مجلة كلية التربية – جامعة بورسعيد العدد (٤٥) – يناير ٢٠٢٤ م
الترقيم الدولي للنسخة المطبوعة: ٥٣١٩ - ٢٠٩٠ الترقيم الدولي للنسخة الالكترونية: ٣٢٦٨-٢٦٨٢
الموقع الالكترونى : website : https://jftp.journals.ekb.eg

التجول العقلي وعلاقته بالمعتقدات ما وراء المعرفية لدى طالبات كلية التربية ذوي بمتلازمة طالب الطب

د. محمود علي موسى
أستاذ علم النفس التربوي المساعد
كلية التربية، جامعة قناة السويس

تاريـــخ استلام البحـث : ١٠ / ١١ /٢٠٢٣م
تاريـــخ قبول البحـث : ٢٣ / ١١ /٢٠٢٣م
البريد الالكتروني للباحث :Mahmoud_muhanna@edu.suez.edu.eg

DOI: JFTP-2311-1344

الملخص

هدفت الدراسة إلى تقدير العلاقة بين التجول العقلي وعلاقته بالمعتقدات ما وراء المعرفية لدى طالبات كلية التربية ذوي متلازمة طالب الطب. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي. واختيرت عينة عشوائية استطلاعية مكونة من ٢٣٥ طالب وطالبة ممن درسوا مقررات الصحة النفسية المنوط بها الدراسة الحالية، بالإضافة إلى عينة مقصودة من الطالبات بلغت ١١٣ طالبة. واستخدمت الدراسة لتشخيص متلازمة طالب الطب مقياسين أحدهما لإدراك الاعراض والأخر لقياس الضيق المرضي لـ Moss-Morris & Petrie (2001). واعتمدت الدراسة على مقياس التجول العقلي لـ Lopez et al. (2021)، ومقياس المعتقدات ما وراء المعرفية لـ Han et al. (2021). قام الباحث بتعريب المقاييس إلى الصورة العربية التي تتناسب مع البيئة المصرية. طبقت فعاليات الدراسة في النص الأخير من الفصلين الدراسيين الأول والثاني للعام الجامعي ٢٠٢٢/ ٢٠٢٣ للحصول على عينة تمثل طبيعة الدراسة وبحيث يتم تغطية معظم مقررات الصحة النفسية عبر الفصلين الدراسيين والتي تتعرض لها الدراسة بالتناول. تم إعلان الميثاق الأخلاقي للبحث في باديء الأمر قبل استجابة العينة على المقاييس وأضافت العينة بيانات الهوية الشخصية كالرقم القومي والاسم بالموافقة المستنيرة كضمان لعدم تزييف استجابة أحد الطلاب. أجري التحليل على العينة الاستطلاعية توصلت النتائج إلى وجود علاقة بين مقياسي تشخيص متلازمة طالب الطب والتجول العقلي والمعتقدات ما وراء المعرفية، بالإضافة إلى وجود علاقة بين العمر والتجول العقلي، ووجود فروق بين الجنسين لصالح الاناث في التجول العقلي. وقد تم اختيار العينة الأساسية لأجراء الدراسة بانتقاء الاناث، واستخدم الارتباط الجزئي بضبط العمر للعينة، وقد لوحظ تضخم معامل الارتباط بين التجول العقلي والمعتقدات ما وراء المعرفية، بالإضافة إلى ارتفاع معاملات الارتباط بين التجول العقلي وأبعاد المعتقدات السلبية المرتبطة بخلل كبح القلق، والثقة المدركة والحاجة للسيطرة.

الكلمات المفتاحية:

المعتقدات ما وراء المعرفية؛ التجول العقلي؛ متلازمة طالب الطب.

Mind Wandering and its Relationships to Meta-Cognitive Beliefs among College of Education Female Students with Medical Students Syndrome

ABSTRACT

The main objective of the study was to examine the association between mind wandering and metacognitive beliefs among female students enrolled in the Faculty of Education who experience medical student syndrome. The study employed a descriptive correlational research design. A random sample of 235 students who were studying mental health courses, as well as an intention sample of 113 female students, were included in the study. The diagnostic assessment for medical student syndrome consisted of two scales: one for assessing symptom perception and the other for measuring pathological worry, based on the scale developed by Moss-Morris & Petrie (2001). The study utilized the Mind Wandering Scale developed by Lopez et al. (2021), and the Metacognitive Beliefs Scale developed by Han et al. (2021). The scales were translated into Arabic to ensure their cultural appropriateness for the Egyptian context.

The study was conducted during the first and second semesters of the academic year 2022/2023, aiming to capture a sample that accurately represented the study's focus and covered a comprehensive range of psychological health courses taught during the two semesters. Prior to participants' completion of the scales, a research ethical charter was presented to them, ensuring their informed consent, and emphasizing the confidentiality and anonymity of their personal identity information, such as national ID identity to prevent response falsification.

Data analysis was performed on the pilot sample, revealing significant associations between the diagnostic scales for medical student syndrome, mind wandering, and metacognitive beliefs. Furthermore, the study findings indicated a relationship between age and mind wandering, as well as gender differences favoring females in terms of mind wandering levels. The selection of a female-dominant primary sample facilitated the examination of these relationships, and partial correlation analysis was performed to control age effects. Notably, an inflated correlation coefficient was observed between mind wandering and metacognitive beliefs, along with strong correlation coefficients linking mind wandering to negative dimensions such as anxiety inhibition, perceived confidence, and the need for control.

KEYWORD:

Meta-cognitive beliefs; Mind wandering; Medical student syndrome.

مقدمة:

يعاني طالب علم النفس الجامعي مجموعة من الضغوط النفسية المرتفعة مقارنة بنظرائه من نفس الكلية أو التخصصات الأخرى. ويفضل طالب علم النفس اللجوء إلى طلب المساعدة بطرق غير الرسمية كاللجوء إلى استراتيجيات التكيف، واستراتيجيات المواجهة كالتحدث إلى العائلة أو الأصدقاء أو ممارسة الرياضية عن التحدث مع متخصص (Thomas et al., 2014). ويرجع الضيق النفسي الذي يعاني منه طالب علم النفس يرجع إلى طبيعة المقررات التخصصية كعلم النفس المرضي، وعلم النفس لغير العاديين والتي تسبب معاناة المتعلم نتيجة الاستغراق في المعرفة غير الكاملة، بصورة تحقق درجة منخفضة من التوافق، أو استراتيجيات التكيف غير الأمنة (Szczurek et al., 2021). وقد يكون السبب في القراءات غير المتخصصة في بعض الجوانب السريرية والارشادية (Thomas et al., 2014)، أو نتيجة لتدخل المعرفة مع السياق وطبيعة الشخصية التي تتفاعل لإنتاج الحالة النفسية (Bore et al., 2016). والضيق النفسي الناتج عن تلك المتلازمة لا يتغير بتغير العمر (Bore et al., 2016). وترتبط الضغوط النفسية الناتجة عن متلازمة طالب علم النفس نتيجة العبء الأكاديمي، والرغبة في النجاح، وطبيعة متطلبات الدراسة الاكاديمية والضغوط المالية للمتعلم (Bore et al., 2016; Ngo-Thi et al., 2021).

ويعد التجول العقلي من أبقي التعبيرات الواعية، وهو مؤشرا للشعور السليم ذاتياً، وهو عملية عقلية داخلية عفوية، قد تبدأ بصورة غير مدركة ويصعب التحكم فيها أو توثيقها أو تكرارها، ويظهر للتجول العقلي قيمة تكيفية في التجربة الإنسانية (Gruberger et al., 2011). وهو نوع من الاستغراق في أنشطة وأفكار قد تكون لا عقلانية ترتبط بسياقات غير مقصودة في الموقف الراهن، وبالتالي فأفكار المرء تنحرف عمدا عن السياق الراهن، وعليه فهي حيلة دفاعية للهروب العقلي من المواقف غير السارة (Seli et al., 2018). ويعتبر التجول العقلي بمثابة تغييرات داخلية تحدث في أفكار المرء، وتسبب صراعا داخليا وتنجرف الأفكار كنوع من الجدال الذاتي داخل العقل ناتج عن محفزات البيئة (Seli et al., 2018). ويتسبب التجول العقلي في التلاعب في العبء المعرفي نتيجة النشاط الذهني المفرط (Gruberger et al., 2011). كما أن التجربة الواعية في التجول العقلي هي تجربة مائعة ترتبط بموضوع واحد لفترات طويلة دون انحراف عنه، وتتجلى طبيعتها الدينامية في تجربة الشرود العقلي، إذ يتحول الانتباه من مهمة حالية إلى أفكار ومشاعر عديمة الصلة. ويركز الشرود الذهني على أهمية المحتوى وعلاقة ما وراء المعرفة في تحديد نتائجه الوظيفية، وينطوي معالجة المعلومات أثناء التجول العقلي على فصل الادراك الحسي للهروب من قيود اللحظة الراهنة، وانشاء محتوى عرضي أو عاطفي اعتمادا على السيطرة التنفيذية، ويحدث نوع من التوازن المعقد بين الكلفة والفوائد (Smallwood & Schooler, 2015)، فارتباط التجول العقلي بأنواع من الأخطاء يؤكد كلفته، في حين تشير علاقته بالإبداع والتخطيط المستقبلي

إلى قيمته المحتملة (Smallwood & Schooler, 2015). ويساعد المعتقدات ما وراء المعرفية بخصوص دراسة مقرر علمي يرتبط بالنواحي الطبية، وتعمق الطالب في دراسته إلى نوعين من التجول العقلي بصورة واعية وغير واعية، فالانخراط في الأفكار السلبية بكونه مصابا باضطراب بعينه يؤدي على انتباها داخليا غير واعيا، وتركيزاً على الاعراض بعضها أو كلها الظاهرة عليه وجعلته يشخص كونه مصابا باضطرابا أو عصاباً، كما أن الانتباه للأعراض الخارجية يؤدي على اختيار وتعديل المعلومات الحسية، وتركيز الناحية الادراكية عليها (Chun et al., 2011; Smith & Hudson, 2013).

متلازمة طالب الطب Medical student syndrome:

وهو مرض يعتقد فيه الطلاب أنهم يعانون من أعراض الأمراض التي يدرسونها. ويمكن تعريف المتلازمة على أنهم يعانون من الاضطرابات العقلية التي يتعلمون عنها (Deo & Lymburner, 2011). وتشبه هذه المتلازمة متلازمة طالب الطب، إذ ترتبط بعملي مطابقة زائفة لأعراضهم أو أحاسيسهم مع مرض يعرفه المتعلم (Ngo-Thi et al., 2021). فالمعرفة الطبية الواقعية في تفسير العلامات المرضية والأعراض الفسيولوجية تنعكس على التفسير للأعراض الجسمية الغامضة في ضوء أحدث معرفة تعلموها بخصوص الأمراض (Candel & Merckelbach, 2003). ويرى Candel & Merckelbach (2003) أن هذه المتلازمة غير متعلقة بطالب الطب فحسب، إنما درس Hardy & Calhoun (1997) المخاوف المتعلقة بالصحة العقلية في عينة من طلاب الجامعة من قسم علم النفس، فقد أعربوا عن صحتهم النفسية التي ساءت بسبب دراستهم للأمراض النفسية المختلفة جراء مخاوفهم من كونهم مصابون بتلك الأمراض. وهي ظاهرة تزيد باستمرار من المخاوف والأعراض المتعلقة بالأمراض أثناء دراستهم لتلك الأمراض العقلية أو النفسية (Ngo-Thi et al., 2021). وتتراوح نسبة الإصابة بهذه المتلازمة بين ٢٧% و٨٥% (Hardy & Calhoun, 1997).

ويتضمن الإصابة بهذه المتلازمة نوعين متناوبين من الشعور الأول ويطلق عليه Nosophobia، ويشير إلى الخوف الشديد أو غير المنطقي من الإصابة بمرض معين، أو كونه مصابا به، والأخر ويطلق عليه مصطلح Hypochondriasis، ويشير إلى اضطراب نفسي ينطوي على الانشغال بمخاوف من وجود أو فكرة إصابة المرء بمرض خطير، وقائم على سوء تفسير الأعراض الجسمية بالرغم من عدم وجود شكوى عضوية بهذا (Szczurek et al., 2021). وقد يحدث عملية من التنشيط اللاإرادي مما يجعل المتعلم أكثر وعياً بالحالة الجسدية من خلال الانخراط في المعرفة النفسية وتجارب التحليل النفسي وعلم النفس المرضي وغيرها من المقررات التي تتعامل مع المرضى النفسيين أو ذوي اضطرابات الصحة العقلية، فينشط الانتباه الانتقائي للأحاسيس وإعادة تصور أنفسهم مرضى (Waterman & Weinman, 2014). وقد يتطور الأمر إلى حد الإصابة بمتلازمة الإرهاق المزمن نتيجة تملك الوساوس من طالب علم النفس

لاعتقاده بإصابته ببعض الأعراض لاضطرابات عصبية أو نفسية نتيجة ضغوط الدراسة المستمرة وسعيه نحو تحقيق مركز نسبي بالأداء (Stenhoff et al., 2015). أو نتيجة القراءات غير المتخصصة والتعمق في المعرفة المهنية بدرجة تخصصية طبية بدرجة تجعل هناك تداخل دون اللجوء إلى السبل السليمة لتشخيصها وإدارتها (Stenhoff et al., 2015; Szczurek et al., 2021).

وتنتج المتلازمة عن نوع من الاستجابة غير المبررة للتوتر والتي تتسبب في أعراض غير مبررة عضويا من الناحية الطبية والخوف من الأمراض (Szczurek et al., 2021). وترتبط هذه المتلازمة بكم العلاقة بين المعرفة المتخصصة والقلق الصحي لدى الطلاب المتخصصين (Ngo-Thi et al., 2021). وعليه فزيادة الشعور بالاضطرابات النفسية والعقلية وزيادة المعرفة المتخصصة في وقت واحد يؤدي إلى ظهور المتلازمة بسبب نقص الأعداد الكافي للمعرفة المتخصصة بالنسبة للطلاب الجدد وطلاب السنة الثانية وربما هذا يرجع إلى الانطباع الخيالي وقمع الفكر في ملابسات ظهور تلك الأعراض المصاحبة للاضطرابات النفسية والعقلية على المريض والتركيز على الأعراض الظاهرة فحسب وتمتع المتعلم بنوع من التخيل وأحلام اليقظة مما يمكن منه الإحساس الشديد بالتجربة المرضية (Candel & Merckelbach, 2003; Ngo-Thi et al., 2021). وقد تلعب الشخصية دورا مهما في الاراك والسلوكيات التي تتعلق بمخازف الصحة النفسية، فعلي سبيل المثال القلق والعصابية بينهما علاقات إيجابية، كما توجد علاقات سلبية بين الضمير والقلق، ووجدت علاقات سلبية بين الانبساطية والقلق الصحي، في حين أن الانفتاح على الخبرة والقبول لا توجد بينهم علاقة مع القلق الصحي (Deo & Lymburner, 2011).

المعتقدات ما وراء المعرفية Metacognitive beliefs:

ما وراء المعرفة هو مفهوم متعدد الأبعاد بما في ذلك المعرفة والعمليات والاستراتيجيات للتقييم والمراقبة والتحكم في الادراك (Ashouri, 2009). أو هي المعرفة والمعتقدات المستقرة حول النظام المعرفي للفرد، والمعرفة بالعوامل التي تؤثر على أداء النظام، وتنظيم وإدراك الحالة الراهنة للإدراك، وتقييم أهمية الفكر والذكريات (Tajrishi et al., 2011). أو هو المعرفة والتحكم في تجارب الفرد المعرفية والتعليمية (Tajrishi et al., 2011). وتعتبر ما وراء المعرفة مزيج من المعرفة الذاتية التي ترتبط بمعرفة مواطن القوة والقصور للمرء سواء داخل المجال أو بصفة عامة، والمعرفة السياقية وهي معرفة متى وأين وكيف ولماذا يكون المرء مبدعاً، وعليه فإن ما وراء المعرفة يرتبط بالعمليات التوليدية والاستكشافية للبنية المعرفية وطرحها في صور مبدعة (Preiss, 2022). وهناك وجهين رئيسيين لما وراء المعرفة هما: التنظيم ما وراء المعرفي، والمعرفة بما وراء المعرفة (المعتقدات ما وراء المعرفية)، على النحو التالي (Tajrishi et al., 2011):

١. يشير التنظيم ما وراء المعرفي إلى القدرة على إدارة عمليات التفكير الخاصة بالمرء من خلال العمليات التي تنسق الادراك وتشتمل على العمليات من أسفل إلى أعلى والتي يطلق عليها المراقبة المعرفية (مراقبة المصدر أثناء الاسترجاع في الذاكرة) وعمليات من اعلى إلى أسفل يطلق عليه التحكم المعرفي (حل النزاعات والمشكلات)،

٢. أما المعتقدات ما وراء المعرفية فهي معرفة تصريحية ترتبط بالإدراك، والتي نستمدها من الذاكرة الطويلة المدى (Flavell, 1979; Jaleel, 2016; Tajrishi et al., 2011). وتتطلب التنظيم ما وراء المعرفي الوعي بكيفية التعلم وتقييم احتياجات المتعلم التعليمية ووضع استراتيجيات لتلبية تلك الاحتياجات ثم تنفيذ تلك الاستراتيجيات (Jaleel, 2016)، وتشتمل المعتقدات ما وراء المعرفية على المعرفة والأفكار الضمنية أو الصريحة والمعتقدات والنظريات حول الشخص نفسه والأخرين ككائنات معرفية وعلاقاتهم بمختلف المهام والأهداف أو الإجراءات أو الاستراتيجيات المعرفية (Flavell, 1979; Tajrishi et al., 2011). وينقسم المعتقدات ما وراء المعرفية إلى ثلاثة أنواع على النحو التالي:

أ. الوعي بالمعرفة Awareness of knowledge، ويتضمن فهم ما يعرفه المرء، وما لا يعرفه، وما يريد أن يعرفه. وقد تتضمن هذه الفئة الوعي بمعرفة الأخرين. ويبحث هذا النوع في إمكانية الدراسة بصورة أفضل، ونوع الأدوات التي تساعد المرء على التعلم، وتتراوح هذه المعلومات التي تساعد الطلاب بين تقييم قدرات وذكاءات المتعلم إلى التأملات في عمليات محددة من التعلم في سياقات مختلفة.

ب. الوعي بالتفكير Awareness of thinking، وتشير إلى فهم المهام المعرفية وطبيعة ما هو مطلوب لإكمالها. وعندما يصل المتعلم إلى هذا النوع يكون قادرا على توجيه تعلمه، وتعرف هذا النوع باسم الضبط التنفيذي، وعندما يصل المتعلم إلى مستوى التمكن والنجاح يصل إلى الوعي باستراتيجيات التفكير المناسبة لكل نوع من سياقات التعلم.

ت. الوعي باستراتيجيات التفكير Awareness of thinking strategies، وتشير إلى فهم المناهج المباشرة للتعلم. ويتبنى الباحث هذا المفهوم باعتباره الأقرب إلى هدف الدراسة إذ أن حاجة الفرد إلى تأملات أكثر دقة في التخلص من المعتقدات غير الواعية التي ترتبط بالاضطرابات النفسية التي يدرسها والأمراض العقلية قد تجعل المتعلم يجتر وراء مزيد من الأفكار غير المقبول التي قد تسبب له وساوس قهرية والانسياق وراء تهديدات نفسية بنيت على أساس معرفة غير متخصصة انساق ورائها المتعلم كما أكد Clark et al. (2003).

التجول العقلي Mind wandering:

التجول العقلي هو تجربة يومية مألوفة ينفصل فيها الانتباه عن البيئة الخارجية، ويصبح فيها لعقل مركزاً على سلسلة داخلية من الأفكار، وقد يكون التجول العقلي غير مقصود تلقائيا، أو متعمد. ويمكن اعتبار تحول الانتباه من العالم الخارجي إلى الأفكار الداخلية متحكم فيه عن طريق لحظة واعية من النية لبدء الاستمرار، أو يكون غير متحكم فيه فالشخص لا يدرك الوعي ما وراء المعرفي (Lopez et al., 2021). والتجول العقلي هو مثال على تدفق التجارب الواعية والتحولات المستمرة في الانتباه، ويحدث التجول العقلي عندما يؤدي التفكير الذاتي إلى التركيز المتعمد على المشاعر والأفكار والميل إلى التأثير السلبي لانعكاسات الضبط التنفيذي إذ تربط المعرفة المنتقصة غير المتخصصة بعرض جسمي أو انفعالي أو نفسي لدى المتعلم فيعتقد إصابته باضطراب بعينه (Preiss, 2022). ويحدث الاندماج بين أفكار العالم الخارجي بالواقع الداخلي للفرد فينخرط طالب علم النفس في أفعاله اليومية ويحللها بصورة مستقلة عن تلك المحفزات السلبية التي أدت لحدوث تلك المظاهر السلوكية ويفسرها على انها اضطرابات شخصية أو نفسية في معزل عن سياق المتغيرات الموقف الراهن (Oyarzo et al., 2022).

هو نوع من أحلام اليقظة، وقد ميز Lopez et al. (2021) بين ثلاثة أنواع منها وهي: ١) أحلام اليقظة البناءة الإيجابية positive constructive daydreaming، والتي تتسم بالصور المرحة، والتمني، والتفكير التخطيطي، والابداعي. و٢) أحلام اليقظة المذنبة المزعجة guilty-dysphoric daydreaming، والتي تتسم بأوهام مهووسة ومربكة، و٣) ضعف التحكم في الانتباه poor attentional control، والتي تتسم بعدم القدرة على التركيز إما على التفكير المستمر أو المهمة الخارجية. وبالتالي يكون وظيفة التجول العقلي بمثابة وظيفة تكيفية مع المظاهر السلوكية موضع الاعتقاد من المتعلم مع المعرفة غير المتخصصة (Oyarzo et al., 2022).

العلاقة بين التجول العقلي والمعتقدات ما وراء المعرفية المرتبطة بالمرض النفسي:

التجول العقلي، وهو عملية تحويل الفكر بعيدًا عن بيئته الخارجية إلى بيئته الداخلية (Killingsworth & Gilbert, 2010)، حيث ينفصل الانتباه عن البيئة الخارجية ويوجه نحو أفكار وهواجس مولده داخليا، وتصبح أكثر وعياً لدرجة تستغرق الفرد في حالة تحولها إلى معتقد معرفي لدى المتعلم (Szpunar, 2017). وكان هذا الاهتمام بالارتباط بين شرود العقل والأمراض النفسية مدفوعًا جزئيًا بالدراسات التي تربط المستويات الأعلى من شرود العقل بزيادة الأعراض الداخلية، وانخفاض الأداء أثناء المهام المعرفية (Killingsworth & Gilbert, 2010). ويتطلب الشرود الذهني أو التجول العقلي المرتبط بالمرض النفسي جانباً مما وراء الوعي وهو الانتباه إلى ما يحدث في الوقت الراهن وادراكه (Carciofo et al., 2017). وكلما كان المعتقدات ما وراء المعرفية أكثر رسوخاً وادراكا بتوهم المرض أدى هذا للشعور

بالتهديد والأفكار الوسواسية وعدم القدرة على إدراك تجربة المرض والرغبة في لب العلاج، مما يسيطر على العقل ويعيق المعالجة الانفعالية وتنشيط قمع الفكر وتجنب فكرة الموت أو الوصم بالمرض النفسي لدى المتعلم الدارس لمواد الصحة النفسية (Tolin et al., 2002; Wells & Sembi. 2004).

وطبقا للنموذج المعرفي لاضطراب ما بعد الصدمة فإن التفسيرات السلبية تنتج إحساسا بالتهديد الحالي، الذي يتطلب إدارة الضغوط وتقليل الأفكار المتطفلة، ودلالاتها السلبية، ويميل الفرد إلى القمع للأفكار والتجنب، ولكن دون جدوى إذ أن التفسيرات السلبية تعيق المعالجة الانفعالية وبالتالي يمكن التعافي الوهمي ينتج من تنشيط قمع الأفكار وتجنبها (Wegner & Erber, 1992). تلعب المعرفة الطبية التي يستغرق المتعلم في التشبع بها من خلال القراءات الإضافية إلى تشتيت الانتباه، وعدم إدراك حدود المعرفة، وعدم قدرة المتعلم على ضبط الانتباه ومقاومة أثر تشتيت عوامل الالهاء التي تجعله يدرك وجود اضطرابات نفسية بدون عرض عضوي يعاني منه، وهي ما يتسم به الطلاب من ذوي متلازمة طالب الطب (Forster & Lavie, 2009; Waterman et al., 2014). ويؤدي الاستغراق الانفعالي في اعراض المرض وتصورها على الذات يؤدي إلى كلفة انفعالية (Killingsworth & Gilbert, 2010)، ويؤدي الشرود الذهني في الاعراض إلى حالة مزاجية سلبية نتيجة إدراك المرض وقد يتطور الأمر إلى انتكاسة مرضية (Deng et al., 2014). ونتيجة المعتقدات ما وراء المعرفية تترسخ نظرة الفرد على الجمع بين الأعراض الظاهرة والتجربة الداخلية التي تتشابه مع أعراض بعض الاضطرابات النفسية، وتؤدي اليقظة العقلية لتحرى أعراض تلك الاضطرابات إلى اليقظة العقلية والاكتئاب والاستجابة الواعية للمعتقدات المعرفية الخاطئة (Deng et al., 2014). كما أن التجول العقلي تجربة تؤدي إلى الأخطاء المعرفية المرتبطة بالانتباه مما ينعكس على الرفاهية الانفعالية وانخفاض الحالة المزاجية، والارتباط المعقد بين الانفعال والادراك يخلق حلقة مفرغة من شأنها أن تديم حالة شرود الذهن (Deng et al., 2014; Smallwood et al., 2011). وغالبا تكون التجول العقلي بمثابة المعالجة الواعية للمعلومات التي لا علاقة لها بالمدخلات الحسية المباشرة والمهمة (Smallwood et al., 2011).

مشكلة الدراسة:

ترتبط الثقة الأقل والمعتقدات ما رواء المعرفية حول الأفكار التي لا يمكن السيطرة عليها بالتأثيرات المسائية في النوم وعدم القدرة على التكيف ونوعية من الأفكار الخارجة عن السيطرة التي تسبب خلل أثناء النهار (Carciofo, 2020). وتسبب إصابة المتعلم بمتلازمة طالب الطب بوجود المراقبة ما وراء معرفية لتقييم الأداء المعرفي تؤدي إلى تباين موقفي وجماعي وفردي في تكرار المراقبة، وقد تكن المراقبة تلقائية تستغرق إلى الحد الذي يؤدي إلى شرود الذهن (Deng et al., 2019; Jordano & Touron, 2018). تؤدي التجول العقلي نتيجة التفكير في الإصابة والوهم بالمرض والاضطرابات إلى

شرود الذهن بطرقة لا واعية أو واعية تعزز ما وراء المعرفة فيستغرق المتعلم التجول العقلي واليقظة العقلية ويقل القدرة على ضبط النفس وخلل القدرة على تنظيم الأفكار الذاتية (Deng et al., 2019). وتؤدي المعتقدات ما وراء المعرفية إلى عدم القدرة على التكيف وخلل النوم وشرود الذهن واضطرابات الضمير والتأثيرات السلبية للمزاج وتوهم المرض (Carciofo, 2021). والسبب في دراسة المتغيرين هو أن الاستغراق في الأفكار اللامنطقية المرتبطة بتوهم المرض الناجمة عن اليقظة العقلية لأعراض متضاربة ناتجة عن الانتباه المبالغ فيه (Carciofo et al., 2014)، بسبب شرود الذهن واضطراب النوم وعسر المزاج، في حين تؤدي المعتقدات ما وراء المعرفية غير قادرة على التكيف على خلل التنظيم الذاتي وضعف الأداء الدراسي (Carciofo et al., 2017; Carciofo, 2021). في حين أن المعتقدات ما وراء المعرفية تتوسط العلاقات بين التجول العقلي كمتغير مستقل والعديد من المتغيرات الانفعالية (Carciofo et al., 2017)، والمعرفية (Carciofo et al., 2017; Was et al., 2019)، والشخصية إذ يتسبب في شرود الذهن وأحلام اليقظة وخلل ما وراء الوعي والادراك الذاتي والادراك الصريح للتجربة الواعية المستمرة (Schooler et al., 2011; Smallwood & Schooler, 2006).

وترتبط المعتقدات ما وراء المعرفية بتشخيص الاضطرابات النفسية حيث تنتج تلك المعتقدات تنظيم ذاتي غير قادرا على التكيف (أنماط التأقلم والاستجابة) وتظهر بعض الأعراض السلوكية على المرء منها القلق المتكرر، والفوبيا، واجترار العطف، ويتسبب التجول العقلي طويل الأمد في نقص الثقة بالقدرات المعرفية (التذكر)، ويتطور الأمر فيما يتعلق بالمعتقدات إلى درجة لا يمكن السيطرة عليها وقد يسبب الاكتئاب أو الوساوس القهرية (Cartwright-Hatton & Wells, 1997; Was et al., 2019; Wells, 2007).

واتضحت بعض الأعراض السلوكية من خلال متابعة الباحث لطلابه، وأثناء جلسات الارشاد الاكاديمي للطلاب في كافة الفرق الدراسية، لوحظ من أسئلتهم أنه ثمة مشكلات ترتبط بتوهم الأعراض لبعض الاضطرابات النفسية أو المتلازمات العصبية على أنفسهم أو تشخيصها فيمن حولهم، كما أنه يتضح من خلال متابعة أسئلتهم ومناقشتها أنه ثمة تبحر من المتعلم في بعض المعلومات الطبية الخاصة بتلك الاضطرابات النفسية والعصبية، الأمر الذي يؤدي بالمتعلم إلى توهم المرض في نهاية المطاف خصوصاً إذا تزامن وجود عرضين أو أكثر من بعض تلك الاضطرابات، ومن ناحية أخرى ارتبطت بعض الوساوس الخاصة بطلب العلاج أو طلب الرعاية الطبية بالمستشفى الجامعي من بعض الطلاب ولم يشخص أي عرض اكلينيكي أو عضوي للطالب، مما دعا الباحث لدراسة الظاهرة على طلابه. وعليه يمكن عرض مشكلة الدراسة على النحو التالي:

١) هل توجد علاقة بين المعتقدات ما وراء المعرفية والتجول العقلي وأبعاد قائمة تشخيص طالب الطب من طلاب كلية التربية؟
٢) هل توجد علاقة العلاقة بين المعتقدات ما وراء المعرفية والتجول العقلي لدى طالبات كلية التربية ذوي متلازمة طالب الطب من مختلف الأعمار؟

فروض الدراسة:

١) توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات ما وراء المعرفية والتجول العقلي وبعدي قائمة تشخيص طالب الطب (إدراك المرض والضيق المرضي) لدى طلاب كلية التربية.
٢) توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات ما وراء المعرفية والتجول العقلي لدى طالبات كلية التربية ذوي متلازمة طالب الطب.

أهداف الدراسة:

١) تقدير العلاقة بين المعتقدات ما وراء المعرفية والتجول العقلي وبعدي قائمة تشخيص طالب الطب من طلاب كلية التربية.
٢) تقدير العلاقة بين المعتقدات ما وراء المعرفية والتجول العقلي لدى طالبات كلية التربية ذوي متلازمة طالب الطب من مختلف الأعمار.

أهمية الدراسة: تسلط الدراسة الضوء على بعض الظواهر النفسية التي يصاب بها المتعلم في كلية التربية ممن يدرس مقررات الصحة النفسية والتي تتعرض لبعض الاضطرابات النفسية والعصبية بالدراسة. إذ يعاني المتعلم من إدراك تلك الاعراض على ذاته، ويتوهم المرض وقد يعاني ويطلب الرعاية الطبية، وهذه الظاهرة ترتبط ببعض المعتقدات ما وراء المعرفية التي تترسخ لدى المتعلم نتيجة الإبحار في بعض الامراض النفسية والمتلازمات دون إدراك الفروق بين تلك الأعراض والمسببات العرضية أو الاكلينيكية وعليه يحدث حالة من التجول العقلي المستمر نتيجة استحضار صور ذهنية ترتبط ببعض عمليات ما وراء المعرفة المرتبطة بأعراض تلك الاضطرابات النفسية. وعليه يمكن من خلال نتائج الدراسة إطلاق حملات توعوية لدى الطلاب بكلية التربية أو تقديم تفسيرات أكثر دقة لتحديد الأعراض الصحيحة للمرض النفسي والعقلي، والحالات الأكثر عرضة للإصابة به، وأوجه الشبه والاختلاف بين تلك الأعراض.

الطريقة والاجراءات

أولاً: **المنهجية**: اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي في دراسة العلاقة بين التجول العقلي، والمعتقدات ما وراء المعرفية لدى طالبات شعبة علم النفس ذوي متلازمة طالب الطب.

ثانياً: **المشاركين**: اختيرت عينتين للدراسة بحيث تتناسب مع الأهداف كالتالي:

أ. العينة الاستطلاعية: وهي عينة متاحة من طلاب كلية التربية بالإسماعيلية جامعة قناة السويس، وبلغت العينة وهي تلك التي أجري عليها التطبيق للتحقق من الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة. تكونت العينة من ٢٣٥ طالب وطالبة. انقسمت العينة في ضوء النوع الاجتماعي إلى ٢٠ ذكر بنسبة ٨.٥% و٢١٥ أنثى بنسبة ٩١.٥%. وتراوح عمر العينة بين ١٨ إلى ٢٢ عام، بلغ متوسط العمر ٢١.١ عام بانحراف معياري ١.٢٨ عام.

ب. العينة الأساسية: وهي عينة مقصودة التي تم اختيارها بصورة مقصودة بحيث يتم انتقاؤها في ضوء قائمة تشخيص متلازمة طالب علم النفس بأبعادها الفرعية (إدراك الأمراض، الضيق المرضي). وبلغ قوام العينة ١١٣ طالب وطالبة، منها ٧ ذكور بنسبة ٦.٢%، و١٠٦ إناث بنسبة ٩٣.٨%. واستبعد الذكور من هذه العينة حتى لا تكون النتائج متحيزة أو يشوبها أخطاء القرار من النوع الأول وحتى تتمتع بالصدق التعميمي للنتائج على الاناث. تراوح عمر عينة الاناث (١٠٦ طالبة) بين ١٨ إلى ٢٢ عام حيث بلغ متوسط عمر عينة الاناث ٢١.٢ عام بانحراف معياري ١.٢٦ عام.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

١.١. قائمة تشخيص متلازمة طالب الطب:

تبنى الباحث أدوات دراسة **Moss-Morris & Petrie (2001)** التي قاست متلازمة طالب الطب في ضوء اداتين للقياس، بحيث يحصل الطالب على ثلاث درجات فأكثر في كل أداة، وفما يلي صورتي المقاييس:

أ. مقياس إدراك الأعراض: وتتكون المقياس من ٥ مفردات، تقيس التجربة المعرفية لظهور العرض طلاب الطب، وقد صيغت الاستجابة في ضوء تدريج ثنائي الاستجابة تتراوح بين تتحقق= ١، إلى لا تتحقق= صفر. وتم صياغة المقياس في ضوء المعتقدات الوسواسيه بالأمراض **Hypochondriacal beliefs** التي ترتبط بالخوف المرضي من احتمال الإصابة بمرض أو اضطراب نفسي أو عقلي، وبلغ ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ ٠.٨٧ وتتضمن المقياس العبارات التالية:

١. عندما أعاني من أعراض، أحاول مطابقة هذه الأعراض مع مرض قرأت عنه أو سمعت عنه.
٢. عندما أسمع عن مرض ما، تظهر لي أعراض مشابهة لهذا المرض.
٣. أجد أنه عندما اسمع عن مرض جديد، أعتقد لفترة من الوقت أنني مصاب بهذا المرض.
٤. عندما أعاني من أعراض، أحاول معرفة المرض الذي يرتبط به.

٥. عندما أسمع عن الامراض، أعتقد أني مصابا بها.

ب. مقياس الضيق المرضي: وتكون المقياس من ٥ مفردات، وقد صيغت الاستجابة في ضوء تدريج ثنائي الاستجابة تتراوح بين تتحقق= ١، إلى لا تتحقق= صفر. وتم صياغة المقياس في ضوء المعتقدات الوسواسيه بالأمراض Hypochondriacal beliefs التي ترتبط بالخوف المرضي من احتمال الإصابة بمرض أو اضطراب نفسي أو عقلي، وبلغ الثبات بمعامل ألفا كرونباخ ٠.٨٧ وتضمن المقاس العبارات التالية:

١. أشعر بالقلق عندما أعاني من اعراض خوفا من إصابتي بمرض خطير (*).
٢. عندما أتعلم أو أقرأ عن أمراض مختلفة، أشعر بالقلق من احتمال إصابتي بأحد هذه الأمراض.
٣. أخشى في كثير من الأحيان أنني قد اعاني من مرض خطير.
٤. أجد نفسي قلقا من احتمال إصابتي بمرض سمعت عنه للتو أو قرأت عنه.
٥. إذا تم لفت انتباهي إلى مرض ما، فإنني أخشى أن أصاب به بنفسي.

١.٢. مقياس التجول العقلي: تبنى الباحث مقياس Lopez et al. (2021) ويعكس المقياس المشاركة غير المقصودة للأفكار المركزة داخليا، ويمكن أن يكون لها عواقب على الإجراءات الراهنة. وتتضمن هذه السمة تشابها مع الأخطاء الادراكية المرتبطة بالانتباه والفشل المعرفي، والاهتمام غير الواعي، التفكير السلبي في أعراض الضيق واسبابه وعواقبه، والأفكار المتطفلة غير المرغوب فيها التي تظهر بشكل متكرر دون سابق انذار. قام الباحث بترجمة المقياس إلى الصورة العربية.

الصدق والثبات: استخدم التحليل العاملي الاستكشافي بطريقة تحليل المحاور الأساسية Principal axis factoring (PAF) واستخدام التدوير المائل بطريقة Oblimin وتحديد عدد العوامل باثنين لاستخلاص المفردات عليها. وكانت قيمة مؤشر كايزر ماير أوليكن ٠.٩٣ وكان مؤشر بارتليت دالاً احصائياً (X^2= 3284, df= 378, P < .001). وكانت مؤشرات حسن المطابقة على النحو المبين:

جدول (١): مؤشرات حسن المطابقة للتحليل الاستكشافي لمقياس التجول العقلي (ن= ٢٣٥).

المؤشر	X^2	Df	P	TLI	BIC	RMSEA
القيمة	٦٨٨	٣٢٣	٠.٠٥٢	٠.٨٥٢	١٠٧٥	٠.٠٦٩

أسفرت النتائج عن مطابقة حسنة في ضوء مؤشرات RMSEA, X^2, BIC بينما مؤشر TLI فقد كان سيء المطابقة. وكانت تشبعات المفردات على النحو المبين:

جدول (٢): تشبعات المفردات لمقياس التجول العقلي بالتحليل الاستكشافي على العينة الاستطلاعية (ن= ٢٣٥).

م	العوامل		الشيوع
	تجول عقلي إرادي	تجول عقلي لاإرادي	
١	٠.٤٩٧		٠.٦٩٤
٢	٠.٦٠٦		٠.٦٥٨
٣	٠.٣٣٥		٠.٧٣٢
٤		٠.٣٨٦	٠.٧٣٠
٥		٠.٧٤٩	٠.٤٦١
٦		٠.٨١٨	٠.٤٣٩
٧		٠.٦٣٥	٠.٤٧٣
٨		٠.٦٥٦	٠.٤٢٩
٩	٠.٥٧٩		٠.٤٧٣
١٠		٠.٣٨٢	٠.٥٦٣
١١		٠.٤٧٥	٠.٤٩٥
١٢	٠.٤٠٠		٠.٦٤٥
١٣	٠.٤٤٩		٠.٥٦٤
١٤	٠.٤٨٨		٠.٦٦٧
١٥	٠.٥٦٨		٠.٦٠٧
١٦		٠.٤٢٤	٠.٥٥٣
١٧	٠.٧٢٨		٠.٥٤٩
١٨	٠.٣٨٧		٠.٧٠١
١٩	٠.٤٨٢		٠.٧٥٩
٢٠	٠.٦١٨		٠.٦٠٦
٢١	٠.٤٧٠		٠.٦٧٤
٢٢	٠.٦٦٤		٠.٥٩٨
٢٣	٠.٧٧٦		٠.٤٧٠
٢٤	٠.٧٢٣		٠.٤٨١
٢٥	٠.٧٩٢		٠.٤٨٥
٢٦	٠.٦٢٨		٠.٤٦١
٢٧	٠.٦٥٧		٠.٥٠٨
٢٨	٠.٥٤٨		٠.٥٩٨

تراوحت تشبعات العامل الأول بين ٠.٣٣٠ إلى ٠.٧٩٢ بمتوسط ٠.٥٧٠ بينما تراوحت تشبعات العامل الثاني بين ٠.٣٨٢ إلى ٠.٨١٨ بمتوسط للتشبعات بلغ ٠.٥٦٦. وتراوحت قيم الشيوع بين ٠.٤٢٩ إلى ٠.٧٥٩ بمتوسط ٠.٥٧٤ وهي قيم مقبولة للشيوع إذ تخطت قيمة ٠.٣.

حسب الصدق العاملي التوكيدي بطريقة أقصى احتمال للبناء الناتج من التحليل الاستكشافي وكانت مؤشرات حسن المطابقة على النحو المبين:

جدول (٣): مؤشرات حسن المطابقة لمقياس التجول العقلي (ن= ٢٣٥).

المؤشر	X^2	Df	P	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
القيمة	٧٩٥	٣٤٦	< ٠.٠٠١	٠.٨٥٤	٠.٩٤٠	٠.٠٥٩	٠.٠٧٤

أسفرت النتائج عن مطابقة مقبولة في ضوء مؤشرات RMSEA, SRMR, TLI في حين كانت المؤشرات مثل مؤشر مربع كاي غير دال احصائيا ومؤشر CFI ومن المتعارف عليه حساسيته لحجم العينة وطبيعتها. وكانت تشبعات المفردات على النحو المبين:

جدول (٤): تشبعات مفردات مقياس المعتقدات ما وراء المعرفية على الأبعاد الخمس (ن= ٢٣٥).

الأبعاد	م	التشبع	الخطأ المعياري	قيمة z	الدلالة
تجول عقلي لاإرادي	٤	٠.٥٥٠	٠.٠٦٩	٧.٩٠	< ٠.٠٠١
	٥	٠.٧٠٥	٠.٠٦٥	١٠.٩١	< ٠.٠٠١
	٦	٠.٦٧٠	٠.٠٦٩	٩.٧٤	< ٠.٠٠١
	٧	٠.٧٦٣	٠.٠٦١	١٢.٦٢	< ٠.٠٠١
	٨	٠.٧٥٧	٠.٠٥٩	١٢.٨٥	< ٠.٠٠١
	١٠	٠.٧٠٢	٠.٠٦٤	١١.٠٥	< ٠.٠٠١
	١١	٠.٨٠٢	٠.٠٦٥	١٢.٤١	< ٠.٠٠١
	١٦	٠.٧٦٥	٠.٠٦٨	١١.٣٢	< ٠.٠٠١
تجول عقلي إرادي	١	٠.٥٨٩	٠.٠٦٨	٨.٦٦	< ٠.٠٠١
	٢	٠.٥٧٩	٠.٠٦٥	٨.٩٣	< ٠.٠٠١
	٣	٠.٥٢١	٠.٠٦٦	٧.٩٢	< ٠.٠٠١
	٩	٠.٨٠٨	٠.٠٦٥	١٢.٤٠	< ٠.٠٠١
	١٢	٠.٦٤٤	٠.٠٦٨	٩.٥٤	< ٠.٠٠١
	١٣	٠.٦٩٤	٠.٠٦٤	١٠.٨٧	< ٠.٠٠١
	١٤	٠.٥٨١	٠.٠٦٢	٩.٣٢	< ٠.٠٠١
	١٥	٠.٧٠٣	٠.٠٦٨	١٠.٣٤	< ٠.٠٠١
	١٧	٠.٦٩٩	٠.٠٦٥	١٠.٧٤	< ٠.٠٠١
	١٨	٠.٦٠٣	٠.٠٧٠	٨.٦٤	< ٠.٠٠١
	١٩	٠.٥٥٠	٠.٠٧٠	٧.٨٦	< ٠.٠٠١
	٢٠	٠.٦١٦	٠.٠٦٠	١٠.٢٠	< ٠.٠٠١
	٢١	٠.٥٨٥	٠.٠٦٣	٩.٣٠	< ٠.٠٠١
	٢٢	٠.٦٧٨	٠.٠٦٧	١٠.١٤	< ٠.٠٠١
	٢٣	٠.٧٨٩	٠.٠٦٥	١٢.٠٧	< ٠.٠٠١
	٢٤	٠.٧٥١	٠.٠٦١	١٢.٢٦	< ٠.٠٠١
	٢٥	٠.٧٢١	٠.٠٦٤	١١.٣١	< ٠.٠٠١
	٢٦	٠.٨١٦	٠.٠٦٣	١٢.٩٦	< ٠.٠٠١
	٢٧	٠.٨٠١	٠.٠٦٤	١٢.٤٧	< ٠.٠٠١
	٢٨	٠.٧١١	٠.٠٦٥	١٠.٨٧	< ٠.٠٠١

تراوحت تشبعات بعد التجول العقلي اللاإرادي بين ٠.٥٥ إلى ٠.٨٠٢ بمتوسط حسابي لقيم التشبعات ٠.٧١٤ بينما تراوحت تشبعات بعد التجول العقلي الإرادي بين ٠.٥٢١ إلى ٠.٨١٦ بمتوسط حسابي للتشبعات ٠.٦٧٢. ولم تستبعد أي من مفردات البعدين. وقد حسب الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ وقد بلغت قيمته للمفردات ٠.٩٢١ بينما بلغ الثبات لبعد التجول العقلي اللاإرادي بمعامل ألفا كرونباخ ٠.٨٢٨ في حين بلغت قيمته بعد التجول العقلي الإرادي ٠.٩٢٠.

١.٣. مقياس المعتقدات ما وراء المعرفة: تكون المقياس في صورته النهائية من ٣٠ مفردة توزعت على خمسة أبعاد بواقع ست مفردات لكل بعد. وتبنى الباحث تطوير Han et al. (2021) لأبعاد هذا المقياس وهي: المعتقدات الإيجابية حول القلق (١، ٧، ١٠، ١٩، ٢٣، ٢٨)، والمعتقدات السلبية حول نقص القدرة على الضبط والتحكم في القلق (٢، ٤، ٩، ١١، ١٥، ٢١)، والثقة المدركة (٨، ١٤، ١٧، ٢٤، ٢٦، ٢٩)، والحاجة إلى السيطرة (٦، ١٣، ٢٠، ٢٢، ٢٥، ٢٧)، والوعي الذاتي المعرفي (٣، ٥، ١٢، ١٦، ١٨، ٣٠). وتطلب الاستجابة على المقياس وضع نقطة من تدريج ليكرت الخماسي الذي يتراوح بين الرفض الشديد (لا أوافق بشدة= ١)، إلى القبول الشديد (أوافق بشدة= ٥). وقد بلغ الثبات الكلي الذي حسبه معد المقياس بطريقة ألفا كرونباخ ٠.٦ وتراوح الثبات للأبعاد بين ٠.٦٤ إلى ٠.٨٧.

الصدق والثبات: حسب الباحث الصدق البنائي باستخدام التحليل العاملي التوكيدي واستخدمت الطريقة الافتراضية أقصى احتمال، وذلك على عينة الدراسة الاستطلاعية ٢٣٥ طالب وطالبة. وكانت مؤشرات حسن المطابقة على النحو المبين:

جدول (٥): مؤشرات حسن المطابقة لمقياس المعتقدات ما وراء المعرفية (ن= ٢٣٥).

المؤشر	X^2	Df	P	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
القيمة	٨١٠	٣٦٣	< ٠.٠٠١	٠.٩٦٣	٠.٩٣٥	٠.٠٨٠	٠.٠٧٢

أسفرت النتائج عن مطابقة مقبولة في ضوء مؤشرات RMSEA, SRMR, TLI, CFI في حين كانت المؤشرات مثل مؤشر مربع كاي غير دال احصائيا ومن المتعارف عليه حساسيته لحجم العينة وطبيعتها. وكانت تشبعات المفردات على النحو المبين:

جدول (٦): تشبعات مفردات مقياس المعتقدات ما وراء المعرفية على الأبعاد الخمس (ن= ٢٣٥).

الأبعاد	المؤشر	التشبع	الخطأ المعياري	قيمة Z	الدلالة
المعتقدات الإيجابية حول القلق	١	٠.٤٦٥	٠.٠٧٤	٦.٣١	< ٠.٠٠١
	٧	٠.٩١٦	٠.٠٧٢	١٢.٧٣	٠.٠١٨
	١٠	٠.٥١٨	٠.٠٦٩	٧.٥١	< ٠.٠٠١
	١٩	٠.٧٧١	٠.٠٦٨	١١.٣٥	< ٠.٠٠١
	٢٣	٠.٧٥٩	٠.٠٦٨	١١.١٤	< ٠.٠٠١
	٢٨	٠.٧٣٤	٠.٠٦٥	١١.٣٣	< ٠.٠٠١
المعتقدات السلبية بنقص القدرة على الضبط والتحكم في القلق	٢	٠.٤٣٩	٠.٠٧٣	٦.٠٣	< ٠.٠٠١
	٤	٠.٣٩٩	٠.٠٦٩	٥.٨٣	< ٠.٠٠١
	٩	٠.٧٢٥	٠.٠٦٩	١٠.٥١	< ٠.٠٠١
	١١	٠.٦٣١	٠.٠٦٩	٩.١٧	< ٠.٠٠١
	١٥	٠.٥٤٨	٠.٠٧٦	٧.٢٠	< ٠.٠٠١
	٢١	٠.٦٧٢	٠.٠٦٣	١٠.٦٥	< ٠.٠٠١
الثقة المدركة	٨	٠.٨١٦	٠.٠٧٢	١١.٣٣	< ٠.٠٠١
	١٤	٠.٥٠٧	٠.٠٥٧	٨.٨٣	< ٠.٠٠١

	١٧	٠.٨٠٨	٠.٠٧٠	١١.٥٣	< ٠.٠٠١
	٢٤	٠.٥١٧	٠.٠٦٩	٧.٤٧	< ٠.٠٠١
	٢٦	٠.٦٨٠	٠.٠٧٤	٩.١٨	< ٠.٠٠١
	٢٩	٠.٦٥٦	٠.٠٦٢	١٠.٦٣	< ٠.٠٠١
الحاجة إلى السيطرة	٦	٠.٦١٢	٠.٠٦٨	٩.٠٦	< ٠.٠٠١
	١٣	٠.٢٣٥	٠.٠٦٨	٣.٤٥	< ٠.٠٠١
	٢٠	٠.٥١٨	٠.٠٧٢	٧.١٧	< ٠.٠٠١
	٢٢	٠.٧٧٣	٠.٠٧١	١٠.٩٣	< ٠.٠٠١
	٢٥	٠.٥٦٧	٠.٠٦٧	٨.٤٧	< ٠.٠٠١
	٢٧	٠.٢١٥	٠.٠٦٦	٣.٢٧	< ٠.٠٠١
الوعي الذاتي المعرفي	٣	٠.٤٦٥	٠.٠٦٩	٦.٧٠	< ٠.٠٠١
	٥	٠.٣٨٩	٠.٠٦٧	٥.٨١	< ٠.٠٠١
	١٢	٠.٥٢٤	٠.٠٦٨	٧.٧٢	< ٠.٠٠١
	١٦	٠.٤٥٧	٠.٠٧١	٦.٤٤	< ٠.٠٠١
	١٨	٠.٤٠٢	٠.٠٦٩	٥.٨١	< ٠.٠٠١
	٣٠	٠.٦٢٥	٠.٠٧٠	٨.٩٦	< ٠.٠٠١

وحسب الثبات للمقياس بطريقة ألفا كرونباخ وكانت قيمتها للأبعاد على النحو التالي: المعتقدات السلبية بنقص القدرة على الضبط والتحكم في القلق ٠.٧٦٢ والمعتقدات السلبية بنقص القدرة على الضبط والتحكم في القلق ٠.٧٠٨ والثقة المدركة ٠.٧٨٣ والحاجة إلى السيطرة ٠.٦٠٢ والوعي الذاتي المعرفي ٠.٦٨٢. وبلغ معامل ألفا لمفردات المقياس ككل ٠.٨٤٥.

إجراءات الدراسة: قام الباحث بتعريب أدوات الدراسة إلى اللغة العربية، كما تم ترجمة بعدي قائمة التشخيص المبدئي لمتلازمة طالب الطب، وأعدت المقاييس في الصورة الالكترونية وتم برمجتها عبر جوجل فورم، وتم توجيه المقاييس إلى بعض الزملاء من أساتذة الصحة النفسية للتطبيق على الطلاب. وتم حساب العلاقات بين التجول العقلي والمعتقدات ما وراء المعرفية مع بعدي قائمة التشخيص لمتلازمة طالب الطب للتحقق من مدى ارتباطها بالمتغيرين، ثم تم فرز العينة وانتقاء الطالبات وذلك بعد ملاحظة صغر عدد الذكور بطريقة متناهية الصغر، وتم عزل متغير العمر لتضح تأثيره على قيمة العلاقة.

التحليل الاحصائي: استخدمت الدراسة برنامج Jamovi 2.3.26 في إجراء التحليلات الإحصائية حيث إن يتضمن التحليل الاستدلالي والتحليل المتدرج (التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي) للمقاييس النفسية، دون الحاجة إلى تعدد برامج التحليل الشائعة في العلوم النفسية. واستخدمت الدراسة تحليل مصفوفة الارتباط بطريقة بيرسون المشفوعة بالأشكال الانتشارية لمتغيرات الدراسة الداخلة في التحليل.

الجوانب الأخلاقية: تم اعلان الميثاق الأخلاقي للبحث بحقوق وواجبات كل مستجيب، وتم إضافة الموافقة المستنيرة بالتطبيق الالكتروني، وللمصداقية طلب الباحث من كل مستجيب أن يضع الرقم القومي لهويته الشخصية كي لا تكون هناك زيف في الاستجابة. استغرقت فعاليات الدراسة في الفترة من ٥ نوفمبر ٢٠٢٢ حتى ٣٠ أبريل ٢٠٢٣ للحصول على العينة المطلوبة. وعرضت الدراسة على اثنين من المحكمين

من قسم مناهج وطرق تعلم اللغة الأجنبية وإجراء التعديلات على الصياغة وتعريب المصطلحات بما يتوافق مع البيئة المصرية.

النتائج والمناقشة:

أولاً: مؤشرات الإحصاء الوصفي:

حاولت الدراسة تفسير بعض المؤشرات الوصفية لمتغيرات الدراسة كي يمكن فهم طبيعة المعتقدات ما وراء المعرفية والتجول العقلي المرتبط المدركة ببعض الاضطرابات النفسية لدى الطلاب المصابون بمتلازمة طالب الطب، وكانت مؤشرات الإحصاء الوصفي على النحو المبين:

جدول (٧): مؤشرات الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة (ن= ٢٣٥).

المؤشر	المعتقدات الإيجابية حول القلق	المعتقدات السلبية عن خلل كبح القلق	الثقة المدركة	الحاجة إلى السيطرة	الوعي الذاتي المعرفي	المعتقدات ما وراء المعرفية	تجول إرادي	تجول لاإرادي	التجول العقلي
المتوسط	١٣.٤	١٩.٦	١٨.٢	٢٠.٣	٢١.١	٩٢.٥	٢٥.٩	٥٩.٣	٨٥.٢
الوسيط	١٤	٢٠	١٨	٢١	٢١	٩٢	٢٥	٥٩	٨٤
التباين	١٥.٥	١٦.٩	١٩.٤	١٣	١٢	١٦٨	٣٨.٣	١٩٦	٣٥٩
الحد الأدنى	٥	٦	٦	٦	٧	٣٢	٨	٢٢	٣٢
الحد الأقصى	٢٥	٣٠	٣٠	٣٠	٣٠	١٤١	٤٠	١٠٠	١٤٠

بلغت قيمة المتوسط لمقياس التجول العقلي ٨٥.٢ وهي أعلى من نصف قيمة الدرجات التي يمكن تقديرها على المقياس، مما يتضح أن عينة الطلاب الاستطلاعية تعاني من تجول عقلي، في حين كانت قيمة التباين ٣٥٩ وهي تعني اتساع قيمة الفروق الفردية بين الافراد في التجول للعقلي، فالبعض قد يكون مركزاً على الأعراض الظاهرة التي يعاني منها والتي قد تتشابه مع عرض معين في اضطراب نفسي معين من الذي قرأ عنه أو درسه، والبعض الاخر قد يكون مركزاً على توهم المرض خصوصا وحينما ذهب إلى الطبيب لطلب الاستشارة العلاجية ووجد نفسه صحيحاً، ولا يوجد له سبب عضوي لشكواه. في حين أن قيم الوسيط لدرجة التجول العقلي الكلية كانت ٨٤ وهي أعلى من منتصف الدرجات التي يمكن تقديرها لنصف مفردات المقياس مما يعني معاناة العينة من التجول العقلي بدرجة ملحوظة.

وبالرغم من أن عدد المفردات المرصودة لبعد التجول اللاإرادي أقل منه في التجول الارادي، إلا أن قيمة متوسط الدرجة المرصودة للعينة ملفتة بدرجة واضحة بلغت ٥٩.٣ بينما بلغت قيمة المتوسط للتجول الارادي ٢٥.٩ مما يعني الانشغال والاستغراق العقلي في الأعراض والانشغال بها.

في حين أن قيمة التباين للتجول الارادي ٣٨.٣ درجة وهي منخفضة جداً بالمقارنة بنظيرتها اللاإرادية ١٩٦، بمعنى أن التجول العقلي الارادي متشابهاً والفروق الفردية بين الافراد متشابهة جداً، وقد تكون

بالدرجة واضحة فيما يرتبط بالشرود الذهني للأعراض الظاهرة التي يعاني منها الفرد في بعض الاضطرابات، وتحري الوقت الذي تظهر فيه بقية الأعراض، بينما كان التجول اللاإرادي يكون بالهروب العقلي من الواقع وهي رفض فكرة أنه موصوم بالمرض ورفض فكرة كبح القلق المرتبط بالصحة النفسية، وضعف السيطرة، بينما بملاحظة قيم أبعاد المعتقدات ما وراء المعرفية وهما الحاجة إلى السيطرة (بلغ المتوسط ٢٠.٣ درجة)، والوعي الذاتي المعرفي (بلغ المتوسط ٢١.١) وهي قيمتان متقاربتان وعليه يكون التجول اللاإرادي سببه هو الحاجة إلى السيطرة ومراجع الطبيب، أو رفضه فكرة أنه سليم صحياً خصوصا وأن الفحوصات الطبية قد تكون أثبت سلامته وهذا يرجع إلى الشرود الذهني المرتبط بأعراض الوعي الذاتي المعرفي المرتبط ببعض الأعرض الظاهرة عليه نتيجة استغراقه في أعراض الاضطراب الذي يشعر أنه مصاباً به.

نتائج الفرض الأول وتفسيرها: وينص على "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين المعتقدات ما وراء المعرفية والتجول العقلي وبعدي قائمة تشخيص طالب الطب (إدراك المرض والضيق المرضي) لدى طلاب كلية التربية"، وقد أختبر الفرض على العينة الكلية ٢٣٥ للتعرف على مدى ارتباط ومعاناة طلاب الكلية (ذكور واناث) من تلك المتلازمة. ولاختبار صحة الفرض حسبت مصفوفة الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لكل من المعتقدات ما وراء المعرفية والتجول العقلي وبعدي قائمة تشخيص طالب الطب وكذلك العمر. وكانت النتائج على النحو المبين:

جدول (٨): مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة وبعدي قائمة تشخيص طالب الطب (ن= ٢٣٥).

	المعتقدات ما وراء المعرفية	التجول العقلي	العمر	إدراك المرض	الضيق المرضي
المعتقدات ما وراء المعرفية	-				
التجول العقلي	**٠.٣٩٨	-			
العمر	-٠.١٠٩	*-٠.١٦٦	-		
إدراك العرض	*٠.١٤٢	***٠.٢٧٣	*٠.١٣٢	-	
الضيق المرضي	**٠.٢٠١	***٠.٢٣٤	٠.٠١٨	***٠.٥٢٥	-

بلغ العلاقة بين العمر والتجول العقلي -٠.١٦٦ وهي دالة احصائياً، بمعنى أن الشرود الذهني يقل بزيادة العمر، خصوصاً وأن درجة الكفاية المعرفية ودقة المعالجة المعرفية لدى المرء تكون في أوج استعدادها في المراحل العمرية الأكبر، ولكن تلك العلاقة ضعيفة بدرجة ملحوظة.

وبيد أنه تم تصنيف عينة الدراسة وهي متلازمة طالب الطب تم تصنيفها في ضوء بعدين أحدهما إدراك المرض والأخر الضيق النفسي، إلا أنه لوحظ أنهما يرتبطان بدرجة موجبة متقاربة مع التجول العقلي، فإدراك العرض يرتبط بصورة أعلى بالتجول العقلي ٠.٢٧٣ في حين ارتبط بالضيق المرضي ٠.٢٣٤ أي

أن الشرود الذهني المرتبط بالمعالجة المعرفية وتحري أعراض المرض يكون ملفتاً، بينما الشرود الذهني المعرفي المرتبط بالضيق المرضي راجعاً لاعتقاده لراسخ بضعف السيطرة على الانشغال والاستغراق بتحري سلوكه بصورة ملفتة تؤثر على طريقته في التعامل مع الأخرين وسلوكياته الاجتماعية. كما أن الوعي الذاتي المعرفي المرتبط بادراك العرض وتحري المرض عليه يشغل ذهن المرء بغض النظر عن عمره وهذا يبرر معامل الارتباط الضعيف بين العمر والتجول العقلي، وبين إدراك العرض والعمر.

ومن الملاحظ بمكان أن العلاقة بين إدراك العرض على المرء والضيق المرضي متوسط القيمة بلغت قيمته ٠.٥٢٥، وقد تكون هذه العلاقة ناجمة عن التجول العقلي اللاإرادي الناجم عن إدراك بعض الأعراض المضطربة في سلوك المرء، وقد يتحول الأمر بمرور الزمن إلى شرود ذهني إرادي الذي يسبب الضيق المرضي، وهذا قد يكون سبباً في العلاقة الضعيفة بين الضيق المرضي والمعتقدات ما وراء المعرفية.

وبالرغم من أن درجة المتوسط الحسابي المرتفعة للمعتقدات ما وراء المعرفية والتي فاقت نصف الدرجة المكونة لمفردات مقياس المعتقدات ما وراء المعرفية، وأن هذه المعتقدات ما وراء المعرفية الناجمة عن الشعور بتملك الأعراض التي ترتبط بالاضطرابات النفسية والعصبية منه، وبالتالي زيادة الضيق المرضي (هذا يبرر العلاقة بين الضيق المرضي وادراك العرض) قد يكون سببه التجول الارادي نتيجة نشاط حالات الوعي الذاتي المعرفي الذي سبب تغييرات داخلية في أفكار المرء وتنجرف به نحو وساوس قهرية يحفزها القراءات الشخصية التي أبحر المتعلم في قراءتها.

ولإجراء الضبط التجريبي لجنس العينة إناث استخدم اختبار ت المستقلة للمقارنة بين الجنسين في العينة الاستطلاعية، وثبت أنه توجد فروق بين الجنسين في التجول العقلي (T=-2.49, df= 233, P=.013, Mean differences= -10.91)، بينما لم توجد فروق بين الجنسين في المعتقدات ما وراء المعرفية (T=-1.52, df= 233, P=.133, Mean differences= -4.58).

نتائج الفرض الثاني وتفسيرها: وينص على "توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات ما وراء المعرفية والتجول العقلي لدى طالبات كلية التربية ذوي متلازمة طالب الطب". وقد تم الضبط الاحصائي لمتغير العمر عن طريق اعتباره متغيراً مصاحباً واستخدم اختبار تحليل الارتباط الجزئي، وكانت النتائج على النحو المبين:

جدول (٩): مصفوفة الارتباط بين متغيرات الدراسة عند الضبط الاحصائي لمتغير العمر (ن= ١١٣).

المتغيرات	المعتقدات ما وراء المعرفية	التجول العقلي	المعتقدات الإيجابية حول القلق	المعتقدات السلبية عن خلل كبح القلق	الثقة المدركة	الحاجة إلى السيطرة
المعتقدات ما وراء المعرفية	-					
التجول العقلي	**٠.٥٧٩	-				
المعتقدات الإيجابية حول القلق	٠.٠٥٨	***٠.٤٣٥	-			
المعتقدات السلبية عن خلل	***٠.٣٢٢	***٠.٨١٤	٠.١٦٩	-		

كبح القلق						
الثقة المدركة	٠.٤١٤***	٠.٧٣٢***	٠.٠٨٥	٠.٦٠٧***	-	
الحاجة إلى السيطرة	٠.٢٣٧*	٠.٨٢٤***	٠.٠٩١	٠.٧١٣***	٠.٤٩٩***	-
الوعي الذاتي المعرفي	-٠.١١٥	٠.٦٣٢***	٠.٠٩٢	٠.٣١٨***	٠.٢٥٣***	٠.٥٩٣***

اتضح من قيمة معامل الارتباط بين التجول العقلي والمعتقدات ما وراء المعرفية أنها قيمة متوسطة بلغت ٠.٥٧٩ بمعنى أن الزيادة في التجول العقلي يكون راجعاً للاعتقاد ما وراء المعرفي الراسخ بطبيعة الأمراض والاضطرابات النفسية والعصابية. والمتأمل في قيمة العلاقة عقب انتقاء عينة الطالبات التي تعانين من متلازمة طالب الطب، فقد تضخمت قيمة معامل الارتباط بين ٠.٣٩٨ إلى ٠.٥٧٩ بما يفيد أن الوعي بالمعرفة المتضمن دلالات وعلامات الإصابة ببعض الاضطرابات النفسية والذي يستغرق فيه العقل في التفكير ويصبح الوعي منصرفاً بما يلاحظه المرء في مرحلة التجول العقلي، بل ويستغرق العقل إلى مستوى أعلى من مستويات المعتقدات ما وراء المعرفية وهو مستوى الوعي بالتفكير عن طريق بحث المرء ومراقبته لاستكمال ظهور بقية الأعراض والدلالات وتحريها، دونما أدنى وعي بأن هناك قوائم للمسح والتشخيص الطبي لاستبعاد الإصابة بتلك المتلازمات وأن ما يعيه من دلالات وأعراض راقبها في ذاته قد تكون نابعة من إصابات سيكوسوماتية نتيجة الضغوط التي عانى منها وهذا يتفق نسبيا مع دراسات (Flavell, 1979; Szczurek et al., 2021; Tajrishi et al., 2011).

كما أن رفض العقل البشري لجل معاني الإصابة بالمرض النفسي تدفع العقل إلى الشرود الذهني، ويتحول التجول العقلي غير الواعي إلى تحول واعي، ذلك وأن مستوى الوعي باستراتيجيات التفكير وهو أحد مستويات المعتقدات ما وراء المعرفية يحرك المرء إلى الصورة الواعية الأكثر دقة كي يتخلص من الصور النمطية غير الواعية ويدفع الفرد إلى التأمل بصورة تستغرق الفرد وتدفعه إلى تهيؤ بعض الأعراض من شدة الاستغراق الانفعالي والعبء المعرفي الدخيل الناجم عن ابحار المتعلم في المعارف الطبية وعدم اقتصاره على ما تمت دراسته في المقررات وهذا يتفق جزئياً مع (Clark et al., 2003; Stenhoff et al., 2015; Szczurek et al., 2021).

وأسفرت النتائج عن علاقة ارتباطية موجبة بين المعتقدات السلبية المرتبطة بخلل كبح القلق والتجول العقلي بلغت قيمتها ٠.٨١٤ فالتجول بمستوييه يجعل المرء أمام مشكلتين:

أ. التجول العقلي الواعي الإرادي تجعل هناك أزمة نتيجة نقص المعرفة المتخصصة في فرز الاضطرابات والأمراض النفسية والعصبية، وهذا قد يكون راجعا إلى الانطباعات الخيالية وقمع الفكر نتيجة احساسه الشديد بالتجربة المرضية واستسلامه للوساوس والهلاوس التي يعانيها نتيجة الاستغراق في التفكير وهذا يتفق مع (Candel & Merckelbach, 2003; Ngo-Thi et al., 2021). وقد يصبح الأمر ضاغطا على المتعلم إلى حد الاجترار وراء توهم المرض والانخراط

في المعرفة النفسية وتجارب التحليل النفسي فيصاب ببعض الأحاسيس التي تميل إلى تصوير نفسه على أنه مريض ويتقمص دور المريض ويتجه نحو الشعور بالاغتراب النفسي بسبب مصاحبة بعض سمات الشخصية للانطوائية والعصابية وهذا يتفق مع (Deo & Lymburner, 2011)، أو الإصابة بمتلازمة الاحتراق النفسي أو متلازمة الإرهاق المزمن فيتأثر أدائه بالسلب نتيجة الاستغراق الانفعالي وراء أعراض وهمية وهذا يتفق مع (Stenhoff et al., 2015; Waterman & Weinman, 2014).

ب. التجول العقلي غير الواعي أو غير الإرادي، ويرتبط إلى حد ما بتوهم العرض، فترتبط بتشبيه المتعلم الأعراض التي درسها بما يعانيه من أحاسيس وهي عملية مقارنة أو مطابقة زائفة، تنم عن سوء فهم لتلك العلامات المرضية التي تنعكس على التفسير السطحي للأعراض الجسمية الغامضة مما يؤثر على الصحة النفسية للمتعلم نتيجة انشغاله الزائد وغير الواعي بعدة أعراض ظهرت عليه قد تتشابه في عرض أو اثنين من أعراض اضطرابات نفسية ولكنها عملية غير وهمية حدثت تحت نوع من الإيحاء الذي ولد قدر من المخاوف المستمرة وهذا يتفق مع (Candel & Merckelbach, 2003; Deo & Lymburner, 2011; Hardy & Calhoun, 1997; Ngo-Thi et al., 2021).

ولوحظ من النتائج أن المعتقدات الإيجابية حول القلق ترتبط إيجابيا بالتجول العقلي وبلغت قيمة معامل الارتباط ٠.٤٣٥ وهي قيمة متوسطة. وقد يكون هناك نوع من التكيف الأمن نتيجة عدم ظهور كافة الأعراض، بالإضافة إلى أن عدم استيعاب المرء لتجربة نفسية مرضية يجعل هناك قدر ملائم من التنظيم الذاتي بصورة توفر أنماط من التأقلم والهروب من تلك المعتقدات المعرفية هذا بالنسبة للتجول العقلي غير الارادي وهذا يتفق مع Cartwright-Hatton & Wells (1997). ولكن الدراسة تتعارض مع نتائج (Schooler et al., 2011; Was et al., 2019; Wells, 2007) التي ترى أن التجول العقلي يسبب نقص القدرات وتفاقم المعتقدات المعرفية التي لا يمكن للمتعلم السيطرة عليها، إذ أن المرء في مرحلة ما يلجأ إلى طلب الرعاية الاكلينيكية وسرعان ما يستعيد اتزانه العقلي جراء ادراكه بأنه معافى وغير مصاب بأي من تلك الاضطرابات، وأن هذا الربط بين تلك الأعراض وحالته الجسمية قد يكون ناجما عن معايشته لأحلام اليقظة لحالة مرضية نتيجة تعمقه في معرفة طبية غير متخصصة.

والمتأمل في النتائج يجد أن العلاقة بين الثقة المدركة كبعد من أبعاد التجول العقلي بلغت ٠.٧٣٢ وهي قيمة مرتفعة، وتعد هذه العلاقة منطقية إذ أن اليقظة العقلية هي متغيراً وسيطاً كما حددها (Carciofo et al., 2014) في دراسته، وتلعب الدور البالغ في طبيعة العلاقة بين المعتقدات ما وراء المعرفية والتجول العقلي وبالتالي فالإدراك الواعي بأن فرز المرء لأعراض مرضية تتصل بمتلازمة وإدراكها على

نفسه أو الأخر هي عملية قد تكون وهمية أو زائفة وبالتالي فالتنظيم الذاتي للتعامل بنبذ الأفكار اللامنطقية المرتبطة بالصحة العقلية هي المخرج الرئيس الذي لعبته الثقة المدركة بالذات أنه صحيح وهذا ما أشرت إليه دراسات (Deng et al., 2019; Ngo-Thi et al., 2021).

ومن ناحية أخرى فقد يكون المعتقدات المعرفية تتوسط العلاقات بين التجول العقلي كمستقل والمتغيرات الانفعالية كتوابع كما أكدت دراسة (Carciofo et al., 2017)، كما أن بعض سمات الشخصية التي تنعكس في سلوك المرء وارتباطها بالتجول العقلي من ناحية وبالمعتقدات ما وراء المعرفية تجعل الشخص والتي فسرها (Schooler et al., 2011; Smallwood & Schooler, 2006)، تجعل المرء متقبلاً للواقع الذي يتعايش معه، ويستخدم استراتيجيات للتكيف الأمن إذ أنه لا توجد أعي عرض جسماني أو تشخيص طبي مفسراً لما أدركه على نفسه من أعراض، وأن هذا الأعراض هي متضاربة وبالتالي فشرود الذهن يكون نابعاً من تجربة انفعالية مصاحبة مؤلمة لواقع يعيشه المرء فيجعله ينساق وراء اجترار العاطفة من الأخرين واضطرابات المزاج التي تجعله فريسة للشعور بمثل هذه الأعراض وهذا قد يتفق منطقياً مع دراسات (Carciofo et al., 2017; Carciofo, 2021; Smallwood et al., 2011; Was et al., 2019).

واتضح من النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الحاجة إلى السيطرة والتجول العقلي بلغت قيمتها ٠.٨٢٤ وهي قيمة مرتفعة. فرغبة المرء في درأ التجارب الانفعالية المؤلمة المصاحبة لإدراكه الصريح لعرض أو أكثر من أحد الاضطرابات النفسية التي درسها يجعله يشاور من حوله كنوع من استراتيجيات المواجهة للضغوط التي يعانيها وهذا يتفق مع (Thomas et al., 2014). فإعادة التصور التي يدركها الفرد عن طبيعته الانفعالية نتيجة التحدث مع الأهل والأصدقاء بمثابة تفريغ نفسي لمعاناته وتبصرته بسبل أكثر تأقلما وصرف تلك الأفكار اللاعقلانية التي سببت له الشرود الذهني والاستغراق الانفعالي وهذا اتفق مع دراسات (Szczurek et al., 2021). كما أن التنفيس الانفعالي الذي أدركه المرء بمثابة حاجة لاستعادة السيطرة الانفعالية والشخصية وهي بمثابة تعزيز يفر له في نهاية المطاف الشعور السليم ذاتياً نتيجة إدراكه أن ما تصوره من أعراض عليه هي أعراض غير متكررة قد تكونت في موقف ضاغط في سياقات غير مقصودة وهذا يتفق مع (Gruberger et al., 2011; Seli et al., 2018).

وأسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الوعي الذاتي المعرفي وبين التجول العقلي بلغت ٠.٦٣٢ وهي علاقة متوسطة. فمن المنطقي أن يكون استغراق معرفي للمتعلم في مادة دراسته الأمر الذي يستدعي التوقف أمام رغبة المتعلم في النجاح وتشبعه بالمادة العلمية إذ يتمتع فيها بالمتعة المدركة، ولكن شرود الذهن المرتبط بتوهم العرض أو توهم المرض هي عملية غير مدركة في بدايتها ويصعب التحكم فيها أو توثيقها أو السيطرة عليها إذ ما تملكت الأفكار اللاعقلانية من المتعلم وهذا يتفق مع

(Bore et al., 2016; Gruberger et al., 2011; Ngo-Thi et al., 2021). ومن المنطقي أن يكون العلاقة بين الوعي المعرفي الذاتي والتجول العقلي كبيراً، ولكنه في الدراسة متوسط القيمة، ذلك أن الاناث يسيطر عليهم حالات انفعالية تتسم بالاكتئاب والاجترار وراء العطف، وهي منطقيا ناجمة عن إعاقة المعالجة الانفعالية وتنشيط قمع الأفكار لتجنب فكرة الموت أو الشعور بالتهديد الوهمي لأعراض قد تكون غير موجودة بالفعل وهذا يتفق مع (Tolin et al., 2002; Wegner & Erber, 1992; Wells & Sembi. 2004).

التعليق وفلسفة النتائج:

تسلط الدراسة الضوء على أحد الظواهر النفسية التي يتعرض لها الطالب المعلم في كلية التربية، فالطالب يدرس بعض المقررات الخاصة بقسم الصحة النفسية والتي ترتبط بالاضطراب النفسية والعصبية والأمراض النفسية والذهانية. ونتيجة استغراق المتعلم في دراستها يعاني المتعلم بصورة لا واعية من التجول العقلي غير المقصود لاواعي بالتقاط بعض تلك الأعراض المتضاربة ووصم نفسه بالإصابة بهذه الاضطرابات، ثم تبدأ التجربة في التوسع والتكرار حتى يصعب السيطرة عليها، ويصاب المتعلم ببعض الوساوس والتي تجعل هناك خيالات ترتبط بهلع الموت أو الجنون، ويعاني من بعض الاضطرابات السيكوسوماتية والتي غالبا ما تجعله يطلب الرعاية الصحية.

تلك الظاهرة في التراث النفسي تم وصفها بمتلازمة طالب الطب، غالبا ما يتسم بها طالب الطب البشري، أو طالب التمريض، أو طالب شعبة علم النفس في كليات التربية. وقامت الدراسة برصد تلك الظاهرة عن طريق استخدام أداة لرصد متلازمة طالب الطب، وذلك من خلال استخدام مقياسين توهم العرض، والضيق المرض المرتبط بتوهم المرض، ثم قامت الدراسة بمحاولة رصد العلاقات بين متغير التجول العقلي كدرجة كلية، والمعتقدات ما وراء المعرفية كأبعاد وكدرجة كلية، على جميع الطلاب الذين درسوا مقررات من هذا القبيل.

وقد اتضح من النتائج أن تفوق عدد الاناث على الذكور بات مهدداً للصدق الداخلي للنتائج إذ ترتبط متغيرات الدراسة بعض المتغيرات الشخصية والانفعالية كما رصدت بعض الدراسات النفسية فقام الباحث باختيار الاناث كعينة للدراسة، ثم قام الباحث بتحديد تلك العينة التي عانت من متلازمة طالب الطب. وقام الباحث بعمل ضبط احصائي لمتغير العمر لسببين أولاً أن متلازمة طالب الطب لا تتغير من طالب لأخر بتغير العمر دون تحديد جنس العينة التي أجريت عليها دراسة (Bore et al., 2016). أما السبب الثاني هو تغير التجول العقلي بتغير العمر كما ظهر في إجابة السؤال الأول بالنتائج. بالإضافة إلى أنه ثبت تغير التجول العقلي لدى الجنسين.

اتضح من النتائج تضخم قيمة معامل الارتباط بين التجول العقلي والمعتقدات ما وراء المعرفية في عينة الاناث المصابات بمتلازمة طالب الطب، عنه في العينة الاجمالية للدراسة، وهذا يرجع إلى انشغال الذهن والاستغراق العقلي وبما يترتب عليه من مشكلات نفسية وانفعالية نتيجة الشعور بالإصابة بالمرض أو الاضطراب أو الشعور بالخزي والوصم، بالإضافة إلى أنهن لم يدركن حدود المعرفة الطبية التي استغرقن في قرائتها نتيجة عوامل الالهاء والتشتيت التي نتجت من القراءات غير المتخصصة مما يسبب كلفة انفعالية لدى الاناث وهذا اتفقت معه دراسات (Forster & Lavie, 2009; Preiss, 2022; Waterman et al., 2014). ما تبرر الدراسة أن تفوق الاناث في التجول العقلي قد يكون راجعاً إلى ارتباطه بالنواحي الانفعالية والشخصية بدرجة تؤدي إلى استغراق الاناث توهم المرض والتصور الموصوم للذات والاستغراق في حالات مزاجية تصل بهن إلى حد الاكتئاب وهذا اتفق مع دراسات (Deng et al., 2014; Forster & Lavie, 2009; Killingsworth & Gilbert, 2010; Waterman et al., 2014; Wells & Sembi. 2004)، مع العلم أنه بالرغم من هذا الاتفاق إلا أن الدراستين لم يحددن جنس معين لهذه النتيجة.

ولكن بالنظر إلى طبيعة متلازمة طالب الطب والتي تدمج بين نوعين من الوساوس أو التوهم للعرض وتوهم المرض، فقد يؤدي هذا إلى ترسخ المعتقدات المعرفية على الجمع بين الأعراض السلوكية الظاهرة والحالة الداخلية لهن، مما يثير اليقظة العقلية ويجتر الاناث إلى الاستجابة الواعية للمعتقدات المعرفية الخاطئة وتبني أخطاء معرفية قائمة على خرافات ناجمة عن قراءات غير متخصصة وغير فاحصة للمعرفة الطبية وهذا قد تبرره دراسات مثل (Deng et al., 2014; Smallwood et al., 2011)، وهذا يبرر إلى حد ما العلاقة التي تضخمت لدى الاناث في العلاقة بين التجول العقلي والمعتقدات ما وراء المعرفة.

وغالبا التجول العقلي المرتبط بمتلازمة طالب الطب بصورة لا واعية ثم يتطور ويتكرر ويصبح غير قابلا للضبط وفيه لا يدرك المرء الوعي بما وراء المعرفة، ويصبح شرود الذهن وراء تحري بقية الأعراض لترسيخ إصابته بالمرض النفسي أو الاضطرابات النفسية والعصبية وهذا يتفق مع (Lopez et al., 2021). ونظرا لوجود بعض التهديدات التي تعاني منها الاناث في كشف الذات أو طلب الرعاية الصحية فيتحول الأمر إلى بعض الأمراض السيكوسوماتية وتؤيد إلى حالات اليقظة العقلية المذنبة المزعجة نتيجة التأخر في طلب الرعاية أو بسبب خلل التكيف الوظيفي مع المظاهر السلوكية الناجمة عن تقمص حالة مرضية بعينها وهذا يتفق مع دراسات (Clark et al., 2003; Lopez et al., 2021; Oyarzo et al., 2022; Preiss, 2022).

ومن الملاحظ بمكان أن قيم الارتباطات مرتفعة إلى حد ملحوظ للعلاقات بين التجول العقلي وكلا من المعتقدات السلبية الناجمة عن خلل كبح القلق ٠.٨١٤، والثقة المدركة ٠.٧٣٢، والحاجة إلى السيطرة

٠.٨٢٤، والوعي الذاتي المعرفي ٠.٦٢٣. ويمكن الخروج منها بعدة استنتاجات هي أن الوعي الذاتي المعرفة بالمعارف المرضية وما تقتضيه من حالات سلوكية يلعب دور لا يمكن إغفاله إذ أن الانشغال المتزايد للتفكير بالأعراض وما تصحبه من تكرار وتحري مزيد من أعراض اضطراب أو مرض نفسي بعينه يؤدي إلى تحول التجول العقلي من الصورة اللاواعية إلى الصورة الواعية التي قد تؤدي إلى متلازمة الإرهاق المزمن، وهي مرحلة من مراحل الاكتئاب.

بالإضافة إلى أن العلاقة بين الحاجة إلى السيطرة على تلك المعاناة المرتبطة بتوهم العرض وتوهم المرض ورغبة الشباب في الحديث مع متخصص، أو الشعور بالوصم الذي قد يدفعه إلى الحديث مع الأقران والأهل والأصدقاء لخفض الحالة المزاجية التي تسيطر على أفكاره وتشتت انتباهه، كما أنه قد يسيطر على ظروف التكيف النفسي للمرء مع بيئته نتيجة اضطرابات الضمير وتأثيرات المزاج السلبي وخلل النوم وهذا نتيجة رغبة المرء من المعتقدات المعرفية اللاتكيفية وهذا قد يتفق إلى حد ما مع دراسات (Carciofo, 2021; Deng et al., 2019).

كما أن العلاقة التي تقع في المرتبة الثانية بعد الحاجة إلى السيطرة هي المعتقدات السلبية الناجمة عن خلل كبح القلق في علاقته بالتجول العقلي، فتتأثر الشخصية لدى الاناث نتيجة عدم القدرة على السيطرة الانتباهية لتوهم العرض، أو تملك المرض، وهذا يتوقف على نوعية الأفكار الخارجية المسيطرة التي قد ترتبط بالاعتقاد الذاتي أن العوامل البيئية أثرت عليهن بالقهر والمرض النفسي أو من خلال المراقبة لتقييمات السلوك التي سببت لتباين السياق الاجتماعي عما كان عليه مسبقاً وهذا يتفق مع (Carciofo, 2020; Deng et al., 2019; Jordano & Touron, 2018)، أو قد يكون العلاقة بين المعتقدات السلبية الناجمة عن كبح القلق والتجول العقلي راجعاً نتيجة تجارب الإخفاق لدى الاناث بالسيطرة على مثيرات الضغوط مما أصبهن بمتلازمة الإرهاق المزمن وهذا قد يتفق مع (Stenhoff et al., 2015; Waterman & Weinman, 2014).

وتوصي الدراسة بضرورة مراجعة تلك المناهج الدراسية المقدمة لطالب علم النفس بالأخص التي ترتبط بقسم الصحة النفسية، ذلك وأن رغبة المتعلم في التبحر في المعرفة، وعزوفه إلى قراءة المعرفة الطبية قد يكسبه معتقدات معرفية لا تكيفية مع سياقات الحياة العامة، وهنا يستوجب قيام قطاع خدمة المجتمع والبيئة بعقد ندوات متخصصة بالتضافر مع قسمي الصحة النفسية وقسم طب الأسرة أو الطب النفسي بكلية الطب لتقديم الارشاد النفسي لتخطي مثل تلك الأزمات التي تؤثر على الأداء التحصيلي نتيجة الاسراف الذهني والنشاط العقلي المبالغ فيه المرتبط بالمرض.

المراجع

Ashouri, A. (2009). Metacognitive beliefs and general health among college students. ***Journal of Fundamentals of Mental Health, 11*****(41), 15-20.**

Bore, M., Pittolo, C., Kirby, D., Dluzewska, T., & Marlin, S. (2016). Predictors of psychological distress and well-being in a sample of Australian undergraduate students. ***Higher Education Research & Development, 35*****(5), 869-880.**

Candel, I., & Merckelbach, H. (2003). Fantasy proneness and thought suppression as predictors of the medical student syndrome. ***Personality and individual differences, 35*****(3), 519-524.**

Carciofo, R. (2020). Morningness–eveningness and affect: The mediating roles of sleep quality and metacognitive beliefs. ***Sleep and Biological Rhythms, 18*****(1), 17-26.**

Carciofo, R. (2021). Morningness-eveningness and tertiary academic achievement: an exploration of potential mediators, including sleep factors, mind wandering, and metacognitive beliefs. ***Biological Rhythm Research, 52*****(8), 1240-1259.**

Carciofo, R., Du, F., Song, N., & Zhang, K. (2014). Chronotype and time-of-day correlates of mind wandering and related phenomena. ***Biological Rhythm Research, 45*****(1), 37-49.**

Carciofo, R., Song, N., Du, F., Wang, M. M., & Zhang, K. (2017). Metacognitive beliefs mediate the relationship between mind wandering and negative affect. ***Personality and Individual Differences, 107,*** **78-87.**

Carciofo, R., Song, N., Du, F., Wang, M. M., & Zhang, K. (2017). Metacognitive beliefs mediate the relationship between mind wandering and negative affect. ***Personality and Individual Differences, 107,*** **78-87.**

Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. ***Journal of anxiety disorders, 11*****(3), 279-296.**

Chun, M. M., Golomb, J. D., & Turk-Browne, N. B. (2011). A taxonomy of external and internal attention. ***Annual review of psychology, 62,*** **73-101.**

Clark, D.., Purdon, C., & Wang, A. (2003). ***The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: development of a measure of obsessional beliefs. Behaviour Research and Therapy, 41(6), 655–669.*** **doi:10.1016/s0005-7967(02)00032-3**

Deng, Y. Q., Li, S., & Tang, Y. Y. (2014). The relationship between wandering mind, depression and mindfulness. ***Mindfulness, 5,*** **124-128.**

Deng, Y., Zhang, B., Zheng, X., Liu, Y., Wang, X., & Zhou, C. (2019). The role of mindfulness and self-control in the relationship between mind-wandering and metacognition. ***Personality and individual differences, 141,*** **51-56.**

Deo, M. S., & Lymburner, J. A. (2011). Personality traits and psychological health concerns: the search for psychology student syndrome. ***Teaching of psychology, 38*****(3), 155-157.**

Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. ***American psychologist, 34*****(10), 906.**

Forster, S., & Lavie, N. (2009). Harnessing the wandering mind: The role of perceptual load. ***Cognition, 111*****(3), 345-355.**

Gionet, S., Arseneau, J., & Plourde, V. (2023). Psychopathology and mind wandering in young university students. ***Journal of psychiatric research, 163,*** **350-356.**

Gruberger, M., Ben-Simon, E., Levkovitz, Y., Zangen, A., & Hendler, T. (2011). Towards a neuroscience of mind-wandering. ***Frontiers in human neuroscience, 5,*** **56.**

Han, M., Lee, K., Kim, M., Heo, Y., & Choi, H. (2021). Metacognitive Rating Scale: A Study Applying a Korean Translation to Individuals with Schizophrenia. ***International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*****(13), 6853.**

Hardy, M. S., & Calhoun, L. G. (1997). Psychological distress and the" medical student syndrome" in abnormal psychology students. ***Teaching of Psychology, 24*****(3), 192-193.**

Hardy, M. S., & Calhoun, L. G. (1997). ***Psychological Distress and the "Medical Student Syndrome" in Abnormal Psychology Students. Teaching of Psychology, 24(3), 192–193.*** **doi:10.1207/s15328023top2403_10**

Jaleel, S. (2016). A Study on the Metacognitive Awareness of Secondary School Students. ***Universal Journal of Educational Research, 4*****(1), 165-172.**

Jordano, M. L., & Touron, D. R. (2018). How often are thoughts metacognitive? Findings from research on self-regulated learning, think-aloud protocols, and mind-wandering. ***Psychonomic Bulletin & Review, 25*****(4), 1269-1286.**

Killingsworth, M. A., & Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. ***Science, 330*****(6006), 932-932.**

Lopez, A., Caffò, A. O., Tinella, L., & Bosco, A. (2021). The four factors of mind wandering questionnaire: content, construct, and clinical validity. ***Assessment,*** **10731911211058688.**

Moss-Morris, R., & Petrie, K. J. (2001). Redefining medical students' disease to reduce morbidity. *Medical education*, *35*(8), 724-728.

Ngo-Thi, T. T., Tran-Thien, G. P., Dang-Thi, N. T., & Tran-Chi, V. L. (2021). " Medical Student Syndrome" in Vietnamese psychology students.

Oyarzo, P., D Preiss, D., & Cosmelli, D. (2022). Attentional and meta-cognitive processes underlying mind wandering episodes during continuous naturalistic reading are associated with specific changes in eye behavior. *Psychophysiology*, *59*(4), e13994.

Preiss, D. D. (2022). Metacognition, Mind Wandering, and Cognitive Flexibility: Understanding Creativity. *Journal of Intelligence*, *10*(3), 69.

Schooler, J. W., Smallwood, J., Christoff, K., Handy, T. C., Reichle, E. D., & Sayette, M. A. (2011). Meta-awareness, perceptual decoupling and the wandering mind. *Trends in cognitive sciences*, *15*(7), 319-326.

Seli, P., Kane, M. J., Smallwood, J., Schacter, D. L., Maillet, D., Schooler, J. W., & Smilek, D. (2018). Mind-wandering as a natural kind: A family-resemblances view. *Trends in cognitive sciences*, *22*(6), 479-490.

Smallwood, J., & Schooler, J. W. (2006). The restless mind. *Psychological bulletin*, *132*(6), 946.

Smallwood, J., & Schooler, J. W. (2015). The science of mind wandering: Empirically navigating the stream of consciousness. *Annual review of psychology*, *66*, 487-518.

Smallwood, J., Mrazek, M. D., & Schooler, J. W. (2011). Medicine for the wandering mind: mind wandering in medical practice. *Medical education*, *45*(11), 1072-1080.

Smith, K. E., & Hudson, J. L. (2013). Metacognitive beliefs and processes in clinical anxiety in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *42*(5), 590-602.

Szczurek, K., Furgał, N., Szczepanek, D., Zaman, R., Krysta, K., & Krzystanek, M. (2021). "Medical Student Syndrome"—A Myth or a Real Disease Entity? Cross-Sectional Study of Medical Students of the Medical University of Silesia in Katowice, Poland. *International journal of environmental research and public health*, *18*(18), 9884.

Szpunar, K. K. (2017). Directing the wandering mind. *Current Directions in Psychological Science*, *26*(1), 40-44.

Tajrishi, K. Z., Mohammadkhani, S., & Jadidi, F. (2011). Metacognitive Beliefs and Negative Emotions. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 30,* 530–533. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.103

Thomas, S. J., Caputi, P., & Wilson, C. J. (2014). Specific attitudes which predict psychology students' intentions to seek help for psychological distress. *Journal of clinical psychology*, *70*(3), 273-282.

Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Przeworski, A., & Foa, E. B. (2002). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(11), 1255-1274.

Was, C. A., Hollis, R. B., & Dunlosky, J. (2019). Do students understand the detrimental effects of mind wandering during online learning?. *Computers & Education*, *135*, 113-122.

Waterman, L. Z., & Weinman, J. A. (2014). Medical student syndrome: fact or fiction? A cross-sectional study. *JRSM open*, *5*(2), 2042533313512480.

Wegner, D. M., & Erber, R. (1992). The hyperaccessibility of suppressed thoughts. *Journal of personality and social psychology*, *63*(6), 903.

Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, *14*(1), 18-25.

Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice*, *11*(4), 365-377.