



جامعة نزوى
كلية العلوم والآداب
قسم التربية والدراسات الانسانية

فعالية استراتيجية التنويم الايحائي 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 الاشراف

د . باسم محمد الدحادحه

مشرفاً رئيساً

د . محمود خالد جاسم الشمري

د . أمجد محمد هياجنه

2013

استمارة توقيع لجنة المناقشة بإجازة الرسالة

اسم الطالب: عيسى بن محمد بن سالم المنوري.

التخصص: الإرشاد النفسي.

العام الجامعي: 2013/2012.

- عنوان الرسالة : " فعالية استراتيجية التنويم الايحائي لدى عينة من الطلاب
الذين يعانون من الارق في سلطنة عمان " .

- تاريخ المناقشة : 27 ابريل 2013م.

توقيع لجنة المناقشة

اسم المناقش	التوقيع
أ.د. عبدالرزاق فاضل القيسي	
د. عواطف السامرائي	
د. عبدالحميد سعيد حسن	

إهداء

إلى روح أبي الطاهرة... أدعوا الله أن يتقبل هذه العمل صدقة جارية له إلى يوم القيامة.

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

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

إلى رفقاء دربي وأمل حياتيأبنائي وإخواني 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 اليه.

إلى كل محروم من نعمة النوم.

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

الباحث

الشكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة 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 الأوفياء لما ظهرت بهذا المظهر الحسن لذا كان لزاما على الباحث أن يشكرهم وهو قليل في حقهم.

فاتحة الشكر أهديها الى مشرفي ومعلمي الدكتور الفاضل باسم الدحادحه الذي ضحى بوقته الثمين في سبيل توضيح الطريق لي وتبيينه وتذليل كل صعب في سبيل إنجاح هذه الرسالة فله مني كل الشكر والتقدير والاحترام، كما أشكر الدكتور أمجد هياجنه والدكتور محمود خالد جاسم الشمري على مساعدتي ومؤازرتي في سير هذه الرسالة فإليهم أبعث كل الود والاحترام، وأشكر أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بمناقشة هذه الرسالة وتوضيح الصواب لي وجعل الرسالة أفضل بتوجيهاتهم الجلية.

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

الصعاب وإزالة العقبات حتى تتجح 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 عبدالرحمن بن مبارك النوفلي.

كما أشكر كل أخواني وزملائي ممن وقف بجانبني ومدني بكل مرجع أو معلومة تنفعني في الدراسة من قريب أو بعيد وأخص بالشكر الشيخ: خالد بن راشد المنوري، وأدعو الله أن يبارك في مسعاهم ويحقق لهم مبتغاهم، وأشكر كل يد بيضاء ساهمت في إنجاح هذه الدراسة ولو بدعوة 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 قدير وبالإجابة جدير.

الباحث

فهرس المحتويات

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

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	1- النوم
12	2- اضطرابات النوم
14	3- الأرق
23	4- التنويم الإيحائي
43	ثانياً: الدراسات السابقة
43	1- دراسات سابقة تناولت التنويم الإيحائي لعلاج الأرق
50	2- دراسات سابقة تناولت التنويم الإيحائي ومتغير آخر يؤدي إلى ظهور الأرق

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 المقترحات
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 والمتوقعة التي واجهت الباحث أثناء متابعة تطبيق الاستراتيجية وتطبيق الاختبار.	2
80	نتائج اختبار مان - وتني (Mann- Whitney) اللامعلمي بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي	3
81	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياسات القبليّة والبعدية والمتابعة لدى أفراد المجموعة التجريبية والضابطة.	4
84	نتائج اختبار مان - وتني (Mann- Whitney) اللامعلمي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياسات البعدية الثلاثة.	5
85	نتائج اختبار مان - وتني (Mann- Whitney) اللامعلمي بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في قياس المتابعة.	6
86	اختبار فريدمان (Friedman Test) للمجموعة الضابطة	7
87	اختبار ويلكوسون للمجموعة الضابطة	8
88	اختبار فريدمان (Friedman Test) للمجموعة التجريبية	9
89	اختبار ويلكوسون للمجموعة التجريبية.	10

قائمة الأشكال

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

قائمة الملاحق

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

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 الداحده

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى فاعلية استراتيجية التنويم الإيحائي لخفض الأرق لدى طلبة الصف الحادي عشر الذكور، تكون أفراد الدراسة من (20) طالبا 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 عشوائيا إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، 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 للتنويم بواقع جلسة في اليوم مدة كل الجلسة نصف ساعة تقريبا. تم إجراء القياس القبلي وإجراء القياس البعدي على ثلاث مرات، بواقع مقياس بعدي كل اسبوع، وقياس المتابعة الذي أجري بعد شهر من الاختبار البعدي 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 التنويم بالإيحاء.

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

الكلمات المفتاحية: التنويم 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 بِاللَّيْلِ وَالنَّهَارِ وَابْتِغَاؤُكُمْ مِنْ قُضُلِهِ¹**، ولا شك أن كل انسان بحاجة دائمة إلى النوم؛ لأنها من الحاجات الفسيولوجية الأساسية لبقاء الإنسان على قيد الحياة، وقد وضع العالم ابراهام ماسلو (Abraham Maslow) الحاجات الفسيولوجية في قاعدة هرمه للحاجات والدوافع الانسانية؛ لما لها من أهمية في حياة الانسان، فالنوم يمثل السلام والراحة ويوفر للإنسان عزلة جميلة بعيدة عن هموم الدنيا ومتاعبها الشاقة.

ويعرف النوم على انه "حالة فسيولوجية يفتقد فيها الفرد الاستجابة الشعورية لمثير أي انها حالة يتوقف فيها التفاعل الحسي الحركي مع البيئة المحيطة ويقل فيهما 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 للتوتر العضلي في حالة النوم العميق، وهو حالة وظيفية حيوية مهمة في استعادة النشاط، وحفظ الاتزان الداخلي اللازم لإمداد الجسم بالطاقة اللازمة لمواصلة القيام بعملية (الشربيني، 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

(¹) الروم، الآية 32

المعلومات وتقوية 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 معتدل المزاج مرتاح النفس نشط الجسم، مما يساعد على إنتاجه إذا كان عاملاً، وعلى الاستذكار إذا كان طالب علم. أما اضطراب النوم وقلة حصول الفرد على حاجته من النوم فإنه يؤدي إلى ضعف همته، وقلة طاقته الجسمية وشرود ذهنه، واضطراب مزاجه، وانخفاض إنتاجه، وسوء علاقته بالآخرين (عودة 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 يستثمر كل لحظة من نومة 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 وتخفيف أثره (السهل، 2001).

لذلك دعت الحاجة إلى أسلوب نفسي غير دوائي لعلاج للأرق ذو فعالية طويلة المدى، فكان استخدام أسلوب التنويم الإيحائي لتخفيف 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 الصفية، والغياب عن المدرسة، والشعور بالتعب، ونقص بالطاقة والحيوية، وصعوبة التركيز، والانفعال والغضب السريع، والطيش في التصرفات، هذا بالإضافة إلى عدم شعورة بالراحة في يومه الدراسي.

لذا كانت هناك حاجة ماسة إلى علاج الأرق لدى من يعانون منه، فلجأ البعض إلى استخدام العقاقير 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 يترددون على غرفة الصحة المدرسية، ومن هنا فقد برزت مشكلة الدراسة بهدف البحث عن الاساليب والاستراتيجيات الفعالة، والتي تساهم في التغلب على أعراض الأرق. ومن جهة أخرى فقد برزت مشكلة الدراسة بسبب قلة الدراسات التجريبية في هذا المجال والتحقق من مدى فاعلية الاساليب الارشادية في التعامل مع أعراض الأرق.

ومن هنا تأتي هذه الدراسة لتشكّل 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 التنويم الإيحائي. وسواء كان مفهوم التنويم الإيحائي مفهوما قديما قدم الإنسان نفسه، أو مفهوما

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

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

فرضيتا الدراسة:

تحاول هذه الدراسة الاجابة عن الفرضيتين الاتيتين :

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متوسط درجات الأرق تعزى لاستراتيجية التنويم الإيحائي، وذلك عند القياس البعدي الأول والبعدي الثاني والبعدي 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 التنويم الإيحائي، وذلك عند قياس المتابعة.

أهمية الدراسة:

تأتي الأهمية النظرية لهذه الدراسة من أجل البحث عن فعالية استخدام استراتيجية التنويم الإيحائي في خفض الأرق لدى عينة من طلاب المدارس، و مدى استمرار فعالية استراتيجية التنويم الإيحائي 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 التنويم الإيحائي - على حد علم الباحث و اطلاعه - مما يعطي أهمية كبيرة لهذه الدراسة. وقد تجلت أهمية هذه الدراسة في تطوير استراتيجية التنويم الإيحائي 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، وإضافة إلى المعلومات للتعرف إلى هذا النوع من المشكلات النفسية - الأرق - وعلى أدوات القياس المستخدمة فيه، والأساليب الإرشادية لعلاجها. 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 سلباً على نشاطهم الدراسي والتركيز الذهني أثناء الحصص، مما يقل من كفاءة التحصيل لديهم، وتخفيف أو علاج الأرق يساعدهم على التخلص من هذه الآثار السلبية. وتبرز الأهمية التطبيقية للدراسة في استكشاف أثر استخدام استراتيجية التنويم الإيحائي في خفض الأرق.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى استكشاف أثر استخدام استراتيجية التنويم الإيحائي 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 للتنويم الإيحائي لخفض الأرق.

3- اختبار أثر استراتيجية التنويم الإيحائي في خفض درجة الأرق وذلك على ثلاث قياسات بعدية.

4- اختبار مدى استمرار فاعلية هذه الاستراتيجية بعد فترة المتابعة.

محددات الدراسة:

تحدد نتائج الدراسة بالمحددات التالية والتي تقلل من إمكانية تعميمها:

1- المحددات الموضوعية: تم تطبيق الدراسة بعنوان فاعلية استراتيجية التنويم الإيحائي

لدى عينة من الطلاب الذين يعانون من الأرق في سلطنة عمان.

2- المحددات البشرية والزمانية والمكانية: اقتصرَت 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 تنحصر 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 الطلاب على المقياس.

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

6- وتحدد نتائج الدراسة الحالية بقلة عدد الأخصائيين النفسيين المؤهلين للحكم على برنامج استراتيجية التنويم الإيحائي مما استدعى 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 الانسان، وصعوبة الرجوع إلى النوم أي صعوبة النوم، أو الاستيقاظ بشكل متكرر خلال الليل. (السيد، 2007: 84). ويحدد الأرق إجرائياً لغايات هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها الطالب في مقياس الأرق (عامر، 2005).

2- التنويم الإيحائي: Hypnosis

يعرف التنويم الإيحائي على أنه حالة خاصة من حالات النوم النفسي العصبي، ويمكن للحالة التنويمية أو لعمق النوم أن يتدرج بدرجات مختلفة تتدرج من الطور شبه التنويمية، الذي يشبه النعاس مروراً بطور الجمدة، 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 (القلق و رضوان، 2012).

ويعرف الباحث التنويم 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 الأرق والتتويم الإيحائي لعلاج أو التخفيف منه في أماكن مختلفة وعديدة، وإظهار النتائج التي توصلت إليها الدراسات من أجل إثراء الدراسة الحالية.

أولاً: الإطار النظري:

1-النوم:

إن النوم ليس مجرد ركود وخمول، إنما هو مرحلة صيانة للجسم، واستعادة لما فقدت 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 (الداحه، 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 الاجتماعات 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 الأنما، وشيوع الهلوس والضلالات ، وتدهور 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 وحدة 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 اثناؤه (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 إيقاع 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 والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية: الأرق الأولي، والافراط في النوم الأولي، وغفوات أو نوبات النوم المفاجئة، واضطرابات النوم المرتبطة بعملية التنفس، والانهايار 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 الاضطرابات 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 بشي 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 كفايته من النوم، فتظهر عليه أعراض الإجهاد ومشاعر الحزن والتوتر، مما ينعكس سلباً على عطائه ونشاطه الدراسي (السهل، 2001).

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

كما يؤدي الأرق إلى النشاط الذهني الزائد مثل القلق والتفكير الزائد في المشكلة التي تعترض الفرد (Lichstein & Rosenthal, 1980). ولوحظ أن الأطفال الذين لديهم مشكلات في النوم يظهرون أعراضاً 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 كمسكلة صحية لدى طالبات 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 الإرشادية 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 كافى من النوم يتناسب 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 تناولت 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 الاستثارة أو اختلال الأداء الوظيفي خلال ساعات النهار (الدسوقي، 2006).

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

(3) عمق النوم. (4) فترات الانقطاع أثناء النوم. (5) المشي أثناء النوم كنتيجة لقلة النوم (الدحاده، 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 أعراض الأرق ففي الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات 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 توتراً 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 طبية 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 (الشربيني، 2000).

ويرى عكاشة (2000) أن الأرق غالباً ما يكون بسبب مرض نفسي أو عقلي أو صراع داخلي، أو يكون نتيجة اضطراب وجداني أو انشغال الفرد بأمور الحياة، وحينما يكون الأرق خفيفاً فإن تأمين المريض وطمأنته يكونان كافيين لراحته، 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 وبصاحب هذا الأرق استيقاظ متكرر، وفي هذه الحالة يعاني 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 الأرق الأولي **Primary Insomnia**.

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

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

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

مما 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 الجسدي والدورة الدموية الضعيفة، وانخفاض السكر في الدم، والإدمان على المخدرات، والتدخين، والقلق العصبي، والاكتئاب التفاعلي، وعصاب الوسواس 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 (الشرط، 2001).

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

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

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

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

ويعزو 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 الهستيرى. 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 بمفردهم 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
حاددة 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 دائماً، 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 حاجة ماسة إلى تقديم العديد من التفسيرات في محاولة لفهم وتفسير هذا السلوك والتنبؤ 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

تقترح هذه النظرية بأن الشخص الأرق يختبر العديد من التغيرات في العمليات الحيوية مثل زيادة في عدد ضربات القلب والتوتر العضلي وغير ذلك من أعراض جسمية تظهر وقت النوم أو قبله أو أثناءه مما يؤدي إلى حالة من عدم الراحة في الظروف الجسمية اللازمة لابتداء 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 الممثلة لنوعية النوم وكميته، وأكثر تحديداً 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، ويؤدي ذلك إلى زيادة الفترة اللازمة لابتداء 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 تقل قابلية الفرد للنوم (الشطرات، 2001).

3- نظرية ضبط المنبه : Stimulus- Control Theory

إن المظلة الرئيسية في هذه النظرية هي تأكيد على أن ابتداء النوم لدى الأشخاص طبيعي، والنوم يأتي من خلال إقران المنبهات المتواجدة في غرفة النوم بالنوم، وبالتالي يفقد السرير في غرفة النوم أهميته كمثير تمييزي 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 بالإحياء:

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 (الدحاده، 2010).

من جانب آخر يعتبر علم التنويم بالإيحاء من العلوم القوية التي تساعد الانسان 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 فرصه 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 التام، وفيها يتم برمجة العقل اللاواعي باستقبال رسائل إيجابية يطلقها المعالج عن طريق الإيحاء بالكلمات المناسبة، والتي تسمى بالافتراحات (الفقي، 2010).

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

والعقل الباطن يخزن 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 الواعي إلى الإدراك غير الواعي (اللاإرادي)، أي تحويل مجرى النبضات العصبية إلى الجهاز اللاإرادي، مما يسد الطريق تماماً على سريان النبضات العصبية التي

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

نستطيع القول بأن التنويم الإيحائي ليس نوماً، لأننا عندما ننام نكون غير واعين لما حولنا، ويكون عقلنا الواعي كامناً غير فعال. وخلال النوم لا يكون الفعل الواعي واللاواعي قادرين على التأثير بالإيحاء، أما في حالة التنويم 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 تنويم 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 يجيب أكثر أو أقل من ذلك.
- 4- خفض مستوى الانتباه، فالمثيرات البصرية والسمعية الموجودة في الخلفية يمكن أن تسمع أو أن ترى ولكنها ليست مهمة ويجب تجاهلها.

4-زيادة مستوى تقبل المنوم للتأثر بالمشيراء الأاربية؁ فإذا أأبراء المنوم بأنك تشعر بأقل شديد آاء في ذراعك اليمنى؁ فان عليه أن يشعر بذلك على واء الاءقية. وأن يستوعب ذلك النقل فعلا وعلى واء الاءقية.

أاريخ علم الأناوم بالإياء:

ظهر الأناوم الإيأائي مع ظهور الاءة الانسانية على واء الأرض وله آذوره العميقة في أاريخ الفكر البشري قبل أن يأول في السنوات الأخيرة إلى علم قائم بذاته؁ وله قواعد وأصوله. فقد عرفته البشرية ومارسته في مآلف العصور بأور وأشكال شأى (الأامري؁ 2000).

فقد مارسه المصريون القدماء ولقد عثر على نقش أثري يوناني يعول أاريخه إلى سنة 928 ق.م يظهر فيه شيرون الطبيب الذائع الصيت وقرأ وهو ينوم ألميذه أسكيلابيوس؁ وقد عثر على الكثير من المأطوطاء الفرعونية وفيها مشاهد عن أناس في أوضاع لا يمكن وصفها إلا بأالاء العشية الأناومية. وأيضاً الهنول والكلدانئون والبابلئون وانقل منهم إلى اليونان والرومان وغيرهم من الشعوب في المراحل الأاريخية المآلفة (الفقى؁ 2010).

وقد عرفت ظاهرة الأناوم الإيأائي Hypnosis في الباء بمصألأ Mesmerism نسبة إلى فرانس مسمر Franz Mesmer 1734-1815؁ الذي اعأأ بأن هذه الظاهرة أأضمن انقال أأثيراء مغناطيسية آيوانية animal magnetism؁ بءاً مسمر بعلاآ المرضى بأمرير مغناطيس على أأسامهم؁ أأ اسأألها بأمريراء passes من يديه على آسم المرض معأأاً أن "المغناطيسية الآيوانية" الموجودة في آسمه أأشط المائع المغناطيسي في آسم المرض الأى يكون المرض أأ أضعفها. أما مصألأ Hypnosis فهو أعبير يطلق على الظاهرة نفسها بعء أن نبأأ فكرة علاقتها بالمغناطيسية الآيوانية لذلك فإن أرامة مصألأ Hypnosis بـ "الأناوم

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

بعد ذلك جاء الطبيب الإنجليزي جيمس برايد 1795-1860، وكان معارضاً في الأصل للمسمرية، 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 أيضاً بالبرايديّة 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 monoeidism (وتعني تأثير الفكرة الواحدة) إلا أن الاسم الأصلي ظل عالقاً بالأذهان (إيسون، 2010).

وجاء الطبيب الفرنسي هيبوليت بيرنهايم 1843-1914 Hipolyte Bernheim الأستاذ في جامعة نانسي ليطلق عليها تسمية (الإيحاء) suggestion، إذ حدّد طبيعة الإيحاء بدقة، وعدّ أنّ الإيحاء اللفظي الغيري verbal hetero suggestion أي التأثير الانفعالي المكثّف من خلال الآخرين، هو مفتاح التنويم. ويعود الفضل لأعمال بيرنهايم في نشوء أول مدرسة للتنويم الإيحائي المعروفة بمدرسة نانسي للتنويم Hypnosis school of Nancy التي يرجع إليها فضل جعل التنويم طريقة رسمية في الشفاء ووضع البذور الأولى للعلاج النفسي المعياري (القللا و رضوان، 2012).

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

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

ولعل أهم نقطة تحول في تاريخ ممارسة التنويم قد جاءت عن طريق سيجموند 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 والمكبوتة من حياتنا العاطفية والتي يفضي بها المريض أثناء التنويم (الفقي، 2010). ويعتبر فرويد الأب الروحي للتنويم الإيحائي كأسلوب علاجي (الدحادحه، 2010).

وفي عام 1891 أعلن الدكتور تشارلز ليبون Charles Lippon من مدينة هارسفيلد أنه قلع عشرين سناً 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 للتأثر بالمغناطيسية الخارجية. ورغم أن هذه النظريات أسقطت التنويم المغناطيسي وجردته من معناه الأصلي، إلا أن الكلمة ظلت موجودة بعد أن لبست ثوباً جديداً هو (التنويم بالإيحاء) (الشهاوي، 1989).

وفي عام 1918 أثارت الحرب العالمية الأولى الاهتمام باستخدام التنويم الإيحاءى للأغراض العلاجية. وفي عام 1933 زاد الاهتمام بالتنويم بعد نشر كتاب التنويم الإيحاءى 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 التنويم الإيحاءى. ثم ظهرت بعد الحرب مؤلفات عديدة في مجال التنويم الإيحاءى السريرية والتجريبية. وفي عام 1948 تأسست في إنجلترا الجمعية البريطانية للتنويم الإيحاءى الطبي. وفي عام 1949 تأسست في الولايات المتحدة الجمعية الأمريكية لطب الأسنان النفسي Psycho-Somatic Dentistry. وفي عام 1953 تأسست في إنجلترا الجمعية البريطانية للتنويم الإيحاءى السني، وفي عام 1957 حصلت جمعية طب الأسنان في ولاية ميشغان في أمريكا على قرار من المدعي العام للولاية يقضي بشرعية استخدام التنويم الإيحاءى 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 التنويم الإيحاءى، ويعد مؤسس علم التنويم الإيحاءى الحديث. كان شخصية نابضة بالحياة وكان له تأثير كبير في التطبيق المعاصر للمعالجة بالتنويم الإيحاءى. 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. وبوسعه أيضاً أن يكون مفيداً في قطاعات أخرى من الممارسة والبحث) (الخامري، 2000).

تعريف التنويم الإيحائي:

بالنسبة لتعريف التنويم الإيحائي فقد تعدد التعريفات له، فعرفه الجوهري (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 حاله اللانوم في الوعي المتناقض أو المتبدل والتي تحدث في معظم الشعب الحيوانية نتيجة دوافع حاضرة ونسقية، ويمكن تمييزها عن النوم بوجود فصام متقلب، ووعي نسبي، أو قابلية للتأثر بالإيحاء، ويتم فيها الاتصال المباشر مع العقل اللاوعي في الانسان (ص18).

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

ويعرف النابلسي (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 للتنويم: هو حالة إحداث تنويم شبيهة بالنوم نتيجة إطفاء جذوة مقاومة الوعي بالإيحاء النفسي، وإيجاد مرحلة من انخفاض درجة الوعي نتيجة المؤثرات النفسية الرتبية 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 التنويم الإيحائي بأنه: 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 المتنوم.

أنواع التنويم الإيحائي:

إن التنويم الإيحائي ليس أن يقوم الشخص المنوم بتنويم شخص واحد وبشكل مباشر فقط، ولكنه يتميز إلى ثلاثة أنواع من التنويم 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 التنويم الإيحائي للشخص

المريض، وذلك بالتركيز على إشارات أو صوت المعالج أو إحياءاته للوصول إلى مرحلة ألفا 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، وغالباً ما يتم ذلك في جو من الهدوء والأضواء الخافتة، مصحوباً بموسيقى رتيبة وهادئة (الخامري، 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. (الداحه، 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 التنويم الإيحائي إلى أربع طرق وهي:

1- طريقة الاسترخاء Relaxation Technique:

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

2- طريقة تثبيت النظر في شيء Eye Fixation:

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

3- طريقة التحديق المباشر Direct Stare:

تشبه هذه الطريقة تثبيت النظر من حيث تثبيت نظر المفحوص على شيء ما-عينا المنوم مثلاً- وتوجيه إحياءات الاسترخاء والنقل والتعب إلى المفحوص. بيد أنها تختلف عنها بأنها طريقة إجبارية قاهرة. ومن الضروري أن يكون المعالج بارعاً في إبقاء عينيه مفتوحتين وهو يحدق 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:

يعد إريكسون Erickson أول من طبق هذه الطريقة، وتتم بالشكل الآتي: يطلب المنوم من المفحوص الجلوس على الكرسي (ويكون مريحاً يسمح بالاسترخاء عادة) وكفّاه على فخذه، ثم يطلب منه مراقبة يديه أو إحداهما ليلاحظ أشياء تحدث وهو مسترخ، فيشعر أن كلتا يديه أو إحداهما بدأت تصبح دافئة ومنتمة، وأن ثقلها يزداد أو أنها تضغط على فخذه، وبينما هو منهمك في ملاحظة إحدى هذه الأحاسيس 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 المنوم، 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 المدعم:

هذا النموذج يعتمد على إعطاء العميل إichاءات لفظية وخيالية مباشرة لتقوية الأنا ولتحسين الأداء في مجالات معينة من حياته. وغالباً ما يعتمد المعالج إلى توجيه العميل ليخلق صورة ذهنية خيالية مستقبلية يرى فيها نفسه وهو في الصورة التي يبتغيها ويعيشها بكل مشاعره ومدرّكاته الحسية كما لو كانت في الحقيقة. وتكرار العملية تنطبع في عقل العميل الباطني الذي سوف يحققه له مستقبلاً متمثلاً بتلك الصور الذهنية المرغوبة.

2- طريقة التنويم الإيحائي السلوكي:

مأخوذ من المدرسة السلوكية والتي تفترض أن سلوكنا غير المتوافق 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 التخيل مستغلا حواسه الخمس، ومن تلك طريقة التعريض في الخيال على الأشياء والأماكن التي يتخوف منها المريض كما يحدث عند مرضى 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 تفتقد الواقعية. فلذلك يعتمد المعالج على تحديد هذه الأفكار وإعادة تشكيلها بأسلوب إيجابي وواقعي ومن ثم تدريب المريض على إيقاف الأفكار السلبية لحظة حدوثها مع ترديد الأفكار الايجابية التي ينتج عنها شعور بالاطمئنان والراحة وتؤدي في النهاية لتغير كثير من السلوكيات والأفكار المحبطة أو السلبية. تستغل هذه الوسيلة في علاج الوسواس القهري 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 كبثها أو إخفائها داخلنا لنتجنب القلق والألم التي تحدثه إذا ظلت في وعينا. ولكن هذا الكبت لا يكون كاملا في كل الأوقات فينتج عن ذلك الأعراض النفسية الكثيرة التي نعانى منها.

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

ويفرغها من شحنتها العاطفية بذلك فقط ينتهي مفعولها بعد أن يتفهمها 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 ثلاث طرق وهي:

1- إعادة تربية المواقف بالاعتماد على الإقناع: وتستخدم هذه الطريقة على نطاق واسع

لدى أشخاص يعانون الوزن الزائد وفرط التدخين وغير ذلك.

2- التنفيس: وهو بعث الاضطراب ثم تفرغه. 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 (القلق و

رضوان، 2012).

خصائص القابلين للتنويم الإيحائي:

يتأثر كل إنسان طبيعياً بالإيحاء بيد أن هذا التأثير يعتمد على الحالة النفسية للفرد، وأن

العوامل المعوقة لتفاعل الإيحاء هي ما يجب التنبيه إليها وتحديدتها 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 رويحة (1987) فيرى أن الأفراد القابلين للتنويم ينتمون إلى النماذج التالية:

- 1- الأذكىاء 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 مروا بأحداث وخبرات غير سارة وينشدون السلوى منها.
 - 6- الذين يخفون في صدورهم أسراراً، ويريدون التخلص منها بالمصارحة أثناء التنويم.
 - 7- صغار السن والجنود.
- أما الجوهرى (1988) فيرى أن الناس جميعهم يمتلكون القابلية للتأثر بالإحاء بدرجات متفاوتة، وأنه يمكن لكل فرد تحسين قابليته للتنويم بالمران، بيد أن ثمة أناس أكثر تهيئاً للتنويم - كما يرى - يتميزون بـ:

- 1- تطرفهم في ميولهم، وكراهيتهم لأشياء من قبيل التطلع إلى المرأة بتقرز 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 ذوو 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 والنعيفة.

5- من ذوي الرغبة والدافعية للتنويم.

6- أن يكون عمرة 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 يرتبك.

4- أن يتحلى بالاتزان والعفة والالتزام الأخلاقي.

5- أن يكون منطقياً واضح التفكير.

6- أن يكون حاسماً واثقاً من نفسه.

7- أن يكون مركزاً على أمر واحد في الوقت الواحد.

8- أن يكون حسن المظهر والملبس والرائحة.

9- أن يصدر كلمة من الحلق ليكون بارزاً يعطيه صفاء ودقة في إخراج المقاطع، وذو جرس موسيقي، هادئ بعيداً عن الصراخ والفحيح، وأن يكون اللفظ واضحاً (الذي يمكن تحسينه بالتدريب).

ويرى المدني (1996) أن المنوم لابد أن تتوفر 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 التنويم.

7- صياغة الإيعازات برقة وثقة بالنفس.

8- الصبر والحزم.

9- عدم الخوف والوجل.

10- القدرة على إخراج الصوت برنة ودفئ 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 ثابتة 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 التنويم الإيحائي:

عند التحدث عن مجالات استخدام التنويم الإيحائي فإن أول ما يشد الانتباه هو كتاب غير مجرى حياتك مع التنويم 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 التنويم الإيحائي منها:

- 1- بلوغ مرحلة الصفاء والخيال، والحرية من حواجز العقل الواعي 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 الجسد على التكيف مع الآلام الطارئة.

7- التغلب على الغضب والعصبية.

واستخدم التنويم الإيحائي في البحث العلمي لفهم عقل الإنسان والتمييز بين السلوك السوي والسلوك الشاذ. واستخدم في الطب النفسي والعلاج النفسي للتخفيف من الإرهاق وتهدة 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 التنويم الإيحائي (القلا و رضوان، 2012).

ومن أكثر استخدامات التنويم 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 وتقوية الذاكرة، ولتحقيق الأهداف وبناء مستقبل إيجابي، ويستخدم للتخلص من آلام الولادة، ويستخدم أيضاً لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من مرض ينبيء بالموت (الفي، 2010).

ويؤكد الأفراد الذين خضعوا للتنويم جميعهم أنهم تحسّنوا بشكل دال معنوياً، مقارنةً بالأفراد الذين لم يتم علاجهم بالتنويم، مثل مرض ألم الأسنان العصبي، وعرق النساء، وألم القطن (أسفل الظهر)، وألم العنق والتوائها، والصداع، والشقيقة، والذبحة الصدرية، والسل، والتهاب الرئة، وذات الجنب، والتهاب الشعب الهوائية، والربو، وأمراض الجهاز الهضمي كالتهاب المعدة

وقرحتها، والاضطرابات المعوية كالإمساك والمغص والإسهال والتهاب الإثني عشر، ومرض الكبد المحتقن، وآفات الكلى، وداء المفاصل، وداء السكري والأمراض الجلدية، والإرهاق، وارتفاع ضغط الدم، والغلطة، 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 التنويم الإيحائي هو المجال العلاجي، إذ يُستخدم كعلاج مساعد، وليست 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 الإدماني وسلوك الطعام واضطرابات القلق واضطرابات السلوك والاضطرابات الجنسية الوظيفية وغيرها (القالا 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 الأقدم 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 وإطلاعه- 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 وآخرون (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 اسبوع جلسة، وقد استخدم أربعة مقاييس للأرق وهي: متوسط وقت الذهاب إلى النوم،

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

وقدم كوتشران (Cochrane,1989) تقريراً عن دراسة حالة تتعلق برجل أعمال ذو صفات عدوانية، مستقلة، وناجحة مالياً، ويعاني من الأرق الناتج من اضطراب القلق العام، وقد هدفت الدراسة إلى العلاج بالتنويم 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.

ويرى بيكر (Becker,1993) في دراسته لتقييم المرضى 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 بالتنويم الإيحائي لخفض الأرق ولمعرفة استمرار النفسية الفيزيولوجية وغيرها من التشخيصات لاضطرابات النوم، وقد استمر ثلاثة مرضى فقط من العينة وبشكل منتظم لدورتين للعلاج بالتنويم الإيحائي، ويقدمون تقريراً يومياً للعلاج لمدة نصف ساعة قبل النوم أثناء وجودهم في السرير، وقد أظهرت النتائج تحسن بشكل جيد جداً، واستمر هذا التحسن لما بعد فترة المتابعة.

وقام هواسام (Howsam, 1999) بإجراء دراسة بعنوان التنويم 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 إصابته إصابة شديدة في المستشفى وتسبب في حدوث اضطرابات نفسية لديه، وذلك باستخدام استراتيجية التنويم الإيحائي، وقد أظهرت النتائج فعالية التنويم الإيحائي للعلاج.

وفي دراسة أخرى قام بها ستانتون (Stanton, 1999) بعنوان التنويم 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) عاماً، والحالة الثانية وهو أيضاً ذكر وعمره (22) عاماً، أما الحالة الثالثة فهي أنثى وتبلغ من العمر (37) عاماً، وقد أدت الدراسة إلى نجاح هذه الاستراتيجية مع جميع الحالات الثلاث، وقد أوصى أنه 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 فعالية الأشرطة الصوتية المسجلة بها جلسات التنويم 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، تجرع 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 التنويم الإيحائي لم يتم توثيقه بشكل كامل كعلاج للأرق والتحقق من صحة ذلك تجريبياً، ودراسة كيفية التدخل في حالة التنويم هل تكون مفيدة لعلاج مشاكل النوم، حيث تكونت العينة من 21 منهم، 13 رجلاً و 8 نساء، وكانت أعمارهم تتراوح ما بين 13-47 سنة. كان 48% عازبون 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 عاماً. وذلك من خلال التشخيص في المقابلة الأولية، وقد أفاد 16 من الـ 21 أنهم لم يتناولوا أي دواء حالياً 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 التنويم الإيحائي يحتوي على أربع مراحل وهي:

- 1- يتم وضع المريض تحت التنويم الإيحائي عن طريق تقنيات الاسترخاء والتنفس.
 - 2- يجب أن يتخيل المريض أن يسير في درج يتكون من عشر خطوات. وقد ساعد ذلك على تعميق والتحقق من حالة التنويم.
 - 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 يوما، وقد أظهرت النتائج فعالية التنويم الإيحائي لعلاج الأرق.

كما قام كل من انبار وسلوثير (Anbar & Slothower, 2006) بدراسة بعنوان التنويم الإيحائي لعلاج الأرق للأطفال في سن المدرسة، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية التنويم الإيحائي لعلاج الأرق والكشف عن أسباب الأرق، وقد استخدم الباحث المنهج التجريبي، حيث تكونت عينة الدراسة من (84) طفلاً تم إخضاعهم لدورة في التنويم الإيحائي الذاتي على شكل دورتين: بعد الدورة الأولى عاد (75) طفل لاستكمال الدورة الثانية وكان متوسط أعمارهم 12 عاما (المدى، 7-17)، وأظهرت النتائج أن الأطفال الصغار أكثر عرضة للأرق المرتبط بالخوف، وأن (70) من المرضى يعانون من التأخر في بداية النوم لأكثر من 30 دقيقة، وأظهرت النتائج أن 90% وجدوا تحسن في بداية النوم، و (21) مريضا يعانون الاستيقاظ ليلا أكثر من مرة واحدة في الأسبوع وقد اظهرت 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 التنويم الإيحائي.

وأجرى أبراموويتز، وآخرون (Abramowitz, et al., 2008) دراسة لتقييم فوائد التنويم 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 التنويم الإيحائي والعلاج باستخدام مضادات الاكتئاب والعلاج النفسي الداعم، وتم استخدام منهج المقارنة في التصميم، وأظهرت النتائج أن هناك تأثير كبير للعلاج بالتنويم الإيحائي مع أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المتعلقة بالقتال والمعاناة من الأرق التي تقاس على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، وأيضاً أظهرت الدراسة الحفاظ على هذا الأثر للتنويم الإيحائي وذلك من خلال المتابعة لمدة شهر.

وأجرى تشان (Chan, 2008) دراسة حالة عن اضطراب ما بعد الصدمة والحزن المزمنة واستخدام التنويم الإيحائي كجزء لا يتجزأ من العلاج السلوكي المعرفي، وقد كان هدف دراسته علاج على رجل عمره (64) عاماً متزوج ولديه أطفال، ويشكو من أمراض الكلى 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 التقييم 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 الإرهاق البدني، وأصبح أكثر توتراً ويعاني اعتزال عن الآخرين مؤخراً بشكل عام، ويصاب بالحزن بسهولة عن عندما يتذكر هذه الذكريات

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

ب- 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 قادرا على الرجوع إلى النوم عندما يستيقظ طوال الليل، وقال ان هذا الوضع بداية لاجترار ذكرياته المؤلمة، بينما في الماضي كانت مخاوفه من العمل ذات صلة بالأرق.

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

وأجرى فاريل (Farrell, 2010) دراسة بعنوان جدوى وفعالية التدخل بالتنويم الإيحائي الذاتي المتاحة على شبكة الإنترنت للناجيات من السرطان اللاتي يعانين 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 عشوائيا من الناجيات من السرطان وعددهن ثمانية وعشرين اللاتي يعانن 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، وعموما أظهرت النتائج أن عدد صغير قد حصل على أثر العلاج بالتنويم الإيحائي الذاتي وقد حصلن على ارتياح في النوم و نقص 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 التنويم الإيحائي لعلاج الألم المزمن والأرق لدى كبار السن، وهي عبارة عن دراسة شبه تجريبية هدفها تقييم فعالية استراتيجية التنويم الإيحائي وهي عبارة عن جلسات للتنويم مسجلة بالصوت على أقراص مدمجة (CD) يتم الاستماع إليها لمدة 21 يوم وذلك لعلاج الألم المزمن والأرق في المجتمع للأشخاص البالغين والذين تتراوح أعمارهم بين 26-60 عاما فما 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 (تتراوح 0.22، حتى 0.41)، لجميع المتغيرات عدا الدخول في بداية النوم، وقد أظهر غالبية المشاركين (81%) بعض التحسن، وأظهرت النتائج: (أ) الاقتراحات للتنويم الإيحائي تظهر تحسن كبير في نوعية النوم (ع = 0.036)، (ب) الاقتراحات للتنويم الإيحائي تظهر تحسن في الدخول للنوم انخفضت بشكل ملحوظ وشدة الألم ($P = 0.026$)، وأظهرت نتائج المتابعة لمدة شهر بعدما واصل 86% من أفراد العينة للاستماع إلى الأقراص المدمجة للتنويم الإيحائي، واستمرت التحسينات لكل من المتغيرات المقررة في شهر واحد والمتابعة في: شدة الألم، وشدة الأرق، ونوعية الحياة، والنتائج تشير إلى أن التنويم الإيحائي عموما قد تكون فعالة لعلاج الألم والأرق لدى كبار السن.

أجرى تشان وآخرون (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 مرافق 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 التماثلية البصرية واستخدمت يوميات النوم لجمع البيانات، والتي تم تحليلها بالإحصاء الوصفي وتم حساب المعدلات بالتقدير المعمم (GEE) للقياسات المتكررة ، وأظهر المشاركون في المجموعة التجريبية نتائج متفوقة مع وجود اختلافات كبيرة في إجمالي الوقت للبقاء مستيقظا بعد بداية النوم، وكفاءة النوم، وانخفض 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 الألام والاثار النفسية لمرضى فقر الدم المنجلي باستخدام التنويم الإيحائي الذاتي، استنادا إلى مجموعة من الفئات المظهرية من أنماط الألم المزمن، كانت أهداف الدراسة السيكمترية لإدارة إجراءات في محاولة لتحديد أنماط الإحساس بالألم لدى مرضى فقر الدم المنجلي، واستخدم في هذه الدراسة المنهج التجريبي، 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 الطوارئ لانهم يعانون من أزمة مؤلمة، وتم تقسيمهم في فئات، والربط بين المعلومات التفصيلية المتعلقة بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي والعمر 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 اللاإرادية، وتخفيف الآلام، وظهرت النتائج أن آثار التدريب الذاتي بعد ملاحظة المرضى في غضون الأسبوعين 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 ساكتشيتي (Sacchetti,1982) بدراسة بعنوان آثار التدريب على التنويم الإيحائي الذاتي للتخلص من الإجهاد بين المصابين بنزف الدم (الهيموفيليا)، وذكر أن زيادة الإجهاد يعمل على تفاقم هذا المرض، وأن أعراض النزيف يبدو أنها تتفاقم بسبب الضغوط النفسية، ويعتبر الهيموفيليا 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 بالمواضيع المختلفة للضغوطات، وإدماج الحث الذاتي للتنويم الفردي بما في ذلك اقتراحات لتعميق الاسترخاء وتعزيز الأنا، 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 اسبوع وكل جلسة ما يقارب 75 دقيقة، وتم العلاج تحت رعاية مركز كارديزا (Cardeza) للهيموفيليا، وكانت

النتائج جيدة للتخلص من التوتر والإجهاد و الإرهاق والقلق واضطرابات النوم وبالتالي قللت من شدة النزيف.

وأجرى بيرجمان (Bergman, 1989) دراسة على ستة ذكور بعنوان وجهات نظر المعالج والعميل من التدخلات النفسية في العلاج النفسي بالتخيل باستخدام التنويم 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 ثلاث إلى ست دورات من العلاج النفسي الفردي، وقد استخدم المنهج التجريبي 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 التنويم 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 المتعلق بأهداف ومشاكل العملاء يسهم في تغيير طرائق التخيل الخاصة بهم.
- 5- عند استعراض ردود العملاء حول ما ساعد أو أعاق 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 لالتهاب المفاصل الروماتويدي (RA)، وهو اضطراب مزمن يشكو المريض من التهابات التي تتطوي على الألم، وتصلب وتورم في المفاصل التي يمكن أن تؤدي إلى إعاقة حركية، صعوبة في أداء المهام اليومية، والتشوه التدريجي. ومن الناحية النفسية تشمل التغيرات في صورة الجسم، والأدوار، والعلاقات والضغوط الحياتية مع المرض، وأنه لا يمكن التنبؤ بالشفاء، وقد اتخذ مؤخرًا علماء النفس دورًا 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، والاكتئاب، 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، والاكنتاب، والقلق، والكفاءة الذاتية لإدارة التهاب المفاصل وفي قياس المتابعة أيضا. وكانت النتائج توحى التفوق أكثر للتنويم 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 للتنويم الإيحائي.

وقام دينجس وآخرون (Dinges, et al.,1997) بدراسة بعنوان التدريب على التنويم الإيحائي الذاتي كعلاج إضافي لإدارة الألم الذي يصاحب مرض فقر الدم المنجلي، وتكونت عينة الدراسة من الأطفال والمراهقين، 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 التنويم الإيحائي الذاتي ونفذ على مدى 18 شهر، بدأت المجموعة حضور دورات التنويم الإيحائي الذاتي في يوم واحد في الأسبوع لمدة 6 الأشهر الأولى، ثم بعد ذلك أصبح كل أسبوعين ل 6 أشهر المقبلة، وأخيرا أصبحت مرة واحدة كل 3 أسابيع ل 6 أشهر المتبقية، وأشارت النتائج إلى ارتباط تدخل التنويم الإيحائي الذاتي مع الانخفاض الكبير في أيام الألم، ومن نسبة الليالي "سيئة النوم" التي كانوا يعانون من اضطرابات النوم فيها، وانخفض استخدام أدوية الألم بشكل ملحوظ خلال مرحلة العلاج بالتنويم الإيحائي الذاتي.

أما الدراسة الوحيدة التي تناولت التنويم الإيحائي في الوطن العربي - على حد علم الباحث وإطلاع - هي دراسة الخامري (2000) الذي قام بدراسة بعنوان أثر العلاج بالتنويم الإيحائي في الاضطرابات التحولية تألفت عينة البحث من (15) مريضاً بواقع (4) مرضى و(11) مريضة بأعمار (19-45)، اختيروا 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 بالتنويم 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 لدراسة اضطرابات النوم-موضوع الدراسة الحالية-، وقد اظهرت النتائج نجاح التنويم الإيحائي في علاج الاضطرابات التحولية.

وقام روكيدج و ساونديرس (Rucklidge & Saunders, 2002) بدراسة بعنوان فعالية التنويم الإيحائي في علاج الحكمة لدى عينة من الناس المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز)، والحكمة هي مصدر انزعاج وضيق في فئة كبيرة من المصابين بالإيدز، وكان هدف الدراسة هو الكشف عن فعالية التنويم الإيحائي في علاج الحكمة 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 الحكمة الناتجة لفيروس نقص المناعة البشرية، وأخضعوا جميعهم ل(6) جلسات للتنويم الإيحائي الذاتي، وقد أفاد جميع المرضى ال(3) أن هناك انخفاض كبير في شدة الحكمة اليومية ومدى

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

وأجرى إلكينس وآخرون (Elkins, Marcus, Palamara & Stearns, 2004) دراسة بعنوان هل يمكن الحد من الهبات الساخنة لدى الناجيات من سرطان الثدي باستخدام التنويم 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 الإصابة 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 التنويم الإيحائي في الحد من وتيرة وشدة الهبات الساخنة، وبما أن التنويم الإيحائي هو تدخل العقل والجسم التي قد تكون ذات فائدة كبيرة في علاج الهبات الساخنة وغيرها من الفوائد ويمكن أن تشمل انخفاض القلق وتحسن في النوم. علاوة على ذلك، قد يكون التنويم الإيحائي العلاج المفضل بسبب أن الآثار الجانبية له قليلة وتفضيله 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 ضائقة كبيرة بسبب الهبات الساخنة، وتم إخضاعها لجلسات التنويم الإيحائي، ومع ذلك لم يتم دراسة هذا التدخل على نحو كاف، وقد

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

وأجرى أنبار وسافيدوف (Anbar& Savedoff, 2005) دراسة حالة لعلاج طفل عمرة (16) عاماً بعنوان علاج الشراهة عند تناول الطعام باستخدام الكلمات التلقائية والتنويم 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، وآلام المعدة، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية استراتيجية التنويم 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 التنويم الإيحائي الذاتي. وبالتالي قد ساعد التنويم على تحقيق قرار من الامتناع عن الشراهة عند تناول الطعام عن طريق الكشف عن الأسباب الكامنة وراء الأعراض النفسية له، والتنويم الإيحائي الذاتي قد أعطاه أداة لتنفيذ التغيير المطلوب في سلوكه.

وقام جلوبيادي وآخرون (Golabadi, Taban, Yaghouhi& Gholamrezaei, 2012) بدراسة بعنوان العلاج بالتنويم الإيحائي في علاج الإدمان على الأفيون، الدراسة تهدف إلى تحديد أثر العلاج بالتنويم الإيحائي، بالإضافة إلى العلاج النفسي والاستشارات، على معدل الانتكاس 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 التنويم الإيحائي، ومجموعة

ضابطة مكونة من (11) فرد لم تخضع لذلك، ركز فريق البحث على الاقتراحات والإحياءات عند الاسترخاء العميق، والحد من أعراض الانسحاب، وتعزيز الأنا، 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 اللاإرادية، 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 أنماط الأمراض التي تصيب العصبونات الحركية والذي يُعد متقدماً ومُميّناً في بعض الحالات لتسببه بأمراض تنكسية عصبية ناتجة عن تلف العصبونات الحركية (الخلايا العصبية في الجهاز العصبي المركزي والمسؤولة عن التحكم في حركة العضلات الإرادية)، يتسبب هذا الاضطراب بضعف العضلات وضمورها في الجسم كافة نظراً لتأثر العصبونات الحركية العلوية والسفلية مما يُعطل عملية إرسال الإشارات العصبية

للعضلات وبالتالي عدم انقباضها، وتبدأ العضلات بالضعف تدريجياً مُسبباً الارتجاج الدائم الناتج عن ضعف التعصيب، 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 والتغيرات في الأعراض لدى المرضى، وكانت النتائج تحسن في الاكتئاب والقلق، ولوحظ سريريا وأكدته التحاليل السيكمترية على بيانات الاستبيان. وعلاوة على ذلك، انخفاض في الأعراض الجسدية مثل الألم، واضطرابات النوم، كما لوحظ تحسن في رفاية 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، انها أشارت إلى ما يلي :-

ندرة الدراسات العربية في مجال استخدام استراتيجيات 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., ؛ Kelly, 2011؛ Farrell, 2010؛ Chan, 2008؛ Abramowitz, et al., 2008
(2012).

من جانب آخر تناولت بعض الدراسات مشكلة الأرق كمتغير تابع يظهر بظهور المتغير
الأول الأساسي للدراسة كما في الخامري (2000) و (Mcelroy, 1979؛ Sacchetti, 1982؛ 1989؛
Rucklidge& Saunders, 2002؛ Dinges, et al., 1997؛ Shopland, 1995؛ Bergman,
Roland, et al., ؛ Golabadi, et al., 2012؛ Anbar& Savedoff, 2005؛ Elkins, et al., 2004
(2012).

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

وبشكل عام يلاحظ على نتائج الدراسات السابقة ما يلي:

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

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

Elkins, et al., 1997؛ Anbar& Savedoff, 2005)، وعلى كبار السن مثل دراسة

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

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

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

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

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

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

للتويم الإيحائي، اما باقي الدراسات فقد اختلفت مدة العلاج وفقا للحالات المبحوثة.

5- اما 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&

Saunders, 2002, Farrell, 2010 ، 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- اما من ناحية اداة الدراسة فمعظم الدراسات استخدمت الاستبانات منها مباشرة ومنها

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

الأرق وهي من إعداد الشطرات وتم تقنينها على البيئة العمانية.

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

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

1999؛ Stanton, 1999؛ Chan, 2008؛ Elkins, et al., 2004، واستخدمت دراسة

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

التجريبي وشبة التجريبي.، كما استخدمت هذه الدراسة المنهج التجريبي في تطبيق

الدراسة وهو أمر يعطي قوة في الطرح والتطبيق.

8- اما من ناحية النتائج فقد توصلت معظم الدراسات السابقة إلى فاعلية استراتيجية التنويم

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) طالبا 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 أعلاها، 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) طالبا من بين الطلاب الذين حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس الأرق، والذين تراوحت درجاتهم بين (50-66) فشكّلوا عينة الدراسة، علما 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 التنويم 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 قبلي و O2 = قياس بعدي الاول و O3 = قياس بعدي الثاني O4 = قياس بعدي 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، وتقسيه الفقرات (9، 13، 17، 20، 25).

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

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

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

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

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

تكونت كل فقرة من فقرات المقياس من ثلاثة بدائل، تمثل الإجابة عليها تدرجاً، 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 الشطرات بعرض المقياس على (25) محكماً مختصاً في العلوم النفسية والإرشاد النفسي، حيث تألف المقياس من (26) فقرة، وبعد أخذ ملاحظات واقتراحات المحكمين على فقرات المقياس، تم إجراء التعديلات المطلوبة واعادته إلى المحكمين الذين أجمعوا على ملاءمته لقياس ما وضع لقياسه. وبذلك أصبحت الصورة النهائية تتكون من (25) فقرة تمثل كل منها عرضاً من أعراض الأرق.

وقد اعتمد الشطرات 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 عليها في بناء المقياس وهي: (DSM-IV, ICD-10, ICD-NA).

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

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

وقد أظهرت نتائج تحليل التباين أن هؤلاء الأفراد يختلفون في الدرجة الكلية على المقياس عن المجموعة التي تم تشخيص أفرادها على أنهم يعانون من الأرق وفق معيار (DSM-IV). كذلك قام الشطرات باستخراج الثبات من خلال تطبيق الاختبار وإعادة تطبيقه على العينة نفسها بعد مضي (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 المقياس:

ولأغراض هذه الدراسة قام الباحث باحتساب معامل الاتساق الداخلي للمقياس لمجتمع الدراسة ككل (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 بالرساق، ومن جامعة العين، ومن الكلية التطبيقية بصحار، ومن جامعة صحار، والملحق (2) يبين المقياس في صورته الأولية، وملحق (3) يبين أسماء المحكمين .

وتم أخذ ملاحظات واقتراحات المحكمين على فقرات المقياس، 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 متميزة 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 إحصائياً لا يقل عن (0.20)، بين الفقرة والمقياس ككل، وقد كانت جميع الفقرات دالة إحصائياً، والملحق (5) يبين معاملات ارتباط بيرسون (Pearson) لفقرات المقياس بالدرجة الكلية للمقياس وبالمجال التي تندرج 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 ولمناسبته لعينة الدراسة الحالية قد قام الباحث في هذه الدراسة باعتماد هذا المقياس، وتم اعتماد (37) فقرة وحذف الفقرة رقم (1) وهي: أعاني 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 ومقياس 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 الفاء، على عينة مكونة من (150) طالبا في مجتمع الدراسة وخارج عينتها، حيث أظهرت النتائج أن معامل الثبات على مجالات مقياس الأرق، العلاقات مع الآخرين، العمل الجماعي، الاستغراق 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

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

		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**	الكلية

** عند مستوى دلالة $0.01 \geq \alpha$

كذلك تم إيجاد معامل الثبات بطريقة الإعادة، وذلك بتطبيق المقياس على عينة مكونة من (150) طالبا 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 بصورته 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 ثلاث اختيارات وهي: غالبا وتأخذ الرقم (3)، وأحيانا وتأخذ الرقم (2)، ونادرا 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 التدرج 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 أخذ 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، فكل من حصل على درجة (50) فما فوق يعتبر لديه أرق بدرجة عالية، وبالمقابل 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 موافقة ولي الأمر عليهم ملحق (5)؛ لكي يحصل الباحث على موافقة ولي امر الطالب، وقد تمت موافقة 20 طالب، أما 16 طالب لم يحصل الباحث على موافقة ولي 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

ثانيا: استراتيجية التنويم الإيحائي:

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

تنويم إيجابي 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 الى 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 التنويم الإيجابي والهدف منها.

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

4. تدريب المسترشدين على التنويم الإيجابي.

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 المثلى للاستماع الى القرص المضغوط (CD)، وقد تم تعريف المسترشدين بالمصطلحات الواردة في القرص المضغوط(CD)، مثل : العقل الواعي، العقل اللاواعي، الاسترخاء، انسياب وانسياق الأفكار، الافكار المؤلمة والسلبية والقلقة، الخيال والتخيل، المشاعر الايجابية والأفكار البناءة، شخص مثالي.؛ 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 استمارة متابعة الطالب.

مكونات استراتيجية التنويم الإيحائي:

تكونت الاستراتيجية في مجموعة من الجلسات بلغ عددها (21) جلسة، تم تطبيق الاستراتيجية في (21) يوماً متتالياً بداية من 2012/11/11 وإلى 2012/12/1 وبواقع جلسة واحدة في اليوم قبل النوم، يستمع المسترشد وبمفردة 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، وهي مهيأة للاستماع إلى القرص المضغوط (CD) الذي يحتوي 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 وتصيح 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 دخيلة 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 والمتوقعة 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 ايام الاجازات الرسمية (الخميس والجمعة) والإجازات المفاجئة.	متوقعة	متابعة الطلاب في اليوم التالي للإجازة .

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

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 بالرساق، ومن كلية العين للعلوم التطبيقية، ومن الكلية التطبيقية بصحار، ومن جامعة صحار ملحق (11).

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

إجراءات الدراسة:

بعد مناقشة خطة الدراسة بتاريخ: 2011/12/10 والموافقة 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، متمثلة 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 التأكد 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 اساتذة من جامعة نزوى وجامعة السلطان قابوس الكلية التطبيقية بالريستاق وجامعة صحار وجامعة العين، وتم الأخذ بجميع آرائهم ومقترحاتهم العلمية وأصبح جاهزا 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: 2012/9/22 وبعد أخذ النتائج تم اختيار عينة الدراسة والبالغ عددها (37) طالبا وهم من الطلبة الذين سجلوا أعلى الدرجات على مقياس الأرق

المطبق في هذه الدراسة، ثم تم إعطائهم رسالة إلى ولي الامر ملحق (7) لأخذ موافقته، وبعد ذلك تبقى من العينة (20) طالباً من الذين حصل الباحث على موافقة ولي امرهم على تطبيق الاستراتيجية لهم، ثم تم تقسيمهم إلى مجموعتين؛ مجموعة تجريبية وتتكون من (10) طلاب وهم الذين خضعوا للاستراتيجية، ومجموعة ضابطة وتكونت 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 تم أخذ 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. بعد أخذ 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 عرضاً لنتائج الدراسة من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياسات الثلاثة (القبلي، والبعدي (3,2,1)، 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) اللامعلمي الرتبي للكشف عن اثر المعالجة المتمثلة باستراتيجية التنويم الإيحائي لخفض الأرق، ولمعرفة الفروق ايضاً 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) اللامعلمي الرتبي، حيث الهدف من ذلك هو إلغاء اثر الدرجات المتطرفة من جانب ومن جانب آخر يستخدم هذا الاختبار عندما يكون حجم العينات اقل من (30) فرداً كون أن التوزيع في هذه الحالة يكون غير طبيعياً، ويظهر الجدول (3) نتائج ذلك:

جدول (3)

نتائج اختبار مان -وتني (Mann- Whitney) اللامعلمي بين المجموعتين التجريبية

والضابطة في القياس القبلي

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

تظهر نتائج الجدول (3) أن قيمة ز تساوي (0.53) وتدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي، حيث بلغ متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية (9.80)، أما متوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة فبلغ (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 والبعدي والمتابعة لدى أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الأرق

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

يتبين 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 يتبين 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 يتبين من الجدول استمرار الانخفاض في مستوى الأرق لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد المعالجة في الاسبوع 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 يتبين من الجدول استمرار الانخفاض في مستوى الأرق لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد المعالجة في الاسبوع 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 فرقا 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 البعدي، 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 التنويم الإيحائي وذلك عند القياس البعدي الأول والبعدي الثاني والبعدي الثالث).

تم استخدام اختبار مان- وتني (Mann- Whitney) اللامعلمي الرتبي، 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- وتني (Mann- Whitney) اللامعلمي بين المجموعة التجريبية

والمجموعة الضابطة في القياسات البعدية الثلاثة

القياس	المجموعة	عدد الأفراد	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة مان- وتني	قيمة ز	مستوى الدلالة
البعدي (1)	التجريبية	10	73.50	7.35	18.50	2.38	0.015 *
	الضابطة	10	136.50	13.65			
البعدي (2)	التجريبية	10	65.50	6.55	10.50	2.99	0.002 *
	الضابطة	10	144.50	14.45			
البعدي (3)	التجريبية	10	61.00	6.10	6.00	3.33	0.000 *
	الضابطة	10	149.00	14.90			

* دالة عند مستوى $(0.05 \geq \alpha)$

تظهر نتائج الجدول (5) أن قيمة ز تساوي (2.38، و2.99، و3.33) وجميعها تدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(0.05) \geq$ لصالح المجموعة التجريبية التي خضع أفرادها إلى استراتيجية التنويم الإيحائي، حيث بلغ متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية (7.35)، أما متوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة فبلغ (13.65) في القياس البعدي الأول، وبلغ متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية (6.55)، ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة فبلغ (14.45) في القياس البعدي الثاني، وبلغ متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية (6.10)، ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة فبلغ (14.90) في القياس البعدي 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 $\geq 0,05$) بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متوسط درجات الأرق تعزى لاستراتيجية التنويم الإيحائي وذلك عند قياس المتابعة).

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

جدول (6)

نتائج اختبار مان- وتني (Mann- Whitney) اللامعلمي بين أفراد المجموعة التجريبية

وأفراد المجموعة الضابطة في قياس المتابعة

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

* دالة عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$

أوضحت نتائج الجدول (6) أن قيمة ز تساوي (3.02) وتدل على وجود فروق دالة إحصائية 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 الإيحائي ويؤكد استمرارية فاعليته وصلاحيته.

اختبار فريدمان (Friedman Test) للمجموعة الضابطة:

وللمزيد من التأكد عن النتائج الواردة في اختبار مان- وتني (Mann- Whitney) اللامعلمي الرتبي، ولأن القياسات في هذه الدراسة اخذت اكثر من مرة، فقد تم استخدام اختبار فريدمان (Friedman Test) للقياسات المتكررة لنفس العينة Repeated Measure Design ففي الجدول (7) توضح نتائج اختبار فريدمان (Friedman Test) للمجموعة الضابطة التي لم يطبق عليها أي برنامج .

الجدول (7)

اختبار فريدمان (Friedman Test) للمجموعة الضابطة

الاختبار القبلي	الاختبار البعدي (1)	الاختبار البعدي (2)	الاختبار البعدي (3)	الاختبار المتابعة	
3.35	2.50	2.90	3.30	2.95	متوسط الرتب
2.032	N=10				قيمة اختبار فريدمان
4					درجة الحرية
0.730					مستوى الدلالة

أوضحت نتائج الجدول (7) الذي يظهر نتائج اختبار فريدمان (Friedman Test) لجميع اختبارات المجموعة الضابطة فيما بينها (القبلي، البعدي(1)، البعدي(2)، البعدي(3)، المتابعة) عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ 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.

وللتأكد من ذلك يتطلب إجراء اختبار آخر للفرق بين الاختبارات لتحديد أي هذه الاختبارات هو السبب في وجود الفرق وبإجراء الاختبار بين جميع الاختبارات (القبلي، البعدي(1)، البعدي(2)، البعدي(3)، المتابعة) باستخدام اختبار ويلكوكسون.

الجدول (8)

اختبار ويلكوكسون للمجموعة الضابطة

الاختبار القبلي - الاختبار القبلي - البعدي(1)	الاختبار القبلي - البعدي(2)	الاختبار القبلي - البعدي(3)	الاختبار القبلي - البعدي(3)	الاختبار القبلي - البعدي(3)
Z	-1.190 ^(a)	-1.126 ^(a)	-0.612 ^(a)	-0.561 ^(a)
مستوى الدلالة	0.234	0.260	0.540	0.575

a Based on positive ranks.

نلاحظ من الجدول (8) ان قيمة احصاء الاختبار لا اختبار ويلكوكسون بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي(1) هي $Z=-1.190$ وتدل على وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ ، ونلاحظ ان قيمة احصاء الاختبار لا اختبار ويلكوكسون بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي(2) هي $Z=-1.126$ وتدل على وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ ، ونلاحظ ان قيمة احصاء الاختبار لا اختبار ويلكوكسون بين الاختبار القبلي

والاختبار البعدي (3) هي $Z = -0.612$ وتدل على عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ ، ونلاحظ ان قيمة احصاء الاختبار لا يكوكسون بين الاختبار القبلي واختبار المتابعة هي $Z = -0.561$ وتدل على عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$.

نستنتج من ذلك ان الاختبار البعدي الاول والثاني يوجد بها فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ ، وان الاختبار البعدي الثالث والمتابعة لا يوجد بها فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ وهي التي سببت عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ في اختبار فريدمان.

اختبار فريدمان (Friedman Test) للمجموعة التجريبية:

وللمزيد من التأكد عن النتائج الواردة في اختبار مان وتني (Mann-Whitney) اللامعلمي الرتبي، يوضح الجدول رقم (9) توضح نتائج اختبار فريدمان (Friedman Test) للمجموعة التجريبية التي طبقت عليها الاستراتيجية.

الجدول (9)

اختبار فريدمان (Friedman Test) للمجموعة التجريبية

الاختبار القبلي	الاختبار البعدي (1)	الاختبار البعدي (2)	الاختبار البعدي (3)	الاختبار المتابعة	
4.65	3.30	2.35	2.30	2.40	متوسط الرتب
16.673	N=10				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 (القبلي، البعدي(1)، البعدي(2)، البعدي(3)، المتابعة) وجود فروق دالة إحصائية 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 التنويم الإيحائي.

وللتأكد من ذلك يتطلب إجراء اختبار آخر للفرق بين الاختبارات لتحديد أي هذه الاختبارات هو السبب في وجود الفرق وبإجراء الاختبار بين جميع الاختبارات (القبلي، البعدي(1)، البعدي(2)، البعدي(3)، المتابعة) باستخدام اختبار ويلكوكسون.

الجدول (10)

اختبار ويلكوكسون للمجموعة التجريبية

الاختبار القبلي - البعدي(1)	الاختبار القبلي - البعدي(2)	الاختبار القبلي - البعدي(3)	الاختبار القبلي - المتابعة	
-2.245 ^(a)	-2.805 ^(a)	-2.701 ^(a)	-2.666 ^(a)	Z
0.025	0.005	0.007	0.008	مستوى الدلالة

a Based on positive ranks.

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

البعدي(3) هي $Z = -2.701$ وتدل على وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ ، ونلاحظ ان قيمة احصاء الاختبار لاختبار ويلكوسون بين الاختبار القبلي واختبار المتابعة هي $Z = -2.666$ وتدل على وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$. نستنتج من ذلك ان جميع الاختبارات يوجد بها فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ ، وهي التي سببت وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ في اختبار فريدمان.

الفصل الخامس: مناقشة النتائج

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

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات والمقترحات

يتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة والتي أشارت إلى فاعلية استراتيجية التنويم الإيحائي 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 الفائدة المكتسبة من هذه الدراسة، وسوف تكون المناقشة على النحو التالي:

أكدت نتائج تحليل اختبار مان وتني (Mann-Whitney) اللامعلمي الرتبي التي أجري لمعرفة مدى تكافؤ المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الأرق انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في القياس القبلي عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ ، 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 يعانيان 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 وتني (Mann-Whitney) اللامعلمي الرتبي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي الأول عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ بين المجموعتين وهذا الفرق يعزى لصالح

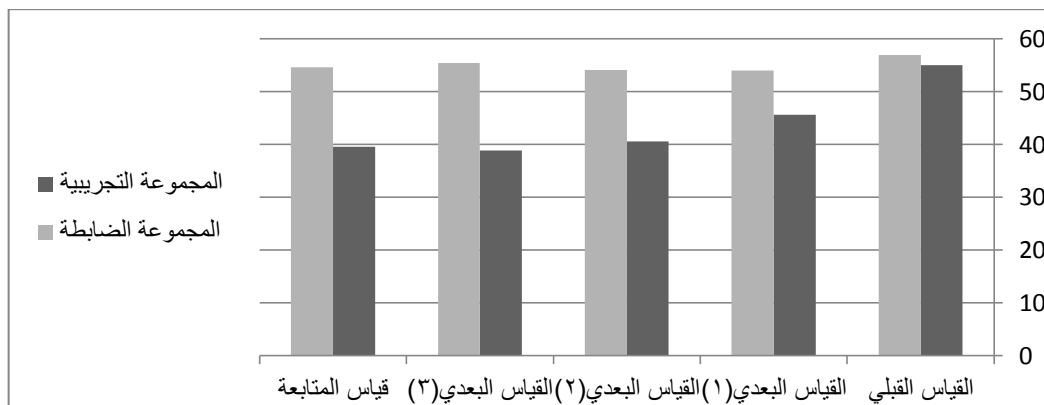
المجموعة التجريبية، ويعني ذلك أن أفراد المجموعة الضابطة أكثر أرقاً من أفراد المجموعة التجريبية من خلال المتوسطات التي أظهرتها النتائج، حيث بلغ متوسط أفراد المجموعة الضابطة (54.00) ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (45.60)، وأوضحت نتائج المقارنة بواسطة اختبار مان وتني (Mann-Whitney) اللامعلمي الرتبي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي الثاني عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ 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 - وتني (Mann-Whitney) اللامعلمي الرتبي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي الثالث عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.05)$ 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)، وأكد على ذلك نتائج اختبار فريدمان الذي أظهر أن جميع الاختبارات للمجموعة الضابطة لا يوجد بها فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة $\geq (0.025)$ ، أي أنهم لم يتغير لديهم مستوى الارق؛ وذلك لعدم تعرضهم لأي برنامج، وأيضاً أظهر اختبار ويلكوكسون للمجموعة الضابطة ما يؤكد صحة اختبار فريدمان حيث أظهر

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

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



شكل (1)

التمثيل البياني للمتوسطات الحسابية للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياسات الثلاثة

(القبلي والبُعدي والمتابعة)

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

الانخفاض على مدى القياسات الثلاثة، وان 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)، ان 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 ان 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 التنويم الإيحائي التي تحتوي على مجموعة من التمارين والمهارات والاستراتيجيات التي تساعد على خفض الأرق منها: تمارين الاسترخاء العضلي وتمارين التنفس وتمارين التأمل وتمارين التخيل ففي كثير من المقالات التي نشرها علماء النفس يرون أنه لا يمكن أن يجتمع الشي ونقيضه، فكيف يجتمع القلق -الذي قد يسبب الأرق- مع الاسترخاء العضلي؛ لأن الأرق عبارة عن توتر وشد في العضلات وقلق وتفكير في مواضيع 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، وإلى الأحياء التي قدمت له من قبل الباحث. وتتفق 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- ويتني (Mann- Whitney) اللامعلمي الرتبي 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 قليلاً حيث بلغ متوسط درجات أفرادها (39.60) ولكن هذا الارتفاع لم يؤثر إحصائياً على مستوى أفراد المجموعة التجريبية، ويؤكد 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 الى آخر، يضاف الى ذلك وجود بعض الأفراد المهتمين بتطبيق جميع مهارات وتمارين 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، وتمارين 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 منخفضا ومستقرا في الانخفاض، أما المجموعة الضابطة لم تتأثر بأي عوامل دخيلة تساعد 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 متكاملة 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 الطلاب على كيفية عمل تمارينات الاسترخاء العضلي، والاسترخاء التخيلي، والتنفس، والتأمل، والمنبثقة من نظريات الإرشاد النفسي، وإلى الإحياءات التي قدمت له من قبل الباحث.

وربما يكون للتمارين 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 وآخرون (Anderson, et al, 1979)، ودراسة هواسام (Howsam, 1999)، ودراسة ستانتون (Stanton, 1999)، ودراسة بيردنت وأوت (Berdnt, & Ott, 2000) ، وانبار وسلوثير (Anbar& Slothower, 2006)، ودراسة أبراموويتز، وآخرون (Abramowitz, et al., 2008)، ودراسة تشان (Chan, 2008)، ودراسة فاريل (Farrell, 2010)، ودراسة كيللي (Kelly, 2011)، ودراسة تشان وآخرون (Chen, et al., 2012).

التوصيات والمقترحات:

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 والنفسيين على مهارة واستراتيجية التنويم 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 التنويم 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 والقران. جدة: دار المنارة للنشر والتوزيع.

بليفر، غاي ليون (1990). التداوي بالتنويم المغناطيسي. ترجمة. عيسى سمعان، دمشق: دار الحوار للنشر والتوزيع.

جهشان، جميل (1983). أضواء على خفايا التنويم. بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.

الجهوري، عبد الحميد (1988). الشفاء بالتنويم المغناطيسي والطاقة الروحية. بيروت: الشركة العالمية للكتاب.

الحراصي، أحمد حمدان (2011). مستويات القلق وعلاقتها بالخاوف الاجتماعية لدى عينة من المراهقين ببعض مدارس المنطقة الداخلية بسلطنة عمان. (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة نزوى، سلطنة عمان.

الحنفي، عبد المنعم (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 ماجستير 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 للاضطرابات التحولية. (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة بغداد، العراق.

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

الدحادحه، 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: الراية للنشر والتوزيع.

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

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

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

السهل، راشد علي (2001). فعالية الارشاد (السلوكي الجمعي - الديني) في خفض مشكلة الأرق لدى طلبة جامعة الكويت. المجلة التربوية، 16 (61)، 71-31.

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

<http://uqu.edu.sa/page/ar/86933> ، الدخول: 2012/8/5 الساعة 9:34

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

الشربيني، لطفي (2000). اضطرابات النوم كيف تحدث وما هو العلاج. القاهرة: مؤسسة دار الشعب للطباعة والنشر.

شريف، نادية وعودة، محمد (1986). مشكلات الطالب الجامعي وحاجاته الإرشادية دراسة ميدانية في جامعة الكويت. الكويت: مؤسسة دار الأرقم.

الشرطرات، 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)، 9-88.

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، عويدات 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.

عكاشة، 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 واضطراباتاه*. الاسكندرية: المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع.

الفاقي، إبراهيم (2010). *علم التنويم بالإيحاء*. القاهرة: مؤسسة بداية للإنتاج والنشر والتوزيع.

القلا، فخر الدين و رضوان، سامر (2012). *الموسوعة العربية*: http://www.arab-ency.com/index.php?module=pnEncyclopedia&func=display_term&id=

4320&m=1 ، الدخول: 2012/8/5 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.

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

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

- 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., & Basker, M. A. (1979). Insomnia and hypnotherapy. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 72, 734-739. Retrieved from: <http://irsm.rsmiomaJs.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-onset 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. *Annals 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>.

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>.

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 القلبي والبعدى 1+2+3 والمتابعة

المقياس	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة
القياس القلبي	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
القياس البعدى (1)	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
	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
	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 الايحائي لدى عينة من الطلاب الذين

يعانون من الارق في سلطنة عمان

يقوم الباحث بدراسة تجريبية بعنوان " فعالية استراتيجية التنويم الايحائي 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 ثلاثي

حسب مقياس ليكرت وهي(نادرا، احيانا، غالبا) تعطى الدرجات (1,2,3) على الترتيب لل فقرات

الإيجابية وعكسها لل فقرات 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.

وتفضلوا 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

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

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

ملحق (3)

اسماء المحكمين على المقياس والاستراتيجية (بالترتيب الأبجدي)

م	اسم المحكم	المؤهل	التخصص	مكان العمل
3	د/ أحمد حسن	دكتوراه	تربية 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 بالمرستاق
8	د/ سمير دقماق	دكتوراه	تربية خاصة	جامعة العين
5	د/ عائشة حسين البلوشي	دكتوراه	علم نفس تربوي	كلية العلوم التطبيقية بصحار
2	د/ عائشة عجوة	دكتوراه	الإرشاد النفسي	جامعة السلطان قابوس
1	د/ عبدالفتاح خواجه	دكتوراه	الإرشاد النفسي	جامعة السلطان قابوس
7	د/ فاطمة محمد عبدالوهاب	دكتوراه	المناهج وطرق التدريس	كلية العلوم التطبيقية بالمرستاق
9	د/ نزيه الشرعي	دكتوراه	علم نفس نمو	جامعة العين
10	د/ ياسين المقطري	دكتوراه	مناهج وتكنولوجيا التعليم	جامعة العين

ملحق (4)

مقياس الأرق بصورته النهائية

بسم الله الرحمن الرحيم

الاسم:

الصف:

أخي الطالب:

يحتوي هذا المقياس على جمل تحتوي على جمل وضعت لقياس الأرق، حدد لكل منها ثلاث بدائل، نرجو منك اختيار البديل المناسب، الذي يمثل حالتك خلال الشهر الماضي أفضل تمثيل، ليس هناك اجابة خاطئة أو اجابة صحيحة ولكن اختر 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 ثلاث 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 تضع وقتاً طويلاً في الإجابة ولكن أشر إلى الجواب الذي يبدو لك انه يمثل حالتك أحسن تمثيل.

تذكر: اختر الخيار الذي يمثل حالتك خلال الشهر الماضي.

م	الفقرات	نادرا	احيانا	غالبا
1	احتاج الى 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 ثلاث مرات أو أكثر خلال معظم أسابيع الشهر الماضي.			
9	حاجتي للنوم تجعلني متوترا وتسبب لي مشكلات مع اسرتي ومع الآخرين.			
10	عندما أستيقظ بعد فترة قصيرة من نومي أجد صعوبة في العودة الى 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 للآخرين النشاطات المهمة بالنسبة لي في النهار.			
14	لم تكن ليالي الشهر الماضي مريحة، لكثرة ما واجهت من صعوبات في النوم.			

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

ملحق (5)

معاملات ارتباط بيرسون (Pearson) لفقرات المقياس بالدرجة الكلية للمقياس وبالمجال التي تدرج تحته

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

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

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 ثلاث بدائل، نرجو منك اختيار البديل المناسب، الذي يمثل حالتك خلال الشهر الماضي أفضل تمثيل، ليس هناك اجابة خاطئة أو اجابة صحيحة ولكن اختر 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 ثلاث 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 تضع وقتاً طويلاً في الإجابة ولكن أشر إلى الجواب الذي يبدو لك أنه يمثل حالتك أحسن تمثيل.

تذكر: أختَر الخيار الذي يمثل حالتك خلال الشهر الماضي.

الرقم	الفقرة	نادراً	أحياناً	غالباً
1	أشعر بأن وجهي شاحب.			
2	أفقد أعصابي بسهولة ولأسباب تافهة.			
3	أشعر بفقدان الثقة بالنفس.			
4	أعاني من التوتر الأعصاب.			
5	ينتابني شعور بالضيق.			
6	أنا شخص متردد.			
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 الألم في الرقبة.			
13	يдаي ترتعشان.			
14	تضطرب قدرتي على الكلام في بعض المواقف.			

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

			يلازمني شعور بعدم الارتياح.	35
			أعاني من صعوبة التعامل مع الأشياء أو المواقف الغامضة.	36
			أشعر بضعف صوتي عند التحدث مع الآخرين.	37

ملحق (7)

استمارة موافقة ولي الامر

الفاضل ولي أمر الطالب/

المحترم.

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 التنويم الإيحائي لدى عينة من الطلاب الذين يعانون من الارق 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 التنويم بالإيحاء التي تعمل على الوصول إلى إحدى مراحل النوم الطبيعية التي تحدث لكل إنسان، وهي حالة (ألفا) التي تسبق 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 بالاقتراعات، وذلك عبر جلسات يومية سوف يستمع اليها الطالب في البيت كل يوم قبل النوم بنصف ساعة لمدة (21) يوم وهي جلسات مسجلة على قرص مضغوط (CD)، لكي تساعد على إيجاد نوم مريح وهادئ، لذا نرجو منكم التكرم بالموافقة على ذلك للأهمية ولصالح أبنائنا الطلبة، ولكم جزيل الشكر.

توقيع ولي 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 بنفسي اسمي عيسى المنوري.

اشكرك جزيل الشكر على سماعك لهذه الجلسة التي ستساعدك للتخلص من الارق وتتعلم 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 ابدأ 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 فالأذن وليس عبر السماعات الخارجية للمسجل. والان اتركك لتستمتع بجلسة التنويم:

بسم الله الرحمن الرحيم

عزيزي المستمع اشكرك على اتاحة هذه الفرصة لنفسك لكي تستمتع بجلسة التنويم هذه فانت تستحق كل خير وتستحق ان تتعلم بلحظات قصيرة من الاسترخاء المريح والمفيد جدا ربما تحب ان تنتهي للاسترخاء الان فاختر 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 .

الان اريدك ان تركز انتباهك على نقطة معينة في سقف الغرفة ركز عليها جيدا.. ركز اكثر واكثر واكثر.. الان تشعر ان عيونك بدأت بالتعب.. وتشعر ان جفونك تريد ان تتغلق على عيونك.. دعها تتغلق وأغمض عينك بهدوء واسترخاء..

الان اريدك ان تركز انتباهك على تنفسك شهيق..... زفير....مريح وهادى.. ممتاز

بعد قليل ساعد 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 التنويم المريح .

الآن سوف نرقي جميع عضلات جسمك.. الآن ارید منك ان تركز انتباهك الى عضلات قدمك اليسرى.. ركز على عضلات قدمك اليسرى.. ممتاز...الآن ارقي عضلات قدمك اليسرى..ارخها كلها..ارخها تماما.. ممتاز... الآن ارید منك ان تركز انتباهك الى عضلات قدمك اليمنى.. ركز على عضلات قدمك اليمنى.. ممتاز...الآن ارقي عضلات قدمك اليمنى..ارخها كلها..ارخها تماما.. ممتاز..

الآن ركز على عضلات ساقك اليسرى ركز...على عضلات ساقك اليسرى.. ارقي عضلات ساقك اليسرى..ارخها لا قصى درجة.. الآن ركز على عضلات ساقك اليمنى ركز...على عضلات ساقك اليمنى.. ارقي عضلات ساقك اليمنى..ارخها لا قصى درجة.. ركز الآن على العضلات المحيطة بركبتك اليسرى.. ركز على العضلات المحيطة بركبتك اليسرى..اشعر بالاسترخاء يسري فيها.. استرخاء مريح جدا .. ممتاز. ركز الآن على العضلات المحيطة بركبتك اليمنى.. ركز على العضلات المحيطة بركبتك اليمنى..اشعر بالاسترخاء يسري فيها.. استرخاء مريح جدا .. ممتاز.

ركز على عضلات فخذك الایسر..عضلات فخذك الایسر الآن ترتخي.. ترتخي تماما.. ركز على عضلات فخذك الایمن..عضلات فخذك الایمن الآن ترتخي.. ترتخي تماما.. ركز على عضلات حوضك.. تشعر بها الآن ترتخي، و ترتخي، و ترتخي تماما.. فانت تلاحظ وتشعر بان كل عضلات نصفك السفلي مرتخية .مرتخية تماما..مرتاحة جدا ..ممتاز

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

ركز على عضلات صدرك.. ارقي عضلات صدرك..

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

ارخي عضلات ظهرك العلوية ..وتشعر بالارتخاء المريح في كل عضلة من عضلات ظهرك
..اكثر ارتخاءا.. ممتاز

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

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

ركز على عضلات عضديك وساعديك ویديك اليسرى .. تشعر بالارتخاء يسري فيها بهدوء...
وكل خلية فيها مرتخية جدا ..

ركز على عضلات عضديك وساعديك ویديك الیمنى .. تشعر بالارتخاء يسري فيها بهدوء...
وكل خلية فيها مرتخية جدا ..

الان 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 ارتخاء "مريحا جدا.. ممتاز .

ركز على عضلات وجهك... ارخي عضلات وجهك كلها ..ارخي عضلات خديك ..ارخي
عضلات شفتيك وعضلات عينيك ..وجبينك ..وتشعر بالارتخاء في عضلات فكك السفلي
..ممتاز ..كل عضلات وجهك مرتخية جدا الان ..كل خلية كل خلية من خلايا جسمك مرتخية
تماما ..ارتخاء مريح وممتع ..وعندها تشعر كذلك بان هذا الارتخاء المريح بدأ يسري في
اعضاءك الداخلية بهدوء ..وراحة ..ممتاز

انت تتصت بعقلك اللاواعي بينما عقلك الواعي هناك بعيدا وغير منصت عقلك الواعي هناك بعيدا وغير منصت، عقلك اللاواعي مستيقظ وينصت ويسمع كل شيء اقله انا فقط بينما عقلك الواعي يضل مسترخيا تماما ومرتاح جدا تستطيع ان تسترخي بأمان لان عقلك اللاواعي هو المسؤول وعندما يحصل هذا تترك عقلك اللاواعي يقوم بكل الانصات.. عقلك اللاواعي يعرف ولان عقلك اللاواعي يعرف فان عقلك الواعي لا يحتاج الى ان يعرف ويستطيع البقاء في حالة الاسترخاء والتتويم المريح..بينما عقلك اللاواعي يبقى مستيقظا تماما لديك الكثير من الطاقة الكامنة في عقلك اللاواعي وهذا يفنقه عقلك الواعي انت تستطيع ان تتذكر كل شيء حدث بعقلك اللاواعي ولكنك لا تستطيع تذكر كل شيء بعقلك الواعي يمكنك ان تنسى بسهولة وبنسيانك لأشياء معينة فانك تستطيع تذكر اشياء اخرى تذكر ما تحتاج تذكرة ونسيان ما تستطيع نسيانه وليس مهما اذا نسيت انت لا تحتاج ان تتذكر كل شيء.. عقلك اللاواعي يتذكر اي شيء تحتاج معرفته وانت تستطيع ان تترك عقلك اللاواعي ينصت ويتذكر. بينما عقلك الواعي ينام وينسى.. فقط انصت بعقلك اللاواعي .وعندما تتصت بانتباه كبير جدا لصوتي فقط .ستلغي جميع الاصوات الاخرى من انتباهك.. وبينما انت تستمر بالانصات لي بعقلك اللاواعي.. فان عقلك الواعي ينام .وينام .اعمق .واعمق .واعمق .واعمق . اترك عقلك الواعي في نومة العميق .واترك عقلك اللاواعي يستمع لي فقط .واي اصوات اخرى تسمعها غير صوتي .فإنها ستزيد من عمق استرخاء عقلك الواعي .وستزيد من تركيزك على صوتي انا فقط ...

في لحظات سأطلب منك ان تسترخي تماما.. وبعد لحظه سابدأ 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 تسعة 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 تتخيلها.. في اللحظة التي أقول فيها واحد سوف تستلقي بهدوء
على هذا السرير وترى راسك مستمتعا على هذه المخدة المريحة ..

الرقم عشر العينان مغلقتان وانت امام الدرج عشرة تسعة..... تسترخي اكثر... وترتاح
اكتر....واكتر...واكتر.....ثمانية...تغوص عميق في الاسترخاء المريح واعمق سبعة
..... ستة....تذهب عميقا جدا في الاسترخاء المريحخمسة...تنزل هذه الدرجات
تسترخي تماما اكثر... واكثراربعة اكثر استرخاءثلاثة.....تأخذ
من انفك نفسا عميقا وتخرج نفسا من فمك بهدوء ممتاز اثنان فالرقم القادم
واحد ستستلقي على السرير مستمتعا بهدوء وتسترخي استرخاء" عميقا .عميقا .. جدا
.....واحد تستلقي على هذا السرير المريح وبينما تدع كل عضلة في جسمك ترتخي وترتاح
ستذهب اعمق واعمق فالاسترخاء الممتع المريح والان ...

الان اريدك ان تتخيل 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 ثقلا وارتخاء" وازدادت اغلاق..
عينيك مغلقة تماما مرتخية جدا جدا ..ممتاز.

انت الان تشعر بالراحة تشعر بالهدوء.. تشعر بالاسترخاء.. تشعر بالنعاس.. : يمكنك أن تنام
بسرعة وهدوء، سوف تستيقظ من النوم وأنت في غاية النشاط والحيوية، وعندما تنام 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 براحة 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.... وتكبر الآن. حيث تتضخم اكبر كلما كان هناك انسياب وانسياب نحو الاسترخاء.

والآن استوعب كم أنت الآن مسترخيا ومرتاحا، لذلك استمر بالاسترخاء، رأسك وكتفك هما في المكان الصحيح، ظهرك مرتاح ومستلقي، ولا يهيك كل الأصوات التي تسمعها سوى صوتي، ربما تواجه بعضا من الافكار المؤلمة والسلبية والقلق التي يمكن أن تغطي على محتوى تفكيرك وراحتك واستجابتك للنوم، ببساطه حاول أن تأخذ هذه الأفكار واسحبها أو اكنسها كما تكنس 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 فكرة أخرى سلبية وغير مريحة ضعها في ذلك الصندوق وضع الغطاء على ذلك الصندوق، ولا تسمح لتلك الأفكار أن تزعجك وتؤثر على نومك. ثم استمر أنت بنومك العميق والاسترخاء الممتع الجميل.

أنت شخص مثالي رائع "وقفه"..... لقد أنجزت الكثير من الأشياء "وقفه"..... لقد حققت 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، ليله فيها هدوء. وإذا رغبت في الاستيقاظ مرة أخرى ما عليك سوى أن تتذكر المكان المميز لديك وأن تستمتع بالنوم والرتابة والسكينة العميقة. 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 تفكر به فقط هو الاستمتاع بمكانك الخاص والمميز، تخيل أنك في حديقة جميلة، هذا المكان المميز والأمن لك والذي يشعر بالاسترخاء. فقط تخيل كيف تشعر بالاسترخاء في مكانك الخاص، ربما تصبح أكثر وعياً، أنت الآن أكثر وعياً بوضوح لرائحة مكانك الجميل المميز، أنت الآن أكثر وعياً بالأصوات المختلفة حول مكانك الخاص والمميز كأصوات العصافير وصوت خرير الماء والطيور فوق الصخور والشجر. تشعر الآن بنسمات الهواء العليل ينساب على وجهك، انتقل وانساب أكثر فأكثر نحو النوم العميق، جسمك الآن أكثر ثقلاً واسترخاءً لذلك استرخ فقط انتقل نحو النوم.....النوم....النوم....النوم.

ملحق (9)

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، وأنه سوف يتم الاجتماع كل أحد الحصة السادسة وذلك لتعبئة 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 الواعي واللاواعي، الطاقة الكامنة، الاسترخاء، انسياب وانسياق الأفكار، الأفكار المؤلمة والسلبية والقلقة، الخيال والتخيل، المشاعر الايجابية والأفكار البناءة، شخص مثالي.
- 4- الاتفاق على موعد ومكان اللقاء، غرفة الصحة في المدرسة أثناء الفسحة كل يوم ولمدة 3 اسابيع، (عدا يومي الخميس والجمعة) يم تسجيل الملاحظات يوم السبت.
- 5- لزيادة دافعتهم 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

الفاضل الدكتور:.....المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته... وبعد:

الموضوع: تحكيم استراتيجية

يقوم الباحث بدراسة تجريبية بعنوان " فعالية استراتيجية التنويم الايحائي 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 الايحائي، وهي عبارة عن تسجيل صوتي بصوت الباحث.

ونظرا لما تتمتعون 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.

وتفضلوا 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

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

ملحق (11)

استمارة متابعة الطالب

الاسم: الصف:

تقدير الطالب	لا يوجد	ضعيف	متوسط	جيد	ممتاز
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)

استمارة تسهيل مهمة باحث

University of Nizwa
College of Arts Sciences
Dean's Office



جامعة نزوى
كلية العلوم والآداب
مكتب العميد

الموافق: 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 بعنوان:

" فاعلية إستراتيجية التنويم الإيحائي 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.

وتفضلوا بقبول فائق التقدير والاحترام،،،

م.س.س
أ.د محمد عبد المنعم إسماعيل
عميد كلية العلوم والآداب



Initial campus at Birkat Al Mouz, P.O. Box 33, Postal Code 616,
Nizwa, Sultanate of Oman.
Tel. : 25446216 - 25446319, Fax : 25446400

Email address : info@unizwa.edu.om
Website : www.unizwa.edu.om

الحرم العبدئي ص.ب: ٣٣، الرمز البريدي: ٦١٦
بركة الموز - مدينة نزوى - سلطنة عمان
هاتف: ٢٥٤٤٦٢١٦ - ٢٥٤٤٦٣١٩، فاكس: ٢٥٤٤٦٤٠٠

ملحق (14)

رسالة وزارة التربية إلى المدرسة لتسهيل مهمة الباحث

الرقم
التاريخ
الموافق ١٢ / ١٠ / ١٤٠٣ هـ



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

الفاضل / مدير مدرسة العلاء بن وهب للتعليم ما بعد الأساسي المحترم

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 بمدارسكم ، وكذلك الحصول على بعض المعلومات من المختصين ، إلى جانب الحصول على بعض المراجع التي تخدم الدراسة . عليه ؛ يرجى التكرم بتسهيل مهمة المذكور .

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

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



ملحق (15)

استمارة الاتفاق

تم الاتفاق بين الطالب:..... والباحث: عيسى بن محمد المنوري، على خفض الأرق الذي يشكو منه الطالب، وذلك بتطبيق استراتيجية التنويم الإيحائي التي أعدها الباحث والتي تتكون من (21) جلسة مسجلة بصوت الباحث على قرص مضغوط (CD)، بواقع 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.