجابية ولكنها في الغالب سلبية.

الالتزام بالسلوك الصحي :

عرفها (كلارك وبيكر، 1998): فشل الناس في قبول وسائل الوقاية من الأمراض أو أدوات الفحص للكشف المبكر عن الأمراض التي لا تظهر عليها أعراض Clark, N. M. & Becker, M. H. (1998).

النظريات المعرفية المفسرة للتشوهات المعرفية :

ترى هذه النظريات ان التفكير يرتبط بالانفعالات وان الانفعال ما هو الا تفكير يحمل في طياته حكماً عقلانياً تجاه اي موضوع بأنه حسن أو سيء ، كما ان النظريات هي التي تعطي وزناً للعمليات المعرفية (عبدالله ، 1989 : 89).

النظرية المعرفية (أرون بيك): لقد صاغ (بيك) نظرية متكاملة فسر على اساسها حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية والمعتقدات والآراء السلبية التي يحملها الفرد عن نفسه وعن العالم والمستقبل، وتقوم هذه النظرية حول الامكانات التي يولد بها الفرد ، والتي من خلالها يصبح منطقياً او غير منطقياً (الغامدي ، 2013 : 85).

ويرى (بيك) ان طريقة تفكير الفرد ومعالجته لما يدركه من معلومات وما يعتقد من كيفية تفسيره للأحداث والموضوعات تمثل اهم العوامل المؤثرة في حدوث اضطرابات سلوكية وانفعالية (سلامة ، 1989 : 41).

كما يرى (بيك) ان الاشخاص الذين يمتازون بالعصبية الزائدة ويعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية هم الذين ينخرطون في تفكير مشوه وغير مقبول وهذا ما يسبب لهم المشكلات (ابو اسعد وعريبات ، 2009 : 229).

اشار (بيك) الى ان اسباب التفكير غير العقلاني يعود الى القناعات الخاطئة التي يلقيها الاباء لأبنائهم ، إذ يعطي (بيك) لمدرجات الفرد كحالة وسط بين المثير والاستجابة الاهمية الاساس في تفسير السلوك الانساني (باترسون ، 1990 : 27-28).

اقترح (بيك) نموذجاً معرفياً للتشوهات المعرفية يتألف من اربع مستويات وهي :

المعتقدات المركزية : وهي معتقدات مغلفة وجامدة حول الذات والآخرين والمستقبل وتؤدي الى توقعات سلبية مؤثرة في استجابات الفرد الانفعالية للأحداث .

المعتقدات الوسيطة : تتكون من الاتجاهات والمواقف والقواعد والافتراضات .

المعتقدات المعرفية : تتمثل بالمعلومات والمفاهيم والصيغ الاساسية التي يكتسبها الفرد من خلال مراحل النمو المختلفة .



الافكار التلقائية : تعد هذه الافكار بمثابة افكار سلبية تؤثر بشكل سلبي على قدرة الفرد في مواجهة الاحداث الحياتية ، بالتالي تؤثر في قدرته على التوافق، ومن ثم الى حدوث ردود افعال سلوكية وانفعالية لا تناسب المواقف والاحداث ، إذ ان الفرد لا يكون واعياً بها كي يتمكن من تحديدها والتعامل معها (Beck&Beck,1995:44).

نظرية البرت الس:

الفكرة الاساسية لهذه النظرية تقوم على اساس ان هناك علاقة وثيقة بين الانفعال والتفكير ، كما لا يمكن فصل انفعالات الفرد عن طريقة تفكيره ، ومن ثم فالاضطراب الانفعالي يرجع الى طريقة التفكير اللاعقلاني للفرد ويمكن ان يتخلص الفرد من الاضطراب إذا تعلم ان ينمي التفكير العقلاني الى اقصى درجة ممكنة ويقلل من التفكير اللاعقلاني الى ادنى درجة ممكنة (الريحاني ، 1987: 77).

يرى (الس) ان المعتقدات اللاعقلانية لا يقتصر تأثيرها على انتاج مشاعر سلبية فقط ، بل يتجاوز ذلك ، إذ يؤدي الى حدوث اضطرابات سلوكية ، فالفرد هنا يكون لديه القناعة الكاملة بأنه يجب عليه يحقق اهدافا مثالية جدا او غير واقعية ، بالتالي يكون غير قادر على التعامل مع المواقف الحياتية المحيطة وهذا ما يشعره بالقلق او الغضب (الرزق ، 2012 : 337).

كما يرى (الس) ان الناس ينزعجون من الاشياء التي تحدث لهم وكذلك كيف ينظرون لها وكيف يشعرون بها وردود افعالهم (كوري، 2011: 355).

يرى (الس) ان نزعة الفرد للتفكير اللاعقلاني له اثر واضح على الاضطراب النفسي فهو ينظر الى التفكير اللاعقلاني بأنه يحدد بعوامل بيولوجية فطرية تتفاعل مع البيئة معتمدة على سهولة تفكير الانسان بشكل غير منطقي وعلى انتشار هذا النوع من التفكير حتى لدى الافراد الذين عاشوا حياتهم بطريقة عقلانية (Nelson,1996; 272).

نظرية ميكنوم :

انطلق ميكنوم من الفرضية القائلة ان الاشياء التي يقولها الاناس لأنفسهم تلعب دورا مهما في تحديد سلوكياتهم التي سوف يقومون بها ، وان السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الافراد بواسطة الابنية المعرفية المختلفة (بطرس ، 2008: 180).

ان الفكرة الاساسية لهذه النظرية هي ان يسلك الفرد سلوكه بحسب ما يفكر به (الدراجي ، 2002: 51). استنتج ميكنوم بأن التفكير والادراك والابنية المعرفية والسلوكية وحديث الفرد الداخلي مع نفسه وكيفية عزوه للأشياء جميعها تتدخل في عملية التعلم ولها دور كبير في التأثير على سلوك الفرد (السقا ، 2005: 75) ، ويقول ميكنوم ان ما اقصده بالبنية المعرفية هو ذلك الجانب التنظيمي من التفكير الذي يبدو انه يراقب ويوجه الطريقة والاختبار للأفكار

دراسات سابقة : تناولت التشوه المعرفي :

دراسة (Shook,2010) اشارت الى وجود علاقة بين التشوهات المعرفية والعوامل النفسية والسلوكية وبعض المتغيرات التي تشمل العادات الصحية السلبية والمؤشرات النفسية لدى هينة من الافراد متوسطي الوزن والافراد الذين يعانون من الزيادة في الوزن ، وقد اظهرت نتائج الدراسة ان هناك علاقة قوية بين التشوهات المعرفية والعوامل النفسية السلوكية التي تؤثر في الظروف الطبية .

دراسة (خالد ، السندي ، 2013) اشارت نتائج الدراسة الى وجود علاقة طردية بين التشوهات المعرفية والانبساط والانطواء لدى متعاطي المخدرات والمتعافين منه .

دراسة (ابتسام ، عبد الغني ، 2013) اظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة بين قلق الكلام والتشوهات المعرفية على اساس ان التشوه المعرفي عبارة عن افكار تلقائية مضطربة تؤدي بالفرد الى الوصول الى استنتاجات خاطئة في ادراك الموقف .

دراسة (نرمين ، محمد، 2019) اظهرت نتائجها الى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين التشوه المعرفي والحكمة الاختبارية لدى الفرد

نظريات ونماذج تناولت الالتزام بالسلوك الصحي:

اولاً - نظرية الادراك الاجتماعي



تعتمد هذه النظرية على مناقشة باندورا لعملية التعلم الاجتماعي، والتي تحاول تفسير السلوك والتنبؤ به باستخدام العديد من المفاهيم الرئيسية بما في ذلك الحوافز وتوقعات النتائج وتوقعات الفعالية داخل البيئة الاجتماعية (كلارك وبيكر، 1998). يقترح أنصار نظرية الإدراك الاجتماعي أن المريض لن يسعى بنشاط إلى التغيير أو السلوكيات الصحية الإيجابية إذا لم يكن بإمكانه أن يتوقع بشكل معقول أن يكون السلوك أو الفعل ناجحاً. وبالتالي، فإن مفهوم الفعالية الذاتية هو مفهوم مهم فيما يتعلق بالتغيير التنبؤي. التدخين هو سلوك صحي سلبي يوضح هذا المفهوم من حيث أن العديد من الناس يشعرون بالإحباط بعد محاولات فاشلة للإقلاع عن التدخين، مما يقلل بدوره من احتمالية المحاولات المستقبلية (Glanz, K., Lewis, F.M., & Rimer, B.K. 1990).

ثانياً- نظرية الدافع إلى الحماية:

التي طورها روجرز في عام 1975، والتي تعتمد أيضاً على المتغيرات الاجتماعية لفهم عدم الامتثال. ويسلط هذا النموذج الضوء على القيمة الإقناعية لاتصالات الخوف التي قد تؤدي جنباً إلى جنب مع الكفاءة الذاتية المدركة إلى إدراك وتحفيز آليات التأقلم واتخاذ القرارات للانخراط في سلوكيات تعزيز الصحة. ويأتي مثال مفيد من أبحاث دراسة الامتثال مع مرضى فيروس نقص المناعة البشرية. ففي الدول المتقدمة، كان يُعتقد في وقت ما أن الاتصالات الجماهيرية المقنعة المتعلقة بالوقاية والعلاج، جنباً إلى جنب مع الخوف من فيروس نقص المناعة البشرية، تساهم في زيادة استخدام الواقيات الذكرية في الفئات السكانية المعرضة للخطر وتحسين الامتثال للعلاج بين أولئك الذين تم تشخيصهم بالفعل (Catz, S. L., Kelly, J. A, Bogart, L. M., Benotsch, E. G., & McAuliffe, T. . (2000).

ثالثاً- نموذج الاعتقاد الصحي:

لقد حاول عدد من المنظرين فهم مشكلة عدم الالتزام من خلال تطوير نظريات ونماذج مختلفة. ومن أقدم هذه النظريات، وربما أكثرها استشهاداً، نموذج الاعتقاد الصحي (HBM) تم تطويره في أوائل الخمسينيات من القرن العشرين لتفسير فشل الناس في قبول وسائل الوقاية من الأمراض أو أدوات الفحص للكشف المبكر عن الأمراض التي تظهر أعراضها (كلارك وبيكر، 1998). يعتمد نموذج الاعتقاد الصحي على المبادئ التالية:

الاستعداد المتصور، أو الخطر المتصور للإصابة بحالة معينة.
الشدة المتصور، مشاعر المرء حول خطورة الإصابة بمرض معين.
الفوائد المتصور، اعتقاد المرء فيما يتعلق بالفوائد المتصور لفعالية الإجراءات المتخذة للحد من خطر المرض؛
الحواجز المتصور، أو الجوانب السلبية لتدخل صحي معين والتي قد تعمل كعائق أمام الامتثال للسلوك الموصى به.

الإشارات إلى العمل، وهي المحفزات التي تحفز عملية اتخاذ القرار (Clark, N. M. & Becker, M. (1998).

في الأساس، يقترح نموذج الاعتقاد الصحي أن الأفراد يكونون أكثر ميلاً للامتثال لتوصيات العلاج إذا اعتقدوا أن:

هناك تهديد لصحة الفرد.

أنه عرضة للعواقب السلبية.

لديه بعض السيطرة في تجنب العواقب الصحية السلبية.

لا توجد حواجز متصورة تحول دون أداء السلوك المطلوب

(Christensen, A I, Moran, P. J., & Weibe, I, 1999).

وتوسّعاً في نموذج الاعتقاد الصحي، ميز روزنستوك (1990) بين الدوافع الداخلية والخارجية للتغيير. وعلاوة على ذلك، يُنظر إلى الفعالية الذاتية على أنها مؤشر أقوى للتغيير السلوكي بين الأفراد الذين لديهم إدراك قوي للتهديد والاعتراف بفوائد الامتثال للإجراءات الصحية الموصى بها. إن



الأشخاص الذين يميلون إلى إنكار حالاتهم الطبية سيفشلون في تقييم شدة الموقف بشكل واقعي، الأمر الذي سيؤثر على استعدادهم للتغيير.

ثانياً - نموذج التنظيم الذاتي:

اقترح النموذج أن التنظيم الذاتي هو وظيفة لتمثيل التهديدات الصحية وأهداف التأقلم المستمر (تقليل الأعراض، والتوقعات الزمنية للتغيير) التي يحددها التمثيل، والإجراءات لتنظيم هذه الأهداف، وتقييم نتائج التأقلم. يُفترض أن الآلية المعرفية الأساسية تعمل على كل من المستوى الملموس (المخطط القائم على الأعراض) والمستوى المجرد (تسميات الأمراض)، وغالبًا ما ينخرط الأفراد في اختبارات متحيزة أثناء محاولتهم إنشاء تمثيل متماسك للتهديد الصحي. بعبارة أخرى، تستند تمثيلات المرضى للمرض إلى مكونات مميزة تحدد بدورها التأقلم. لذلك، سيكون لدى كل مريض أفكاره الخاصة حول هوية مرضه وسببه وتسلسله الزمني وعواقبه (Leventhal, Diefenbach, M., & Leventhal, E, 1992).

دراسات سابقة :

دراسة كرير وليفستيك (1996)

توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن العديد من العوامل يمكن أن تؤثر على الالتزام بنظام علاجي محدد، وقد وجد أن الالتزام بالعلاج يميل إلى الانخفاض في ظل ظروف معينة. وتشمل هذه وجود آثار جانبية، والفعالية المتصورة، ومدة استخدام الدواء، وتعقيد النظام، والتكلفة النسبية للأدوية. بالإضافة إلى ذلك، فإن التفاعل الضعيف (على سبيل المثال، التعليمات غير المكتملة / غير الكافية، وضعف التواصل) بين الطاقم الطبي و/أو الطبيب والمريض يمكن أن يؤدي إلى تعليمات طبية غير كافية، مما يؤدي بدوره إلى الفشل في فهم الآثار الجانبية أو سوء الفهم الآخر الذي يعزز عدم الالتزام، وتشمل العوامل الأخرى التي لها تأثير سلبي على الالتزام الافتقار إلى الدعم الاجتماعي، وتدهور الذاكرة، والخبرة السابقة، والوصمة الاجتماعية، واللامبالاة، والقضايا النفسية المصاحبة بما في ذلك الاكتئاب، والافتقار إلى الفوائد المتصورة، والافتقار إلى المحفزات المعززة.

دراسة ويلز (1997)

أشار إلى دور التشوهات المعرفية لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق المختلفة. كان قادرًا على تحديد أخطاء التفكير مثل التصنيف العقلية والتفكير الثنائي والتهويل والتخصيص مع معظم أشكال اضطرابات القلق (Wells, A., 1997).

دراسة سيجال وجرينشتاين (1998)

دراسة مجموعة من النساء المصابات بسرطان الثدي في مرحلة مبكرة، ووجدوا أن 17% من المريضات توقفن عن تناول الأدوية خلال فترة المتابعة التي استمرت عامين. ومن بينهن، توقف 68% عن تناول الأدوية خلال العام الأول. وخلص الباحثون إلى أن الطرق التي تدرك بها النساء المخاطر والفوائد المترتبة على العلاج كانت حاسمة للحفاظ على الالتزام، ولتوضيح ذلك من خلال مجموعة من مرضى زرع الأعضاء الذين يعانون من أمراض مزمنة، ووجدوا أن المرضى الأكثر ميلاً إلى الالتزام بأنظمة العلاج كانوا على يقين من أن أدويتهم لا ينبغي أن تتأخر أو تفويتها، وأن الدواء يستمر في الجسم لمدة تقل عن يوم واحد، وأن أعراضهم الجسدية تتداخل مع الأشياء التي يحتاجون إلى القيام بها. وعلى النقيض من ذلك، لم يعتقد المرضى الذين تم تحديدهم على أنهم "ملتزمون بشكل منخفض" أو "جزئيًا" أن الدواء ضروري، وأن الدواء يستمر في الجسم، وأنهم يرون أن أعراضهم الجسدية أخف من المرضى في مجموعة "الملتزمين" (Seigel, B., & Greenstein, S. M., 1998).

دراسة كريستن وموران وويب (1999)

من بين الدراسات التي تثير اهتمامًا خاصًا والتي فحصت المعتقدات الصحية غير العقلانية وعلاقتها بالممارسات الصحية والالتزام بالنظام الطبي. يصف منظرو الإدراك عادةً الإدراكات المشوهة بأنها تقييمات أو استنتاجات تعكس تحيزًا في معالجة المعلومات أو تتعارض مع بعض وجهات النظر المقبولة عمومًا للواقع، وقد أظهرت النتائج أن التفكير المشوه قد يؤدي إلى زيادة الإعاقة السلوكية أو الخلل الوظيفي بين الأفراد المصابين بأمراض جسدية، وكذلك في المزاج المضطرب. وعلى هذا النحو، هناك



احتمال أن يؤثر ميل مماثل للانخراط في التشويه المعرفي على السلوك المتعلق بالصحة. وأكدت النتائج من الدراسة هذه الفرضية. فقد وجدوا أن المعتقدات الصحية غير العقلانية كانت مرتبطة بقوة بالعاطفة السلبية ونمط أقل إيجابية لممارسات الصحة في كل من السكان الإكلينيكيين والأصحاء (Christensen, A I, Moran, P. J., & Weibe, I, 1999).

دراسة ديتوماسو ومارتن وكوفنات (2000)

حدد أهمية تحديد التشوهات المعرفية وعلاجها لدى المرضى في أزمة طبية حادة. وقد أثبتت الدراسة عددًا من المتغيرات النفسية والاجتماعية وغيرها من المتغيرات المرتبطة بالالتزام بالعلاج. وهذه المبادرة مدفوعة إلى حد كبير بالرعاية المدارة حيث سعى المهنيون والمسؤولون عن الرعاية الصحية إلى زيادة الالتزام وضمان الاستخدام السليم لخدمات الرعاية الصحية. كما ركز باحثون ومنظرون آخرون على ربط المتغيرات المرتبطة بالالتزام في كل متكامل من خلال تصور المشكلة من خلال عدسة نموذج نظري (DiTomaso, R. A, Martin, D. M., & Kovnat, K. D., 2000).

الاستنتاجات:

يجب على الفرد ان يتعلم كيف يعيد النظر في تفكيره وكيفية تحدي الاحاديث الخاطئة ويعيدها ويكررها في صورة اكثر منطقية كي يتم استبدالها بالاحاديث الاكثر منطقية لتحل محل الاخرى الخاطئة ، مما يجعل الفرد قادراً على القيام بالسلوكيات الصحية الايجابية والالتزام بها. يمكن التأثير في سلوكيات الفرد من خلال تعديل محتوى افكارهم أي (ما يقولونه لأنفسهم) ، لذا فإن هذه العملية المعرفية تسهم في اعادة تنظيم الحوار الداخلي لدى الفرد وكيفية تغييره من حوار سلبي الى حوار ايجابي ليتم تعديل السلوك في النهاية والالزام بالسلول الصحي الجيد . أن التفكير المشوه قد يؤدي إلى زيادة الاضطراب السلوكي أو الخلل الوظيفي بين الأفراد المصابين بأمراض جسدية، وكذلك في المزاج المضطرب. لذلك فالتأكيد على تعديل الافكار المشوهة اصبح ضروريا جدا من اجل خلق علاقة سوية بين الافراد للوقاية من الامراض الجسدية والنفسية . أن الافراد الأكثر صحة يخرطون في نمط من السلوكيات المرتبطة بالصحة والتي ترتبط بدرجة المخاطر الصحية لديهم بناءً على ذلك من المتوقع أن يرتبط خطر تعرض الفرد لضعف الصحة بشكل كبير بعدم الالتزام بالعلاج ، اما الافراد الذين لديهم أسلوب تفكير يتميز باستخدام التشوهات المعرفية يميلون إلى الانخراط في عدد أقل من السلوكيات المعززة للصحة، على العكس تماما من الافراد الذين يتميزون باستخدام افكار منطقية فهم يميلون الى الانخراط في عدد اكبر من السلوكيات المعززة للصحة وعلى هذا الاساس أن استخدام التشوهات المعرفية يؤثر على القرارات والسلوكيات المتعلقة بالصحة. يعد الالتزام فيما يتعلق بخطط العلاج مؤشراً حاسماً لفعالية التواصل بين المريض والطبيب، اي إن إنشاء تحالف سليم بين الطبيب والمريض له عدد من الفوائد الموثقة، بما في ذلك تحسين الامتثال للأدوية ورضا المريض، في حين يتم تسهيل كل من عملية اتخاذ القرار السريري والإفصاح عن المشاكل النفسية الاجتماعية.

المصادر العربية

- ابتسام ، كرم عبد النبي ، (2013): علاقة التشوه المعرفي بقلق الكلام لدى تلاميذ المرحلة الاعدادية (رسالة ماجستير) . كلية التربية ، الجامعة المنوفية .
- ابو اسعد ، احمد عبد اللطيف وعريبات ، احمد عبد الحليم (2009): نظريات الارشاد النفسي والتربوي ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان ، الاردن.
- باترسون ، س.هـ ، (1990): نظريات الارشاد والعلاج النفسي ، ج2، ترجمة حامد عبد العزيز الفقي ، دار القلم ، الكويت.
- بطرس ، بطرس حافظ ، (2008): المشكلات النفسية وعلاجها ، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان ، الاردن.
- خالد ، عبد العزيز ، السنيدي (2013) : التشوهات المعرفية وعلاقتها بسمة الانبساط والانطواء لدى متعاطي المخدرات والمتعافين منه ، (رسالة ماجستير). كلية الدراسات العليا ، جامعة نايف الامنية ، المملكة العربية السعودية .



- الدراجي ، حسن علي السيد ،(2002) : اثر برنامج ارشادي في تنمية السلوك الاجتماعي لدى طلبة المرحلة المتوسطة ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية التربية ، جامعة بغداد .
- الرزق ، احمد يحيى ، (2012): علم النفس (مدخل ذو معنى) ، زمزم ناشرون وموزعون ، عمان ، الاردن.
- الريحاني ، سليمان ،(1987): الافكار اللاعقلانية لدى طلبة الجامعة الاردنية وعلاقتها بالجنس والتخصصات في التفكير اللاعقلاني ، مجلة دراسات (العلوم التربوية) ، المجلد الرابع عشر ، العدد الخامس ، الجامعة الاردنية .
- سلامة ، ممدوحة محمد ، (1989): التشويه المعرفي لدى المكتئبين وغير المكتئبين ، مجلة علم النفس ، عدد (11).
- السقا ن صباح مصطفى فتحي ،(2005): فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض حدة اعراض الاكتئاب ، دراسة اكلينيكية ، شبه تجريبية ، اطروحة دكتوراه (غير منشورة)، قسم الصحة النفسية ، كلية التربية ،جامعة دمشق .
- عبدالله ، معتز سيد ، (1989): الاتجاهات التعصبية ، عالم المعرفة 137، المجلس الوطني للثقافة والفنون والاداب ، الكويت .
- الغامدي ، حامد بن احمد ضيف الله ،(2013): فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق ، ط1، دار الوفاء للطباعة والنشر ، الاسكندرية ، مصر .
- كوري ، جبرلاد ، (2011): النظرية والتطبيق في الارشاد والعلاج النفسي ، ترجمة ، د. سامح وديع الخفش ، ط1، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان ، الاردن.
- مليكة ، لويس كامل ، (1994): العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، ط1، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ، مصر .
- نرمين ، عوني محمد ، (2019): اليقظة العقلية والتشوهات المعرفية كمنبئين بالحكمة الاختبارية لدى طلاب كلية التربية ، جامعة الاسكندرية ، المجلة العلمية ، كلية التربية ، جامعة اسبوط 35(10) ، 1-60.

References

- Ara, E. (2016). Measuring Self-Debasing Cognitive Distortions in youth. *International Journal of Asian Social Science*, vol. 6, No. 12, Pp. 705- 712.
- Beck, A T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hober.
- Beak, A. Weismann, N. (1978). Development and validation of dysfunctional attitude scale: A preliminary Investigation. Paper presented at the annual meeting of the American educational research association (62nd, Canada, TO, March 27-3).
- Therapy: basics and beyond . New York: Gilford Press. Beck,(1995).Cognitive -
- Christensen, A I, Moran, P. J., & Weibe, I (1999). Assessment of irrational health -
- Catz, S. L., Kelly, J. A, Bogart, L. M., Benotsch, E. G., & McAuliffe, T. L. (2000). Patterns, -
- correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology*, 19(2), 124-133
- beliefs: Relation to health practices and medical regimen adherence. *HealthPsychology*,18(2), 169-176
- Clark, N. M. & Becker, M. H. (1998). *Theoretical models and strategies for improving -*
- adherence and disease management. In S. A Shumaker, E. B. Schron, IK. Ockene, &



- W. L.McBee. (Eds.). *The Handbook of Health Behavior Change* (2nd ed.). New York: Springer
- Creer, T. L., & Levsteck, D. (1996). *Medication compliance and asthma: Overlooking the- Trees because of the forest. Journal of Asthma*, 33(4),203-211
- Derubeis,& Beck,(1998): *Cognitive Therapy . Hand Book of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York :Guilford Press.-
- DiTomasso, R. A, Martin, D. M., & Kovnat, K. D. (2000). *Medical patients in crisis*. In -F. M. Dattilio & A Freeman (Eds.). *Cognitive-behavior strategies in crisis intervention*.New York: Guilford Press
- Glanz, K., Lewis, F.M., & Rimer, B.K. (1990). *Health behavior and health education:- Theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Leventhal, H. (1984). *Handbook of behavioral medicine*. New York: Guilford press.-
- Leventhal, Diefenbach, M., & Leventhal, E. (1992). *Illness cognition: Using common-*
- *sence to understand treatment adherence and affect cognition interactions. Cognitive Therapy and Research*,16(2), 143 -163.
- Nelson , (1996): *the theory of Counseling – London – British library Cataloging*.
- Rosenfield, B. (2004). *Relationship between Cognitive Distortions and Psychological Disorders across Diagnostic Axes*. Ph. D., Philadelphia College of Osteopathic Medicine college of Osteopathic Medicine
- Rosenstock,1. M. (1990). *The Health Belief Model: Explaining health behavior through -*
- *expectancies. Health Behavior and Health Education*, (pp. 41-59).
- Seigel, B., & Greenstein, S. M. (1998). *Differences between compliers and partial -*
- *compliers: A multicenter study. Transplantation Proceedings*, 30, 1310-1311
- Shook, C. (2010). *The Relationship between Cognitive Distortions and Psychological-*
- *and Behavioral Factors in a Sample of Individuals who are Average*
- *Weight,Overweight, and Obese. Philadelphia College of Osteopathic Medicine*
- Yurica, C. (2002). *Inventory of Cognitive Distortions: Validation of psychometric instrument for the measurement of Cognitive distortions*. Unpublished doctoral dissertation, Philadelphia.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A clinical practice manual and conceptual guide*. New Yorle Jo1m Wiley & Sons Ltd