

فاعلية برنامج ارشادي عقلاي انفعالي لخفض أعراض القلق وتحسين جودة الحياة لدى طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيکوسوماتية

د/ داليا نبيل حافظ

أستاذ علم النفس المساعد

رئيس قسم علم النفس – جامعة حلوان

ملخص البحث :

هدف البحث الحالي إلى التحقق من فاعلية برنامج ارشادي عقلاي انفعالي في خفض أعراض القلق وتحسين جودة الحياة لعينة من طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيکوسوماتية من الجنسين . وتمثلت عينة الدراسة في عدد (٢٤) من طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيکوسوماتية من الجنسين وتتراوح أعمارهم ما بين (١٨-٢٣) عاما، وينقسمون إلى (١٢) المجموعة التجريبية، و(١٢) المجموعة الضابطة، وذلك بتطبيق كل من مقياس " تيلور " للقلق الصريح (تعريب مصطفى فهمي، محمد غالي، ١٩٩٠)، وقائمة "كورنل" للأعراض السيکوسوماتية (ترجمة وإعداد برودمان وألبرت، ١٩٨٦) (ترجمة وإعداد محمود أبو النيل، ١٩٩٥) ومقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة (إعداد كمال الفليت، ٢٠١٢)، وبرنامج الارشاد العقلاي الانفعالي المقترح لخفض أعراض القلق، وتحسين مستوى جودة الحياة (إعداد الباحثة) .

توصلت نتائج البحث إلى وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي لتطبيق البرنامج لكل من مقياس القلق الصريح، وقائمة "كورنل" للأعراض السيکوسوماتية . والفروق في اتجاه المجموعة الضابطة . وفي مقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة والفروق لصالح المجموعة التجريبية، كما توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج على مقياس القلق الصريح . وقائمة "كورنل" للأعراض السيکوسوماتية . والفروق في اتجاه القياس القبلي . وفي مقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة والفروق في اتجاه القياس البعدي، وكذلك لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لتطبيق البرنامج الارشادي العقلاي الانفعالي على المقاييس المستخدمة في الدراسة .

فاعلية برنامج ارشادي عقلاي انفعالي لخفض أعراض القلق وتحسين جودة الحياة لدى طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية

د/ داليا نبيل حافظ

أستاذ علم النفس المساعد

رئيس قسم علم النفس – جامعة حلوان

مقدمة :

حاز موضوع الاضطرابات السيكوسوماتية وتفسيراتها على إهتمام واسع من الدراسات العلمية منذ منتصف القرن التاسع عشر نظرا للعلاقة الوثيقة بين النفس والجسد وأهمية الحالة الانفعالية ودورها في كفاءة وظائف الجسم الفسيولوجية، والقدرة على الأداء، إذ تعمل العلاقة بين الجسم والنفس على الاحتفاظ بالتوازن المناسب لممارسة الوظائف السيكولوجية والجسدية بكفاءة وفاعلية .

وقد امتد هذا الاهتمام أيضا" ليشمل دراسة عوامل التفكير وطبيعة المعتقدات حيث وجد الباحثون أن الاستجابات النفسية والجسدية تتشكل بفعل الطريقة التي يفكر بها الفرد ويقيم بها ذاته وعالمه ومستقبله والاحداث من حوله بإعتبارها آليات التوافق لديه وبذلك يختفي الخط الفاصل بين الجسد والعقل بفضل ما توصل إليه العلماء من وجود علاقة مباشرة بين الاضطرابات الجسمية والانفعال وطريقة التفكير . (Bootzin et al., 1993:214) وقد أوضحت العديد من الأبحاث وجود علاقة ارتباطية دالة بين معاناة الفرد من الاضطرابات النفسجسمية وبين الشعور بالقلق وانخفاض مستوى جودة الحياة لديه وما يرتبط به من قصور في فاعلية الفرد مما يفقده المهارات الايجابية اللازمة للتقدم والانجاز، حيث أكد دونفان (1998) Donovan على أن جودة الحياة تتضمن الوظائف الجسمية المتمثلة في انجاز الأنشطة الاجتماعية واليومية والرضا عن الحياة بشكل عام (تامر الراجحي، 2013، 3458-3459)

كما تشير العديد من الدراسات والملاحظات العيادية إلى التأثيرات السلبية للعوامل الانفعالية كالشعور بالقلق وانخفاض الشعور بجودة الحياة على صحة الفرد الجسمية حيث

د. داليا نبيل حافظ

تؤدي لآثار ضارة على القلب والأوعية الدموية، والغدد الصماء ووظائف المناعة واضطرابات النوم وغيرها .

ويؤكد العديد من الباحثين على أن العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والاضطرابات النفسية وانخفاض الشعور بجودة الحياة تتوقف شدتها على تدخل العديد من المتغيرات التي تؤثر بشكل أوبآخر في تشكيل العلاقة كطريقة التفكير والمعتقدات (نيفين نيروز، ٢٠٠٦: ٦) حيث يرى المعالجون المعرفيون أن انخفاض مستوى جودة الحياة المدرك من الفرد وما يرتبط به من استجابات إنفعالية سلبية كالقلق والاكتئاب يرتبط بشكل كبير باضطراب المحتوى المعرفي للفرد من (معتقدات - تفسيرات - بناءات - عزوسببي) ويؤكد رواد هذا التوجه المعرفي مثل (بيك Beck - كيلي Kelly - إمري Emry - إليس Ellis) على أن الاضطراب الانفعالي ناتج أساسا عن اضطراب التكوين المعرفي للفرد من (أفكار - تفسيرات - تخيلات) فيذكر كيلي Kelly أن الاضطراب الانفعالي ينشأ من التوقعات غير المعقولة والتنبؤات الخاطئة بالأحداث . إلا أن هناك إختلافاً بين رواد هذا التوجه في تفسير خصوصية الدور المعرفي في إحداث وإستمرار الاضطراب ، حيث أكد إليس Ellis على دور المعتقدات غير العقلانية في الإصابة بالاضطرابات الانفعالية كالقلق وانخفاض مستوى جودة الحياة لدى الفرد مما يؤثر على الكفاءة الجسمية للفرد والمعاناة من العديد من الأعراض الجسمية مثل الصداع النصفي، وقرحة المعدة ودقات القلب غير المنتظمة وغيرها من الاضطرابات السيكوسوماتية .

وتركز الدراسة الراهنة على شريحة من أهم شرائح المجتمع وهي طلاب الجامعة، ويصف العديد من الباحثين هذه المرحلة بأنها أكثر المراحل إمتلاءاً وفردية، كما أنها مرحلة لها أهمية كبرى في بناء الشخصية وتطور مستوى التفكير والاحساس بالهوية، إضافة إلى كونها مرحلة إعداد للحياة العملية وخلال تلك المرحلة يتعرض الفرد لضغوط هائلة حتى يسعى لأن يحقق لنفسه مكانة في المجتمع مما يجعلها مرحلة مشحونة بالقلق وبكثير مما ينغص عليه حياته (أمال صادق وفؤاد أبوحطب، ١٩٩٠) . ونظراً لأن جودة الحياة تعتبر إحدى المقومات الأساسية المرتبطة بالصحة النفسية للطلاب في المرحلة الجامعية فإن افتقادهم الشعور بجودة الحياة والمعاناة من مشاعر القلق قد يؤدي لإعاقة قدراتهم على فهم ذواتهم وعالمهم مما يعطلهم عن تحقيق أهدافهم، ويعوق انطلاق طاقاتهم ويمنعهم من

توظيف إمكاناتهم كما يقلل من مستوى انجازهم الأكاديمي . وقد يحدث أن يصرف هؤلاء توترهم وانفعالاتهم من خلال الجسم أو الأعضاء الحشوية Visceral Organs وتتم هذه العملية على المستوى اللاشعوري بدون وعي ولذلك لا يدركون الأسباب الحقيقية وراء آلامهم الجسمية (عبد الرحمن العيسوي، ٢٠٠٦ : ٧٨) .

وقد أظهرت العديد من الملاحظات العيادية أن كثير من طلاب الجامعة الذين يعانون من الاضطرابات السيكوسوماتية يتبنون بعض الاعتقادات غير العقلانية والأفكار الخاطئة والاستنتاجات المغلوطة والمفاهيم الخاطئة عن الذات والآخرين العالم والمستقبل مستنديين في ذلك على معلومات غير كافية أو غير صائبة، بالإضافة لعدم التمييز الكافي بين الواقع والخيال، وتوقع دائم للكوارث والمخاطر وشعور مستمر بالقلق والتهديد النفسي والجسمي والاجتماعي، وهي كلها مشاعر تعادي وتتناقض الشعور بجودة الحياة سواء على المستوى الشخصي أو الاجتماعي أو المادي أو الأكاديمي

ويهدف الارشاد العقلاي الانفعالي إلي إعادة البناء المعرفي للفرد من خلال استخدام فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية تعمل على تكوين فلسفة جديدة أكثر عقلانية ومنطقية عن طريق التدريب على استخدام طرق واستراتيجيات التفكير العقلاي الايجابي (Ellis,1990) . وفي هذا الصدد يعد البحث الحالي محاولة للتحقق من فاعلية برنامج ارشادي قائم على المنهج العقلاي الانفعالي يهدف إلى خفض أعراض القلق وتحسين مستوى الشعور بجودة الحياة لدى طلاب الجامعة من الجنسين ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية، من خلال التعديل المعرفي لأفكارهم غير العقلانية وتدريبهم على استخدام طرق التفكير العقلاي مما يقلل من معاناتهم من القلق ويحسن من مستوى شعورهم بجودة الحياة ويرفع درجة رضاهم عنها ويدربهم على تصريف انفعالاتهم وتوتراتهم من خلال الأنشطة الملائمة اللفظية والعملية بدلا" من تصريفها من خلال الجسد ومن ثم ينعكس ذلك أيجابيا" على خفض معاناتهم من الاضطرابات السيكوسوماتية .

أهداف البحث :

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق عدد من الأهداف الأساسية كما يلي :

د. داليا نبيل حافظ

- ١- الوقوف على طبيعة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وبين كل من أعراض القلق ومستوى جودة الحياة لدى طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية من الجنسين .
- ٢- اعداد برنامج ارشادي يستند على التوجه العقلاني الانفعالي " لألبرت اليس "، والتعرف على مدى فاعليته في خفض حدة أعراض القلق وتحسين جودة الحياة لدى عينة من طلاب الجامعة من الجنسين ممن يعانون من الاضطرابات السيكوسوماتية من خلال إعادة الهيكلة المعرفية لأفكارهم اللاعقلانية، بمناقضتها ودحضها والتعديل المعرفي لها .

أهمية البحث :

تحدد الأهمية النظرية للبحث في النقاط التالية :-

- ١- تمثل مشكلة الاضطرابات السيكوسوماتية Psychosomatic Disorders ظاهرة متزايدة في عصرنا الحديث بسبب منغصات الحياة التي تتزايد كل يوم وتعقد الظروف الاجتماعية والاقتصادية وكثرة انتشار هذه الاضطرابات أصبح يطلق عليها اصطلاح (أمراض العصر) . حيث توصلت الأبحاث إلى أن هناك ارتباط بين انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية بالتقدم التكنولوجي وعمليات التحضر (محمود أبوالنيل، ١٩٩٤، ٧٢) .
- ٢- تعود أهمية هذا البحث إلى توجيه انتباه الباحثين إلى مفهوم حديث ينتمي لعلم النفس الايجابي هو جودة الحياة وما يرتبط به من أبعاد وجوانب تسهم في تحسين شعور الفرد بجودة الحياة وما يتعلق به من تحسن الصحة النفسية للفرد وزيادة فاعليته وكفائته وتوافقه على المستوى الشخصي والاجتماعي والأسري والأكاديمي .
- ٣- يركز البحث الحالي على شريحة هامة في المجتمع وهي شريحة طلاب الجامعة والتي تمثل مرحلة عمرية محورية في حياة الأفراد حيث تعتبر أكثر مراحل العمر امتلاءا" بالأمال والطموحات والطاقت والسعى لتحقيق المكانة في المجتمع والاستعداد للحياة العملية مما يجعلها مرحلة مشحونة بالقلق تؤثر سلبيا" على مستوى شعورهم بجودة الحياة وقد يسبب ذلك لبعضهم وخاصة من تتسم طرق تفكيرهم بعدم الواقعية وغير العقلانية اضطرابات انفعالية كالقلق والاكتئاب والتي تعبر عن نفسها في شكل اعراض جسمية مما يعيق امكاناتهم ويقلل من طاقتهم لتحقيق ذواتهم وتوافقهم .

٤- القصور في الخدمات التأهيلية المقدمة لطلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية في ظل غياب أساليب العلاج النفسي والمعرفي الفعالة التي يمكن أن نلمس نتائجها بوضوح مما يثير لدينا الرغبة في التعرف على ماهية الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية والمفاهيم الخاطئة لديهم وتصحيحها وتعليمهم طرق التفكير المنطقي والعقلاني الأمر الذي يساعدهم في التغلب على مشاعر القلق وتحسين مستوى جودة الحياة لديهم ويخفض الاعراض السيكوسوماتية لديهم .

*الأهمية التطبيقية للبحث :-

يعد البحث الراهن محاولة لتوظيف نظريات علم النفس العلاجي والإرشادي ومناهجه وخاصة المنهج العقلاي الإنفعالي والتي تفيد في عمليات التنبؤ والإرشاد النفسي والمعرفي للأفراد ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية مما يجعلهم أكثر عرضة للقلق وخفض الشعور بجودة الحياة، وتقديم المساعدة النفسية المتخصصة لهم من ناحية، وكذلك الإعداد لبرنامج إرشادي عقلاي انفعالي يهدف إلى تبصيرهم وتوعيتهم بدور الأفكار غير العقلانية والمفاهيم الخاطئة في إحداث واستمرار مشاعر القلق وخفض الشعور بجودة الحياه مما يؤدي للاضطرابات السيكوسوماتية حيث يتمثل التدخل الارشادي في تعديل تلك الأفكار اللاعقلانية وتعلم بدلا" منها طرق التفكير العقلاي والمنطقي مما يجعل الأفراد ذوي الاضطراب السيكوسوماتي أكثر كفاءة وفاعلية في حياتهم ويساعدهم على الاحتفاظ بسلامتهم الجسمية والنفسية والتي تعد كفاءة الجسد من أهم أركانها مما يخفض لديهم القلق، ويزيد من شعورهم بجودة الحياة وينعكس بدوره على خفض معاناتهم من الاضطرابات السيكوسوماتية .

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها :

حظيت دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية في علاقتها بالعديد من المتغيرات النفسية والإجتماعية بقدر كبير من جهود بعض الباحثين منها على سبيل المثال لا الحصر (الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بالضغوط - الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بنمط الشخصية، وكذلك الاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتها بالقلق والاكتئاب وغيرها) ومن هنا ترجع أهمية البحث في أنه يغطي جانبا" لم ينل حظا" كبيرا" من الدراسة

د. داليا نبيل حافظ

وهو اعداد وتصميم برنامج ارشادي قائم على استراتيجيات التفكير العقلاني الانفعالي، وفنيات التفكير الايجابي لخفض أعراض القلق وتحسين جودة الحياة لدى طلاب وطالبات الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية من الجنسين من ناحية . كما تحاول الدراسة الراهنة تشكيل المقومات الأساسية المرتبطة بجودة الحياة وخفض القلق لدى طلاب الجامعة من ناحية أخرى نظرا لأهمية دورهم في المجتمع وتوجيه إمكاناتهم الوجهة الصحيحة . ومن ثم تحاول الدراسة الراهنة الاجابة على تساؤل رئيسي مؤداه كالتالي :

هل يمكن خفض أعراض القلق، وتحسين مستوى جودة الحياة لدى طلاب الجامعة من ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية من الجنسين من خلال التعديل المعرفي لأفكارهم اللاعقلانية واستبدالها بأخرى أكثر عقلانية بعد تطبيق برنامج ارشادي قائم على النظرية العقلانية الانفعالية؟، ويتفرع من هذا السؤال عدة تساؤلات فرعية هي :

وتتبلور مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية :

١- هل توجد فروق بين درجات طلاب وطالبات الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية أفراد المجموعة التجريبية (الذين تلقوا البرنامج الارشادي) وطلاب وطالبات الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية أفراد المجموعة الضابطة (الذين لم يتلقوا البرنامج الارشادي) في القياس البعدي لتطبيق البرنامج في كل من مقياس القلق الصريح، وقائمة قائمة "كورنل" للأعراض السيكوسوماتية، ومقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة؟

٢- هل توجد فروق بين درجات طلاب وطالبات الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ودرجاتهم في القياس البعدي لتطبيق البرنامج على مقياس القلق الصريح ، وقائمة قائمة "كورنل" للأعراض السيكوسوماتية، ومقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة؟

٣- هل توجد فروق بين درجات طلاب وطالبات الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لتطبيق البرنامج في كل من مقياس القلق الصريح، وقائمة قائمة "كورنل" للأعراض السيكوسوماتية ومقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة؟

مصطلحات البحث :

يتناول البحث الحالي عدداً من المصطلحات الأساسية هي : (البرنامج الارشادي العقلاي الانفعالي - القلق - جودة الحياة - طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية) وسيتم تعريفهم تعريفاً اجرائياً "مناسباً" مما يمكن من دراسة موضوع البحث الذي نحن بصددده .

١- البرنامج الارشادي العقلاي الانفعالي : Rational Emotive Guidance program

تعرف الباحثة البرنامج الارشادي العقلاي الانفعالي اجرائياً بأنه : " برنامج يستند على النظرية العقلاية الانفعالية لألبرت اليس (Ellis) وعلى أسسها النظرية والتطبيقية لخفض القلق، وتحسين الشعور بجودة الحياة لدى طلاب الجامعة من ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية من الجنسين .

ويعرف الارشاد العقلاي الانفعالي Rational -Emotive- Behavior Counseling بأنه نظرية في الشخصية وأسلوب في الارشاد النفسي . وضع أسسه وطوره البرت اليس (1950)Ellis، ويفترض من خلاله أن الأحداث النشطة لا تسبب العواقب الانفعالية، ولكن نظام الفرد العقائدي هو الذي يسبب ذلك ، وأن أنماط التفكير الخاطئة هي التي تؤدي لحدوث السلوك المضطرب ويهدف الارشاد العقلاي الانفعالي إلى التعديل المعرفي للاعتقادات اللاعقلانية والخاذلة للذات والإقلال من الالحاحات Musts والينبغيات Shoulds التي يعتقها العميل ويؤمن بها، وتعليمه طرق التفكير المنطقي والحوار الفلسفي . (Davison&Neale, 1994, p:609;Corsini&Auerbach,1996,p:767)

كما تعرف أمينة الهيل (٢٠٠٢) الارشاد العقلاي الانفعالي كما حدده ألبرت اليس Ellis بأنه يستند على الافتراض الأساسي للارشاد العقلاي الانفعالي الخاص بأن المشاعر غير المناسبة والسلوك غير المنطقي ناتجين عن طريقة التفكير غير المنطقي في الأشياء وأن الهدف الأساسي من الإرشاد العقلاي الانفعالي هو مساعدة المسترشد للتعرف على أفكاره غير العقلانية والتي تسبب له القلق والاضطراب الانفعالي وجعله

د. داليا نبيل حافظ

يعترض عليها واقناعه بالابتعاد عنها وتعديلها ثم تشجيعه على تبني فلسفة جديدة في الحياة تكون أكثر عقلانية تساعده على التحكم في انفعالاته وسلوكه بحيث يتحقق له في النهاية أقل درجة ممكنة من لوم الذات والقلق والعدائية .

٢-القلق : **Anxiety** يعرف (أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٢ : ٤٠) القلق بأنه "انفعال غير سار وشعور مكدر بتهديد ، أوهم مستمر وعدم راحة أو استقرار مع إحساس بالتوتر والشد وخوف دائم لا مبرر موضوعيا له ، وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول مع استجابة مسرفة لمواقف لا تتضمن خطراً حقيقياً أو الاستجابة لمواقف الحياة العادية كما لو كانت ضرورات ملحة وطوارئ " .

وتعرف (مدوحة سلامة ٢٠٠٠ : ٢٨٨) القلق بأنه "خبرة ذاتية تتسم بمشاعر التوجس وتوقع المصائب والشر كالموت أو المرض أو الحوادث كما يتميز أيضا بالشعور بالعجز وقلة الحيلة وعدم التيقن دون أن يكون هناك سبب موضوعي لذلك" . ويظهر القلق في شكاوي عضوية كسرعة ضربات القلب واضطراب المعدة أو الإسهال ، وسهولة الاستثارة وعدم القدرة على التركيز والإجهاد والتعب دون مبرر وعلى المستوى الظاهر للسلوك فإن أعراض القلق المميزة هوسلوك التجنب لكثير من المواقف . وتتبنى الباحثة هذا التعريف حيث يتماشى مع الأداة المستخدمة في الدراسة الحالية. كما توضحها الدرجة المرتفعة على مقياس "تايلور" للقلق الصريح .

٣- جودة الحياة : **Quality of life**

عرف شالوك (Schalock , 2002) جودة الحياة بإعتبارها مفهوم يتضمن مؤشرات الصحة النفسية والتوافق في سبعة مجالات أساسية من مجالات الحياة هي :
١- السعادة الانفعالية . ٢- العلاقات بين الشخصية ٣- السعادة . ٤- تقرير المص
٥- الاندماج (المشاركة الاجتماعية) . ٦- النمو الشخصي . ٧- الحقوق الانسانية والقانونية .

كما تعرف زينب شقير (٢٠١٠) جودة الحياة بأنها " أن يعيش الفرد في حالة جيدة متمتعاً بصحة بدنية وعقلية وانفعالية على درجة من القبول والرضى، وأن يكون قوي الإرادة، صامداً أمام الضغوط التي تواجهه، ذكفءاً ذاتية واجتماعية عالية، راضياً عن حياته الأسرية والمهنية والمجتمعية، محققاً لحاجاته وطموحاته، واثقاً في نفسه، غير مغرور

ومقدرا" لذاته بما يجعله يعيش شعور السعادة، وبما يشجعه ويدفعه لأن يكون متفائلا" لحاضره ومستقبله، وتمسكا" بقيمه الدينية والخلقية والاجتماعية، منتما" لوطنه ومحبا" للخير، ومدافعا" عن حقوقه وحقوق الغير، ومتطلعا" للمستقبل .

ويعرف فرديجووأخرون (Verdugo et al . , 2012) جودة الحياة بأنها تتضمن أربعة مبادئ هي " جودة الحياة مع الآخرين، القدرة على تلبية احتياجات الشخص، وتحقيق الأهداف الذاتية، وجودة حياة البيئة التي يعيش فيه الشخص "

وتعرف بشرى اسماعيل (٢٠١٢) جودة الحياة بأنها " كافة المجالات الصحية والجسمية والنفسية والاجتماعية والبيئية لا يرتبط بمجال محدد من مجالات الحياة بل موزع على أربعة أبعاد هي (الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية، البيئة) .

وتعرف الباحثة جودة الحياة اجرائيا" بأنها مجموعة استجابات الفرد والتي تتعلق بكل من جودة الحياة الاجتماعية، وجودة الحياة المادية، وجودة الحياة الوجدانية، وجودة التحصيل الدراسي، والشعور بالرضا عن الحياة حيث يتماشى هذا التعريف مع الأداه المستخدمة في الدراسة الحالية، كما توضحها الدرجة المرتفعة على مقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة (اعداد : كمال الفليت، ٢٠١٢) .

٤- طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية : University Students of psychosomatic disorders

وهم مجموعة طلاب الجامعة الذين يعانون من الاضطرابات السيكوسوماتية من الجنسين، تمت تتراوح أعمارهم ما بين (١٨-٢٣) عام ممن تم تشخيصهم بالاضطرابات السيكوسوماتية ولا يعانون من أية أمراض جسدية مزمنة .

وينبغي علينا في هذا الجزء أن نعرض لتعريف الاضطرابات السيكوسوماتية كالتالي :
تعرف الاضطرابات السيكوسوماتية Psychosomatic Disorders بأنها " الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء والتي يحدث بها تلف في جزء من أجزاء الجسم أوخلل في وظيفة عضومن أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة ونظرا" لإضطراب حياة المريض والتي لا يفلح العلاج الطويل وحده في شفاؤها شفاء تاما" لإستمرار الضغط الانفعالي وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسيمي " (محمود ابوالنيل، ١٩٩٤، ١٦)

د. داليا نبيل حافظ

وتتبنى الباحثة هذا التعريف حيث يتماشى مع الأداه المستخدمة في الدراسة الحالية، كما توضحها الدرجة المرتفعة على المقياس المستخدم في الدراسة وهو مقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة . (إعداد / كمال الفليت، ٢٠١٢) .

*حدود البحث :

تقع حدود البحث الحالي في الآتي : أ-الحدود المكانية : تم اجراء هذا البحث على عينة من طلاب الجامعة من الجنسين من المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية ممن يترددون على العيادات والمراكز الطبية بمحافظة القاهرة .

ب-الحدود الزمنية : تم تطبيق الأدوات المستخدمة في البحث خلال الفترة الزمنية من ٢٤/٣/٢٠١٨ إلى ٢٤/٧/٢٠١٨ .

ج-حدود العينة : تتحدد الدراسة بالعينة المكونة من من (٢٤) من طلاب وطالبات الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية وومقسمين لمجموعتين كالتالي : مجموعة تجريبية (١٢)، مجموعة ضابطة (١٢)، تراوحت أعمارهم من (١٨-٢٣) عام .

د- حدود الأدوات : تتحدد الدراسة الحالية بالأدوات المستخدمة وهي : قائمة كورنل للأعراض السيكوسوماتية (إعداد/ برودمان وألبرت، ١٩٨٦ -تعريب محمود أبوالنيل، ١٩٩٥) . و مقياس تايلور للقلق الصريح . (ترجمة / مصطفى فهمي ، مجد غالي، ١٩٩٠) . ومقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة . (إعداد / كمال الفليت، ٢٠١٢) . وبرنامج ارشادي عقلائي انفعالي لخفض أعراض القلق وتحسين جودة الحياة . (اعداد الباحثة) .

الإطار النظري :

يتضمن الإطار النظري للبحث أربعة محاور أساسية كالتالي :

المحور الأول : المنظور المعرفي للقلق .

المحور الثاني : جودة الحياة وأبعادها ومظاهرها والنظريات المفسرة لها .

المحور الثالث : الارشاد العقلائي الانفعالي .

*أولاً" المحور الأول : القلق من المنظور المعرفى :

يرى رواد المنظور المعرفى مثل (كيلي Kelly- بيك Beck - أليس Ellis) أن القلق Anxiety هو اضطراب انفعالي يرتبط باضطراب التكوين المعرفي للفرد الذي يشمل (إدراكاته - أفكاره- تفسيراته- تخيلاته) كما أن هذا الاضطراب الانفعالي يستمر باستمرار تبني الفرد لأفكار ومعارف معينة .

ويفسر " بيك Beck " القلق بأنه انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً معبراً عن تقويم أو تقدير لخطر محتمل، وتبدو هذه المخاوف معقولة لدى المريض الذي تسود تفكيره موضوعات الخطر والتي قد تعبر عن نفسها فيما يلي:

*تكرار التفكير المتصل بالخطر .

*انخفاض القدرة على التمتع .

*التفكير غير المتعلق في الأفكار المخيفة وعدم تقويمها بموضوعية .

*تعميم المثيرات المحدثة للقلق إلى الحد الذي يجعل أى مثير أو موقف قد يدرك على أنه مهدد فانتباه المريض يبدؤه مرتبط بتصور أو مفهوم الخطر ويسبب تثبيت أو توقف انتباه المريض على المفاهيم، أو المثيرات المتصلة بالخطر فإنه يفقد كثيراً من القدرة على أن ينقل فكرة إلى عمليات أخرى داخلية أو إلى مثيرات أخرى خارجية، فموضوع أو مفهوم الخطر مبالغ فيه مع الميل إلى تهويل المأسى والأخطار الافتراضية وجعلها مساوية للأخطار الحقيقية .

(باترسون ، ١٩٩٠ : ٢١٦)

وقد أشار " بيك وإمري " (Beck & Emery, 1985) إلى وجود بعض المتغيرات المعرفية التي تسهم في حدوث واستمرار القلق، حيث يرتبط القلق بمبالغة الفرد في تقدير الأخطار الكامنة في موقف معين، ويشعر الفرد بعدم القدرة على مواجهة تلك الأخطار مما يجعله يشعر بتوجس وتوقع مستمر للشر، وهذا يجعل الفرد في حالة قلق مستمر .

(Greenberg , 1989 , pp : 25-26)

كما يؤكد كيلي Kelley على أن الاضطراب الانفعالي ينشأ من التوقعات اللامعقولة، والتنبؤات الخاطئة عن الأحداث، وبصفة عامة عندما يكون هناك تحريف أو تشويه في مضمون أهداف وتوقعات الفرد الشخصية أوفى فلسفته.

(لويس مليكة، ١٩٩٤ : ٢١٤ - ٢١٧)

د. داليا نبيل حافظ

كما أشار كلارك وآخرون (Clark et al.,1989) أن خبرات الطفولة المؤلمة والتي تتسم بالشعور بعدم الأمن والتهديد تجعل الفرد يكون صيغة سلبية إجمالية عن الذات Negative self - Schema تظهر في تركيز الفرد انتقائيا وتخيله , وترديده للأفكار التي تتضمن توقعاً للمخاطر والتهديد, مما يجعله يحرف كل الخبرات التي يمر بها في اتجاه التوقع المستمر (عماد محمد إبراهيم, ١٩٩٥)

ويذكر وليام وآخرون (Williams et al.,1997) أن المصابين بالقلق عادة ما يكون لديهم تصور عن أنفسهم بأنهم في حالة خطر دائم ويمرون بمخاطر مستمرة يكونون في حالة من الاستغراق وانشغال البال الدائم بأسباب فزعهم وقلقهم الزائد وقد يتبنون مبررات وتفسيرات لقلقهم ومخاوفهم ولكنها غير دقيقة وخاطئة وقد تزيد من اضطرابهم الانفعالي وذلك من خلال الآتي:-

١-اهتمام الفرد بشكل مبالغ فيه بكل ما يواجهه من مواقف وأحداث .

٢-شدة وقع الأحداث الضاغطة على الوظائف الإدراكية للفرد

٣-زيادة ميل الفرد لتذكر الأحداث والمواقف المؤلمة والضاغطة

(Williams et al.,1997,PP :7-8)

وبشكل أكثر تفصيلاً يذكر " ألبرت اليس Ellis أن الانفعالات غير الملائمة مثل القلق إنما تقوم على أساس من الأفكار غير المنطقية، مما يؤدي إلى إعاقة التدخل في السلوك الواقعي (محروس الشناوي، ١٩٩٦ : ١٠٢) .

ويوضح اليس (١٩٧٧) Ellis أن الأشخاص المصابين بالقلق يتبنون أفكار تخلو من العقلانية والمنطق وهذه الأفكار هي التي تسبب لهم مشاعر القلق حيث تتضمن هذه الأفكار تمسك الفرد بأهداف غير واقعية تتسم بالكمال والمثالية، كرجبة الفرد في أن يكون محبوباً من كل الناس، وأن يصل دائماً لحلول مثالية، وأن يكون كاملاً فيما ينجز والميل إلى كورثة النتائج وترديده لبعض الجمل مثل (من الفطيع أن أفشل في شيء ما - من المفروض أن لا بد - ينبغي) .

(Davison & Neale , 1994 , p : 170)

ويشير مندبر (١٩٧٦) Mandber أن الشعور بعدم القدرة على السيطرة يعد خاصية مركزية أورتيسية تميز القلق لدى العديد من التوجهات النظرية المفسرة له حيث ترى مدرسة التحليل النفسي أن القلق يظهر كنتيجة لأن الأنا مهدد بفقد السيطرة على رغبات

الهُوكما تظهر نظرية التعلم أن القلق يحدث حينما يواجه الفرد مواقف مؤلمة تفوق قدرته على المواجهة , وكذلك يرى أصحاب نظرية العجز المكتسب (أبرامسون وآخرون , Abramson, et al., 1978) أن الفرد يشعر بالقلق والبؤس حينما يعتقد في عدم قدرته على التحكم في نتائج الأحداث التي تواجهه. (Davison&Neal., 1994, P: 147) وسيتم تناول أسس العلاج العقلائي - الانفعالي ودوره في علاج القلق بشكل أكثر تفصيلا في الفصل الخاص بالعلاجات المعرفية للقلق والاكنتاب.

وقد قدم كل من بيك وامري (Beck&Emery,1988) نموذجهما للقلق, ويعتبران في هذا النموذج أن توقع المخاطر أو الشر هو العرض الأساسي للمميز للقلق, حيث يتوقف القلق بصفة أساسية على كيفية إدراك الفرد وتقديره للخطر الكامن في الموقف, فالنشويه المعرفي في اتجاه التوقع المستمر للخطر الكامن في الموقف , يجعل الفرد في حالة توجس مستمر وتوقع للشر في كل ما يواجهه مما يجعله في حالة قلق مستمر (باترسون ١٩٩٠: ١٢٤).

ولأن التفكير يحدد الانفعال فبمجرد أن يفحص العميل خواطره السلبية التلقائية ويتعرف عليها فإن أعراض الاكنتاب تبدوله ذات معنى ,أي انه يدرك العلاقة بين ما لديه من أفكار وما يعانيه من قلق (ممدوحة سلامة, ١٩٩٣: ١٣٠-١٣٣).

المحور الثاني : جودة الحياة وأبعادها ومظاهرها والنظريات المفسرة لها :

يندرج مفهوم جودة الحياة تحت مظلة علم النفس الايجابي ويتضمن الشعور الايجابي نحو جوانب الحياة المختلفة سواء الجوانب الاجتماعية او الجوانب الجسدية او الجوانب النفسية وكذلك العلاقة الزوجية والشعور بالقيمة وتقرير المصير .

ويعني مصطلح جودة الحياة وفقا لتعريف جمعية علم النفس الامريكية " المدى الذي يصل إليه الفرد في تحقيق الرضا عن الحياة، ويستلزم بلوغ نوعية جيدة للحياة تحقق عدة أمور من أهمها : جودة المعيشة أو اللياقة الوجدانية والمادية والجسمية، والارتباط بعلاقات شخصية، وممارسة الحقوق واتخاذ القرارات وعمل الاختيارات وتحديد ذاتيا"، والمشاركة في المجتمع بصورة فعالة (من خلال : هناء شويخ، ٢٠٠٨: ٢٢٥).

أبعاد جودة الحياة ومظاهرها: وضعت منظمة الصحة العالمية (WHO) تعريفا لمفهوم جودة الحياة بإعتباره: ادراك الفرد لوضعه المعيشي في سياق أنظمة وقيم المجتمع الذي

د. داليا نبيل حافظ

يعيش فيه وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وتوقعاته ومستويات اهتمامه . كما حددت منظمة الصحة العالمية ستة أبعاد لجودة الحياة هي :

١-الصحة النفسية ٢- الصحة الجسمية ٣- مستوى الاستقلال
٤- العلاقات الاجتماعية . ٥-العلاقة بالبيئة ٦- المعتقدات الدينية والروحية .
كما يشير حسن عبد المعطي (٢٠٠٥ : ١٣ - ٢٣) إلى خمسة مظاهر رئيسية لجودة الحياة كما يلي :

١-العوامل المادية والموضوعية والتعبير عن حسن الحال وتشير إلى الخدمات التي يوفرها المجتمع لأفراده وحالة الفرد الاجتماعية والزوجية والتعليمية والصحية ومدى توافقها مع ثقافة المجتمع .

٢- اشباع الحاجات والرضا عن الحياة وتشير إلى أن جودة الحياة ترتبط بمدى اشباع الفرد لحاجاته ورغباته وتوقعاته سواء التي ترتبط ببقاء حياته كالأطعام والصحة والسكن ، أو الاجتماعية كالحاجة للانتماء والحب والقوة .

٣- ادراك الفرد القوى والمتضمنات الحياتية واحساسه بمعنى الحياة : ويشير إلى استخدام الفرد لقدراته وطاقاته وانشطته الابتكارية الكامنة داخله والقدرة على التخطيط واستغلال الوقت من أجل تنمية علاقاته الاجتماعية، وكذلك شعور الفرد بقيمته ومدى أهميته في المجتمع .

٤-الصحة والبناء البيولوجي واحساس الفرد بالسعادة ويشير إلى اهتمام الفرد بصحته الجسمية واداء خلايا الجسم بوظائفها بشكل صحيح ، أما الاحساس بالسعادة فيشير إلى شعور الفرد بالرضا والبهجة واللذة الاستمتاع بالحياة وتقديره الذاتي لها .

٥-جودة الحياة الوجودية وتشير إلى احساس الفرد بوجوده واحساس بمعنى الحياة من خلال ما يستطيع أن يحصل عليه الفرد من معلومات مرتبطة بالمعايير والقيم والجوانب الروحية والدينية التي يؤمن بها والتي يتحقق من خلالها وجوده .

النظريات المفسرة لجودة الحياة :

تعددت النظريات المفسرة لمفهوم جودة الحياة وسنعرض لبعضها كما يلي:

أولاً : النظرية المعرفية :

ويقوم جوهر النظرية المعرفية في تفسير جودة الحياة على قاعدتين أساسيتين هما : أ- تتوقف درجة شعور الفرد بجودة الحياة على كيفية إدراكه لجوانب الحياة المختلفة .

ب- كنتيجة للإختلاف بين الأفراد في الإدراك لجوانب الحياه المختلفة، فإن العوامل الذاتية كالأهواء والرغبات والميول والحاجات والخصائص الشخصية هي الأقوى أثرا" في درجة شعورهم بجودة الحياه بالمقارنة بالعوامل الموضوعية .

ومن النظريات المعرفية نظرية لاوتن والذي أوضح أن الشعور بجودة الحياة يتوقف على طبيعة البيئة وذلك من خلال كل من :

١- الظرف المكاني ويقصد به أن ادراك الفرد لجودة الحياة يتأثر بطبيعة المكان والبيئة المحيطة به كرضا الفرد أوعدم رضاه عن البيئة التي يعيش فيها .

٢-الظرف الزمني : ويقصد به أن درجة إدراك الفرد لجودة الحياة يتأثر فكلما تقدم به العمر كلما كان أكثر شعورا" بالسيطرة على ظروف حياته وأكثر شعورا" بجودة الحياة .

ثانيا" : النظرية الانسانية :

ويرى المنظور الانساني مفهوم جودة الحياة يرتبط بمفهوم الذات Self Concept لا بد وأن يرتبط بعنصرين أساسيين حيث يتأثر الشعور بجودة الحياة على التفاعل المتبادل بينهما وهما:

١-وجود كائن حي ملائم أي قادر على فهم ذاته وحل مشكلاته واتخاذ قراراته بنفسه

٢-وجود بيئة جيدة ومناسبة تهييء للفرد الظروف الملائمة لتنمية ذاته وحل مشكلاته واتخاذ قراراته وتحقيق أفضل مستوى له للتطور والارتقاء في الحياة .

ثالثا" النظرية التكاملية :

ويذهب المنظور التكاملي إلى أن مفهوم جودة الحياة يجمع بين عددا" من المفاهيم مثل مفهوم السعادة، ومعنى الحياة ، والبناء البيولوجي، والحياة الواقعية، والصحة النفسية، والاندماج الاجتماعي، واشباع الحاجات وذلك في إطار نظري تكاملي لتفسير جودة الحياة .

ولقد طرح أندرسون (Anderson, 2003) من خلال منظوره التكاملي شرحا" تكامليا" لمفهوم جودة الحياة حيث أشار إلى أن إدراك الفرد لجودة الحياة يتحدد بمؤشرين دالين على جودة الحياة هي :

١- شعور الفرد بالرضا من خلال وضعه لأهداف واقعية قادر على تحقيقها، وأن يسعى لتغيير ما حوله ليتلائم مع أهدافه .

د. داليا نبيل حافظ

٢- استغلال الفرد لقدراته وطاقاته في أنشطة إبداعية، وعلاقات اجتماعية مستقرة، وعلاقات أسرية تيث فيه الاحساس بالحياة .

ثالثاً: " الارشاد العقلانى - الانفعالى : Rational Emotive Counsling

يعرف الارشاد العقلانى الانفعالى لاليس Ellis بأنه : نظرية فى الشخصية وأسلوب فى العلاج النفس . ويقوم هذا الأسلوب العلاجى على الأساس القائل بأنه الأحداث النشطة لا تسبب العواقب الانفعالية ولكن نظام لاعتقادات الفرد غير العقلانية هى المسببة لذلك حيث تشكل هذه المعتقدات اللاعقلانية الخاطئة العناصر الفعالية فى إحداث المرض النفسى (Nielsen et al. , 2000)

ويركز إليس Ellis من خلال نظريته فى العلاج العقلانى - الانفعالى على أهمية العلاقة بين تفكير الفرد وانفعاله وسلوكه وأن تبنى الفرد لأفكار لاعقلانية سوف يؤدى به إلى الاضطراب الانفعالى.

ويذكر دوليفر (Dolliver,1977,P:57) أن من أهم الأفكار الرئيسية التى يقوم عليها المنهج العقلانى - الانفعالى هى: مالا تستطيع تغييره يجب عليك أن تتقبله، لأن الحقيقة غير المقبولة من الفرد تسبب له إزعاجاً وقلقاً كبيراً؛ ومؤدى ذلك أن الفرد إذا ما واجه موقفاً لا يستطيع حله أو تغييره ؛ وأصر على الكفاح لحله وتغييره ؛ فإنه لن ينجح إلا فى تقوية شعوره بالتوتر والضغط النفسى وزيادة الشعور الذى يسبب له انزعاجاً أكثر من الموقف الضاغط.

ويرى اليس (Ellis ١٩٨٩) أن المنهج العقلانى الانفعالى يعتبر ذوفاعلية فى التدخل فى الأزمت حيث أن هذا الأسلوب يصل مباشرة إلى الفلسفات الأساسية التى تقود الأفراد إلى الرعب والفرع . (سامى محمد موسى، ١٩٩٧) .

ويذكر اليس Ellis (١٩٩٤) من خلال هذه النظرية أن نظام الفرد وتفسيره للأحداث التى يمر بها هى المسئولة عن المشاعر الهازمة للذات والمسببة لاضطرابه الانفعالى وليس الأحداث ذاتها . وان العواقب الانفعالية والسلوكية لا تسببها أحداث منشطة ولكن تسببها نظم عقائدية معرفية وسيطة وهذه العواقب الانفعالية هى التى تدفع الفرد لطلب المساعدة العلاجية. (Nielsen et al., 2000. P : 21)

ويرى إليس Ellis أن بعض الأفكار اللاعقلانية التي تشيع بين الناس وتتحكم في تفكيرهم حيث يلقنونها لأنفسهم دائماً، ويتحدثون بها إلى ذواتهم حديثاً داخلياً ويعد ذلك أساس التفكير عندهم وعادة ما تتشكل هذه القضايا والأفكار على هيئة (الينبغيات) Shoulds و(اليجبيات) Musts والمفروضات (Nielsen, et al., 2000) وعندما لا يكون سلوك الفرد على هذا المستوى المثالي (وهو ما يحدث عادة) فإن الفرد يشعر بالعجز ونقص الثقة، بل والذنب والقهر والوحدة والدونية وغيرها من المشاعر التي تمثل تربة خصبة للأعراض العصابية . (علاء الدين كفاي، ١٩٩٩ : ٣٢٤)، ويمكن أن يصبح على العكس من ذلك تماماً إذا استطاع التخلص من هذه الأفكار الخرافية أو هذه الأنواع من التفكير غير المنطقي، ولن يكون من السهل أن يقع فريسة سهلة للاضطراب الانفعالي أو أن يستمر اضطرابه مدة طويلة على فرض حدوثه (باترسون ١٩٩٠ : ١٨٣) .

ويرى إليس Ellis أنه إذا استمر الفرد في التمسك بهذه الأفكار اللاعقلانية فقد يؤدي هذا إلى الشعور الدائم بالنقص وعدم الكفاية والخوف المستمر من الفشل، حيث يعتقد الفرد بأن هناك أموراً خطيرة تثير الخوف وتبعث على الانزعاج سوف تحدث له ويؤكد إليس Ellis على أن توقع الفرد للكوارث والمخاطر وشعوره المستمر بالتهديد النفسي والجسمي والاجتماعي هو العرض الرئيس لعصاب القلق. (Ellis, 1990) فالقلق يرتبط أساساً بالمبالغة في تقدير الأخطار الكامنة في المواقف المحتملة في المستقبل مما يجعله يشك في إمكاناته على مواجهته تلك الأخطار ويجعله في حالة قلق مستمر، ومثل هذه الأفكار التي تتسم بالتوقع المستمر للشر والخطر والتي تميز محتوى التكوين المعرفي للشخص الذي يعاني من القلق تعمل كصيغة سلبية أوبؤرة تحرف وتشوه كل ما يرد للفرد في اتجاه التوقع المستمر للخطر مما يجعله في حالة توجس دائم، ومبالغاً في تقدير الأخطار وفي نفس الوقت يقلل من قدرته على مواجهة الأخطار مما ينعكس على نظرته لذاته وللمواقف التي يمر بها حيث يركز ويتذكر المواقف المثيرة للقلق له ولحاضره ولمستقبله حيث يشعر أن مستقبله محفوف بالمخاطر (عماد إبراهيم، ١٩٩٥) .

ويشير دريدن ودجيوسب (Dryden & Diguiuseppe, 1990, p:10) إلى أن العلاج العقلاني - الانفعالي يؤكد على أنه بالإمكان تغيير التفكير غير العقلاني والمعتقدات اللاعقلانية، خصوصاً إذا أدخلنا في ذواتنا ثلاثة نقاط أساسية :

د. داليا نبيل حافظ

(١) أن نظم معتقداتنا تجاه الأحداث المنشطة والخبرات هي التي تسبب سلوكياتنا وانفعالاتنا المضطربة .

(٢) أن الاحتفاظ وتكرار الأفكار والمعتقدات الخاطئة يسبب الإحباط والاضطراب .

(٣) يمكن تغيير وملاحظة الاضطراب من خلال العمل الجاد ومناقشة معتقداتنا اللاعقلانية وآثارها . ويؤكد أليس Ellis على أن الارشاد العقلاني - الانفعالي يجب أن يتضمن إعادة تربية وضرورة التمازج مع العميل بكل الضروب المنطقية من الحوار لكي نبين له الجانب الخاطيء في تفكيره مع دفعه مباشرة إلى استنتاج الطرق الصحيحة للتفكير وتطبيقها.

أهداف الارشاد العقلاني - الانفعالي :

يتميز إليس Ellis بين نوعين من المناهج العلاجية من حيث أهدافها التي يرميان إلى

تحقيقها:

الأول : هو المنهج العقلاني - الانفعالي السلوكي العام، وهو نفس المنهج السلوكي المعرفي الذي يهدف إلى تعليم الأفراد السلوكيات العقلانية الملائمة.

الثاني : هو المنهج العقلاني - الانفعالي السلوكي المتميز ويهدف إلى: ما يهدف إليه النوع الأول بالإضافة إلى تعليم الأفراد دحض أفكارهم اللاعقلانية وسلوكياتهم الهازمة للذات وتعليمهم استخدام الطرق المعرفية الانفعالية العقلانية كطرق مساعدة للذات. ويوضح "إليس" أن الهدف الأساسي من المدخل العقلاني - الانفعالي هو مساعدة الأفراد على تحديد أفكارهم اللاعقلانية المسببة لاضطرابهم الانفعالي وانفعالاتهم غير الملائمة، ثم بيان لا عقلانية هذه الأفكار وتحديد دحضها ثم استبدالها بأخرى باعثة على التوافق والشعور الملائم، ويتحقق هذا من خلال استخدام كل ما يساعد الناس على التغيير في عقولهم وأفكارهم لتحقيق السعادة والرضى عن الحياة. (Nielsen et al., 2000) .

كما تذكر ممدوحة سلامة (١٩٨٥) أن الاسلوب العقلاني - الانفعالي يهدف إلى التقليل من القلق (أولوم الذات) والتقليل من الكراهية والغضب (أى لوم الآخرين أولوم الظروف)، إذ يهين للعميل طريقة تساعده على خفض القلق والكراهية، وذلك من خلال التحليل المنطقي لمشكلاته، وينطوي هذا الهدف ضمناً على الآتي :

- ١- الاهتمام بالذات والاعتراف بحقوق الآخرين . ٢- الاستقلال والمسئولية .
 - ٣- التسامح مع أخطاء البشر . ٤- قبول الذات .
 - ٥- المرونة وقبول التغيير . ٦- التفكير العلمي المنطقي
- (ممدوحة سلامة، ١٩٨٥: ٣٩-٤٠)

ويرى "إليس" Ellis (١٩٩٧) أنه لكي تتحقق أهداف الارشاد العقلاي - الانفعالي ينبغي تعليم العميل طرُقاً لمراقبة نفسه وملاحظتها وتقديرها والتأكيد لنفسه على أن تحسن حالته سوف يستمر، كما أوضح Ellis أن هناك هدفاً آخر هاماً ولكن على المدى الطويل وهو مساعدة العميل كي يصبح منخرطاً في نشاطات تستغرق وقته ومشاعره. (Ellis, 1997, P: 161)

*العلاقة بين المرشد والعميل في الارشاد العقلاي الانفعالي :

يشير كل من (Druden & Diguseppe, 1990) إلى أن من أهم أصول تكوين العلاقة الارشادية بين المرشد العقلاي وبين العميل وجوب التسليم بأن المريض أو العميل من المنطقي أن تكون لديه صعوبات في التعبير عن تلك المعتقدات أو التعرف عليها، أو التنازل عنها أو مواجهتها، وتدبرها وما إلى ذلك وجوب التسليم أيضاً بأن المعالج- بوصفه بشراً - قد تكون لديه صعوبات في البوح بما لديه من معتقدات غير لائقة، أو محاولة إخفائها، أو إنكارها أو أنه يخشى المريض أو العميل، ومع التسليم بذلك فعلياً مواجهة تلك الصعوبات لدى الطرفين حتى تستقيم العلاقة العلاجية.

ويرى المعالج العقلاي - الانفعالي أن العلاقة العميقة بين المرشد النفسي والعميل ليست شرطاً ضرورياً أو كاف لإحداث التغيير، وإنما يرى أنه من المهم أن يكون هناك تجاوب Rapport بين المرشد والعميل وأن يقبل المرشد العميل كما يحترمه رغم أنه قد ينتقده كما يلفت نظره إلى نقاط الضعف في سلوكه ويقبل المرشد عميله كإنسان غير معصوم من الخطأ تُغتنر له أخطائه دون أن يكون هناك بالضرورة علاقة دفاء شخصية بينهما، كذلك للمرشد أن يناقش عميله مناقشات تهدف إلى تعليمه، كما يمكن أن يستخدم معه أساليب تعديل السلوك كما يكلفه ببعض المهام التي ينبغي له أن يؤديها. (ممدوحة سلامة، ١٩٨٥ : ٤٠).

د. داليا نبيل حافظ

وتتضمن تلك العلاقة أن يتجه المرشد بالتدرج وبحرص نحو التفكير غير العقلاني وغير المنطقي للعمل وبالأخص للأفكار والمشاعر والانفعالات والسلوك "هنا والآن" Here and Now أى التركيز على هذا الترابط بين النواحي المعرفية والانفعالية والسلوكية. (عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، ١٩٩٩ : ٣٧٢ - 24، Nielsen et al., 2000, P: 24).
ويستخدم "إليس" Ellis أسلوب الحوار المركز على عميل "محموري" Focal في اللحظة المعينة (٣٠ دقيقة بالضبط لكل عميل) وقد يوجه أعضاء الجماعة رسائل مباشرة لهذا العميل وذلك للكشف عن الاعتقادات اللاعقلانية ومناقضتها ولتوجيه التعليمات إليه للاستمرار في ذلك إلى أن يحدث التغيير وبعد فترة منعاً للرجوع إلى عادات التفكير القديمة وتتبع المناقشة الجماعية عادة نموذج (ABC) فيبدأ العميل المحموري عادة بتقديم مواقف يمكن تصنيفها إما في (A) (خبرات منشطة) أو (C) عواقب انفعالية وأحياناً قد تشمل عبارة واحدة كلاً من (C,A) في مشكلة معينة ويشجع المعالج على توجيه الأسئلة وعلى المناقشة حول (C,A) ذلك بقصد التوضيح ومساعدة العضو الذي يجد صعوبة في التعبير عن خبراته الانفعالية ومن ثم فإن أفكار العميل عن الموقف تتضح تدريجياً ويتحدد دور هذه الأفكار في شعور العميل بالاضطراب. ومن الأفضل في حالات معينة الجمع بين الجنسين في الجماعة بقصد التدريب على معالجة القصور في المهارات الاجتماعية. (لويس مليكة، ١٩٩٤ : ٢١٠-٢١٢).

فعالية الارشاد العقلاني الانفعالي في خفض القلق وتحسين جودة الحياة لذوي الاضطرابات السيكوسوماتية :

تتميز الاتجاهات الحديثة في دراسة علاقة الجسم بالعقل بتزايد اهتمام الباحثين بدور العوامل النفسية كالقلق والتوتر في الاصابة بالأمراض النفس جسمية ومما لا شك فيه أن من أكثر الأسباب الأساسية وراء الاضطرابات الجسمية ترجع لشعور الفرد بمشاعر انفعالية مؤلمة كالشعور بالقلق وفقدان الشعور بجودة الحياة وما يرتبط به من قصور في فاعلية الفرد مما يفقده المهارات الايجابية للتقدم والترقي حيث أكد دونفان (1998) Donavan على أن جودة الحياة تتضمن الوظائف الجسمية المتمثلة في انجاز الأنشطة الاجتماعية واليومية والرضا عن الحياة بشكل عام (تامر الراجحي، ٢٠١٣، ٣٤٥٨-٣٤٥٩) ويزداد الأمر صعوبة كلما كان الفرد في مرحلة عمرية صغيرة حيث تقل قدرته على فهم ذاته وعالمه

وواقعه واكتشاف امكاناته واستعداداته مما يعيقه عن تحقيق أهدافه، وتعطل طاقاته وتمنعه من توظيف إمكاناته وتقلل من مستوى انجازه الأكاديمي وينعدم شعوره بجودة الحياة ورضاه عنها، مما قد يؤثر سلبيا" على صحته النفسية والجسمية .

وقد امتد اهتمام الباحثين بدور التفكير والمعارف في احداث الاضطراب الانفعالي والسلوكي والجسمي وفقا" لما يقوم عليه جوهر المنظور المعرفي من وجود علاقة وثيقة بين المعرفة والانفعال والسلوك، حيث يؤكد رواد هذا التوجه وعلى رأسهم " اليس " أن نظام الفرد العقائدي وراء ما يتبدى لديه من اضطرابات نفسية إذ تمثل تلك النظم العقائدية الوسيط في العلاقة بين الأحداث التي يواجهها الفرد وبين الاضطرابات الإنفعالية، كما أن هذه الاضطرابات الانفعالية تستمر بتبني الفرد لأفكار ومعارف معينة . ونظرا" لما تتسم به هذه الأفكار والمعتقدات من إلحاح وإصرار، وافتقار للمنطق، والتمعن، مع التركيز الانتقائي على الجوانب السلبية في موضوعات التفكير، وتجاهل الجوانب الايجابية، وتهويل للمآسي والأخطار وجعلها مساوية للأخطار الحقيقية مما يؤدي إلى الشعور المستمر بالتوتر والقلق والإحباط، حيث تناقض تلك المشاعر المؤلمة حالة التوافق النفسي والاجتماعي والدراسي والشعور بالرضا عن الذات والعالم والمستقبل وغيرها من المحددات الذي يتطلبها شعور الفرد بجودة الحياة والتي يعبر عنها لدى البعض من خلال تلف بعض أعضاء الجسم والاصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، ومن ثم فإن المعاناه من القلق وانخفاض مستوى جودة الحياة وما ينتج عنه من اضطرابات سيكوسوماتية يمكن ان يعكس نسق التفكير ونوعيته، كما أن نسق التفكير والنظام العقائدي للفرد يحددان مقدار ما يتمتع به الفرد من تكيف وصحة نفسية والتي تعد جودة الحياة من أهم مظاهرها، لذلك فإن الهدف الأساسي من الارشاد العقلائي الانفعالي كما حدد اليس "Ellis" هو مساعدة المسترشد على التعرف على أفكاره غير العقلانية وبدورها في احداث ما يعاني من قلق واضطراب نفسي وجسمي وتدريبه على تنفيذها ودحضها وتعديلها وتبني فلسفة جديدة في التفكير والتعامل مع أحداث الحياة تكون أكثر عقلانية. ومن هنا تتضح أهمية البحث في تقصي مدى فاعلية برنامج ارشادي عقلائي وانفعالي في خفض القلق وتحسين جودة الحياة لطلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية .

الدراسات السابقة :

تتبلور الدراسات السابقة لهذه الدراسة في ثلاث محاور أساسية كالتالي:
أولاً: دراسات تناولت جودة الحياة وعلاقتها بالقلق والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينات مختلفة .

ثانياً: دراسات تناولت جودة الحياة لدى طلاب الجامعة وعلاقتها بمتغيرات أخرى .
ثالثاً: دراسات تناولت مدى فاعلية وجدوى الارشاد العقلاني والانفعالي في خفض القلق، والاضطرابات السيكوسوماتية وتحسين جودة الحياة لدى عينات مختلفة .
أولاً: دراسات تناولت جودة الحياة وعلاقتها بالقلق والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينات مختلفة :

دراسة تايلور (Taylor, 1999) التي هدفت لدراسة العوامل المرتبطة بجودة الحياة لدى عينة من الأفراد الذين تعرضوا لارتداد مرض السرطان، وتكونت عينة الدراسة من (٧٤) مريضاً وقد طبق عليهم عدداً من المقاييس هي مقياس الغرض من الحياة، ومقياس أعراض الضيق، ومقياس التوافق النفسي للمرض، وقائمة لتقويم المتغيرات المرتبطة بالمعنى ومقياس الاعتماد الاجتماعي، وكشفت نتائج الدراسة عن ارتباط سالب بين معنى وجودة الحياة وكل من أعراض الضيق والاعتماد الاجتماعي والفترة الزمنية المتعلقة بارتداد مرض السرطان كما ارتبط التوافق للمرض بالشعور الواضح نحو معنى وجودة الحياة، كما أن المبحوثين المتزوجين كان لديهم غرض ودافع للحياة بالمقارنة بالمبحوثين غير المتزوجين، وقد أكدت نتائج الدراسة أن معنى وجودة الحياة يتداخل مع الآثار الجسمية والنفسية والاجتماعية المرتبطة بالمرض .

ودراسة مارجان (Margan,R, 2003) التي هدفت إلى فحص جودة الحياة في علاقتها بالسلوك الصحي والصحة الذاتية، وتكونت عينة الدراسة من (٤٠) طالباً وطالبة من طلاب الجامعة، واستخدم الباحث مقياس لقياس جودة الحياة ، وارسال عمليات استقصاء يتم إدارتها ذاتياً، وتوصلت النتائج إلى إرتفاع درجات الذكور في الشعور بجودة الحياة في علاقتها بالصحة الذاتية بالمقارنة بالإناث .

ودراسة كلاسن وآخرون (Klassen et al., 2004) بعنوان "الصحة المرتبطة بجودة الحياة لدى الطلاب ذوي قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد" . وهدفت لتقييم الصحة المرتبطة بالشعور بجودة الحياة، وتكونت العينة من (١٦٥) طالبا من ذوي النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه وينقسمون إلى (٩٠) من الذكور، و (٧٥) من الإناث ممن تبلغ أعمارهم (٦) سنوات، وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين الاصابة بالنشاط الزائد وانخفاض الصحة النفسية للفرد وما يتضمنه ذلك من انخفاض للتفاعل الاجتماعي والمهارات الاجتماعية وتقدير الذات ورفض الأقران والعزلة الاجتماعية والسلوك الاندفاعي، مما يؤثر على الشعور بجودة الحياة لدى الطلاب ذوي النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه .

كذلك قام شادو(Chaudieu,2008) بدراسة هدفت للكشف عن العلاقة بين اضطرابات القلق والاعراض السيكوسوماتية من خلال تقييم افراز الكورتيزول وذلك على عينة مكونة من (٢٠١) من المسنين ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٦٥-٨٥) عام وذلك من خلال استخدام مقياس التحليل النفسي، ومقياس القلق، ومقياس للضغط النفسية ومن أهم نتائج الدراسة وجود زيادة افراز الكورتيزول في المواقف التي ترتبط باضطرابات القلق في المواقف الضاغطة .

وكذلك دراسة ونجينج وآخرون (Wenging,et al.,2004) بعنوان " الأعراض السيكوسوماتية وعلاقتها بأساليب المواجهة وتأثير ذلك على جودة الحياة لدى مرضى التهاب الكبدى " وهدفت إلى التحقق من العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية وأساليب المواجهة ومدى تأثير ذلك على جودة الحياة لدى عينة من المصابين بالالتهاب الكبدى الوبائي "B" وتم استخدام مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية، ومقياس أساليب المواجهة، وقد أظهرت النتائج وجود ارتباط موجب ودال بين الاضطرابات السيكوسوماتية وأساليب المواجهة (غير الفعالة) وتأثير ذلك سلبيا على جودة الحياة .

كما قام كل من بيكوناومي (Piko & Noemi,2006) بدراسة هدفت للكشف عن العلاقة بين الشعور بجودة الحياة والرضا عنها والأعراض السيكوسوماتية، وذلك على عينة قوامها (٥٤٨) طالبا وطالبة من في المرحلة الثانوية ممن يبلغ عمرهم ما بين (١٣-١٥) عام وأوضحت نتائج الدراسة أن التعب الجسمي كان أكثر الاضطرابات السيكوسوماتية

د. داليا نبيل حافظ

شيوعاً بين الجنسين كالشكوى من الصداع المتكرر والام الظهر السفلية، وكذلك انخفاض حدة الاعراض النفسجسمية كلما زادت درجة الشعور بالرضا عن الحياة، كما اشارت النتائج لزيادة حدة الاعراض النفسجسمية عندما تقل قدرة الطالب على السيطرة على نفسه في مواقف العنف .

وهدف دراسة زينب شقير (٢٠١٠) إلى التعرف على العلاقة الارتباطية بين جودة الحياة واضطرابات النوم لدى الشباب، كما تهدف إلى تحديد مستويات كل من : جودة الحياة - اضطرابات النوم - أنواع اضطرابات النوم، علاوة على تحديد الفروق بين الجنسين لدى الشباب من طلاب الدراسات العليا . وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (٥٩٥) من طلاب الدراسات العليا من الجنسين، وتم اختيارها عشوائياً، وتراوح أعمارهم ما بين (٢٥-٣٥) عام، واستخدمت الباحثة مقياس جودة الحياة (اعداد الباحثة، ٢٠٠٩)، وبطارية اختبارات النوم (اعداد الباحثة، ٢٠٠٩)، ومن أهم النتائج التي توصلت إليه الدراسة وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة بين جودة الحياة والدرجة الكلية لاضطرابات النوم، وكذلك وجود فروق في الشعور بجودة الحياة لصالح الذكور مقارنة بالإناث .

ثانياً : الدراسات التي تناولت جودة الحياة لدى طلاب الجامعة وعلاقتها بمتغيرات أخرى دراسة " غيادي وآخرون " (Gheadi et al.,2010) والتي هدفت إلى التعرف على ما إذا كانت هناك علاقة بين جودة الحياة وبين الرهاب الاجتماعي واضطرابات القلق لدى طلاب الجامعة وتكونت العينة من (٢٠٢) طالباً وبلغت أعمارهم ما بين (١٧-٢٣) وتم استخدام مقياس الرهاب الاجتماعي ومقياس جودة الحياة، وأظهرت النتائج تدني جودة الحياة مع وجود اضطرابات القلق والرهاب الاجتماعي، ووجود علاقة ارتباطية دالة سالبة بين جودة الحياة والرهاب الاجتماعي لدى طلاب الجامعة .

وهدف دراسة كل من "أرسلان وأكاس" (٢٠١٣) Arslan & Akkaas إلى التعرف على العلاقة بين الرضا عن الحالة الاجتماعية وجودة الحياة لدى طلاب الجامعة، وتكونت العينة من (٣٠٠) طالب وطالبة من طلاب الجامعة وينقسمون إلى (١٦٦) ذكور، و(١٣٤) من الإناث، واستخدمت الدراسة مقياس الرضا عن الحياة الاجتماعية، ومقياس جودة الحياة، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة موجبة ودالة بين الرضا عن الحالة

الاجتماعية وجودة الحياة لدى عينة الدراسة، كما أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق دالة بين متوسطات درجات الطلاب في متغير جودة الحياة ترجع للفرقة الدراسية .

ودراسة على كاظم (٢٠١٤) وهدفت للتعرف على مستوى جودة الحياة لدى طلاب الجامعة في كل من ليبيا، وعمان وفقا لمتغيري الجنس، والتخصص الدراسي، والتعرف على طبيعة العلاقة بين أبعاد جودة الحياة ودخل الأسرة، وتكونت العينة من (٤٠٠) طالب وطالبة من ليبيا، و(٢١٨) من عمان، وتراوحت أعمارهم بين (١٨-٢٢) عام، وأضحت نتائج الدراسة أن مستوى جودة الحياة مرتفع في بعدين، الصحة النفسية، والجانب العاطفي، وأن الطلاب الذكور أعلى شعورا بجودة الصحة العامة والعواطف، والطلاب العمانيين أعلى جودة في شغل وإدارة الوقت بالمقارنة بالطلاب الليبيين .

كذلك دراسة كريتلو (٢٠١٥) Kreitlow والتي هدفت لدراسة العلاقة بين جودة الحياة وكل من التدين والتمسك بالقيم الخلقية والحالة المعنوية لدى طلاب الجامعة وتكونت العينة من (٥٤٨) طالبا وتراوحت أعمارهم ما بين (١٩-٢٥) عاما وتم استخدام مقياس السعادة النفسية SWBC ومقياس السعادة الوجودية OWBC وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة وموجبة بين جودة الحياة والسعادة النفسية والوجودية .

كما هدفت دراسة مروة حشيش (٢٠١٦) لتحديد أهم مؤثرات جودة الحياة التي تواجه وستواجه طلاب الجامعة من التخصصات العلمية والأدبية، والكشف عن الفروق بين أفراد العينة في كل من جودة الحياة والتفكير الايجابي والسلبي وفقا للمتغيرات الدراسية، وتكونت العينة من (٤٨٠) طالبا وطالبة من جامعة بنها من تخصصات مختلفة، وقد تم استخدام مقياس جودة الحياة (Keyes,2002) تعديل الباحثة، ومقياس التفكير الايجابي والسلبي (إعداد الباحثة)، وأظهرت النتائج عدم وجود دالة إحصائية بين الطلاب ذوي الاحساس المرتفع بجودة الحياة في مقياس التفكير الايجابي والسلبي الذكور والاناث .

ثالثا : الدراسات التي تناولت فاعلية الارشاد العقلاي الانفعالي في كل من خفض القلق والاضطرابات السيکوسوماتية وتحسين جودة الحياة لدى عينات مختلفة :

وتتناول هذه الفئة الدراسات التي إستهدفت دراسة فاعلية البرامج الارشادية

المستخدمة في خفض القلق وتحسين جودة الحياة وذلك كما يلي:

د. داليا نبيل حافظ

قام جين (Gene, 1986) بدراسة هدفت لفحص الأسلوب العقلاني للمواجهة كأسلوب معدل للعلاقة بين الضغوط والاضطرابات السيكوسوماتية وذلك على عينة مكونة من (٢٨٣) من طلاب الجامعة وقد طبق عليهم مقياس العقلانية، وقائمة ميلون للسلوك الصحي بقياس الأعراض السيكوسوماتية، وقد أوضحت النتائج لوجود علاقة ارتباطية سالبة ودالة بين الأسلوب العقلاني وخفض الاضطرابات السيكوسوماتية .

وبدراسة ابراهيم محمود (٢٠٠٦) والتي هدفت للتعرف على فاعلية الارشاد العقلاني الانفعالي في خفض قلق المستقبل، وذلك على عينة تكونت من (٢٤) طالبا من طلاب التعليم الثانوي التجاري وتم تطبيق مقياس قلق المستقبل، وبرنامج ارشادي عقلاي انفعالي من اعداد الباحث، ومن أهم النتائج وجود فروق دالة بين متوسطي درجات أفراد العينتين التجريبية والضابطة على مقياس قلق المستقبل بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، بينما لا توجد فروق دالة بين متوسطي درجات افراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس قلق المستقبل بعد تطبيق البرنامج الارشادي مباشرة ودرجاتهم بعد مرور شهر من التطبيق مما يعني فاعلية الارشاد العقلاني الانفعالي في خفض قلق المستقبل .

وبدراسة داليا نبيل (٢٠٠٦) بعنوان "اثر العلاج العقلاني الانفعالي على خفض حدة القلق والاكتئاب لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقليا" وهدفت إلى للتعرف على فاعلية برنامج للعلاج العقلاني والانفعالي في خفض القلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المتخلفين عقليا" من خلال التعديل المعرفي لأفكارهن اللاعقلانية، وتنمية أفكار أخرى عقلانية ومنطقية، وذلك على عينة مكونة من (٢٤) من أمهات الأطفال المتخلفين ومقسمين لمجموعتين تجريبية (١٢) ، وضابطة (١٢) وتتراوح أعمارهن ما بين (٢٤-٤٥) عام، واستخدمت الباحثة مقياس " تابلور" للقلق الصريح، ومقياس " بيك" للاكتئاب، ومقياس الأفكار اللاعقلانية (اعداد الباحثة)، ومقياس تصور الأم لطبيعة الاعاقة العقلية (اعداد الباحثة) وبرنامج العلاج العقلاني الانفعالي (اعداد الباحثة)، وتوصلت النتائج إلى فاعلية وجدوى البرنامج المطبق في الدراسة في خفض القلق، والاكتئاب، وتعديل التصورات السلبية للأم عن طبيعة الاعاقة العقلية، من خلال التعديل المعرفي والتدريب على استخدام طرق التفكير العقلاني الواقعي .

كما قام برنوفك وآخرين (Perinovic, et al.,2007) بدراسة لفحص العلاقة بين الاساليب المعرفية لمواجهة الاضطرابات السيكوسوماتية، والضغط لدى المراهقين وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٥١) من المراهقين وطبق عليهم مقياس الاساليب المعرفية للمواجهة، ومقياس الضغط، ومقياس الاضطرابات السيكوسوماتية ومن أهم نتائج هذه الدراسة وجود علاقة سالبة ودالة بين الاساليب المعرفية للمواجهة والاضطرابات السيكوسوماتية اي ان استخدام اساليب المواجهة المعرفية اكثر فاعلية في تخفيف الاضطرابات السيكوسوماتية.

ودراسة حنان امين (٢٠١٢) بعنوان العلاج بالمعنى في تنمية الصلابة النفسية والاحساس بجودة الحياة لدى عينة من المراهقات الكفيفات بمدينة مكة المكرمة " وهدفت إلى تحديد مدى فاعلية البرنامج العلاجي في تنمية الصلابة النفسية والاحساس بجودة الحياة لدى عينة من المراهقات الكفيفات، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) مراهقة كفيفة وتنقسم العينة إلى مجموعتين هما (١٠) أفراد للمجموعة التجريبية، و(١٠) أفراد للمجموعة الضابطة، واستخدمت الباحثة مقياس الصلابة النفسية، ومقياس جودة الحياة، وخلصت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية" بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في التطبيق القبلي والبعدي لأبعاد مقياسي جودة الحياة والصلابة النفسية لصالح التطبيق البعدي، وكذلك فروق دالة بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في التطبيق البعدي لأبعاد مقياسي الصلابة النفسية وجودة الحياة لصالح المجموعة التجريبية مما يثبت فاعلية البرنامج المستخدم في الدراسة .

كذلك دراسة مروة عبد القادر (٢٠١٥) بعنوان " فاعلية برنامج ارشادي عقلاي انفعالي سلوكي لتحسين جودة الحياة لدى طالبات دبلوم التوجيه والارشاد بجامعة الملك خالد " وهدفت إلى التحقق من فاعلية المستخدم في تحسين مستوى جودة الحياة لطالبات دبلوم التوجيه والارشاد، وتمثلت عينة الدراسة في (٣٤) طالبة من طالبات دبلوم التوجيه والارشاد، وذلك بتطبيق مقياس جودة الحياة، وبرنامج تحسين جودة الحياة لطالبات دبلوم التوجيه والارشاد (إعداد الباحثة)، وتوصلت نتائج الدراسة لوجود فروق دالة إحصائية" بين درجات التطبيق القبلي

د. داليا نبيل حافظ

والبعدي لصالح التطبيق البعدي وفاعلية البرنامج المستخدم في تحسين جودة الحياة لدى أفراد العينة .

* تعقيب عام :

يتضح من خلال عرض الدراسات السابقة لنا ما يلي :

- ١- بعض الدراسات السابقة التي تناولت جودة الحياة في علاقتها ببعض المتغيرات لم تتناولها في علاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية في دراسة واحدة .
- ٢ - ظهور تعارض في نتائج بعض الدراسات السابقة فيما يتعلق بالفروق بين الذكور والاناث في جودة الحياة مما يدعو إلى أهمية البحث وذلك للوصول إلى أدلة أوضح عن طبيعة الفروق بين الجنسين .
- ٣- عدم تطرق الدراسات إلى الأعراض الجسمية والنفسية المترتبة على انخفاض مستوى جودة الحياة ، وكيفية الوصول إلى الطرق الوقائية والعلاجية السليمة .
- ٤- اتفاق الدراسات على وجود علاقة دالة بين القلق وجودة الحياة وبين الاضطرابات السيكوسوماتية كما في دراسة ونجينج وآخرون (Wenging et al.,2004) - ودراسة شادو(Chaudieu, 2008) .
- ٥- امتاز هذا البحث عن الدراسات السابقة بأنه لا توجد دراسة عربية حديثة تناولت فاعلية برنامج لخفض القلق وتحسين جودة الحياة لدى طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية من الجنسين على حد علم الباحثة .

فروض الدراسة :

- ١- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب وطالبات الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية أفراد المجموعة التجريبية (الذين تلقوا البرنامج الارشادي) ومتوسطات رتب درجات طلاب وطالبات الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية أفراد المجموعة الضابطة (الذين لم يتلقوا البرنامج الارشادي) في القياس البعدي للبرنامج في كل من مقياس القلق الصريح، مقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة ، وقائمة "كورنل" للأعراض السيكوسوماتية .

٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات طلاب وطالبات الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات رتب درجاتهم في القياس البعدي للبرنامج في كل من مقياس القلق الصريح ، ومقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة ، وقائمة قائمة "كورنل" للأعراض السيكوسوماتية .

٣- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات طلاب وطالبات الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لتطبيق البرنامج في كل من مقياس القلق الصريح، ومقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة، وقائمة قائمة "كورنل" للأعراض السيكوسوماتية .

المنهج والجراءات :

أولاً : المنهج

تتبع الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي نظراً لطبيعة الدراسة ومشكلتها والتي تتعلق بالوقوف على أثر برنامج ارشادي مقترح في الدراسة في خفض حدة القلق وتحسين جودة الحياة لدى طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية نظراً لكونها دراسة لا تستخدم الاختيار العشوائي لأفراد العينة أوالتتبع العشوائي للظروف التجريبية . وبالتالي فالدراسة تتبع المنهج شبه التجريبي الذي ينطوي على معالجة تجريبية تطبق على عينة تم اختيارها وفقاً لظروف الواقع في مجتمع البحث حيث تم اختيار عينة طلاب الجامعة من ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية على ما هي عليه في واقع الأمر . حيث يتم التحقق من فاعلية البرنامج المستخدم كمتغير مستقل في خفض القلق وتحسين جودة الحياة لعينة من طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية من الجنسين كمتغيرين تابعين .

ثانياً : عينة الدراسة الكلية

تكونت العينة الكلية للبحث من (٩٦) من المرضى المترددين على العيادات والمراكز الطبية والمشخصين بالاصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية من قبل الكشف الطبي بالاضطرابات السيكوسوماتية، وكذلك من خلال التأكد من وجود سبب سيكولوجي لدى أفراد تلك المجموعة من خلال تطبيق قائمة " كورنل" للأعراض السيكوسوماتية وقد اختير أفراد تلك العينة ممن حصلوا على أعلى الدرجات على هذه القائمة على المقاييس الفرعية التي

د. داليا نبيل حافظ

تناولها البحث الحالي والمتمثلة في أعراض كل من (الجهاز التنفسي - الجهاز الهضمي - القلب والأوعية الدموية) وينقسمون إلى (٥٦) من الذكور، و (٤٠) من الإناث وتراوح أعمارهم ما بين (١٨-٢٣) سنة بمتوسط عمري مقداره (٥٥)، وانحراف معياري مقدار (٢,٢٦) .

*عينة التحقق من كفاءة الأدوات :

والتي استخدمت لحساب معامل الصدق والثبات لأدوات البحث وعددهم (٣٠) من طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية من الجنسين المترددين على العيادات والمراكز الصحية وتراوح أعمارهم ما بين (١٨-٢٣) سنة، بمتوسط عمري مقداره (١٩,٧٦)، وانحراف معياري مقداره (٢,١٥) بواقع (٢٨) من الذكور، و (٢٢) من الإناث .

*عينة الدراسة الأساسية :

اشتقت هذه العينة من العينة الكلية للدراسة وبلغ عددها من (٢٤) من طلاب الجامعة من الجنسين، وتنقسم إلى مجموعتين تجريبية (١٢)، وضابطة (١٢) . وقد تم اختيار أفراد المجموعتين عشوائياً "طبقاً" لدرجاتهم على كل من مقياس القلق، ومقياس جودة الحياة، وقائمة الاضطرابات السيكوسوماتية بناء على ما أسفرت عنه نتائج عملية التطبيق على المقاييس السابقة وهم الأعلى درجات في كل من قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية، ومقياس القلق والأدنى درجات في مقياس جودة الحياة . وقد روعي ألا يكون عدد أفراد العينة كبير حتى لا توجد فروقاً كبيرة بينهم وتحقيق التجانس بين أفرادها، كما روعي التجانس في المستوى الاجتماعي الاقتصادي على أساس المستوى المتقارب في المستوى المتوسط . وقد روعي تحقيق التكافؤ بين الذكور والإناث في المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر، وقد تم توزيع العينة كما هو موضح في الجدول التالي

جدول (١)

توزيع العينة حسب النوع

النوع	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	المجموع
ذكور	٦	٦	١٢
إناث	٦	٦	١٢
مج	١٢	١٢	٢٤

فاعلية برنامج ارشادي عقلاي انفعالي لخفض أعراض القلق وتحسين جودة الحياة

وقد روعي ضرورة تجانس أفراد المجموعتين (التجريبية - الضابطة) في بعض المتغيرات ذات الأثر في المتغيرات الأساسية في الدراسة والهدف من ضبط المتغيرات هو توحيد كل أفراد العينة العلاجية لتحقيق التكافؤ بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة وذلك حتى لا يسبب أي متغير خارجي تأثيرا خلاف تأثير البرنامج العلاجي مما يستدعي بالضرورة ضبط هذه المتغيرات وهي العمر - المستوى الاجتماعي الاقتصادي، وذلك كما يلي :

أ- من حيث العمر:

فقد تراوحت أعمار أفراد المجموعة التجريبية (ن=١٢) والمجموعة الضابطة (ن=١٢) ما بين (١٨ - ٢٣) عام بمتوسط عمري مقداره (19,76)، وانحراف معياري مقداره (2,15)، وللتحقق من تجانس عينة البحث (التجريبية- الضابطة) في متغير العمر استخدمت الباحثة الأسلوب اللابارمترتي مان ويتي "يو" Mann Whitney U test وذلك لصغر حجم العينة العلاجية - وفيما يلي جدول يوضح دلالة الفروق في المتوسطات في متغير العمر بين المجموعتين التجريبية والضابطة .

جدول (٢)

دلالة الفروق بين المتوسطات بين المجموعتين التجريبية والضابطة في متغير العمر

المجموعة المتغير	المجموعة التجريبية ن=١٢	المجموعة الضابطة ن=١٢	١ U	٢ U	قيمة U	الدلالة
العمر	مجموع الرتب ١٠٧	مجموع الرتب ١٨٢.٥	١١٥	٣٩.٥	١.٧٨-	غير دال

- قيمة "U" الجدولية = ١.٩٦ دال عند مستوى ٠.٠٥
- قيمة "U" الجدولية = ٢.٥٨ دال عند مستوى ٠.٠١

يتضح من جدول (٢) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين المتوسطات في متغير العمر بين المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة .

ثالثاً : أدوات البحث : استخدمت الباحثة الأدوات التالية :

١-قائمة كورنيل للأعراض السيكوسوماتية (إعداد/ برودمان وألبرت، ١٩٨٦ - تعريب محمود أبوالنيل، ١٩٩٥) .

د. داليا نبيل حافظ

- ٢- مقياس تايلور للقلق الصريح . (ترجمة / مصطفى فهمي , محمد غالي ، ١٩٩٠) .
٣-مقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة . (إعداد / كمال الفليت، ٢٠١٢) .
٤-برنامج ارشادي عقلائي انفعالي لخفض القلق وتحسين جودة الحياة . (اعداد الباحثة)
أولا : وبالنسبة لقائمة " كورنل" للأعراض السيكوسوماتية :

قام بإعدادها برودمان وألبرت (١٩٨٦) Brodman & Albert وعربها وأعددها للبيئة العربية (محمود أبوالنيل، ١٩٩٥) وتتكون القائمة من (٢٢٣) سؤالاً موزعة على شقين هما : النواحي العصابية وموزع على عشرة أبعاد فرعية هي (التعب - تكرار المرض-أمراض أخرى - العادات - عدم الكفاية - الاكتئاب- القلق - الحساسي- الغضب- التوتر)، وتتكون من (١٠٥) سؤالاً، والأعراض السيكوسوماتية يوزع على ثمانية مقاييس فرعية هي (السمع- الابصار- الجهاز التنفسي- القلب والأوعية الدموية - الجهاز الهضمي- الجهاز العصبي- الجلد- الجهاز العصبي- البولي التناسلي) ويتكون من (١١٨) سؤالاً، وقد تم حساب ثبات القائمة في البيئة المصرية باستخدام طريقة القسمة النصفية وقد بلغ معامل ثبات الدرجة الكلية للقائمة (٠,٦٩) . وقد تم الاكتفاء بتطبيق ثلاثة أبعاد فرعية فقط من قائمة الأعراض السيكوسوماتية في البحث الحالي حيث انها تخدم أعراض البحث الراهن وهذه الأبعاد هي كالآتي :

- ١-الجهاز التنفسي ويشير هذا البعد إلى الأعراض البدنية المصاحبة للإضطراب الانفعالي كالصعوبة في التنفس، والربو الشعبي . ويتضمن هذا البعد (١٧) سؤالاً .
٢- القلب والأوعية الدموية ويشير هذا البعد إلى الأعراض البدنية المتعلقة بالآلام المرتبطة من القلب ومشكلاته كضغط الدم، وآلام الصدر، واضطراب ضربات القلب . ويضمن هذا البعد (٢٠) سؤالاً.
٣-الجهاز الهضمي ويشير هذا البعد إلى الأعراض البدنية المتعلقة بالآلام الجهاز الهضمي وعملية تناول الطعام كاضطرابات المعدة، وقرحة المعدة . ويتضمن هذا البعد (١٨) سؤالاً
وتتم طريقة الاجابة على القائمة من خلال الاختيار بين (نعم، لا) وتحسب الدرجة بنعم = ١، والاجابة بلا = صفر وبذلك تتراوح الدرجة على القائمة بين (صفر: ٥٥) وتشير الدرجة المرتفعة إلى شدة الاصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى الأعراض السيكوسوماتية .

وقد قامت الباحثة بحساب الصدق والثبات للمقاييس الثلاثة من القائمة المستخدمة في البحث الحالي وذلك كما يلي :

أولاً : الصدق : تم التحقق من صدق الأداء باستخدام الصدق التلازمي من خلال حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة الاستطلاعية (ن= ٣٠) من طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية من الجنسين والتي سبق ذكرها على قائمة " كورنل" المستخدمة في البحث ، ودرجاتهم على قائمة الاعراض الجسمية اعداد / احمد عبد الخالق (٢٠٠٣) Somatic Symptoms inventory وقد بلغ معامل الارتباط بين الأداةين (٠,٥٧) وهودال عند مستوى ٠,٠١ .

كما تم حساب صدق المقاييس فقد تم استخدام الصدق التمييزي على العينة المستخدمة في التحقق من الصدق والثبات والتي سبق ذكرها من خلال المقارنة بين مجموعتين متضادتين حيث تم مقارنة درجات قائمة "كورنل" التي حصلت عليها المجموعة الأولى المصنفة إكلينيكيا" بالاصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية (ن=٣٠)، بدرجات المجموعة الثانية التي لا تعاني من الاصابة بأية اضطراب سيكوسوماتي (ن=٣٠)، ويوضح جدول (٣) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم (ت) ودلالته بين المجموعتين .

جدول (٣)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم (ت) ودلالتها

المجموعة المقاييس الفرعية	المجموعة الاكلينيكية ن=٣٠		المجموعة غير الكلينيكية ن = ٣٠		قيمة (ت)
	ع	م	ع	م	
الجهاز التنفسي	١٥,١٦	٣,٣٨	٩,٦٧	٣,٣٢	** ٦ ,٣٣
الجهاز الهضمي	١٦,١٢	٢,٣٢	١٤,١٢	٤,٤٢	** ٧ ,٢٧
القلب والأوعية	١٧,٢٥	٢,٤٨	١١,٢٥	٢,١٢	**٥,٦٣
المجموع	٤٨ , ٥٢	٧,٥٣	٣٥,٠٤	٦ ,٧٨	**٣ ,٥٣

*دالة عند مستوى ٠,٠٥ ** دالة عند مستوى ٠,٠١

ويوضح الجدول السابق (٣) وجود فروق دالة احصائيا بين المجموعتين الاكلينيكية وغير الاكلينيكية على كل من الدرجة الكلية لقائمة " كورنل " ومقاييسها الفرعية المستخدمة في

د. داليا نبيل حافظ

الدراسة الحالية (الجهاز التنفسي - القلب والأوعية الدموية - الجهاز الهضمي) مما يشير إلى صدق المقاييس الثلاثة المستخدمة في القائمة في قياس الأعراض السيكوسوماتية ثانياً : الثبات : تم التحقق من ثبات قائمة " كورنل " فيما يتعلق بالمقاييس الفرعية المستخدمة في البحث وهي (الجهاز التنفسي - القلب والأوعية الدموية - الجهاز الهضمي) باستخدام معامل (ثبات ألفا كرونباخ) ويتم من خلاله حساب اتساق وتجانس المقياس الواحد، وفي اطاره يتم مقارنة الأداء على كل بند بالأداء على البنود الأخرى، كما يعتمد على تباين درجات بنود المقياس الواحد لدى كل فرد، وكذلك تباين درجات جميع الأفراد على كل بند من بنود المقياس ويوضح جدول (٤) معاملات الثبات كما يلي :

جدول (٤)

معاملت ثبات ألفا لقائمة " كورنل " (ن = ٣٠)

المتغيرات	معامل ألفا
الجهاز التنفسي .	٠,٦٠٦
الجهاز الهضمي .	٠,٧٥٥
القلب والأوعية الدموية .	٠,٧٢٦
الدرجة الكلية	٠,٧٨٦

ويتضح من إستقراء جدول (٤) أن جميع معاملات ألفا مرتفعة وقد ترواحت ما بين (٠,٦٠٦ - ٠,٧٨٦) وكذلك ارتفاع معامل ثبات المقياس الكلي وبلغ (٠,٧٨٦) مما يشير لتمتع القائمة بدرجة جيدة من الثبات .

ثانياً : مقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة: اعداد (كمال الفليت، ٢٠١٢) ويتكون من (٥٣) عبارة موزعة على خمسة أبعاد هي :

- ١- جودة الحياة الاجتماعية: ويشير إلى شعور الفرد بالسعادة في علاقاته الايجابية بالآخرين، كزملائه في الجامعة، وأصدقائه، وأفراد الأسرة . و يبلغ عدد (١٠) عبارات.
- ٢- جودة الحياة المادية: ويشمل شعور الفرد بالرضا عن وضعه المادي ودخل أسرته ومقدرته على تلبية حاجاته الأساسية ومستوى معيشته . و يبلغ عدد (١٠) عبارات .
- ٣- جودة الحياة الوجدانية : ويعكس شعور الفرد بالقدرة على أداء الأنشطة اليومية بفاعلية وحسن التصرف في المواقف المختلفة، واقتراح الحلول المناسبة لها، وكذلك الشعور بالرضا

عن الذات والسعادة في إدارة الحياة والثقة بالنفس عند التعامل مع الآخرين . ويبلغ (١٣) عبارة .

٤- جودة الحياة الأكاديمية : ويشير إلى شعور الفرد بالسعادة والرضا في علاقاته بأساتذته، وفي تواجده بالجامعة، وبما وصل إليه في التعليم . ويبلغ عدد (١٠) عبارات .

٥- الرضا عن الحياة: ويعكس هذا البعد شعور الفرد براحة البال، وإقباله على الحياة بحماس باعتبارها ذات قيمة ومعنى له، وقدرته على أداء الأشياء في حياته بفاعلية، وقدرته على مواجهة الفشل. ويبلغ عدد (١٠) عبارات .

وتتم الاجابة على المقياس وفقا" لتدرج ثلاثي على النحو التالي: (كبيرة = ٣، متوسطة = ٢، قليلة = ١). وتقدر الدرجة الكلية للفرد بمجموع درجاته على جميع بنود المقياس، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى إدراك الفرد لجودة الحياة، واحساسه بالسعادة والرفاهية الكافية والرضا عن الحياة، وأن حياته ذات قيمة ومعنى وهدف ينشده . أما الدرجة المنخفضة فيشير إلى إنخفاض جودة الحياة، والشعور بأن الحياة مملة ولا تحقق حاجاته ولا يشعر بالسعادة والرفاهية الكافية . وقد قام معد المقياس بحساب صدق المقياس من خلال طريقتين هما :

١- صدق المحكمين حيث تم عرض المقياس في صورته النهائية على مجموعة من أساتذة الجامعات من المتخصصين في الارشاد النفسي، والصحة النفسية وبلغ الاتفاق ٩٥%.

٢- كما تم استخدام صدق التكوين على عينة مكونة من (٣٠) من طلاب الجامعات من الجنسين من خلال حساب معامل الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاده وبين الدرجة الكلية للمقياس، وأشارت النتائج إلى ارتفاع معامل الارتباط عند مستوى (٠,٠١) مما يدل على صدق المقياس.

وتم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقتين هما : معامل " ألفا كرونباخ " وبلغت قيمته (٠,٨١)، وكذلك تم استخدام طريقة التجزئة النصفية وبلغت قيمة معامل الارتباط (٠,٩١) مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

وقد تم حساب صدق مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية على عينة الدراسة الحالية من خلال استخدام طريقة التجانس الداخلي كالتالي:

د. داليا نبيل حافظ

تم حساب معامل الارتباط بين كل عبارة وبين الدرجة الكلية لكل مقياس فرعي، وحساب معاملات الارتباط المقاييس الفرعية وبعضها البعض وبين الدرجة الكلية للمقياس كما يظهر في كل من جدولي (٥)، (٦) كالتالي :

جدول (٥)

يبين معاملات الارتباط بين المفردات والمقاييس الفرعية التي تنتمي إليها

مفردات (جودة الحياة الاجتماعية)	معامل الارتباط	مفردات (جودة الحياة المادية)	معامل الارتباط	مفردات (جودة الحياة الاجتماعية)	معامل الارتباط	مفردات (جودة الحياة الأكاديمية)	معامل الارتباط	مفردات (الرضا عن الحياة)	معامل الارتباط
١	*،٣٥٩	١١	**،٧٢٩	٢١	**،٦٦٤	٣٤	**،٧٧٣	٤٤	**،٥٦٣
٢	**،٤٦٧	١٢	**،٨٤٦	٢٢	**،٧٥٥	٣٥	**،٧٧٤	٤٥	**،٥٥٢
٣	**،٥٢٨	١٣	**،٥٢٩	٢٣	**،٥٤٩	٣٦	**،٨٤٢	٤٦	**،٥٢٣
٤	*،٣١٨	١٤	**،٥١٢	٢٤	**،٦٤٩	٣٧	**،٦٨٣	٤٧	**،٣٥٣
٥	**،٦١٠	١٥	**،٥٢٢	٢٥	**،٥٥٧	٣٨	**،٦٠٥	٤٨	**،٥٢٣
٦	**،٤٥٢	١٦	**،٦٦٥	٢٦	**،٥٤٤	٣٩	**،٧١٧	٤٩	**،٣٧٦
٧	**،٥١٤	١٧	**،٦٢٤	٢٧	**،٥٤٩	٤٠	**،٨٥٤	٥٠	**،٦٧٥
٨	**،٦١٦	١٨	**،٥١٥	٢٨	**،٧١٦	٤١	**،٦٤٣	٥١	**،٤٥٣
٩	*،٣٣٦	١٩	**،٦٦٥	٢٩	**،٦١٥	٤٢	**،٧٩٣	٥٢	**،٥٢٣
١٠	**،٧٥٥	٢٠	**،٥٨٤	٣٠	**،٥٤٣	٤٣	**،٦٤٥	٥٣	**،٥٦٤
				٣١	**،٦١٦				
				٣٢	**،٧٦٥				
				٣٣	**،٤٥٥				

* دال عند مستوى ٠,٠٥

** دال عند مستوى ٠,٠١

جدول (٦)

يبين معاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية وبعضها البعض وبين الدرجة الكلية للمقياس

المقاييس الكلي	(٥) الرضا عن الحياة	(٤) جودة الحياة الاجتماعية	(٣) جودة الحياة الوجدانية	(٢) جودة الحياة المادية	(١) جودة الحياة الاجتماعية	معاملات الارتباط المقاييس الفرعية
**،٥٢٧	*،٣٤٥	٠,٠٨٥	*،٣١٤	٠, ١٨٥	-	(١) جودة الحياة الاجتماعية
**،٦٥١	*،٣٤٣	**،٣٧٧	**،٥٤٣	-		(٢) جودة الحياة المادية .
**،٦٦٢	**،٥٦٦	**،١٩٨	-			(٣) جودة الحياة الوجدانية .
**،٥٠٧	**،٥٦٧	-				(٤) جودة الحياة الأكاديمية.
**،٦٥٦	**،٥٨٣					(٥) الرضا عن الحياة .
-	-	-	-	-	-	المقياس الكلي

* دال عند مستوى ٠,٠٥

** دال عند مستوى ٠,٠١

ويتضح من خلال الجدولين السابقين أن جميع معاملات الارتباط المتبادلة بين المفردات والمقاييس الفرعية التي تنتمي إليها، وبين المقاييس الفرعية بعضها البعض وبين المقياس الكلي دالة إحصائياً عند المستويين (٠,٠١ , ٠,٠٥) وهوما يشير إلى التجانس الداخلي للمقياس .

ثالثاً : مقياس (تايلور) للقلق الصريح:

Taylor Manifest Anxiety Scale. (T.M.A.S)

قام بإعداد هذا المقياس "جانيت تايلور". وقام بترجمته ونقله إلى اللغة العربية كل من (مصطفى فهمي,محمد غالي-١٩٨٥). وقد تم استخدام هذا المقياس في كثير من الدراسات والبحوث العربية والمصرية في مجال المراهقين والراشدين والكبار الأسوياء وغير الأسوياء. (حسن عبد الجواد, ١٩٩٩).

ويكشف هذا المقياس عن مستوى القلق لدى المفحوصين من خلال خمس درجات تتراوح من حالة خفيفة من القلق, إلى قلق شديد جدا. (لويس مليكة١٩٩٣:٣٥٤).

ويتكون هذا المقياس من خمسين (٥٠) بندا تتناسب المفحوصين الراشدين ويوجد للمقياس صورة مختصرة تتكون من (٢٠) بندا, منها صورة تتناسب الأطفال, وقد تم حساب صدق المقياس في البيئة المصرية بإيجاد الارتباط بين درجات مقياس القلق الصريح (لتايلور), وبين درجات مقياس القلق (لكاتل) وذلك على عينة من البنات المراهقات الأيتام ووجد أن معامل الارتباط (٠.٨٦) كما تم حساب صدق المقياس بإيجاد الارتباط بين الدرجات عليه وبين درجات مقياس (كاتل) على عينة أخرى من الأولاد والبنات المراهقين نزلاء الملاجئ ووجد أن معامل الارتباط(٠.٨٢). وبذلك يتضح أن مقياس القلق الصريح (لتايلور) يتميز بدرجة صدق عالية (حسن عبد الجواد , ١٩٩٩).

أما بالنسبة لثبات المقياس فقد اتضح أن الاتساق الداخلي للاختبار مرتفع نسبيا, فقد استخرج بعض الباحثين ثباتا تصنيفيا بمقدار(٠.٩٢) ويتراوح استقرار درجات الاختبار عبر الزمن (من ٣ أسابيع إلى ١٧ شهرا) بين (٠.٨١, ٠.٨٩) (أحمد عبد الخالق, ١٩٩٢). وقد تم اختيار هذا المقياس لتطبيقه على أفراد عينة الدراسة الحالية نظرا لسهولة فهم عباراته بالإضافة إلى أنه يتناسب مع هدف البحث الحالي من حيث قياس درجة القلق الصريح

د. داليا نبيل حافظ

والظاهر لدى طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية هذا إلى جانب أنه قد تم استخدام هذا المقياس وثبت جدواه في كثير من الدراسات العربية والمصرية .

خامسا : برنامج الارشاد العقلاني الانفعالي : (إعداد الباحثة)

وصف البرنامج :

وسوف تعرض الباحثة فى الصفحات القادمة برنامج يمثل تدخلا "Intervention إرشاديا" لخفض حدة القلق وتحسين الشعور بجودة الحياة مصمم لمجموعة من طلاب وطالبات الجامعة ممن يعانون من الاضطرابات السيكوسوماتية حيث نولى أهمية خاصة للعيوب المعرفية والتشويه المعرفي وسوء العزو، وكذلك سوء الإدراك ومهارات حل المشكلات . وتقوم فلسفة البرنامج على الأساس النظري والتطبيقي للمنحى المعرفي بوجه عام وأسس ومبادئ النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية .

أهداف البرنامج :

يسعى البرنامج الحالي إلى تحقيق نوعين من الأهداف كالتالي :

أولا: أهداف علاجية :

يهدف البرنامج الحالي إلى خفض مشاعر القلق وتحسين الشعور بجودة الحياة لدى طلاب والجامعة من الجنسين ممن يعانون من الاضطرابات السيكوسوماتية، وذلك من خلال دحض وتقنياد الأفكار غير العقلانية وأنماط التفكير الخاطئة لديهم، وتدريبهم على طرق تفكير أخرى أكثر عقلانية وأكثر واقعية عن طريق أسلوب الإقناع المنطقي وتدريبهم على فحص العلاقة بين ما يواجهونه من أحداث والانفعال والتفكير باستخدام بعض أساليب الارشاد الجمعي المتضمنة في البرنامج .

ثانيا: أهداف وقائية: تتمثل هذه الأهداف الوقائية في :

١- العمل على تحصين طلاب الجامعة من ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية من الجنسين (المجموعة التجريبية) ضد مشاعر القلق وعدم الشعور بجودة الحياة في المستقبل من خلال إكسابهم بعض الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تساعدهم على تقييم وتفسير الأحداث والمواقف التي يواجهونها بطرق أكثر إيجابية وقائمة على أسس منطقية ومعقولة مما يقلل من مخاطر الوقوع فريسة المعاناة من مشاعر القلق

وتحسين مستوى الشعور بجودة الحياة من خلال تدريبهم على ممارسة الفنيات الانفعالية والسلوكية .

٢-تتقيف أفراد المجموعة التجريبية المتلقين للبرنامج الارشادي عن طريق تزويدهم بمعلومات علمية صحيحة عن أهمية التفكير المنطقي والعقلاني في تناول الأمور والموضوعات وتفسير الاحداث بدلا من المعلومات المغلوطة الخاطئة وغير اللاعقلانية دون أدلة صحيحة ومنطقية .

ثالثا" هدف نمائي : من خلال اتاحة الفرصة أمام أفراد المجموعة التجريبية لزيادة النموالمعرفي والسلوكي عن طريق تعزيز أفكارهم العقلية وزيادة قدرتهم على التغلب على مشاعر القلق وتحسين مستوى شعورهم بجودة الحياة .

محتوى جلسات البرنامج :

تم اعداد محتوى البرنامج الارشادي من خلال ترتيب جلساته بشكل يتلائم مع طبيعة مشكلة الدراسة الحالية بحيث بلغ عدد الجلسات (١٢) جلسة ارشادية جماعية بواقع جلستين اسبوعيا" وقد استغرق تنفيذ البرنامج (ستة أسابيع) . بدأت من منتصف شهر أبريل ٢٠١٨ وانتهت الجلسات في بداية شهر يونيو، واستغرقت الفترة الزمنية لكل جلسة ساعة ونصف تقريبا" (٩٠ دقيقة) مع إعطاء فترة راحة لمدة عشر دقائق بعد منتصف الجلسة . وقد تم تطبيق البرنامج الارشادي بغرفة الاستقبال بمستشفى جامعة حلوان .

الدراسة الاستطلاعية للبرنامج :

للتأكد من ملائمة محتوى البرنامج لأفراد عينة البحث الحالي وتحديد المشكلات والصعوبات التي قد تنشأ أثناء تطبيق البرنامج قامت الباحثة بدراسة استطلاعية لوحدات البرنامج الحالي، على عينة مكونة من خمسة (ن = ٥) من الطلاب ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية من الجنسين ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس القلق، ودرجات منخفضة في مقياس جودة الحياة وذلك طبقا" لكل من درجة الثلث الأعلى والأدنى للمقاييس كمعيار لتحديد درجة الاختلالات النفسية .

كما تم عرض البرنامج على (٦) من المحكمين المتخصصين في مجال الصحة النفسية والارشاد النفسي لأبداء الرأي حول البرنامج من حيث مدى صلاحيته للتطبيق على أفراد العينة الحالية، ومدى ارتباط أهداف الجلسات بالمحتوى الارشادي والتدريبي ، ومدى ملائمة

د. داليا نبيل حافظ

الأنشطة والفنيات المستخدمة في الجلسات الإرشادية لخصائص عينة البحث، وكذلك مدى ملائمة الزمن المحدد لكل جلسة، ومدى ملائمة التقييم لأهداف البرنامج وقد بلغ معامل الالتحاق بينهم (٨٨%) مما يشير إلى مدى ملائمة موضوعات جلسات البرنامج وصلاحياتها للتطبيق على عينة البحث الحالي . والجدول التالي (٧) يوضح جلسات البرنامج الإرشادي .

جدول (٧)

جلسات البرنامج الإرشادي

رقم الصفحة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
١-	جلسة تعارف .	التعريف بالبرنامج وأهدافه والتعارف بين المتدربين فيما بينهم وبين الباحثة .	الترحيب بالأعضاء وإشاعة جومن الثقة والألفة، وتعريفهم بالبرنامج وأهدافه وقواعده وحثهم على الالتزام بها
٢-	القلق النفسي كمدخل للنموذج العقلاني الانفعالي، وعلاقته بالأعراض السيكوسوماتية.	شرح مفهوم القلق النفسي وأسبابه وأنواعه وأثره على الشعور بجودة الحياة وعلاقته بالاضطراب السيكوسوماتي .	المحاضرات - المناقشة الجماعية - الواجبات المنزلية .
٣-	مفهوم جودة الحياة	شرح مفهوم جودة الحياة وعلاقته بالتفكير اللاعقلاني، والاضطرابات السيكوسوماتية .	المحاضرات - المناقشة الجماعية - لعب الأدوار - الواجبات المنزلية .
٤-	شرح النظرية العقلانية الانفعالية والتعديل المعرفي للأفكار اللاعقلانية .	شرح فنيات المواجهة الانفعالية من خلال النموذج الانفعالي العقلاني، والتبصير بأهمية التعديل المعرفي للأفكار الخاطئة المسببة للمشاعر الانفعالية والجسدية المؤلمة .	المحاضرات - شرح وتطبيق النموذج العقلاني الانفعالي على بعض المواقف المسببة للقلق وعدم الشعور بجودة الحياة - المناقشات الجماعية - الواجبات المنزلية .
٥-	التدريب على التحكم الذاتي .	التدريب على السيطرة على الذات في المواقف المسببة للقلق والتوتر .	المناقشات الجماعية، الاسترخاء، لعب الدور، الواجبات المنزلية .
٦-	تنمية مهارات جودة الحياة	تنمية الوعي بالذات والتدريب على مهارات حل المشكلات واتخاذ القرار	المحاضرة - المناقشات الجماعية - لعب الدور - الواجبات المنزلية .
٧-	اكتساب مهارة الاسترخاء	التدريب على تمارين الاسترخاء للحد من الشعور بالقلق في المواقف المثيرة للقلق والتوتر .	المحاضرة - المناقشة الجماعية - تمارين الاسترخاء - الواجبات المنزلية
٨-	مناقشة بعض الأفكار اللاعقلانية مثل (المبالغة في مستوى الأداء - طلب الاستحسان -) .	دحض وتفنيد الأفكار اللاعقلانية الخاصة بالمبالغة في طلب الكمال في مستوى الأداء، والاصرار على طلب الاستحسان من الآخرين .	المحاضرة - المناقشة الجماعية - استخدام فنية النمذجة - التعديل المعرفي - الواجبات المنزلية .

فاعلية برنامج ارشادي عقلائي انفعالي لخفض أعراض القلق وتحسين جودة الحياة

٩-	مناقشة فكريتي (القلق الزائد - كورثة النتائج)	دحض وتقني الأفكار اللاعقلانية الخاصة بالمبالغة في توقع المخاطر، وكورثة النتائج دون مبرر منطقي .	المحاضرة - المناقشات الجماعية - التدريب على تمارين الاسترخاء - التعديل المعرفي - الواجبات المنزلية .
١٠-	مناقشة وتقني فكرة تعميم الفشل .	دحض وتقني الفكرة الخاطئة الخاصة بتعميم الفشل دون مبرر منطقي .	المحاضرة - المناقشات الجماعية - التعديل المعرفي - لعب الأدوار- الواجبات المنزلية .
١١-	الشعور بالسعادة والأمن النفسي	التعبير عن الشعور عن السعادة والأمن النفسي .	المحاضرة - المناقشة- لعب الأدوار - الواجبات المنزلية .
١٢-	تلخيص وتقييم البرنامج	عرض ملخص للأفكار اللاعقلانية السابق تناولها بالجلسات البرنامج والتأكد من فهم أفراد المجموعة التجريبية لكل ما جاء بها من فنيات ارشادية .	شكر الأعضاء على الالتزام بالحضور وحسن التعاون وحثهم على الالتزام بما تم تعلمه والتدريب عليه من خلال جلسات البرنامج الارشادي .

وبعد تطبيق البرنامج الارشادي على أفراد المجموعة التجريبية قامت الباحثة بتطبيق أدوات الدراسة عليهم (القياس البعدي) ثم أجرت الباحثة المقارنات بين درجات القياسيين القبلي والبعدي لبيان أثر البرنامج الارشادي ومدى فاعليته في خفض القلق، والأعراض السيكوسوماتية، وتحسين مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة التجريبية . وقد استخدمت الباحثة لإجراء المقارنة الاحصائية بين القياسيين القبلي والبعدي إختبار ويلكوكسون اللابارمترتي Wilcoxon, T للتعرف على دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعة التجريبية .

الاجراءات :

تم تطبيق المقاييس المستخدمة في البحث بصورة جماعية على أفراد العينة بعد قراءة التعليمات لهم جيدا " شفها" لتلافي أن يكون بعض المفوضين من أفراد العينة قد ألتبس عليه فهم بعض العبارات مع توضيح طريقة اختيار بدائل الإجابة . كما تم التأكيد على الاجابة في كل عبارة على حدة، والتأكيد عليهم بعدم ترك أي عبارة دون اجابة، وتوضيح الهدف من البحث وأهميته لأفراد العينة وقد أكدت الباحثة لأفراد العينة أن الإشتراك في هذا البحث بغرض البحث العلمي فقط ولن يطلع أي شخص أوجهة غير الباحثة على ما سيتضمنه من بيانات . كما حرصت الباحثة على التأكد من ملء استمارة البيانات الشخصية . وقد تم تطبيق المقاييس المستخدمة في البحث وفقا" للترتيب التالي :

د. داليا نبيل حافظ

- ١- استمارة جمع البيانات .
 - ٢- قائمة " كورنل " للأعراض السيكوسوماتية .
 - ٣- مقياس "تايلور" للقلق الصريح .
 - ٤- مقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة .
 - ٥- البرنامج الارشادي العقلاني الانفعالي .
- ثم تم جمع الاستمارات وتصحيحها وفقا لطريقة التصحيح الخاصة بكل منها، وأخيرا تم جدولة النتائج وذلك للقيام بمعالجتها احصائيا .
- الأساليب الاحصائية :-**

- بعد تطبيق أدوات الدراسة وجدولة النتائج، تم استخدام عدة أساليب احصائية تتناسب مع فروض البحث الحالي والتي تقيد في الاجابة عن تساؤلات البحث كالتالي :
- ١- حساب المتوسط والانحراف المعياري .
 - ٢- معاملات ارتباط " بيرسون " .
 - ٣- إختبار (ت) T. Test .
 - ٤- إختبار مان ويتي Mann-Whitney U للعينات الصغيرة لحساب دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة .
 - ٥- إختبار ويلكسون W اللابارمترى للمجموعات المرتبطة للتعرف على دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية في القياسين القبلي - البعدي .
- وبالإنتهاء من الحديث عن أدوات وإجراءات الدراسة، ستقوم الباحثة بعرض ومناقشة نتائج كل فرض على حدة على النحوالتالي :

نتائج الدراسة ومناقشتها :

فيما يتعلق بنتائج الفرض الأول: وينص على توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات طلاب وطالبات الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية أفراد المجموعة التجريبية (الذين تلقوا البرنامج الارشادي) وطلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية أفراد المجموعة الضابطة (الذين لم يتلقوا البرنامج الارشادي) في القياس البعدي للبرنامج

◆ فاعلية برنامج ارشادي عقلاي انفعالي لخفض أعراض القلق وتحسين جودة الحياة ◆

في كل من مقياسي القلق الصريح، وجودة الحياة لطلاب الجامعة، وقائمة "كورنل" للأعراض السيكوسوماتية. وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بخطوتين هما :

أولاً: المقارنة بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في المقاييس الفرعية والدرجة الكلية لمتغيرات الدراسة في القياس القبلي لتطبيق البرنامج لكل من مقياس القلق الصريح ومقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة باستخدام مقياس اختبار مان ويتني (ي) Mann- Whitney. U. Test كما يوضحه جدول (٨) .

جدول (٨)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيرات الدراسة في القياس القبلي لتطبيق البرنامج

المتغيرات	المجموعة التجريبية ن = (١٢) مجموع الرتب	المجموعة الضابطة ن = (١٢) مجموع الرتب	U	U2	قيمة U المحسوبة	مستوى الدلالة
١-القلق الصريح .	١٦٧	١٦٢	٥٦	٦٣	٠,٩٧	غير دال
٢-جودة الحياة لطلاب الجامعة .						
أ-جودة الحياة الاجتماعية .	١١٥	١٢١	١٠٥	٧٢	١,٤٤	غير دال
ب-جودة الحياة المادية .	١١٢	١٠٩	١٠٧	٦٥	١,٦٧	غير دال
ج-جودة الحياة الوجدانية .	١١٨	١٢٤	٩٨	١٠٠	,٨٠	غير دال
د- جودة الحياة الأكاديمية .	١١٦	١٢٢	١١٢	١٠٣	١,٧٤	غير دال
هـ- الرضا عن الحياة .	١٢٢	١١٩	١١١	١٠٢	١,٧٨	غير دال
الدرجة الكلية	٢٥٢	١٨٣	٤٢	٤٠	١,٨٢	غير دال
٣-قائمة "كورنل" للأعراض السيكوسوماتية						
١-الجهاز التنفسي .	١١٤	١١٦	٥٨	٨٩	,٨٠	غير دال
٢-الجهاز الهضمي .	١١٢	١١١	٢٥	١١٠	١,٧٦	غير دال
٣-القلب والأوعية .	١١٧	١١٥	١١٢	١٠٦	١,٨٤	غير دال
الدرجة الكلية	٢٣٧	٢٦٨	٤٤	٤٦	١,٧٣	غير دال

د. داليا نبيل حافظ

*قيمة "U" الجدولية = ١,٩٦

دالة عند مستوى ٠,٥ , *قيمة "U" الجدولية = ٢,٥٨

دالة عند مستوى ٠,١

ويتضح من جدول (٨) ما يلي :

*لا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي لتطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي في متغيرات الدراسة وهي : ١-القلق الصريح، ٢- جودة الحياة لطلاب الجامعة ، ٣- قائمة " كورنل" للأعراض السيكوسوماتية .

ثانياً : المقارنة بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في المقاييس الفرعية والدرجة الكلية لمتغيرات الدراسة في القياسين البعدي لتطبيق البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية لكل من مقياس القلق الصريح ومقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة وقائمة " كورنل " للأعراض السيكوسوماتية وذلك باستخدام مقياس

اختبار مان ويتني (ي) Mann- Whitney. U. Test كما يوضحه جدول (٩) :

جدول (٩)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في متغيرات الدراسة في القياس البعدي

لتطبيق البرنامج

مستوى الدلالة	قيمة U المحسوبة	U2	U1	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	المجموعة المتغيرات
				ن = (١٢) مجموع الرتب	ن = (١٢) مجموع الرتب	
٠,٥	٢,٣٣	٨٧	٣٢	١٦٩	١٢٥	١-القلق الصريح .
						٢-جودة الحياة لطلاب الجامعة .
٠,٥	١,٩٤	٧٢	١٠٥	١١٧	١٣٥	أ-جودة الحياة الاجتماعية .
٠,١	٢,٦٧	٨٥	١٠٧	٩٥	١٢٨	ب-جودة الحياة المادية .
٠,٠١	٢,٨٠	٩٨	١٢٠	١٠٢	١٣٢	ج-جودة الحياة الوجدانية .
٠,٥	٢,١٧	١٠٣	١٣٧	٨٧	١٣٣	د- جودة الحياة الاكاديمية .
٠,٠١	٢,٧٨	١٠٢	١٣١	٩٢	١٤٥	هـ- الرضا عن الحياة .
٠,٠١	٢,٦٢	٢٢	٤٢	١٢٢	١٥٥	الدرجة الكلية

فاعلية برنامج ارشادي عقلاي انفعالي لخفض أعراض القلق وتحسين جودة الحياة

٠,١	١,٦٢	١١٠	٣٣	١١٠	٦٥	٣- قائمة " كورنل" للأعراض السيكوسوماتية
٠,٠١	٢,٥٧	١٣٤	٩٥	١٠٥	٦٧	
٠,١	٢,٦٣	٩٧	٤٢	٨٣	٤٦	
٠,١	٢,٥٩	٤٢	٢٦	١٥٥	٩٦	
						١- الجهاز التنفسي . ٢- الجهاز الهضمي . ٣- القلب والأوعية . الدرجة الكلية

*قيمة "U" الجدولية = ١,٩٦ دالة عند مستوى ٠,٥

*قيمة "U" الجدولية = ٢,٥٨ دالة عند مستوى ٠

ويتضح من جدول (٩) ما يلي :

١-توجد فروق دالة احصائيا" عند مستوى (٠,٥ , ٠) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي لتطبيق البرنامج على الدرجة الكلية لمقياس القلق الصريح ، وعند مستوى (٠,١ ,) على قائمة "كورنل" للأعراض السيكوسوماتية في المقاييس الفرعية والدرجة الكلية . والفروق في اتجاه أفراد المجموعة الضابطة .

٢-توجد فروق دالة احصائيا" عند مستوى (٠,١ , ٠) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي لتطبيق البرنامج على الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة والفروق في اتجاه أفراد المجموعة التجريبية، وعند مستوى (٠,٥ , ٠) للمقاييس الفرعية (جودة الحياة الاجتماعية، وجودة الحياة الأكاديمية)، وعند المستوى (٠,١ , ٠) للمقاييس الفرعية (جودة الحياة الوجدانية، جودة الحياة المادية، والرضا عن الحياة) . والفروق في اتجاه المجموعة التجريبية .

* وفيما يتعلق بتفسير ومناقشة نتائج هذا الفرض فيوضح ذلك كما يلي :

أولاً : بالنسبة لمقياس القلق الصريح ، وقائمة " كورنل" للأعراض السيكوسوماتية : فتعني تلك النتائج تحسن أفراد المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج الارشادي العقلاي الانفعالي بالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلق البرنامج الارشادي مما يدل على مدى فاعلية، وجدوى البرنامج الارشادي في خفض مشاعر القلق والأعراض السيكوسوماتية لدى طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية، مما يشير إلى

د. داليا نبيل حافظ

استفادة أفراد المجموعة التجريبية المتعرضين للبرنامج من الاستراتيجيات والفنيات الإرشادية التي اشتمل عليها البرنامج الإرشادي والتي تضمنت الدحض والاقناع، والمناقشات الجماعية، والواجبات المنزلية، وتنمية مهارات التعامل مع مصادر القلق والتهديد، وتدريبهم على مهارات التفكير المنطقي، والاسترخاء لمواجهة الشد الانفعالي، وعرض لنماذج للمواقف المسببة للقلق وكيفية مواجهتها بغرض خفض حدة القلق لديهم. كما اشتملت استراتيجيات البرنامج الإرشادي على مناقشة بعض الأفكار اللاعقلانية المسببة للقلق والتدريب على التخلي عن أسلوبَي الإلحاح والإصرار على تحقيقها، كما كان للأسلوب الإرشادي الجمعي المستخدم Group Therapy دور كبير في انخفاض حدة القلق لدى طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية حيث ساعد استخدام الإرشاد الجمعي على مناقشة المشكلات المشتركة والأعراض السيكوسوماتية لأفراد المجموعة التجريبية حيث ساعد اطلاع كل عضويتها على المشكلات التي يعاني منها الآخرين وشعوره أنه ليس الوحيد الذي يعاني من هذه المشكلات على تقليل الشعور بالقلق والتوتر، كما ساعد ذلك على عملية التنفيس الانفعالي واطاحة الفرصة للتعبير عن المشاعر والانفعالات المكبوتة بدلاً من التعبير عنها من خلال الأعراض الجسمية حيث ساعد ذلك على التقليل من المعاناه من الأعراض السيكوسوماتية، وتتفق تلك النتائج مع ما نادى به أصحاب العلاج المعرفي Cognitive Therapy مثل (Beck, 1989 - Ellis & Dryden, 1997 - Greenberg, 1989) أن نشوء القلق واستمراره وتفاقمه ينبع من عملية التفكير اللاعقلاني والمعتقدات اللاعقلانية وأن نوعية نسق التفكير عن الأحداث التي يواجهها تلعب دوراً أساسياً في اضطرابه الانفعالي، وكذلك فاعلية العلاج الجماعي إذ يتعلم أعضاء الجماعة بصورة أفضل والتدرب على مبادئه والتعلم من خبرات الآخرين والتفاعل الاجتماعي من الآخرين أثناء الجلسات الإرشادية. أما بيك Beck فيرى أن السمات الأساسية لإضطرابات القلق هي معرفية في جوهرها ونشأتها، ويشير لأنواع معينة من المعارف مثل: الأهداف غير الواقعية، والاتجاهات غير المنظمة من بين العوامل التي تجعل الأفراد عرضة لإضطرابات القلق. ويتفق ذلك مع دراسة كل (إبراهيم محمود، ٢٠٠٦، ودراسة شيماء باشا، ٢٠١٥) والتي أوضحت نتائجها على وجود علاقة ارتباطية دالة بين التشويه المعرفي ومشاعر القلق، وفاعلية الإرشاد العقلاني الانفعالي في خفض قلق المستقبل. ويذكر

(باترسون، ١٩٩٠: ٣٦) أن نجاح الفرد في التخلص من المشاعر المؤلمة نفسياً وخاصة القلق يتوقف بشكل أساسي على تصحيح التصورات الخاطئة والافتراضات المضللة والأفكار المشوهة .

ويتفق مع تلك النتيجة دراسة كل من دراسة كرامر وبيكلاند ، (1995, Cramer & Buckland) - ودراسة (أحمد فتحي ، ٢٠٠٣ - ودراسة ابراهيم محمود، ٢٠٠٦) والتي أوضحت نتائجها على فاعلية البرامج الارشادية القائمة على المنحى العقلاي الانفعالي على خفض اضطرابات القلق .

كما تعرض البرنامج الارشادي إلى شرح وتوضيح العلاقة بين القلق والاضطرابات السيكوسوماتية حيث أوضحت العديد من الدراسات وجود ارتباط دال وموجب بين التوتر والقلق والأعراض جسمية مرضية، وأن هذه الأعراض المرضية في حال استمرارها تسبب تلفاً في أنسجة الجسم ويؤيد ذلك نتائج دراسة كل من (حسن عبد المعطي، ٢٠٠٣ - أحمد عكاشة، ٢٠٠٦ - أميرة يوسف، ٢٠٠٨) .

ثانياً : بالنسبة لمقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة : فتعني تلك النتائج تحسن أفراد المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج الارشادي العقلاي الانفعالي بالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلق البرنامج الارشادي مما يدل على مدى فاعلية، وجدوى البرنامج الارشادي في تحسين مستوى جودة الحياة بجميع أبعادها لدى طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية من الجنسين وتتفق تلك النتائج مع ما أكدت عليه الكثير من الدراسات السابقة، والتراث السيكولوجي من ارتباط جودة الحياة بالكثير من المهارات اللازمة لتحسين مستوى جودة الحياة لدى الفرد وهذه المهارات التي اشتمل عليها البرنامج الارشادي المستخدم في البحث الحالي ومن أهمها تصحيح ادراكات الفرد وتدريبه على أساليب التعديل المعرفي لمعتقداته الخاطئة والغير عقلانية، ويتفق ذلك مع ما أكده برونسارد وآخرون (Bronsared et al., 2013) في أن جودة الحياة هي كافة المجالات المادية والنفسية والاجتماعية والصحية التي يتم تقييمها وادراكها بناء على توقعات ومعتقدات الفرد . كما هدف البرنامج الارشادي المستخدم لتوضيح مدى تأثير اضطرابات القلق على خفض مستوى جودة الحياة حيث أكدت دراسة كل من (أحمد الثنيان، ٢٠٠٩ - ودراسة غيايدي وآخرون (Gheadi et al., 2010) على وجود علاقة سالبة ودالة بين القلق ومستوى

د. داليا نبيل حافظ

جودة الحياة بأبعادها المختلفة، وتضمن البرنامج استراتيجيات حل المشكلة والتحكم الذاتي في الانفعالات وهي كلها مهارات لازمة لتحسين جودة الحياة لدى الفرد ويتفق ذلك مع نتائج دراسة (سعيد محمد، ٢٠١١) التي أكدت على وجود عدد من الاستراتيجيات اللازمة لتحسين جودة الحياة منها استراتيجيات مواجهة الانفعال وأسلوب حل المشكلات .

كذلك ارتكز محتوى البرنامج الإرشادي على تنمية ثقافة الحوار والدافعية ومهارات التحصيل الأكاديمي حيث أشار العديد من الباحثين إلى أن انخفاض مستوى جودة الحياة لدى الطالب الجامعي يرتبط إلى حد كبير برسوب الطلاب وأندازهم أو فصلهم من الجامعة كما في دراسة كل من (شاهر سليمان، ٢٠١٠: ١٢٥-). ودراسة نوروزي (٢٠١٢) (Norouzi - دراسة كمال الفليت، ٢٠١٢) التي أكدت نتائجها على وجود علاقة موجبة ودالة بين جودة الحياة وتنمية ثقافة الحوار والدافعية للإنجاز والتفوق الأكاديمي لدى طلاب الجامعة.

كما اشتمل مضمون البرنامج الإرشادي المستخدم على شرح العلاقة بين انخفاض مستوى شعور الفرد بالرضا عن ذاته وحياته وعلاقته بالآخرين والذي يسبب بشكل أساسي انخفاض جودة الحياة لديه وبين اضطراب وظائفه الجسمية وما يعاني من من مشكلات صحية واضطرابات سيكوسوماتية ويتفق ذلك مع ما ذكره دونفان (١٩٨٨) Donvan في أن جودة الحياة تتضمن الوظائف الجسمية والرضا عن الحياة بشكل عام (تامر الراجحي : ٢٠١٣، ٣٤٥٨) . ووفقاً لما سبق ترى الباحثة أنه كان من الطبيعي والمنطقي تفوق أفراد المجموعة التجريبية من طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية من الجنسين في القياس البعدي من حيث انخفاض درجاتهم في كل مقياس القلق الصريح، وقائمة " كورنل " للأعراض السيكوسوماتية، وارتفاع درجاتهم في مقياس جودة الحياة بالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة الذين لم يتعرضوا لأثر البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة .

وفيما يتعلق بنتائج الفرض الثاني وينص على : توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب وطالبات الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسطات رتب درجاتهم في القياس البعدي للبرنامج الإرشادي المستخدم على مقياس القلق الصريح ، وقائمة " كورنل " للأعراض السيكوسوماتية، ومقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة . وللتحقق من صحة هذا الفرض

◆ فاعلية برنامج ارشادي عقلائي انفعالي لخفض أعراض القلق وتحسين جودة الحياة ◆

قامت الباحثة بالمقارنة بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج للمقاييس الفرعية والدرجة الكلية لمقياسي القلق الصريح، وجودة الحياة لطلاب الجامعة وقائمة " كورنل " للأعراض السيكوسوماتية . وذلك بإستخدام اختبار ويلكوكسون اللابارمترى (W) لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعة التجريبية كما يوضحه جدول (١٠) كما يلي :

جدول (١٠)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في متغيرات الدراسة في كل من القياسين القبلي

والبعدي

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب		متوسط الرتب		ن	القياس	المجموعة التجريبية المتغيرات/ المقاييس الفرعية
		الموجبة	السالبة	الموجبة	السالبة			
٠,٠٥	٢,١٤	١٠٤,٥	٥,٥٠	٤,٣٢	٩,٨٨	١٢	قبلي - بعدي	١-القلق الصريح .
								٢-جودة الحياة .
٠,٠٥	٢,٢٥	١١٢,٥	٩,٥٥	١٠,١١	٦,٥٣	١٢	قبلي - بعدي	أ-جودة الحياة الاجتماعية .ب-
٠,٠٥	٢,٣٠	٨٩	٦	٧,٤٢	٤,٥٤	١٢	قبلي - بعدي	جودة الحياة المادية .
٠,٠١	٣,٥٩	١١٩	٨	١١,٤٣	٦,٣٤	١٢	قبلي - بعدي	ج-جودة الحياة الوجدانية .
٠,٠٥	٢,٢١	١٠٥	٦,٢٣	٩,٥٤	٥,٤٣	١٢	قبلي - بعدي	د- جودة الحياة الاكاديمية .ه-
٠,٠١	٣,٦١	٩٨	٤,٢٥	٥,٤٣	١,٢٣	١٢	قبلي - بعدي	الرضا عن الحياة .
٠,٠١	٣,٦٥	١٠٣,٥٠	١٠,٥٠	١٤,٢٥	٧,٣٤	١٢	قبلي - بعدي	الدرجة الكلية
								٣-قائمة "كورنل" للأعراض السيكوسوماتية
٠,٠٥	٢,٣٠	١١٢,٥	٧,٤٥	٤,٢٢	٥,٥٦	١٢	قبلي- بعدي	١-الجهاز التنفسي .
٠,٠٥	٢,٩٦	٧٤	٣	٧,٤٢	٤,٦٤	١٢	قبلي - بعدي	٢-الجهاز الهضمي .
٠,٠٥	٢,٠٧	٨٩	٣	٨,٥١	٧,٥	١٢	قبلي - بعدي	٣-القلب والأوعية .
٠,٠٥	٢,٦٥	١٠٥,١١	٢,٥٠	٥,٣٣	٦,٧٧	١٢	قبلي -بعدي	الدرجة الكلية .

ويتضح من جدول (١٠) ما يلي :

١-توجد فروق دالة احصائيا" عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج على الدرجة الكلية،

د. داليا نبيل حافظ

لمقياس القلق الصريح، والمقاييس الفرعية والدرجة الكلية لقائمة "كورنل" للأعراض
السيكوسوماتية . والفروق في اتجاه أفراد المقياس القبلي .

٢-توجد فروق دالة احصائيا" عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد
المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج على الدرجة الكلية لمقياس
جودة الحياة لطلاب الجامعة والمقياسين الفرعيين (جودة الحياة الوجدانية، والرضا عن
الحياة) والفروق في اتجاه القياس البعدي، وعند مستوى (٠,٠٥) للمقاييس الفرعية (جودة
الحياة الاجتماعية، وجودة الحياة المادية، وجودة الحياة الأكاديمية)، والفروق إلى جانب
القياس البعدي .

وقد تحقق الفرض السابق حيث أشارت نتيجته لوجود فروق دالة احصائيا" بين
متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في
القلق الصريح في اتجاه الأفضل لصالح القياس البعدي لكل من مقياس القلق الصريح،
وقائمة "كورنل" للأعراض السيكوسوماتية، كما أظهرت النتائج وجود فرق دالة بين القياسين
القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية في اتجاه الأفضل لصالح القياس البعدي في
مقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة ، وتشير تلك النتائج إجمالاً إلى مدى أهمية وفاعلية
وتأثير البرنامج الإرشادي المستخدم لطلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية
ويهدف لخفض القلق وتحسين جودة الحياة لديهم من خلال إعادة البنية المعرفية بالتعديل
المعرفي لأفكارهم اللاعقلانية المعتمدين فيها والخاصة بطبيعة إدراكهم وتقييمهم لذواتهم
وبيئتهم ومستقبلهم وتأتي هذه النتيجة متناغمة مع نتائج الفرض السابق، حيث يظهر هنا
دور البرنامج العقلاني الانفعالي المطبق على أفراد المجموعة التجريبية في مساعدة طلاب
الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية أثناء الجلسات العلاجية على التدريب على التقييم
الواقعي للأحداث وتركيز الجلسات على تعديل التوقعات السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل
ومحاولة إصلاح التشويه المعرفي الذي يعتبر نتاج التعميمات الزائدة وغير المنطقية . وتتفق
تلك النتيجة مع مع المبادئ والأسس التي أشار إليها " اليس " Ellis في أن ردود أفعال
الأفراد عبارة عن حالة مركبة من الإدراك أو التفكير والعمليات الحسية الحركية، فالتفكير
والانفعال لا يمثلان عمليتان منفصلتان . ويتفق ذلك مع ما أكده (Bronsared et 2013)

al, من أن جودة الحياة هي كافة المجالات المادية والنفسية والاجتماعية والصحية ويتم تقييمها بناء على توقعات ومعتقدات الشخص .

وتتفق تلك النتيجة مع ما أشار إليه اليس Ellis (1997: 73-187) من أن كثيرا من الاضطرابات النفسية تتكون من فعل توقعاتنا اللاعقلانية وغير الواقعية للأفكار والمعتقدات اللاعقلانية والتي تم اكتسابها في الماضي هي الأكثر المتغيرات حسما" في احدث الاضطرابات النفسية. فالفرد يسلك وفق تصوره مسبقا" وبالتالي يقع فريسة للاضطراب الانفعالي والجسدي اذا اختلت هذه التوقعات . (رثيفة رجب، 2001: 201) .

كما جاءت هذه النتيجة منطقية وفقا لما قامت به الباحثة سابقا من اجراءات لإتمام المجانسة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في بعض المتغيرات التي من شأنها أن تزيد من المعاناة الانفعالية من القلق والأعراض السيكوسوماتية، وانخفاض مستوى جودة الحياة لدى طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية مثل (العمر - المستوى الاجتماعي الاقتصادي) ومن ثم فإن ظهور فروق دالة احصائيا" بين القياسين القبلي والبعدي من تطبيق البرنامج لدى أفراد المجموعة التجريبية قد يرجع فقط إلى تأثير وفاعلية البرنامج الارشادي المستخدم في البحث والذي أدى إلى التغير الذي حدث لأفراد المجموعة التجريبية والذي وضح من خلال الانخفاض الدال في درجات القلق، والأعراض السيكوسوماتية، والارتفاع في درجات جودة الحياة. وتتفق نتائج الفرض الحالي مع ما سبق أن توصلت إليه الدراسات مثل (ابراهيم محمود، 2006- حنان أمين، 2012- مروة عبد القادر، 2015) ومن الدراسات الأجنبية (Gene, 1986، - Cramer & Buckland - Perinovic, et al., 2007) حيث أكدت نتائجها على الدور الفعال للبرامج الارشادية والعلاجية القائمة على المنحى المعرفي والعقلاي الانفعالي في زيادة المعارف والافكار الايجابية والتعديل الايجابي لإتجاهاتهم نحوذواتهم والعالم والمستقبل مما ينعكس بدوره ايجابيا" على تحسين مستوى جودة الحياة لديهم، وخفض معاناتهم من الأعراض النفسجسمية، وتحقيق قدر مناسب من السلوك التكيفي لهم .

وفيما يتعلق بنتائج الفرض الثالث وينص على: - لا توجد فروق دالة احصائيا" بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لتطبيق

د. داليا نبيل حافظ

البرنامج في كل من مقياس القلق الصريح، وقائمة " كورنل " للأعراض السيكوسوماتية، وجودة الحياة لطلاب الجامعة .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بالمقارنة بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين البعدي والتتبعي لتطبيق البرنامج للمقاييس الفرعية والدرجة الكلية لمقياس القلق الصريح، وقائمة " كورنل " للأعراض السيكوسوماتية، وجودة الحياة لطلاب الجامعة ، وذلك بإستخدام اختبار ويلكوكسون اللابارمترى (Wilcoxon (W) لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعة التجريبية كما يوضحه جدول (١١) كما يلي :

جدول (١١)

دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في متغيرات الدراسة في كل من القياسين البعدي والتتبعي

مستوى الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب		متوسط الرتب		ن	القياس	المجموعة التجريبية المتغيرات / المقاييس الفرعية
		الموجبة	السالبة	الموجبة	السالبة			
غير دالة	١,١٤	٤,٥	١٥,٥٠	٢,٣٢	٤,٠٠	١٢	بعدي- تتبعي	١-القلق الصريح .
								٢-جودة الحياة .
								أ-جودة الحياة الاجتماعية ب-
غير دالة	٠,٧٥	٣,٥	٧,٥٥	١,١١	٣,٥٣	١٢	بعدي -تتبعي	جودة الحياة المادية .
غير دالة	١,٣٠	١٥,١٤	٤٠,٥٠	٣,٤٢	٦,٥٤	١٢	بعدي-تتبعي	ج-جودة الحياة الوجدانية .
غير دالة	١,٠١	٩,١١	٤٤,٨	١,٤٣	٦,٣٤	١٢	بعدي-تتبعي	د- جودة الحياة الاكاديمية .
غير دالة	١,٣١	٣,٠٠	٦,٢٣	٨,٥٤	٥,٤٣	١٢	بعدي-تتبعي	هـ- الرضا عن الحياة .
غير دالة	١,٢١	١٤	٤١,٢٥	٣,٤٣	١,٢٣	١٢	بعدي- تتبعي	الدرجة الكلية
غير دالة	١,٣٥	٥,٥٠	١٠,٥٠	٤,٢٥	٧,٣٤	١٢	بعدي - تتبعي	
								٣-قائمة "كورنل" للأعراض السيكوسوماتية
غير دالة	٠,٥٣٠	٥,٠٠	١٥,٤٥	٤,٢٢	٥,٥٦	١٢	بعدي - تتبعي	١-الجهاز التنفسي .
غير دالة	١,١٦	٣,٠٠	٧	٧,٤٢	٤,٦٤	١٢	بعدي - تتبعي	٢-الجهاز الهضمي .
غير دالة	٠,٥٧	١٤,٤٥	٤٠,٥٠	٨,٥١	٥,٥	١٢	بعدي - تتبعي	٣-القلب والأوعية .
غير دالة	١,١٥	٥,٠٠	٧	٥,٣٣	٤,٧٧	١٢	بعدي- تتبعي	الدرجة الكلية .

ويتضح من جدول (١١) ما يلي :

تحقق الفرض الثالث حيث أوضحت النتيجة أنه لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي لتطبيق البرنامج الارشادي العقلاي الانفعالي على الدرجة الكلية والمقاييس الفرعية لكل من مقياس القلق الصريح، وقائمة "كورنل" للأعراض السيكوسوماتية، ومقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة .

وتعزوا الباحثة هذه النتيجة إلى جدوى وفاعلية أثر البرنامج الارشادي المستخدم وفتياته المختلفة وما أظهره أفراد المجموعة التجريبية من اهتمام وتعاون وتفاعل خلال جلسات البرنامج حيث أصبحوا أكثر قدرة وكفاءة في السيطرة على المواقف المسببة للقلق والتوتر والتحكم فيها، وتغليب طرق التفكير العقلاي والمنطقي والتحكم الذاتي واستخدام طرق حل المشكلات، وممارسة مهارة الاسترخاء، وإعادة البناء المعرفي، بالإضافة إلى اكتساب القدرة على التعبير عن المشاعر بشكل صريح وبحرية كاملة، ومن خلال كتابة التقارير الذاتية، هذا بالإضافة إلى ارتباط جودة الحياة بالعديد من المهارات التي لا بد من اكتسابها لتحسين جودة الحياة والتي تضمن أغلبها البرنامج الارشادي المستخدم في الدراسة كالتدريب على استخدام أساليب التفكير العقلاي والايجابي اللازمة لتحسين الشعور بجودة الحياة، وتعلم مهارات تدبر القلق والضغوط النفسية، واتخاذ القرار، ومهارات الاتصال مع الآخرين . مما أدى إلى تدني مستوى الشعور بالقلق، وتحسين مستوى الشعور بجودة الحياة خلال فترة جلسات البرنامج ويؤكد على التحقق من نتائج هذا الفرض الذي يشير إلى استمرارية أثر وفاعلية البرنامج حتى بعد الانتهاء منه بفترة تصل إلى شهر. وتبدو هذه النتيجة طبيعية ومتناغمة مع نتيجة الفرض السابق وتؤكد على تأثير وفاعلية البرنامج الارشادي المستخدم في البحث . وتتفق تلك النتيجة مع ما أوضحته نتائج بعض الدراسات من فاعلية المنهج العقلاي الانفعالي في خفض القلق وتحسين مستوى جودة الحياة وخفض الاضطرابات السيكوسوماتية مثل دراسة (جين 1986، Gene) - ودراسة ابراهيم محمود، ٢٠٠٦ - ودراسة برنوفك وآخرين، (Perinovic et al., 2007 - دراسة مروة عبد القادر، ٢٠١٥) .

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع ما يفترضه اليس وديردن (١٩٩٧) Ellis & Dryden من أن أنماط التفكير المتعصبة وغير المنطقية وسوء تأويل وتفسير الفرد للأمور والأحداث التي يمر بها هي التي تسبب له الاضطراب، وإذا استمر الفرد في تبني والتمسك بهذه الأفكار

د. داليا نبيل حافظ

اللاعقلانية وتدعيمها عن طريق التلقين الذاتي يحدث إضطرابه الانفعالي كالقلق والتوتر ويقل الشعور لديه بجودة الحياة الذي يفصح عن نفسه من خلال المرض الجسدي . وتؤيد العديد من نتائج الدراسات والابحاث ذلك والتي أشارت إلى وجود ارتباط موجب ودال بين التفكير اللاعقلاني وانخفاض مستوى الشعور بجودة الحياة والمعاناة من الاضطرابات الانفعالية كالقلق، كما أوضحت تلك الدراسات وجود عدد من استراتيجيات التعايش والتي من شأنها مساعدة الشخص في تحسين الشعور بجودة الحياة منها استراتيجيات المواجهة سواء المرتكزة على المشكلة أوالمرتكزة على الانفعال، واسلوب حل المشكلة، وطرق تعديل البناء المعرفي مثل دراسة كل من(شادو2008، Chaudieu - سعيد محمد، ٢٠١١ - شيماء باشا، ٢٠١٥ - كريتلو (٢٠١٥) Kreitlow - مروة حشيش ٢٠١٦) .

تعقيب عام :

أشارت نتائج البحث الحالي إلى صحة الفروض المتعلقة بالدراسة التجريبية والتي تقوم على فحص فاعلية برنامج ارشادي عقلاني انفعالي في خفض القلق وتحسين جودة الحياة لدى طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوماتية من الجنسين من خلال دحض وتغيير المعتقدات والافكار اللاعقلانية عن طريق استخدام فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية قائمة على نظرية اليس Ellis في الشخصية حيث أظهرت نتائج الدراسة الأثر الفعال للبرنامج الارشادي في تعديل وتنفيذ المعتقدات والأفكار اللاعقلانية بإعتبارها المحدد الاساسي لمستوى شعور الفرد بجودة الحياة وتلعب دور رئيسي في معاناته بالقلق، وما قد يترتب عليه من اصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية حيث يركز المنهج العقلاني الانفعالي على تنفيذ وتعديل المعتقدات اللاعقلانية التي تؤدي إلى انخفاض مستوى شعور الفرد بجودة الحياة ودرجة رضاه عنها، وتسبب له العديد من الاضطرابات الانفعالية كالقلق والتي قد تعبر عن نفسها من خلال الاضطراب الجسدي . إذ يؤكد المنهج العقلاني الانفعالي على الدور الوسيط للتفكير غير اللاعقلاني في العلاقة بين شعور الفرد بالمشقة كنتيجة لانخفاض مستوى شعوره بجودة الحياة وما يرتبط به من مشاعر سلبية وانهازامية للذات وبين إحداث واستمرار الاضطرابات الانفعالية كالقلق والاصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية (Tsushima,1995) .

ومن ثم ترى الباحثة أن جودة الحياة لا تتحقق إلا من خلال التفكير العقلاي الفعال وتعلم طرق التفكير الايجابي، وكيفية مواجهة القلق وتعلم مهارات حل المشكلات واتخاذ القرار ووضع بدائل ايجابية لحلول المشكلات التي يواجهها الفرد في حياته وتوثيق الصلة بالله عز وجل حيث يشكل كل هذا المحددات والدعائم الأساسية لجودة الحياة للفرد بصفة عامة ولطالب الجامعة بصفة خاصة حيث يساعد تحسين مستوى جودة الحياة لديه على استثمار طاقاته وامكاناته بشكل أفضل وتوظيفها في الوجة المناسبة مما يعود بالنفع العام على المجتمع .

*التوصيات :

في اطار ما أثارته نتائج البحث الحالي نوصي بعدة توصيات كما يلي :

- ١-زيادة الوعي لدى طلاب الجامعة بدور التفكير السلبي، والمعتقدات اللاعقلانية في الشعور بالقلق والتوتر خفض مستوى الشعور بجودة الحياة، واحداث الاضطراب النفسي والجسدي ومن ثم ينبغي توفير برامج ارشادية معرفية تهدف إلى التدريب على تعديل الأفكار والمفاهيم الخاطئة واستخدام طرق التعامل الواقعي والمنطقي مع الاحداث والضغوط .
- ٢-ضرورة اهتمام وزارتي الشباب، والاعلام بتحسين الصورة العامة للشباب والامكانات المتاحة لهم واتاحة الفرص لهم لاكتساب معارف ومهارات تتناسب مع تخصصاتهم وقدراتهم وتساعدهم على توظيفها واستثمارها بشكل صحيح .
- ٣-ضرورة الاهتمام بجوانب ومكونات جودة الحياة مما ينعكس بدوره ايجابيا على تحسين مستوى جودة الحياة لدى أفراد المجتمع وخاصة الشباب الجامعي .

*المقترحات البحثية :

وفقا لما اثارته الدراسة من نتائج توصي الدراسة الحالية بإجراء العديد من الدراسات الخاصة بالتدريب على طرق التفكير العقلانية وتحسين جودة الحياة لأهميتهما البالغة في الاعداد السليم لطلاب الجامعة باعتبارهم اساس نمو وتطور المجتمع . ومن هذ المقترحات البحثية :

- ١-تصميم برامج ارشادية معرفية لتحسين جودة الحياة لدى الشباب من مدمني الانترنت .
- ٢-فاعلية العلاج المعرفي في تحسين جودة الحياة لدى طلاب الجامعة المضطربين نفسيا" لمواجهة الواقع بفاعلية وعقلانية .

المراجع :

أولاً المراجع العربية :

- ١- ابراهيم محمود (٢٠٠٦) : فاعلية الارشاد العقلاني الانفعالي في خفض قلق المستقبل، لدى طلاب التعليم الفني، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أسيوط .
- ٢- أحمد الثنيان (٢٠٠٩) : جودة الحياة وقلق المستقبل لدى طلاب المرحلة الجامعية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة ام القرى .
- ٣- أحمد عبد الخالق (١٩٩٢) : قائمة القلق (الحالة والسمة) - دليل التعليمات، ط٢، (إعداد : سبيلبرجر وآخرون)، القاهرة، الأنجلوالمصرية .
- ٤- أحمد عكاشة (٢٠٠٦) : الطب النفسي المعاصر . القاهرة، الأنجلو المصرية .
- ٥- أحمد فتحي (٢٠٠٣) : مدى فاعلية برنامج ارشادي للوالدين في تخفيف المخاوف لدالمراهقين المتخلفين عقليا"، رسالة دكتوراه، كلية البنات، جامعة عين شمس .
- ٦- أمال صادق وفؤاد أبوحطب (١٩٩٠) : نمو الانسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة الشيخوخة . القاهرة، الأنجلوالمصرية .
- ٧ - أميرة يوسف (٢٠٠٨) : الصلابة النفسية ووجهة الضبط لدى الراشدين من الجنسين، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة حلوان .
- ٨- أمينة الهيل (٢٠٠٢) : دراسة فاعلية برنامج للارشاد العقلاني الانفعالي في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية بدولة قطر، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس
- ٩- باترسون، س، هـ (١٩٩٠) : نظريات الارشاد والعلاج النفسي، ترجمة : حامد عبد العزيز الفقي . الكويت، دار القلم .
- ١٠- بشرى اسماعيل (٢٠١٢) : مقياس جودة الحياة " الصورة المختصر" إعداد منظمة الصحة العالمية (١٩٩٦) . القاهرة، الانجلو المصرية .
- ١١- تامر الراجحي (٢٠١٣) : برنامج مقترح في خدمة الجماعة لتحسين جودة الحياة للأطفال المعاقين ذهنيا" ذوي صعوبات التعلم، دراسة وصفية مطبقة على مدرسة التربية

- الفكرية بالمنصورة، المؤتمر العلمي الدولي السادس والعشرون للخدمة الاجتماعية وتطوير العشوائيات، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، مصر، ج ٩، ص ٣٤٥١-٣٥٢٢.
- ١٢- حسن عبد المعطي (٢٠٠٣) : الأمراض السيكوسوماتية . التشخيص - الأسباب - العلاج . القاهرة، زهراء الشرق .
- ١٣- حسن عبد المعطي (٢٠٠٥) : الارشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، المؤتمر العلمي الثالث لكلية التربية جامعة الزقازيق، " الانماء النفسي التربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة " الزقازيق، ١٥-١٦ مارس، ص ١٣-٢٣
- ١٤- حسن عبد الجواد (١٩٩٩) : القلق ومفهوم الذات لدى نزيلات الملاجئ المراهقات . "دراسة اكليلية"، رسالة دكتوراه كلية الآداب، جامعة عين شمس .
- ١٥- حنان أمين (٢٠١٢) : فعالية العلاج بالمعنى في تنمية الصلابة النفسية والاحساس بجودة الحياة لدى عينة من المراهقات الكفيفات بمدينة مكة المكرمة، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة أم القرى .
- ١٦- داليا نبيل (٢٠٠٦) : أثر العلاج العقلاني الانفعالي على خفض حدة القلق والاكتئاب لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقليا"، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة حلوان .
- ١٧- رئية رجب (٢٠٠١) : ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة (التشخيص والعلاج)، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية
- ١٨- زينب شقير (٢٠١٠) : جودة الحياة واضطرابات النوم لدى الشباب، المؤتمر الاقليمي الثاني لعلم النفس، رابطة الأخصائيين النفسيين، ٢٩- ١ ديسمبر، ص ٧٧٣-٧٩٠ .
- ١٩- سامي موسى (١٩٩٧) : فعالية الارشاد العقلاني الانفعالي مقترنا" بالواجبات المنزلية في علاج الخواف الاجتماعي، مجلة كلية التربية، العدد(٢٩)، جامعة الزقازيق، ص ٤١-٩٨ .
- ٢٠- سعيد محمد (٢٠١١) : جودة الحياة واستراتيجيات التعايش (المواجهة) للصم وضعاف السمع . دراسة تحليلية، مجلة كلية التربية (جامعة بنها)، مجلد (٢٢)، العدد (٨٧)، ص ٢١٦- ٢٥٠ .

د. داليا نبيل حافظ

- ٢١- شاهر سليمان (٢٠١٠) : قياس جودة الحياة لدى عينة من طلاب جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية وتأثير بعض المتغيرات عليها، رسالة الخليج العربي، السعودية، مجلد (٣١)، العدد (١١٧)، صص ٦٨- ١١٤
- ٢٢- شيماء باشا (٢٠١٥) : اجترار التفكير والتشويه المعرفي وعلاقتها بأعراض القلق والاكتئاب، المجلة المصرية لعلم النفس الاكلينيكي والارشادي مجلد ٣ ع (٤)، ص ص ٥٣٦- ٥٨٢ .
- ٢٣- عبد الرحمن العيسوي (٢٠٠٦): أمراض العصر: الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية . الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية .
- ٢٤- عبد الستار ابراهيم، عبد الله عسكر (١٩٩٩) :علم النفس الاكلينيكي في ميدان الطب النفسي، القاهرة، الأنجلو المصرية.
- ٢٥- علاء الدين كفاقي (١٩٩٩) : الارشاد والعلاج النفسي الأسري، المنظور النسقي الاتصالي، ط١. القاهرة، دار الفكر العربي .
- ٢٦- على كاظم (٢٠١٤) : جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين والليبيين " دراسة ثقافية مقارنة"، كلية التربية لجامعة السلطان قابوس، وجامعة عمر المختار، مجلة الأكاديمية العربية المفتوحة في الدنمارك، ع(٣)، ص ص ٦٧-٨٧ .
- ٢٧- عماد ابراهيم (١٩٩٥) : تقدير الذات ومصدر الضبط . خصائص نفسية وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض القلق والاكتئاب، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة الزقازيق .
- ٢٨- كمال الفليت (٢٠١٢): فاعلية برنامج ارشادي لتنمية ثقافة الحوار وعلاقتها بتحسين جودة الحياة لدى طلاب جامعة فلسطين، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.
- ٢٩- لويس مليكة (١٩٩٣): علم النفس الاكلينيكي، القاهرة، الهيئة المصرية للكتاب .
- ٣٠- لويس مليكة (١٩٩٤): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، ط٢. القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر .
- ٣١- ماجدة خميس (١٩٩٢): القلق النفسي وعلاقته ببعض الأمراض العضوية (دراسة عاملية)، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية.

- ٣٢- مروة حشيش (٢٠١٦): الفروق بين طلاب الجامعة تبعاً لمستويات الاحساس بجودة الحياة وعلاقتها بأنماط التفكير الايجابي والسلبي لديهم، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا للتربية، جامعة القاهرة.
- ٣٣- مروة عبد القادر (٢٠١٥): فاعلية برنامج ارشادي عقلاي لتحسين جودة الحياة لدى طالبات دبلوم التوجيه والارشاد بجامعة الملك خالد، مجلة الارشاد النفسي، مركز الارشاد النفسي، العدد ٤٣، أغسطس، ص ص ٢٧٠ - ٣٠١.
- ٣٤- محروس الشناوي (١٩٩٦) : العملية الارشادية والعلاجية، ط١، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
- ٣٥- محمود أبو النيل (١٩٩٤) : الأمراض السيكوسوماتية، ط٢ . بيروت، دار النهضة العربية .
- ٣٦- محمود أبو النيل (١٩٩٥) : قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية . القاهرة، المكتبة الابراهيمية .
- ٣٧- مصطفى فهمي، ومحمد غالي (١٩٩٠): مقياس "تايلور" للقلق الصريح، القاهرة، دار النهضة العربية .
- ٣٨- ممدوحة سلامة (١٩٨٥): الارشاد النفسي . منظور انمائي . القاهرة، الأنجلوالمصرية
- ٣٩- ممدوحة سلامة (١٩٩٣) : قراءات مختارة في علم النفس، القاهرة، الأنجلو المصرية
- ٤٠- ممدوحة سلامة (٢٠٠٠) : مقدمة في علم النفس. القاهرة، دار النصر للتوزيع والنشر .
- ٤١- نيفين نيروز (٢٠٠٦): الأسلوب المعرفي كمتغير معدل للعلاقة بين المشقة والاضطرابات النفسية الجسمية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة القاهرة
- ٤٢ - هناء الشويخ (٢٠٠٨) : استراتيجيات التعايش، المساندة الاجتماعية في علاقتها ببعض الاختلالات النفسية لدى مرضى أورام المثانة السرطانية، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة القاهرة .
- ثانياً المراجع الأجنبية :

43- Abd El-Khalek, A.(2003). Somatic symptoms inventory (SSI) : Development, Parameters and correlates. *Current Psychiatry*, Vol. 10,114-129.

- 44-Abramson, L . Y., Seligman, M, Em. & Terasdale, J. O., (1978). Learned helplessness in humans critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 87, 1,49-74.
- 45 - Andersen,B .L.,(2003).Psychological Interventions for Cancer Patients to Enhance the quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 552-568.
- 46- Arslan, S.,& Akkas,O.A. (2013) . Qualit of college life (QCL) of students in Turkey: students” life satisfaction and identification. *Social indicators research*, 115 (2), 869-884.
- 47-Beck, A. t., (1989). Forewod. In. J. Scotte, M. Williams & A. Beck, (Eds.), *Cognitive therapy in Clinical Practice*. London : Routledge .
- 48 - Bootzin ,R., Alloy , L . B. & Aciculae, J. (1993) *Abnormal Psychology Current spective*. New York : Mc Graw Hill , Inc.
- 49-Bronsard. G, Lancon. C, Loundou.a, rufo. M, Tordjman. SSimeoni. C.m(2013). Quality of life and mentaldisorders of adolescents living in french residential group hhomes, *Child Welfare*, Vol.92,No.3.
- 50 -Corsini. R.J ia of &Auerbach.A.J.,(1996). *Corsini Encyclopedia of Psychology* (2ed). New York : John Wiley&Sons.
- 51 -Davison,G. C& Neal, J. M., (1994) . *Abnormal Psychology* . (6 ed). New York : Joh Wiley & Sons .
- 52-Dolliver, R.H., (1977) . *The Relationship of rational – emotive therapy to other psychotherapies and personality theories* . The Counseling psychologist, 7,1, 57-63.
- 53-Donovan, A.M.,(1988).Family stress and ways of coping with adolescents who have andicaps : Menternal perception. *American Journal of Mental Retardation*.92,6,502-509
- 54-Dryden, W. & Digiuseppe, R., (1990) : *A Primer on rational emotive therapy*. Illinois: Research Press .
- 55-Ellis, A.,(1990). Rational and irrational beliefs in counseling psychology. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy* , 8, 3, 221-233
- 56-Ellis.A. & Dryden , W., (1997). *The Practice of rational emotive therapy* . (2 ed) . New York : Springer Publishing .
- 57 -Gene. P. (1986). Rationality as a moderator between life events and illness. *J. of American College Health*, Vol 34 , N4, PP 170-173.

- 58-Ghaedi, G, H., Tavoli, A., Bakhtiari, M., Melyani, M., & Sahragardm M.(2010). *Quality of life in college students with and without social phobia-social indicators research*, 97(2), 247-256.
- 59-Gramer, D. & Buckland., N., (1995). Effect of rational and irrational statements and demand characteristics of tas; anxiety . *Journal of psychology*, 129, 3, 369-378.
- 60-Greenberge, R.L., (1989). Panic disorder and agoraphobia in :J, Scotte; J, Mark & A, T. Beck., (Eds.), *Cognitive Therapy in clinical practice. An Illustrative Casebook*. New York :Rutledge .
- 61- Klassen, A., Miller, A., & Fine,S. (2004) : *Health-Related Quaility of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention deficit L Hyperactivity Disorder*. *Pediatrics*114, 541-517.
- 62-Kreitlow, Abby (2015).*Religiosity and subjective quality of life amongselected university students*, Minnesota state university, Mankato. Health Education United State, Ann Arbor Degree : M.S. (2015),P.90
- 63- Margan, R. (2003) : *Asystems thinking paradigm and leaning computers emulation model of the positive and negative feedback structure underlying growth Eric*.
- 64 -Nielsen, S.L; Johnson, W.B. & Ridley, C.R., (2000). Religiously sensitive rationl emotive behavior therapy theory techniques, and brief excerpts froma case. *American Psychological Association*, 31, 1, 21-28
- 65- Norouzi, M., (2012). *Relationship of quality of life and achievement motivation with under graduated students anxiety*, *Scientific Reports* ,1 (1) ,6-10.
- 66-Perinovic, E. ; Mickic; Z., & Kozja; (2007) . C0gnitive stress coping strategies & Psychosomatic symptoms in adolescents. *J. of Social Psycgology*, Vol.35, 126-132.
- 67 -Piko B. & Noemi K. (2006). *Psycholoso matic symptom formation as a health status indicator in early adolescence: behavioral epidemiologic analysis* . *Orv Heil*. Vol . 7:147(18): 819-825.
- 68- Schalock N. (2002): *Handboo; of quality of life for Human service practitioners*, *American Association of Mental Retardation* , Washington, D. C.
- 69- Taylor, SH. (1999).*Health Psychology*. Lo s Angeles : McGraw-Hill

د. داليا نبيل حافظ

70-Tsushima, V.G.,(1995). The Effect of rational emotive therapy and supportive therapy on correlates of adolescent depression. *Abstract International* , 56, 1, 539-577.

71-Verdugo. A.M, Navas.P.,Gomez. E.L. & Schalock.L.R(2012). The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability, *Journal of Intellectual Disability Research* , Vol (56) Part (11) PP 1036-1045.

72-Wenqing; Jing; Zhang & Hua. (2004). Psychosomatic symptoms & coping styles & Their influences on quality of life in chronic hepatitis . *J. of Clinical Psychology*, Vol.12, 3, 281-283.

73 -Williams, M;Watts, F; Macleod, C. & Mathew, A., (1997). *Cognitive Psychology and Emotional Disorder*. New York : Chichester Wiley.

Effectiveness of Rational Emotive Guidance Program on Reduction of The Symptoms of Anxiety and improving the quality of life among University Students of psychosomatic disorders

Dalia Nabil Hafez

Abstract of Study

The aim of this research is to verify the effectiveness of the used Rational Emotive Guidance program on Reduction of The Symptoms of Anxiety and improving the quality of life among University Students of psychosomatic disorders , The sample consists of (24) students,age ranged from (18-23) years, divided into two groups : experimental (n=12), and control (n=12)

The researcher used Taylor Manifest Anxiety Scale prepared by (Janit.Taylor),translated and prepared by (Motafa fahmy & Mohomamed Kally, 1990), quality of life among University Students scale prepared by(Kamal Eflit, 2012), Cornell index prepared (Albert & Brodman,1986), translated and prepared by (Mohmoud Abo Elneel,1995), and program to Reduction of The Symptoms of Anxiety and improving the quality of life among University Students prepared by (the researcher).

The results of this research lead to statistically significant difference between mean score of experimental and control groups (post Administration Program) In Taylor Manifest Anxiety Scale ,Cornell index and quality of life among University Students scale , There are a statistically significant differences between the mean scores of pre and post program administration in experimental group in Anxiety, Cornell index and quality of life among University Students scale , and No significant differences were found between the mean scores of post and follow up measures program administration for experimental group in Anxiety, Cornell index and quality of life among University Students scale, Which refers to the The Effectiveness of Rational Emotive Guidance Program on Reduction of The Symptoms of Anxiety and improving the quality of life among University Students of psychosomatic disorders.