



جامعة المنصورة
كلية التربية



**العلاقة بين مجالات جودة الحياة وكل من القلق
الإكلينيكي وتوهم المرض لدى المراجعين النفسيين
للعيادات الخارجية**

إعداد

طارق مصطفى محمد رجب

إشراف

أ.د/ السيد فهمي علي

أستاذ علم النفس الإكلينيكي
كلية الآداب- جامعة المنصورة

مجلة كلية التربية – جامعة المنصورة

العدد ١٢٤ – أكتوبر ٢٠٢٣

العلاقة بين مجالات جودة الحياة وكل من القلق الإكلينيكي وتوهم المرض لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية

طارق مصطفى محمد رجب

مقدمة الدراسة:

القلق في صورته الطبيعية شعور طبيعي يختلج الناس لدى مواجهة تهديد معين أو خطر أو إرهاب، والفرد عندما يشعر بالقلق ينتابه بشكل خاص شعور بالغضب والانزعاج والتوتر، كما قد يشعر الفرد بالقلق نتيجة تجارب حياتية مثل خسارة وظيفة أو انهيار علاقة عاطفية أو مرض خطر أو حادث كبير أو وفاة شخص قريب، والشعور بالقلق في هذه الحالات أمر طبيعي لا يدوم عادة سوى لفترة زمنية محددة.

أما القلق في صورته غير الطبيعية أو المرضية فهو اضطراب يعد من أكثر الأمراض النفسية العصابية شيوعاً، ويصيب شخصاً من بين كل عشرين شخصاً في أي وقت من حياته، غالباً ما تبدأ هذه الاضطرابات في فترة الطفولة المبكرة، كما قد تظهر في وقت لاحق من مرحلة الطفولة أو في أي وقت من حياة المرء، وغالباً ما يبدأ اضطراب القلق فجأةً من دون سبب ظاهر، وهو يترافق إجمالاً بأعراض جسدية شديدة مثل انقطاع التنفس وخفقان في القلب والتعرق والرجفة والشعور بالاختناق والغثيان وضائقة في البطن ودوار وإحساس بالوخز كالإبر.

(Multicultural Mental Health Australia, 2018)

ويرى بيك أن القلق المرضي ينشأ من الإفراط في تقدير الخطر كالتقدير المفرط للتغيرات الناتجة عن حادث ينطوي على الخوف، والتقدير المفرط لحدث يتسم بالشدة والعنف وينطوي على الخوف، والتقليل من قدرة الفرد على التغلب على الخطر ومواجهته، والتقليل من قدرة الأفراد الآخرين على تقديم المساعدة، ويقرر بيك أن الأفكار المثيرة للقلق تأتي من عديد من صور التفكير الخاطئ، ومنها التفكير المأساوي حيث تكون الكارثة هي المحصلة التي يمكن التنبؤ بها عندما يتوقع الشخص القلق والخطر أو مواجهة المشكلات، والتفكير المبالغ حيث يرى الفرد أن أي أخطاء بسيطة أو نواقص تصبح فشلاً مطلقاً أو أخطاء مميتة، والتفكير المفرط في التعميم والذي ينتج عنه ترجمة أي تجربة صعبة إلى قانون عام متحكم في مجمل وجدان الفرد، وأخيراً

التفكير السلبي حيث يتم التغاضي عن كل النجاحات الماضية والمصادر الشخصية ومواطن القوة. (Keedwell & Snaith, 1996, p: 171).

ويُعدّ القلق جزءاً من الحياة اليومية لكثيرين، فالقلق الذي يعكر صفو التمتع بالحياة يصيب كثيرين أيضاً، واضطرابات القلق منتشرة بشكل واسع، كما يمكن أن يتحول القلق إلى حلقة مفرغة، حيث يتسبب القلق بظهور تأثيرات أخرى في الجسم كالأعراض الجسدية التي تسبب المزيد من القلق، والأعراض النفسية والتي منها الدوار، الشعور بعدم الثبات، غشيان البصر، والشعور بالإغماء، والخوف من فقدان السيطرة، والخوف من الموت، الشعور بالانفصال عن الواقع، وهناك الأعراض الثانوية التي منها هبات الحرارة والارتعاش من البرد، والشعور بالخدر في الأصابع، وتشنج العضلات، هذا فضلاً عن حدوث تغيّرات في السلوك الاجتماعي (مكزي، ٢٠١٣: ٩).

إن من السمات المميزة للقلق المرضي أو الإكلينيكي كما تقدم تتمثل في أن الأفكار المثيرة للقلق تأتي من عديد من صور التفكير الخاطئ، والتفكير المبالغ فيه، والتفكير المفرط في التعميم، والتفكير السلبي، وهذا ما اهتمت به نظرية (Albert Ellis) في العلاج العقلاني الانفعالي التي تسعى إلى تغيير المعارف لتعديل السلوك والتأثير على الانفعالات، انطلاقاً من الاعتقاد القوي بأن المعرفة تلعب دوراً أساسياً في إحداث الاضطرابات النفسية ومنها القلق وعلاجها. (Scott, 1991, p: 120)

هناك ظروف وأحوال تدفع الأفراد إلى الاضطراب والقلق، على ذواتهم ومستقبلهم، وهذا الشكل من عدم الاستقرار يؤثر في انفعالاتهم وتصرفاتهم، ولعل السبب في زيادة حدة الاضطراب والقلق عند شخص وانخفاضه عند شخص آخر يعود إلى طبيعة الإدراك عنده وطريقة التفكير-العقلاني أو اللاعقلاني - التي يتبناها الشخص ويفسر الأحداث على أساسها من حوله.

ويري (ألبيرت إليس) أن هناك مجموعة من الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية وما يلحق بها من افتراضات تكون هي المسؤولة عن معظم الاضطرابات العاطفية، وذلك لأنه عندما يتقبل الناس الاضطرابات والانحرافات التي تنطوي عليها الأفكار اللاعقلانية، فإنهم يميلون لكي يصبحوا مكبوتين - عدوانيين - دفاعيين - قلقين - شاعرين بالذنب - غير فعالين - منطوين على أنفسهم - غير سعداء، فإذا حاولوا أن يساعدوا أنفسهم للتخلص من تلك الأفكار اللاعقلانية فلا يمكن أن يفجوا ضحية الاضطرابات الانفعالية" (Ellis, 2001).

ويُعد مفهوم نوعية الحياة "Quality of life" أحد المفاهيم الحديثة في علم النفس، وكذلك في العلوم الأخرى، والذي دارت حوله الأعمال البحثية وتزايدت بشكل بالغ خلال العقود الماضية. (Rocio, 2009)

وهو مفهوم مركب ومعقد لا يرتبط بمجال محدد من مجالات الحياة، إنما هو موزع بين الباحثين والعلماء على اختلاف تخصصاتهم. (هدى عاصم، ٢٠٠٤: ١٦؛ Cummins, 1997) ولذا ففي ظل عدم وجود أي تعريف يحظى بقبول عالمي لنوعية الحياة يجادل بعض الباحثين حول أن مصطلح "نوعية الحياة" هو مصطلح مألوف لدى أغلب الناس - على الأقل في المجتمعات الغربية - وأنهم لديهم فهم حدسي لهذا المفهوم. (Peter and David, 2007: 4) وهو ما يؤكد (Brown, 2000) حين أشار إلى أن مصطلح نوعية الحياة هو بالفعل مصطلح كثير الاستخدام في المجتمع، فكل شيء من الملابس وحتى الواقي الذكري يتم تسويقها من هذا المنظور الذي تُعادل فيه نوعية الحياة الجيدة الشعور بالسعادة والمتعة. (Mark, 2003: 26)

ومع ذلك، فمن الواضح أن "نوعية الحياة" تعني أمورًا شتى لدى مختلف الأشخاص، وأنها تأخذ معاني مختلفة وفقا لسياق ومجال تطبيقها. فبالنسبة للمسؤولين عن تخطيط المدن - على سبيل المثال - قد تتمثل نوعية الحياة الجيدة في توافر المساحات الخضراء والمرافق الأخرى (Peter and David, 2007: 4)

أما بالنسبة لعلماء البيئة ندهم يهتمون بنوعية البيئة التي تضم هذه الحياة، ومن هذا المنظور نجد أن هناك الآلاف من القوانين القومية والدولية يتم إصدارها في سبيل حماية نوعية الحياة حول العالم، أما من المنظور الاجتماعي، فيهتم علماء الاقتصاد وعلماء الاجتماع والسياسة والوكالات والمؤسسات العامة بمدى الرفاهية والرعاية الاجتماعية التي يحصل عليها مجتمع ما. وأما من المنظور الطبي، فإن نوعية الصحة تقاس من خلال معدلات انتشار الأمراض ومنها معرفة معدلات الوفيات ونسبة انتشار الأمراض ومعدلات الأعمار المتوقعة. (Rocio, 2009)

وأخيراً فمن المنظور النفسي نجد أن نوعية الحياة ترتبط بعدد من المفاهيم الأساسية مثل الإدراك، والقيم، والاتجاهات، والحاجات، والطموح، ومستويات الرضا الخاصة بجوانب الحياة المختلفة والتي منها الأسرة والعمل والزملاء، ومن ثم فإن علماء النفس يرون أن نوعية الحياة هي تعبير عن الإدراك الذاتي؛ فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها. (هدى عاصم، ٢٠٠٤: ٤٢)

مما سبق يتضح لنا أن مفهوم نوعية الحياة من المفاهيم المطاطة غير المحددة، وذات المستويات المتعددة (6: Jakie, Ann and Terry, 2004)، ولذلك يُعد مفهوم نوعية الحياة مفهوماً غير ثابت. فبينما تشير كلمة "نوعية" إلى درجة تميز خاصية معينة إلا أن الناس المختلفين يقدرون أشياء مختلفة في الحياة، ومن ثم تعني نوعية الحياة معاني مختلفة للأفراد المختلفين. الأمر الذي يجعل نوعية الحياة متعددة الأبعاد وتؤثر أجزاءها على بعضها بعضاً كما تؤثر أجزاءها على مجموع ومجمل نوعية الحياة.

(Alison, Irene and Peter, 2003:1-2 ; Jaki, Ann and Terry, 2004: 7)

إن نوعية الحياة تتحدد من خلال مفهوم الفرد عن ذاته، وبالتالي يمكن تحسين نوعية الحياة من خلال تعديل وتغيير مفهوم الفرد عن ذاته باعتباره مكوناً من مكونات نوعية الحياة، وهذا ما يتم في العلاج النفسي من تغيير وتعديل مفهوم المريض عن ذاته لإحداث التغيير في سلوكه. (هند سليم، ٢٠٠٨: ٧٢)

وتوهم المرض يعرف بأنه اضطراب نفسي المنشأ عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك، وهو تركيز الفرد على أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي.

وذلك يؤدي إلى حصر تفكير الفرد في نفسه واهتمامه المرضي الدائم بصحته وجسمه بحيث يطغى على كل الاهتمامات الأخرى ويعوق اتصاله السوي بالآخرين ويشعر بالنقص والشك في نفسه كما يعوق اتصاله أيضاً بالبيئة به ويطلق عليه أحياناً رد فعل توهم المرض. الشخص الذي يعاني من توهم المرض هو شخص يهتم بصحته اهتماماً غير سوي فهو يستيقظ في الصباح شاعراً بالإجهاد والإعياء وينتقل من طبيب دون أن يستفيد شيئاً.

وهو إنسان مقتنع باعتلال صحته ومن المحتمل أن يعترض بشدة على أي إنسان يقول له أن صحته جيدة، يتوهم المريض أنه مصاب بأحد الأمراض الخطيرة كالسرطان أو السل أو الإيدز أو الأمراض القلبية وما إن يجري فحصاً طبياً ويتضح من خلاله أنه سليم معافى من الناحية الجسمية حتى يبحث عن مرض آخر ويعاود الفحوصات والكشوفات الطبية ويحزن عندما يخبره الطبيب أن جسمه سليم و ليس به مرض.

ويشغل باله أكثر من اللازم بأمور الصحة والمرض ويجري كثيراً من التحاليل لدرجة أنه قد يطلب إجراء الكثير من الجراحات دون حاجة واقعية لها. (أبو هندي، ٢٠١٧)

وقد يلجأ هؤلاء المرضى إلى الدجالين والمشعوذين دون أن يتعرفوا علي طبيعة مرضهم وأنها في الحقيقة حالة نفسية بل من المدهش أنهم يشعرون ببعض الراحة إذا قال لهم الطبيب أنه وجد شيئاً عضوياً لشكواهم مثل هؤلاء المرضى يوافقون بسهولة علي إجراء العمليات الجراحية وعلي خلع الأسنان، وعلي تلقي كل المعالجات المؤلمة من كل الأنواع ولكنهم يعاودون الكرة ويبدوون من جديد بأعراض جديدة ويعتريهم الخوف من الموت. (جيهان، ٢٠١٥)

ثانياً: مشكلة الدراسة

انبثقت مشكلة الدراسة في ذهن الباحث حيث إنه يعمل أخصائي نفسي في ويتعامل مع المترددين على العيادات الخارجية من المرضى النفسيين خصوصاً المتهمين للمرض، وأن كثير منهم يعانون تشخيصاً من عديد من الاضطرابات النفسية ومنها القلق المرضي، كما أن كثير منهم يعاني من عدم القدرة على التوافق مع الضغوط الناتجة عن الأحداث الحياتية كالضغوط الأسرية والضغوط الشخصية، والضغوط الناتجة عن العلاقات الاجتماعية، وهناك الأحداث الرئيسية الصادمة، التي لا يستطيعون مواجهتها، وهي في كثير من الأحيان أمور حتمية لا يستطيع الفرد منهم تغييرها ولا التحكم فيها، وهي التي أدت بالعديد منهم للمكوث خلف القضبان، والوقوع فريسة للمرض النفسي في أشد صورته وهو القلق الإكلينيكي المرضي.

والباحث بحكم تعامله مع هذه الفئات من المرضى وجد أن كثير منهم يعانون من سوء نوعية الحياة أيضاً بخلاف القلق المرضي الإكلينيكي، الذي يؤدي بهم الأمر إلى كثير من الاضطرابات الانفعالية، والمشكلات النفسية بل والصحية أيضاً، وبالتالي تتقصم العيش في حياة طيبة، كما أن مرضهم من الممكن أن يسهم في ارتفاع القلق الإكلينيكي لديهم وعليه تنبثق مشكلة الدراسة الحالية في الفروض التالية:

١. ما العلاقة بين مجالات جودة الحياة وكل من القلق الإكلينيكي وتوهم المرض لدى

المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية

٢. ما مستوى القلق الإكلينيكي لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية؟

٣. توجد فروق جوهرية بين الجنسين في متغيرات الدراسة: مجالات جودة الحياة والقلق

الإكلينيكي وتوهم المرض؟

ثالثاً: أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة للتعرف إلى:

١. العلاقة بين مجالات جودة الحياة وكل من القلق الإكلينيكي وتوهم المرض لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية
٢. مستوى القلق الإكلينيكي لدى المعالجين النفسيين للعيادات الخارجية
٣. ما مستوى توهم المرض لدى المعالجين النفسيين للعيادات الخارجية؟
٤. وجود فروق جوهرية بين الجنسين من المراجعين النفسيين في مجالات جودة الحياة والقلق الإكلينيكي وتوهم المرض؟

رابعاً: أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة في جانبين هما:

أولاً: الجانب النظري:

١. تتبع أهمية الدراسة من أهمية الجانب الذي تتناوله، وهو العلاقة بين مجالات جودة الحياة وكل من القلق الإكلينيكي وتوهم المرض لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية
٢. من الناحية النظرية فإن هذه الدراسة تعتبر محاولة لإثراء الدراسات العربية والمحلية جديدة في هذا المجال النفسي
٣. تعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة في المجتمع المصري والعربي (في حدود علم الباحث) التي بحثت هذا الموضوع وعلى ذات عينة الدراسة.

ثانياً: الجانب التطبيقي:

١. توجه هذه الدراسة نظر القائمين على هؤلاء المرضى للوقوف على المشكلات النفسية والاضطرابات التي يعاني منها المرضى النفسيين، ويمكن أن تفيد نتائج هذا البحث في رعايتهم والاعتناء بهم وتوفير المناخ الملائم لهم نفسياً واجتماعياً لتخفيض حدة القلق وتوهم المرض لديهم
٢. إعداد برنامج علاجية تسهم في خفض مستوى القلق الإكلينيكي
٣. قد يسهم البرنامج العلاجي في تحسين نوعية حياة المراجعين النفسيين
٤. يمكن الاستفادة من نتائج هذه الدراسة واستخدامها في مجال العلاج النفسي لفئات أخرى من المرضى النفسيين.

٥. تأتي أهمية الدراسة من الاهتمام المتزايد بصحة المرضى النفسيين، وتوجهات الدولة حفظها الله لوضع برامج علاجية بهدف إيجاد أفضل الطرق والأساليب لعلاج المرضى النفسيين.

خامسا: مفاهيم ومصطلحات البحث:

حدد الباحث مصطلحات البحث كما يلي:

جودة الحياة

وضعت منظمة الصحة العالمية التعريف التالي لجودة الحياة، "هي إدراك الأفراد لمركزهم في الحياة في سياق الثقافة والنظم القيمية التي يعيشون فيها، وعلاقة ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم ومستوياتهم واهتماماتهم. إنه مفهوم مداه واسع يتأثر بطريقة معقدة بصحة الفرد الجسمية، وحالته النفسية، ومستوى استقلاله، وعلاقاته الاجتماعية، ومعتقداته الشخصية، وعلاقته بالجوانب الملحوظة أو البارزة في بيئتهم التي يعيش فيها". (WHO, 1997).

التعريف الإجرائي:

هي الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة على مقياس مجالات جودة الحياة المستخدم في الدراسة.

القلق الإكلينيكي:

عرفه (Edgerton and Campbell, 1994, p: 142) على أنه "ذلك الشعور أو التوتر الذي تتحدد أصوله في الأساس من داخل النفس لتمييزه عن الخوف الذي هو استجابة انفعالية لتهديد خارجي يدركه الفرد بطريقة واعية".

التعريف الإجرائي:

هي الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة على مقياس القلق الإكلينيكي المستخدم في الدراسة.

توهم المرض

هو مقياس لمقدار الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية والقلق، وهو اضطراب نفسي المنشأ عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك، وهو تركيز الفرد على أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي، (لويس كامل، ٢٠٠٠: ٥٥؛ APA, 2003)

التعريف الإجرائي:

هي الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة على مقياس توهم المرض المستخدم في الدراسة.

الدراسات السابقة

تُعد الدراسات السابقة من أهم المرجعيات التي يرجع إليها الباحث لمساعدته في تشخيص مشكلة الدراسة أو في فهم معطياتها وتفسير نتائجها. لقد بذل الباحث جهده للوصول الى جميع الدراسات السابقة المرتبطة بمجال - قدر المستطاع- هذه الدراسة سواء على المستوى الوطني او العربي أو الغربي، وعليه يمكن تقسيم الدراسات إلى ما يلي:

القسم الأول: الدراسات التي تناولت جودة الحياة

في دراسة عبر ثقافية أجراها (Kenneth, et al., 1995)، بهدف دراسة الفروق بين طلاب الجامعة اليابانيين والأمريكيين من الجنسين في جودة حياتهم، بالإضافة إلى دراسة الفروق بينهم في أربعة عوامل أخرى هي (الرضا، الكفاءة / الإنتاجية، الاستقلالية، الانتماء الاجتماعي)، هذا مع مقارنة النتائج على أساس الفروق في النوع، وعدد سنوات الدراسة (أربع سنوات أو سنتين)، والسلالة (أمريكان ويابانيون).

وتكونت عينة الدراسة من (٩٤٦) من طلاب الجامعة المتطوعين من الجنسين، الذين ينتمون لثماني كليات جامعية، وقد تم الاستعانة ببيانات (٩٣٥)، منهم بعد حذف بيانات بعض المتطوعين، كما تم جمع البيانات من أربع مؤسسات تعليمية خاصة بنظام الأربع سنوات: اثنتان في اليابان (ن = ٢٦١) واثنتان في الولايات المتحدة (ن = ٢٤٤)، وأربع كليات مهنية بنظام السنتين: اثنتان في اليابان (ن = ٢٧٢) من طلاب الجامعة من الجنسين، واثنتان في الولايات المتحدة (ن = ١٥٨) من طلاب الجامعة من الجنسين.

وقد كان عدد الإناث أكبر من عدد الذكور في العينات المأخوذة من جميع أنواع المؤسسات التعليمية مع فارق أكبر بين الجنسين في الكليات بنظام السنتين عنه في المؤسسات الدراسية بنظام الأربع سنوات. هذا ولقد استخدمت الدراسة اختبار جودة حياة الطلاب Quality (of Students Life Questionnaire).

وقد خلصت الدراسة إلى عدد من النتائج كان من أهمها: أن متوسط درجات جودة حياة طلاب الجامعة الأمريكيين أعلى جوهرياً من الطلاب اليابانيين، كما كشفت النتائج عن ارتفاع

متوسط درجات الطلاب الذين يدرسون بنظام الأربع سنوات، مقارنة بالذين يدرسون بنظام العاميين الدراسيين، وذلك في الدرجة الكلية لجودة حياة طلاب الجامعة، وقد بينت الدراسة عدم وجود فروق جوهرية بين طلاب الجامعة اليابانيين والأمريكيين من الجنسين، وذلك في الدرجة الكلية لجودة حياة طلاب الجامعة.

وقام (هاشم، ٢٠٠١)، بدراسة هدفت إلى التعرف إلى الفروق في جودة الحياة بين المعوقين، والمسنين، وطلاب الجامعة من الجنسين، وذلك على عينة قوامها (٦٢) من المعوقين ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٢٥ - ٤٠) سنة، و(٦٢) من المسنين ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٦٠ - ٦٨) سنة، و(٦٧) من طلاب الجامعة ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٢٠ - ٢١) سنة.

وقد استخدمت الدراسة مقياس جودة الحياة من إعداد "سامي هاشم"، ومقياس القدرة على التكيف ومقياس التماسك الأسري من إعداد أولسون وآخرين (١٩٨٧).

وخلصت الدراسة إلى عدد من النتائج التي كان من أهمها عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في جودة الحياة لدى طلاب الجامعة من الجنسين، كما كشفت الدراسة عن أن التكيف غير دال في التنبؤ بجودة الحياة لدى طلاب الجامعة من الجنسين، بينما تمكن متغير التماسك من أن يفسر (٦٥%)، في تباين جودة الحياة لدى طلاب الجامعة.

ومن ناحية أخرى قام كل من (Danute, Romuune and Jadvya, 2003)، بدراسة هدفت إلى التعرف إلى الفروق في جودة الحياة لدى طلاب الجامعة من الجنسين (ن=٩١٩)، وقد استخدمت الدراسة النسخة المختصرة لمقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية.

وقد خلصت الدراسة إلى عدد من النتائج التي كان من أهمها وجود فروق جوهرية بين الجنسين في المجال الجسدي في اتجاه الذكور، في حين لم تكشف الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين الجنسين في المجال النفسي، ومجال العلاقات الاجتماعية، والمجال البيئي، والدرجة الكلية لجودة الحياة، ومن النتائج التي أظهرتها الدراسة وجود معامل ارتباط موجب دال بين المجال الجسدي والمجال البيئي حيث بلغت قيمة "ر" (٠,٥٢)، وكذلك كشفت النتائج عن ارتباط موجب دال بين المجال النفسي ومجال العلاقات الاجتماعية حيث بلغت قيمة "ر" (٠,٥٠).

أما (سعيد وآخرون، ٢٠٠٦)، فقد قاموا بدراسة هدفت إلى التعرف إلى مستويات جودة الحياة، وعلاقتها بالضغوط النفسية واستراتيجيات مقاومتها، وذلك لدى طلبة جامعة السلطان قابوس من الجنسين، وهل تختلف مستويات تلك المتغيرات وفقاً لمتغير جنس الطالب ونوع كليته،

وكذلك هل تختلف تلك العلاقات وفقا لمتغير الجنس ونوع الكلية، وقد تكونت عينة الدراسة من (١٨٣) طالبًا وطالبة من التخصصات العلمية والأدبية، ولقد استخدمت الدراسة مقياس جودة الحياة، ومقياس مصادر الضغوط النفسية واستراتيجيات مقاومتها.

وخلصت الدراسة إلى عدد من النتائج التي كان من أهمها وجود فروق بين الجنسين في الضغوط النفسية، ومستويات جودة الحياة حيث كشفت الدراسة أن الذكور من طلاب الجامعة يعيشون مستوى جودة حياة أعلى من طالبات الجامعة.

وفي دراسة بعنوان النموذج السلبي للعلاقة بين الذكاء الوجداني وأساليب مواجهة الضغوط وجودة الحياة لدى طلاب الجامعة قامت بها (عجاجة، ٢٠٠٧)، وذلك على عينة من الطلاب والطالبات بكلية التربية البالغ عددهم (٦٣٣) طالبًا وطالبة من الشعبتين العلمية والأدبية، ممن تتراوح أعمارهم من (١٧ إلى ٢٢) عامًا، وتم تطبيق مقياس الذكاء الوجداني، ومقياس أساليب مواجهة الضغوط، ومقياس جودة الحياة الذي أعده "مارسون أ.بيكر، بيكر، برت وشانج، ليزام".

وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج التي كان من بينها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الدرجة الكلية لجودة الحياة في اتجاه الذكور.

وفي دراسة أجراها (Noy, et al., 2009)، بهدف الكشف عن معاملات الارتباط المتبادلة بين مجالات مقياس جودة الحياة "الصيغة المختصرة"، وكل من مقياس مشاعر اليأس المستمرة ومقياس السلوك الانتحاري، وذلك لدى ثلاث مجموعات من طلاب الجامعات من الجنسين من الصين وتايلاند وكوريا، وتم تطبيق أدوات الدراسة السابقة على عينة قوامها (١٢١٧) طالبًا وطالبة.

وكشفت الدراسة عن عدد من النتائج التي كان من أهمها وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين المجالات الأربع لمقياس جودة الحياة، كما كشفت النتائج عن ارتباطات متبادلة سالبة دالة بين مقياس جودة الحياة ومجالاتها، وبين كل من مقياس اليأس المستمر ومقياس السلوك الانتحاري، وذلك فيما يتعلق بالطلاب الكوريين والصينيين، فيما عدا أن المجال الاجتماعي لم يكن مرتبطاً بشكل دال مع مقياس اليأس بين الطلاب الكوريين، ولم تكشف الدراسة عن علاقات ارتباطية متبادلة دالة بين مجالات جودة الحياة وكل من مقياس اليأس المستمر ومقياس السلوك الانتحاري.

وفي دراسة أجراها (Ghenaim and Jude, 2011) بهدف إبراز مدى رضا طلاب المدارس العليا بالكويت بظروف الحياة في ضوء مقياس جودة الحياة "الصيغة المختصرة" الذي وضعته منظمة الصحة العالمية، كما هدفت الدراسة إلي بحث علاقة جودة الحياة بالعوامل الشخصية والوالدية والاجتماعية والبيئية. وتكونت عينة الدراسة من (٤٤٦٧) طالبًا وطالبة، بواقع (٤٨,٦%) من الذكور (٤٢,٤%) من الإناث، ولقد تراوح العمر بين (١٤-٢٣) عامًا، وقد استخدمت الدراسة النسخة المختصرة من مقياس جودة الحياة.

وقد كشفت الدراسة عن عدد من النتائج التي كان من أهمها وجود فروق جوهرية بين الجنسين في اتجاه الذكور في مجالات جودة الحياة: المجال الجسمي، والمجال النفسي، ومجال العلاقات الاجتماعية، والمجال البيئي.

وفي دراسة أجراها (Li, 2011)، بهدف التعرف إلى الحالة الراهنة لجودة الحياة والدعم الاجتماعي لدي طلاب الجامعة، باستخدام الصيغة المختصرة من مقياس جودة الحياة، ولقد تكونت عينة الدراسة من (٥٠١) طالب وطالبة من طلاب الجامعة، ولقد استخدمت الدراسة النسخة المختصرة من مقياس جودة الحياة، ومقياس تقدير الدعم الاجتماعي.

وكشفت الدراسة عن عدد من النتائج التي كان من أهمها وجود فروق جوهرية بين الجنسين في مجال العلاقات الاجتماعية في اتجاه الذكور، في حين لم تكشف الدراسة عن وجود فروق جوهرية في باقي مجالات جودة الحياة. هذا وقد جاء ترتيب متوسطات درجات مجالات جودة الحياة علي النحو التالي: مجال العلاقات الاجتماعية (٦٣,٢٤)، والمجال الجسمي (٦١,٩٧)، والمجال النفسي (٦٠,٦٩)، والمجال البيئي (٥٦,٩٢)، مما يعني أن جودة الحياة الجيدة بالنسبة لعينة الدراسة جاء في مقدمتها مجال العلاقات الاجتماعية، تلاه المجال الجسمي، ثم المجال النفسي، في حين جاء في مؤخرة الترتيب المجال البيئي.

وهدفت دراسة (Sergio and Marina, 2011)، إلى دراسة الفروق بين الجنسين في انتشار الاضطرابات السيكاترية، والاكتئاب، والاختلال المعرفي، وعدد الاعتلالات المرضية التي يقرها الأفراد، وكذلك الفروق بينهم في بعض المتغيرات الديموجرافية الاجتماعية، وتأثير ذلك على مستويات درجاتهم في جودة الحياة ومجالاتها، واستخدمت الدراسة الصيغة المختصرة لمقياس جودة الحياة، واستخبار التقرير الذاتي لانتشار الاضطرابات السيكاترية، ومقياس بيك للاكتئاب، واستخبار الحالة العقلية. وقد تكونت عينة الدراسة من (٩٠) فرداً من طلاب الجامعة البرازيليين من الجنسين.

وقد كشفت الدراسة عن عدد من النتائج التي كان من أهمها عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين في مجالات جودة الحياة: المجال الجسمي، والمجال النفسي، ومجال العلاقات الاجتماعية، والمجال البيئي، وكذلك وجد أن الجنس، والعمر، ومستوى التعليم، والدخل الشخصي، ودخل الأسرة والمؤسسة التعليمية، ونسبة انتشار الأعراض السيكياترية، والحالة العقلية لم تكن ذات دلالة إحصائية من حيث إسهامهم جوهرياً في تفسير التباين في درجات الجنسين على مجالات جودة الحياة.

القسم الثاني الدراسات التي تناولت القلق الإكلينيكي

بحثت دراسة (Smith, 1980) فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي في مساعدة طلاب المدارس الثانوية ذوي القلق البين شخصي. وهدفت الدراسة إلى بيان فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي في مساعدة طلاب المدارس الثانوية ذوي القلق البينشخصي (Interpersonal - Anxiety)، وتألقت العينة من ٦٠ طالباً من طلاب المدارس الثانوية الذين يعانون من القلق البين شخصي وقسمت العينة عشوائياً إلى ثلاث مجموعات هي: المجموعة التجريبية الأولى تستخدم الإرشاد العقلاني الانفعالي، والمجموعة التجريبية الثانية تستخدم الإرشاد التوجيهي، والمجموعة الضابطة.

وقد أكدت النتائج بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي في خفض القلق البينشخصي عند طلاب المدارس الثانوية وحل مشكلاتهم.

وسعت دراسة (Golabek, 1981) إلى قياس مدى فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض سمة القلق (القلق كسمة) لدى عينة قوامها (٤٠) طالباً وطالبة جامعيين، قسموا إلى مجموعتين تجريبية وعددها (٢٠) طالب، وأخرى ضابطة بواقع (٢٠) طالب، وقد استخدم الباحث في دراسته عدة أدوات منها التقارير الذاتية، وقائمة القلق كحالة والقلق كسمة.

وقد أشارت النتائج التي تم الحصول عليها بعد تطبيق البرنامج إلى نجاح برنامج العلاج العقلاني الانفعالي في خفض القلق لدى طلاب الجامعة.

أما دراسة (الشيخ، ١٩٨٦) فقد بحثت أثر كل من الإرشاد العقلاني الانفعالي والتحصين المنهجي في تخفيف قلق الامتحان، وهدفت الدراسة إلى المقارنة بين أثر استخدام أسلوب الإرشاد العقلاني الانفعالي وأسلوب التحصين المنهجي والمزاوجة بينهما من تخفيف قلق الامتحان، وتم اختيار عينة الدراسة من ٤٠ طالباً وطالبة وقسمت كما يلي: (أ) مجموعات الذكور وتتكون من: المجموعة التجريبية الأولى ذكور عددها ٥ أفراد "مجموعة العلاج العقلاني الانفعالي، المجموعة

التجريبية الثانية ذكور وعددها ٥ أفراد" مجموعة العلاج بالتحصين المنهجي، المجموعة التجريبية الثالثة ذكور وعددها ٥ أفراد" مجموعة العلاجين معاً، المجموعة الضابطة ذكور وعددها ٥ أفراد، العدد الإجمالي للذكور ٢٠ فرداً، (ب) مجموعات الإناث وتتكون من المجموعة التجريبية الأولى إناث وعددها (٥) أفراد وهن مجموعة العلاج العقلاني الانفعالي، المجموعة التجريبية الثانية إناث وعددها (٥) أفراد وهن مجموعة العلاج بالتحصين المنهجي، المجموعة التجريبية الثالثة إناث وعددها (٥) أفراد وهن مجموعة العلاجين معاً، المجموعة الضابطة إناث وعددها (٥) أفراد، وأكدت النتائج بعد تطبيق البرامج العلاجية على فعالية العلاج العقلاني، والعلاج بالتحصين المنهجي والمزوجة بينهما في تخفيف قلق الامتحان كما لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور الإناث بعد تطبيق البرامج العلاجية المستخدمة.

فحصت دراسة (Lipsky et al., 1980) مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تقليل الضغوط الانفعالية، وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها (٥٠) طالباً قسموا إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية وكان عدد أفرادها (٢٥) فرد، والمجموعة الضابطة، وعددها (٢٥) فرد، كانوا يتلقون علاجاً نفسياً بإحدى مراكز الصحة العقلية، وقد اعتمد الباحث على مجموعة أدوات في تطبيق دراسته، وهي البرنامج الإرشادي، وبطارية تقدير الذات ٢٠٢ واختبار آيزنك للشخصية العصابية.

وقد أشارت نتائج القياس القبلي والبعدي إلى نجاح العلاج العقلاني الانفعالي وأن تعديل المعتقدات اللاعقلانية يؤدي إلى خفض الضغوط الانفعالية.

وأجرى (Brawner, 1988) دراسة هدفها معرفة أثر العلاج العقلاني الانفعالي على مفاهيم الذات والميول والإنجاز الأكاديمي للمراهقين في المدرسة الثانوية ومساعدة الطلاب على تعلم مهارات التفكير العقلاني، وتكونت عينة البحث من ٧٩ من المراهقين من إحدى المدارس بولاية المسيسيبي الأمريكية، وتم تقسيم العينة عشوائياً إلى مجموعتين هما: (أ) المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، واستخدمت الدراسة مقياس مفهوم الذات، ومقياس الإنجاز الأكاديمي.

وأكدت النتائج على فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تعديل مفاهيم الذات عند المراهقين الذين خضعوا للبرنامج، كما توجد فروق دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية في الميول والإنجاز الأكاديمي.

بينما هدفت دراسة (Thompson, 1988) إلى بيان فاعلية الإرشاد العقلاني الانفعالي الجماعي في علاج الألم النفسي لدى المصابين بمرض الزهايمر، وذلك على عينة قوامها ٢٧ فرداً

قسموا إلى مجموعة تجريبية وعددها ١٧ فردا ومجموعة ضابطة قوامها (١٠) أفراد، واستخدم الباحث قائمة وصف السلوك ومقياس Beck للاكتئاب، ثم طبق البرنامج الإرشادي لفترة ستة أسابيع.

وأشارت النتائج إلى فاعلية الإرشاد العقلاني الانفعالي في خفض درجة الشعور بالألم النفسي لدى مرضى الزهايمر لدى المجموعة التجريبية.

ودرس (أديب، ١٩٩٠) فعالية برنامج إرشادي لخفض الاكتئاب عن طريق مراجعة الأفكار اللامنطقية لدى 50 طالبة من طالبات الصفين العاشر والأول الثانوي من مدرسة الجبيهة الثانوية بعمان ممن يعانون من درجة عالية من الاكتئاب، حُدِّثَ حسب درجاتهن على قائمة بيك للاكتئاب، ثم قسمت العينة إلى مجموعة ضابطة لم تتلق أي تدريب، وأخرى تجريبية تعرضت لبرنامج إرشاد جمعي حول الأفكار اللاعقلانية والعقلانية. وأظهرت النتائج أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين طالبات العينة التجريبية، والعينة الضابطة فيما يتعلق بدرجة الاكتئاب التي يعانون منها على القياس البعدي الذي أجري للمجموعتين بعد تطبيق برنامج الإرشاد الجم، حيث كانت لصالح البرنامج.

وأجرى (عبدالله، ١٩٩١) دراسة هدفت معرفة أثر العلاج العقلي العاطفي في خفض مستوى الاكتئاب، وذلك من خلال تحديد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من (٤٧٥) طالبا وطالبة من طلبة الجامعة، طبق عليهم مقياس ضغوط الحياة، وقائمة بيك للاكتئاب، ومقياس التقدير الذاتي للاكتئاب، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية دالة بين درجات مقياس ضغوط الحياة، وشدة أعراض الاكتئاب على مقياس بيك، وبعد ذلك تم أخذ عشرة طلاب قسموا على مجموعتين تجريبية وضابطة، وطبق عليهم العلاج العقلي العاطفي الجمعي، ضمن عدة جلسات، وأشارت النتائج إلى خفض مستوى الاكتئاب.

وبحث (Cramer & Kupshil, 1993)، تأثير الأفكار الخاطئة على مشاعر الحزن والاكتئاب وانخفاض مستوى التكيف، وقد اختبرت مجموعتين من بين (٥٠) طالبا مكتئبا مشخصين إكلينيكيًا، المجموعة الأولى تكونت من (١٣) طالبا، طبق عليهم قائمة الأفكار غير الخاطئة، وطلب منهم تكرارها والتدريب عليها، أما المجموعة الثانية، فقد تكونت من (١٤) طالبا، طلب منهم أن يكرروا قائمة من الأفكار الخاطئة التي عرضت عليهم. وقد توصلت الدراسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في انخفاض مستوى الاكتئاب، وتحسن مستوى

التكيف لصالح المجموعة الأولى، ويدل ذلك على أن للأفكار غير الخاطئة دوراً إيجابياً في خفض المشاعر السلبية. بينما تستثير الأفكار الخاطئة المشاعر السلبية ومن ضمنها التوتر والاكتئاب. وفي دراسة سعودية قام (مدخلي، ١٩٩٦)، بدراسة شبه تجريبية بهدف التوصل إلى معرفة فاعلية الإرشاد العقلاني الانفعالي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين. وذلك على عينة قوامها ٢٠ طالبا مقسمين إلى ١٠ طلاب مجموعة تجريبية، ١٠ طلاب مجموعة ضابطة مستخدما مقياس الخوف من التحدث أمام الآخرين، وبرنامج إرشادي عقلائي انفعالي (من إعداد الباحث) وأشارت أهم النتائج إلى فاعلية برنامج الإرشاد العقلاني الانفعالي في خفض رهاب التحدث مع الآخرين وقد قام الباحث بتطبيقه على العينة التي خضعت للدراسة.

وفي دراسة عمانية أجرتها (داوود، ٢٠٠١) بهدف التعرف إلى فاعلية برنامج توجيه جمعي قائم على الاتجاه العقلاني العاطفي في خفض درجة التوتر التي يعاني منها طلبة المدرسة من مستوى الصف العاشر، وتحسين التفكير العقلاني لديهم. وقد تألفت عينة الدراسة من (٤٤٦) طالبة يتوزعن على اثنتي عشرة شعبة من شعب الصف العاشر تم اختيارها عشوائياً من ست مدارس للإناث اختيرت بشكل قصدي من بين مدارس الإناث في مدينة عمان، حيث اختيرت شعبتان من كل مدرسة ثم وزعتا عشوائياً إلى ضابطة وتجريبية. وطبقت على جميع أفراد الدراسة أدوات الدراسة وهما مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية، وقائمة التوتر (قياس قبلي)، ثم طبق برنامج التوجيه الجمعي حول الأفكار العقلانية واللاعقلانية على أفراد المجموعة التجريبية في كل مدرسة. وبعد انتهاء البرنامج، أعيد تطبيق أدوات الدراسة مرة أخرى على جميع أفراد الدراسة (قياس بعدي)، ثم استخدم لمعرفة ما إذا كان هناك فرق في التغيرات ذو دلالة إحصائية (ANCOVA) تحليل التغيرات بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة في كل مدرسة من المدارس الست.

وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة على أدوات الدراسة في خمس من المدارس الست، حيث تحسنت درجة التفكير العقلاني، وانخفضت درجة التوتر لدى أفراد عينة الدراسة التجريبية.

وهدفت دراسة (سعفان، ٢٠٠١) إلى التحقق من فاعلية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، والعلاج القائم على المعنى في خفض الغضب، وتكونت عينة الدراسة من طالبات الجامعة، وتكونت العينة العلاجية من (٢٢) طالبة ممن حصلن على أعلى الدرجات على مقياس الدراسة، واستخدم مقياس الغضب كحالة وكسمة، إعداد: سبيلبرجر ولندن تعريب

محمد السيد عبد الرحمن وفوقية عبد الحميد، واستمارة التقويم الذاتي للغضب، إعداد الباحث، وبرنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، والعلاج القائم على المعنى لخفض الغضب (كحالة وكسمة)، إعداد الباحث

وأُسفرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي، ومتوسطات درجات القياس البعدي، على مقياس الغضب كحالة وكسمة، لصالح القياس البعدي مما يشير إلى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض القلق كحالة وكسمة. كما أظهرت الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس البعدي ومتوسطات درجات القياس التبعي على مقياس الغضب كحالة وكسمة، مما يدل على بقاء أثر برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض الغضب. بينما حقق العلاج القائم على العلاج بالمعنى النتائج نفسها التي حققها العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وهذا يؤكد فعالية العلاجات في خفض الغضب كحالة وكسمة.

واستقصت دراسة (الخواجا، ٢٠٠٥)، فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى الاتجاه العقلاني الانفعالي، وأسلوب حل المشكلات في خفض الضغوط النفسية التي تواجه الطلبة الموهوبين الذكور في سن المراهقة وتحسين مستوى تفكيرهم، فقد تألفت عينة الدراسة فيها من أربعين طالبا موهوبا من الطلبة المنتظمين في الصفوف (التاسع، والعاشر، والحادي عشر) في مدرسة البيوبيل، وزعوا عشوائيا على مجموعتين متساويتين: تجريبية مكونة من عشرين طالبا موهوبا، وضابطة مكونة من عشرين طالبا موهوبا.

وأظهرت نتائج تحليل التباين المشترك وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي، لكل من مقياس الضغط النفسي ومقياس التكيف، ولصالح المجموعة التجريبية. وكان في هذا دلالة على أن البرنامج الإرشادي كان فعالا في خفض مستوى الضغط النفسي، وتحسين مستوى التكيف لدى أفراد المجموعة التجريبية، وكذلك في استمرار هذا الأثر من خلال قياس المتابعة.

وبحث (كامل، ٢٠٠٥) فعالية برنامج إرشادي عقلاي انفعالي في خفض أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من طلبة الجامعة، اشتملت العينة على أربعين طالبا وطالبة في كلية التربية النوعية بجامعة بنها، الفرقة الثانية (تكنولوجيا تعليم /إعلام تربوي)، وتضمنت أدوات الدراسة مقياس الأفكار اللاعقلانية، وأحداث الحياة الضاغطة، بالإضافة إلى البرنامج الإرشادي.

وأظهرت النتائج وجود علاقة دالة إحصائياً بين كل من الأفكار اللاعقلانية وأحداث الحياة الضاغطة لدى طلاب الجامعة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة الذكور التجريبية، ودرجات مجموعة الذكور الضابطة في مقياس أحداث الحياة الضاغطة، بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة، وذلك لصالح مجموعة الذكور التجريبية، وكذلك الحال لمجموعتي الإناث التجريبية والضابطة. ولم تظهر فروق دالة إحصائياً بين درجات مجموعتي الذكور والإناث التجريبتين في مقياس أحداث الحياة الضاغطة، بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة.

وتألفت دراسة (شاهين وحمدى، ٢٠٠٨)، من جانبين: وصفي وتجريبي. هدفت الدراسة الوصفية إلى معرفة العلاقة بين التفكير اللاعقلاني وضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من (٢٤٩) طالبا وطالبة، منهم (١١٩) من الذكور و(١٣٠) من الإناث، من طلبة منطقة رام الله والبيرة التعليمية في جامعة القدس المفتوحة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية طبقية، آخذين بالاعتبار اختلاف النوع الاجتماعي للطلبة، وهدفت الدراسة التجريبية استقصاء فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي في خفض مستوى ضغوط ما بعد الصدمة. وتكونت عينة الدراسة التجريبية من ستين طالبا نصفهم من الذكور، والنصف الآخر من الإناث، ممن كانت درجاتهم من بين أعلى الدرجات فوق درجة القطع على اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية ومقياس ضغوط ما بعد الصدمة من بين عينة الدراسة الوصفية، وطبق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية وطبق مقياسي الدراسة على المجموعتين التجريبية والضابطة بعد انتهاء البرنامج الإرشادي، وكذلك بعد مرور فترة متابعة مدتها أربعة أسابيع من انتهاء البرنامج.

وأظهرت النتائج وجود ارتباط موجب بين درجة التفكير اللاعقلاني وضغوط ما بعد الصدمة لدى الطلبة ذكورا وإناثا. وأظهرت النتائج أيضا وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة، مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي. كما أظهرت النتائج عدم وجود فرق دال إحصائيا بين الذكور والإناث، وعدم وجود أثر للتفاعل بين البرنامج الإرشادي والنوع الاجتماعي على درجة وضغوط ما بعد الصدمة في القياس البعدي، وأظهرت نتائج الدراسة استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي بعد المتابعة.

وهدف دراسة (الصميلي، ٢٠٠٨) إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي في خفض حدة السلوك الفوضوي لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمنطقة جازان

التعليمية ، والتعرف على مدى استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي لدى أفراد المجموعة التجريبية - عينة الدراسة- بعد انتهاء جلسات البرنامج الإرشادي وأثناء فترة المتابعة، وتكونت عينة الدراسة من (٢٤) طالبًا من طلاب المرحلة الثانوية بمنطقة جازان التعليمية، تم اختيارهم وتعيينهم بالطريقة العشوائية ، وتقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما ضابطة (١٢) طالبًا ، والأخرى تجريبية (١٢) طالبًا ، واستخدم الباحث مقياس السلوك الفوضوي، والبرنامج الإرشادي.

وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس السلوك الفوضوي (الأبعاد ، الدرجة الكلية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس القبلي، عدم وجود فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في السلوك الفوضوي (الأبعاد ، الدرجة الكلية) بين القياس القبلي والقياس البعدي، وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة ومتوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس السلوك الفوضوي (الأبعاد ، الدرجة الكلية) لصالح المجموعة الضابطة بعد البرنامج الإرشادي، عدم وجود فروق دالة إحصائية في متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس السلوك الفوضوي (الأبعاد ، الدرجة الكلية) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد فترة المتابعة "القياس التتبعي".

وتحقت دراسة (الشاوي، ٢٠١٢) من التعرف فاعلية برنامج ارشادي عقلاي انفعالي في خفض الخواف الاجتماعي لدى طالبات كلية التربية الرياضية للبنات ببغداد، وتكونت عينة الدراسة من (١٠) من الطالبات كعينة تجريبية، ومثلها عينة ضابطة، واستخدمت الباحثة مقياس الخواف أو الرهاب الاجتماعي من تأليف (Wee & Raulin, 1994)، تعريب وتقنين: مجدي الدسوقي.

وتحقت الدراسة من فاعلية البرنامج الارشادي العقلاي انفعالي في خفض الخواف الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية.

وفحصت دراسة (شاهين وجرادات، ٢٠١٢) فاعلية برنامج توجيه جمعي يستند إلى نظرية اليس في التفكير اللاعقلاني في خفض الاكتئاب، وتحسين مستوى التكيف لدى طالبات الصف الأول الثانوي في مدينة عمان. وقد تألف مجتمع الدراسة من جميع طالبات الصف الأول الثانوي والبالغ عددهن (١٠٣) طالبة، وتم اختيار عينة الدراسة وعددها (٣٠) طالبة بطريقة قصدية، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، حيث خضعت المجموعة التجريبية

لبرنامج توجيهي جمعي. وقد طبقت على جميع أفراد الدراسة أدتا الدراسة وهما: قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس التكيف النفسي (كقياس قبلي ومقياس بعدي).

وأشارت النتائج المتعلقة بالاكتئاب إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ترجع لصالح البرنامج، ولم تظهر النتائج كذلك فروقاً ذات دلالة إحصائية للتكيف بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

وحاولت دراسة (الشريفين والمفلح، ٢٠١٤) الكشف عن فاعلية طريقتي العلاج بالقراءة والإرشاد الجمعي المستند إلى نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى الطلبة غير الأردنيين المغتربين في جامعة اليرموك، وتكونت عينة الدراسة من (45) طالباً وطالبة غير أردني وناطقاً باللغة العربية، قدموا من (19) دولة عربية، وقد تم توزيعهم عشوائياً إلى ثلاث مجموعات: مجموعتان تجريبيتان ومجموعة ضابطة، وقد زودت المجموعة التجريبية الأولى بدليل قرائي من إعداد الباحثين (العلاج بالقراءة)، بينما خضعت المجموعة التجريبية الثانية لبرنامج إرشاد نفسي جمعي أعده الباحثان، أما المجموعة الضابطة فلم تخضع لأية معالجة.

وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى الطلبة المغتربين تعزى لصالح المجموعة الضابطة؛ حيث كان مستوى الشعور بالوحدة النفسية لديها أعلى من المجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية، في حين وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى الطلبة المغتربين تعزى للتفاعل بين الجنس والمجموعة؛ إذ إن الذكور في المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية الأولى التي اعتمدت برنامج القراءة كانوا أكثر شعوراً بالوحدة النفسية، أما المجموعة التجريبية الثانية التي اعتمدت البرنامج الإرشادي الجمعي المستند إلى نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي فقد انخفض لديهم الشعور بالوحدة النفسية.

وعلى نحو مماثل هدفت دراسة (عبود، ٢٠١٤) إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي عقلاني-انفعالي-سلوكي جمعي لخفض رهاب التحدث أمام الآخرين لدى عينة من طالبات الإرشاد النفسي في جامعة الاقصى بغزة، وتكونت عينة البحث من (٢٠) طالبة، واستخدم مقياس رهاب التحدث أمام الآخرين، في القياس القبلي والبعدي، والتتبعي.

وقد خلص البحث إلى التحقق من فاعلية البرنامج في خفض رهاب التحدث لدى المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي.

الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً: منهج الدراسة:

انطلاقاً من طبيعة الدراسة والأهداف التي تسعى لتحقيقها، سوف تستخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي، لأنه المنهج الأكثر مناسبة للدراسة.

ثانياً: عينة الدراسة

ثانياً" عينة الدراسة:

- العينة الاستطلاعية: وهي عينة التحقق من الشروط السيكومترية لأدوات الدراسة وتكونت تلك العينة من (٧٠) من المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية.
- العينة الأساسية: وهي عينة التحقق من تساؤلات الدراسة وتكونت من (٦٠) توزعت على النحو التالي:
- عينة الذكور: تكونت تلك العينة من (٥٤) من المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

استخدم الباحث الأدوات التالية:

أولاً: مقياس الحياة.

وضعت منظمة الصحة العالمية الصيغة المختصرة لمقياس نوعية الحياة وقد قام بترجمته وتعريبه (السيد فهمي علي، ٢٠١٦).

وهو يتكون من (٢٦) بنداً منها بندان مستقلان لا يندرجان تحت المجالات الأربعة المكونة للمقياس وهم:

١- المجال الجسمي: وهو يتكون من (٧) بنود أرقامها (٣، ٤، ١٠، ١٥، ١٦، ١٧، ١٨).

ومن أمثلة هذه البنود:

إلى أي درجة أنت راضي عن قدرتك على القيام بالأنشطة المطلوبة في الحياة اليومية؟

٢- المجال النفسي: وهو يتكون من (٦) بنود أرقامها (٥، ٦، ٧، ١١، ١٩، ٢٦).

ومن أمثلة هذه البنود:

إلى أي درجة توجد لديك مشاعر سلبية كحالة الحزن واليأس والقلق والاكتئاب؟

٣- المجال الاجتماعي: وهو يتكون من (٣) بنود أرقامها (٢٠، ٢١، ٢٢).

ومن أمثلة هذه البنود:

• إلى أي درجة أنت راضي عن الدعم والتشجيع الذي يقدمه لك أصدقاؤك؟

٤- **المجال البيئي:** وهو يتكون من (٨) بنود أرقامها (٨، ٩، ١٢، ١٣، ١٤، ٢٣، ٢٤، ٢٥).
ومن أمثلة هذه البنود:

• إلى أي درجة أنت راضي عن ظروف المكان التي تعيش فيه؟

الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة لدى معد المقياس:

الثبات

قام مُعد المقياس بحساب ثبات الاختبار بالطرق التالية:

(أ) طريقة ألفا لكرونياخ

اسفرت النتائج عن أن جميع قيم ثبات مقياس نوعية الحياة بالصورة المختصرة مقبولة احصائياً، وبلغت قيمة ثبات المجال الجسمي لدى الذكور (٠,٧٦) ولدى الإناث (٠,٧٥)، والمجال النفسي لدى الذكور (٠,٧٣) ولدى الإناث (٠,٧١)، والمجال الاجتماعي لدى الذكور (٠,٨٢) ولدى الإناث (٠,٧٧)، والمجال البيئي لدى الذكور (٠,٧٩) ولدى الإناث (٠,٨٤)

(ب) طريقة التجزئة النصفية

اسفرت النتائج عن أن جميع قيم ثبات مقياس نوعية الحياة بالصورة المختصرة مقبولة احصائياً، وبلغت قيمة ثبات المجال الجسمي لدى الذكور (٠,٧٤) ولدى الإناث (٠,٧٣)، والمجال النفسي لدى الذكور (٠,٨٥) ولدى الإناث (٠,٨٢)، والمجال الاجتماعي لدى الذكور (٠,٥٣) ولدى الإناث (٠,٦٣)، والمجال البيئي لدى الذكور (٠,٦٨) ولدى الإناث (٠,٧٧)، أما نسبة ثبات الدرجة الكلية للاختبار لدى الذكور (٠,٨٦) ولدى الإناث (٠,٨٩).

الصدق

قام مُعد المقياس بحساب صدق المقياس بعدة طرق منها:

الصدق العاملي:

نتج عن التحليل العاملي للمقياس استخلاص أربعة عوامل كامنة تنتظم حولها الأبعاد الفرعية التي يتكون منها المقياس هذه العوامل استقطبت (٧٣,١٧ %) من التباين الارتباطي للمصفوفة الارتباطية.

الاتساق الداخلي:

بينت النتائج أن معاملات الارتباط لجميع بنود المقياس كانت دالة وتراوحت الدلالة بين مستوى (٠,٠٠١ ، ٠,٠٠١) وهي قيم مقبولة احصائياً.

الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة في الدراسة الحالية

أولاً: الثبات:

تم التوصل لنوعين من الثبات استخدمهم الباحث لمقياس نوعية الحياة لعينة الدراسة وهم معامل ثبات ألفا لكرونباخ، ومعامل ثبات جيتمان.

(أ) معامل ثبات ألفا لكرونباخ: تم التحقق من معامل ثبات ألفا لكرونباخ لأداة الدراسة

الحالية حيث تراوحت فيما بين (٠,٧٠٠، ٠,٧٦٨) وهي قيمة مقبولة إحصائياً.

(ب) تم حساب معامل ثبات التجزئة النصفية بتقسيم العبارات إلى عبارات فردية وأخرى

زوجية وبينت النتائج أن جميع قيم معاملات الثبات النصفية كما بينتها معادلة جيتمان

تراوحت فيما بين (٠,٧٢٠، ٠,٩٢٩) وهي قيمة مقبولة إحصائياً.

ثانياً: الصدق:

تم التوصل لنوعين من الصدق استخدمتهم الباحثة لمقياس نوعية الحياة وهم صدق

الاتساق الداخلي، وصدق المقارنة الطرفية.

١- **صدق الاتساق الداخلي:** تم حساب الصدق لمقياس نوعية الحياة، بحساب معامل

الارتباط بين درجات عبارات كل بعد مع درجة البعد ككل؛ وبينت النتائج أن جميع

معاملات الارتباط دالة عند مستوى (٠,٠٠٥، ٠,٠٠١)، وبالتالي فإن معاملات الارتباط

مقبولة إحصائياً.

٢- **صدق المقارنة الطرفية:** تم حساب لمقياس نوعية الحياة، بقياس دلالة الفروق بين

درجات الأفراد العليا (أعلى ٢٧%) والدنيا (أقل ٢٧%) على المقياس وبينت النتائج أنه

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠,٠٠٠١) بين متوسط درجات

المجموعتين العليا والدنيا لصالح متوسط درجات المجموعة العليا اعلي ٢٧% مما يشير

إلى صدق المقارنة الطرفية لمقياس نوعية الحياة.

ثانياً: مقياس القلق الإكلينيكي.

وضع هذا المقياس كلُّ من (Thyer, 1989، David Westhuis and Bruce A)،

وقد قام بترجمة المقياس وتعريبه (السيد فهمي علي، ٢٠١٨).

والمقياس يتكون من (٢٥) عبارة تشير إلى أغلب أو أبرز صور القلق الإكلينيكي

ومظاهره، ومنها الشعور بالتوتر، والخوف دون سبب، واستخدام المهدئات أو مضادات الاكتئاب

للتعامل مع القلق،

الخصائص السيكومترية لمقياس القلق لدى معرب المقياس و مترجمة:

حسبت الخصائص السيكومترية على النحو التالي:

(١) الثبات

تم حساب ثبات المقياس بطريقتين، هما:

(أ) التجزئة النصفية بلغت قيمة معامل الثبات (٠,٧٧٧) وهي قيمة مقبولة إحصائيًا.

(ب) ألفا لكرونباخ بلغ ثبات المقياس (٠,٨٢٠)، وهي قيمة مقبولة إحصائيًا تؤكد ثبات المقياس والفقرات المتضمنة فيه.

الصدق:

حسب الصدق بطريقة الاتساق الداخلي تراوحت جميع معاملات الارتباط تتراوح بين

(٠,٦٠٧، ٠,٤٩٧)، وكانت تلك القيم دلة حيث تراوحت الدلالة بين مستوى (٠,٠٠١، ٠,٠٠١) وهي قيم مقبولة إحصائيًا.

الخصائص السيكومترية لمقياس القلق الاكلينيكي في الدراسة الحالية:

أولاً" الثبات:

تم التوصل لنوعين من الثبات استخدمهم الباحث لمقياس القلق الاكلينيكي وهم معامل

ثبات ألفا لكرونباخ، ومعامل ثبات جيتمان.

(أ) معامل ثبات ألفا لكرونباخ: تم التحقق من معامل ثبات ألفا لكرونباخ لمقياس القلق الاكلينيكي، وبينت النتائج أن معامل ثبات ألفا لكرونباخ هو (٠,٨٥٨)، وهي قيمة مقبولة إحصائيًا.

(ب) معامل ثبات جيتمان: تم حساب معامل ثبات التجزئة النصفية بنقسم العبارات إلى عبارات فردية وأخرى زوجية وبينت النتائج أن معامل الثبات النصفى للمقياس ٠,٩١٢، وهي قيمة مقبولة إحصائيًا.

ثانياً: الصدق:

تم التوصل لنوعين من الصدق استخدمهم الباحث لمقياس القلق الاكلينيكي وهم صدق

الاتساق الداخلي، وصدق المقارنة الطرفية.

(أ) صدق الاتساق الداخلي: تم حساب الصدق لمقياس القلق الاكلينيكي بحساب معامل الارتباط

بين درجات كل عبارة مع الدرجة الكلية للمقياس واتضح أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى (٠,٠٠١)، وبالتالي فإن معاملات الارتباط مقبولة إحصائيًا.

(ب) صدق المقارنة الطرفية: تم حساب صدق المقارنة الطرفية لمقياس القلق الاكلينيكي، بقياس دلالة الفروق بين درجات الأفراد العليا (أعلى ٢٧%) والدنيا (أقل ٢٧%) على المقياس؛ ويتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوي (٠,٠١) بين متوسط درجات المجموعتين العليا والدنيا لصالح متوسط درجات المجموعة العليا اعلي ٢٧% مما يشير إلى صدق المقارنة الطرفية لمقياس القلق الاكلينيكي

ثالثاً: مقياس توهم المرض

هذا المقياس مشتق من اختبار الشخصية متعدد الأوجه، وقد ألفه (هاتاري وماكينلي) وترجمه لبينتا العربية عطية محمود هنا، ومحمد عماد الدين إسماعيل، ولويس كامل مليكه (٢٠٠٠)

وصف الاختبار

يُعرف اختبار الشخصية متعدد الأوجه بأنه "مقياس نفسي للشخصية يعتمد على التقرير الذاتي الذي يعطيه الفرد عن نفسه، حيث يجيب على عباراته بوضع علامة تحت رقمها في ورقة الإجابة أمام "نعم" إن كانت العبارة تنطبق عليه، أو أمام "لا" إن كانت العبارة لا تنطبق عليه، أو لا يضع أية علامة على الإطلاق إذا لم يستطع أن يقرر ما إذا كانت العبارة تنطبق عليه أم لا. ويُعد الاختبار من أشهر اختبارات الشخصية من نوع اختبارات التقرير الذاتي، فقد سجلت (أنا ستازي) في طبعة ١٩٧٦ من كتابها "القياس النفسي" أن أكثر من ٣٥٠٠ مرجع قد نُشرت عن هذا الاختبار حتى وقت إعدادها لتلك الطبعة، وهذا يشير إلى مدى ذبوع هذا الاختبار وانتشاره في العالم .

والاختبار يشتمل الاختبار على (٥٥٠) عبارة تغطي مدى واسعا من الموضوعات التي تتناول عديد من الجوانب المختلفة في الشخصية، مثل الصحة العامة والنواحي الصحية الخاصة بما فيها أجهزة الجسم المختلفة، والعادات، والعائلة، والزواج، والمهنة، والتعليم، والاتجاهات الجنسية، والاجتماعية، والدينية، والسياسية، والنزعات السادية والماسوكية، والهواجس، والهالوس، والمخاوف المرضية.

وكذلك الحالات الانفعالية المختلفة بما فيها حالات الانقباض والحالات الوسواسية والقهرية، وكذلك الروح المعنوية، وما يتصل بالذكورة والأنوثة، واتجاه المفحوص نحو الاختبار، وقد صنفت هذه العبارات في أربعة مقاييس صدق يرمز لها بالرموز التالية: ؟، ل، ف، ك،

وعشر مقاييس إكلينيكية منها مقياس توهم المرض Hypochondriacs ورمزه (هـ س)، الذي نعرضه كما يلي

مقياس توهم المرض

يقيس هذا المقياس مقدار الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية، والقلق على الصحة بشكل ملح وبدون سبب واقعي، ويظهر في بعض الناس الذين يشكون من عدد من الأمراض أو الأزمات التي يكشف الفحص الطبي عن عدم وجودها.

ومن خصائص هذا المريض (مريض توهم المرض) أن يكون ناقص النضج في معالجته لمشكلات الراشدين ولا يستجيب لها بالاستبصار الكافي، والدرجات المرتفعة على نحو غير مرضى يعبر عن محاولة للاطمئنان على الذات.

إلا أن ارتفاع الدرجة التائية على هذا المقياس عن (٦٥) درجة تائية تشير إلى وجود المرض النفسي ولكن أثبتت الخبرة الإكلينيكية أن ارتفاع هذا المقياس ينفى معه وجود المرض العقلي (الذهان).

وقد وجد أن الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس يتصفون بأنهم متعددي الاهتمامات وأنهم من النوع المقبل على الناس، وكذلك بالعطف والنظام والاعتراف بالجميل.

ويختلف مريض متوهم المرض عن المريض الهستيرى في أن الأول غالبا ما يكون أكثر غموضا من الثاني في وصف شكواه، وتتحسن الدرجة المرتفعة على هذا المقياس نتيجة للعلاج النفسي.

وبصحح هذا المقياس باستخراج الدرجات الخام من مفاتيح خاصة للتصحيح من الورق المخرم والمقياس له صفحة تصحيح أمامية، وأخرى خلفية، وتجمع درجتين الصفحة الأمامية والخلفية الخام وتحول إلى درجة معيارية تائية بمتوسط قدره (٥٠) وانحراف معياري قدره (١٠).

وبحيث تعد استجابة المفحوص خطيرة الدلالة إذا تعدت الدرجة التائية في كل مقياس فرعى انحرافيتين معياريتين أي عند الدرجة التائية (٧٠) وما بعدها.

الخصائص السيكومترية لمقياس توهم المرض في الدراسة الحالية:

أولاً: الثبات:

تم التوصل لنوعين من الثبات استخدمهم الباحث لمقياس توهم المرض وهم معامل ثبات ألفا لكرونباخ، ومعامل ثبات جيتمان.

(أ) معامل ثبات ألفا لكرونباخ: تم التحقق من معامل ثبات ألفا لكرونباخ لمقياس توهم المرض واتضح أن معامل ثبات ألفا لكرونباخ هو (٠,٧٨٧)، وهي قيمة مقبولة احصائياً.

(ب) معامل ثبات التجزئة بينت النتائج أن معامل الثبات النصفي للمقياس قد بلغ (٠,٥٧٩) وهي قيمة مقبولة احصائياً.

ثانياً: الصدق

تم التوصل لنوعين من الصدق استخدمهم الباحث لمقياس توهم المرض وهم صدق الاتساق الداخلي، وصدق المقارنة الطرفية.

(أ) صدق الاتساق الداخلي: تم حساب الصدق للمقياس بحساب معامل الارتباط بين درجات كل عبارة مع الدرجة الكلية للمقياس، وأسفرت النتائج عن أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى (٠,٠٠١)، وبالتالي فإن معاملات الارتباط مقبولة احصائياً.

(ب) صدق المقارنة الطرفية: تم حساب لمقياس توهم المرض، بقياس دلالة الفروق بين درجات الأفراد العليا (أعلى ٢٧%) والدنيا (أقل ٢٧%) على المقياس؛ واتضح من النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوي (٠,٠٠١) بين متوسط درجات المجموعتين العليا والدنيا لصالح متوسط درجات المجموعة العليا اعلي ٢٧% مما يشير إلى صدق المقارنة الطرفية لمقياس توهم المرض.

نتائج الدراسة

فيما يلي يعرض الباحث نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها، وذلك على النحو التالي

أولاً: عرض نتيجة الفرض الأول:

نص الفرض الأول على ما يلي: توجد علاقة ارتباطية بين مجالات جودة الحياة والقلق

الاكلينيكي وتوهم المرض لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية؟

للتحقق من صحة الفرض، قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون وذلك بين

مجالات جودة الحياة والقلق الاكلينيكي وتوهم المرض لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية.

فيما يلي عرض النتائج الإحصائية المتعلقة بهذا التساؤل:

نتائج معاملات الارتباط بين مجالات جودة الحياة والقلق الاكلينيكي وتوهم المرض لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية:

جدول (١)

مجالات جودة الحياة والقلق الاكلينيكي وتوهم المرض

لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية

توهم المرض	القلق الاكلينيكي	المجال البيئي	المجال الاجتماعي	المجال النفسي	المجال الجسمي
**٠,٣٢٠	**٠,٧٣٠	**٠,٥٥٥	**٠,٦٤٠	-	المجال النفسي
**٠,٧١٣	**٠,٨٧٩	**٠,٧٦٠	-	**٠,٦٤٠	المجال الاجتماعي
**٠,٩٦٠	**٠,٦١٦	-	**٠,٧٦٠	**٠,٥٥٥	المجال البيئي
**٠,٣٨٠	-	**٠,٦١٦	**٠,٨٧٩	**٠,٧٣٠	القلق الاكلينيكي
-	**٠,٣٨٠	**٠,٩٦٠	**٠,٧١٣	**٠,٣٢٠	توهم المرض

(**) دال عند ٠,٠٠١ (*) دال عند ٠,٠٥

من الجدول السابق نجد ما يلي:

- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين كل من المجال الجسمي والمجال الاجتماعي لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية.
- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين كل من المجال الجسمي والمجال البيئي لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية.
- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين كل من المجال الجسمي والقلق الاكلينيكي لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية.
- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين كل من المجال الجسمي وتوهم المرض لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية.
- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين كل من المجال الاجتماعي والمجال البيئي لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية.
- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين كل من المجال الاجتماعي والقلق الاكلينيكي لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية.

- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين كل من المجال الاجتماعي وتوهم المرض لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية.
- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين كل من المجال البيئي والقلق الاكلينيكي لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية.
- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين كل من المجال البيئي وتوهم المرض لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية.
- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين كل من القلق الاكلينيكي وتوهم المرض لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية.

تفسير النتيجة السابقة:

كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية طردية موجبة بين جميع مجالات جودة الحياة والقلق الاكلينيكي وتوهم المرض، والنتيجة منطقية حيث إن جميع الأبعاد إيجابية في مضمونها، أي أن الزيادة في بعد يتبعها بالضرورة زيادة في البعد المرتبط به أو الذي بينهما ارتباط، وبمعنى آخر العلاقة الطردية هي العلاقة بين متغيرين وترمز إلى أنه كلما زاد أحدهما بمقدار معين يزيد الآخر بزيادة تتناسب مع زيادة الأول والعكس صحيح، وسميت بهذا لأنها ترمز إلى المطاردة بين اثنين، فالزيادة في المجال النفسي يتبعه زيادة في توهم المرض والقلق الاكلينيكي وهكذا بالنسبة لباقي المجالات.

وهذه النتيجة تعد نتيجة جديدة حيث لم يجد الباحث دراسة سابقة -حسب حدود علمه -
حسب معاملات الارتباط بين تلك المتغيرات مجتمعة وعلى ذات العينة

ثانياً: عرض نتيجة الفرض الثاني:

نص الفرض الثاني على ما يلي: ما مستوى القلق الإكلينيكي لدى المراجعين النفسيين للعيادات الخارجية؟

للتحقق من صحة الفرض الثاني قامت الباحثة بحساب الفرق بين أقل درجة وأعلى درجة يحصل عليها أفراد عينة الدراسة ثم تقسيمهم لثلاث مستويات (منخفض - متوسط - مرتفع)

فيكون المتوسط المرجح للقلق الاكلينيكي منخفض من الدرجة (١) إلى (٤١)، ومتوسط من الدرجة (٤٢) إلى الدرجة (٨٢)، ومرتفع من الدرجة (٨٣) إلى الدرجة (١٢٥) والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٢)

مستوى القلق الاكلينيكي لدى المراجعين النفسين للعيادات الخارجية

المتغير	م	ع	المستوى التقييمي
القلق الإكلينيكي	٥٨,٣٥	١١,٤٥٤	متوسط

يتضح من الجدول السابق أن مستوى القلق الاكلينيكي متوسط لدى المراجعين النفسين للعيادات الخارجية ومن النتيجة السابقة يتضح أن المراجعين النفسين للعيادات الخارجية لديهم مستوى متوسط من القلق الاكلينيكي

والنتيجة كما كان يظنها الباحث أن القلق الإكلينيكي لدى المراجعين النفسين قد يكون مرتفع، غير أن مستوى هذا القلق لديهم كان متوسطاً، ولعل هذا -وجهة نظر الباحث- أن راجع إلى طبيعة العينة من أنهم مراجعين وليسوا منومين أو محجوزين بالمستشفى أو المصححة النفسية والنتيجة في مضمونها كما جاءت بهذا التساؤل تعني أن لديهم ذلك الشعور أو التوتر الذي تتحدد أصوله في الأساس من داخل النفس لتمييزه عن الخوف الذي هو استجابة انفعالية لتهديد خارجي يدركه الفرد بطريقة واعية. وهي أيضاً نتيجة جديدة تعد إضافة لمجال دراسات علم النفس الإكلينيكي وخصوصاً في مجال الدراسات التي أجريت على المرضى النفسيين.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

١. أحمد الشريفين وأيمان المفلح (٢٠١٤). فاعلية طريقتي العلاج بالقراءة والإرشاد الجمعي المستند إلى نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى الطلبة غير الأردنيين المغتربين في جامعة اليرموك، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، المجلد (١٠)، العدد (١)، ١٥ - ٣٥.
٢. أحمد عمر المدخلي (١٩٩٣). فاعلية الإرشاد العقلاني الانفعالي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض.
٣. الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الرابطة الأمريكية للطب النفسي. (2001) ترجمة السماك، أمينة ومصطفى، عادل، الكويت: مكتبة المنار.

-
٤. السيد فهمي علي (٢٠١٠). العلاج النفسي: تقنياته. وسائله. طرقه، الإسكندرية: دار الجامعة للنشر.
٥. المعجم الوسيط (١٩٩٨). مجمع اللغة العربية، القاهرة: دار الدعوة.
٦. بسمة عيد خليل الشريف (٢٠١٣). فاعلية برنامج توجيه جمعي يستند إلى نظرية إليس في التفكير اللاعقلاني في خفض الاكتئاب، وتحسين مستوى التكيف لدى طالبات الصف الأول الثانوي في مدينة عمان، كلية الآداب - جامعة عمان الأهلية.
٧. حسن إدريس الصميلي (٢٠٠٨). فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض السلوك الفوضوي لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمنطقة جازان التعليمية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
٨. سامي محمد سامي هاشم (٢٠٠١). جودة الحياة لدى المعوقين جسمياً والمسنين وطالبات الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد (١٣).
٩. سعاد سبتي عبود الشاوي (٢٠١٢). فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض الخوف الاجتماعي لدى طالبات كلية التربية الرياضية للبنات، جامعة بغداد، مجلة علوم الرياضة، العدد (٩) 211-233.
١٠. صفاء أحمد أحمد عجاجة (٢٠٠٧). النموذج السببي للعلاقة بين الذكاء الوجداني وأساليب مواجهة الضغوط وجودة الحياة لدى طالبات الجامعة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية - جامعة الزقازيق.
١١. عبد الحميد سعيد حسن وآخرون (٢٠٠٦). جودة الحياة وعلاقتها بالضغوط النفسية واستراتيجيات ومقاومتها لدى طلبة جامعة السلطان قابوس، وقائع ندوة علم وجودة الحياة، ١٧-١٩ ديسمبر ٢٠٠٦.
١٢. عبد الفتاح محمد سعيد الخواجة (٢٠٠٤). فاعلية برنامج إرشاد جمعي يستند إلى الاتجاه العقلاني الانفعالي وأسلوب حل المشكلات في خفض الضغوط النفسية التي تواجه الطالبات الموهوبات في سن المراهقة وتحسين مستوى تكيفهم. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن، عمان.
١٣. كوام مكنزي (٢٠١٣). الفلق ونوبات الذعر، ترجمة هلا أمان الدين، الرياض، المجلة العربية، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية.
-

١٤. لويس كامل مليكة (٢٠٠٠). اختبار الشخصية متعدد الأوجه، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
١٥. محمد أحمد شاهين، محمد نزيه حمدي (٢٠٠٨). العلاقة بين التفكير اللاعقلاني وضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من طلبة جامعة القدس المفتوحة في فلسطين وفاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفضها، مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإنسانية والاجتماعية.
١٦. محمد أحمد محمد إبراهيم سغان (٢٠٠١). التحقق من فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، والعلاج القائم على المعنى في خفض الغضب كحالة وكسمة لدى عينة من طالبات الجامعة "دراسة مقارنة"، مجلة كلية التربية - جامعة عين شمس، العدد (٢٥)، الجزء (٤)، ١٦٩-٢٢٠.
١٧. محمد عبد العال احمد الشيخ (١٩٨٦). أثر كل من العلاج العقلاني الانفعالي والتحصين المنهجي في تخفيف قلق الامتحان، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية - جامعة طنطا.
١٨. نبيل نمر عودة عبود (٢٠١٤). فاعلية برنامج إرشادي جمعي لخفض رهاب التحدث لدى طالبات الإرشاد النفسي في جامعة الأقصى بغزة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
١٩. ندى أديب (١٩٩٠). دراسة لفاعلية برنامج إرشادي لخفض الاكتئاب عن طريق مراجعة الأفكار اللامنطقية، رسالة ماجستير غير منشورة، عمان، الأردن.
٢٠. نسيمه داوود (٢٠٠١). فعالية برنامج إرشادي يستند إلى الاتجاه العقلاني الانفعالي في خفض التوتر وتحسين التفكير العقلاني لدى طالبات الصف العاشر، مجلة دراسات العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، العدد (٢٨)، الجزء (٢)، ٢٨٩ - ٣١١.
٢١. هدى عاصم محمد خليفة (٢٠٠٤). نوعية الحياة وعلاقتها بالضغط لدى المرأة العاملة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب - جامعة عين شمس.
٢٢. هشام عبد الله (١٩٩١). أثر العلاج العاطفي في خفض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية - جامعة الزقازيق.
٢٣. هناء محمد الجوهري (١٩٩٤). المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على نوعية الحياة في المجتمع المصري، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب - جامعة القاهرة.

-
٢٤. هند سليم (٢٠٠٨). جودة الحياة وعلاقتها بالرهاب الاجتماعي لدى طلاب المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير، كلية التربية - جامعة حلوان.
٢٥. وائل أبو هندي (٢٠١٧). الوسواس القهري والقلق الاجتماعي هل مجرد تواكب، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
٢٦. وحيد مصطفى كامل (٢٠٠٥). فعالية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي في خفض أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من طلبة الجامعة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، المجلد (١٥)، العدد (٤).

ثانياً: المراجع الأجنبية:

1. Alison, J., Irene, J. and Peter, G. (2003). Quality of Life. London: BMJ Books.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSMIV-TR). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2000
3. Campbell, A. (1981). The sense of well-being in America. McGraw-Hill Book CO.
4. Cramer D., Kupshik G., (1993). Effect of rational and irrational statements on intensity and inappropriateness of emotional distress and irrational beliefs in psychotherapy patients British Journal of Clinical Psychology 32:319-325
5. Cummins, R.A. (1997). Assessing quality of life for people with disabilities. In: R.I. Brown (Ed.). quality of life for handicapped people, (2nd), Cheltenham, England: Stanley Thomas, 116-150.
6. Danute, D., Ramune, K. and Jadvyga, P. (2003). Quality of life among Lithuania University Students. Acta Medica Lituanica, 10 (2):76-81.
7. Ellis, A. (2001): Discomfort anxiety, A new cognitive behavioral construct Rational living, vol.14, part 2, pp 1-10.
8. Ghena. Al – Fayeze and Jude, U. Ohaeri (2011) Profile of subjective quality of life and its correlates in a nationwide sample of high school students in an Arab setting using the WHOQOL – Bref Scores. BMC Psychiatry, 11(71):1-1.