فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي لخفض النوموفوبيا (رهاب الابتعاد عن الهاتف المحمول) وتنمية تقدير الذات لدى عينة من الشباب الجامعي

د. عبد العزيز محمود عبد العزيز

مدرس الصحة النفسية والإرشاد النفسي

كلية التربية- جامعة عين شمس

المستخلص:

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي لخفض النوموفوبيا Nomophobia (رهاب الابتعاد عن الهاتف المحمول)، وتنمية تقدير الذات لدى عينة من الشباب الجامعي وقد تكونت عينة الدراسة الأساسية من (٢٠) طالباً بمتوسط عمري (٢٠,٩٠١) وانحراف معياري (٠,٧١٨)، تم تقسيمهم إلى(١٠) أفراد كمجموعة تجريبية بمتوسط عمري (٢٠,٧٩٩) وانحراف معياري (٠,٦٣٢)، و(١٠) أفراد كمجموعة ضابطة بمتوسط عمري (٢٠,٩٨٦) وانحراف معياري (٠,٨١٥)، وتم استخدام الأدوات المتمثلة في مقياس النوموفوبيا(NMP) (إعداد يلدرم وكوريا Yilidirim& Correia، 2015)، ومقياس تقدير الذات(RSES)(إعداد روزنبرغ Rosenberg،1965) وقام الباحث بترجمة المقياسين وتحقق من صدقهما وثباتهما، والبرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي(إعداد الباحث)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى فعالية واستمرارية نجاح البرنامج في خفض النوموفوبيا وتنمية تقدير الذات لدى عينة من الشباب الجامعي.

الكلمات المفتاحية: نوموفوبيا، رهاب الابتعاد عن الهاتف المحمول، تقدير الذات، الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، الشباب الجامعي.

Key words: Nomophobia, No- Mobile Phone Phobia, self-esteem, Rational Emotive Behavior Therapy, (REBT), university youth

فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي لخفض النوموفوبيا (رهاب الابتعاد عن الهاتف المحمول) وتنمية تقدير الذات لدى عينة من الشباب الجامعي

د. عبد العزيز محمود عبد العزيز

مدرس الصحة النفسية والإرشاد النفسي

كلية التربية- جامعة عين شمس

مقدمة الدراسة:

غيّرت تقنيات المعلومات والاتصالات أسلوب حياة الأشخاص بشكل كبير وأصبحت جزءًا لا يتجزأ من حياتهم، لذلك يعاني المجتمع المعاصر مؤخرا من نوع جديد من اضطرابات القلق يسمي النوموفوبيا Nomophobia (وهو رهاب الابتعاد عن بالهاتف المحمول) وهو الخوف والقلق اللاعقلاني الذي يعاني منه الفرد عندما لا يتمكن من الوصول إلى هاتفه الذكي وهذا يرجع نتيجة للتطور الكبير للتقنيات التي تمكن من التواصل بالعالم الافتراضي، ويشير النوموفوبيا إلى الانزعاج والقلق والعصبية والألم النفسي الناتج عن الابتعاد عن الهاتف المحمول، فهو ناتج عن الاعتمادية علي الهاتف المحمول الأمر الذي جعل أحد الباحثين يصف بدقة أن من لديهم هذا الاضطراب تعد هواتفهم الذكية امتداداً لجسدهم منذ اللحظة التي يستيقظون فيها حتي يقعون متعبين نوما في نهاية اليوم، فهم في علاقة حب شديد مع الهواتف المحمولة.

(Dalbudak, et al.,2020:166; Pavithra, et al.,2015:340-341)

ويعد النوموفوبيا رهاب القرن الحادي والعشرين، والذي ينطوي على مستوى مرتفع من القلق في حالة الابتعاد عن الهاتف المحمول أو نتيجة لنسيانه في مكان ما أو لنفاذ بطاريته أو عندما لا يوجد تغطية جيدة لشبكة الهاتف، ويؤثر هذا القلق بشكل سلبي على تركيز الفرد ويشتته عن أداء أنشطته اليومية، وأظهرت نتائج الدراسات نسب انتشار كبيرة للنوموفوبيا بنسبه تتخطى ٦٦٪ من مستخدمي الهواتف الذكية حول العالم، وفي دراسات أخرى وصلت نسبة انتشار النوموفوبيا إلى ٧٣٪ من أفراد العينة(Gezgin, et al.,2018 :215).

وأكدت الدراسات على الارتباط الوثيق بين النوموفوبيا وانخفاض مستوى تقدير الذات وهذا ما أوضحته دراسة باتتاريا وآخرون (Bhattacharya, et al., 2019) والتي توصلت إلى أن النوموفوبيا الناتجة عن الإفراط في استخدام الهاتف المحمول والخوف من الابتعاد عنه يرتبط بشكل إيجابي بانخفاض في تقدير الذات للفرد بالإضافة لزيادة الشعور التدريجي بأنه غير مرغوب فيه، لذلك أوصت هذه الدراسة إلى ضرورة تنمية تقدير الذات لدي أفراد العينة الذي يعانون من النوموفوبيا.

ومن أهم المدارس الإرشادية التي أثبتت فعاليتها في خفض وعلاج العديد من الاضطرابات وكذلك تنمية المتغيرات النفسية الإيجابية هي مدرسة الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي الذي أسسها ألبرت اليس، ومن خلال الفنيات المتعددة يمكن تغييرا الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالاعتمادية المرضية على الهاتف المحمول وخفض القلق المصاحب للابتعاد عن الهاتف الذكي ورفع مستوى تقدير الذات لدى افرد العينة.

تحديد المشكلة:

جاءت مشكلة الدراسة من خلال ملاحظة الباحث لأغلبية الطلاب الجامعيين والشكاوى المتكررة التي تعرض عليه والتي مفادها وجود اضطرابات ومشكلات كبيرة نتيجة عدم قدرة الطلاب على التخلي عن الهاتف المحمول، ووجود العديد من مشاعر القلق والخوف أثناء الابتعاد عن الهاتف المحمول، وما ترتب على ذلك من مشكلات صحية مثل إجهاد العين وآلام الظهر والرقبة واضطرابات النوم والعديد من المشكلات النفسية والاجتماعية، بالإضافة لشعورهم بمستوي منخفض من تقدير الذات، وفي ضوء مراجعة الباحث لأدبيات المجال تبين اهتمام الدراسات الأجنبية الحديثة باضطراب النوموفوبيا واتساع نسب انتشاره كدراسة (Daei, et al,2019)، ودراسة (Argumosa, et al,2017)، ودراسة (Dongre, et al,2017)، ودراسة (Gutiérrez, et al,2015) وأوصت هذه الدراسات بضرورة إعداد برامج علاجية لخفض النوموفوبيا، ومن هنا جاءت مشكله الدراسة الحالية للكشف عن فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي لخفض النوموفوبيا وتنمية تقدير الذات، ويمكن صياغة مشكلة البحث من خلال السؤال الآتي:-

- إلى أي مدى ينجح الإرشاد العقلاني الانفعالي في خفض النوموفوبيا وتنمية تقدير الذات لدى الشباب الجامعي؟

هدف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى خفض أعراض النوموفوبيا وتنمية تقدير الذات لدى عينة من الشباب الجامعي من خلال برنامج إرشاد عقلاني انفعالي سلوكي تم إعداده لهذا الغرض.

أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية:

- طرح إطار نظري للنوموفوبيا (كمفهوم حديث نسبيا) وتقدير الذات والإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي.
- إيضاح الخطورة والآثار السلبية للنوموفوبيا ومدى انتشار الاضطراب وأعراضه.
- التأكيد على أهمية وضرورة أن يكون لدى الفرد مستوى مرتفع من تقدير الذات

الأهمية التطبيقية:

- ترجمة مقياس دولي للنوموفوبيا والتحقق من صدقه وثباته على البيئة المصرية.
- ترجمة مقياس لتقدير الذات والتحقق من صدقه وثباته على البيئة المصرية.
- إعداد برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي لخفض النوموفوبيا ولتنمية تقدير الذات، يمكن أن يطبقه القائمين على مجال الإرشاد النفسي.

مصطلحات الدراسة:

النوموفوبيا Nomophobia يشير إلى (رهاب الابتعاد عن الهاتف المحمول) وهو شعور الفرد بدرجة كبيرة من القلق في حال عدم توافر الهاتف الذكي أو الاتصال بالإنترنت، وينطوي على العديد من السلوكيات والأعراض التي تجعل الفرد الذي يعاني من النوموفوبيا يتسم بدرجة كبيرة من الاعتمادية على الهاتف المحمول إلى الحد الذي يجعل الهواتف امتداد لأجسادهم لا يقدرون على الاستغناء عنها. (Galhardo, et al., 2020: 2)

والنوموفوبيا (إجرائيا) في البحث الحالي هو الدرجة التي يحصل عليها الفرد من خلال استجابته على مقياس الدراسة.

تقدير الذات (RSES): quality of life

يشير قاموس كامبريدج Cambridge لعلم النفس أن تقدير الذات هو درجة تقييم الفرد لذاته جسميا، وعقليا، وسلوكيا بشكل إيجابي ويرتبط بالعديد من المتغيرات ويعد جزء أساسي من فهم الفرد لذاته (Matsumoto, 2009: 473).

وتقدير الذات في البحث الحالي هي الدرجة التي يحصل عليها الفرد من خلال استجابته على مقياس الدراسة.

الإطار النظـري:

أولا: النوموفوبيا Nomophobia

أحدثت الهواتف الذكية أحد أكبر التغييرات في مجال الاتصالات الشخصية في العصر الحالي، حيث توفر الهواتف الذكية اليوم فرصًا ووسائل راحة رائعة، وتيسر إنجاز العديد من المهام وتسهل التواصل والتفاعل بين البشر ولا جدال في أن هذه الأجهزة أصبحت جزءًا لا يتجزأ من الحياة الحديثة، وعلى الرغم من المزايا الهائلة لهذه التقنيات الجديدة في حياتنا ، إلا أنه زاد عدد المشاكل الناشئة عن استخدام الهواتف الذكية بشكل كبير مثل الاستخدام المفرط للهواتف المحمولة؛ بالقدر الذي يجعل البعض اعتماديين على هواتفهم المحمولة وهو ما يعد علامة على الإدمان؛ ويمكن أن يؤدي إلى العزلة والشعور بالوحدة، وانخفاض العلاقات الشخصية ، والتفاعلات الاجتماعية ، وما إلى ذلك من السلبيات الخطيرة، فقد أسفرت نتائج دراسة مسحية أجريت في المملكة المتحدة في عام ٢٠١٢ عن أن ٦٦ ٪ من الناس كانوا خائفين جدا من فقدان هواتفهم المحمولة وينتابهم مستوى مرتفع جدا من القلق في حال البعد عن الهاتف المحمول وهو ما يسمى(بالنوموفوبيا)(Rodríguez, et al., 2020 : 580) .

تم تقديم مصطلح النوموفوبيا "Nomophobia "no-mobile-phone phobia رهاب الابتعاد عن الهاتف المحمول لأول مرة عام ٢٠٠٨ في إنجلترا من خلال دراسة قامت بها إدارة البريد وتوصلت الدراسة إلى أن أكثر من ١٣ مليون بريطاني يعانون من النوموفوبيا، وأن حوالي ٥٣٪ من مستخدمي الهواتف المحمولة يشعرون بمستوى مرتفع من القلق في حال ابتعادهم عن أجهزتهم المحمولة (Betoncu & Ozdamli, 2019: 599) .

ويعرف داي واخرون،(Daei, et al,2019) مصطلح النوموفوبيا باعتباره اضطراب نفسي اجتماعي، وهو حالة من الخوف من عدم القدرة للوصول للهاتف المحمول وهو

اضطراب عصري نتيجة إدمان المميزات التي وفرتها التطورات التكنولوجية الكبيرة، ويتسبب هذا الاضطراب في مخاطر صحية سلبية بالإضافة إلى آثار نفسية سلبية ضارة.

فمصطلح النوموفوبيا Nomophobia يشير إلى رهاب الابتعاد عن الهاتف المحمول وهو شعور الفرد بدرجة كبيرة من القلق في حال عدم توافر الهاتف الذكي أو الاتصال بالإنترنت، وينطوي على العديد من السلوكيات والأعراض التي تجعل الفرد الذي يعاني من النوموفوبيا يتميز بدرجة كبيرة من الاعتمادية على الهاتف المحمول إلى الحد الذي يجعل الهواتف امتداداً لأجسادهم لا يقدرون على الاستغناء عنها (Galhardo, et al., 2020: 2).

و تظهر الأبحاث الحديثة أن الاستخدام المفرط لهذه الهواتف الذكية يمكن أن يؤدي إلى الاعتماد المطلق للمستخدم والسلوك الإدماني ، ويتجلى ذلك في الحاجة إلى استخدام الهاتف أكثر فأكثر، مما يظهر الحزن أو الاكتئاب أو الغضب أو التوتر أو القلق أو الضغوط النفسية عندما لا يكون الهاتف متاحًا ، ويعد رهاب النوموفوبيا Nomophobia رهابًا جديدًا، كأحد أهم اضطرابات العصر الذي يظهر عندما لا يستطيع الأفراد الابتعاد عن هواتفهم الذكية، ولا يستطيعون الاستغناء عن كل ما توفره لهم الهواتف من مزايا متعددة، (فهو يعد متلازمة إساءة استخدام للوسائط الرقمية) ينشأ نتيجة اربع أسباب رئيسية وهي (١) عدم القدرة على التواصل مع الآخرين ؛ (٢) فقدان الاتصال ؛ (٣) عدم القدرة على الوصول ؛ و (٤) التخلي عن الراحة. (Moreno, et al., 2020 : 1-2).

<u>الآثار المترتبة على النوموفوبيا</u>

يؤثر اضطراب النوموفوبيا على الإنسان بشكل كبير حيث أثبتت الدراسات تسبب السلوك الاعتمادي للهواتف المحمولة في العديد من الأضرار على صحة الإنسان بخلاف تسببه في العديد من الحوادث المرورية نتيجة الانشغال المرضي بالهاتف كالتحدث أو المراسلة النصية مع شخص ما أثناء القيادة مما يجعل الأمر محفوف بالمخاطر، هذا بالإضافة إلى تسبب النوموفوبيا في تشتت انتباه الأفراد المضطربون بهذا الاضطراب، هذا علاوة على التسبب في آلام كبيرة في الرقبة والظهر نتيجة إساءة استخدام الهاتف المحمول لفترات كبيرة، بالإضافة للتسبب في اضطرابات النوم، كما تؤثر النوموفوبيا سلبياً على الصحة النفسية للفرد؛ حيث أكدت الدراسات على أن النوموفوبيا يتسبب في زيادة أعراض الاكتئاب والقلق والضغوط النفسية لدى الأفراد، بالإضافة لشعورهم بالوحدة وانعدام الأمن وانخفاض تقدير الذات، كما

يؤثر النوموفوبيا سلبيا بشكل كبير على الإنجاز والتحصيل الاكاديمي للطلاب. (Bekaroğlu, & Yılmaz, 2020: 137)

كم أكدت دراسة (Pavithra, et al., 2015: 341) إلى أن الاستخدام المتزايد للأجهزة التكنولوجية الجديدة والاتصالات الافتراضية التي تشمل أجهزة الكمبيوتر الشخصية والأجهزة اللوحية والهواتف المحمولة (الهواتف الذكية) تتسبب في حدوث تغييرات في سلوك الأفراد وعاداتهم اليومية. إلى جانب المزايا المختلفة لهذه التقنيات الجديدة، يمكن أن يؤدي إلى العديد من المشكلات الاجتماعية مثل العزلة الاجتماعية، والمشكلات الاقتصادية/ المالية مثل الديون المتكبدة لشراء أو استخدام الهواتف الذكية. كما يمكن أن يسبب أمراضًا جسدية ونفسية مثل الأضرار المتعلقة بإشعاع المجال الكهرومغناطيسي وحوادث السيارات والضيق المرتبط بالخوف من عدم القدرة على استخدام الأجهزة التكنولوجية الجديدة.

أعراض النوموفوبيا

لم يدرج حتى الآن اضطراب النوموفوبيا سواء في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الإصدار الرابع DSM-IV أو الإصدار الحالي (الإصدار الخامس DSM-V) كاضطراب مستقل بذاته إنما يندرج تحت فئة رهاب لأشياء معينة / محددة phobia for a particular/specific things، لذلك يقترح أن يتم إدراجه في الإصدار القادم وفقا للأعراض التي توصلت إليها وأكدتها العديد من الدراسات بأنها من أهم الخصائص المميزة لرهاب الابتعاد عن الهاتف المحمول والتي يمكن إيضاحها فيما يلي: -

- قضاء وقت طويل يوميًا على الهاتف المحمول، وحمل الشاحن دائما خشية من فقدان شحن البطارية.
- الشعور بالقلق والعصبية في حال الابتعاد عن الهاتف. أو عندما لا يكون الهاتف المحمول متاحًا في مكان قريب أو في غير مكانه أو لا يمكن استخدامه بسبب نقص تغطية الشبكة/ أو لانخفاض شحن البطارية/ أو لنقص رصيد شبكات الاتصال.
- تجنب الأماكن والمواقف التي يحظر فيها استخدام الجهاز قدر الإمكان.
- النظر بشكل متكرر في شاشة الهاتف لمعرفة ما إذا تم تلقي الرسائل أو المكالمات.
- الحفاظ على تشغيل الهاتف المحمول دائمًا (٢٤ ساعة في اليوم).
- عدم الاستغناء عن الهاتف حتى ولو كان على السرير قبل النوم.

- تفضيل التواصل الاجتماعي الافتراضي عبر التقنيات الحديثة عن التواصل الاجتماعي الواقعي (وجها لوجه).
- صرف مبالغ كبيرة نتيجة الاستخدام الدائم الهاتف المحمول.
- الإحساس الوهمي بسماع نغمات الرنين Ringxiety أو الشعور الكاذب باهتزاز الموبايل وهو ما يسمي بمتلازمة الاهتزاز الوهمي Phantom vibration syndrome

(Bragazzi, & Del Puente, 2014 : 156-157)

ومن الجدير بالذكر نتائج دراسة (Pavithra, et al., 2015:341) التي أشارت إلى أنه تم إدخال الهواتف المحمولة في عدد قليل من الأسواق في الثمانينيات، وانتشر استخدامها فقط في منتصف ١٩٩٠. وارتفع عدد المشتركين من ١٢.٤ مليون في عام ١٩٩٠ إلى ٥٠٠ مليون في عام ٢٠٠٠ إلى ٣.٣ مليار في عام ٢٠٠٨ و٥,٣ مليار في نهاية عام ٢٠١٠. وتظهر التقديرات أن معدل انتشار حول العالم لاستخدام الهاتف المحمول سيزداد إلى ٩٥٪ وأكثر في السنوات القادمة؛ وفي هذا الصدد أكدت وزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات بجمهورية مصر العربية في تقريرها لشهر فبراير ٢٠٢٠(http://www.mcit.gov.eg/) على أن عدد مستخدمي الهاتف المحمول في مص ٩٣.٤٣ مليون بنسبة انتشار ٩٥.٠٩٪، وحيث أن الهواتف الذكية اليوم أصبحت جزءًا مهمًا من ثقافتنا التقنية خاصة بين الشباب، الذين تكون حاجتهم الأساسية هي الاختلاط والانضمام إلى الآخرين والإعجاب بهم. وتظهر الأبحاث أن Nomophobia آخذاً في الارتفاع في جميع أنحاء العالم، حيث ذكرت دراسة أجريت في المملكة المتحدة في عام ٢٠٠٨ أن ٦٦ ٪ من المراهقين والشباب ينزعجون جدا من مجرد فكرة الابتعاد عن هواتفهم المحمولة.

<u>قياس النوموفوبيا</u>

بالرغم من أن النوموفوبيا يعد مفهوم حديث في المجال النفسي إلا انه يوجد بعض من المقاييس الدولية المعتمدة موضح بعضها فيما يلي: -

١- اختبار الاعتمادية على الهاتف المحمول Test of Mobile Phone Dependence (TMD) والذي أعده تشيلوز وفيلانوفا (Chóliz & Villanueva,2011) ويتكون من ٢٢

بند تنتمي الى ٣ عوامل رئيسية هي (التقشف، ضعف السيطرة والمشاكل الناتجة عن إساءة الاستخدام، تداخل الأنشطة اليومية وعدم انتظامها). (Chóliz, et al., 2016:3)

٢- مقياس الاستخدام المشكل للهاتف المحمول Problematic Mobile Phone Use Scale (PMPUS) لقياس مستوى النوموفوبيا ، أعد هذا المقياس بوماك واتلي(Pamuk & Atli, A,2016) ويتكون من ٢٦ بند تنتمي الى ٤ عوامل نتجت من التحليل العاملي، يسمى العامل الأول بالحرمان ويشير الى مشاعر التوتر والضيق والتوتر التي ترافق فترة الحرمان من الهاتف المحمول، ويسمى العامل الثاني النتائج السلبية ويشير الى الآثار السلبية لإساءة استخدام الهاتف المحمول في الحياة اليومية، ويسمى العامل الثالث بمشكلة التحكم ويشير الى مشكلة عدم قدرة الفرد على التحكم في استخدامه للهاتف المحمول، وأخيرا عامل تجنب التفاعل ويشير الى تفضيل الفرد للتفاعل مع الأشخاص عبر الهاتف المحمول عن التفاعل الواقعي وجها لوجه.

٣-مقياس النوموفوبيا (NMP) إعداد (Yildirim and Correia,2015) وهو المقياس المستخدم في الدراسة الحالية)

ويعد مقياس النوموفوبيا (NMP) أداة قياس معتمدة دوليا للنوموفوبيا على نطاق واسع في العديد من دول العالم حيث تم ترجمة المقياس للعديد من اللغات (الإسبانية والإيطالية والتركية والفارسية)، أعده يلدريم وكوريا (Yildirim and Correia,2015) ويتكون من ٢٠ بنداً متمثلة في ٤ أبعاد موضحين فيما يلي: -

أولا: عدم القدرة على التواصل: ويشير الى مشاعر القلق التي ترافق فقدان التواصل الفوري مع الآخرين عن طريق الهاتف وعدم القدرة على استخدام الخدمات التي تسمح بالاتصالات، أو إذا كان الفرد خارج نطاق خدمة الاتصالات.

ثانياً: فقدان الاتصال ويشير الى مشاعر القلق والتوتر في حال فقدان اتصال الفرد بشبكات التواصل الاجتماعية وعدم التمكن من متابعة إشعارات الهاتف كوسيلة لضمان استمرار الاتصال بالأصدقاء على هذه الشبكات.

ثالثاً: عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات ويشير الى مشاعر الخوف والانزعاج الناتجة عن عدم القدرة على الوصول للمعلومات التي توفرها لهم الهواتف الذكية، فمن خلال مميزات

الهواتف الذكية يستطيع الفرد الحصول على أي معلومات وعلى جميع الإجابات التي يبحث عنها من خلال شبكة الإنترنت.

رابعاً: التخلي عن وسائل الراحة ويشير الى مشاعر التوتر في حال التخلي عن وسائل الراحة والمميزات العديدة التي توفرها الهواتف الذكية. (Yildirim, et al., 2016:1324; Yildirim & Correia, 2016:133-134)

ويعرف الباحث النوموفوبيا في هذه الدراسة على أنها مشاعر القلق والخوف والتوتر الناتجة عن ابتعاد الفرد عن هاتفه الذكي، لاي سبب من الأسباب سواء كان السبب انقطاع شبكة المحمول أو ضعف إشارة البيانات أو نفاذ شحن البطارية أو عدم القدرة على الوصول للإنترنت، الأمر الذي يؤدي بالضرورة لفقدان الفرد للتواصل مع الآخرين وعدم مقدرته على إجراء مكالمات أو كتابة رسائل نصية، بالإضافة لعدم القدرة على التواصل مع شبكات التواصل الاجتماعي، وعدم مقدرة الفرد على الوصول للمعلومات من خلال هاتفه وبشكل عام فقدانه لجميع وسائل الراحة التي تعود عليها باستخدام هاتفه الذكي، وتعد النوموفوبيا نتيجة مباشرة للاعتمادية المرضية علي تكنولوجيا الهواتف الذكية.

تقدير الذات: self-esteem

ظهر مفهوم تقدير الذات لأول مرة عام ١٨٩٠ من خلال ويليام جيمس William James في كتابه ، مبادئ علم النفس، الذي وعرفه جيمس على أنه" نجاحات الفرد مقسوما على توقعاته" وبالتالي يكون تقدير الذات للفرد مرتفع في حالة تحقيقه لمزيد من النجاحات والإنجازات مع توقعات منخفضة، وفي الستينات قدم عالم الاجتماع روزنبرغ Rosenberg نموذج نظري عن تقدير الذات باعتباره شعور الفرد تجاه قيمته الذاتية، ومن هذا الانطلاق طور مقياس من ١٠ عبارات تم استخدامه في العديد من الدراسات التي تناولت تقدير الذات حتى يومنا هذا، كما أسهم كوبر سميث Coopersmith بنموذج نظري لتفسير تقدير الذات من خلال دراسته لتقدير الذات لدى الأطفال، وأكد على تأثير أساليب المعاملة الوالدية على تقدير الذات للأبناء(Barker, 2018:8-9; Barry, et al.,2017:50).

وتعرفه جمعية علم النفس الأمريكية APA على أنها" درجة إدراك الفرد للصفات والخصائص الإيجابية المكونة لمفهوم الذات، حيث أنها تعكس صورة الذات الإيجابية الجسدية بالإضافة لقدرة الفرد على النجاح والارتقاء من خلال إدراكه لإنجازاته وقدراته، وكلما

كان الإدراك التراكمي لهذه الصفات والخصائص أكثر إيجابية كلما زاد تقدير الذات لدى الفرد، وارتفاع تقدير الذات يشير بدرجة كبيرة إلى صحة الفرد النفسية، وعلى العكس فانخفاض تقدير الذات والشعور بعدم القيمة من أكثر الأعراض الاكتئابية شيوعا. (VandenBos, 2015:955).

وفي هذا الصدد أكد ألبرت إليس Albert Ellis، مؤسس (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي) على أهمية تنمية تقدير الذات لدى العميل في العلاج النفسي وفرق بين مفهومين متداخلين احترام الذات المشروط وتقبل الذات غير المشروط حيث يعد احترام الذات المشروط على أنه تقييم الذات الإيجابي، حين يأتي الفرد بأفعال جيدة ومقبولة اجتماعياً ومفيدة للغير. فهذا التقييم الإيجابي مشروط بتصرفات الفرد اللائقة، أما تقبل الذات غير المشروط، فهو تقديرك لذاتك (كيانك أو شخصيتك) كشخص جيد دائمًا تحت جميع الظروف، وهذا لأنك أنت (ولا أحد آخر)، ولأنك تقر بصفاتك "السيئة" وتكرهها ولكنك لا تزال تتقبل نفسك بهذه الصفات ولأنك تؤمن بإله يتقبلك دائمًا بكل إخفاقاتك ولديه القدرة على أن يجعلك شخصًا صالحًا، فتقبل الذات غير المشروط هو أن تتقبل نفسك بشكل مستمر خصالك وسماتك "الجيدة" و"السيئة" (Ellis, A,2005:25; Turner, M,2016:6).

ويعرف الباحث تقدير الذات في هذه الدراسة على أنه احترام وتقييم الفرد لذاته بكل مكوناتها الدينامية، ويشير المستوى المرتفع من تقدير الذات لدى الفرد إلى مفهوم إيجابي عن ذاته نتج عن الإنجازات والنجاحات المتكررة، ويشير المستوى المنخفض من تقدير الذات لدى الفرد إلى مفهوم سلبي عن الذات نتج من إحباطات متتالية.

ثالثاً: الإرشاد / العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي: rational emotive behavior therapy (REBT)

الإرشاد النفسي وفقا لتعريف الرابطة الأمريكية لعلم النفس APA هو عملية مساعدة الأفراد للتغلب على المعوقات، وكذلك مساعدتهم لتحقيق النمو الأمثل لمصادرهم الشخصية. ووفقا للرابطة البريطانية لعلم النفس يعد الإرشاد مجموعة من ممارسات التدخل التي تستخدم لتيسير ارتقاء الأفراد والجماعات في اتجاه تنمية وعيهم وقدراتهم في التعامل مع مشكلات الحياة وتحدياتها، والتوصل إلى اختيارات أكثر فعالية في الحياة، لذا يعني الإرشاد بمجموعة

من المهارات الكلينيكية (المهارات الإرشادية) التي يتقنها المرشد ويطبقها في سياق نوع معين من علاقة تقديم المساعدة وهي العلاقة الإرشادية **(طلعت منصور وآخرون، ٢٠٠٣: ٢٠)**.

فالإرشاد النفسي عبارة عن عملية واعية مستمرة بناءة ومخططة، تهدف إلى مساعدة وتشجيع الفرد لكي يعرف نفسه ويفهم ذاته ويدرس شخصيته جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا، ويفهم خبراته، ويحدد مشكلاته وحاجاته، ويعرف الفرص المتاحة له، وأن يستخدم وينمي إمكاناته بذكاء وإلى أقصى حد مستطاع، وأن يحدد اختياراته ويتخذ قراراته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته بنفسه، بالإضافة إلى التعليم والتدريب الخاص الذي يحصل عليه عن طريق المرشدين والمربين والوالدين، في مراكز التوجيه والإرشاد وفي المدارس وفي الأسرة، لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهداف واضحة تكفل له تحقيق ذاته وتحقيق الصحة النفسية والسعادة مع نفسه ومع الآخرين في المجتمع، والتوفيق شخصيا وتربويا ومهنيا وزواجيا وأسريا (حامد زهران،١٩٨٠: ١٠).

والإرشاد العقلاني الانفعالي أحد أهم مدارس الإرشاد النفسي وتعرفه جمعية علم النفس الأمريكيةAPA , وكلا من قاموس كامبريدج وأكسفورد لعلم النفس على أنه" العلاج الذى طوره ألبرت إليس Albert Ellis عام ١٩٥٥ وهو شكل من أشكال العلاج المعرفي السلوكي القائم علي أن معتقدات الفرد الانهزامية تتسبب في انفعالات سلبية وسلوكيات غير مرغوب فيها(فعلى سبيل المثال الأفراد الذين يفشلون في تجربة عاطفية يستنتجون من خلال تفكير لا عقلاني، أنهم لا قيمة لهم وأنهم غير مقبولين من جميع من حولهم)، وتؤكد هذه المدرسة العلاجية علي أن كلا من التفكير والانفعال والسلوك جوانب متكاملة في منظومة واحدة، يؤثر ويتأثر كل منهم بالآخر، ويستخدم هذا العلاج العديد من الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية، لدحض الأفكار اللاعقلانية، وتشجيع العميل علي التفكير بشكل أكثر منطقية وعقلانية، وكان يطلق عليه في البداية العلاج العقلاني rational therapy (RT) ثم العلاج العقلاني الانفعالي rational emotive therapy (RET) وأخيرا أصبح العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي rational emotive behavior therapy (REBT) في عام ١٩٩٠.

(VandenBos, 2015:881; Matsumoto,2009:423; Colman,2015:1832)

المبادئ السبعة لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

تتلخص الأفكار الرئيسية للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي إلى سبعة مبادئ أساسية يمكن توضيحها فيما يلي:

١. إن المبدأ الأساسي لنظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي هو أن الجانب المعرفي للإنسان هو العامل الرئيسي المسبب للانفعال. ببساطة نحن نشعر بما نعتقد، فالأحداث والأشخاص الآخرون لا يجعلوننا "تشعر بالرضا" أو "تشعر بالسوء"؛ نحن نفعل ذلك لأنفسنا بإدراكنا وتصوراتنا عن هذه الأحداث والأشخاص.

٢. ينص المبدأ الثاني على أن التفكير اللاعقلاني هو السبب الرئيسي للاضطرابات النفسية ويعزو الخلل الوظيفي للأفكار اللاعقلانية للمبالغة، والتبسيط المفرط، والتعميم المفرط، والافتراضات غير المنطقية والأفكار المطلقة.

٣. تعد الطريقة الأكثر فعالية لعلاج الاضطرابات النفسية (الانفعالية) هي تغيير الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية المسببة لهذه الانفعالات.

٤. البشر لديهم استعداد طبيعي للتفكير بشكل غير عقلاني وبشكل عقلاني على حد سواء، وهناك العديد من العوامل المسببة للتفكير غير العقلاني، بما في ذلك التأثيرات الجينية والبيئية.

٥. هناك نوعين من انفعالات البشر كرد فعل على الأحداث السلبية: النوع الأول انفعالات مفيدة وصحية وعملية وتساعد الفرد على التكيف، والنوع الآخر انفعالات غير مفيدة وغير صحية وغير فعالة، وتؤدي الانفعالات الصحية إلى سلوك وظيفي وسوى، وتؤدي الانفعالات المضطربة إلى سلوك غير فعال وسوء التكيف.

٦. مثل العديد من النظريات النفسية المعاصرة، تؤكد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على التأثيرات الحالية على الانفعال والسلوك بدلاً من التأثيرات التاريخية على السلوك، فالتمسك المستمر بالمعتقدات اللاعقلانية وليس كيفية اكتسابها، هو المسبب للاضطراب النفسي، أما سيجموند فرويد فقد أكد على أهمية الماضي من خلال مقولته الشهيرة "الماضي مهم لأنك تستمر في حمله معك"

٧. يمكن تغيير المعتقدات، على الرغم من أن هذا التغيير لن يكون سهلاً. ويتم التغيير من خلال الجهود النشطة والمستمرة للتعرف على طريقة تفكير المرء وتحديه ودحضه ومراجعته،

واستبدال المعتقدات اللاعقلانية بأخرى عقلانية وبالتالي تقليل الاضطراب النفسي (الانفعالي) وزيادة حدوث التجارب الإيجابية وتحقيق الأهداف الشخصية.
(DiGiuseppe, et al., 2013 :21-23)

أهداف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

يهدف العلاج العقلاني الانفعالي إلى تحقيق ما يلي: –

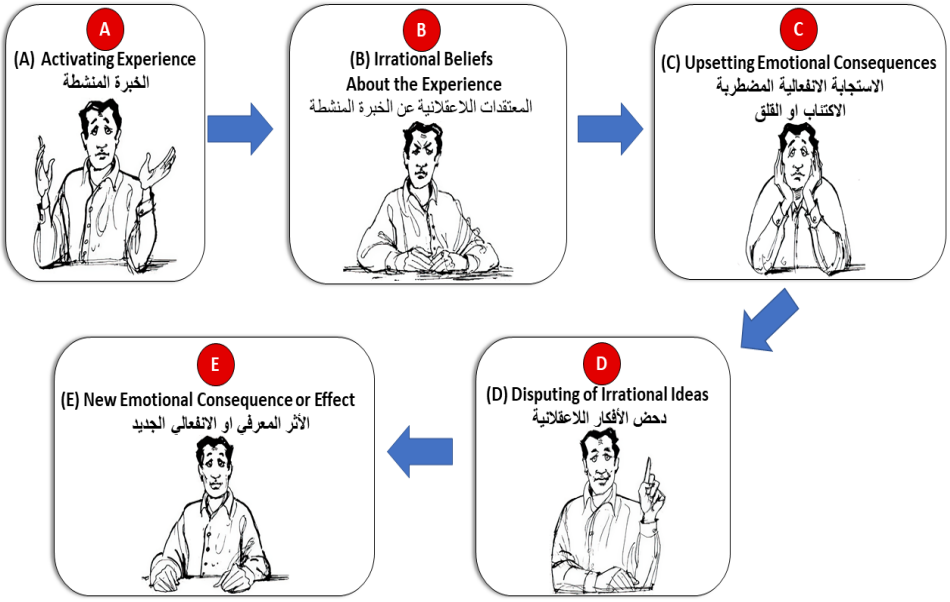
* مساعدة المريض في تعرف أفكاره غير العقلانية التي تسبب ردود فعل غير مناسبة لديه نحو العالم.
* حث المريض على الشك والاعتراض على أفكاره غير العقلانية.
* محاربة الأفكار والمعتقدات غير العقلانية والخاطئة لدى المريض.
* التخلص من الأفكار والمعتقدات غير العقلانية بالإقناع العقلي المنطقي، وإعادة تنظيم نظام المعتقدات لدى المريض.
* إزالة أو تقليل النتائج الانفعالية غير العقلانية لدى المريض، وبصفة خاصة، تقليل القلق (لوم الذات) وتقليل العدوان أو الغضب (لوم الآخرين والظروف).
* تحقيق المرونة والانفتاح الفكري وتقبل التغيير، وإعادة المريض إلى التفكير العلمي والتحكم في انفعالاته وسلوكه عقلانيا (حامد زهران،٢٠٠٥: ٣٧١).

نظرية ABDCE للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

يعد نموذج "ABCDE" هو الأساس الذي يقوم علية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، ويشير الحرف **A (Activating Events)** في النموذج إلى الأحداث المنشطة، ويمكن أن يكون تنشيط الأحداث داخليًا أو خارجيًا، في الماضي أو الحاضر أو المستقبل، وحقيقيًا أو متخيلًا. ويشير حرف **B (Belief System)** إلى نظام المعتقدات التي يمكن أن تكون عقلانية أو غير عقلاني، أما حرف **C (Consequence)** فيشير إلى الاستجابة الانفعالية (وجدانياً أو سلوكيا أو فسيولوجياً)، ويمكن أن تنطوي مثل هذه الاستجابة الانفعالية على المشاعر التي يشعر بها الشخص أو السلوك الذي يمارسه بسبب نظام المعتقدات الراسخ للشخص و تمثل عملية الاعتراض على المعتقدات غير العقلانية للشخص الحرف **D (Disputation)** الدحض حيث يقوم المعالج بدحض المعتقدات والأفكار اللاعقلانية للعميل بهدف أن يحتج ويعترض العميل على عدم منطقية أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية

المتسببة في سلوكه المضطرب حي يتخلى عنها ويقوم بتغييرها، ويشير الحرف **E (Finial new effect)** التأثير النهائي الجديد الراجع لتبني العميل لنظام معتقدات عقلاني جديد رفضه المعتقدات اللاعقلانية وتغييرها وقد يكون هذا التأثير الإيجابي معرفيا وقد يكون انفعاليا.

(Ellis, 2002: 9-10; David, et al., 2010:4-5; Bausert, 2019:14-15; Zeigler & Shackelford ,2020 :4284)



شكل (١) يوضح نظرية ABCDE الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي (Ellis & MacLaren,1998:41)

وبالتالي فوراء كل انفعال (إيجابي أو سلبي) بناء معرفي ومعتقدات سابقة الظهور ولما كان السلوك أو الانفعال يتفاوتان من حيث السواء والمرض (بعض السلوك جيد وبعضه سيء، وبعض الانفعالات إيجابي وبعضها سلبي)، فان التفكير المصاحب أو السابق لهما يتفاوت أيضا من حيث المعقولية واللامعقولية. بعبارة أخرى إذا كانت طريقة التفكير عقلية ومنطقية فان السلوك سيكون جيدا، والانفعال أيضا سيكون إيجابيا ودافعا لمزيد من النشاط

والبناء، والعكس صحيح: إذا كانت طريقة التفكير غير معقولة ولامنطقية فان السلوك والانفعال كليهما سيكونان على درجة مرتفعة من الاضطراب، لهذا يميز المعالجون السلوكيون المعرفيون المعاصرون بين نوعين من المعتقدات

١- اعتقادات منطقية ومتعقلة، ويصحبها في الغالب حالات وجدانية ملائمة للموقف، وتنتهي بالإنسان إلى مزيد من النضج الانفعالي والخبرة والعمل البناء.

٢- اعتقادات لا منطقية وغير متعقلة تصحبها الاضطرابات الانفعالية المرضي (العصاب والذهان وغيرها) أما متى تكون الاعتقادات وأساليب التفكير منطقية ومتعقلة، فان هذا يتوقف على انسجامها مع أهدافنا العامة، وقيمنا الأساسية في الحياة وتحقيق السعادة والفاعلية الاجتماعية، والإبداع، والإيجابية، وتعتبر المعتقدات وأساليب التفكير منطقية عندما لا تخدم توافقنا مع الواقع، وتحكم علينا بالسلبية والهزيمة والانسحاب وبالتالي الشعور بالضالة وعدم الفعالية (عبد الستار ابراهيم،١٩٨٠: ١٩٧-١٩٨).

فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي

قدم ألبرت اليس العديد من الفنيات الإرشادية في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وقسمها إلى ثلاث فئات: -

١- **فنيات معرفية:** مثل الدحض والإقناع والوجبات المعرفية وتسجيل جلسات العلاج وإعادة الصياغة، العلاج بالقراءة، وعبارات التأقلم العقلانية، ومهاجمة الأفكار اللاعقلانية وتعلم نموذج ABCDE (سميرة شند ومجدي الدسوقي،٢٠٠٣).

٢- **فنيات انفعالية:** مثل حس الفكاهة، والتشجيع، والتدريب على القبول الذاتي الغير مشروط، وقبول الآخر الغير مشروط، والحوار والنقاش.

٣- **فنيات السلوكية:** مثل تعديل السلوك المضطرب، التوكيدية والنمذجة ولعب الأدوار وعكس الأدوار (Ellis & MacLaren, C,1998) .

ومن العرض السابق يمكن أن نخلص أهمية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي بما يوفره من فنيات متعددة في خفض النوموفوبيا (كأحد أهم اضطرابات العصر الرقمي) والحد من تأثيره الكبير على الفرد سواء من الناحية الجسمية أو من الناحية النفسية وكذلك تنمية مستوى تقدير الذات لدى افرد العينة.

دراسات وبحوث سابقة:

أولا دراسات تناولت النوموفوبيا

تناولت دراسة (جيليشا وآخرون Jilisha, et al ,2019)، النوموفوبيا ونسب انتشارها والعوامل المرتبطة بها وكيفية إدراكها لدى عين من طلاب الجامعات، حيث كشفت العديد من الدراسات الهندية عن ارتفاع نسب (النوموفوبيا) خوف الابتعاد عن الهاتف المحمول لدى الشباب، فمع تزايد عدد الأشخاص الذين يستخدمون الهواتف الذكية، تتزايد معدلات النوموفوبيا، وقامت الدراسة علي عينة قوامها ٧٧٤ طالب جامعي واستخدمت الدراسة مقياس النوموفوبيا ,Nomophobia، المكون من عشرين بندًا للكشف عن درجة الخوف لمرتبطة بالابتعاد عن الهاتف المحمول ورصدت من خلاله الدراسة الخصائص الاجتماعية والديموغرافية لأفراد العينة ونمط استخدام الهواتف الذكية وسوء الحالة الصحية المرتبطة باستخدام الهواتف الذكية للمشاركين، كما استخدمت الدراسة أسلوب المقابلة الكلينيكية للدراسة المتعمقة للطلاب ذوي درجات متوسطة ومرتفعة في النوموفوبيا وتوصلت الدراسة إلى أن ٢٣.٥ ٪من أفراد العينة يعانون من درجات نوموفوبيا مرتفعة.وأظهرت الدراسة فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أفراد العينة وفقا للنوع في اتجاه الذكور، كما أكدت الدراسة علي أنه ترتفع درجات النوموفوبيا لمن لديهم خبرات رهاب سابقة، هذا بالإضافة أن أعراض النوموفوبيا لدى المشاركين تتلخص في استخدام الهاتف الذكي لمدة كبيرة يوميا ، وإدمان للشبكات الاجتماعية، والتحقق من إشعارات الهاتف دون سبب ، والتحقق من الهاتف الذكي بعد الاستيقاظ في الصباح، كما أظهرت المقابلة الكلينيكية المتعمقة سمات الإدمان بين الطلاب ، مثل التبعية والسلوك القهري، حيث عانى الطلاب أيضًا من القلق والإحباط عندما اضطروا إلى الانفصال عن هواتفهم الذكية، وهذا يعود الى مفاهيم خاطئة فيما يتعلق بنمط استخدام الهاتف المحمول.

وانطلقت دراسة (اليفونسيا وآخرون Olivencia, et al ,2019)، من تعريف النوموفوبيا Nomophobia بأنه الخوف من عدم الاتصال بالهاتف المحمول، وهدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين سمات الشخصية وتطور النوموفوبيا قامت الدراسة علي عينة قوامها ٩٦٨ مشاركاً تم اختيارهم من السكان الأندلسيين، منهم ١٨٢ ذكراً و ٧٨٥ أنثى بمتوسط عمري ٢٣,١٩ سنة، الأدوات المستخدمة كانت استبيان QANIP لتقييم

Nomophobia إعداد (Olivencia, et al,2018) ومقياس TCI-R إعداد (Cloninger et al., 1993). لقياس سمات الشخصية وتوصلت الدراسة إلى أن سمة التعاون خاصية تقلل إلى حد كبير من مستويات النوموفوبيا، خاصة بالنسبة لعامل إدمان الهاتف المحمول وفقدان السيطرة، على عكس سمة الاعتمادية حيث وجد ارتباط إيجابي دال إحصائيا مع درجات مرتفعة من النوموفوبيا، وأوصت الدراسة باستغلال النتائج من حيث فائدتها في التنبؤ بسمات الشخصية التي تعاني من النوموفوبيا وذلك من أجل تطوير استراتيجيات وقائية وتدخلات.

وقامت دراسة (داي وآخرون، Daei, et al,2019)، بالكشف عن العلاقة بين إدمان استخدام الهواتف الذكية واضطراب النوموفوبيا لدي عينة من طلاب الجامعات وقامت الدراسة علي عينة قوامها ٣٢٠ فرد من طلاب الجامعة، واستخدمت الدراسة استبيانات لجمع البيانات حول استخدام الهواتف الذكية والنوموفوبيا وتم تحليل البيانات باستخدام SPSS22 وبعد معالجة البيانات توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية كبيرة بين إدمان استخدام الهواتف الذكية والنوموفوبيا، وأوصت الدراسة بضرورة اتخاذ قرارات وقائية وتخطيط البرامج التعليمية في هذا الصدد من أجل صحة طلاب الجامعات، كما أوصت بالمزيد من الاهتمام للتوعية بالطرق الصحيحة لإدارة أوقات فراغ الطلاب والترفيه عنهم.

وهدفت دراسة (احمد وآخرون، Ahmed, et al.,2019)، إلى تحديد تأثير النوموفوبيا NMP على الطلاب الجامعيين الخاضعين لجلسات العلاج الطبيعي، وقامت الدراسة على عينة قوامها ١٥٧ طالب جامعي بمتوسط عمري ٢٢,٢ سنة، من بينهم ٤٢,٩٪ ذكور و٥٧,١٪ إناث وتم إجراء مسح عبر الإنترنت لمقياس يلدريم (Yildirim 2014) (NMP-Q) باستخدام منصة Google Form بالإضافة لجمع بعض البيانات مثل (البيانات الديموغرافية، والمعلومات المتعلقة باستخدام الهواتف الذكية، والأداء الأكاديمي الأخير، ووجود الاضطرابات العضلية الهيكلية). وتوصلت الدراسة إلى أن ما يقرب من ٤٥ ٪ من الطلاب يستخدمون الهواتف الذكية لـ٥ سنوات و ٥٤٪ من الطلاب يعانون من اضطرابات عضلية هيكلية أثناء استخدامهم للهواتف الذكية لفترات طويلة، متوسط درجات النوموفوبيا لأفراد العينة كان ٧٧,٦ بنسبة تتخطي ٩٥٪ مما يؤكد وجود علاقة ارتباطية كبيرة بين النوموفوبيا والاضطرابات العضلية لدى الطلاب نتيجة استخدام الهواتف لفترات طويلة، كما

توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائيا عند مستوى دلالة ٠.٠٥ بين كلا من درجات أفراد العينة علي مقياس النوموفوبيا ودرجاتهم في التحصيل الأكاديمي

وتناولت دراسة (ما وليو، Ma & Liu, 2018)، تحديد البنية العاملية بمقياس النوموفوبيا (NMP–Q) الذي أعده يلدرم Yildirim ٢٠١٤، نظرًا لأن هذه ظاهرة تم بحثها حديثًا، فهناك حاجة إلى قدر كبير من الجهد لفهم الهيكل الأساسي للنوموفوبيا وكيفية تطوره، وقامت الدراسة على عينة قوامها ٩٦٦ طالب جامعي، وتم ترجمة مقياس النوموفوبيا (NMP–Q) للغة الصينية، ثم إجراء التحليل العاملي الاستكشافي، بعد ذلك، تم إجراء تحليل عاملي توكيدي، وأظهرت النتائج أن نموذجًا مكونًا من أربعة عوامل يتكون من ٢٠ عبارة يمثل أفضل ما يناسب البيانات التي تم جمعها من العينة. وتوفر هذه التشبعات دعمًا لقوة بنية NMP–Q. وبالتالي تم إثبات صدق مقياس النوموفوبيا (NMP–Q) للتطبيق على طلاب الجامعات الصينية.

وقامت دراسة (ارجموزا واخرون، Argumosa, et al.,2017)، بالكشف عن إمكانية التنبؤ بالنوموفوبيا من خلال تقدير الذات وسمات الشخصية، وقامت الدراسة على عينة قوامها ٢٤٢ طالب من إسبانيا (٤٦.٧٪ ذكور و ٥٣.٣٪ إناث ؛ ٤٩.٢٪ طلاب الثانوية العامة و ٥٠.٨٪ طلاب جامعيين) ، وبناء علي استبيان استخدام الهاتف المحمول Mobile Phone Involvement Questionnaire (MPIQ) ،والمعالجة الإحصائية بإجراء معامل الانحدار المتعدد توصلت الدراسة إلى أن يمكن التنبؤ بالنوموفوبيا من خلال تقدير الذات، وسمة الانبساطية والضمير والاستقرار العاطفي، مع العلم بأن العلاقة بين المتغيرات النفسية والنوموفوبيا تعد علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً، وأوصت الدراسة بإجراء العديد من البحوث المستقبلية في هذا المجال.

وهدفت دراسة (بافيثرا وآخرون Pavithra, et al., 2015) إلى الكشف عن أثر وخطورة النوموفوبيا علي عينة من طلاب كلية الطب، وقامت الدراسة علي عينة قوامها ٢٠٠ طالب من كلية الطب في بنغالور ٤٧.٥٪ من الإناث و ٥٢.٥٪ من الذكور ، واستخدمت الدراسة استبيان تم تصميمه مسبقا للحصول علي نسب انتشار النوموفوبيا، وتم معالجة البيانات من خلال برنامج SPSS الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية وتوصلت الدراسة إلى أن ٧٤٪ من أفراد العينة ينفقون ٣٠٠ إلى ٥٠٠ روبية أسبوعيا علي شحن

الهاتف المحمول (ما يعادل ٦٣ إلى ١٠٤ جنيه مصري) بالإضافة إلى شعور ٢٣٪ من أفراد العينة بفقدانهم للتركيز ويصبحون مجهدين عندما لا يكون هاتفهم المحمول بحوزتهم ، هذا بالإضافة إلى أن ٣٩.٥٪من الطلاب يعانون من النوموفوبيا، و٢٧٪ معرضون للإصابة بالنوموفوبيا، وخلصت هذه الدراسة إلى أن أنه هناك زيادة كبيرة في انتشار النوموفوبيا بين جيل الشباب وهنا حاجة لمزيد من البحوث والدراسات للتعمق في الجوانب النفسية حول النوموفوبيا

وأكدت دراسة (دونجر وآخرون Dongre, et al., 2017) على خطورة الآثار النفسية والصحية المترتبة علي الاعتماد المرضي علي الهاتف المحمول، حيث أجريت الدراسة بهدف التعرف على نسب انتشار النوموفوبيا والنمط الاعتمادي على الهاتف المحمول لدى أفراد العينة، الذين تراوحت أعمارهم بين (١٦-٢٠) سنة وتوصلت الدراسة إلى أن نسبة انتشار النوموفوبيا بين أفراد العينة كانت ٦٨.٩٢٪ وهي نسبة ضخمة جدا، وتفوق الذكور على الإناث في الاعتمادية على الهاتف المحمول، كما توصلت الدراسة إلى الآثار السلبية للنوموفوبيا باعتباره مسببا رئيسيا لاضطراب النوم لدى أفراد العينة وكذلك التسبب في إجهاد العين، وأوصت الدراسة بنشر استراتيجيات التثقيف الصحية لمنع الآثار الضارة للنوموفوبيا.

وقامت دراسة (جوتيراز وآخرون، Gutiérrez, et.al.,2015)، بالمقارنة بين مستويات النوموفوبيا بين الطلاب الجامعيين من كليات التمريض بجامعتي بإسبانيا والبرتغال، وكذلك الكشف عن نسب انتشار النوموفوبيا لدى أفراد العينة، فمن المهم جدًا اكتشاف انتشار النوموفوبيا بين طلاب كليات التمريض ، حيث يؤدي إساءة استخدام الهواتف الذكية في الممارسة الكلينيكية إلى تشتت الانتباه وبالتالي مما يؤثر على جودة الرعاية ويعرض سلامة المرضى للخطر، هذا بالإضافة إلى أنه يمكن أن يؤدي إلى أداء أكاديمي ضعيف خلال الدراسة بالجامعة، قامت الدراسة على عينة قوامها ٢٥٨ فرد من كلية التمريض جامعة الميريا – إسبانيا ومعهد فنون التمريض في براغانزا – البرتغال، وتوصلت الدراسة إلى أن كلا من الطلاب الإسبان والبرتغاليين سجلوا درجات اعلى من المتوسط فيما يتعلق بالنوموفوبيا، وبشكل تفصيلي تفوقت درجات الطلاب البرتغاليين حيث يشعر (٥٤,٧ ٪) من الطلاب بقلق شديد حال نفاذ بطارية الموبايل لديهم، في حين كانت

النسبة للطلاب الإسبان (٣٥,٤ ٪). وأوصت الدراسة بضرورة زيادة الأبحاث التطبيقية في هذا المجال.

ثانيا دراسات تناولت الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي

وهدفت دراسة (داليا نبيل،٢٠١٩)، إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض أعراض القلق وتحسين جودة الحياة لعينة من طلاب الجامعة ذوى الاضطرابات السيكوسوماتية من الجنسين، وتمثلت عينة الدراسة في عدد (٢٤) من طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية 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 السيكوسوماتية (ترجمة وإعداد برودمان وألبرت،١٩٨٦) (ترجمة واعداد محمود أبو النيل، ١٩٩٥) ومقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة (إعداد كمال الفليت، ٢٠١٢)، وبرنامج الإرشاد العقلاني الانفعالي المقترح لخفض أعراض القلق، وتحسين مستوى جودة الحياة (إعداد الباحثة)، وتوصلت نتائج البحث إلى وجود فروق دالة إحصائيا" بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي لتطبيق البرنامج لكل من مقياس القلق الصريح، وقائمة "كورنل" للأعراض السيكوسوماتية، والفروق في اتجاه المجموعة الضابطة . وفي مقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة والفروق لصالح المجموعة التجريبية، كما توجد فروق دالة إحصائيا" بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج على مقياس القلق الصريح، وقائمة "كورنل" للأعراض السيكوسوماتية، والفروق في اتجاه القياس القبلي. وفي مقياس جودة الحياة لطلاب الجامعة والفروق في اتجاه القياس البعدي، وكذلك لا توجد فروق دالة إحصائيا " بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لتطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي على المقاييس المستخدمة في الدراسة.

واستخدمت دراسة (مروة عبد القادر ،٢٠١٥)، بعنوان برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي لتحسين جودة الحياة لدي طالبات دبلوم التوجيه والإرشاد بجامعة الملك خالد، وتمثلت عينة الدراسة في عدد (٣٤) طالبة من طالبات دبلوم التوجيه والإرشاد، وذلك بتطبيق

مقياس جودة الحياة (إعداد منظمة الصحة العالمية ١٩٩٦) , برنامج تحسين جودة الحياة لطالبات دبلوم التوجيه والإرشاد (إعداد الباحثة)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فرق داله إحصائياً بين درجات القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، مما يشير لفاعلية البرنامج في تحسين جودة الحياة لدي طالبات دبلوم التوجيه والإرشاد

ووظفت دراسة (وحيد مصطفى،٢٠٠٥)، برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من طلبة الجامعة، وقد اشتملت عينة الدراسة على (٤٠) طالبا وطالبة بكلية التربية النوعية ببنها، الفرقة الثانية (تكنولوجيا تعليم/ إعلام تربوي)، وتضمنت أدوات الدراسة مقياسي الأفكار اللاعقلانية، وأحداث الحياة الضاغطة، بالإضافة إلى البرنامج الإرشادي. وأسفرت نتائج الدراسة عما يأتي: – وجود علاقة موجبة دالة إحصائيا بين كل من الأفكار اللاعقلانية وأحداث الحياة الضاغطة لدى طلاب الجامعة. – وجود 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. – وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة الإناث التجريبية، ودرجات مجموعة الإناث الضابطة في مقياس أحداث الحياة الضاغطة، بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة، وذلك لصالح مجموعة الإناث التجريبية. – لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة الذكور التجريبية، ودرجات مجموعة الإناث التجريبية في مقياس أحداث الحياة الضاغطة، بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرة. – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة الذكور التجريبية، ونفس المجموعة في مقياس أحداث الحياة الضاغطة، بعد انتهاء فترة المتابعة، وذلك لصالح المتابعة. – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة الإناث التجريبية، ونفس المجموعة في مقياس أحداث الحياة الضاغطة، بعد انتهاء فترة المتابعة، وذلك لصالح المتابعة. – لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة الذكور التجريبية، ودرجات مجموعة الإناث التجريبية في مقياس أحداث الحياة الضاغطة، بعد انتهاء فترة المتابعة. وقد فسر الباحث النتائج، في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، وخرج ببعض التوصيات المهمة.

وتناولت دراسة (صالح فؤاد،٢٠٠٣)،فاعلية برنامج إرشادي عقلاني – انفعالي سلوكي في تحسين مستوى الاتزان الانفعالي لدى عينة من الشباب الجامعي، وتكونت عينه الدراسة من (٤٠) طالب وطالبه في العمر الزمنى من (١٨-٢٠) عاماً وبلغ متوسط العينة ككل ١٩,٣٧ وانحراف معياري ٠,٥٦٨ ، وشملت العينة (٢٠) من الذكور ، و(٢٠) من الإناث ، وقد استخدم الباحث برنامج الإرشاد العقلاني-الانفعالي السلوكي (إعداد / الباحث) ومقياس الاتزان الانفعالي إعداد / سامية القطان (1986)، وتوصلت نتائج الدراسة الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات السلوك الاندفاعي بين المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح القياس البعدي ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات السلوك الاندفاعي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح المجموعة التجريبية بعد التطبيق، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات السلوك الاندفاعي بين المجموعة التجريبية ذكور والمجموعة التجريبية إناث بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات السلوك الاندفاعي بين المجموعة الضابطة ذكور والمجموعة الضابطة إناث بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، كما انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات السلوك الاندفاعي بين المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج والمجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة ، وتم تفسير نتائج الدراسة في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة مما يحقق فاعلية برنامج الإرشاد العقلاني-الانفعالي السلوكي في تحسبن مستوى الاتزان الانفعالي لدى عينة من الشباب الجامعي مع استمرار فاعلية التحسن بعد فترة المتابعة .

ثالثاً: دراسات تناولت فعالية برامج إرشادية لتنمية تقدير الذات

وظفت دراسة (جراي، Gray, 2019)، العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) لرفع مستوى تقدير الذات لدى عينة من الإناث في مرحلة الرشد المبكر، وقامت الدراسة على عينة قوامها ٩ أفراد تراوحت من (١٨-٢٢) من جامعة (HBCU)، واستخدمت الدراسة مقياس روزنبرج لتقدير الذات (RSES)، قبل وبعد العلاج. وتم استخدام المنهج التجريبي (المجموعة الواحدة) وإجراء البرنامج العلاجي المكون من ٧ جلسات وتوصلت الدراسة بعد

تحليل نتائج القياس القبلي والبعدي الى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) في تنمية تقدير الذات لدى أفراد العينة.

وتناولت دراسة (سحر عبدالغني ،٢٠١٩)، فاعلية برنامج إرشادي لتنمية تقدير الذات لدى عينة من طلاب المرحلة الإعدادية ممن يعانون من الرفض الوالدي كما يدركه الأبناء، من خلال تصميم برنامج إرشادي عقلاني انفعالي ، واختبار فاعليته وقابليته للتطبيق على نطاق واسع، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) طالبة من طالبات المرحلة الإعدادية ممن يعانين من الشعور بالرفض الوالدي وانخفاض في مستوى تقدير الذات، بمدرسة هدى شعراوي بالتجمع الأول بمدينة القاهرة الجديدة، ممن تتراوح أعمارهن الزمنية ما بين (١٢-١٥) سنة ، وقد تم تصنيف أفراد العينة إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، قوام كل منهما (١٠) طالبات، وتم تطبيق مقياس القبول/الرفض الوالدي، ومقياس تقدير الذات، والبرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي، وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة، على مقياس تقدير الذات بعد تطبيق البرنامج في اتجاه القياس البعدي، كما توصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ، ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة، على مقياس تقدير الذات، بعد تطبيق البرنامج في اتجاه المجموعة التجريبية، كما توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة على مقياس تقدير الذات بعد فترة المتابعة.

كما وظفت دراسة (حنان خليل ، ٢٠١٨)، برنامج إرشادي انتقائي في خفض حدة الإجهاد الأكاديمي وأثره على تقدير الذات لدى عينة من الطالبات المتعثرات دراسيا بجامعة القصيم، وهذا من خلال تقديم برنامج إرشادي يستند إلى الأسس النظرية والفنيات التطبيقية للإرشاد الانتقائي، تكونت العينة من (٥٧) طالبة من الطالبات المتعثرات دراسيا في قسم علم النفس واللاتي انطبقت عليهن شروط التعثر الدراسي، ثم قامت الباحثة باختيار عشرين طالبة ممن حصلن على درجات مرتفعة على مقياس الإجهاد الأكاديمي ودرجات منخفضة على مقياس تقدير الذات، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس الإجهاد الأكاديمي، ومقياس تقدير الذات لطالبات الجامعة المتعثرات دراسياً، وبرنامجاً لخفض حدة الإجهاد

الأكاديمي (إعداد الباحثة) وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع من الإجهاد الأكاديمي لدى الطالبات المتعثرات دراسياً بكلية التربية بجامعة القصيم، واتضحت فاعلية البرنامج في خفض حدة الإجهاد الأكاديمي انخفاضا دالا إحصائيا وارتفاعا لدرجة تقدير الذات لدى طالبات المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

وهدفت دراسة (عادل جورج، ٢٠١٧)، إلى قياس فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج العقلاني الانفعالي في خفض الأعراض الاكتئابية وتحسين تقدير الذات لدى عينة من الطلبة ذوي السمات الانفعالية – السلوكية المنخفضة. تكونت عينة الدراسة من (٢٤) مشاركاً من طلبة الصف الثاني الثانوي في إحدى المدارس الخاصة التابعة لمديرية تربية وتعليم منطقة عمان الثانية، الذين وافقوا على المشاركة في الدراسة من بين (٢٩) طالباً أظهر مقياس السمات الانفعالية – السلوكية BERS-2 الذي استجابوا إليه أنه يمكن تصنيفهم كذوي سمات انفعالية – سلوكية منخفضة، من بين (١١٢) طالباً من طلبة الصف الثاني ثانوي للعالم الدراسي ٢٠١٤. تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة. خضع المشاركين في المجموعة التجريبية وعددهم (١٢) مشاركاً لبرنامج إرشادي مستند إلى العلاج العقلاني الانفعالي مكون من (١٢) جلسة، ولمدة أربعة أسابيع، وبواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، في حين لم يتعرض المشاركين في المجموعة الضابطة وعددهم (١٢) مشاركا لأية معالجة. وأجاب المشاركين في المجموعتين على مقياس الاكتئاب (بيك)، ومقياس تقدير الذات قبل وبعد تطبيق البرنامج. أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض الأعراض الاكتئابية وتحسين تقدير الذات، حيث ظهرت فروق دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة في الإعراض الاكتئابية وتقدير الذات.

ووظفت دراسة (احمد محمد وجلال علي، ٢٠١٦)، العلاج المعرفي السلوكي لتنمية تقدير الذات لدى الموهوبين ذوي صعوبات التعلم، حيث تم تناول الباحثان الأسلوب المعرفي السلوكي، ووصف خصائص الطلبة ذوي صعوبات التعلم من الموهوبين، وتم عرض كثير من البحوث والدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات البحث، وكذلك البحوث والدراسات التي أظهرت فعالية الأسلوب المعرفي السلوكي في علاج بعض مشكلات الطلبة، ومن ثم استخلاص أهم عناصر البرنامج لتنمية تقدير الذات لدى الموهوبين ذوي صعوبات التعلم. ،

وتم تقديم محتوى جلسات البرنامج، حيث تم توضيح عدد الجلسات، وعناوينها، وأهداف كل جلسة، والفنيات التدريبية المستخدمة ومنها: المحاضرة؛ المناقشة، النمذجة، التعزيز المادي والمعنوي، الحث اللفظي، المحاكاة، التغذية الراجعة، إعادة البناء المعرفي، حل المشكلات، الواجب المنزلي، وغيرها. وكذلك تم بيان الأدوات والأنشطة المصاحبة التي تتضمنها كل جلسة، واختتم البحث بمناقشة نتائجه، التي أكدت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية تقدير الذات لدى أفراد العينة، ثم تقديم مجموعة من التوصيات، ومجموعة من البحوث المستقبلية المقترحة.

وأوضحت دراسة (روغانشي واخرون، Roghanchi, et al.,2013)، أثر دمج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والعلاج بالفن على كلا من تقدير الذات والمرونة لدى عينة من الشباب الجامعي، حيث هدفت الدراسة إلى التحقق من فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) والعلاج بالفن(بطريقة النقش) على تنمية كلا من تقدير الذات والمرونة، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، وقامت الدراسة على عينة قوامها ٢٤ طالباً جامعياً إيرانيا وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متكافئتين (١٢ فرداً مجموعة تجريبية و١٢ فرداً مجموعة ضابطة)، وتم استخدام مقياس تقدير الذات لكوبر سميث Coopersmith Self-esteem Inventory (SEI) ومقياس المرونة لكونور-ديفيدسون Connor-Davidson Resilience Scale في القياس القبلي والبعدي وتم إجراء العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي والعلاج بالفن في ١٠ جلسات خلال ١٠ أسابيع ، وبعد المعالجة الإحصائية لنتائج أفراد المجموعتين في القياس القبلي والبعدي من خلال حزمة البرامج الإحصائية SPSS أوضحت النتائج أن التكامل بين العلاج العقلاني الانفعالي والعلاج بالفن كان له أثر كبير في تنمية كلا من تقدير الذات والمرونة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

ووظفت دراسة (يوسف محمد، ٢٠١٣)برنامج إرشادي لتنمية وجهة الضبط وتقدير الذات ولمعرفة أثره على الدافعية للإنجاز لدى طلاب الجامعة. لهذا تم تطبيق البرنامج المعد على مجموعة تجريبية مكونة من (٩) طلاب من كلية العلوم الإدارية والإنسانية بكليات بريدة وتكونت المجموعة الضابطة من (٩) طلاب. وقد استخدم الباحث الأدوات التالية وهي: ١ مقياس دافعية الإنجاز إعداد (الباحث). ٢. مقياس تقدير الذات إعداد (الباحث). ٣. مقياس وجهة الضبط إعداد (علاء كفافي). وبعد تطبيق أدوات الدراسة تم تحليل البيانات

إحصائياً باستخدام اختبار " ويلكوكسون Wilcoxon " واختبار مان ويتني Mann Whitney ". ومن أهم ما أسفرت عنه نتائج البحث والمرتبطة بالدراسة الحالية ما يلي: ١- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والقياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس تقدير الذات. ٢ – توجد فروق دالة إحصائياً على مقياس تقدير الذات بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج. ٣- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي والقياس التتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس تقدير الذات.

وتناولت دراسة (كيم يونج Kim, Jong,2008)، تأثير برنامج إرشاد جماعي بالواقع على مستوى إدمان الإنترنت وتقدير الذات لدة عينة من الطلاب الجامعيين، وقامت الدراسة على عينة قوامها ٢٥ طالب جامعي بمتوسط عمري ٢٤.٢ سنة تم توزيعهم إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) ، وتم استخدام مقياس (ك) لإدمان الإنترنت K-Internet Addiction Scale (K-IAS) والذي طورته الوكالة الكورية للتوثيق الرقمي عام ٢٠٠٤ و، مقياس كوبر سميث لتقدير الذات١٩٨١ Coopersmith's Self-Esteem Inventory (CSEI) ، حضر أفراد المجموعة التجريبية ١٠ جلسات خلال ٥ أسابيع متتالية (جلستان في الأسبوع) وتوصلت نتائج الدراسة الى وجود تأثير كبير للعلاج بالواقع في خفض إدمان الإنترنت وزيادة مستوى تقدير الذات وذلك من خلال الفروق بين درجات أفراد العينة في المجموعتين علي مقاييس الدراسة.

كما وظفت دراسة (باسي ، Pace, 2006)، العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) لتنمية تقدير الذات وخفض الاكتئاب لدى عينة من الراشدين، وقامت الدراسة على عينة قوامها ٧٦ فرد (الإناث =٥٣، ٦٩.٧٪) (الذكور =٢٣، ٣٠.٣٪) ، وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory-II (BDI-II) ، مقياس روزنبرغ لتقدير الذات Rosenberg Self-Esteem Scale (SES) ، واختبار جونز للمعتقدات اللاعقلانية Jones Irrational Beliefs Test (IBT) في القياس القبلي والبعدي وتم إجراء العلاج العقلاني المعرفي السلوكي والعلاج بالفن في ٧ جلسات خلال ٧ أسابيع ،تم تعليم المشاركين كيفية الاعتراض على المعتقدات غير العقلانية المستقاة من نموذج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) لألبرت إليس. وبعد المعالجة الإحصائية لنتائج أفراد

العينة باستخدام تحليل التباين (ANOVA) لمتغيرات النوع والقياس القبلي والبعدي أوضحت النتائج عدم وجود فروق في متغير النوع، في حين تبين وجود فروق دالة إحصائياً على متغير القياس القبلي والبعدي في اتجاه القياس البعدي؛ حيث أظهرت نتائج القياس البعدي انخفاض أعراض الاكتئاب على مقياس بيك وانخفاض ملحوظ لدرجات الأفراد على مقياس المعتقدات اللاعقلانية وارتفاع مستوى تقدير الذات وأوصت الدراسة بإجراء العديد من الدراسات.

كما تناولت دراسة (وارن وآخرون، Warren, et al.,1988)، أثر العلاج العقلاني الانفعالي مقابل العلاج المعرفي السلوكي في علاج ضعف تقدير الذات والاضطرابات الانفعالية ذات الصلة، حيث هدفت الدراسة إلى المقارنة بين فعالية كلا من العلاج العقلاني الانفعالي (RET) والعلاج المعرفي السلوكي (CBT) في علاج ضعف تقدير الذات والاضطرابات الانفعالية ذات الصلة وهي (الاكتئاب والقلق المعمم والغضب)، ، وقامت الدراسة على عينة قوامها ٣٣ فردً وتم تقسيمهم الى ٣ مجموعات (مجموعة العلاج العقلاني الانفعالي ، ومجموعة العلاج المعرفي السلوكي، ومجموعة ضابطة) وتم إجراء الجلسات العلاجية والتي وصلت الى ٨ جلسات أسبوعية وكل جلسة استمرت إلى الساعة والنصف، وبعد المعالجة الإحصائية لنتائج أفراد المجموعات في القياس القبلي والبعدي تم التوصل إلى وجود فروق ملحوظة في درجات أفراد المجموعتين التجريبيتين عن المجموعة الضابطة في كلا من تقدير الذات والاكتئاب واضطراب القلق المعمم والغض والتفكير العقلاني ولكن تفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج العقلاني الانفعالي(جدير بالإشارة أن العلاج المشار إليه في هذه الدراسة العلاج العقلاني الانفعالي قبل ان يطوره البرت اليس الى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي)، وفي قياس درجات المتابعة حافظ كلا من المجموعتين التجريبيتين علي مكاسبهم العلاجية حيث اظهروا عدم وجود فروق بين درجاتهم في كلا من القياسيين البعدي والتتبعي.

تعقيب على الدراسات السابقة

والملاحظ في الدراسات السابقة أنها اهتمت بالتعرف على طبيعة كلا من النوموفوبيا وتقدير الذات والإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، حيث تناول الجزء الأول من الدراسات النوموفوبيا ونسب انتشارها وكيفية قياسها والعوامل النفسية المرتبطة بها وكذلك المتغيرات

النفسية المنبئة بها مثل دراسة (جيليشا ،وآخرون Jilisha, et al ,2019) ودراسة (اليفونسيا وآخرون Olivencia, et al ,2019) ودراسة (داي وآخرون، Daei, et al,2019)، و دراسة (ارجموزا فيلار وآخرون، Argumosa, et al.,2017)، وشملت الدارسات عينات مختلفة واغلب الدراسات كانت على فئة شباب جامعي. ومن الملاحظ أن أغلب دراسات التي تناولت متغير النوموفوبيا استخدمت المقياس الدولي ، ليلدريم (Yildirim 2014) (NMP– Q) لقياس مستوى النوموفوبيا (وهوالنسخة الأولية من المقياس الذي تم تطويره في عام ٢٠١٥ والذي تم ترجمته وتقنينه بالدراسة الحالية) ، كما أن اغلب الدراسات التي تناولت تقدير الذات، استخدمت مقياس روزنبرغ لتقدير الذات Rosenberg Self–Esteem Scale (SES) ، وأكدت العديد من الدراسات فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) لخفض العديد من الاضطرابات – الضغوط النفسية والاكتئاب و القلق المعمم والغضب– وتحسين تقدير الذات مثل دراسة (وارن وآخرون، Warren, et al.,1988)، و دراسة (بيس، Pace, 2006) و(روغانشي وآخرون، Roghanchi, et al.,2017)، (جراي، Gray, 2019)، ولم تتطرق أي من هذه الدراسات للتدخل الإرشادي أو العلاجي لخفض مستوي النوموفوبيا وهو ما ستتناوله الدراسة الحالية.

فروض الدراسة:

١– توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج في أبعاد مقياس النوموفوبيا والدرجة الكلية في اتجاه القياس البعدي.

٢– توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج في أبعاد مقياس النوموفوبيا والدرجة الكلية في اتجاه المجموعة التجريبية.

٣– لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسط رتب درجات أفراد المجموعة نفسها بعد فترة المتابعة في أبعاد مقياس النوموفوبيا والدرجة الكلية للمقياس.

٤- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج في الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات لصالح القياس البعدي.

٥- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج في الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات لصالح المجموعة التجريبية.

٦- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسط رتب درجات أفراد المجموعة نفسها بعد فترة المتابعة في الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات للمقياس.

إجراءات الدراسة:

أولا: منهجية الدراسة:

يستخدم الباحث المنهج التجريبي باعتباره المنهج الملائم لأسئلة وأهداف الدراسة.

ثانياً: عينة الدراسة:

١-**عينة التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:** شملت (٤٢٤) طالباً وطالبة من كلية التربية جامعة عين شمس للتحقق من صدق وثبات مقياس النوموفوبيا ومقياس تقدير الذات.

٢- عينة الدراسة الأساسية: بلغت (٢٠) طالباً وطالبة من كلية التربية جامعة عين شمس بمتوسط عمري (٢٠,٩٠٠) وانحراف معياراي (٠,٧١٨)، حيث تم اختيارهم كأعلى الدرجات على مقياس النوموفوبيا وأقلها على مقياس تقدير الذات وتم تقسيمهم إلى (١٠) طلاب كمجموعة تجريبية بمتوسط عمري بمتوسط عمري مقداره (٢٠,٧٩٩)، وانحراف معياري مقداره (٠,٦٣٢)، و(١٠) طلاب كمجموعة ضابطة بمتوسط عمري مقداره (٢٠,٩٨٦)، وانحراف معياري مقداره (٠,٨١٥) وللتحقق من تكافؤ أفراد عينة البحث (التجريبية – الضابطة) في متغير العمر وكذلك الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس النوموفوبيا والدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات استخدم الباحث الأسلوب اللابارامتري مان ويتني Mann Whiteny U test وذلك الصغر حجم العينة العلاجية – وهذا ما يتضح في الجدول التالي رقم(١):

جدول (١)

يوضح قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على متغير العمر والنوموفوبيا وتقدير الذات

	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمةU	قيمةZ	مستوى الدلالة
متغير العمر	تجريبية	١٠	٩,٨٠	٩٨,٠٠	٤٣,٠٠٠	٠,٥٧٧-	غير دالة
	ضابطة	١٠	١١,٢٠	١١٢,٠٠			
عدم القدرة على التواصل	تجريبية	١٠	٩,٦٠	٩٦,٠٠	٤١,٠٠٠	٠,٨٤٤-	غير دالة
	ضابطة	١٠	١١,٤٠	١١٤,٠٠			
فقدان الاتصال	تجريبية	١٠	٩,٧٠	٩٧,٠٠	٤٢,٠٠٠	٠,٧٠٢-	غير دالة
	ضابطة	١٠	١١,٣٠	١١٣,٠٠			
التخلي عن وسائل الراحة	تجريبية	١٠	٩,٦٠	٩٦,٠٠	٤١,٠٠٠	٠,٧٨١-	غير دالة
	ضابطة	١٠	١١,٤٠	١١٤,٠٠			
عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات	تجريبية	١٠	١٠,٣٠	١٠٣,٠٠	٤٨,٠٠٠	٠,١٦٨-	غير دالة
	ضابطة	١٠	١٠,٧٠	١٠٧,٠٠			
الدرجة الكلية لمقياس النوموفوبيا	تجريبية	١٠	٩,١٠	٩١,٠٠	٣٦,٠٠٠	١,١٤٩-	غير دالة
	ضابطة	١٠	١١,٠٩٠	١١٩,٠٠			
الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات	تجريبية	١٠	١٠,٨٠	١٠٨,٠٠	٤٧,٠٠٠	٠,٢٦٧-	غير دالة
	ضابطة	١٠	١٠,٢٠	١٠٢,٠٠			

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

يتضح من جدول (١) أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين المتوسطات في متغير العمر بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

ثالثاً: الأدوات المستخدمة في الدراسة:

١- مقياس النوموفوبيا (NMP) (إعداد يلدريم وكوريا،٢٠١٥: ترجمة الباحث وتحقق من الصدق والثبات)

حيث أعد المقياس يلدريم وكوريا Yildirim and Correia (٢٠١٥) ويعد أداة قياس دولية للنوموفوبيا على نطاق واسع في العديد من دول العالم، حيث تم ترجمة المقياس للعديد من اللغات (الإسبانية والإيطالية والتركية والفارسية).

ويتكون من ٢٠ بنداً متمثلة في ٤ أبعاد وتأكد يلدريم وكوريا من كفاءة المقياس كما يلي: -

* صدق عاملي حيث أكد التحليل العاملي مع ما أعده المؤلفان وأظهر أربع عوامل وهي

البعد الأول: عدم القدرة على التواصل ويشمل العبارات (١، ٥، ٩، ١٣ ،١٧)

البعد الثاني: فقدان الاتصال ويشمل العبارات (٢، ٦، ١٠، ١٤،١٨)

البعد الثالث: التخلي عن وسائل الراحة ويشمل العبارات (٣، ٧، ١١، ١٥ ،١٩)

البعد الرابع: عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات ويشمل العبارات(٤، ٨، ١٢، ١٦، ٢٠)

كما تأكدا من ثبات المقياس عن طريق استخدام معامل الفا كرونباخ والذي تراوح بين (٠,٨١٤، ٠,٩٣٩) وهي قيم ثبات مرتفعة.

الخصائص السيكومترية للمقياس (في الدراسة الحالية):

أ- الصدق العاملي Factorial Validity.

استخدم الباحث هذا الأسلوب وفقاً لطريقة المكونات الأساسية Principal Component التي وضعها هوتيلنج Hotelling وتم تدوير المحاور تدويرا متعامدا بطريقة الفاريماكس Varimax وفقا لمحك كايزر Kaiser Normalization، وطبقا لما جاء في نتائج التحليل العاملي تم استخلاص مجموعة من الأبعاد التي يتكون منها مقياس النوموفوبيا (موضحة بجدول٢)

جدول (٢)

يوضح مصفوفة العوامل الدالة إحصائيا وتشبعاتها بعد تدوير المحاور

العبارات	العوامل			
	الأول	الثاني	الثالث	الرابع
١	٠,٨٧٩			
٣	٠,٨١٢			
١٧	٠,٧٨٥			٠,٤٠٦
٥	٠,٦٠١			
٩	٠,٥٧٢			
١٣	٠,٤٣٧			
٦		٠,٨٧٤		
١٨		٠,٨٠٢		
٢		٠,٧٣٦		٠,٣٦٨
١٩		٠,٧١٧		
١٤		٠,٦٥٠		
١٠		٠,٦٤٠		
٨				
١٦			٠,٧٨٦	
٤			٠,٧٩٢	
٢٠			٠,٥٩٦	
١٢	٠,٣١٠		٠,٣١٩	
١١				٠,٦٩٤
١٥				٠,٦٢٣
٧	٠,٤٤٤			٠,٥٤٠
الجذر الكامن	٤,١٣٥	٢,٤٧٧	٢,١٠٢	١,٦٥١
نسبة التباين	٪٢٠,٦٧٤	٪١٢,٣٨٧	٪١٠,٥١٠	٪٨,٢٥٣
نسبة التباين التراكمية	٪٢٠,٦٧٤	٪٣٣,٠٦١	٪٤٣,٥٧٢	٪٥١,٨٢٥

*ملحوظة تم استبعاد العبارات التي تشبعها أقل من (٠.٣٠٠)

ويتضح من الجدول السابق وجود ٤ عوامل يفسرون ٥١,٨٢٥٪من التباين الكلي وفيما يلي تفسير هذه العوامل بعد تدوير المحاور تدويراً متعامداً يتضح من الجدول السابق (٢) مع استبعاد العبارة رقم (٨) نظرا لأن تشبعها أقل من ٠.٣٠٠

العامل الأول: أسفرت عملية التحليل العاملي عن وجود ٦ بند ذات تشبعات دالة على هذا العامل حيث تتراوح معاملات تشبع هذه البنود على هذا العامل ما بين (٠,٤٣٧)، (٠,٨٧٩) وبلغ جذره الكامن ٤,١٣٥، ويفسر هذا العامل ٢٠,٦٧٤٪ من حجم التباين الكلي ومن خلال المعاني والمضامين لعبارات هذا العامل يمكن تسمية هذه العامل بعامل **عدم القدرة على التواصل.**

العامل الثاني: أسفرت عملية التحليل العاملي عن وجود ٦ بنود ذات تشبعات دالة على هذا العامل حيث تتراوح معاملات تشبع هذه البنود على هذا العامل ما بين (٠,٦٤٠)، (٠,٨٧٤) وبلغ جذره الكامن ٢,٤٧٧، ويفسر هذا العامل ١٢,٣٨٧٪ من حجم التباين الكلي ومن خلال المعاني والمضامين لعبارات هذا العامل يمكن تسمية هذه العامل بعامل **فقدان الاتصال.**

العامل الثالث: أسفرت عملية التحليل العاملي عن وجود ٤ بنود ذات تشبعات دالة على هذا العامل حيث تتراوح معاملات تشبع هذه البنود على هذا العامل ما بين (٠,٣١٩)، (٠,٧٨٦) وبلغ جذره الكامن ٢,١٠٢، ويفسر هذا العامل ١٠,٥١٠٪ من حجم التباين الكلي ومن خلال المعاني والمضامين لعبارات هذا العامل يمكن تسمية هذه العامل بعامل **التخلي عن وسائل الراحة.**

العامل الرابع: أسفرت عملية التحليل العاملي عن وجود ٣ بنود ذات تشبعات دالة على هذا العامل حيث تتراوح معاملات تشبع هذه البنود على هذا العامل ما بين (٠,٥٤٠)، (٠,٦٩٤) وبلغ جذره الكامن ١,٦٥١، ويفسر هذا العامل ٨,٢٥٣٪ من حجم التباين الكلي ومن خلال المعاني والمضامين لعبارات هذا العامل يمكن تسمية هذه العامل بعامل **عدم القدرة على الوصول للمعلومات.**

ب- ثبات المقياس:

لحساب ثبات المقياس تم استخدام طريقة ألفا – كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية، حيث تعتمد معادلة ألفا كرونباخ على تباينات بنود المقياس، وتشترط أن تقيس بنود المقياس سمة واحدة فقط، ولذلك قام الباحث بحساب معامل الثبات لكل بعد على انفراد.

أما في طريقة التجزئة النصفية فيحاول الباحث قياس معامل الارتباط لكل بُعد بَعد تقسيم فقراته لقسمين (قسمين متساويين إذا كان عدد عبارات البعد زوجي – غير متساويين إذا كان عدد عبارات البعد فردي) ثم إدخال معامل الارتباط في معادلة التصحيح للتجزئة النصفية لسبيرمان براون.

جدول (٣)

يوضح قيم معاملات الثبات بطريقة ألفا – كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية (ن = ٤٢٤)

الأبعاد	عدد العبارات	معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ	معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية
عدم القدرة على التواصل	٦	٠,٦٢٢	٠,٥١٤
فقدان الاتصال	٦	٠,٧١٣	٠,٦٩٥
التخلي عن وسائل الراحة	٤	٠,٧٩٥	٠,٦٤٣
عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات	٣	٠,٧٧٩	٠,٥٩٥
الدرجة الكلية لمقياس النوموفوبيا	١٩	٠,٩٥٩	٠,٨٥٥

يتضح من الجدول السابق (٣) أن جميع قيم معاملات ألفا مرتفعة، وكذلك قيم معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية مما يجعلنا نثق في ثبات المقياس.

جـ- الاتساق الداخلي

تم قياس الاتساق الداخلي لمقياس النوموفوبيا باستخدام معامل ارتباط بيرسون لحساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة على كل عبارة والبعد الذي تنتمي إليه، ثم حساب معامل الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (٤)

يوضح معاملات الارتباط بين العبارات والأبعاد لمقياس النوموفوبيا (ن = ٤٢٤)

عدم القدرة على التواصل		فقدان الاتصال		التخلي عن وسائل الراحة		عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات	
رقم عبارة	معامل الارتباط	رقم عبارة	معامل الارتباط	رقم عبارة	معامل الارتباط	رقم عبارة	معامل الارتباط
١	٠,٩٢٠**	**٦**	٠,٩٣٨**	**١٦**	٠,٩٠٣**	**١١**	٠,٩٤١**
٣	٠,٨٩٨**	**١٨**	٠,٨٨٤**	**٤**	٠,٨٣٢**	**١٥**	٠,٦٨٣**
١٧	٠,٨٦٤**	**٢**	٠,٧٨٢**	**٢٠**	٠,٧٥٣**	**٧**	٠,٦٢٤**
٥	٠,٨٤٧**	**١٩**	٠,٧٧٩**	**١٢**	٠,٦٥٥**		
٩	٠,٨٠٨**	**١٤**	٠,٦٩٣**				
١٣	٠,٧٠٥**	**١٠**	٠,٦٠٧**				
معامل ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس							
٠,٩٣٧**		٠,٩٢٨**		٠,٩١٩**		٠,٨٥١**	

(*) دال عند (≤ α ٠.٠٥)

(**) دال عند مستوي (≤ α ٠.٠١)

يتضح من الجدول (٤) السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠١). مما يؤكد الاتساق الداخلي لبنية ومفردات المقياس.

ومن ثم يتبدى أن المقياس في صورته النهائية يتمتع بدرجة مرتفعة من الصدق والثبات والتماسك الداخلي للمقياس ومكون من ١٩ عبارة تنتمي لأربعة أبعاد وتتراوح الدرجات على المقياس كالاتي: -

* درجة منخفضة للنوموفوبيا = من ١٩ الى ٣١ درجة
* درجة منخفضة للنوموفوبيا = من ٣٢ الى ٤٤ درجة
* درجة منخفضة للنوموفوبيا = من ٤٥ الى ٥٧ درجة

٢- مقياس تقدير الذات (RSES) (إعداد روزنبرغ Rosenberg،١٩٩٥: ترجمة الباحث تحقق من الصدق والثبات)

حيث أعد روزنبرغ Rosenberg مقياس تقدير الذات والذي يستخدم حتى يومنا هذا في جميع أنحاء العالم وهو مكون من بعد واحد يحتوي على ١٠ ونشر بنود وتدرج الإجابة وفقا لمقياس ليكارت الثلاثي (موافق= ٣ درجات، أحيانا= درجتين، غير موافق = درجة واحدة) حيث كانت أول خمس عبارات (١، ٢، ٣، ٤، ٥) موجبة تقيس تقدير الذات بشكل مباشر وآخر خمس عبارات (٦، ٧، ٨، ٩، ١٠) مشفرة عكسيا.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

أجرى الباحث عمليات التحقق من صدق وثبات مقياس **تقدير الذات (RSES)** على (٤٢٤) فرد من أفراد العينة وتم حساب معاملات الصدق والثبات لمقياس **تقدير الذات (RSES)** بالطرق الآتية:

أ- **الصدق العاملي Factorial Validity.**

استخدم الباحث هذا الأسلوب وفقاً لطريقة المكونات الأساسية Principal Component التي وضعها هوتيلنج Hotelling وتم تدوير المحاور تدويرا متعامدا بطريقة الفاريماكس Varimax وفقا لمحك كايزر Kaiser Normalization، وطبقا لما جاء في نتائج التحليل العاملي تم استخلاص مجموعة من الأبعاد التي يتكون منها مقياس تقدير الذات (RSES) وهي كالاتي:

جدول (٥)

مصفوفة العوامل الدالة إحصائيا وتبعاتها بعد تدوير المحاور

العبارات	العوامل	
	الأول	الثاني
٦	٠,٨٤٦	
٣	٠,٨٤٥	
١٠	٠,٦٥٩	
٤	٠,٦٤٣	
٧	٠,٦٣٠	
٩	٠,٦٠١	
٥	٠,٥١٥	
٨	٠,٤٨٩	
١		٠,٨٣٨
٢		٠,٨٠٦
الجذر الكامن	٣,٥٤٧	١,٤٨٢
نسبة التباين	٣٥,٤٦٥٪	١٤,٨٢٣٪
نسبة التباين التراكمية	٣٥,٤٦٥٪	٥٠,٢٢٨٪

*ملحوظة تم استبعاد العبارات التي تشبعها أقل من (٠.٣٠٠)

يتضح من الجدول السابق (٥) وجود عاملين يفسران ٥٠,٢٢٨٪ من التباين الكلي وفيما يلي تفسير هذه العوامل بعد تدوير المحاور تدوير متعامد ويتضح من الجدول السابق أنه ينبغي استبعاد العامل الثاني وعباراته رقم (١، ٢) نظرا لأن عدد عبارات العامل أقل من ٣ عبارات.

العامل الرئيس: أسفرت عملية التحليل العاملي عن وجود ٨ بنود ذات تشبعات دالة على هذا العامل حيث تتراوح معاملات تشبع هذه البنود على هذا العامل ما بين (٠,٤٨٩)، (٠,٨٤٦) وبلغ جذره الكامن ٣,٥٤٧، ويفسر هذا العامل ٣٥,٤٦٥٪ من حجم التباين الكلي ومن خلال المعاني والمضامين لعبارات هذا العامل يمكن تسمية هذه العامل بعامل **تقدير الذات.**

ب- ثبات المقياس:

لحساب ثبات المقياس تم استخدام طريقة ألفا – كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية، حيث تعتمد معادلة ألفا كرونباخ على تباينات بنود المقياس، وتشترط أن تقيس بنود المقياس سمة واحدة فقط، ولذلك قام الباحث بحساب معامل الثبات لكل بعد على انفراد.

أما في طريقة التجزئة النصفية فيحاول الباحث قياس معامل الارتباط للدرجة الكلية بَعد تقسيم فقراته لقسمين (قسمين متساويين إذا كان عدد عبارات البعد زوجي – غير متساويين إذا كان عدد عبارات البعد فردي) ثم إدخال معامل الارتباط في معادلة التصحيح للتجزئة النصفية لسبيرمان براون.

جدول (٦)

يوضح قيم معاملات الثبات بطريقة ألفا – كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية (ن = ٤٢٤)

الأبعاد	عدد العبارات	معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ	معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية
الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات	٨	٠,٩٤٨	٠,٨٨٨

يتضح من الجدول السابق (٦) أن قيمة معامل ألفا مرتفعة، وكذلك قيمة معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية مما يجعلنا نثق في ثبات المقياس.

ثالثاً: الاتساق الداخلي:

تم قياس الاتساق الداخلي لمقياس تقدير الذات باستخدام معامل ارتباط بيرسون لحساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة على كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (٧)

يوضح معاملات الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (ن = ٤٢٤)

رقم عبارة	معامل الارتباط
٦	٠,٩٦٢**
٣	٠,٩٤٠**
١٠	٠,٨٥١**
٤	٠,٨٢٢**
٧	٠,٧٦٣**
٩	٠,٧١٠**
٥	٠,٧٠٢**
٨	٠,٦٦١**

(*) دال عند ($\alpha \leq$ ٠.٠٥)

(**) دال عند مستوي ($\alpha \leq$ ٠.٠١)

يتضح من الجدول (٧) السابق أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠١). مما يؤكد الاتساق الداخلي لبنية ومفردات المقياس.

ومن ثم يتبدى أن المقياس في صورته النهائية يتمتع بدرجة مرتفعة من الصدق والثبات والتماسك الداخلي للمقياس وهو مقياس أحادي البعد مكون من ٨ عبارات وتتراوح الدرجات على المقياس كالاتي: -

* درجة منخفضة للنوموفوبيا = من ٨ الى ١٣ درجة
* درجة منخفضة للنوموفوبيا = من ١٤ الى ١٩ درجة
* درجة منخفضة للنوموفوبيا = من ٢٠ الى ٢٤ درجة

٢- **البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي:(إعداد الباحث)**

وصف البرنامج: وسوف يعرض الباحث فيما يلي تفاصيل البرنامج الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي بهدف خفض أعراض النوموفوبيا وتنمية تقدير الذات والذي تم تصميمه لمجموعة من طلاب وطالبات جامعة عين شمس ممن يعانون من اعتمادية مرضية على الهاتف المحمول ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس النوموفوبيا ودرجات منخفضة على مقياس تقدير الذات، حيث تقوم فلسفة ومبادئ البرنامج على فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي لألبرت اليس Albert Ellis.

التخطيط للبرنامج: قام الباحث استعراض البحوث التي اهتمت بمجال الإرشاد النفسي بشكل عام ومجال الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي بشكل خاص، ثم تم وضع تخطيط عام للبرنامج يتضمن تحديد الأهداف العامة والفرعية والإجرائية والجلسات والفنيات الخاصة بالبرنامج.

أهداف البرنامج:

الهدف العام للبرنامج: هدف البرنامج الإرشادي إلى خفض أعراض النوموفوبيا والمتمثلة في ارتفاع قلق الفرد المصاحب (لعدم القدرة على التواصل، وفقدان الاتصال، والتخلي عن وسائل الراحة، وعدم القدرة على الوصول إلى المعلومات) وكذلك تنمية تقدير الذات لدى عينة من الشباب الجامعي من خلال تدريب أفراد المجموعة التجريبية على مجموعة من الفنيات والأساليب والمهارات التي تضمن لهم تحقيق المكاسب المرجوة من البرنامج وذلك من خلال دحض وتفنيد الأفكار غير العقلانية وأنماط التفكير الخاطئة لديهم، وتدريبهم على طرق تفكير أخرى أكثر عقلانية وأكثر واقعية.

الأهداف الفرعية للبرنامج:

١- أن يستطيع أفراد العينة الحد من الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالابتعاد عن مميزات الهواتف الذكية.
٢- أن يوظف أفراد العينة مهارات حل المشكلات.
٣- أن يتدرب أفراد العينة على مهارات إدارة الوقت والأولويات.
٤- أن يجيد أفراد العينة خفض القلق المصاحب للابتعاد عن الهاتف المحمول.
٥- أن يتعرف أفراد العينة على أهمية التفكير المنطقي والعقلاني في تناول الأمور والموضوعات.
٦- أن يتدرب أفراد العينة على الاسترخاء وتنظيم التنفس.
٧- أن يدرك أفراد العينة مفهوم تقدير الذات وتقبل الذات غير المشروط.
٨- أن يستطيع أفراد العينة تحسين عملية التوافق الشخصي والاجتماعي.
٩- أن يوظف أفراد العينة دحض الأفكار اللاعقلانية لتحسين تقبل الذات.
١٠- أن يتدرب أفراد العينة على تبني صورة إيجابية للذات.

الأسس العامة والفلسفية للبرنامج: راعي الباحث في إعداد وتطبيق جلسات البرنامج الإرشادي الأسس النفسية والتربوية وكذلك مراعاة طبيعة الإنسان وأخلاقيات الإرشاد النفسي والفروق الفردية والفروق بين الجنسين وطبيعة مطالب المرحلة النمائية وهي مرحلة الشباب والحرص على أن يقوم الأفراد بمجموعة متنوعة من الأنشطة والفنيات الفعالة التي تهدف التخلص من الاعتماد المرضي على الهاتف المحمول والتأكيد على المعاني النفسية الإيجابية ومساعدة الفرد على استبصاره بذاته والأخرين وتمكينه من التنظيم الانفعالي له ومساعدته على التخطيط وإدارة الوقت والأولويات وزيادة ثقته بنفسه وتقديره واحترامه لذاته.

الحدود الإجرائية للبرنامج: تم تحديد البرنامج زمانية ومكانية وبشرية على النحو التالي.

١- **المحددات الزمنية:** تم تطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي في مدة شهر ونصف (٦ أسابيع) بواقع جلستين أسبوعياً وبلغ العدد الكلي لجلسات البرنامج ١٢ جلسة، وزمن الجلسة الواحدة تراوح بين (٧٠-١٢٠) دقيقة إضافة إلى جلسة للقياس التتبعي بعد انتهاء تطبيق البرنامج بشهر لتقييم استمرار فاعلية البرنامج.

٢- **المحددات المكانية:** تم تطبيق البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي بإحدى قاعات التدريس بكلية التربية جامعة عين شمس.

٣- **المحددات البشرية:** تتحدد الدراسة بعينة قوامها (٢٠) طالبا وطالبة ممن يعانون من ارتفاع مستوى النوموفوبيا وانخفاض مستوى تقدير الذات، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية تتكون من (١٠) أفراد، تم تطبيق البرنامج الإرشادي عليهم والمجموعة الأخرى ضابطة تتكون من (١٠) أفراده وتم قياس التكافؤ بينهما في العمر ومتغيرات الدراسة.

تنفيذ البرنامج الإرشادي: بعد الانتهاء من تخطيط البرنامج، تم تنفيذ جلسات البرنامج، كما هو موضح بالجدول التالي (٨).

جدول (٨) يوضح مخطط جلسات البرنامج الإرشادي

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الأهداف الإجرائية بانتهاء الجلسة يجب أن يكون كل فرد من أفراد المجموعة قادر على	الفنيات المستخدمة	الزمن
١	تمهيد وتعارف والتعريف بالبرنامج الإرشادي	* أن يتعرف على محتوى البرنامج الإرشادي وطبيعته. * أن يشعر بأهمية البرنامج في خفض أعراض النوموفوبيا وتنمية تقدير الذات. * أن يدرك أسس وأساليب التعامل في الجلسات الإرشادية وأهداف وقواعد البرنامج. أن يحس بجو من الألفة والثقة تجاه جلسات البرنامج. * أن يجيب على مقاييس الدراسة (القياس القبلي)	- المحاضرة - المناقشات الجماعية -الواجبات المنزلية	٩٠ دقيقة
٢	الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي	* أن يتعرف على نموذج الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي. * أن يدرك كيفية تطبيق النموذج على المواقف المسببة للقلق نتيجة الابتعاد عن الهاتف المحمول. * أن يستبصر بأهمية التعديل المعرفي للأفكار الخاطئة المسببة للمشاعر الانفعالي والجسدية المضطربة.	- المحاضرة - تعلم نموذج ABCDEF - المناقشات الجماعية - الواجبات المنزلية	١٠٠ دقيقة
٣	النوموفوبيا	* أن يوضح مفهوم النوموفوبيا. * أن يتعرف على أعراض النوموفوبيا. * أن يدرك جوانب النوموفوبيا.	- المحاضرة - المناقشات الجماعية - الواجبات المنزلية	٧٠ دقيقة
٤	الخوف من عدم القدرة على التواصل	* أن يعدد الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بعدم قدرت الفرد على التواصل عند الابتعاد عن الهاتف. * أن يوضح علاقة الأفكار اللاعقلانية بالمخاوف والاضطرابات المصاحبة لعدم القدرة على التواصل.	- المحاضرة - الدحض والإقناع - التنفيس الانفعالي - الواجبات المنزلية	٩٠ دقيقة
٥	الخوف من فقدان الاتصال	* أن يتدرب على ضبط الذات عند فقدان الاتصال بالهاتف المحمول.	- المحاضرة - لعب الأدوار	٩٠ دقيقة

		* أن يفرق بين الهوية الفعلية والهوية الافتراضية. * أن يدرك كيفية التنفيس عن انفعالاته	- التنفيس الانفعالي - الواجبات المنزلية	
٦	اكتساب مهارة الاسترخاء	* أن يجري تمرينات استرخاء للحد من الشعور بالقلق في المواقف المثيرة للذعر المتعلقة بنفاذ شحن البطارية أو نفاذ الرصيد أو اختفاء إشارة البيانات	- المحاضرة - الاسترخاء - الواجبات المنزلية	٩٠ دقيقة
٧	القلق المصاحب للتخلي عن وسائل الراحة	* أن يتحكم بالأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالشعور بالقلق حال انقطاع الإنترنت أو الشعور بالضياع عنما لا يتمكن من متابعة إشعارات الهاتف المحمول.	- المحاضرة - المناقشات الجماعية - الدحض والإقناع - الواجبات المنزلية	١١٠ دقيقة
٨	تابع: القلق المصاحب للتخلي عن وسائل الراحة	* أن يوظف مهارات حل المشكلات المتعلقة بالتأثير السلبي للاعتمادية المرضية على الهاتف المحمول. * أن يجيد إدارة الوقت والأولويات.	- المحاضرة - المناقشات الجماعية - حل المشكلات - الواجبات المنزلية	٩٠ دقيقة
٩	الخوف من عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات	* أن يتعرف على مسببات القلق من عدم القدرة على الوصول للمعلومات. * أن يدحض الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بعدم القدرة على الوصول للمعلومات. * أن يمارس تنظيم التنفس.	- المحاضرة - المناقشات الجماعية - النمذجة - إعادة البناء المعرفي - الواجبات المنزلية	٩٠ دقيقة
١٠	تقدير الذات	* أن يدرك مفهوم تقدير الذات. * أن يتعرف على أهمية تقدير الذات. * أن يستنتج الرابط بين ارتفاع مستوى النوموفوبيا وانخفاض تقدير الذات لدى الفرد.	- المحاضرة - المناقشات الجماعية -الاسترخاء - حس الفكاهة - الواجبات المنزلية	٧٠ دقيقة
١١	تابع تقدير الذات	* أن يتعرف على مسببات انخفاض تقدير الذات. * أن يدحض الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بانخفاض تقدير الذات. * أن يعدد جوانب تقدير الذات.	- المحاضرة - المناقشات الجماعية - إعادة البناء المعرفي -التدريب التوكيدي - لعب الأدوار - الواجبات المنزلية	١٢٠ دقيقة
١٢	تلخيص وتقييم البرنامج	* أن يسترجع ملخص الأفكار اللاعقلانية التي تناولتها جلسات البرنامج السابقة يستخدم الفنيات التي تدرب عليها لدحض هذه الأفكار. * أن يتحمس للاستمرار في تطبيق ما تعلمه من التكنيكات الإرشادية بعد انتهاء البرنامج. * أن يجيب على مقاييس الدراسة (القياس البعدي).	- المحاضرة - المناقشات الجماعية	٩٠ دقيقة
١٣	القياس التتبعي	* أن يجيب على مقاييس الدراسة (القياس التتبعي).	- المناقشات الجماعية	٣٠ دقيقة

عرض النتائج وتفسيرها ومناقشتها:

أولاً: التحقق من صحة الفرض الأول.

ينص هذا الفرض على أنه " توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسط رتب درجات أفراد المجموعة نفسها بعد تطبيق البرنامج في أبعاد مقياس النوموفوبيا (NMP) والدرجة الكلية في اتجاه القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون اللابارامتري لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على كل بعد من أبعاد مقياس النوموفوبيا (NMP) قبل وبعد تطبيق البرنامج المستخدم في الدراسة، وفيما يلي جدول يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج بخصوص الفرض الحالي.

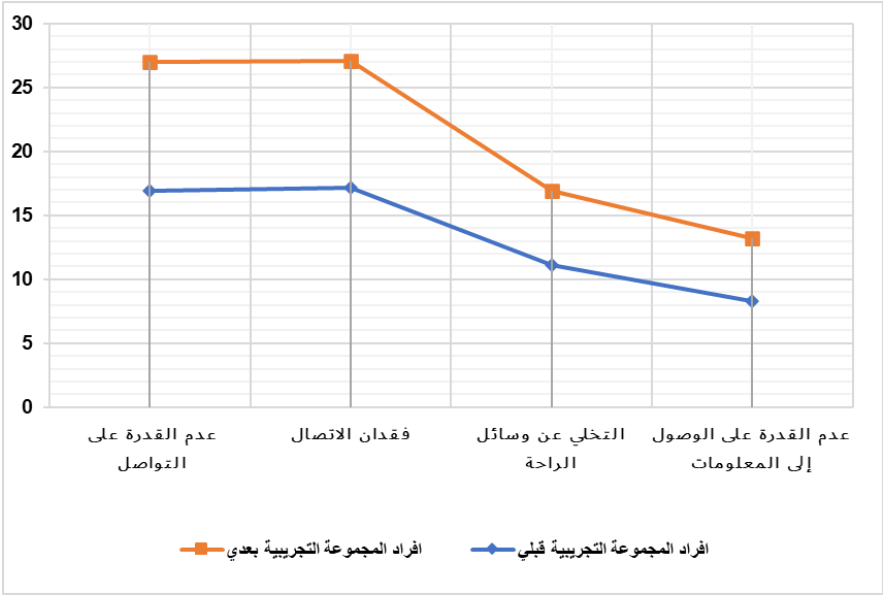
جدول (٩) يوضح قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس النوموفوبيا (NMP)، والدرجة الكلية

أبعاد المقياس	نتائج القياس قبلي/ بعدي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
عدم القدرة على التواصل	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	-٢,٨٠٨	دالة عند مستوى ٠,٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٠	-	-		
	المجموع	١٠	-	-		
فقدان الاتصال	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	-٢,٨٠٩	دالة عند مستوى ٠,٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٠	-	-		
	المجموع	١٠	-	-		
التخلي عن وسائل الراحة	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	-٢,٨٧١	دالة عند مستوى ٠,٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٠	-	-		
	المجموع	١٠	-	-		
عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	-٢,٩١٣	دالة عند مستوى ٠,٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٠	-	-		
	المجموع	١٠	-	-		
الدرجة الكلية لمقياس النوموفوبيا (**NMP**)	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	-٢,٨١٢	دالة عند مستوى ٠,٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٠	-	-		
	المجموع	١٠	-	-		

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

تشير النتائج في الجدول السابق(٩) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في أبعاد مقياس النوموفوبيا (NMP) والدرجة الكلية، حيث كانت قيم z على الترتيب (٢,٨٠٨، ٢,٨٠٩، ٢,٨٧١، ٢,٩١٣، ٢,٨١٢) وتلك فروق دالة إحصائيا عند مستوى ($\alpha \leq$ ٠,٠١) **في جميع الأبعاد والدرجة الكلية** وذلك في اتجاه القياس البعدي. وتشير إلى نجاح وفاعلية البرنامج خفض مستوى النوموفوبيا.

ولعل هذا ما يتضح في الشكل البياني الآتي:



شكل (٢) يوضح الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس النوموفوبيا (NMP)، والدرجة الكلية

ثانياً: التحقق من صحة الفرض الثاني.

وينص الفرض على " توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج في أبعاد مقياس النوموفوبيا (NMP) والدرجة الكلية في اتجاه المجموعة التجريبية ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار مان ويتني اللابارامتري لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة على كل بعد من أبعاد مقياس النوموفوبيا (NMP) والدرجة الكلية له، بعد تطبيق البرنامج المستخدم في الدراسة. وفيما يلي جدول يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج بخصوص الفرض الحالي.

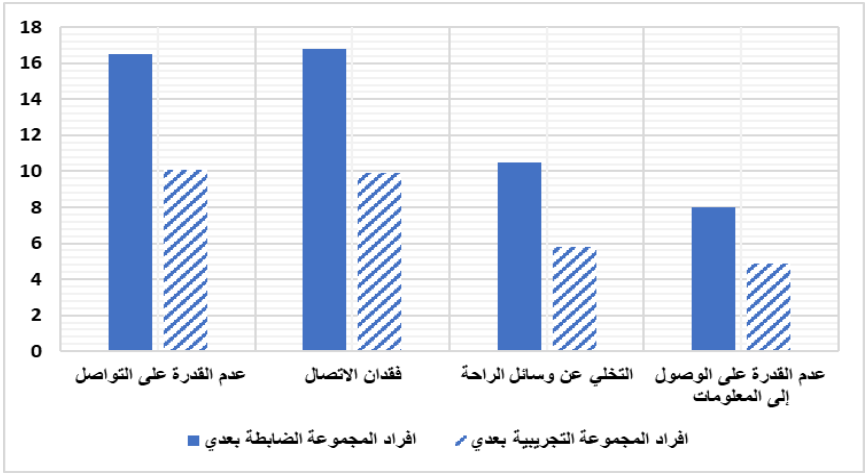
جدول (١٠)
يوضح قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على أبعاد مقياس النوموفوبيا (NMP) والدرجة الكلية

أبعاد المقياس	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمةU	قيمةZ	مستوى الدلالة
عدم القدرة على التواصل	تجريبية	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٠,٠٠٠	٣,٩١٣-	٠,٠١
	ضابطة	١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠			
فقدان الاتصال	تجريبية	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٠,٠٠٠	٣,٨٨٦-	٠,٠١
	ضابطة	١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠			
التخلي عن وسائل الراحة	تجريبية	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٠,٠٠٠	٣,٨٥٦-	٠,٠١
	ضابطة	١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠			
عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات	تجريبية	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٠,٠٠٠	٣,٨٤٤-	٠,٠١
	ضابطة	١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠			
الدرجة الكلية لمقياس النوموفوبيا (NMP)	تجريبية	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٠,٠٠٠	٣,٨٠٨-	٠,٠١
	ضابطة	١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠			

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

تشير النتائج في الجدول السابق(١٠) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على في أبعاد مقياس النوموفوبيا (NMP) والدرجة الكلية، حيث كانت قيم z على الترتيب (٣,٩١٣، ٣,٨٨٦، ٢,٨٥٦، ٢,٨٤٤، ٣,٨٠٨) وتلك فروق دالة إحصائيا عند مستوى ($\alpha \leq$ ٠.٠١) في جميع الأبعاد والدرجة الكلية وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية. وتشير إلى نجاح وفاعلية البرنامج في خفض مستوى النوموفوبيا.

ولعل هذا ما يتضح في الشكل البياني الآتي:



شكل (٣) يوضح الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على أبعاد مقياس النوموفوبيا (NMP) والدرجة الكلية

ثالثاً: التحقق من صحة الفرض الثالث.

وينص الفرض على " لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسط رتب درجات أفراد المجموعة نفسها بعد فترة المتابعة في أبعاد مقياس النوموفوبيا (NMP) والدرجة الكلية للمقياس".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون اللابارامتري لتعرف وجهة ودلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي لمتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على كل بعد من أبعاد مقياس النوموفوبيا (NMP). وفيما يلي جدول يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج بخصوص الفرض الحالي.

جدول (١١)

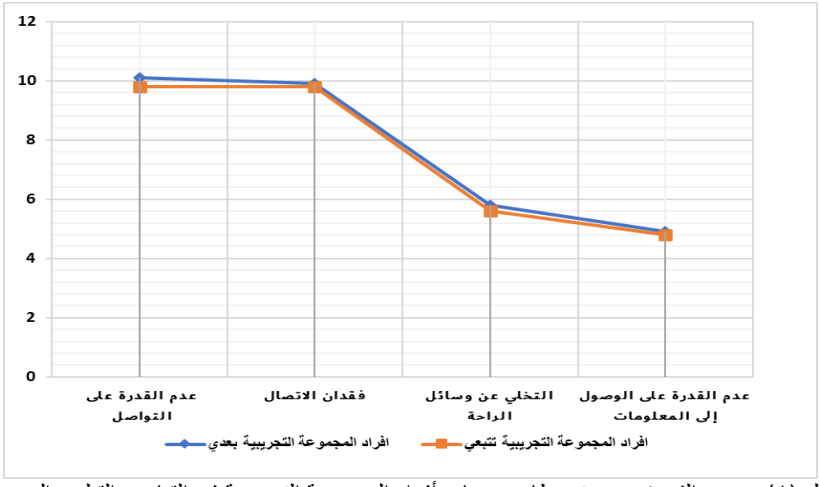
يوضح قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على أبعاد مقياس النوموفوبيا (NMP)، والدرجة الكلية

أبعاد المقياس	نتائج القياس قبلي/ بعدي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
عدم القدرة على التواصل	الرتب السالبة	٤	٣,٦٣	١٤,٥٠	٠,٨٥٠-	غير دالة
	الرتب الموجبة	٢	٣,٢٥	٦,٥٠		
	الرتب المتعادلة	٤	-	-		
	المجموع	١٠	-	-		
فقدان الاتصال	الرتب السالبة	٣	٣,٦٧	١١,٠٠	٠,٩٦٢-	غير دالة
	الرتب الموجبة	٢	٢,٠٠	٥,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٥	-	-		
	المجموع	١٠	-	-		
التخلي عن وسائل الراحة	الرتب السالبة	٣	٢,١٧	٦,٥٠	٠,٥٥٧-	غير دالة
	الرتب الموجبة	١	٣,٥٠	٣,٥٠		
	الرتب المتعادلة	٦	-	-		
	المجموع	١٠	-	-		
عدم القدرة على الوصول إلى المعلومات	الرتب السالبة	٤	٢,٥٠	١٠,٠٠	٠,٧٠٧-	غير دالة
	الرتب الموجبة	١	٥,٠٠	٥,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٥	-	-		
	المجموع	١٠	-	-		
الدرجة الكلية لمقياس النوموفوبيا (NMP)	الرتب السالبة	٤	٣,٢٥	١٣,٠٠	١,٥١١-	غير دالة
	الرتب الموجبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٥	-	-		
	المجموع	١٠	-	-		

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

تشير النتائج في الجدول السابق (١١) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في أبعاد مقياس النوموفوبيا (NMP) والدرجة الكلية، حيث كانت قيم z على الترتيب (٠,٨٥٠، ٠,٩٦٢، ٠,٥٥٧، ٠,٧٠٧، ١,٥١١) وتلك فروق غير دالة إحصائيا في جميع الأبعاد والدرجة الكلية وتشير استمرار إلى نجاح وفاعلية البرنامج في خفض مستوى النوموفوبيا.

ولعل هذا ما يتضح في الشكل البياني الآتي:



شكل (٤) يوضح الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس النوموفوبيا (NMP)، والدرجة الكلية

رابعاً: التحقق من صحة الفرض الرابع.

ينص هذا الفرض على أنه " توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسط رتب درجات أفراد المجموعة نفسها بعد تطبيق البرنامج في الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (RSES) لصالح القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون اللابارامتري لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (RSES) قبل وبعد تطبيق البرنامج المستخدم في الدراسة، وفيما يلي جدول يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج بخصوص الفرض الحالي.

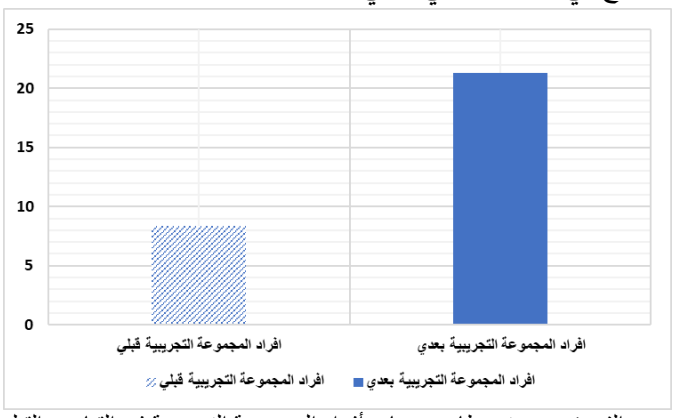
جدول (١٢)
يوضح قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (RSES)

	نتائج القياس قبلي/ بعدي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (**RSES**)	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٨٤٢-	دالة عند مستوى ٠,٠١
	الرتب الموجبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٠	-	-		
	المجموع	١٠	-	-		

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

تشير النتائج في الجدول السابق (١٢) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (RSES)، حيث كانت قيمة z (٢.٨٤٢) وهي فروق دالة إحصائيا عند مستوى **($\alpha \leq$ ٠,٠١) في الدرجة الكلية للمقياس** لصالح القياس البعدي. وتشير إلى نجاح وفاعلية البرنامج تنمية تقدير الذات.

ولعل هذا ما يتضح في الشكل البياني الآتي:



شكل (٥) يوضح الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (RSES)

خامساً: التحقق من صحة الفرض الخامس.

وينص الفرض على " توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج في الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (RSES) لصالح المجموعة التجريبية ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار مان ويتني اللابارامتري لحساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة على الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (RSES)، بعد تطبيق البرنامج المستخدم في الدراسة. وفيما يلي جدول يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج بخصوص الفرض الحالي.

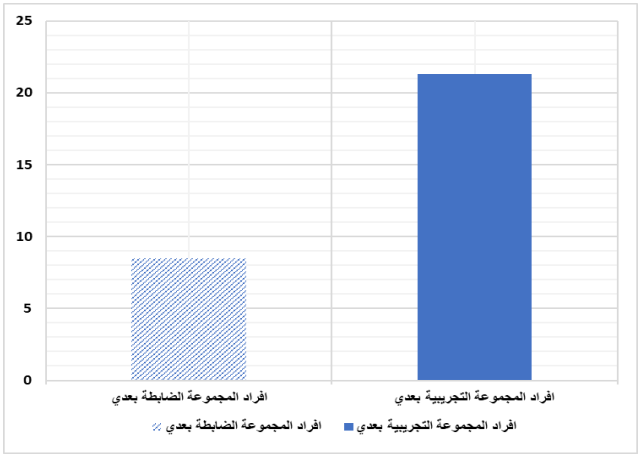
جدول (١٣) يوضح قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (RSES)

	المجموعات	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	قيمة U	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (RSES)	تجريبية	١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠	٣,٨٩١-	٠,٠٠٠	دالة عند مستوى ٠,٠١
	ضابطة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠			

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

تشير النتائج في الجدول السابق (١٣) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على في الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (RSES)، حيث كانت قيمة z (٣.٨٩١) وهي فروق دالة إحصائيا عند مستوى (≥ α ٠,٠١) **في الدرجة الكلية للمقياس** لصالح المجموعة التجريبية. وتشير إلى نجاح وفاعلية البرنامج في تنمية تقدير الذات.

ولعل هذا ما يتضح في الشكل البياني الآتي:



شكل (٦) يوضح الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (RSES)

سادساً: نتائج تحقق الفرض السادس.

وينص الفرض على " لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسط رتب درجات أفراد المجموعة نفسها بعد فترة المتابعة في الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (RSES) للمقياس".

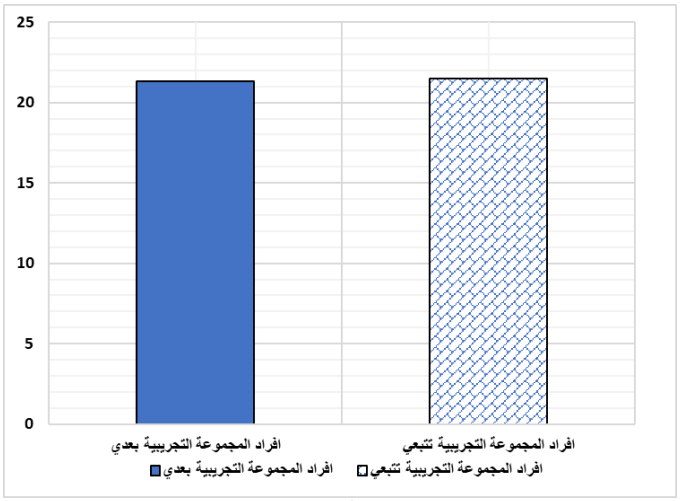
وللتحقق من صحة هذا الفرض، استخدم الباحث اختبار ويلكوكسون اللابارامتري لتعرف وجهة ودلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي لمتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (RSES) وفيما يلي جدول يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج بخصوص الفرض الحالي.

جدول (١٤) يوضح قيمة النسبة الحرجة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (RSES)

أبعاد المقياس	نتائج القياس قبلي/ بعدي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة **Z**	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (**RSES**)	الرتب السالبة	٢	٢,٠٠	٤,٠٠	٠,٥٧٧-	غير دالة إحصائياً
	الرتب الموجبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠		
	الرتب المتعادلة	٧	-	-		
	المجموع	١٠	-	-		

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

تشير النتائج في الجدول السابق (١٤) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (RSES)، حيث كانت قيمة z (٠,٥٧٧) وهي فروق غير دالة إحصائيا **في الدرجة الكلية للمقياس.** وتشير إلى استمرار نجاح وفاعلية البرنامج في تنمية تقدير الذات. ولعل هذا ما يتضح في الشكل البياني الآتي:



شكل (٧)

يوضح الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على الدرجة الكلية لمقياس تقدير الذات (RSES)

تعقيب عام على نتائج الدراسة: -

أسفرت نتائج الدراسة الحالية عن فاعلية ونجاح البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض النوموفوبيا (NMP) وكذلك نجاح البرنامج في تنمية تقدير الذات (RSES) لدي أفراد المجموعة التجريبية، واتضح ذلك في دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في اتجاه القياس البعدي كما اتضح في دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة التجريبية ومتوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي في اتجاه المجموعة التجريبية، كما توصلت النتائج إلى استمرار فاعلية البرنامج وذلك اتضح من عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي.

وهذا يؤكد فعالية الفنيات المستخدمة في البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي،والتي نتج عنها حدوث العديد من التغيرات الإيجابية علي الجوانب المعرفية والسلوكية والوجدانية لأفراد العينة حيث ساهمت الفنيات المستخدمة في مساعدة أفراد العينة علي تحقيق النتائج والمكاسب المرجوة منها والتي بدورها ساعدتهم علي التخلص من الأفكار اللاعقلانية المسببة للقلق والذعر الناتجين عن الاعتمادية المرضية علي الهواتف المحمولة

(النوموفوبيا)، كما أسهمت الفنيات الإرشادية المستخدمة في ارتفاع مستوى تقدير الذات والتخلص من مفهوم الذات السلبي والشعور بالدونية لدى أفراد العينة. وهذا يتفق مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة، حيث أكدت العديد من الدراسات على فاعلية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض العديد من الاضطرابات وخصوصا اضطرابات القلق مثل دراسة (جراي، Gray, 2019)، والتي توصلت الى فعالية فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) في تنمية تقدير الذات لدى عينة من طلاب الجامعة ، دراسة (روغانشي وآخرون، Roghanchi, et al.,2013) والتي توصلت إلى فعالية التكامل بين العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) والعلاج بالفن(بطريقة النقش) على تنمية كلا من تقدير الذات والمرونة ، ودراسة (باسي، Pace, 2006) والتي أكدت على فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) في تنمية تقدير الذات وخفض الاكتئاب لدى عينة من الراشدين

كما لعبت العلاقة الإرشادية في البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي دورا كبيرا في نجاح تحقيق أهداف البرنامج، بالإضافة لالتزام أفراد العينة وتحليهم بالمثابرة والدافعية نحو الالتزام بالجلسات والواجبات المنزلية لتعويض كل الخسائر التي تعرضوا لها نتيجة هذا الاضطراب وتأثيره السلبي على تقديرهم لذواتهم.

فالإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي من خلال ما يقدمه من فنيات إرشادية متميزة من الطبيعي أن يسهم في خفض النوموفوبيا وتنمية تقدير الذات، حيث كان لفنيات الدحض والإقناع وتعلم نموذج ABCDEF والتعديل المعرفي عظيم الأثر في دحض الأفكار غير العقلانية (التي تسببت في اعتمادية أفراد العينة وإدمانهم لهواتفهم وكل ما توفره لهم من مميزات ووسائل راحة، إلى الدرجة التي وصف فيها احد أفراد العينة انه لا يستطيع أن يتخيل مجرد فكرة أن يعيش ولو للحظة بدون هاتفه الذكي)، ثم تحويلها إلى أفكار عقلانية، هذا بالإضافة للمناقشات الجماعية والتي ساهمت بالتعرف على هذا الاضطراب وأعراضه ونسب انتشاره وخطورته الصحية والنفسية على الإنسان، وكذلك ارتباط الوثيق للنوموفوبيا بانخفاض تقدير الذات، وكذلك فنيات التنفيس الانفعالي والاسترخاء وتمثيل الأدوار وحس الفكاهة فقد أسهمت بشكل ممتاز في ارتفاع قدرة أفراد العينة على التخلص من الانفعالات السلبية الناتجة عن الأفكار اللاعقلانية كما أسهمت تلك الفنيات في خفض القلق ومشاعر

التوتر التي صاحبت الابتعاد عن الهاتف المحمول وما يترتب عليه من فقدان الاتصال بالآخرين وبشبكات التواصل الاجتماعية، كما ساعدت فنيات حل المشكلات والنمذجة والتوكيدية في مواجهة التحديات وتخطي الصعوبات التي يواجها أفراد العينة، هذا بالإضافة للواجبات المنزلية والتي هدفت للحفاظ على استمرار مكتسبات الفنيات بالبرنامج وتكرارا ممارسة الفنيات المتعلمة والتي تم تدريبهم عليها، وهذا ما يتفق مع نتائج دراسة (وارن واخرون، Warren, et al.,1988) والتي توصلت الى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تنمية تقدير الذات وخفض والاضطرابات الانفعالية ذات الصلة وهي (الاكتئاب والقلق المعمم والغضب).

الخلاصة:

الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي فعال وناجح في خفض النوموفوبيا وتنمية تقدير الذات لدى عينة من الشباب الجامعي.

التوصيات

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج تتلخص في كفاءة وفاعلية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض النوموفوبيا وتنمية تقدير الذات لدي الشباب الجامعي، تستخلص الدراسة بعض التوصيات التي قد تفيد في استكمال الجهود والبحوث بخصوص متغيرات الدراسة على النحو الآتي:

١- الاهتمام بتطوير وتدريب المختصين في مجال الإرشاد والعلاج النفسي على مهارات تطبيق فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي.

٢- ضرورة نشر الوعي بخطورة النوموفوبيا وتأثيره الكبير على الحياة اليومية في جميع المجلات وكيفية التصدي لأعراض هذا الاضطراب

٣- العمل على تنظيم الندوات والمؤتمرات واللقاءات العلمية عن كل ما يستجد في اضطرابات العصر الحديثة مثل النوموفوبيا والتكنوفوبيا وغيرهم من الاضطرابات التي نشأت من نتيجة الانتشار الهائل للوسائل التكنولوجية الحديثة.

٤- التأكيد على أهمية عمل برامج إرشادية لتنمية تقدير الذات للعديد من الفئات العمرية وبالأخص لدى الشباب.

٥- دراسات في مجال اضطرابات العصر والنوموفوبيا نظرا لقلة الدراسات بهذا المجال، فهو بحاجة لمزيد من البحث.

المراجع:

أولاً: المراجع العربية

١. حامد زهران (١٩٨٠). *التوجيه والإرشاد النفسي*، الطبعة الثانية، القاهرة، عالم الكتب.

٢. حامد زهران (٢٠٠٥). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*، الطبعة الرابعة، القاهرة، عالم الكتب.

٣. حنان خليل الحلبي. (٢٠١٨). فعالية برنامج إرشادي انتقائي في خفض حدة الإجهاد الأكاديمي وأثره على تقدير الذات لدى عينة من الطالبات المتعثرات دراسيا بجامعة القصيم. *المجلة الدولية للعلوم التربوية والنفسية*، المؤسسة العربية للبحث العلمي والتنمية البشرية ع (١٦)، ص ص ١٢- ٦٧.

٤. داليا نبيل (٢٠١٩). فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي لخفض أعراض القلق وتحسين جودة الحياة لدى طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية. *مجلة الإرشاد النفسي*: جامعة عين شمس – مركز الإرشاد النفسي، ع ٥٨ ص ص ١٢٤- ١٨٦

٥. سحر عبد الغني (٢٠١٩). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية تقدير الذات لدى عينة من طلاب المرحلة الإعدادية ممن يعانون من الرفض الوالدي كما يدركه الأبناء. *مجلة الإرشاد النفسي:* جامعة عين شمس – مركز الإرشاد النفسي ع٥٨، ص ص ٣٧١ – ٤٤٧.

٦. سميرة شند ومجدي الدسوقي (٢٠٠٣): فاعلية العلاج السلوكي والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في علاج الأرق لدى عينة من طلاب الجامعة، *مجلة كلية التربية (التربية وعلم النفس)*، ع٢٧، الجزء الرابع، جامعة عين شمس، ص ص ٩-٨٨٠

٧. صالح فؤاد (٢٠١٣). فعال فاعلية برنامج إرشادي عقلاني – انفعالي سلوكي في تحسين مستوى الاتزان الانفعالي لدى عينة من الشباب الجامعي. مجلة كلية التربية: جامعة بنها.

٨. طلعت منصور ومحمد إبراهيم عيد وفيولا الببلاوي (٢٠٠٣). *مبادئ التوجيه والإرشاد المدرسي*. الكويت: الجامعة العربية المفتوحة.

٩. عادل جورج. (٢٠١٧). فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج العقلاني الانفعالي في خفض الإعراض الاكتئابية وتحسين تقدير الذات لدى عينة من الطلبة ذوي السمات الانفعالية – السلوكية المنخفضة. *دراسات – العلوم التربوية*: الجامعة الأردنية – عمادة البحث العلمي، مج٤٤, ع٤، ص ص ٢٤١ – ٢٥٧.

١٠. عبد الستار إبراهيم (١٩٨٠). *العلاج النفسي الحديث– قوة الإنسان*، الكويت، عالم المعرفة.

١١. محمد، أحمد وجلال على (٢٠١٦). برنامج مقترح باستخدام العلاج المعرفي السلوكي لتنمية تقدير الذات لدى الموهوبين ذوي صعوبات التعلم. *مجلة الإرشاد النفسي*: جامعة عين شمس – مركز الإرشاد النفسي، ع٤٥، ص ص ٢٢٣ – ٢٥٣.

١٢. مروة عبد القادر (٢٠١٥). فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي لتحسين جودة الحياة لدي طالبات دبلوم التوجيه والإرشاد بجامعة الملك خالد. *مجلة الإرشاد النفسي*: جامعة عين شمس – مركز الإرشاد النفسي، ع ٤٣، ص ص ٢٦٩– ٣٠١

١٣. وحيد مصطفى (٢٠٠٥). فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من طلبة الجامعة. *مجلة دراسات نفسية:* رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) مج ١٥, ع ٤ ص ص ٥٦٩ – ٥٩٨

١٤. وزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات بمصر (٢٠٢٠). *تقرير موجز عن مؤشرات الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات، استرجع من* http://www.mcit.gov.eg/

١٥. يوسف محمد يوسف. (٢٠١٣). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية وجهة الضبط وتقدير الذات وأثره على الدافعية للإنجاز لدى طلاب الجامعة. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، جامعة القصيم، مج٦ ع ٢، ص ص ١٠٤٩ – ١٠٩٣.

ثانياً: المراجع الأجنبية

16. Ahmed, S., Pokhrel, N., Roy, S., & Samuel, A. J. (2019). Impact of nomophobia: A nondrug addiction among students of physiotherapy course using an online cross-sectional survey. Indian journal of psychiatry, 61(1), 77.
17. Argumosa-Villar, L., Boada-Grau, J., & Vigil-Colet, A. (2017). Exploratory investigation of theoretical predictors of

nomophobia using the Mobile Phone Involvement Questionnaire (MPIQ). Journal of adolescence, 56, 127-135.
18. Barker, J. D. (2018). Social Media and Self-Esteem: The Relationship of Social Media Usage and Self-Esteem. Arkansas State University.
19. Barry, C. T., Doucette, H., Loflin, D. C., Rivera-Hudson, N., & Herrington, L. L. (2017). "Let me take a selfie": Associations between self-photography, narcissism, and self-esteem. Psychology of popular media culture, 6(1), 48.
20. Bausert, S. (2019). Does Positive Psychotherapy Enhance Rational-Emotive Behavior Therapy for Stressed and Anxious Emerging Adults? (Doctoral dissertation, Hofstra University).
21. Bekaroğlu, E., & Yılmaz, T. (2020). Nomophobia: Differential Diagnosis and Treatment. Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar, 12(1).
22. Betoncu, O., & Ozdamli, F. (2019). The disease of 21st century: Digital disease. TEM Journal, 8(2), 598.
23. Bhattacharya, S., Bashar, M. A., Srivastava, A., & Singh, A. (2019). NOMOPHOBIA: NO MObile PHone PhoBIA. Journal of family medicine and primary care, 8(4), 1297.
24. Bragazzi, N. L., & Del Puente, G. (2014). A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. Psychology research and behavior management, 7, 155.
25. Chóliz, M., Pinto, L., Phansalkar, S. S., Corr, E., Mujjahid, A., Flores, C., & Barrientos, P. E. (2016). Development of a Brief Multicultural Version of the Test of Mobile Phone Dependence (TMDbrief) Questionnaire, Front Psychol, 7, 650.
26. Colman, A. M. (2015). A dictionary of psychology. Oxford Quick Reference.
27. Daei, A., Ashrafi-rizi, H., & Soleymani, M. R. (2019). Nomophobia and health hazards: Smartphone use and addiction among university students. International Journal of Preventive Medicine, 10
28. Dalbudak, I., Yilmaz, T., & Yigit, S. (2020). Nomophobia Levels and Personalities of University Students. Journal of Education and Learning, 9(2), 166-177.

29. David, D., Lynn, S. J., & Ellis, A. (Eds.). (2010). Rational and irrational beliefs: Research, theory, and clinical practice. Oxford University Press.
30. DiGiuseppe, R. A., DiGiuseppe, R., Doyle, K. A., Dryden, W., & Backx, W. (2013). A practitioner's guide to rational-emotive behavior therapy. Oxford University Press.
31. Dongre, A. S., Inamdar, I. F., & Gattani, P. L. (2017). Nomophobia: A study to evaluate mobile phone dependence and impact of cell phone on health. National Journal of Community Medicine, 8(11), 688-93
32. Ellis, A. (2002). Overcoming resistance: A rational emotive behavior therapy integrated approach. Springer Publishing Company.
33. Ellis, A. (2005). The myth of self-esteem: How rational emotive behavior therapy can change your life forever. Prometheus Books.
34. Ellis, A., & MacLaren, C. (1998). Rational emotive behavior therapy: A therapist's guide. Impact Publishers.
35. Galhardo, A., Loureiro, D., Raimundo, E., Massano-Cardoso, I., & Cunha, M. (2020). Assessing Nomophobia: Validation Study of the European Portuguese Version of the Nomophobia Questionnaire. Community Mental Health Journal, 1-10.
36. Gezgin, D. M., Cakir, O., & Yildirim, S. (2018). The Relationship between Levels of Nomophobia Prevalence and Internet Addiction among High School Students: The Factors Influencing Nomophobia. International Journal of Research in Education and Science, 4(1), 215-225.
37. Gray, C. C. (2019). Rational Emotive Behavior Therapy and the Impact on Early Adult Female Self-Esteem (Doctoral dissertation, Hampton University).
38. Gutiérrez-Puertas, L., Márquez-Hernández, V. V., São-Romão-Preto, L., Granados-Gámez, G., Gutiérrez-Puertas, V., & Aguilera-Manrique, G. (2019). Comparative study of nomophobia among Spanish and Portuguese nursing students. Nurse education in practice, 34, 79-84
39. Jilisha, G., Venkatachalam, J., Menon, V., & Olickal, J. J. (2019). Nomophobia: A mixed-methods study on prevalence,

associated factors, and perception among college students in Puducherry, India. Indian journal of psychological medicine, 41(6), 541.
40. Kim, J. U. (2008). The effect of a R/T group counseling program on the Internet addiction level and self-esteem of Internet addiction university students. International Journal of reality therapy, 27(2).
41. Levinson, M. H. (2007). The Myth of Self-Esteem: How Rational Emotive Behavior Therapy Can Change Your Life Forever. ETC.: A Review of General Semantics, 64(1), 89-90.
42. Ma, J., & Liu, C. (2018). Evaluation of the factor structure of the Chinese version of the nomophobia questionnaire. Current Psychology, 1-7.
43. Matsumoto, D. E. (2009). The Cambridge dictionary of psychology. Cambridge University Press.
44. Moreno-Guerrero, A. J., Aznar-Díaz, I., Cáceres-Reche, P., & Rodríguez-García, A. M. (2020). Do Age, Gender and Poor Diet Influence the Higher Prevalence of Nomophobia among Young People?. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(10), 3697.
45. Olivencia-Carrión, M. A., Ferri-García, R., del Mar Rueda, M., Jiménez-Torres, M. G., & López-Torrecillas, F. (2018). Temperament and characteristics related to nomophobia. Psychiatry research, 266, 5-10.
46. Pace, R. R. (2006). Effects of Rational Emotive Behavior Therapy on Self-esteem and Depression Within Faith-based Populations (Doctoral dissertation, Texas Southern University).
47. Pamuk, M., & Atli, A. (2016). Development of a problematic mobile phone use scale for university students: Validity and reliability study. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 29(1), 49.
48. Pavithra, M. B., Madhukumar, S., & Mahadeva, M. (2015). A study on nomophobia-mobile phone dependence, among students of a medical college in Bangalore. National Journal of community medicine, 6(3), 340-344.
49. Rodríguez-García, A. M., Moreno-Guerrero, A. J., & López Belmonte, J. (2020). Nomophobia: An Individual's Growing

Fear of Being without a Smartphone—A Systematic Literature Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(2), 580.
50. Roghanchi, M., Mohamad, A. R., Mey, S. C., Momeni, K. M., & Golmohamadian, M. (2013). The effect of integrating rational emotive behavior therapy and art therapy on self-esteem and resilience. The Arts in Psychotherapy, 40(2), 179-184.
51. Turner, M. J. (2016). Rational emotive behavior therapy (REBT), irrational and rational beliefs, and the mental health of athletes. Frontiers in psychology, 7, 1423.
52. VandenBos, G. R. (2015). APA dictionary of psychology.2nd edition, American Psychological Association, p-871
53. Warren, R., McLellarn, R., & Ponzoha, C. (1988). Rational-emotive therapy vs general cognitive-behavior therapy in the treatment of low self-esteem and related emotional disturbances. Cognitive Therapy and Research, 12(1), 21-37.
54. Yildirim, C., & Correia, A. P. (2015). Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. Computers in Human Behavior, 49, 130-137.
55. Yildirim, C., Sumuer, E., Adnan, M., & Yildirim, S. (2016). A growing fear: Prevalence of nomophobia among Turkish college students. Information Development, 32(5), 1322-1331.
56. Zeigler-Hill V.& Shackelford T.K. (2020) Rational Emotive Behavior Therapy. Encyclopedia of Personality and Individual Differences. Springer, Cham

Effectiveness of Rational Emotive Behaviour Counselling Program to reduce the symptoms of Nomophobia and developing self-esteem among a sample of university youth

Dr. Abdel Aziz Mahmoud Abdel Aziz
Mental health and psychological counseling lecturer
Faculty of Education - Ain Shams University

Abstract:

The current study aimed to verify the effectiveness of Rational Emotive Behaviour Counselling to reduce the symptoms of Nomophobia and developing self-esteem among a sample of university youth. The study sample consisted of of 20 students with an average age of 20.900, and a standard deviation of 0.718, they were divided into 10 experimental group with an average age of 20.799, a standard deviation of 0.632, and 10 Control group with a average age of 20,986, a standard deviation of (0.817), and the study used the Neophobia Scale (NMP) (Yildirim and Correia, 2015: Translate by the researcher Verify of Reliability and validity) and RSES (Rosenberg, 1965: Translate by the researcher Verify of Reliability and validity) and the Rational Emotive Behaviour Counselling Program (by: Researcher). The results showed that there are statistically significant differences between the mean ranks scores of the experimental group group in the pre and post-test on Nomophobia scale self-esteem scale in favor of the post-test. And There are statistically significant difference between the mean ranks scores of the experimental group and those of the control group in the post-test on the Nomophobia scale self-esteem scale in favor of the experimental group and There are no statistically significant difference between the mean ranks scores of the experimental group
in the post-test and follow-up measurement on the Nomophobia scale self-esteem scale.

Key words: Nomophobia, No- Mobile Phone Phobia, self-esteem, Rational Emotive Behaviour Counselling, university youth.