

## الفصل الخامس

### النتائج وتفسيرها

- أولاً - نتائج الدراسة
- ثانياً - مناقشة وتفسير النتائج
- ثالثاً - المقترحات والتوصيات
- رابعاً - بحوث مقترحة

يقوم الباحث في هذا الفصل بعرض النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، ثم مناقشة هذه النتائج في ضوء الإطار النظري، والدراسات السابقة.

### أولاً: نتائج الدراسة:

١- نتائج الفرض الأول (الخاص بالمجموعة التجريبية الأولى التي تلقت برنامج العلاج الروجري مع الدواء):

الفرض الفرعي (أ - ١) ونصه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات القلق لدى أفراد مجموعة العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة الدواء (أفراد المجموعة التجريبية الأولى) قبل تطبيق البرنامج (القياس القبلي)، ومتوسط درجاتهم على نفس المقاييس بعد تطبيق البرنامج مباشرة (القياس البعدي)".

#### الجدول (١٠)

يوضح الجدول دلالة الفروق بين متوسط درجات القياس القبلي والقياس البعدي في القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى (ت١)

المتغيرات	القياس القبلي لـ (ت١)		القياس البعدي لـ (ت١)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م		
القلق العام	٧٤,٣٠	٥١,٩٠	٤,٢٤	١٠,٥٩	٦,٧٧	دال عند (٠,٠١) لصالح البعدي
القلق كسمة	٦٧,٨٠	٤٤,٩٠	٥,٥٥	٤,٣٣	٩,٧٨	دال عند (٠,٠١) لصالح البعدي

يتضح من الجدول (١٠) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسط درجات القياس القبلي والقياس البعدي في القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة (ت١) لصالح القياس البعدي. وتؤكد هذه النتيجة على أن أفراد المجموعة (ت١) التي تلقت البرنامج العلاجي الروجري بمصاحبة الدواء قد حدث لديهم انخفاض في مستوى القلق العام مقداره (٢٢,٤) درجة، (٢٢,٩) درجة في القلق كسمة وذلك بعد تلقيهم البرنامج العلاجي.

هذا، ويمكن مقارنة هذه النتائج التي استخدم فيها التحليل الاحصائي البارامتري عن طريق نسبة "ت ستودنت" بالتحليل الاحصائي اللابارامتري (للعينات المتوسطة الحجم) بواسطة اختبار "ولكوكسن"، وذلك للتأكد من دقة النتائج.

## الجدول (١١)

يوضح الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للقلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة (ت<sub>١</sub>) باستخدام اختبار "ولكوكسن".

المتغيرات	T (١)	Z	دلالة الفروق (P)	مستوى الدلالة
القلق العام	٠	٢,٨٠-	٠,٠٠٥١	دال عند (٠,٠١)
القلق كسمة	٠	٢,٨٠-	٠,٠٠٥١	دال عند (٠,٠١)

يتضح من الجدول (١١) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي في القلق العام، والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة (ت<sub>١</sub>). وهذه النتيجة جاءت متطابقة تماماً مع نتائج التحليل البارامتري باستخدام "ستودنت"، والتي أظهرها الجدول (١٠). فقد أشارت جميع المتغيرات في كلا التحليلين إلى وجود فروق دالة في خفض حدة اضطراب القلق العام، والقلق كسمة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة على أفراد المجموعة (ت<sub>١</sub>) بالمقارنة مع نتائجهم في القياس القبلي في هذه المتغيرين. ومن هذه النتائج، يتبين لنا فاعلية البرنامج العلاجي الروجري بمصاحبة الدواء في خفض حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة (ت<sub>١</sub>) الذين تلقوا هذا اللون من العلاج. وهذا الفرض قد تحققت صحته.

الفرض الفرعي (ب-١) ونصه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى (ت<sub>١</sub>) قبل تطبيق البرنامج العلاجي (القياس القبلي)، ومتوسط درجاتهم على نفس المقياس بعد تطبيق البرنامج مباشرة (القياس البعدي)".

## الجدول (١٢)

يوضح الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى (ن = ١٠) في مفهوم الذات، باستخدام ت "ستودنت".

مستوى الدلالة	قيمة ت	القياس البعدي (ت)		القياس القبلي (ت)		أبعاد مفهوم الذات
		ع	م	ع	م	
دال عند (٠,٠١) لصالح البعدي	٤,٦١-	٥,٩٩	٥٨,٢٠	٨,١٠	٤٥,٨٠	مفهوم الذات الشخصي
دال عند (٠,٠١) لصالح البعدي	٣,٦١-	٦,٩٤	٦١,٨٠	٧,٨٣	٥١,٦٠	مفهوم الذات الاجتماعي
دال عند (٠,٠١) لصالح البعدي	٥,١٧-	٤,٩٠	٦٥,٥٠	٦,٣٤	٥٣,٣٠	مفهوم الذات الجسدي
دال عند (٠,٠٥) لصالح البعدي	٢,٥٦-	٣,٠٦	٦١,٦٠	٨,٩٩	٥٤,٥٠	مفهوم الذات الأخلاقي
دال عند (٠,٠١) لصالح البعدي	٣,٨٩-	٤,١٩	٥٩,٠٠	٧,٦١	٥٠,٢٠	مفهوم الذات الأسري

يتضح من الجدول (١٢) وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى (٠,٠٥، ٠,٠١) بين متوسط درجات القياس القبلي ومتوسط درجات القياس البعدي في مفهوم الذات بأبعاده (الشخصي، الاجتماعي، الجسدي، الأخلاقي، الأسري) وذلك لصالح القياس البعدي. وتعني الإشارة السالبة هنا في قيمة "ت" في كل أبعاد مفهوم الذات، أن مفهوم الذات لدى أفراد هذه المجموعة (ت) قد طرأ عليه تحسن بشكل دال بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، بالمقارنة مع مفهوم الذات لديهم قبل اخضاعهم للبرنامج، فقد طرأ تحسن في مفهوم الذات الشخصي بمتوسط قدره (١٢,٤) درجة، والاجتماعي (١٠,٢) درجة، والجسدي (١٢,٢) درجة، والأخلاقي (٧,١٠)، والأسري (٨,٨) درجة. وينبغي أن نتذكر في هذا المقام أن الدرجة العليا في هذا المقياس تشير إلى مفهوم ذات إيجابي، بينما الدرجة الدنيا فتشير إلى مفهوم ذات سالب أو منخفض. وهذا التحسن الذي طرأ في أبعاد مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة (ت) بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج يؤكد فاعلية البرنامج المستخدم مع أفراد هذه المجموعة.

## الجدول (١٣)

يوضح الفروق بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي لدى (ت) في مفهوم الذات بأبعاده الخمس باستخدام اختبار "ولكوكسن".

مستوى الدلالة	P	Z	T	أبعاد مفهوم الذات
دال عند (٠,٠١)	٠,٠٠٨	٢,٥٠-	٠	مفهوم الذات الشخصي
دال عند (٠,٠١)	٠,٠٠٦	٢,٧٠-	٠	مفهوم الذات الاجتماعي
دال عند (٠,٠١)	٠,٠٠٥	٢,٨٠-	٠	مفهوم الذات الجسدي
دال عند (٠,٠١)	٠,٠٠٨	٢,٦٥-	٠	مفهوم الذات الأخلاقي
دال عند (٠,٠١)	٠,٠١	٢,٥٤-	٠	مفهوم الذات الأسري

يتضح من الجدول (١٣) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين القياس القبلي والقياس البعدي في مفهوم الذات بأبعاده الخمسة لدى أفراد (ت١). وتؤكد نتائج هذا الجدول أنها متطابقة تماماً مع نتائج القياس البارامترى باستخدام ت ستودنت، كما هو ملاحظ في الجدول (١٢). وهذه النتيجة تؤكد مرة ثانية، أن أفراد المجموعة التجريبية (ت١) قد حدث لديهم تغير إيجابي دال في مفهوم الذات بأبعاده الخمسة بعد الانتهاء مباشرة من تطبيق البرنامج. بناء عليه فالفرض الفرعي (ب - ١) قد تحققت صحته.

**نتائج الفرض الفرعي (ج-١) ونصه:** "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات كل من القلق، مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى (ت١)، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة (ض) على نفس المقاييس بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة (القياس البعدي)".

١- الفروق بين متوسط درجات المجموعتين (التجريبية ت١، والضابطة) في القلق بعد تطبيق البرنامج مباشرة.

#### الجدول (١٤)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعتين (ت١، ض) بعد تطبيق البرنامج مباشرة باستخدام (ت١).

المتغيرات	القياس البعدي (ت١)		القياس البعدي (ض)		قيمة ت	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م		
القلق العام	١٠,٥٩	٦٨,٨٠	٥,٦٥	٤,٤٥-	٤,٤٥-	دال عند (٠,٠١) لصالح ت١
القلق كسمة	٤٤,٩٠	٥٥,٢٠	١١,٢٠	٢,٩١-	٢,٩١-	دال عند (٠,٠١) لصالح ت١

يتضح من الجدول (١٤) وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى (٠,٠١) بين متوسط درجات القلق العام، والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة (ت١)، وأفراد المجموعة (ض) بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة (القياس البعدي) لصالح أفراد المجموعة (ت١). فقد انخفض مستوى القلق العام لدى أفراد المجموعة (ت١) بمقدار (١٦,٩) درجة في المتوسط، و(١٠,٣) درجة بالمتوسط بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج على أفراد المجموعة (ت١).

وهذه النتيجة تشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي الراجري بمصاحبة الدواء في خفض حدة اضطراب القلق العام، والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة (ت<sub>١</sub>) بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي.

### الجدول (١٥)

يوضح الفروق بين درجات القياس البعدي لدى أفراد (ت<sub>١</sub>، ض) في القلق العام والقلق كسمة باستخدام اختبار "مان وتي" واختبار "ولكوكسن".

المتغيرات	مر <sub>١</sub> (ت <sub>١</sub> ) <sup>(١)</sup>	مر <sub>٢</sub> (ض)	U	W	Z	P	مستوى الدلالة
القلق العام	٦,٥٠	١٤,٥٠	١٠,٠	٦٥,٠	٣,٠٢-	٠,٠٠٢	دال عند (٠,٠١)
القلق كسمة	٨,٥٠	١٣,٠٠	١٤,٥	٧٤,٥	٢,٥٥-	٠,٠١٩	دال عند (٠,٠١)

يلاحظ من الجدول (١٥) وجود فروق جوهرية دالة عند (٠,٠١) بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى، وأفراد المجموعة الضابطة في القلق العام والقلق كسمة بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح أفراد (ت<sub>١</sub>). وهذه النتيجة تتفق تماماً مع نتائج القياس البارامترى لـ ت ستودنت، مما يؤكد أيضاً أن أفراد المجموعة (ت<sub>١</sub>) قد استفادوا من البرنامج العلاجي المقدم إليهم في خفض حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة بالمقارنة مع أفراد المجموعة (ض) التي لم تتلق البرنامج.

٢- الفروق بين متوسط درجات المجموعتين (ت<sub>١</sub>، ض) في مفهوم الذات في القياس البعدي.

### الجدول (١٦)

يوضح دلالة الفروق بين درجات (ت<sub>١</sub>، ض) في مفهوم الذات (القياس البعدي).

مستوى الدلالة	ت <sup>*</sup>	القياس البعدي (ت <sub>١</sub> )		القياس البعدي (ض)		أبعاد مفهوم الذات
		ع	م	ع	م	
دال عند (٠,٠١) لصالح ت <sub>١</sub>	٤,٠٧	٥,٤١	٤٧,٨٠	٥,٩٩	٥٨,٢٠	مفهوم الذات الشخصي
دال عند (٠,٠١) لصالح ت <sub>١</sub>	٢,٩٠	٥,٠٨	٥٣,٩٠	٦,٩٤	٦١,٨٠	مفهوم الذات الاجتماعي
دال عند (٠,٠١) لصالح ت <sub>١</sub>	٥,٠٣	٦,٧٧	٥٢,٢٠	٤,٩٠	٦٥,٥٠	مفهوم الذات الجسمي
دال عند (٠,٠١) لصالح ت <sub>١</sub>	٤,٤٥	٥,٥٣	٥٢,٧٠	٣,٠٦	٦١,٦	مفهوم الذات الأخلاقي
دال عند (٠,٠١) لصالح ت <sub>١</sub>	٢,٢٢	٥,٩١	٥٣,٩٠	٤,١٩	٥٩,٠٠	مفهوم الذات الأسري

\* - مر<sub>١</sub> = متوسط الرتب المخصصة للمجموعة التي حجم عينتها ت<sub>١</sub> = (ن = ١٠)

مر<sub>٢</sub> = متوسط الرتب المخصصة للمجموعة التي حجم عينتها ض<sub>١</sub> = (ن = ١٠)

يلاحظ من الجدول (١٦) وجود فروق دالة إحصائية عند المستوى (٠.٠١) بين متوسط درجات أفراد المجموعتين (ت<sub>١</sub>، ض) في مفهوم الذات بأبعاده الخمسة (الشخصي، الاجتماعي، الجسمي، الأخلاقي، الأسري) بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة لصالح المجموعة التجريبية الأولى. وهذه النتيجة تشير إلى تحسن قد طرأ على مفهوم الذات بأبعاده الخمسة - المشار إليها سابقاً - لدى أفراد (ت<sub>١</sub>) بالمقارنة مع أفراد (ض) بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة، مما يؤكد فاعلية هذا البرنامج المستخدم مع أفراد (ت<sub>١</sub>) في تحسين مفهوم الذات.

### جدول (١٧)

يوضح الفروق بين درجات القياس البعدي لدى (ت<sub>١</sub>، ض) في مفهوم الذات

باستخدام اختبار "مان وتني"، واختبار "ولكوكسن".

أبعاد مفهوم الذات	مر (ت <sub>١</sub> )	مر (ض)	U	W	Z	P	مستوى الدلالة
مفهوم الذات الشخصي	١٤,٢٠	٦,٨٠	١٣,٠٠	١٤٢,٠	-٢,٨١	٠,٠٠٤	دال عند (٠,٠١)
مفهوم الذات الاجتماعي	١٣,٧٠	٧,٣٠	١٨,٠٠	١٣٧,٠	-٢,٤٢	٠,٠١٥	دال عند (٠,٠١)
مفهوم الذات الجسمي	١٤,٩٥	٦,٠٥	٥,٥٠	١٤٩,٥	-٣,٣٧	٠,٠٠٠	دال عند (٠,٠١)
مفهوم الذات الأخلاقي	١٤,٧٠	٦,٣٠	٨,٠٠	١٤٧,٠	-٣,١٨	٠,٠٠١	دال عند (٠,٠١)
مفهوم الذات الأسري	١٣,٠٠	٨,٠٠	٢٥,٠٠	١٣٠,٠	-١,٩١	٠,٠٥٠	دال عند (٠,٠٥)

يلاحظ من الجدول (١٧) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٠٥، ٠,٠٠١) بين القياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى (ت<sub>١</sub>) وأفراد المجموعة الضابطة (ض) في مفهوم الذات بأبعاده الخمس. وهذه النتيجة متطابقة تماماً مع نتيجة التحليل البارامتري باستخدام "ت" ستودنت في قياس هذا المتغير والتي أظهرها الجدول (١٦). حيث تشير كلا النتيجتين إلى فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم مع أفراد المجموعة (ت<sub>١</sub>) في تحسين مفهوم الذات لديهم بأبعاده الخمس بالمقارنة مع أفراد المجموعة (ض).

**نتائج الفرض الفرعي (د - ١) ونصه:** "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات

كل من: القلق، مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة، ومتوسط درجاتهم على نفس المقاييس بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج (القياس التنبئي)".

\* - مر<sub>١</sub> = متوسط الرتب المخصصة للمجموعة التي حجم عينتها ت<sub>١</sub> = (ن = ١٠)

مر<sub>٢</sub> = متوسط الرتب المخصصة للمجموعة التي حجم عينتها ض<sub>١</sub> = (ن = ١٠)

## ١- بالنسبة للقلق العام:

## الجدول (١٨)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات القياس البعدي والقياس التتبعي في القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد (ت١) باستخدام "ت" ستودنت.

المتغيرات	القياس البعدي (ت١)		القياس التتبعي (ت١)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
القلق العام	٥١,٩٠	١٠,٥٩	٥٠,٦٠	١١,٨٢	٠,٤٤	غير دالة عند (٠,٠٥)
القلق كسمة	٤٤,٩٠	٤,٣٣	٥٠,٤٠	٧,٨٦	١,٨٣-	غير دالة عند (٠,٠٥)

يلاحظ من الجدول (١٨) عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسط درجات القياس البعدي، والقياس التتبعي في القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة (ت١) وهذه النتيجة تؤكد أن أفراد المجموعة التجريبية الأولى الذين تلقوا البرنامج العلاجي الروجري مع الدواء قد حافظوا على ثبات التحسن في مستوى القلق العام والقلق كسمة باتجاه الخفض بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج، وهذا يرجع لقوة وفاعلية البرنامج العلاجي في ذلك. والنتيجة هذه أثبتت صحة الفرض بالنسبة لهذا المتغير.

## جدول (١٩)

يوضح الفروق بين درجات القياس البعدي والقياس التتبعي لدى (ت١) في القلق العام والقلق كسمة باستخدام اختبار "لوكوكسن".

المتغيرات	T <sup>*</sup>	Z	P	مستوى الدلالة
القلق العام	٠	٠,٠٠٠	١,٠٠٠	غير دالة عند (٠,٠٥)
القلق كسمة	٠	١,٠٠٠-	٠,٣١	غير دالة عند (٠,٠٥)

يلاحظ من الجدول (١٩) عدم وجود فروق جوهرية دالة بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى في القلق العام والقلق كسمة. وهذه النتيجة تتفق تماماً مع نتيجة الجدول (١٨) الخاص بالقياس اليارامتري باستخدام "ت" ستودنت لهذه المتغيرات. وهذا يؤكد كفاءة وفاعلية البرنامج العلاجي المستخدم مع أفراد هذه المجموعة في ثبات استمرار التحسن في القلق العام والقلق كسمة - باتجاه الخفض - بعد مضي شهر من انتهاء البرنامج العلاجي.

\* - (T) = مجموع الرتب ذو المجموع الأصغري.

## ٢- في مفهوم الذات:

## جدول (٢٠)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات القياس البعدي والقياس التتبعي

في مفهوم الذات لدى أفراد (ت١)

مستوى الدلالة	ت	القياس التتبعي (ت١)		القياس بعدي (ت١)		أبعاد مفهوم الذات
		ع	م	ع	م	
غير دالة (٩)	٠,٨٠-	٩,٤٤	٦٠,٤٠	٥,٩٩	٥٨,٢٠	مفهوم الذات الشخصي
غير دالة	١,٤٠	٦,٩٤	٥٨,٤٠	٦,٩٤	٦١,٨٠	مفهوم الذات الاجتماعي
دال عند (٠,٠١)	٢,٥٦-	٥,٩٩	٥٨,١٠	٤,٩٠	٦٥,٥٠	مفهوم الذات الجسمي
دال عند (٠,٠٥)	٢,٠٧-	٧,٦٩	٥٥,٩٠	٣,٠٦	٦١,٦	مفهوم الذات الأخلاقي
غير دالة	١,٣٦	٨,٥٢	٥٤,٧٠	٤,١٩	٥٩,٠٠	مفهوم الذات الأسري

\* (٠,٠٥)

يتضح من الجدول (٢٠) مايلي:

- عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى (ت١) في مفهوم الذات الشخصي، ومفهوم الذات الاجتماعي ومفهوم الذات الأسري. وتؤكد هذه النتيجة استمرار ثبات التحسن في كلا المتغيرين بعد فترة شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة (ت١) والذي يمكن أن نعزوه إلى البرنامج العلاجي.
- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١ ، ٠,٠٥) بين متوسط درجات القياس البعدي والقياس التتبعي لدى أفراد (ت١) في كل من: مفهوم الذات الجسمي، ومفهوم الذات الأخلاقي، لصالح القياس البعدي. وتشير هذه النتيجة إلى انتكاس قد حدث لأفراد المجموعة (ت١) في هذه المتغيرات بعد مضي شهر من انتهاء البرنامج العلاجي (القياس التتبعي) بالمقارنة مع درجاتهم بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة (القياس البعدي). ويمكن القول أن البرنامج قد اخفق في استمرار ثبات التحسن في هذه المتغيرات لدى أفراد المجموعة (ت١) لفترة شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي.

## الجدول (٢١)

يوضح الفروق بين درجات القياس البعدي والقياس التتبعي لدى أفراد (ت١) في مفهوم الذات، باستخدام اختبار "ولكوكسن"

أبعاد مفهوم الذات	T	Z	P	مستوى الدلالة
مفهوم الذات الشخصي	٠	-٠,٥٠٩	٠,٦١٠	غير دالة (*)
مفهوم الذات الاجتماعي	١	١,١٨٠	٠,٢٣٦	غير دالة
مفهوم الذات الجسدي	٠	-٢,٣٤	٠,٠١٩	دالة عند (٠,٠١)
مفهوم الذات الأخلاقي	١	-٢,٠٧	٠,٠٣٨	دالة عند (٠,٠٥)
مفهوم الذات الأسري	٢	-١,٦٨	٠,٠٩٠	غير دالة

يلاحظ من الجدول السابق (٢١) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين درجات القياس البعدي، ودرجات القياس التتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى في مفهوم الذات الشخصي، والاجتماعي، والأسري، بينما وجدت فروق دالة في مفهوم الذات الجسدي، والأخلاقي عند مستوى دلالة (٠,٠١، ٠,٠٥). وهذه النتيجة تتفق جزئياً مع نتائج التحليل البارامتري باستخدام "ت" ستودنت لهذه المتغيرات؛ فبالرغم أن مفهوم الذات الأسري كان دالاً عند مستوى (٠,٠٥) باستخدام التحليل البارامتري لـ "ت"، إلا أنه لم يصل إلى مستوى الدلالة باستخدام التحليل اللابارامتري بواسطة اختبار "ولكوكسن". أما باقي المتغيرات فقد اتفقت نتائجها سواء باستخدام نسبة "ت" أو اختبار "ولكوكسن".

## نتائج الفرض الفرعي (هـ - ١) ونصه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات

كل من: القلق، مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى، وأفراد المجموعة الضابطة بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي (القياس التتبعي).

## ١- بالنسبة للقلق:

## الجدول (٢٢)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات القياس التتبعي في القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعتين (التجريبية الأولى، والضابطة).

المتغيرات	القياس التتبعي (ت١)		القياس التتبعي (ض)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
القلق العام	٥٠,٦٠	١١,٨٢	٦٧,٤	٧,٥٠	٣,٦٠-	دال عند (٠,٠١) لصالح (ت١)
القلق كسمة	٥٠,٤٠	٧,٨٦	٥٨,٥	٦,٢٥	٢,٤٢-	دال عند (٠,٠٥) لصالح (ت١)

يلاحظ من الجدول (٢٢) وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى (٠,٠٠٥ ، ٠,٠١) بين متوسط درجات أفراد المجموعتين (التجريبية الأولى (ت١) والضابطة (ض) في القلق العام والقلق كسمة بعد مضي شهر من انتهاء البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية. وتفيد الإشارة السالبة لقيمة "ت" أن شدة القلق العام والقلق كسمة قد انخفضت بشكل دال بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي. ويمكن القول من هذه النتيجة أن البرنامج العلاجي الوجودي بمصاحبة الدواء قد أثبتت فاعليته في خفض شدة اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعة (ت١) بعد مضي شهر من انتهاء البرنامج.

### الجدول (٢٣)

يوضح الفروق بين درجات القياس التتبعي لدى (ت١، ض) في القلق العام والقلق كسمة باستخدام اختبار "مان وتني" واختبار "لكوكسن"

المتغيرات	مر. (ت١)	مر. (ض)	U	W	Z	P	مستوى الدلالة
القلق العام	٦,٤٥	١٤,٥٥	٩,٥	٦٤,٥	٣,٠٦	٠,٠٠٢	دال عند (٠,٠١)
القلق كسمة	٧,٤٠	١٣,٦٠	١٩,٠	٧٤,٠	٢,٣٤	٠,٠١٨	دال عند (٠,٠١)

يتضح من الجدول (٢٣) وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين درجات القياس التتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى، وأفراد المجموعة الضابطة في القلق العام، والقلق كسمة، وجاءت هذه الفروق في صالح المجموعة التجريبية (ت١). وبملاحظة نتائج الجدول (٢٢) والجدول (٢٣) يتبين أن البرنامج العلاجي المستخدم مع أفراد المجموعة (ت١) قد حافظوا على ثبات استمرار التحسن في القلق العام والقلق كسمة باتجاه الخفض بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة بعد شهر من انتهاء جلسات العلاج النفسي.

## ٢- الفروق في مفهوم الذات:

## الجدول (٢٤)

يوضح دلالة الفروق بين أفراد (ت، ض) في مفهوم الذات  
في (القياس التتبعي) باستخدام نسبة "ت" ستودنت".

مستوى الدلالة	"ت"	القياس التتبعي (ض)		القياس التتبعي (ت)		أبعاد مفهوم الذات
		ع	م	ع	م	
دال عند (٠.٠١) ل ت	٣,١٥	١,٩٠	٥٠,٣	٩,٤٤	٦٠,٤٠	مفهوم الذات الشخصي
غير دال عند (٠,٠٥)	١,١٩	٦,٥٦	٥٤,٦	٦,٩٤	٥٨,٤٠	مفهوم الذات الاجتماعي
غير دال عند (٠,٠٥)	٠,٠٦٢٣	٨,٣٣	٥٥,٨	٥,٩٩	٥٨,١٠	مفهوم الذات الجسدي
غير دال عند (٠,٠٥)	٠,٣٩٦-	٦,٨١	٥٧,٢٠	٧,٦٩	٥٥,٩٠	مفهوم الذات الأخلاقي
غير دال عند (٠,٠٥)	٠,٢٠٢-	٨,٣٠	٥٥,٥	٨,٥٢	٥٤,٧٠	مفهوم الذات الأسري

يتضح من الجدول (٢٤) أن هناك فروقاً دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين أفراد المجموعتين التجريبية الأولى والضابطة في مفهوم الذات الشخصي فقط بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية الأولى. فقد وصل الفرق بين المجموعتين في هذا المتغير (١٠,١) درجة، وهذا يعني أن أفراد المجموعة استمروا في المحافظة على ثبات التحسن في مفهوم الذات الشخصي بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة لفترة شهر من انتهاء تطبيق البرنامج. وهذه النتيجة تؤكد فاعلية البرنامج العلاجي الروجري بمصاحبة الدواء في ثبات استمرار التحسن في مفهوم الذات الشخصي بالمقارنة مع الضابطة بعد شهر من انتهاء البرنامج.

كذلك يتضح من الجدول (٢٤) عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين أفراد المجموعتين (التجريبية الأولى "ت"، والضابطة) في مفهوم الذات بأبعاده (الاجتماعي، الجسدي، الأخلاقي، الأسري) بعد مضي شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي. حيث أظهرت النتائج أن هناك انتكاساً أو تراجعاً قد حدث لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى في هذه الأبعاد، بعد مضي شهر من انتهاء البرنامج العلاجي. ويمكن أن نستنتج من هذه النتائج، أن البرنامج العلاجي الروجري بمصاحبة الدواء لم يكن له أثر فعال في ثبات استمرار التحسن في مفهوم الذات (الاجتماعي، الجسدي، الأخلاقي، الأسري) بعد مضي شهر من انتهاء البرنامج.

## الجدول (٢٥)

يوضح الفروق بين درجات القياس التتبعي لدى أفراد (ت، ض) في مفهوم الذات، باستخدام اختبار "مان وتني"، واختبار "لوكوكسن" للعينات المتوسطة الحجم.

أبعاد مفهوم الذات	مر (ت)	مر (ض)	U	W	Z	P	مستوى الدلالة
مفهوم الذات الشخصي	٧,٨٥	٣٣,٥	٠,٥	١٣١,٥	٢,٠٠-	٠,٠٤٤	دال عند (٠,٠٥)
مفهوم الذات الاجتماعي	١٦,٩٥	٩,٠٥	٣٥,٥	١١٩,٥	١,٠٩-	٠,٢٧	غير دال <sup>(*)</sup>
مفهوم الذات الجسدي	١٢,٠٠	٩,٠٠	٣٥,٠	١٢٠,٠	١,١٣	٠,٢٥٠-	غير دال
مفهوم الذات الأخلاقي	١٠,٧٥	١٠,٢٥	٤٧,٥	١٥٧,٥	٠,١٨	٠,٨٥	غير دال
مفهوم الذات الأسري	١١,٥٥	٩,٤٥	٣٩,٥	١١٥,٥	٠,٧٩	٠,٤٢	غير دال

\* (٠,٠٥)

يلاحظ من الجدول (٢٥) مايلي:- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى وأفراد المجموعة الضابطة في مفهوم الذات الشخصي بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي، حيث بلغت دلالة الفروق في هذا المتغير (٠,٠٤٤) وهي قيمة أصغر من (٠,٠٥)، لذلك فهي دالة عند (٠,٠٥).

- كما يتضح من الجدول (٢٥) عدم وجود فروق دالة بين درجات أفراد (ت) وأفراد (ض) في كل من: مفهوم الذات الاجتماعي، والجسدي، والأخلاقي، والأسري بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج. وهذه النتيجة أيضاً تؤكد أن هناك انتكاساً قد حدث لأفراد المجموعة التجريبية الأولى في هذه المتغيرات (الاجتماعي، الجسدي، الأخلاقي، الأسري) بعد مضي شهر من تطبيق البرنامج. وهذا يعني عدم فاعلية البرنامج في ثبات استمرار التحسن في هذه الأبعاد أو المتغيرات لبعد شهر من تطبيق البرنامج.

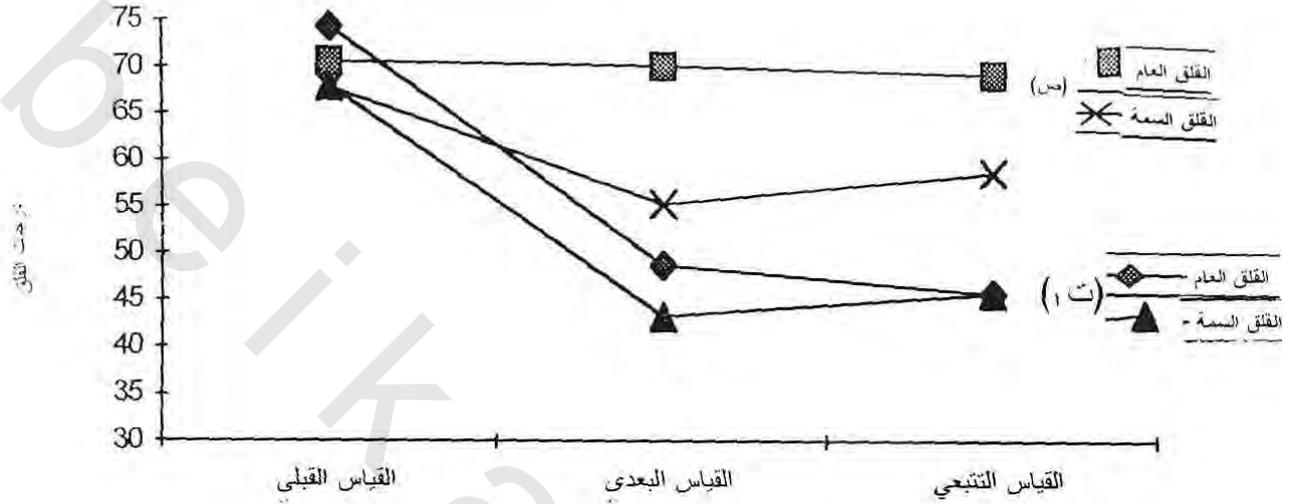
وبالرجوع إلى الجدول (٢٤) الخاص بالتحليل البارامتري باستخدام اختبار "ت" يتضح أن هناك اتفاقاً تاماً في النتائج بينه وبين التحليل اللابارامتري باستخدام اختبار مان وتني واختبار لوكوكسن للعينات المتوسطة الحجم في دلالة هذه المتغيرات بين المجموعتين (التجريبية الأولى والضابطة) بعد مضي شهر من انتهاء البرنامج؛ فكل الاختبارين أوجداً أن هناك فروق بين أفراد (ت، ض) في مفهوم الذات الشخصي؛ بينما لم يوجد أي فروق في الأبعاد الأخرى الخاصة باختبار مفهوم الذات. وهذا الفرض قد تحققت نتائجه جزئياً.

وفي نهاية عرض نتائج الفروض الفرعية للفرض الأول المتعلق بالمجموعة التجريبية

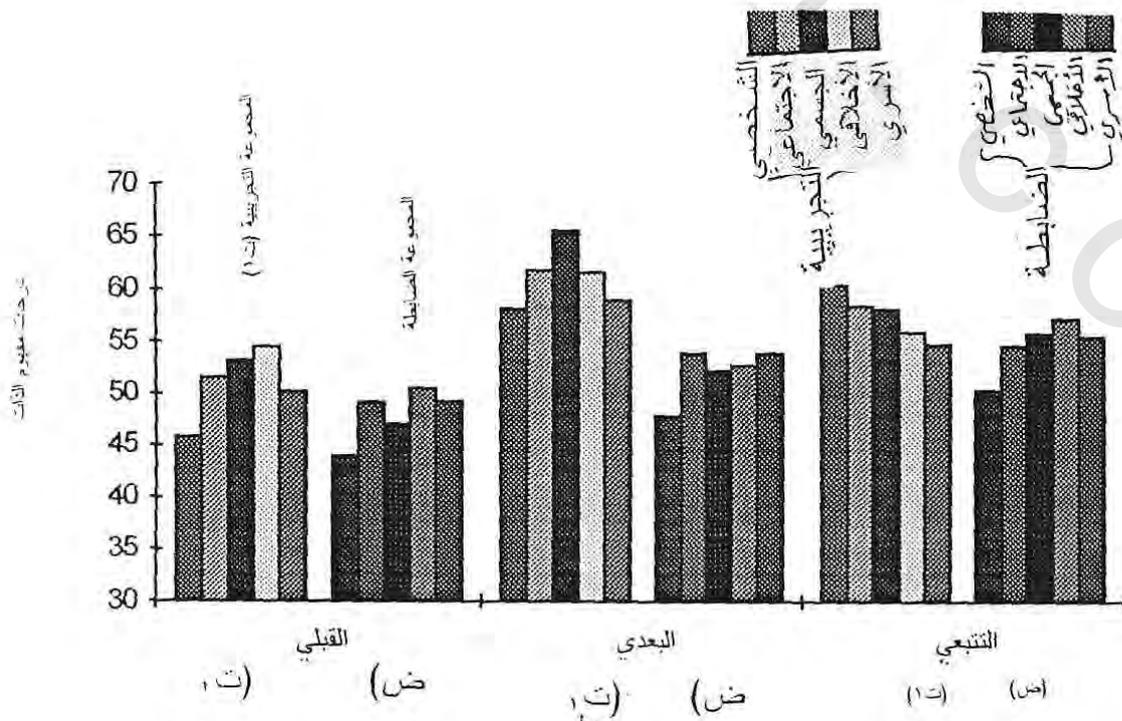
الأولى (ت) يمكن تلخيصها كالآتي:

- ١- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسط درجات القياس القبلي والقياس البعدي في القلق العام، والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى (ت١) لصالح القياس البعدي. والنتائج التي أظهرها الجدول (١٠، ١١) أثبتت صحة الفرض.
- ٢- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١، ٠,٠٥) بين متوسط درجات القياس القبلي ومتوسط درجات القياس البعدي في مفهوم الذات بأبعاده (الشخصي، الاجتماعي، الجسمي، الأخلاقي، الأسري) لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى (ت١) لصالح القياس البعدي. والنتائج التي أظهرتها الجداول (١٢، ١٣) أثبتت صحة الفرض.
- ٣- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١، ٠,٠٥) بين متوسط درجات كل من القلق العام والقلق كسمة، ومفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى، وأفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة لصالح المجموعة التجريبية الأولى والنتائج التي أظهرتها الجداول (١٤، ١٥، ١٦، ١٧) أثبتت صحة هذا الفرض.
- ٤- عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسط درجات القياس البعدي ومتوسط درجات القياس التتبعي في القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى، كما هو موضح في الجدول (١٨، ١٩) وبذلك تحقق صحة الفرض.
- ٥- عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسط درجات القياس البعدي ومتوسط درجات القياس التتبعي في مفهوم الذات الشخصي، والاجتماعي، بينما وجدت فروق دالة بين القياسين البعدي والتتبعي في مفهوم الذات الجسمي، والأخلاقي، والأسري لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى كما هو موضح في الجداول (٢٠، ٢١). وهذا الفرض تحقق جزئياً.
- ٦- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١، ٠,٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعتين (التجريبية الأولى والضابطة) في القلق العام والقلق كسمة بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج. وهذه النتيجة أثبتت صحة الفرض، وذلك كما هو مبين في الجدول (٢٢، ٢٣).
- ٧- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسط درجات أفراد المجموعتين (التجريبية الأولى والضابطة) في مفهوم الذات الشخصي بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج (القياس التتبعي) لصالح (ت١)، بينما لم توجد فروق بين المجموعتين (ت١، ض) في مفهوم الذات الاجتماعي، الجسمي، الأخلاقي، الأسري بعد شهر من انتهاء

تطبيق البرنامج. وهذا الفرض أثبتت النتائج صحته جزئياً وذلك كما هو مبين في الجداول (٢٤، ٢٥).



يلاحظ من الرسم البياني (١) انخفاض واضح في مستوى القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى بعد القياس البعدي بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة، كما يلاحظ ثبات التحسن في القلق العام والقلق كسمة بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة.



يلاحظ من الرسم البياني (٢) تحسن واضح في مفهوم الذات بأبعاده الخمس لدى أفراد المجموعة (ت١) بالمقارنة مع مفهوم الذات بأبعاده الخمس لدى أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة. بينما حدث انعكاس في بعض أبعاد مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة (ت١) في القياس التبعي بالمقارنة مع نتائجهم في القياس البعدي.

## ٢- نتائج الفرض الثاني (الخاص بالمجموعة التجريبية الثانية التي تلقت العلاج الروجري بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو):

**الفرض الفرعي (أ-٢) ونصه:** توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات كل من: القلق، مفهوم الذات لدى أفراد مجموعة العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو (ت٢) قبل تطبيق البرنامج العلاجي، ومتوسط درجاتهم على نفس المقاييس بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة.

### ١- الفروق بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي في القلق لدى أفراد (ت٢):

#### الجدول (٢٦)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي

في القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد (ت٢).

مستوى الدلالة	قيمة ت'	القياس البعدي (ت٢)		القياس القبلي (ت١)		المتغيرات
		(ن = ٩)		(ن = ٩)		
		ع	م	ع	م	
القلق العام	١٣,٨٨	٥,٢٩	٤٥,٣٣	٢,٠٢	٧٠,١١	
القلق كسمة	١٧,٧٨	٢,٩٤	٤١,٧٧	٣,٤٨	٦٨,١١	

ينضح من الجدول (٢٦) أن هناك فروقاً جوهرية دالة عند مستوى (٠,٠١) بين متوسط درجات القياس القبلي ومتوسط درجات القياس البعدي في القلق العام، والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية، لصالح القياس البعدي. فقد انخفض مستوى القلق العام في القياس البعدي عنه في القياس القبلي بمقدار (٢٤,٧٨) درجة، وانخفض مستوى القلق كسمة في القياس البعدي كذلك عنه في القياس القبلي بمقدار (٢٦,٣٤) درجة. وهذه النتيجة تؤكد فاعلية العلاج الروجري المصاحب للتغذية المرتدة بالفيديو في خفض حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة (ت٢) بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة.

## الجدول (٢٧)

يوضح الفروق بين درجات القياس القبلي، والقياس البعدي في القلق العام، والقلق كسمة لدى أفراد (ت٢) باستخدام اختبار "ولكوكسن".

المتغيرات	T	Z	دلالة الفروق (P)	مستوى الدلالة
القلق العام	٠	٢,٦٦-	٠,٠٠٧	دال عند (٠,٠١)
القلق كسمة	٠	٢,٦٦-	٠,٠٠٧	دال عند (٠,٠١)

بلاحظ من الجدول (٢٧) وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى (٠,٠١) بين درجات القياس القبلي، ودرجات القياس البعدي في القلق العام، والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية (ت٢) لصالح القياس البعدي. ونتائج هذا الجدول (٢٧) القائم على التحليل اللابارامتري باستخدام اختبار "ولكوكسن" لمتغيرات الدراسة (القلق العام، والقلق كسمة) جاءت متطابقة تماماً مع نتائج الجدول (٢٦) القائم على التحليل البارامتري باستخدام "ت" ستودنت لهذه المتغيرات، فقد بلغت دلالة الفروق في كل من القلق العام، والقلق كسمة (٠,٠٠٧) وهي دالة عند (٠,٠١). وتؤكد هذه النتيجة أيضاً فاعلية البرنامج المستخدم لدى أفراد هذه المجموعة (ت٢) في خفض القلق العام، والقلق كسمة بعد تطبيق البرنامج مباشرة بالمقارنة مع نتائجهم قبل التدخل العلاجي.

## ٢- الفروق بين القياسين (القبلي والبعدي) في مفهوم الذات (ت٢):

## الجدول (٢٨)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي في مفهوم الذات لدى أفراد (ت٢) باستخدام نسبة "ت" ستودنت.

مستوى الدلالة	قيمة ت	القياس البعدي (ت٢)		القياس القبلي (ت٢)		أبعاد مفهوم الذات
		ع	م	ع	م	
دال عند (٠,٠١) لصالح البعدي	٩,٠-	٧,٠	٦٣,١	٤,٢	٣٩,٨	مفهوم الذات الشخصي
دال عند (٠,٠١) لصالح البعدي	٥,٨-	٦,٠	٥٩,٨	٨,٠	٤٣,٦	مفهوم الذات الاجتماعي
دال عند (٠,٠١) لصالح البعدي	٧,٧-	٣,٥	٦٤,٦	٨,٠	٤٥,٧	مفهوم الذات الجسدي
دال عند (٠,٠١) لصالح البعدي	١٢,٧-	٧,٠	٦٠,٧	٩,١	٤٣,٨	مفهوم الذات الأخلاقي
دال عند (٠,٠١) لصالح البعدي	٩,٣-	٨,٣	٥٩,١	٦,٤	٣٨,٠	مفهوم الذات الأسري

يتضح من الجدول (٢٨) أن هناك فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسط درجات القياس القبلي، والقياس البعدي في مفهوم الذات بأبعاده الخمسة (الشخصي، الاجتماعي، الجسمي، الأخلاقي، الأسري) لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية (ت٢) لصالح القياس البعدي. فقد تحسن مفهوم الذات الشخصي بعد تطبيق البرنامج بـ (٢٣,٢٣) درجة عنه في القياس القبلي، وكذلك تحسن مفهوم الذات الاجتماعي بـ (١٦,٢٢) درجة، و (١٨,٨٩) درجة في مفهوم الذات الجسمي، و (١٦,٨٩) درجة في مفهوم الذات الأخلاقي، و (٢١,١١) درجة في مفهوم الذات الأسري وتبين الإشارة السالبة هنا في قيمة "ت" (-٩,٠٤) على سبيل المثال، إلى أنه قد حدث تحسن بالاتجاه الإيجابي في مفهوم الذات بأبعاده الخمسة لدى أفراد (ت٢) بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة بالمقارنة مع مستوى مفهوم الذات قبل تطبيق البرنامج. وتبين هذه النتيجة، فاعلية العلاج الوجودي بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو في تحسين مفهوم الذات لدى (ت٢) بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج مباشرة.

#### الجدول (٢٩)

يوضح الفروق بين درجات القياس القبلي والبعدي في مفهوم الذات لدى (ت٢) باستخدام اختبار "ولكوكسن".

أبعاد مفهوم الذات	T	Z	P	مستوى الدلالة
مفهوم الذات الشخصي	٠	-٢,٦٦	٠,٠٠٧	دال عند (٠,٠١)
مفهوم الذات الاجتماعي	٠	-٢,٦٦	٠,٠٠٧	دال عند (٠,٠١)
مفهوم الذات الجسمي	٠	-٢,٦٦	٠,٠٠٧	دال عند (٠,٠١)
مفهوم الذات الأخلاقي	٠	-٢,٦٦	٠,٠٠٧	دال عند (٠,٠١)
مفهوم الذات الأسري	٠	-٢,٦٦	٠,٠٠٧	دال عند (٠,٠١)

يلاحظ من الجدول (٢٩) وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين درجات القياس القبلي، ودرجات القياس البعدي في مفهوم الذات بأبعاده الخمسة لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية لصالح القياس البعدي؛ حيث بلغت دلالة الفروق في جميع أبعاد مفهوم الذات (٠,٠٠٧) وهي أصغر من مستوى الدلالة عن (٠,٠١)، لذلك فهي دالة عند (٠,٠١).

وهذه النتيجة تتفق تماما مع نتائج التحليل البارامتري باستخدام نسبة "ت" ستودنت في حساب الفروق في هذه المتغيرات، مما يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي في تحسين مفهوم الذات

بإبعاده الخمس لدى أفراد المجموعة (ت٢) بعد تلقيهم البرنامج العلاجي مباشرة.

نتائج الفرض الفرعي (ب - ٢) ونصه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات كل من: القلق، مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية، وأفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة (القياس البعدي)".

١- الفروق بين المجموعتين (ت٢، ض) في القلق بعد تطبيق البرنامج مباشرة:

### الجدول (٣٠)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات القياس البعدي لدى أفراد (ت٢، ض)

في القلق العام، والقلق كسمة باستخدام "ت" ستودنت.

المتغيرات	القياس البعدي (ت٢)		القياس البعدي (ض)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م		
القلق العام	٤٥,٣٣	٥,٢٩	٦٨,٨٠	٥,٦٥	٩,٣٤-	دال عند (٠,٠١) لصالح التجريبية
القلق كسمة	٤١,٧٧	٢,٩٤	٥٥,١١	١١,٢٠	٣,٦٥-	دال عند (٠,٠١) لصالح التجريبية

يتضح من الجدول (٣٠) وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية، وأفراد المجموعة الضابطة في القلق العام، والقلق كسمة بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة (القياس البعدي) لصالح التجريبية الثانية، حيث بلغ الفرق بين المجموعتين في القلق العام (٢٣,٤٧) درجة، و (١٣,٣٤) درجة في القلق كسمة. وهذه النتيجة تشير إلى أن أفراد المجموعة (ت٢) قد استفادوا من البرنامج العلاجي المقدم إليهم في خفض شدة اضطراب القلق العام، والقلق كسمة بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة، وذلك بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد (ت٢). ويعزى هذه التحسن إلى فاعلية هذا النوع من العلاج.

### الجدول (٣١)

يوضح دلالة الفروق بين درجات القياس البعدي لدى أفراد (ت٢، ض) في القلق العام

والقلق كسمة، باستخدام اختبار "مان وتي" و "ولكوكسن".

المتغيرات	مر (ت٢)	مر (ض)	U	W	Z	P	مستوى الدلالة
القلق العام	٥,٠٦	١٤,٤٥	٠,٥	٤٥,٥	٣,٦٣-	٠,٠٠٠	دال عند (٠,٠١)
القلق كسمة	٧,٠٠	١٢,٧٠	١٨,٠	٦٣,٠	٢,٢١-	٠,٠٢٦	دال عند (٠,٠٥)

يلاحظ من الجدول (٣١) وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى (٠,٠١) و (٠,٠٥) لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية (ت٢) وأفراد المجموعة الضابطة (ض) في القلق العام، والقلق كسمة بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد (ت٢). وهذا الفرق جاء لصالح المجموعة (ت٢). ويلاحظ أيضاً من هذه النتيجة أنها تتفق تماماً مع نتائج التحليل البارامتري باستخدام "ت" ستودنت في قياس هذه المتغيرات بين المجموعتين، مما يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي في خفض شدة اضطراب القلق العام كسمة بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة.

## ٢- الفروق بين المجموعتين (ت٢، ض) في مفهوم الذات بعد تطبيق البرنامج مباشرة:

### الجدول (٣٢)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات القياس البعدي في مفهوم الذات لدى (ت٢، ض) باستخدام "ت" ستودنت.

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	القياس البعدي (ض)		القياس البعدي (ت٢)		أبعاد مفهوم الذات
		ع	م	ع	م	
دال عند (٠,٠١) لصالح التجريبية الثانية	٥,٢٩	٥,٤١	٤٧,٨٠	٧,٠٠	٦٣,١١	مفهوم الذات الشخصي
دال عند (٠,٠٥) لصالح التجريبية الثانية	٢,٣١	٥,٠٨	٥٣,٩٠	٦,٠٩	٥٩,٨٨	مفهوم الذات الاجتماعي
دال عند (٠,٠١) لصالح التجريبية الثانية	٥,١٠	٦,٧٧	٥٢,٢٠	٣,٥٣	٦٤,٦٦	مفهوم الذات الجسمي
دال عند (٠,٠١) لصالح التجريبية الثانية	٢,٧٦	٥,٥٣	٥٢,٧٠	٧,٠٣	٦٠,٧٧	مفهوم الذات الأخلاقي
غير دال	١,٥٥	٥,٩١	٥٣,٩٠	٨,٣٥	٥٩,١١	مفهوم الذات الأسري

يلاحظ من الجدول (٣٢) مايلي:

- أن هناك فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) و (٠,٠٥) بين أفراد المجموعتين (التجريبية الثانية، والضابطة) في مفهوم الذات الشخصي، والاجتماعي، والجسمي، والأخلاقي، بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة لصالح أفراد المجموعة التجريبية الثانية. فقد بلغت قيم "ت" في هذه المتغيرات على الترتيب (٥,٢٩)، (٢,٣١)، (٥,١٠)، (٢,٧٦) وهي كلها دالة. وهذه النتيجة تشير إلى فاعلية العلاج الراجري في تحسين مفهوم الذات بالأبعاد المشار إليها سابقاً مقارنة بنتائج مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة الضابطة، وذلك بعد انتهاء تطبيق البرنامج مباشرة.
- عدم وجود فروق جوهرية دالة بين أفراد المجموعتين (ت٢، ض) في مفهوم الذات الأسري بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج مباشرة. وهذا الأمر يشير إلى عدم قدرة البرنامج على إحداث تغير إيجابي في هذا المتغير لدى أفراد (ت٢).

## الجدول (٣٣)

يوضح الفروق بين درجات القياس البعدي لدى أفراد المجموعتين (ت، ض) في مفهوم الذات، باستخدام اختبار "مان وتتي" و "ولكوكسن"

مستوى الدلالة	P	Z	W	U	مر. (ض)	مر. (ت)	أبعاد مفهوم الذات
دال عند (٠.٠١)	٠.٠٠٠	٣.٤٥-	١٣٢.٠	٣.٠	٥.٨٠	١٤.٦٧	مفهوم الذات الشخصي
دال عند (٠.٠٥)	٠.٠٣٦	٢.٠٩-	١١٥.٥	١٩.٥	٧.٤٥	١٢.٨٣	مفهوم الذات الاجتماعي
دال عند (٠.٠١)	٠.٠٠١	٣.٢٢-	١٢٩.٠	٦.٠	٦.١٠	١٤.٣٣	مفهوم الذات الجسمي
دال عند (٠.٠١)	٠.٠١٧	٢.٣٧-	١١٩.٠	١٦.٠	٧.١٠	١٣.٢٢	مفهوم الذات الأخلاقي
غير دال <sup>١</sup>	٠.٤٦١	٠.٧٣-	٩٩.٠	٣٦.٠	٩.١٠	١١.٠	مفهوم الذات الأسري

(٠.٥)\*

يلاحظ من الجدول (٣٣) وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى (٠.٠١ و ٠.٠٥) بين أفراد المجموعتين (التجريبية الثانية والضابطة) في مفهوم الذات (الشخصي، الاجتماعي، الجسمي، الأخلاقي) بينما لم توجد فروق بين المجموعتين في مفهوم الذات الأسري بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة. فقد بلغت دلالة الفروق لمتغيرات مفهوم الذات الشخصي، والاجتماعي، والجسمي، والأخلاقي (٠.٠٠٠، ٠.٠٣٦، ٠.٠٠١، ٠.٠١٧) على الترتيب، بينما بلغت دلالة الفروق بالنسبة لمفهوم الذات الأسري (٠.٤٦١). وهذا الأمر يدعونا إلى القول بفاعلية البرنامج العلاجي في تحسين مفهوم الذات بأبعاده (الشخصي، الاجتماعي، الجسمي، الأخلاقي) لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي، بينما مفهوم الذات الأسري لم يتأثر أو يطرأ عليه أي تحسن نتيجة للتدخل العلاجي. وهذه النتيجة تتفق تماماً مع نتائج التحليل البارامترى باستخدام نسبة "ت" ستودنت لحساب الفروق بين المجموعتين في هذه المتغيرات.

## نتائج الفرض الفرعي (ج-٢) ونصه: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات

كل من: القلق، مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة، ومتوسط درجاتهم على نفس المقاييس بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج".

## ١- الفروق بين القياس البعدي والتتبعي في القلق لدى (ت):

## الجدول (٣٤)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات القياس البعدي والتتبعي في القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد (ت) باستخدام نسبة "ت" ستودنت.

المتغيرات	القياس البعدي (ت)		القياس التتبعي (ت)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
القلق العام	٤٥,٣٣	٥,٢٩	٤٧,٢٢	٣,٥٦	-٠,٨٤	غير دال عند (٠,٠١)
القلق كسمة	٤١,٧٧	٢,٩٤	٤٣,٦٦	٣,٠٤	-١,٢٦	غير دال عند (٠,٠١)

يلاحظ من الجدول (٣٤) عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسط درجات القياس البعدي، والقياس التتبعي في القلق العام، والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية. وتبين هذا النتيجة، استمرار ثبات التحسن في القلق العام والقلق كسمة - باتجاه الخفض - لبعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي الروجري بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو، وهذا يرجع لقوة البرنامج المستخدم مع أفراد هذه المجموعة.

## الجدول (٣٥)

يوضح الفروق بين درجات القياس البعدي والتتبعي لدى أفراد (ت) في القلق العام والقلق كسمة باستخدام اختبار ولكوكسن.

المتغيرات	T	Z	دلالة الفروق (P)	مستوى الدلالة
القلق العام	٠	١,٧٧-	٠,٠٧٥	غير دال
القلق كسمة	٠	١,٧٧-	٠,٠٨٥	غير دال

\* (٠,٠٥)

يتضح من الجدول (٣٥) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي في القلق العام، والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية. وهذه النتيجة تتفق تماما مع نتائج الجدول السابق فيما يتعلق بقياس هذه المتغيرات. وهذا يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم في ثبات التحسن في القلق العام والقلق كسمة لمدة شهر من انتهاء تطبيق البرنامج.

## ٢- الفروق بين درجات القياس البعدي والتتبعي في مفهوم الذات لدى (ت٢):

الجدول (٣٦)

يوضح المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وقيمة "ت" ودلالاتها بين القياس البعدي والتتبعي لمفهوم الذات لدى (ت٢).

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	القياس التتبعي (ت٢)		القياس البعدي (ت٢)		أبعاد مفهوم الذات
		ع	م	ع	م	
غير دال	١,٣٣	٧,٠٠	٥٨,٤٤	٧,٠٠	٦٣,١١	مفهوم الذات الشخصي
غير دال	١,٠٠	٧,١٢	٥٦,٥٥	٦,٠٩	٥٩,٨٨	مفهوم الذات الاجتماعي
غير دال	١,٠٥	٤,٧٩	٦٢,٤٤	٣,٥٣	٦٤,٦٦	مفهوم الذات الجسمي
غير دال	٠,٥١	٥,٨٨	٥٩,١١	٧,٠٣	٦٠,٧٧	مفهوم الذات الأخلاقي
غير دال	٠,٦٤	٦,٧٠	٥٦,٦٦	٨,٣٥	٥٩,١١	مفهوم الذات الأسري

يلاحظ من الجدول (٣٦) مايلي:

- عدم وجود فروق جوهرية دالة بين متوسط درجات القياس البعدي والقياس التتبعي في مفهوم الذات الشخصي والاجتماعي والجسمي والأخلاقي والأسري لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية. فقد بلغت قيمة "ت" (١,٣٣) بالنسبة لمفهوم الذات الشخصي، و(١,٠٠) بالنسبة للذات الاجتماعي (١,٠٥) بالنسبة لمفهوم الذات الجسمي (٠,٥١) لمفهوم الذات الأخلاقي (٠,٦٤) لمفهوم الذات الأسري. وجميع هذه القيم غير دالة عند مستوى (٠,٠٥).

وهذه النتيجة تؤكد فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم مع أفراد (ت٢) في ثبات استمرار التحسن في كل من مفهوم الذات الشخصي والاجتماعي والجسمي والأخلاقي والأسري، لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية.

## الجدول (٣٧)

يوضح الفروق بين درجات القياس البعدي والقياس التتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية (ن=٩) في مفهوم الذات باستخدام اختبار ولكوكسن.

مستوى الدلالة	P	Z	T	أبعاد مفهوم الذات
غير دال *	٠,١٦٢	١,٩١-	٠	مفهوم الذات الشخصي
غير دال	٠,١٥٤	١,٦٥-	٠	مفهوم الذات الاجتماعي
غير دال	٠,١٤٦	١,٤٢-	٠	مفهوم الذات الجسمي
غير دال	٠,١٣٨	١,٠٦-	٠	مفهوم الذات الأخلاقي
غير دال	٠,١٠٩	١,١٤-	٠	مفهوم الذات الأسري

\* = (٠,٠٥)

يتضح من الجدول (٣٧) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي في مفهوم الذات الشخصي والاجتماعي والجسمي والأخلاقي والأسري. وهذه النتائج تتفق مع نتائج الجدول (٣٦) الخاص بقياس هذه المتغيرات بواسطة "ت" ستودنت، مما يؤكد على أن البرنامج العلاجي المستخدم مع المجموعة (ت<sub>٢</sub>) أثبت فاعليته في الحفاظ على ثبات استمرار التحسن في مفهوم الذات الشخصي والاجتماعي والجسمي والأخلاقي والأسري بعد شهر من انتهاء البرنامج.

**نتائج الفرض الفرعي (هـ-٢) ونصه:** "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية وأفراد المجموعة الضابطة في كل من: القلق، مفهوم الذات بعد مضي شهر من انتهاء البرنامج العلاجي.

١- الفروق بين متوسط درجات القياس التتبعي في القلق لدى أفراد المجموعتين (ت<sub>٢</sub>، ض)

## الجدول (٣٨)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعتين (ت<sub>٢</sub>، ض) في التتبعي

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	القياس التتبعي (ض)		القياس التتبعي (ت <sub>٢</sub> )		المتغيرات
		ع	م	ع	م	
دال عند (٠,٠١) ل(ت <sub>٢</sub> )	٧,٢٣-	٧,٥٠	٦٧,٤	٣,٥٦	٤٧,٢٢	القلق العام
دال عند (٠,٠١) ل(ت <sub>٢</sub> )	٦,٣٤-	٦,٢٥	٥٨,٥	٣,٠٤	٤٣,٦٦	القلق كسمة

يلاحظ من الجدول (٣٨) وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسط درجات المجموعتين (التجريبية الثانية، والضابطة) في القلق العام، والقلق كسمة بعد شهر من انتهاء جلسات البرنامج العلاجي، وجاء هذا الفرق في صالح المجموعة التجريبية الثانية. وينبغي الإشارة هنا، إلى أن الإشارة السالبة في قيمة "ت" (-٧,٢٣، -٦,٣٤) تعني أنه قد حدث انخفاض في حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي. ومن هذه النتيجة يمكن القول: أن أفراد المجموعة التجريبية الثانية قد استفادوا من جلسات البرنامج العلاجي الروجري بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو في خفض شدة اضطراب القلق العام لديهم، وهذا الانخفاض ظل محافظاً على مستواه لبعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي.

#### الجدول (٣٩)

يوضح الفروق بين درجات القياس التتبعي لدى أفراد المجموعة (ت، ض) في القلق العام، والقلق كسمة باستخدام اختبار "مان وتي" و "ولكوكسن".

المتغيرات	مر، (ت)	مر، (ض)	U	W	Z	P	مستوى الدلالة
القلق العام	٥,٠٠	١٤,٥٠	٠,٠	٤٥,٠٠	-٣,٦٨	٠,٠٠٠	دال عند (٠,٠١)
القلق كسمة	٥,٥٠	١٤,١٥	٤,٥	٤٩,٥٠	-٣,٣١	٠,٠٠٠	دال عن (٠,٠١)

يلاحظ من الجدول (٣٩) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين درجات القياس التتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية، وأفراد المجموعة الضابطة في القلق العام، والقلق كسمة. وجاء هذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية الثانية. وهذه النتيجة تتفق تماماً مع نتائج الجدول (٣٨) المتعلق بحساب هذه المتغيرات بواسطة نسبة "ت" ستودنت، مما يؤكد على فاعلية العلاج الروجري بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو في ثبات التحسن الذي طرأ على مستوى القلق العام والقلق كسمة بالمقارنة مع المجموعة الضابطة بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي.

- الفروق بين متوسط درجات المجموعتين (ت، ض) في مفهوم الذات بعد شهر من انتهاء البرنامج.

### الجدول (٤٠)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة (ت، ض) في مفهوم الذات بعد شهر من انتهاء البرنامج (القياس التتبعي).

مستوى الدلالة	قيمة ت	القياس التتبعي (ض)		القياس التتبعي (ت)		أبعاد مفهوم الذات
		ع	م	ع	م	
دال عند (٠,٠١) ل(ت)	٣,١٩	١,٩	٥٠,٣	٧,٠٠	٥٨,٤٤	مفهوم الذات الشخصي
غير دال	٠,٥٨٥	٦,٥٦	٥٤,٦	٧,١٢	٥٦,٥٥	مفهوم الذات الاجتماعي
دال عند (٠,٠٥) ل(ت)	٢,٠٤	٨,٣٣	٥٥,٨	٤,٧٩	٦٢,٤٤	مفهوم الذات الجسدي
غير دال	٠,٦٢٢	٦,٨١	٥٧,٢	٥,٨٨	٥٩,١١	مفهوم الذات الأخلاقي
غير دال	٠,٣١٨	٨,٣٠	٥٥,٥	٦,٧٠	٥٦,٦٦	مفهوم الذات الأسري

تشير نتائج الجدول (٤٠) إلى:

- وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى (٠,٠١، ٠,٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في مفهوم الذات الشخصي والجسدي بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي لصالح أفراد المجموعة التجريبية الثانية. وهذه النتيجة تؤكد على أن أفراد المجموعة التجريبية الثانية الذين تلقوا البرنامج العلاجي الروجري بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو قد استطاعوا الاستفادة من هذا البرنامج في المحافظة على استمرار التحسن الحاصل لديهم في مفهوم الذات الشخصي والجسدي بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلق أي برنامج، وذلك بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج على أفراد المجموعة (ت).

- كما تشير نتائج الجدول (٤٠) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسط درجات أفراد المجموعتين التجريبية الثانية والضابطة في مفهوم الذات: الاجتماعي، والأخلاقي، والأسري بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج. حيث بلغت قيمة "ت" في هذه الأبعاد (٠,٥٨٥) للاجتماعي، و (٠,٦٢٢) للأخلاقي، و (٠,٣١٨) للأسري. وهذه النتيجة تبين أن هناك انتكاس قد حدث لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية في هذه الأبعاد بعد شهر من انتهاء

البرنامج العلاجي. كما أنها تشير إلى أن البرنامج المستخدم مع أفراد (ت) لم يكن له أي أثر في استمرار ثبات التحسن في مفهوم الذات الاجتماعي، الأخلاقي، الأسري بعد مضي شهر من انتهاء البرنامج العلاجي.

### الجدول (٤١)

يوضح الفروق بين أفراد المجموعتين (ت، ض) في مفهوم الذات بعد شهر من انتهاء البرنامج باستخدام اختبار "مان وتي"، و "ولكوكسن"

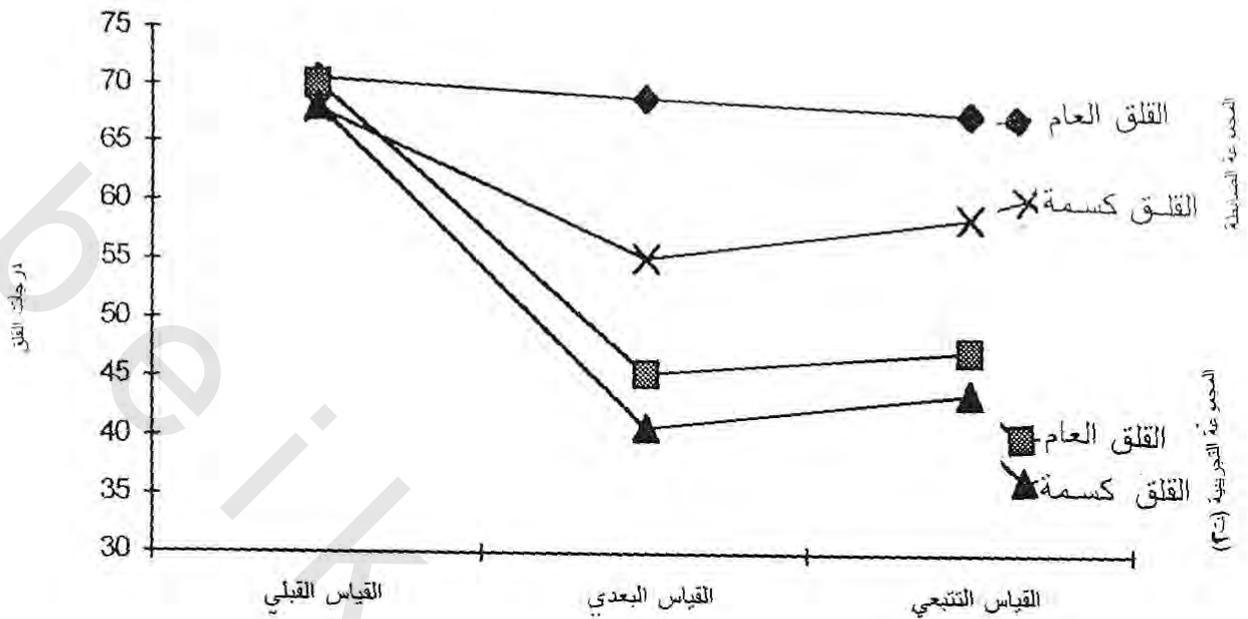
أبعاد مفهوم الذات	مر. (ت)	مر. (ض)	U	W	Z	P	مستوى الدلالة
مفهوم الذات الشخصي	١٥,٠٠	٥,٥٠	٢٣,٠	١٣٥,٠	٣,٦٨-	٠,٠٠٥١	دال عند (٠,٠٥) لصالح التجريبية
مفهوم الذات الاجتماعي	١٠,٨٣	٩,٢٥	٣٧,٥	٩٧,٥	٠,٦١٦-	٠,٥٣٧	غير دال
مفهوم الذات الجسدي	١٣,٠٦	٧,٢٥	١٧,٥	١١٧,٥	٢,٢٤-	٠,٠٠٢٤	دال عند (٠,٠٥) لصالح التجريبية
مفهوم الذات الأخلاقي	١١,٠٦	٩,٠٥	٣٥,٥	٩٩,٥	٠,٧٨١-	٠,٤٣٤-	غير دال
مفهوم الذات الأسري	١١,١١	٩,٠٠	٣٥,٠	١٠٠,٠	٠,٨١٧-	٠,٤٣٤	غير دال

يتضح من الجدول (٤١): - وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى (٠,٠٥) بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية (ت) وأفراد المجموعة الضابطة (ض) في مفهوم الذات الشخصي، والجسدي بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي، حيث بلغت دلالة الفروق للشخصي (٠,٠٥١) و (٠,٠٢٤) للجسدي، فهاتان القيمتان دالتان عند مستوى (٠,٠٥). وهذا يعني، ثبات التحسن في هذين البعدين لدى أفراد المجموعة (ت) بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة بعد مضي شهر من انتهاء البرنامج العلاجي.

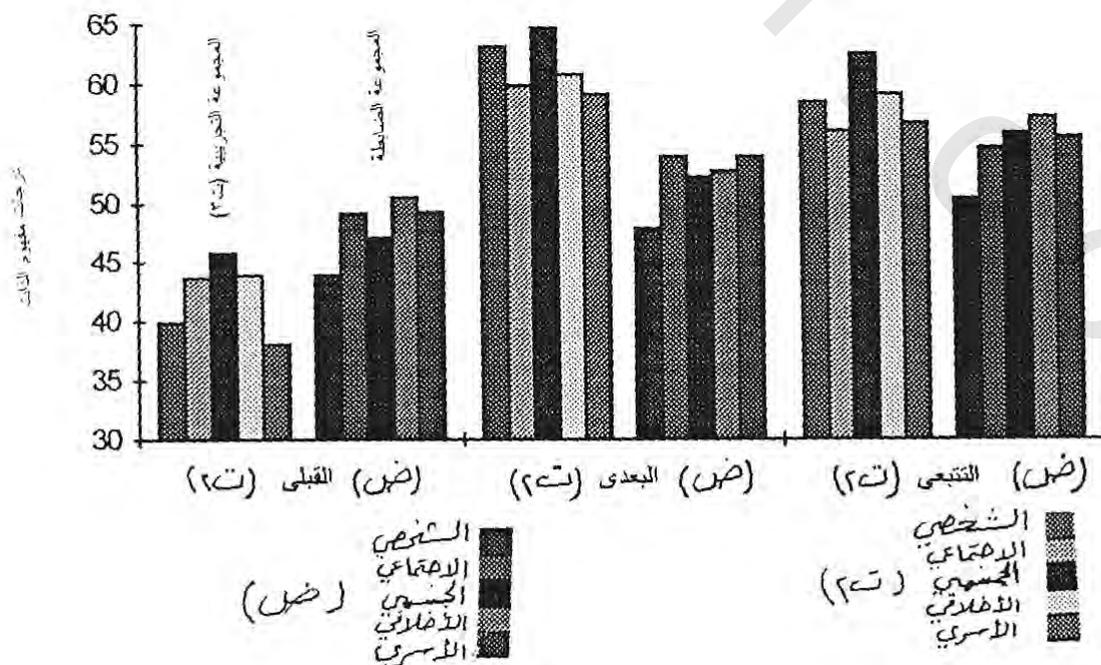
- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين درجات المجموعتين (التجريبية الثانية والضابطة) في مفهوم الذات الاجتماعي، والأخلاقي، والأسري بعد مضي شهر من انتهاء البرنامج. فقد بلغت دلالة الفروق لهذه الأبعاد (٠,٥٣٧) للاجتماعي، و (٠,٤٣٤-) للأخلاقي، و (٠,٤٣٤) للأسري، وهذه الفروق غير دالة عند مستوى (٠,٠٥). وهذا يعني، عدم قدرة البرنامج العلاجي المستخدم مع أفراد المجموعة التجريبية في الحفاظ على ثبات التحسن في مفهوم الذات الاجتماعي، الأخلاقي، الأسري بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي. والنتيجة هذه تتفق تماماً مع نتائج الجدول (٤٠) المتعلق بقياس دلالة الفروق في هذه الأبعاد لدى المجموعتين (ت، ض) باستخدام "ت" بعد مضي شهر من انتهاء البرنامج العلاجي.

- وأخيراً يمكن تلخيص النتائج التي توصل إليها الفرض الثاني والخاص بالمجموعة التجريبية الثانية (العلاج الروجري بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو).
- وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسط درجات القياس القبلي، ومتوسط درجات القياس البعدي في القلق العام، ومفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية لصالح القياس البعدي. وبذلك تحقق صحة الفرض.
  - وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسط درجات القياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية والضابطة في القلق العام لصالح المجموعة التجريبية الثانية.
  - وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسط درجات القياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية والضابطة في مفهوم الذات: الشخصي، الاجتماعي، الجسمي، الأخلاقي، لصالح المجموعة التجريبية، بينما لم يوجد أي فروق بين المجموعتين في مفهوم الذات الأسري بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة. وبذلك تحقق صحة الفرض جزئياً.
  - عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات القياس البعدي والتتبعي في القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية. تم التحقق من صحة الفرض.
  - عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات القياس البعدي والتتبعي في مفهوم الذات الشخصي والاجتماعي والجسمي والأخلاقي والأسري. تحقق صحة الفرض كلياً.
  - وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في القلق العام بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية الثانية. تحقق صحة الفرض.
  - وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في مفهوم الذات الشخصي، والجسمي بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي (القياس التتبعي) لصالح المجموعة التجريبية الثانية، بينما لم توجد فروق بين المجموعتين في مفهوم الذات: الاجتماعي، والأخلاقي، والأسري بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج (القياس التتبعي). وبذلك تحقق صحة الفرض جزئياً.

الفصل الخامس: نتائج الدراسة وتفسيرها



يتضح من الرسم البياني (٣) أن أفراد المجموعة التجريبية الثانية استطاعوا الاستفادة من البرنامج العلاجي الذي تلقوه في خفض حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة؛ فقد انخفض مستوى القلق بعد جلسات العلاج مباشرة عما كان عليه قبل التدخل العلاجي، وظل هذا التحسن في الخفض ثابتاً لبعده شهر من تطبيق البرنامج.



يتضح من الرسم البياني (٤) التحسن الإيجابي في مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية، التي تلقت البرنامج العلاجي المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو عبر القياس البعدي والتتبعي ومقارنة هذا التحسن في مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة الضابطة، حيث يشير هذا الرسم إلى ارتفاع أو تحسن في مفهوم الذات بأبعاده الخمس بعد تلقيهم جلسات البرنامج العلاجي، وبعد ذلك أخذ هذا التحسن بالتذبذب حيناً والاستقرار حيناً آخر في جلسة القياس التتبعي.

**نتائج الفرض الفرعي (د - ٢) ونصه:** "مامدى إدراك أفراد المجموعة التجريبية الثانية لخبراتهم الإيجابية والسلبية والمتناقضة والغامضة أثناء مشاهدتهم لجلسات العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة الفيديو.

#### جدول (٤٢)

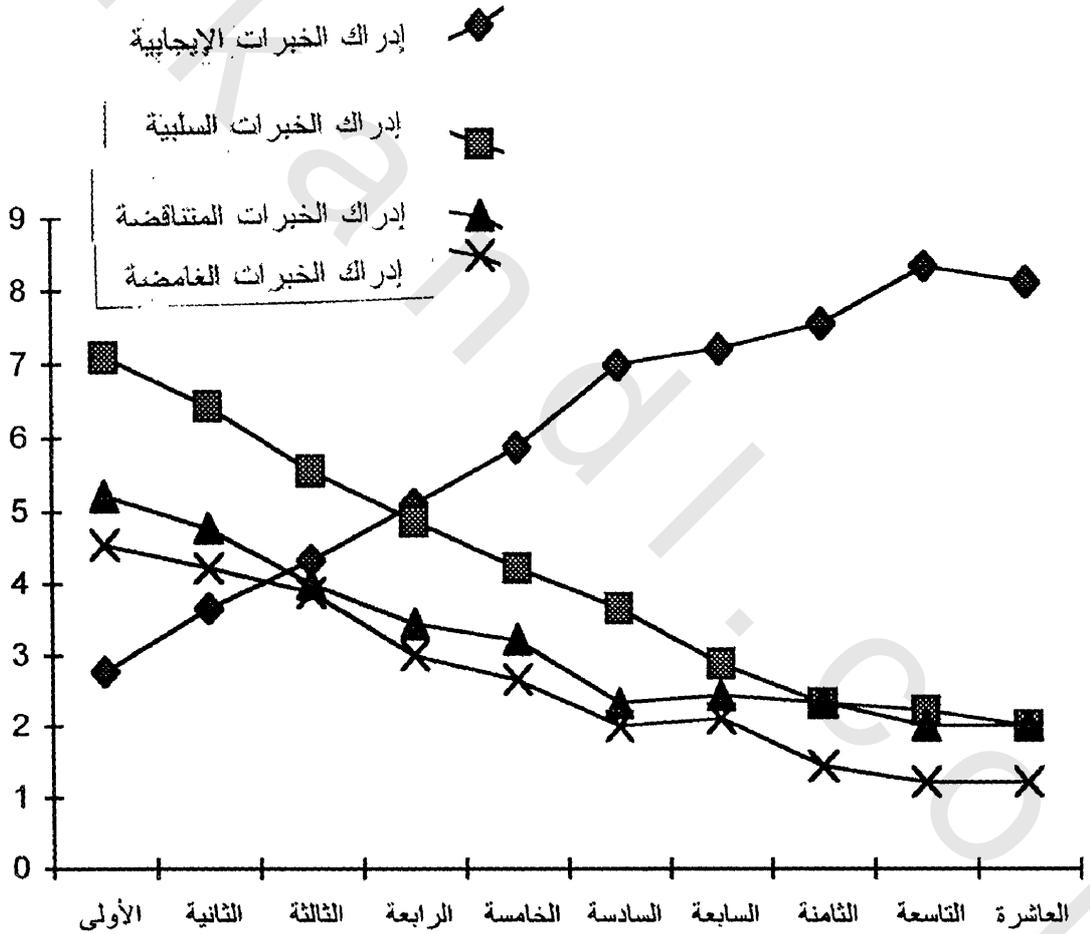
يوضح الجدول دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية في إدراك خبراتهم بعد أول مشاهدة بالفيديو وآخر مشاهدة.

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	إدراك الخبرات في آخر جلسة مشاهدة		إدراك الخبرات في أول جلسة مشاهدة		
		ع	م	ع	م	
دال عند (٠,٠١) لصالح الإدراك البعدي	١٥,٨٤-	٠,٧٣	٨,١١	٠,٦٢	٢,٧٧	إدراك الخبرات الإيجابية
دال عند (٠,٠١) لصالح الإدراك البعدي	٨,٩٣	٠,٤٧	٢,٣٣	١,٤٤	٧,١١	إدراك الخبرات السلبية
دال عند (٠,٠١) لصالح الإدراك البعدي	٥,٦٥	٠,٦٦	٢,٠٠	١,٤٧	٥,٢٢	إدراك الخبرات المتناقضة
دال عند (٠,٠١) لصالح الإدراك البعدي	٥,٠٣	٠,٩١	١,٢٢	١,٨٣	٤,٥٥	إدراك الخبرات الغامضة

يلاحظ من الجدول السابق مايلي:

- تزايد في قدرة العميل على إدراك الخبرات الإيجابية الخاصة به عبر جلسات العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة تقنية التغذية المرتدة بالفيديو. وهذه المواجهة الذاتية للعميل عن طريق الفيديو قد ساعدته على أن يكون أكثر قدرة على أن يخبر ذاته كموضوع يتمركز حوله التقويم، وبذلك حدث لديه نوع من التبصر بذاته، والذي انعكس على زيادة إدراك الخبرات الإيجابية التي تخص الذات.

- تناقص في خبرات العميل السلبية في آخر جلسة مشاهدة لشريط الفيديو، عنه في أول جلسة مشاهدة. بمعنى آخر، فقد حدث تناقص في خبرات العميل السلبية التي يشعر بها والتي تسبب له الضيق والقلق.
- كما يلاحظ من الجدول السابق، تزايد التطابق بين مفهوم الذات وخبرات العميل؛ بحيث أصبح عبر جلسات المواجهة الذاتية بالفيديو أكثر تطابقاً، وأكثر انفتاحاً على خبراته، وأقل دفاعية.
- يلاحظ أيضاً قلة في الخبرات الغامضة بالنسبة للعميل بالمقارنة مع أول جلسة مواجهة مع الذات بواسطة الفيديو.



يلاحظ من الرسم البياني (٥) تحسن في الخبرات الإيجابية، وتناقص في الخبرات السلبية والغامضة والمتناقضة لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية والتي تلقت البرنامج العلاجي المتمركز على العميل بمصاحبة المواجهة الذاتية بالفيديو، وذلك عبر جلسات العلاج العشر.

- نتائج الفرض الثالث (الخاص بالمجموعة التجريبية الثالثة التي تلقت برنامج العلاج الروجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية:

نتائج الفرض الفرعي (أ - ٣) ونصه: "توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات كل من: القلق، مفهوم الذات لدى أفراد مجموعة العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية (ت-٢) قبل تطبيق البرنامج العلاجي (القياس القبلي) ومتوسط درجاتهم على نفس المقاييس بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة (القياس البعدي).

١- الفروق بين القياس القبلي والبعدي في القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد (ت-٢):

الجدول (٤٣)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي في القلق العام والقلق كسمة لدى (ت-٢) باستخدام "ت" ستودنت.

المتغيرات	القياس القبلي (ت-٢) (ن = ٩)		القياس البعدي (ت-٢) (ن = ٩)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م		
القلق العام	٣,٦٦	٤٨,٦٦	٦,٥٣	٩,٠٨	دال عند (٠,٠١) لصالح البعدي	
القلق كسمة	٣,٧٤	٤٣,٢٢	٦,٤٣	٩,٣٩	دال عند (٠,٠١) لصالح البعدي	

يلاحظ من الجدول (٤٣) وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى (٠,٠١) بين متوسط درجات القياس القبلي، ومتوسط درجات القياس البعدي في القلق العام، والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة لصالح القياس البعدي. حيث بلغت قيمة الفرق بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي (٢٥,٥٦) درجة في القلق العام، و(٢٢,٢٢) درجة في القلق كسمة. وهذه النتيجة تؤكد فاعلية البرنامج العلاجي الروجري المصاحب للتغذية المرتدة الحيوية في خفض حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة (ت-٢) بعد الانتهاء مباشرة من تطبيق البرنامج.

الجدول (٤٤)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي في القلق العام، والقلق كسمة لدى أفراد (ت-٢) باستخدام اختبار "ولكوكسن".

المتغيرات	T	Z	دلالة الفروق (P)	مستوى الدلالة
القلق العام	٠	٢,٦٦-	٠,٠٠٧	دال عند (٠,٠١)
القلق كسمة	٠	٢,٦٦-	٠,٠٠٧	دال عند (٠,٠١)

يلاحظ من الجدول السابق وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين درجات القياس القبلي والبعدي في القلق العام، والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة (ت٣)، حيث بلغت دلالة الفروق (٠,٠٠٧) في كل من القلق العام، والقلق كسمة، وهذه القيمة هي أصغر من (٠,٠١)، لذلك فهي دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١). وتتفق هذه النتيجة تماماً مع نتائج التحليل البارامتري لهذين المتغيرين باستخدام "ت" ستودنت، كما أظهرها الجدول (٤٣). وهذه النتيجة تدل على فاعلية العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية لمعدل ضربات الدم وضغط الدم بمساعدة تدريبات الاسترخاء في خفض حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد (ت٣) بعد تطبيق البرنامج مباشرة.

## ٢- الفروق بين القياس القبلي والبعدي في مفهوم الذات لدى (ت٣):

### الجدول (٤٥)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي في مفهوم الذات لدى أفراد (ت٣) باستخدام "ت" ستودنت.

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	القياس القبلي (ت٣)		القياس البعدي (ت٣)		أبعاد مفهوم الذات
		ع	م	ع	م	
دال عند (٠,٠١) لصالح القياس البعدي	٨,٤٤-	٥,٨٣	٦٥,٣٣	٦,٨٨	٤٤,١١	مفهوم الذات الشخصي
دال عند (٠,٠١) لصالح القياس البعدي	٤,٣٧-	٤,٥٧	٦٤,٧٧	٩,٢٦	٥٢,٦٦	مفهوم الذات الاجتماعي
دال عند (٠,٠١) لصالح القياس البعدي	٤,٢٦-	٦,٠٣	٦٤,٨٨	١٠,٦ ٩	٥٠,٢٢	مفهوم الذات الجسدي
دال عند (٠,٠١) لصالح القياس البعدي	٣,٨٥-	٦,٩٢	٦٤,٠٠	٧,٢٠	٥٥,١١	مفهوم الذات الأخلاقي
دال عند (٠,٠١) لصالح القياس البعدي	٢,٦٨-	٨,٣٢	٦٠,٨٨	٧,٠٧	٥٣,٤٤	مفهوم الذات الأسري

يلاحظ من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي في مفهوم الذات بأبعاده الخمس (الشخصي، الاجتماعي، الجسدي، الأخلاقي، الأسري) لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة، لصالح القياس البعدي. فقد بلغت قيمة "ت" (-٨,٤٤، -٤,٣٧، -٤,٢٦، -٣,٨٥، -٢,٦٨) لكل من مفهوم الذات الشخصي، والاجتماعي، والجسدي والأخلاقي، والأسري على الترتيب، وجميع هذه القيم دالة عند مستوى (٠,٠١). وهذه النتيجة تؤكد فاعلية العلاج النفسي الوجودي المصاحب للتغذية المرتدة الحيوية في تحسين مفهوم الذات لدى أفراد هذه المجموعة التي تلقت هذا اللون من العلاج.

## الجدول (٤٦)

يوضح الفروق بين درجات القياس القبلي والبعدي في مفهوم الذات لدى أفراد (ت-٢) باستخدام اختبار "ولكوكسن"

أبعاد مفهوم الذات	T	Z	P	مستوى الدلالة
مفهوم الذات الشخصي	٠	-٢,٦٦	٠,٠٠٧	دال عند (٠,٠١)
مفهوم الذات الاجتماعي	١	-٢,٥٢	٠,٠١١	دال عند (٠,٠١)
مفهوم الذات الجسدي	٠	-٢,٦٦	٠,٠٠٧	دال عند (٠,٠١)
مفهوم الذات الأخلاقي	٠	-٢,٦٦	٠,٠٠٧	دال عند (٠,٠١)
مفهوم الذات الأسري	٠	-٢,١٣	٠,٠٣٣	دال عند (٠,٠٥)

يتضح من الجدول (٤٦) وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١، ٠,٠٥) بين درجات القياس القبلي، والقياس البعدي في مفهوم الذات بأبعاده الخمس لدى أفراد (ت-٢). وهذه النتيجة تتفق تماماً مع نتائج التحليل البارامتري لقياس هذه المتغيرات باستخدام "ت" ستودنت. وهذا يعني فاعلية هذا البرنامج في تحسين مفهوم الذات لدى أفراد (ت-٢) بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة.

نتائج الفرض الفرعي (ب - ٣) ونصه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات القياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة (ت-٢)، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في كل من القلق العام، ومفهوم الذات.

١- الفروق بين متوسط درجات المجموعتين (ت-٢، ض) في القلق بعد تطبيق البرنامج مباشرة:

## الجدول (٤٧)

يوضح المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، وقيمة "ت" ودلالاتها بين أفراد المجموعتين (ت-٢، ض) في القلق العام، والقلق كسمة في القياس البعدي

المتغيرات	القياس البعدي (ت-٢)		القياس البعدي (ض)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
القلق العام	٤٨,٦٦	٦,٥٣	٦٨,٨٠	٥,٦٥	-٧,١٤	دال عند (٠,٠١) ل(ت-٢)
القلق كسمة	٤٣,٢٢	٦,٤٣	٥٥,٢٠	١١,٢٠	-٢,٨٩	دال عند (٠,٠١) ل(ت-٢)

يتضح من الجدول (٤٧) وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسط درجات القياس البعدي في مستوى القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعتين

«الفصل الخامس: نتائج الدراسة وتفسيرها»

(التجريبية الثالثة، والضابطة) لصالح المجموعة التجريبية الثالثة. فقد انخفض مستوى القلق العام لدى أفراد المجموعة (ت) بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة بمقدار (٢٠,١٤) درجة، وكذلك انخفض مستوى القلق كسمة بمقدار (١١,٩٨) درجة. وتشير هذه النتيجة إلى فاعلية البرنامج العلاجي المستخدم مع أفراد المجموعة التجريبية الثالثة في خفض حدة اضطراب القلق العام، والقلق كسمة بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلق أي نوع من التدخل العلاجي، وذلك بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة.

#### الجدول (٤٨)

يوضح الفروق بين درجات القياس البعدي لدى أفراد (ت، ض) في القلق العام والقلق كسمة باستخدام اختبار "مان وتي"، و "ولكوكسن".

المتغيرات	مر (ت)	مر (ض)	U	W	Z	P	مستوى الدلالة
القلق العام	٥,١٧	١٤,٣٥	١,٥	٤٦,٥	-٣,٥٥	٠,٠٠٠	دال عند (٠,٠١)
القلق كسمة	٧,٠٠	١٢,٧٠	١٨,٠	٦٣,٢	-٢,٢١	٠,٠٢٦	دال عند (٠,٠٥)

يلاحظ من الجدول (٤٨) وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى (٠,٠١، ٠,٠٥) في القلق العام، والقلق كسمة لدى أفراد المجموعتين (التجريبية الثالثة والضابطة) بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة الثالثة، وجاء هذا الفرق لصالح التجريبية الثالثة. فقد بلغت دلالة الفروق في القلق العام (٠,٠٠٠) وهو دال عند (٠,٠١)، بينما بلغت دلالة الفروق في القلق كسمة (٠,٠٢٦) وهو دال عند مستوى (٠,٠٥). وهذه النتيجة تتفق أيضاً مع نتائج الجدول (٤٧) المتمثل في قياس الفروق بين درجات أفراد المجموعتين (ت، ض) في هذه المتغيرات باستخدام "ت" ستودنت. وهذا يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية في خفض حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد (ت) بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة.

٢- الفروق بين متوسط درجات المجموعتين (التجريبية الثالثة والضابطة) في مفهوم الذات في القياس البعدي:

## الجدول (٤٩)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات المجموعتين (ت، ض) في مفهوم الذات

بعد الانتهاء مباشرة من تطبيق البرنامج باستخدام "ت" ستودنت".

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	القياس البعدي (ض)		القياس البعدي (ت)		أبعاد مفهوم الذات
		ع	م	ع	م	
دال عند (٠,٠٠١)	٦,٧٧	٥,٤١	٤٧,٨٠	٥,٨٣	٦٥,٣٣	مفهوم الذات الشخصي
دال عند (٠,٠٠١)	٤,٩١	٥,٠٨	٥٣,٩٠	٤,٥٧	٦٤,٧٧	مفهوم الذات الاجتماعي
دال عند (٠,٠٠١)	٤,٣٢	٦,٧٧	٥٢,٢٠	٦,٠٣	٦٤,٨٨	مفهوم الذات الجسمي
دال عند (٠,٠٠١)	٣,٩٠	٥,٥٣	٥٢,٧٠	٦,٩٢	٦٤,٠٠	مفهوم الذات الأخلاقي
دال عند (٠,٠٠٥)	٢,٠٩	٥,٩١	٥٣,٩٠	٨,٣٢	٦٠,٨٨	مفهوم الذات الأسري

يشير الجدول (٤٩) إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١، ٠,٠٠٥) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الثالثة (ت)، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في مفهوم الذات بأبعاده (الشخصي، الاجتماعي، الجسمي، الأخلاقي، الأسري) بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة لصالح المجموعة التجريبية الثالثة. وتبين هذه النتيجة فاعلية البرنامج العلاجي المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية في تحسين مفهوم الذات بأبعاده الخمس بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة.

## الجدول (٥٠)

يوضح الفروق بين درجات القياس البعدي لدى أفراد (ت، ض) في مفهوم الذات

باستخدام اختبار "مان وتي" و "ولكوكسن".

مستوى الدلالة	P	Z	W	U	مر، (ض)	مر، (ت)	أبعاد مفهوم الذات
دال عند (٠,٠٠١)	٠,٠٠٠٠	٣,٤٩-	١٣٢,٥	٢,٥	٥,٧٥	١٤,٧٢	مفهوم الذات الشخصي
دال عند (٠,٠٠١)	٠,٠٠٠٠	٣,٣٥-	١٣١,٠	٤,٠	٥,٩٠	١٤,٥٦	مفهوم الذات الاجتماعي
دال عند (٠,٠٠١)	٠,٠٠٠٢	٣,٢٩-	١٢٧,٠	٨,٠	٦,٣٠	١٤,١١	مفهوم الذات الجسمي
دال عند (٠,٠٠١)	٠,٠٠٠٤	٢,٨٢-	١٢٤,٥	١٠,٥	٦,٥٥	١٣,٨٣	مفهوم الذات الأخلاقي
دال عند (٠,٠٠٥)	٠,٠٠٤٢	٢,١١-	١١٥,٥	١٤,٥	٧,١٥	١٣,٠٦	مفهوم الذات الأسري

يلاحظ من الجدول وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى (٠,٠٠١، ٠,٠٠٥) بين درجات

أفراد المجموعة التجريبية الثالثة، وأفراد المجموعة الضابطة في مفهوم الذات بأبعاده الخمس بعد

الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة التجريبية الثالثة. كما يلاحظ من هذه النتيجة أنها تتفق تماماً مع نتائج الجدول (٤٩). وهذا يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي الروجري المصاحب للتغذية المرتدة الحيوية في تحسين مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة. نتائج الفرض الفرعي (ج-٣) ونصه: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات كل من: القلق، مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة بعد تطبيق البرنامج مباشرة (القياس البعدي) ومتوسط درجاتهم على نفس المقاييس بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج (القياس التتبعي).

#### ١- الفروق بين القياس البعدي والتتبعي في القلق لدى أفراد (ت٢):

##### الجدول (٥١)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات القياس البعدي والتتبعي، في القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة (ت٢) باستخدام "ت" ستودنت.

المتغيرات	القياس البعدي (ت٢)		القياس التتبعي (ت٢)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م		
القلق العام	٦,٥٣	٤٥,٦٦	٨,٠٦	١,١٥	غير دال عند (٠,٠١)	
القلق كسمة	٦,٤٣	٣٦,٣٣	١٢,٥١	١,٣١	غير دال عند (٠,٠١)	

يتضح من الجدول (٥١) عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسط درجات القياس البعدي والقياس التتبعي في القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة. وتؤكد هذه النتيجة فاعلية البرنامج العلاجي الروجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية في ثبات استمرار التحسن في القلق العام والقلق كسمة باتجاه الخفض لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة بعد شهر من انتهاء جلسات البرنامج العلاجي.

##### الجدول (٥٢)

يوضح الفروق بين درجات القياس البعدي والتتبعي في القلق العام، والقلق كسمة لدى أفراد (ت٢) باستخدام اختبار "ولكوكسن".

المتغيرات	T	Z	دلالة الفروق (P)	مستوى الدلالة
القلق العام	٠	١,٠٦-	٠,٢٨٠	غير دال
القلق كسمة	٠	٠,٩١٠-	٠,٣٦٢	غير دال

يتضح من هذا الجدول (٥٢) عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) وذلك بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة في القلق العام، والقلق كسمة. وهذا يعني، أن أفراد المجموعة التجريبية الثالثة، قد استفادوا من البرنامج العلاجي المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية في تحسين مستوى القلق العام، والقلق كسمة. باتجاه الخفض، والذي ظل ثابتاً لمدة شهر من انتهاء البرنامج العلاجي. كما أن هذه النتيجة تتفق تماماً مع التحليل البارامتري لهذين المتغيرين باستخدام نسبة "ت" ستودنت كما هو مبين في الجدول (٥١).

٢ - الفروق بين القياس البعدي والتتبعي في مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة (ت٢):

#### الجدول (٥٣)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات القياس البعدي، والتتبعي في مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة (ت٢) باستخدام "ت" ستودنت.

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	القياس التتبعي (ت٢)		القياس البعدي (ت٢)		أبعاد مفهوم الذات
		ع	م	ع	م	
غير دال عند (٠,٠١)	٠,٤٩-	٣,٥٣	٦٦,٠٠	٥,٨٣	٦٥,٣٣	مفهوم الذات الشخصي
غير دال عند (٠,٠١)	٠,٥١-	٤,٢٩	٦٥,٧٧	٤,٥٧	٦٤,٧٧	مفهوم الذات الاجتماعي
غير دال عند (٠,٠١)	٠,٣٧-	٥,١٩	٦٤,٠٠	٦,٠٣	٦٤,٨	مفهوم الذات الجسدي
غير دال عند (٠,٠١)	١,٤٠٠	٦,٢٤	٦٦,٠٠	٦,٩٢	٦٤,٠٠	مفهوم الذات الأخلاقي
غير دال عند (٠,٠١)	٠,٤٧-	٦,٧٢	٦٢,٥٥	٨,٣٢	٦٠,٨٨	مفهوم الذات الأسري

يلاحظ من الجدول (٥٣) عدم وجود فروق جوهرية دالة عند (٠,٠١) بين متوسط درجات القياس البعدي والقياس التتبعي في مفهوم الذات بأبعاده الخمس (الشخصي، الاجتماعي، الجسدي، الأخلاقي، الأسري) لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة. ويعني ذلك أن أفراد المجموعة التجريبية الثالثة قد استفادوا من هذا البرنامج في المحافظة على استمرار التحسن في مفهوم الذات بأبعاده الخمس لمدة شهر من انتهاء البرنامج، ويعزى هذا الثبات في التحسن إلى فاعلية البرنامج العلاجي.

## الجدول (٥٤)

يوضح الفروق بين درجات القياس البعدي، والتتبعي في مفهوم الذات لدى أفراد التجربة الثالثة باستخدام اختبار "ولكوكسن".

أبعاد مفهوم الذات	T	Z	P	مستوى الدلالة
مفهوم الذات الشخصي	٢	-٠,٥٠٧	٠,٦١٢	غير دال <sup>(*)</sup>
مفهوم الذات الاجتماعي	٠	-٠,٧٧٠	٠,٤٤١	غير دال
مفهوم الذات الجسمي	٠	-٠,٣٥٥	٠,٧٢٢	غير دال
مفهوم الذات الأخلاقي	١	-١,٢٦	٠,٢٠٧	غير دال
مفهوم الذات الأسري	٠	-٠,٥٣٣	٠,٥٩٤	غير دال

(٠,٠٥)٤

يشير الجدول (٥٤) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين درجات القياس البعدي، والقياس التتبعي في مفهوم الذات بأبعاده الخمس (الشخصي، الاجتماعي، الجسمي، الأخلاقي، الأسري) لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة. وهذه النتيجة تتفق أيضاً مع نتائج الجدول (٥٣) الخاص بحساب الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي في مفهوم الذات باستخدام "ت" ستودنت. وهذا يدعونا إلى القول بأن أفراد المجموعة (ت-٣) استفادوا من البرنامج المقدم لهم في تحسين مفهوم الذات لديهم والذي بقي مستمراً لغاية شهر من انتهاء البرنامج العلاجي.

**نتائج الفرض الفرعي (د - ٣) ونصه:** "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الثالثة، وأفراد المجموعة الضابطة في القلق، مفهوم الذات بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي (القياس التتبعي)".

١- الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعتين (ت-٣، ض) في القلق بعد شهر من انتهاء البرنامج:

## الجدول (٥٥)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات القياس التتبعي لدى أفراد (ت-٣، ض) في القلق العام والقلق كسمة باستخدام "ت" ستودنت.

المتغيرات	القياس التتبعي (ت-٣)		القياس التتبعي (ض)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م		
القلق العام	٨,٠٦	٦٧,٤	٧,٥	٤٥,٦٦	-٥,٧٣	دال عند (٠,٠١) لصالح التجريبية
القلق كسمة	١٢,٥١	٥٨,٥	٦,٢٥	٣٦,٣٣	-٤,٥٤	دال عند (٠,٠١) لصالح التجريبية

يلاحظ من الجدول (٥٥) وجود فروق جوهريّة دالة عند مستوى (٠,٠١) في القلق العام، والقلق كسمة بين أفراد المجموعتين (التجريبية الثالثة، والضابطة) بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية الثالثة. وتظهر هذه النتيجة فاعلية البرنامج العلاجي الروجري المصاحب للتغذية المرتدة الحيوية لمعدل ضربات القلب وضغط الدم بمساعدة تدريبات الاسترخاء في المحافظة على ثبات استمرار التحسن في القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي، ويعزى هذه التحسن لقوة البرنامج العلاجي.

#### الجدول (٥٦)

يوضح الفروق بين درجات القياس التتبعي لدى أفراد (ت، ض) في القلق العام، والقلق كسمة باستخدام اختبار "مان وتني" و "ولكوكسن".

المتغيرات	مر، (ت)	مر، (ض)	U	W	Z	P	مستوى الدلالة
القلق العام	٥,٠٦	١٤,٤٥	٠,٥	٤٥,٥	-٣,٦٣	٠,٠٠٠	دال عند (٠,٠١)
القلق كسمة	٥,٢٢	١٤,٣٠	٢,٠	٤٧,٠	-٣,٥٢	٠,٠٠٠	دال عن (٠,٠١)

يشير الجدول (٥٦) إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين درجات القياس التتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة وأفراد المجموعة الضابطة في القلق العام والقلق كسمة لصالح المجموعة التجريبية الثالثة. وهذه النتيجة تتفق مع نتائج التحليل البارامتري باستخدام "ت" ستودنت لحساب الفروق بين هذه المتغيرين لدى أفراد المجموعتين (ت، ض) بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي، وهذا يؤكد فاعلية البرنامج في المحافظة على ثبات التحسن في القلق العام والقلق كسمة باتجاه الخفض لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة في القياس التتبعي.

٢ - الفروق بين أفراد المجموعتين (التجريبية الثالثة، والضابطة) في مفهوم الذات في القياس التتبعي:

## الجدول (٥٧)

يوضح دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة (ت، ض) في مفهوم الذات بعد شهر من انتهاء البرنامج باستخدام "ت" ستودنت.

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	القياس التتبعي ل (ض)		القياس التتبعي ل (ت)		أبعاد مفهوم الذات
		ع	م	ع	م	
دال عند (٠,٠١) لصالح التجريبية	٤,٠٨	١,٩٠	٥٠,٣	٣,٥٣	٦٦,٠٠	مفهوم الذات الشخصي
دال عند (٠,٠١) لصالح التجريبية	٤,١٩	٦,٥٦	٥٤,٦	٤,٢٩	٦٥,٧٧	مفهوم الذات الاجتماعي
دال عند (٠,٠٥) لصالح التجريبية	٢,٢٧	٩,٣٣	٥٥,٨	٥,١٩	٦٤,٠٠	مفهوم الذات الجسدي
دال عند (٠,٠١) لصالح التجريبية	٢,٧٨	٦,٨١	٥٧,٢	٦,٢٤	٦٦,٠٠	مفهوم الذات الأخلاقي
دال عند (٠,٠٥) لصالح التجريبية	١,٩٤	٨,٣٠	٥٥,٥	٦,٧٢	٦٢,٥٥	مفهوم الذات الأسري

يتضح من الجدول (٥٧) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥، ٠,٠١) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الثالثة، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في مفهوم الذات بأبعاده (الشخصي، الجسدي، الأخلاقي، الأسري) بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية الثالثة. وتبين هذه النتائج فاعلية البرنامج العلاجي الروجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية في ثبات استمرار التحسن في مفهوم الذات بأبعاده الخمس بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي.

## الجدول (٥٨)

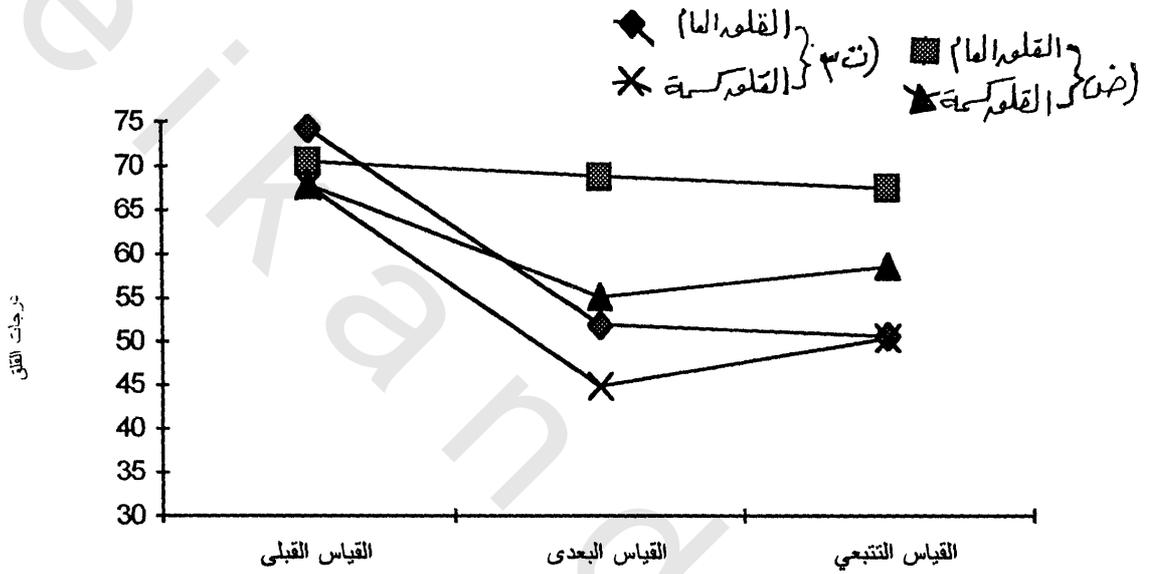
يوضح دلالة الفروق بين درجات المجموعة (ت، ض) في مفهوم الذات بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج باستخدام اختبار "مان وتني" و "لوكوكسن".

مستوى الدلالة	P	Z	W	U	مر. (ض)	مر. (ت)	أبعاد مفهوم الذات
دال عند (٠,٠١)	٠,٠١١	٢,٥٣-	١٢١,٠	١٤,٠	٦,٩٠	١٣,٤٤	مفهوم الذات الشخصي
دال عن (٠,٠٥)	٠,٠٠٣	٢,٩٤-	١٢٦,٠	٩,٠	٦,٤٠	١٤,٠٠	مفهوم الذات الاجتماعي
دال عن (٠,٠١)	٠,٠١٣	٢,٤٥-	١٢٠,٠	١٥,٠	٧,١٠	١٣,٣٣	مفهوم الذات الجسدي
دال عند (٠,٠١)	٠,٠١٧	٢,٣٧-	١١٩,٠	١٦,٠	٧,١٠	١٣,٢٢	مفهوم الذات الأخلاقي
دال عند (٠,٠٥)	٠,٠٣٠	٢,١٦	١١٦,٥	١٨,٥	٧,٣٥	١٢,٩٤	مفهوم الذات الأسري

يلاحظ من الجدول (٥٨) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥، ٠,٠١) بين

الفصل الخامس: نتائج الدراسة وتفسيرها

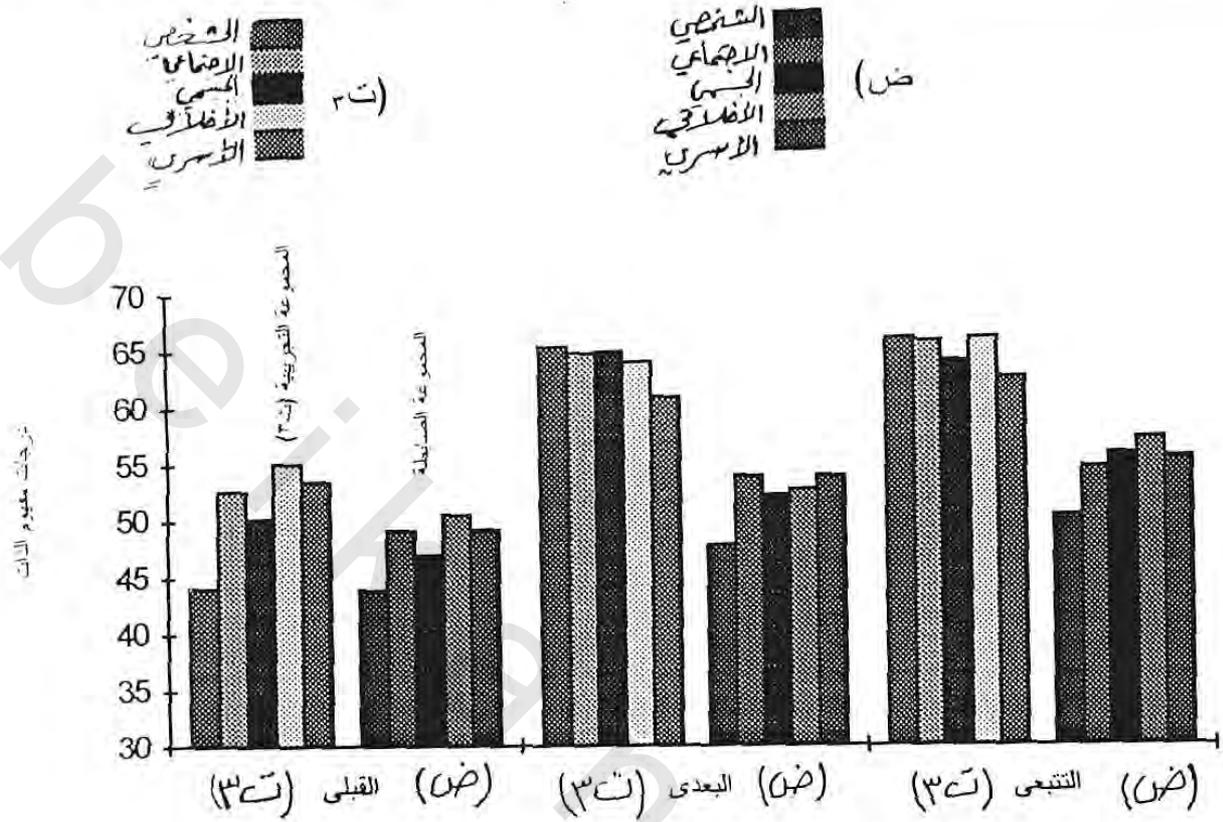
درجات أفراد المجموعة التجريبية الثالثة، وأفراد المجموعة الضابطة في مفهوم الذات بأبعاده الخمس (الشخصي، الاجتماعي، الجسمي، الأخلاقي، الأسري) بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي. وهذه النتيجة تتفق تماماً مع نتائج الجدول (٥٧) المتعلق بقياس الفروق بين المجموعتين التجريبية الثالثة والضابطة في مفهوم الذات باستخدام اختبار "ت" ستودنت، وهذا يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي في استمرار ثبات التحسن في مفهوم الذات لدى أفراد (ت٣).



يتضح من الرسم البياني (٦) انخفاض جوهري دال في مستوى القلق بين أفراد المجموعة التجريبية الثالثة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج بالمقارنة مع مستوى شدة القلق قبل تطبيق البرنامج. كما يلاحظ أيضاً ثبات استمرار التحسن في مستوى القلق العام والقلق كسمة باتجاه الخفض بعد انتهاء البرنامج العلاجي بشهر واحد. كما يلاحظ أيضاً أن أفراد المجموعة الضابطة لم يطرأ عليها أي تحسن يذكر في مستوى شدة القلق العام والقلق كسمة عبر القياسات الثلاث (قبلي، بعدي، تتبعي).

وهذا الفرق بين المجموعتين التجريبية الثالثة والضابطة في مستوى شدة القلق العام والقلق كسمة عبر القياس البعدي والقياس التتبعي يعزى لأثر البرنامج العلاجي المستخدم مع هذه المجموعة في خفض مستوى شدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة، وثبات هذا الأثر في الخفض لمدة شهر من انتهاء البرنامج العلاجي.

الفصل الخامس: نتائج الدراسة وتفسيرها



يتضح من الرسم البياني (٧) أن هناك تحسناً واضحاً لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة في مفهوم الذات الشخصي، والاجتماعي، والجسمي، والمثالي، والأسري بعد الانتهاء من جلسات العلاج النفسي، كما بقي هذا التحسن في مفهوم الذات واضحاً بين المجموعتين بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي. وهذا الفرق في متوسطات المجموعتين في أبعاد مفهوم الذات يعزى لقوة أثر البرنامج في تحسين مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة.

**الفرض الفرعي (هـ - ٣) ونصه:** توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات القياس الفسيولوجي لضغط الدم، معدل ضربات القلب في حالة كل من: الاسترخاء، الشد (التوتر الانفعالي)، الوضع الطبيعي باتجاه الخفض لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة قبل تطبيق البرنامج (الخط القاعدي) ومتوسط درجاتهم على نفس المقاييس بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة.

١ - التحكم بمعدل ضربات القلب:

الجدول (٥٩)

يوضح دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدى في معدل ضربات القلب أثناء الاسترخاء، التوتر الانفعالي، الوضع الطبيعي لدى أفراد (ت-٣).

مستوى الدلالة	قيمة ت	القياس البعدى		القياس القبلي		معدل ضربات القلب
		ع	م	ع	م	
دال عند (٠,٠١) لصالح البعدى	٣,٨٥	٧,١٩	٧٧,٦٦	٨,٣٣	٩٢,٦٦	الاسترخاء
دال عند (٠,٠١) لصالح البعدى	٨,٨١	١,٧٩	٩١,١١	٤,١٠	١٠٥,٧٧	التوتر الانفعالي
دال عند (٠,٠١) لصالح البعدى	٤,٩٤	٣,٩٦	٨٥,٢٢	٦,٢٦	٩٨,١٢	الوضع الطبيعي

يلاحظ من الجدول رقم (٥٩) وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى (٠,٠١) بين القياس القبلي والقياس البعدى لمعدل ضربات القلب باتجاه الخفض أثناء (الاسترخاء، التوتر الانفعالي، الوضع الطبيعي) لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة لصالح القياس البعدى. وهذه النتيجة تؤكد فاعلية التغذية المرتدة الحيوية بمساعدة تدريبات الاسترخاء في خفض معدل ضربات القلب المصاحبة لاضطراب القلق العام أثناء: الاسترخاء، التوتر الانفعالي، وهذا الأثر انعكس على خفض معدل ضربات القلب لدى أفراد هذه المجموعة في حياتهم اليومية الطبيعية.

٢ - التحكم بضغط الدم (الانقباضى - الانبساطى):

الجدول (٦٠)

يوضح دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدى في ضغط الدم الانقباضى، والانبساطى لدى أفراد (ت-٣)

مستوى الدلالة	قيمة ت	القياس البعدى		القياس القبلي		معدل ضغط الدم
		ع	م	ع	م	
دال عند (٠,٠١) لصالح البعدى	٣,٨٩	٦,٥٦	٦٦,٣٣	٩,٧٨	٨٢,٥٥	الاسترخاء
دال عند (٠,٠٥) لصالح البعدى	٢,٤٩	٨,٩٠	٩٢,٧٧	٧,٨٤	١٠٣,٢٢	التوتر الانفعالي
دال عند (٠,٠٥) لصالح البعدى	٢,٤٩	٣,٠٣	٨٥,٢٢	١٠,٦٧	٩٥,٠٠	الوضع الطبيعي
دال عند (٠,٠١) لصالح البعدى	٣,٣٤	٨,١٣	١٠٧,٠	١٠,٥٩	١٢٢,٧٧	الاسترخاء
دال عند (٠,٠١) لصالح القياس البعدى	٦,٢٨	٣,٦٨	١٣٦,٦٦	٦,٦١	١٥٣,٤٤	التوتر الانفعالي
دال عند (٠,٠١) لصالح البعدى	٤,٤٤	٢,٨٢	١٢٧,٠٠	٧,٠٢	١٣٨,٨٨	الوضع الطبيعي

يتضح من الجدول رقم (٦٠) مايلي:

- وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١, ٠,٠٥) بين متوسط درجات القياس القبلي ومتوسط درجات القياس البعدي في ضغط الدم الانبساطي والانقباضي باتجاه الخفض أثناء الاسترخاء، التوتر الانفعالي، الوضع الطبيعي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة التي تلقت العلاج الروجري بمصاحبة التغذية المرتدة لضغط الدم، معدل ضربات القلب بمساعدة تدريبات الاسترخاء، وذلك لصالح القياس البعدي. حيث يلاحظ من الجدول أن ضغط الدم الانبساطي لدى أفراد المجموعة التجريبية قد انخفض بمقدار (١٦,٢٢، ١٠,٤٥٧، ٩,٧٨) درجة في حالة الاسترخاء، التوتر الانفعالي، الوضع الطبيعي على الترتيب بعد الانتهاء من الجلسات التدريبية. كذلك انخفض مستوى ضغط الدم الانقباضي بمقدار (١٥,٧٧، ١٦,٧٨، ١١,٨٨) على الترتيب في حالة الاسترخاء، التوتر الانفعالي، الوضع الطبيعي بعد الانتهاء من جلسات البرنامج التدريبي.

وتشير هذه النتيجة إلى تعلم أفراد هذه المجموعة - تحت شروط التجربة - القدرة على التحكم في ضغط الدم الانبساطي والانقباضي باتجاه الخفض سواء في حالة اللاسترخاء، أو حالة التوتر الانفعالي، أو في حالة الوضع الطبيعي. وهذه النتيجة تؤكد فاعلية تدريبات الاسترخاء بمساعدة التغذية المرتدة الحيوية في خفض ضغط الدم الانبساطي والانقباضي والذي يعدّ عرضاً رئيسياً من أعراض القلق العام.

**نتائج الفرض الفرعي (د-٣) ونصه:** "لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات القياسات الفسيولوجية لضغط الدم، معدل ضربات القلب في حالة: الاسترخاء، التوتر الانفعالي، الوضع الطبيعي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة بعد تطبيق البرنامج مباشرة، وبعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي.

١- الفروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي لمعدل ضربات القلب:

#### جدول (٦١)

يوضح دلالة الفروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي في معدل

ضربات القلب لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة.

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	القياس التتبعي		القياس البعدي		معدل ضربات القلب
		ع	م	ع	م	
غير دال عند (٠,٠١)	٠,٢٠٩	٧,٧٢	٧٦,٨	٧,١٩	٧٧,٦٦	الاسترخاء
غير دال عند (٠,٠١)	٠,٤٤٠	٣,٨٧	٩٣,١١	١١,٧٩	٩١,١١	التوتر الانفعالي
غير دال عند (٠,٠١)	٠,٢٠٩	٦,٩٤	٨٣,٥٥	٣,٩٦	٨٥,٢٢	الوضع الطبيعي

يلاحظ من الجدول (٦١) عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لمعدل ضربات القلب أثناء الاسترخاء، والتوتر الانفعالي، والوضع الطبيعي. وهذه النتيجة تشير إلى أن أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا هذه التدريبات قد حافظوا على ثبات التحسن في معدل ضربات القلب باتجاه الخفض لبعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي.

### الجدول (٦٢)

يوضح دلالة الفروق بين القياس البعدي والتتبعي لضغط الدم الانبساطي والانتقاضي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة

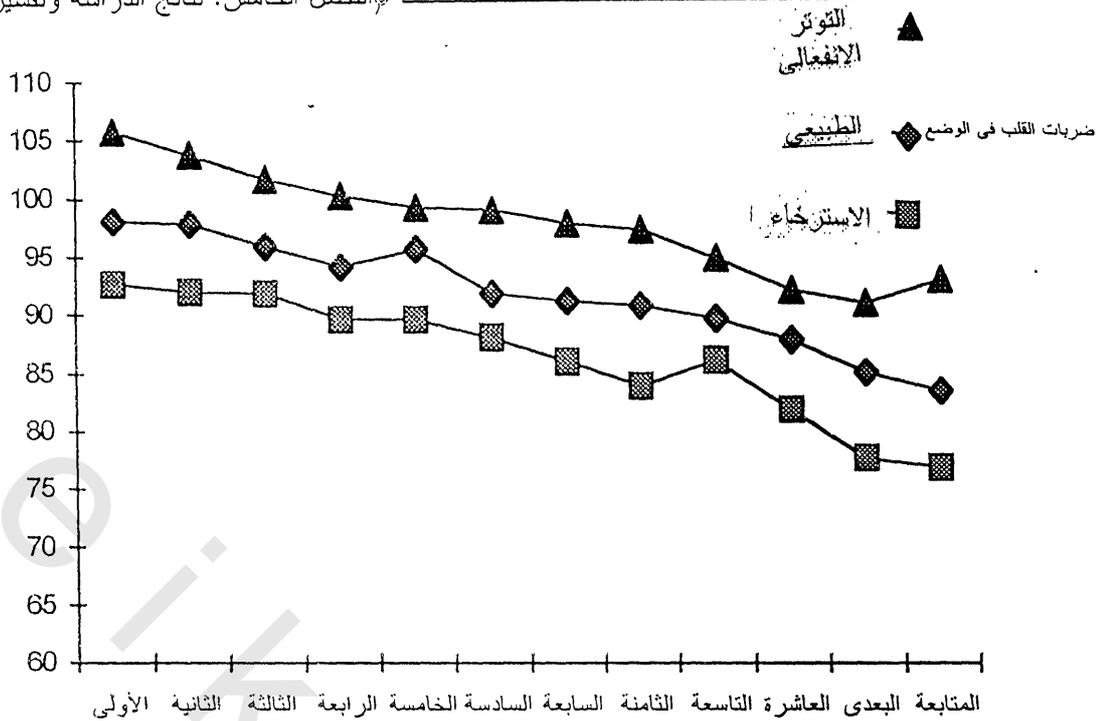
مستوى الدلالة	قيمة t	القياس التتبعي		القياس البعدي		الاسترخاء	الوضع الطبيعي
		ع	م	ع	م		
غير دال (٠,٠١)	١,١٠	٨,٩٥	٧٠,٦٦	٦,٥٦	٦٦,٣٣	الاسترخاء	ضغط الدم الانبساطي
غير دال (٠,٠١)	٠,٢٠٢	١٢,٧٢	٩١,٦٦	٨,٩٠	٩٢,٧٧	التوتر الانفعالي	الاسترخاء
غير دال (٠,٠١)	٠,٠٩٧	٥,٦١	٨٥,٠٠	٣,٠٣	٨٥,٢٢	الوضع الطبيعي	التوتر الانفعالي
غير دال (٠,٠١)	١,٢٨	٧,٨١	١١٢,٠٠	٨,١٣	١٠٧,٠٠	الاسترخاء	الانتقاضي
غير دال (٠,٠١)	١,٣٠	٤,١٨	١٣٩,٢٢	٣,٦٨	١٣٦,٦٦	التوتر الانفعالي	الانتقاضي
غير دال (٠,٠١)	٠,١١٢	٣,٥٥	١٢٧,٢٢	٢,٨٢	١٢٧,٠٠	الوضع الطبيعي	الانتقاضي

يلاحظ من الجدول (٦٢) مايلي:

- عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين القياس البعدي والقياس التتبعي لضغط الدم (الانبساطي، الانتقاضي) لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة أثناء: الاسترخاء، التوتر الانفعالي، الوضع الطبيعي. بمعنى أن أفراد هذه المجموعة قد حافظوا على التحكم بضغط دمهم باتجاه الخفض بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي.
- ويمكن القول، أن البرنامج العلاجي قد مكن أفراد هذه المجموعة من التحكم بالأعراض الفسيولوجية اللاإرادية (ضغط الدم) المصاحبة لاضطراب القلق العام باتجاه المعدل الطبيعي. كما يؤكد هذا البرنامج على فاعلية تدريبات الاسترخاء المصاحبة للتغذية المرتدة في تعلم أفراد هذه المجموعة التحكم في ضغط الدم الانبساطي والانتقاضي من خلال انقاص هذا المعدل.

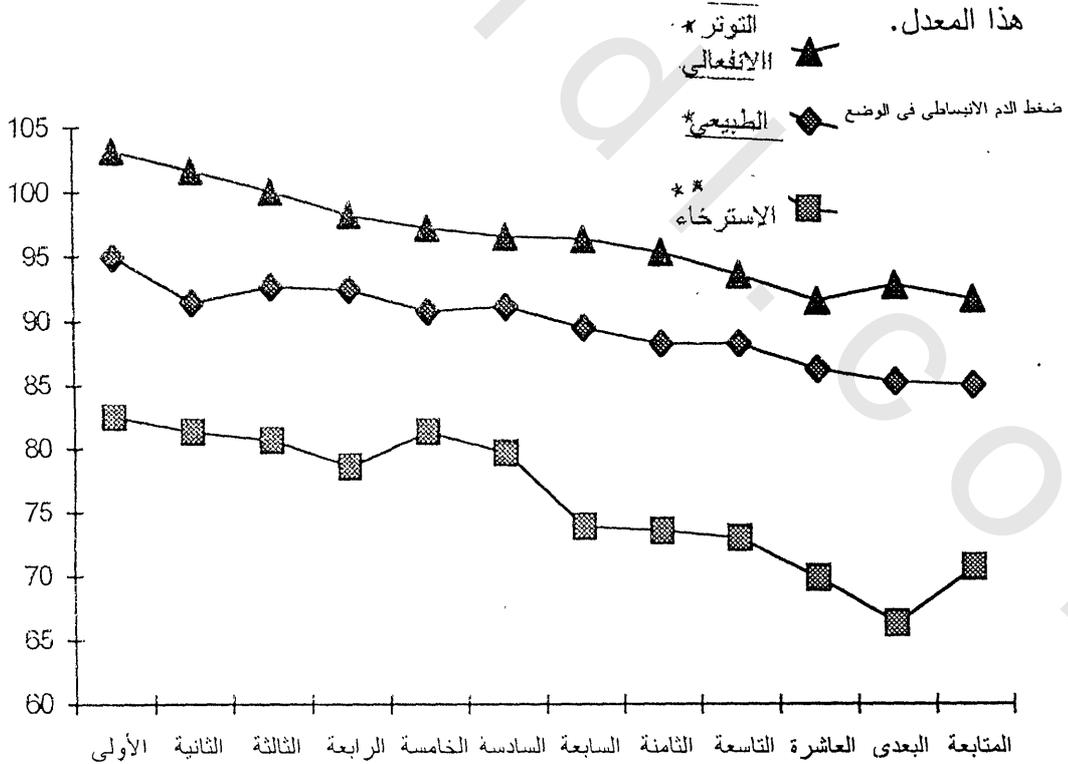
الفصل الخامس: نتائج الدراسة وتفسيرها»

معدل ضربات القلب في الوضع الطبيعي، الاسترخاء، التوتر



يتضح من الرسم البياني (٨) انخفاض دال في معدل ضربات القلب في الأوضاع الثلاثة: الاسترخاء، التوتر الانفعالي، الوضع الطبيعي وذلك عبر جلسات البرنامج التدريبي. وهذا المنحنى يؤكد على قدرة أفراد المجموعة جميعاً تعلم التحكم الإرادي في معدل ضربات القلب باتجاه خفض هذا المعدل.

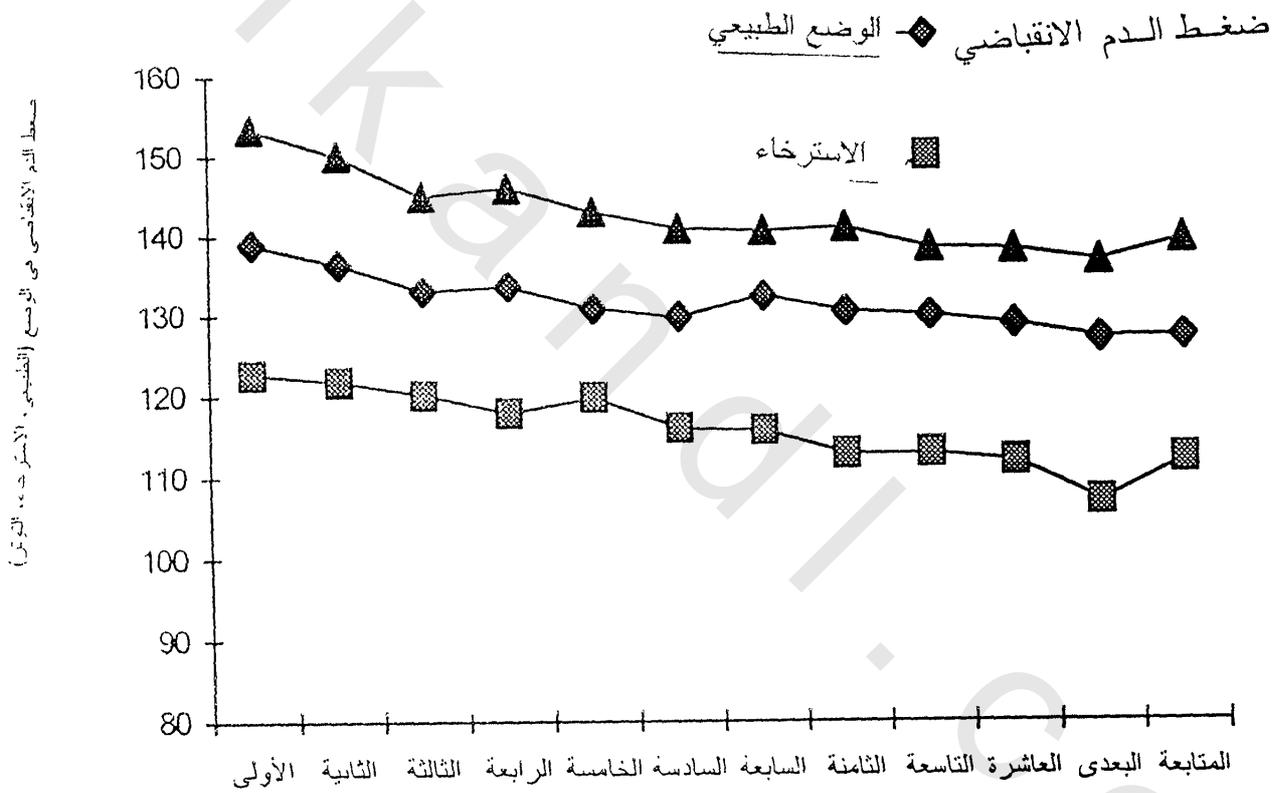
معدل الدم الانبساطي في الوضع الطبيعي، الاسترخاء، التوتر



\* التوتر الانفعالي (الشدة): يعني قياس التغيرات الفسيولوجية لضغط الدم ومعدل ضربات القلب عندما يكون العميل في حالة تصور لبعض المواقف المثيرة للتوتر والتي مرت به في حياته.

\* الاسترخاء: يعني قياس التغيرات الفسيولوجية للمصاحبة للقلق عندما يكون العميل في وضع مسترخ مع تصور لبعض المواقف السارة التي مرت به في حياته.

يلاحظ من الرسم البياني (٩) التمايز في أداء أفراد المجموعة التجريبية بمقارنة أدائهم أثناء أول جلسة تدريبية تلقوها وبين أدائهم في آخر جلسة في خفض ضغط الدم الانبساطي أثناء الاسترخاء، التوتر الانفعالي، الوضع الطبيعي. وهذا التمايز يؤكد فاعلية التدريبات التي تلقاها أفراد هذه المجموعة عبر جلسات التدريب العشر، مما أدى إلى أثرها الخافض لضغط الدم الانبساطي ونجاح العملاء في تعلم التحكم المطلوب، والذي تبلور وظهر بوضوح في جلسات ما بعد التدريب. ويؤكد كذلك ثبات هذا التحكم بضغط الدم الانبساطي بعد شهر من ممارسة تدريبات الاسترخاء. **▲ التوتر الانفعالي**



يتضح من هذا المنحنى (١٠) التمايز في أداء أفراد المجموعة التجريبية بمقارنة أدائهم أثناء أول جلسة تدريبية تلقوها، وبين أدائهم في آخر جلسة. وهذا التمايز يدل على تقدم العملاء في تعلم التحكم بضغط الدم الانقباضي. وهذا يؤكد على فاعلية التدريبات التي تلقاها العملاء عبر جلسات التدريب العشر، مما أدى إلى أثرها الخافض لضغط الدم الانقباضي ونجاح العملاء في تعلم التحكم المطلوب الذي تبلور وظهر بوضوح في جلسات ما بعد التدريب. كذلك يشير المنحنى إلى ثبات هذا التحكم في ضغط الدم الانقباضي لفترة شهر بعد انتهاء البرنامج التدريبي.

يلاحظ من نتائج الفرض الثالث الخاص بالمجموعة التجريبية الثالثة مايلي:

- ١- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات كل من: القلق، مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية (ت٣) قبل تطبيق البرنامج العلاجي (القياس القبلي) ومتوسط درجاتهم على نفس المقاييس بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة (القياس البعدي) لصالح القياس البعدي. وتؤكد هذه النتيجة صحة الفرض.
- ٢- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات القياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة وأفراد المجموعة الضابطة في القلق العام، ومفهوم الذات لصالح أفراد المجموعة التجريبية الثالثة. وهذا يؤكد صحة الفرض.
- ٣- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات كل من: القلق، مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة (القياس البعدي) ومتوسط درجاتهم على نفس المقاييس بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي (القياس التبعي). وهذا يؤكد صحة الفرض.
- ٤- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات كل من القلق، مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة وأفراد المجموعة الضابطة بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي (القياس التبعي) لصالح أفراد المجموعة التجريبية الثالثة. وبذلك يكون الفرض قد تحققت صحته.
- ٥- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات القياس الفسيولوجي لضغط الدم، معدل ضربات القلب في حالة كل من: الاسترخاء، الشد (التوتر الانفعالي)، الوضع الطبيعي باتجاه الخفض لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة قبل تطبيق البرنامج، ومتوسط درجاتهم على نفس المقاييس بعد تطبيق البرنامج مباشرة لصالح التطبيق البعدي. وبذلك يكون الفرض قد تحققت صحته.
- ٦- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات القياس الفسيولوجي لضغط الدم معدل ضربات القلب، في حالة كل من الاسترخاء، الشد (التوتر الانفعالي)، الوضع الطبيعي باتجاه الخفض لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة بعد تطبيق البرنامج مباشرة، ومتوسط درجاتهم على نفس المقاييس بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج. وهذا يؤكد صحة الفرض.

نتائج الفرض الرابع ونصه: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات التي يحصل عليها أفراد المجموعة (ت<sub>١</sub>)، وأفراد المجموعة (ت<sub>٢</sub>)، وأفراد المجموعة (ت<sub>٣</sub>) في كل من القلق، مفهوم الذات بعد تطبيق البرنامج مباشرة، وبعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي.

### أولاً- بالنسبة للقياس البعدي:

١- الفروق في مستوى القلق بين المجموعات التجريبية الثلاثة بعد انتهاء تطبيق البرنامج مباشرة:

الجدول (٦٣)

يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لثلاث مجموعات تجريبية واختبار شيفيه لدلالة الفروق في القلق العام والقلق كسمة في القياس البعدي.

اختبار شيفيه	مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
ت <sub>١</sub> ، ت <sub>٢</sub> ، ت <sub>٣</sub>	غير دال	١,٦١	١٠٢,١٧	٢	٢٠٤,٣٥	بين المجموعات	القلق العام
			٦٢,٠٧	٢٥	١٥٧٦,٩٠	داخل المجموعات	
				٢٧	١٧٨١,٢٥	المجموع	
ت <sub>١</sub> ، ت <sub>٢</sub> ، ت <sub>٣</sub>	غير دال	١,٧١	٦٦,٩٢	٢	١٣٣,٨٤	بين المجموعات	القلق كسمة
			٣٨,٩٦	٢٥	٩٧٤,٠١	داخل المجموعات	
				٢٧	١١٥٧,٨٥	المجموع	

يتضح من الجدول (٦٣) أن قيمة "ف" المحسوبة في متغير القلق العام (A) والقلق كسمة (T) غير دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) لدى أفراد المجموعات التجريبية الثلاث، مما يؤكد على عدم وجود فروق دالة بين فاعلية كل من: العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة الدواء، والعلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو، والعلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية في إحداث أثر واضح في خفض شدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة بعد الانتهاء من تطبيق هذا البرنامج مباشرة على أفراد المجموعات الثلاث.

وهذه النتيجة أكدها "اختبار شيفيه" Scheffe -T حيث أظهر عدم فروق جوهرية دالة

بين الأساليب العلاجية الثلاث؛ فالمجموعة ت<sub>١</sub> = ت<sub>٢</sub> = ت<sub>٣</sub>.

٢- الفروق في درجة مفهوم الذات بين المجموعات التجريبية الثلاث بعد انتهاء تطبيق البرنامج مباشرة:

الجدول (٦٤)

يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لثلاث مجموعات تجريبية، واختبار شيفيه لدلالة الفروق في مفهوم الذات بأبعاده الخمس (القياس البعدي).

اختبار شيفيه	مستوى الدلالة	قيمة ف	درجة الحرية	متوسط المربعات	مجموع المربعات	مصدر التباين	
ت <sub>١</sub> = ت <sub>٢</sub> = ت <sub>٣</sub>	غير دال	٣,٢٢	٢	١٢٧,٦٨	٢٥٥,٣٦	بين المجموعات	مفهوم الذات الشخصي
			٢٥	٣٩,٥٣	٩٨٨,٤٨	داخل المجموعات	
			٢٧		١٢٤٣,٨٥	المجموع	
ت <sub>١</sub> = ت <sub>٢</sub> = ت <sub>٣</sub>	غير دال	١,٥٢	٢	٥٤,٦٩	١٠٩,٣٨	بين المجموعات	مفهوم الذات الاجتماعي
			٢٥	٣٥,٩٢	٨٩٨,٠٤	داخل المجموعات	
			٢٧		١٠٠٧,٤٢	المجموع	
ت <sub>١</sub> = ت <sub>٢</sub> = ت <sub>٣</sub>	غير دال	٠,٠٧٣	٢	١,٧٨	٣,٥٧	بين المجموعات	مفهوم الذات الجسدي
			٢٥	٢٤,٢٩	٦٠٧,٣٨	داخل المجموعات	
			٢٧		٦١٠,٩٦	المجموع	
ت <sub>١</sub> = ت <sub>٢</sub> = ت <sub>٣</sub>	غير دال	٠,٧٣٣	٢	٢٥,٣٦	٥٠,٧٢	بين المجموعات	مفهوم الذات الأخلاقي
			٢٥	٣٤,٥٥	٨٦٣,٩٥	داخل المجموعات	
			٢٧		٩١٤,٦٧	المجموع	
ت <sub>١</sub> = ت <sub>٢</sub> = ت <sub>٣</sub>	غير دال	٠,٢٠٣	٢	١٠,٣٢	٢٠,٦٥	بين المجموعات	مفهوم الذات الأسري
			٢٥	٥٠,٨٧	١٢٧١,٧٧	داخل المجموعات	
			٢٧		١٢٩٢,٤٢	المجموع	

يتضح من الجدول (٦٤) أن قيمة "ف" المحسوبة في أبعاد مفهوم الذات هي قيم غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٥، ٠,٠١) لدى أفراد المجموعات التجريبية الثلاث. كما تشير نتائج "اختبار شيفيه" لدلالة الفروق بين الأساليب العلاجية الثلاث المقدمة لكل مجموعة من المجموعات التجريبية الثلاث كل على حدا في مفهوم الذات بأبعاده الخمس، أنها كانت على مستوى واحد من الفاعلية من حيث تحسين مفهوم الذات لدى أفراد المجموعات الثلاث بعد الانتهاء من تطبيقها مباشرة. وهذا يعني، أن فاعلية العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة الدواء (ت<sub>١</sub>) كانت مساوية لفاعلية العلاج الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو (ت<sub>٢</sub>) في تحسين مفهوم الذات. وكذلك تساوت فاعلية العلاج الراجري بمصاحبة الدواء (ت<sub>١</sub>)، والعلاج الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية (ت<sub>٣</sub>) في تحسين مفهوم الذات. كذلك تساوت فاعلية العلاج الراجري بمصاحبة التغذية بالفيديو (ت<sub>٢</sub>) مع العلاج الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية (ت<sub>٣</sub>).

وهذه النتيجة تؤكد أن أثر الأساليب العلاجية الثلاث كان على مستوى واحد من الفاعلية في تحسين مفهوم الذات بأبعاده الخمس لدى أفراد المجموعات التجريبية الثلاث.

٣- الفروق بين المجموعات الثلاث في القلق بعد شهر من انتهاء البرنامج.

### الجدول (٦٥)

يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لثلاث مجموعات تجريبية واختبار شيفيه لدلالة الفروق في مفهوم الذات بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي.

اختبار شفيه	مستوى الدلالة	قيمة ف	درجة الحرية	متوسط المربعات	مجموع المربعات	مصدر التباين	
ت <sub>١</sub> ، ت <sub>٢</sub> ، ت <sub>٣</sub>	غير دال	٠,٨١٠	٢	٦٠,٩٥	١٢١,٩٠	بين المجموعات	القلق العام بين المجموعات الثلاث (القياس التبعي)
			٢٥	٧٥,١٩	١٨٧٩,٩٥	داخل المجموعات	
			٢٧		٢٠٠١,٨٥	المجموع	
ت <sub>١</sub> ، ت <sub>٢</sub> ، ت <sub>٣</sub>	دال عند	٦,٢٢	٢	٤٦٨,٦٥	٩٣٧,٣١	بين المجموعات	القلق كسمة بين المجموعات الثلاث (القياس التبعي)
			٢٥	٧٥,٢٩	١٨٨٢,٠٠	داخل المجموعات	
			٢٧		٢٨١٩,٧١	المجموع	

\* دال لصالح المجموعة التجريبية الثالثة.

يلاحظ من الجدول (٦٥) مايلي:

- عدم وجود فروق دالة إحصائية عند (٠,٠١) بين الأساليب العلاجية الثلاث المستخدمة مع أفراد المجموعات التجريبية الثلاث (ت<sub>١</sub>، ت<sub>٢</sub>، ت<sub>٣</sub>) في خفض حدة اضطراب القلق العام بعد شهر من انتهاء تطبيق هذه الأساليب. كذلك يشير اختبار شفيه إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الأساليب العلاجية الثلاث المستخدمة مع أفراد المجموعات التجريبية الثلاث في خفض حدة اضطراب القلق العام بعد شهر من انتهاء تطبيق هذه الأساليب. وتؤكد هذه النتيجة أن فاعلية كل من: العلاج الروجري مع الدواء (ت<sub>١</sub>) والعلاج الروجري بمصاحبة التغذية بالفيديو (ت<sub>٢</sub>)، والعلاج الروجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية (ت<sub>٣</sub>) كانت جميعها على نفس المستوى من الكفاءة في خفض حدة اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعات التجريبية الثلاث بعد مضي شهر من انتهاء تطبيق الأشكال العلاجية الثلاث.

- كذلك يلاحظ من الجدول (٦٥) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين الأساليب العلاجية الثلاث المستخدمة مع المجموعات التجريبية الثلاث في خفض القلق كسمة، بعد شهر من انتهاء تطبيق هذه الأساليب لصالح العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية لمعدل ضربات القلب وضغط الدم بمساعدة تدريبات الاسترخاء، بينما لم توجد

فروق دالة بين أسلوب العلاج المتمركز على العميل مع الدواء (ت<sub>١</sub>) وأسلوب العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو في خفض القلق كسمة. وهذه النتيجة تؤكد فاعلية العلاج الروجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية في استمرار ثبات التحسن في خفض القلق كسمة بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج بالمقارنة مع الأسلوبين الآخرين.

#### ٤- الفروق بين المجموعات الثلاث في مفهوم الذات بعد شهر من انتهاء العلاج:

##### الجدول (٦٦)

يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لثلاث مجموعات تجريبية واختبار شيفيه لدلالة الفروق في مفهوم الذات بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي.

اختبار شيفيه	مستوى الدلالة	قيمة ف	درجة الحرية	متوسط المربعات	مجموع المربعات	مصدر التباين	
ت <sub>١</sub> ، ت <sub>٢</sub> ، ت <sub>٣</sub>	غير دال	٢,٦٨	٢	١٣٩,١١	٢٧٨,٢٣	بين المجموعات	مفهوم الذات
			٢٥	٥١,٧٨	١٢٩٤,٦٤	داخل المجموعات	الشخصي
ت <sub>١</sub> ، ت <sub>٢</sub> ، ت <sub>٣</sub> *	دال عند ٠,٠١	٥,٤٦	٢	٢١٥,٩٦	٤٣١,٩٢	بين المجموعات	مفهوم الذات
			٢٥	٣٩,٥٢	٩٨٨,٠٠	داخل المجموعات	الاجتماعي
ت <sub>١</sub> ، ت <sub>٢</sub> ، ت <sub>٣</sub>	غير دال	٣,١٠	٢	٨٩,٧٧	١٧٩,٥٥	بين المجموعات	مفهوم الذات
			٢٥	٢٨,٩٢	٧٢٣,١٢	داخل المجموعات	الجسمي
ت <sub>١</sub> ، ت <sub>٢</sub> ، ت <sub>٣</sub> *	دال عند ٠,٠١	٥,٥٥	٢	٢٤٩,١٥	٤٩٨,٣١	بين المجموعات	مفهوم الذات
			٢٥	٤٤,٨٧	١١٢١,٧٨	داخل المجموعات	الأخلاقي
ت <sub>١</sub> ، ت <sub>٢</sub> ، ت <sub>٣</sub>	غير دال	٢,٨٢	٢	١٥٥,٥٥	٣١١,١٠	بين المجموعات	مفهوم الذات
			٢٥	٥٥,٠٥	١٣٧٦,٣٢	داخل المجموعات	الأسري

\* دالة لصالح المجموعة التجريبية الثالثة.

يتضح من الجدول (٦٦) مايلي:

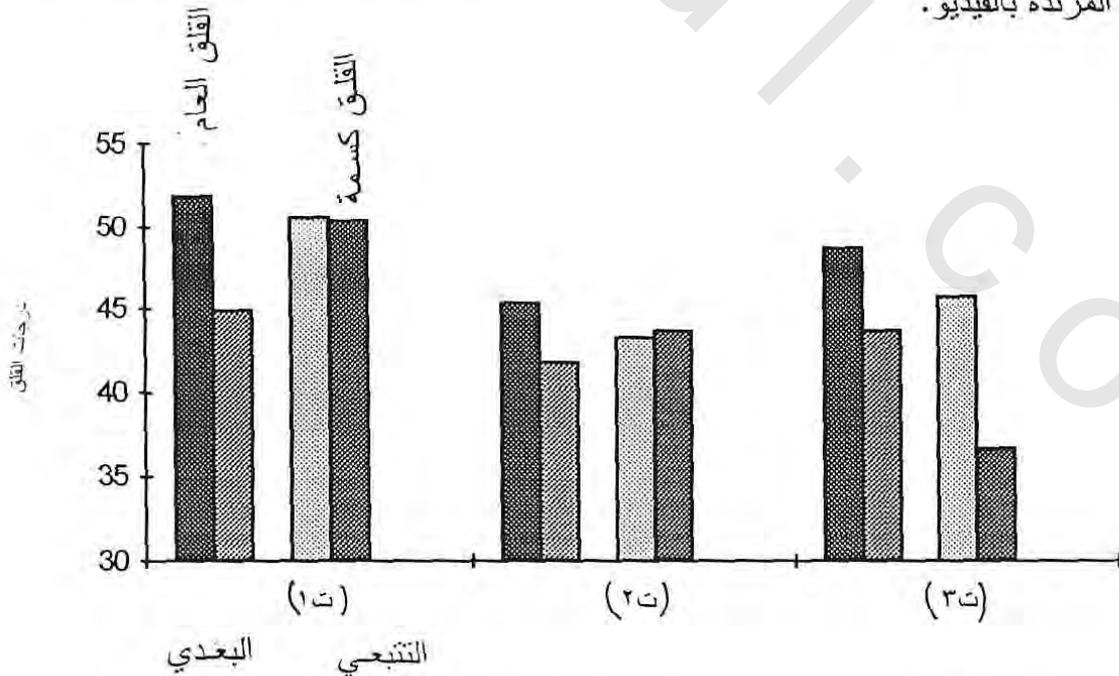
- عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسط درجات أفراد المجموعات التجريبية الثلاث في مفهوم لذات الشخصي، الجسمي، الأسري بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي بأشكاله المختلفة على أفراد هذه المجموعات (ت<sub>١</sub>، ت<sub>٢</sub>، ت<sub>٣</sub>)؛ فقيمة ف (٢,٦٨) في مفهوم الذات الشخصي، و (٣,١٠) في مفهوم الذات الجسمي، و (٢,٨٢) في مفهوم الذات الأسري. وهذه القيم هي أصغر من قيمة "ف" الجدولة والتي تبلغ قيمتها (٣,٣٨) عند مستوى دلالة (٠,٠٥) و (٥,٥٧) عند مستوى دلالة (٠,٠١)، إذن فهي غير دالة إحصائياً.

كذلك يؤكد اختبار شيفيه هذه النتيجة، حيث تشير نتائجه إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الأساليب العلاجية الثلاث بعد شهر من انتهاء تطبيق هذه البرنامج، مما يؤكد على

أن الأساليب العلاجية الثلاث كانت على قدر واحد من الفاعلية في استمرار ثبات التحسن في مفهوم الذات الشخصي، الجسمي، الأسري لدى أفراد المجموعات التجريبية الثلاث بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج. بمعنى آخر، أن أسلوب العلاج الراجري مع الدواء، والعلاج الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو، والعلاج الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية كانت على مستوى واحد من الكفاءة أو الفاعلية في ثبات استمرار التحسن في مفهوم الذات الشخصي، والجسمي، والأسري بعد شهر من تطبيق هذه الأساليب العلاجية الثلاث.

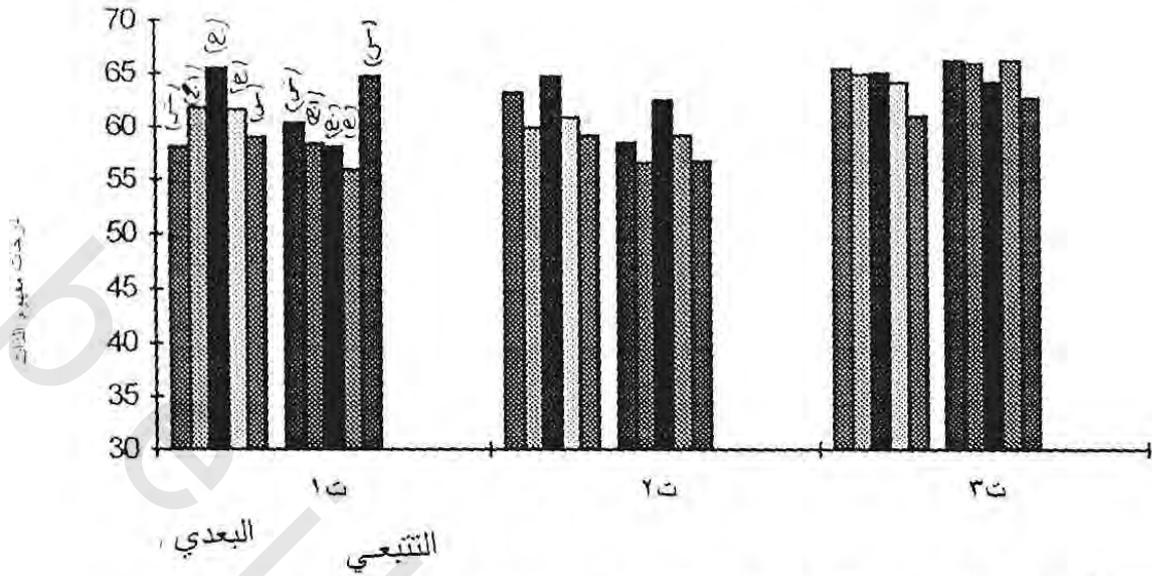
- وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى (٠,٠١) بين متوسط درجات أفراد المجموعات التجريبية الثلاثة والمجموعة التجريبية الثانية في مفهوم الذات الاجتماعي، ومفهوم الذات الأخلاقي بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية (ت٣) والعلاج الراجري بمصاحبة الدواء لصالح أفراد المجموعة التجريبية الثالثة الذين تلقوا البرنامج العلاجي الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية، بينما لم توجد أي فروق بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى، وأفراد المجموعة التجريبية الثانية الذين تلقوا العلاج الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو.

وهذه النتيجة تؤكد فاعلية البرنامج العلاجي الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية بالمقارنة مع البرنامج العلاجي الراجري بمصاحبة الدواء، وبرنامج العلاج الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو.



يوضح الرسم البياني (١١): الفروق بين أفراد المجموعات الثلاث (ت١، ت٢، ت٣) في القلق

العام والقلق كسمة عبر القياس البعدي والتبعي.



يوضح الرسم البياني (١٢) الفروق بين أفراد المجموعات الثلاث (ت١، ت٢، ت٣) في مفهوم الذات عبر القياس البعدي والتتبعي.

ويمكن تلخيص أهم نتائج الفرض الرابع بما يلي:

١- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الأساليب العلاجية الثلاث المستخدمة مع أفراد المجموعات التجريبية: الأولى، والثانية، والثالثة كل على حدا في خفض حدة اضطراب القلق العام، والقلق كسمة، ومفهوم الذات بعد الانتهاء من تطبيق البرامج العلاجية الثلاث. بالرغم من وجود انخفاض دال في مستوى شدة القلق وتحسين مفهوم الذات لدى أفراد المجموعات التجريبية الثلاث.

٢- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الأساليب العلاجية الثلاث المستخدمة مع أفراد المجموعات التجريبية: الأولى، والثانية، والثالثة كل على حدا في خفض حدة اضطراب القلق العام ومفهوم الذات الشخصي، والجسمي، والأسري بعد شهر من انتهاء تطبيق الأساليب العلاجية الثلاث، بينما وجدت فروق دالة إحصائية بين الأساليب العلاجية الثلاث المستخدمة مع أفراد المجموعات التجريبية: الأولى، والثانية، والثالثة، كل على حدا في ثبات استمرار التحسن في القلق كسمة (باتجاه الخفض) ومفهوم الذات الاجتماعي والأخلاقي لصالح أفراد المجموعة التجريبية الثالثة والتي تلقت برنامج العلاج الوجودي بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية، وذلك بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي. كما وجدت عدم وجود فروق بين أفراد المجموعة التجريبية الثانية في ثبات استمرار التحسن في القلق كسمة، ومفهوم الذات الاجتماعي، والأخلاقي بعد مضي شهر من انتهاء البرنامج العلاجي.

## - سؤال ونصه: "مامدى التحسن الإكلينيكي من حيث الدلالة الكيفية الحقيقي لدى

أفراد المجموعات التجريبية الثلاث عبر القياس البعدي والتتبعي؟"  
وللإجابة على هذا الفرض، يمكن للباحث الإشارة هنا، إلى أنه قد تم الحصول على هذه الدلالات الخاصة بمآل اضطراب القلق العام لدى أفراد المجموعات التجريبية الثلاث من خلال التقارير الذاتية الشفوية والمكتوبة التي أدلوا بها للباحث بعد انتهاء جلسات البرنامج العلاجي مباشرة، وبعد شهر من انتهاء الجلسات (جلسة المتابعة).

## جدول (٦٧)

يوضح الجدول مدى التحسن الحاصل لدى أفراد كل مجموعة من

المجموعات الثلاث عبر القياس البعدي، والقياس التتبعي.

المتابعة				البعدي				مجموعات
النتكاس نحو الأسوء	لا تحسن	تحسن بسيط	تحسن واضح	النتكاس نحو الأسوء	لا تحسن	تحسن بسيط	تحسن واضح	
١	٢	٣	٥	-	١	٤	٥	١ ت
%١٠	%٢٠	%٣٠	%٥٠	-	%١٠	%٤٠	%٥٠	١٠= ن
١	١	٤	٣	-	١	٣	٥	٢ ت
%١١.١	%١١.١	%٤٤.٢	%٣٣.٣	-	%١١.١	%٣٣.٣	%٥٥.٥	٩= ن
-	٢	٣	٤	-	١	٢	٦	٣ ت
-	%٢٢.٢	%٣٣.٣	%٤٤.٤	-	%١١.١	%٢٢.٢	%٦٦.٦	٩= ن
٢	٥	٢	١	١	٢	٤	٣	ض
%٢٠	%٥٠	%٢٠	%١٠	%١٠	%٢٠	%٤٠	%٣٠	١٠= ن

يلاحظ من الجدول (٦٧) مايلي:

- بالنسبة لأفراد المجموعة التجريبية الأولى (ت١) بعد جلسات العلاج مباشرة: وجد أن هناك (٥) عملاء من أصل (١٠) حصل لهم تحسن واضح في حالتهم النفسية، و(٤) حالات تحسنت تحسناً بسيطاً، وحالة واحدة فقط لم تتحسن حالتها. أما في فترة المتابعة فيلاحظ أن هناك (٥) حالات قد تحسنت تحسناً واضحاً في حالتها النفسية، و(٣) حالات تحسنت تحسناً بسيطاً، و(٢) لم يطرأ عليها أي تحسن، وحالة انتكست حالتها النفسية إلى الأسوء.

- أما فيما يتعلق بأفراد المجموعة التجريبية الثانية (ت٢) بعد جلسات العلاج مباشرة، فيتبين من الجدول السابق أن هناك تحسن واضح قد حدث لـ (٥) من أصل (٩)، وتحسن بسيط

لـ (٣) حالات، وحالة واحدة لم تتحسن حالتها. أما بالنسبة لمآل اضطراب القلق العام لدى أفراد هذه المجموعة بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي، فيلاحظ أن هناك (٣) حالات فقط حافظت على التحسن الواضح في حالتها النفسية، و (٤) حالات تحسنت بشكل بسيط، وحالة واحدة فقط لم تتحسن، وحالة واحدة فقط انتكست حالتها نحو الأسوء.

- بالنسبة لأفراد المجموعة التجريبية الثالثة (ت٣) بعد انتهاء البرنامج العلاجي مباشرة، فيشير الجدول السابق إلى أن هناك (٦) حالات من أصل (٩) تحسنت بصورة طيبة، وحالتين فقط تحسنت بصورة بسيطة، وحالة واحدة لم تتحسن حالتها. أما مآل التحسن في اضطراب القلق العام ومفهوم الذات بعد شهر من انتهاء البرنامج، فيلاحظ من الجدول (٦٧) أن هناك (٤) حالات تحسنت بصورة طيبة، وثلاث حالات بصورة بسيطة وحالتين لم تتحسن حالتها.

- أما بالنسبة لأفراد المجموعة الضابطة فيوضح الجدول (٦٧) أن هناك (٣) حالات فقط من أصل (١٠) حدث لديها تحسن واضح في حالتها النفسية، و(٤) حالات تحسن بسيط، وحالتين لم تتحسن إطلاقاً، وحالة واحدة انتكست نحو الأسوء. أما مآل التحسن في اضطراب القلق لدى أفراد هذه المجموعة فيلاحظ من الجدول وجود حالة واحدة حدث لديها تحسن واضح، وحالتين تحسنت تحسناً بسيطاً، وخمس حالات لم يطرأ عليها أي تحسن، وحالتين فقط انتكست حالتها.

- ويتضح لنا من خلال هذه النسب أن هناك فروق واختلافات في مستويات التحسن لدى أفراد المجموعات التجريبية الثلاث والمجموعة الضابطة عبر القياس البعدي والتتبعي.

## ثانياً : تفسير ومناقشة النتائج :

قبل البدء بمناقشة وتفسير النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، ينبغي الإشارة هنا إلى أنه بسبب عدم وجود دراسات سابقة تناولت أسلوب العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة كل من: التغذية المرتدة الحيوية، والتغذية المرتدة بالفيديو والتي من خلالها نستطيع تفسير نتائج البحث الحالي. لذلك يمكن مناقشة نتائج الدراسة الحالية في ضوء المحاور الأساسية للبحث، وذلك على النحو التالي :

أولاً : النتائج التي تتعلق بالعلاج الروجري بمصاحبة الدواء في خفض حدة اضطراب القلق العام وتحسين مفهوم الذات (المجموعة التجريبية الأولى).

### - بالنسبة للقلق العام :

يتبين من النتائج الإحصائية الموضحة في الجداول (١٠، ١١، ١٤، ١٥) فاعلية العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة الدواء في خفض حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى بعد الانتهاء من تطبيق هذا البرنامج مباشرة. بدليل أن هناك فروقاً وجدت بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي في (القلق العام والقلق كسمة) لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى لصالح القياس البعدي. وهذه الفروق كانت دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) سواء عند استخدام الإحصاء البارامتري لـ "ت ستودنت" أو باستخدام الإحصاء اللابارامتري لاختبار "لوكوكسن". كذلك كان هذا الفرق دالاً عند (٠,٠١) في انخفاض شدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة (ت١) بالمقارنة مع نتائج أفراد المجموعة الضابطة في هذا المتغير بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي (القياس البعدي). ويعني ذلك، أن أفراد هذه المجموعة قد استفادوا من البرنامج العلاجي المقدم إليهم في تحسين مستوى قلقهم بالاتجاه الطبيعي والسوي، حيث شعروا بالارتياح النفسي، والتطابق النسبي بين خبراتهم الشخصية المشوهة أو المنكرة وبين مفهومهم عن ذاتهم، مما أدى إلى تحسن ملحوظ لحالتهم النفسية. ويمكن القول، أن الأثر الذي أحدثه البرنامج العلاجي في حالة العملاء المترددين على العيادة النفسية والذين يعانون من القلق العام لا يمكن أن يرجع إلى عوامل النمو الطبيعي أو لعوامل أخرى، ولكن يمكن رده إلى فاعلية البرنامج العلاجي.

كما أظهرت النتائج المبينة في الجداول (١٨، ١٩، ٢٢، ٢٣) استمرار فاعلية البرنامج

العلاجي المتمركز على العميل بمصاحبة الدواء في خفض مستوى حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية (ت<sub>١</sub>) بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة بعد مضي فترة شهر من انتهاء البرنامج العلاجي. بدليل عدم وجود فروق دالة بين القياس البعدي والقياس التتبعي في درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى سواء باستخدام الإحصاء البارامتري لـ "ت ستودنت"، أو باستخدام الإحصاء اللابارامتري بواسطة اختبار "ولكوكسن". كما بقيت الفروق دالة بين متوسط درجات القياس التتبعي لدى أفراد المجموعتين (التجريبية الأولى والضابطة) في القلق العام والقلق كسمة لصالح المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت هذا اللون من العلاج، فقد بلغت الفروق بين المجموعتين في القياس التتبعي (١٦,٨) درجة في القلق العام و(٨,١)، وهي فروق دالة عند مستوى (٠,٠١، ٠,٠٥) سواء باستخدام "ت"، أو باستخدام اختبار "مان وتني".

ويمكن أن نرد هذا الأمر إلى أن البرنامج العلاجي المستخدم مع أفراد المجموعة التجريبية (ت<sub>١</sub>) يعدُّ برنامجاً متكاملًا (نفسياً- جسمياً)، بمعنى أن العلاج النفسي الراجري مع الدواء ساعدا العملاء على خفض حدة اضطراب القلق لديهم، وكذلك الأعراض الفسيولوجية المصاحبة له بالمقارنة مع البرامج العلاجية المتنوعة التي تم استخدامها في الدراسات السابقة، حيث كانت هذه الدراسات تركز على جانب واحد من جوانب الاضطراب وهو (الجانب النفسي) دون النظر إلى الجوانب الأخرى. وتتفق هذه النتيجة مع ما قاله "روجرز" بشأن علاج القلق، حيث يرى أن أول شيء يمكن قوله في عملية العلاج النفسي المتمركز على العميل هو الانفتاح على الخبرة. وينتج عن ذلك، أن يكون الفرد أكثر انفتاحاً على خبراته، وتصبح الخبرة خبرته الخاصة. كما يصبح أكثر وعياً لواقعه الخارجي ولمحيطه الاجتماعي.

كما أن هذه النتيجة تتفق مع ما ذكره روجرز (١٩٥١) من أن العلاج النفسي المتمركز على العميل يكون فعالاً في خفض شدة التوتر بأنواعه الثلاث: التوتر الفسيولوجي، والتوتر النفسي، والقلق الذي يعده أخطر أنواع التوتر.

كذلك تتفق هذه النتيجة التي توصل إليها الباحث الحالي مع دراسات كل من: دراسة حمدان فضة (١٩٩٥)، ودراسة محمد الفيومي (١٩٩٥)، ودراسة ثريا جبريل (١٩٩٤)، ودراسة توماس وآخرون (١٩٩٤) Thomas, C. et al.، ودراسة ستور وماير (١٩٩١) Stueher & Meyer، ودراسة تاوش وآخرون (١٩٩١) Teusch, et al، ودراسة بوركوفك وآخرون (١٩٩١، ١٩٨٨،

(١٩٨٧)، Borkovec et al، ودراسة جيرمين وآخرون (١٩٨٦) Germian et al، ودراسة مورينو (١٩٨٥) Moreno، ودراسة إليزابيث (١٩٨٣) Elizabeth.

حيث أظهرت نتائج دراسة حمدان فضة (١٩٩٥) تحسناً في مستوى القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة. كما حافظت النتائج على وضعها الطبيعي بعد مضي فترة -لم يحددها الباحث- من انتهاء البرنامج. بينما أشارت نتائج دراسة محمد الفيومي (١٩٩٥) إلى تحسن في الأعراض السيكوسوماتية ومن بينها القلق بعد تطبيق البرنامج بالمقارنة مع نتائج القياس القبلي. أما دراسة توماس (١٩٩٤) فقد أظهرت تبصراً واضحاً لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع الضابطة، وهذا الأمر ساعد أفراد المجموعة التجريبية في خفض أعراض القلق. وقد حافظت النتائج على وضعها الطبيعي بعد مضي سنة من انتهاء البرنامج العلاجي. كما وجدت دراسة تاوش (١٩٩١) Teusch نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة "توماس". كذلك اتفقت نتائج البحث الحالي مع نتائج دراسة ستور وماير (١٩٩١) والتي أشارت إلى أن العلاج المتمركز على العميل ذو أثر فعال في انخفاض مستوى القلق. أما دراسات بوركوفك (١٩٩١، ١٩٨٨، ١٩٨٧) فأشارت جميعها إلى أثر فعال للعلاج المتمركز على العميل في خفض حدة اضطراب القلق العام، واستمرار هذا التحسن لفترة المتابعة التي استمرت لمدة سنة. بينما أشارت دراسة جيرمين (١٩٨٦) وإليزابيث (١٩٨٣) إلى انخفاض واضح في مستوى القلق (السمة، الحالة) لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع الضابطة باستخدام العلاج الراجري، كما أكدت دراسة مورينو (١٩٨٥) على أهمية العلاج المتمركز على العميل في خفض مستوى القلق الاجتماعي، والعدائية، والاعتراب.

وتختلف نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسات كل من بروزينسكي (١٩٨٧) Pruzinsky، ودراسة جانيس ومورجان (١٩٨١) Janice & Morgan، ودراسة أدمز (١٩٨٠) Adams حيث أشارت نتائج تلك الدراسات إلى عدم فاعلية العلاج النفسي المتمركز على العميل في خفض حدة اضطراب القلق (العام، السمة، الحالة) لدى أفراد المجموعة التجريبية.

- بالنسبة لمفهوم الذات :

يتضح من النتائج الإحصائية للجداول (١٢، ١٣، ١٦، ١٧) فاعلية العلاج النفسي المتمركز على العميل بمصاحبة الدواء في تحسين مفهوم الذات بأبعاده (الشخصي، الاجتماعي، الجسمي،

الأخلاقي، الأسري) لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى بعد تطبيق البرنامج بالمقارنة مع نتائجهم قبل تطبيق البرنامج. بدليل وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة (ت<sub>١</sub>) لصالح القياس البعدي. وكانت جميع هذه الفروق دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١، ٠,٠٥) باستخدام اختبار "ت" واختيار "ولكوكسن". وقد تأكد من هذه النتيجة عند مقارنة نتائج المجموعة (ت<sub>١</sub>) التي تلقت البرنامج مع نتائج أفراد المجموعة الضابطة في هذا المتغير بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة (القياس البعدي)، حيث جاءت هذه الفروق في أبعاد مفهوم الذات دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) سواء باستخدام اختبار "ت" البارامتري، أو اختبار "مان وتي" اللابارامتري لصالح المجموعة التجريبية الأولى (ت<sub>١</sub>).

وتعني هذه النتيجة أن أفراد المجموعة التجريبية (ت<sub>١</sub>) قد استفادوا من البرنامج العلاجي في تحسين مفهوم الذات لديهم؛ فقد أصبحوا يدركون ذاتهم الجسمية بصورة أفضل من الأول. كذلك بدأوا يشعرون بقيمتهم الشخصية وبإحساسهم أنهم أشخاص مناسبون، أصبحوا أكثر جدارة وقيمة بوصفهم أعضاء في أسرة. كما أصبحوا أكثر ملائمة وقيمة في تفاعلاتهم الاجتماعية مع الآخرين، حيث عبروا عن ذلك بأنهم قد أصبحوا يمتلكون (الآن) إحساساً وشعوراً طيباً عن معتقداتهم. وهذا التحسن لا يمكن يردده إلى عوامل الصدفة أو لعوامل النمو الطبيعي، وإنما يرجع إلى تأثير هذا اللون من العلاج.

أما عن أثر البرنامج العلاجي بعد شهر من المتابعة فقد أظهرت النتائج الإحصائية المبينة في الجداول (٢٠، ٢١، ٢٤، ٢٥) أن أفراد المجموعة التجريبية الأولى التي تلقت البرنامج العلاجي بمصاحبة الدواء بقيت محافظة على تحسينها في مفهوم الذات الشخصي فقط بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي. بدليل وجود فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعتين (التجريبية الأولى والضابطة) في مفهوم الذات الشخصي بعد شهر من انتهاء البرنامج، وجاء هذا الفرق لصالح التجريبية الأولى. وهذا الفرق كان دالاً عند مستوى (٠,٠١) سواء باستخدام الإحصاء البارامتري لـ "ت ستودنت"، أو باستخدام الإحصاء اللابارامتري لاختبار "مان وتي". بينما لم توجد فروق بين المجموعتين (التجريبية الأولى والضابطة) في مفهوم الذات الاجتماعي، والجسمي، والأخلاقي، والأسري في مرحلة القياس التتبعي.

وهذه النتيجة تؤكد على أن البرنامج العلاجي الروجري بمصاحبة الدواء لم تنته فاعليته في إحداث تحسن في مفهوم الذات الشخصي بانتهاء الفترة المخصصة له، وإنما كان تأثيره باقياً

ومستمرأ إلى ما بعد انتهاء البرنامج العلاجي بشهر. فقد شعر العملاء بأنهم أشخاص مناسبون، وذوقية في نظر أنفسهم. كما أشارت النتائج إلى حدوث انتكاس لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة في كل من مفهوم الذات الاجتماعي، والجسمي، والأخلاقي، والأسري.

ويعزو الباحث هذا الانتكاس في مفهوم الذات بأبعاده الأربعة المشار إليها للتو إلى ظهور مشكلات اجتماعية وأسرية جديدة لدى أفراد المجموعة خلال فترة المتابعة من جهة، ومن جهة ثانية فإن أفراد هذه العينة يعانون منذ فترة طويلة من صراعات وتناقضات بين الذات المدركة وبين كل من الذات: الاجتماعية، والجسمية، والأخلاقية، والأسرية. وكانت هذه التناقضات والصراعات عميقة الجذور، إلا أن البرنامج العلاجي استطاع أن يحدث تغيرات إيجابية في هذه الأبعاد (الاجتماعي، الجسمي، الأخلاقي، الأسري) لدى أفراد المجموعة التجريبية الأولى، لكن هذه التحسنات عادت وانتكست في مرحلة المتابعة؛ فالحالة الثانية في هذه المجموعة على سبيل المثال (ف،ص) كانت تعاني من تناقض حاد بين ذاتها المدركة وذاتها المثالية فيما يتعلق بالجانب الأسري.. كانت هناك مشكلات كبيرة وكثيرة داخل أسرتي، حسيت عليها وأنا عمري ٨ سنوات، والذي قتل أخته لأنها عملت حاجات وحشة، وبعدها دخل السجن... والدتي كانت تبيع شاي في المحطة، وقبل دخول والدي السجن طلق والدتي، وكان كثير من الناس يترددون على بيتنا. وكانت أمي تجبرني على النوم في الأوضة الثانية، ولكن كنت ما أقدرش أنام وناس ما أعرفهمش في بيتنا، حتى أنني عرفت بعدين أنها حملت أكثر من مرة، ولكن كانت تجهض نفسها. والحالة الخامسة في هذه المجموعة (أ،د) كانت أيضاً تعيش حالة تناقض بين الذات المدركة وكل من الذات الاجتماعية، والأسرية، والجسمية، والأخلاقية فقد قالت الحالة خلال جلسات البرنامج... بعد ما توفى والدي وكان عمري وقتذاك ١٠ سنوات، تزوجت والدتي من إنسان في قرية أخرى.. حتى أنني دائماً أهرب من البيت وأجلس في الأسواق وأحياناً أذهب إلى المسجد... باحس أنني فاقد الثقة بنفسي وبحس أنني غير قادر على مواجهة الآخرين وخاصة مع أصحابي" .. وعبرت الحالة في جلسة أخرى أنها كانت على علاقة مع امرأة جده الشابه، وأحس جده بذلك. ونتيجة لذلك كان يرفض وجوده في المنزل.

وهذا يعني أن البرنامج العلاجي وإن كان قد أحدث تأثيراً إيجابياً مقبولاً في القلق العام والقلق كسمة- باتجاه الخفض- لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد العلاج مباشرة، إلا أن

البرنامج العلاجي كان أثره محدوداً في استمرار التحسن في مفهوم الذات الاجتماعي، الجسمي، الأسري، الأخلاقي في مرحلة المتابعة.

وتشير هذه النتيجة إلى أنه كلما ارتفعت الدرجات التي يحصل عليها العملاء المترددين على العيادة النفسية في مقياس مفهوم الذات، كلما حصل انخفاض في شدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد هذه المجموعة والعكس صحيح. وتؤكد هذه النتيجة مع ما قاله روجرز عندما تحدث عن المسلمات الأساسية للعلاج النفسي وخاصة المسلمة رقم (١٤، ١٦)، فالقلق عند روجرز مظهر من مظاهر نشاط الذات والتي جعلها نواة الشخصية، وركز فيها جميع الوظائف النفسية، إذ أن الذات قد تقبل بعض الخبرات التي تتفق مع قيمها، وتسمح بالانتظام في بناء الذات. وهنا يكون الاستقرار النفسي، أو ترفض هذه الخبرات وتبعدها عن بناء الذات، لأنها لا تتفق مع قيمها، فتصاب الذات عندئذ بالتوتر والقلق.

وتتفق النتيجة هذه مع ما قاله "وليامز" Williams (١٩٨٠) في أن الشعور بالقلق والانزعاج النفسي لدى الإنسان يكمن في افتقاره لإدراك حقيقة ذاته، وأن الشعور بالأمن والسلام الداخلي لا يوجد إلا إذا شعر الفرد في قرارة نفسه بقيمة ذاته وتميزها... كما أن التفكير الإيجابي لا يمكن أن يؤدي ثماره طالما كانت صورة الذات باقية على حالها دون تغيير، حيث يستحيل على المرء التفكير إيجابياً في موقف معين طالما لا يزال يحمل مفهوماً سلبياً عن ذاته. وقد أثبتت التجارب والدراسات الكثيرة أنه متى تغير مفهومنا عن الذات فإن جميع الأمور الأخرى من القلق والتوتر والاكتئاب المرتبطة بهذا المفهوم الجديد للذات سوف يتم التخلص منها بسهولة ويسر.. (ماكسويل مالتز ١٩٨٠، ٢٣)

وتتفق هذه النتيجة أيضاً مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة في هذا المضمار وأهمها: دراسة ثريا عبد الرؤوف جبريل (١٩٩٢) والتي أشارت نتائجها إلى تحسن واضح في مفهوم الذات بأبعاده الخمس لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج المتمركز على العميل، ودراسة جيرمين (١٩٨٦) Germian حيث أشارت نتائجها إلى أن العلاج المتمركز على العميل ساعد أفراد المجموعة التجريبية في التغيير الإيجابي الحاصل لديهم في زيادة قدرتهم على اكتشاف ذاتهم، وأدى هذا التحسن في مفهوم الذات إلى انخفاض في مستوى التوتر النفسي والقلق الذين يعانون منه.

كذلك اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة حامد زهران (١٩٧٦) حيث أشارت إلى أن تقديم المقدمة قبل بدء عملية العلاج أفاد في تيسير البوح والانفتاح، والكشف الصريح عن محتوى مفهوم الذات الخاص لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وأخيراً يمكن القول: أن العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة الدواء كان ذا أثر فعال في تقليل شدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة، والذي بقي محافظاً على تحسنه لغاية شهر من انتهاء البرنامج، كما أن هذا اللون من العلاج قد ساعد في تحسين مفهوم الذات لدى أفراد هذه المجموعة في القياس البعدي، إلا أن بعض أبعاد مفهوم الذات كانت محتفظة بهذا التحسن لفترة شهر آخر من انتهاء البرنامج، والبعض الآخر قد انتكس بشكل غير متوقع.

ثانياً: تفسير النتائج التي تتعلق بالعلاج الروجري بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو (ت٧):

#### - بالنسبة للقلق العام:

فقد بينت النتائج الإحصائية المبينة في الجداول (٣١،٣٠،٢٧،٢٦) فاعلية العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو في خفض حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية. بدليل وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠،٠١) بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي في القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد (ت٧) لصالح القياس البعدي.

كما تم التأكد من هذه النتيجة من خلال مقارنة نتائج أفراد المجموعة التجريبية الثانية مع نتائج أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي، حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة بين المجموعتين (ت٢،ض) في القلق العام والقلق كسمة لصالح التجريبية، وكانت هذه الفروق دالة عند مستوى (٠،٠١) سواء باستخدام الإحصاء البارامترى لاختبار ت ستودنت أو باستخدام الإحصاء اللابارامترى لاختبار "ولكوكسن" و"مان وتني".

وتؤكد هذه النتيجة، أن أفراد المجموعة التجريبية الثانية الذين تلقوا هذا اللون من العلاج قد استفادوا من هذا البرنامج في تحسين القلق العام والقلق كسمة بعد العلاج، وأن هذا التحسن لا يمكن رده إلى عوامل النمو الطبيعي أو لعوامل أخرى، وإنما يرجع إلى فاعلية البرنامج.

كذلك لوحظ من النتائج المبينة في الجداول (٣٩،٣٨،٣٥،٣٤) أن أفراد المجموعة

التجريبية قد حافظوا على ثبات التحسن الذي حدث لهم في القلق العام والقلق كسمة لبعده شهر من انتهاء البرنامج (القياس التتبعي). بدليل عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية. وقد تم التأكد من هذه النتيجة أيضاً من خلال مقارنة نتائج القياس التتبعي لدى أفراد (المجموعتين التجريبية الثانية والضابطة) في هذا المتغير، حيث وجدت فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في هذا المتغير لصالح التجريبية، فقد بلغ الفرق بين المجموعتين بمقدار (٢٠,١٨) درجة في القلق العام، و (١٤,٨٤) درجة في القلق كسمة. وهذه الفروق كانت دالة عند (٠,٠١) سواء باستخدام الإحصاء البارامتري أو باستخدام الإحصائي اللابارامتري.

من هذه النتيجة يمكننا القول، أن أفراد المجموعة التجريبية الثانية الذين تلقوا العلاج الروجري بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو قد حدث لهم تحسن واضح في القلق العام والقلق كسمة، وأن هذا التحسن لم يكن تأثيره وقتياً ينتهي بانتهاء جلسات العلاج النفسي، وإنما ظل تأثيره باقياً لفترة شهر من انتهاء البرنامج.

وتتفق هذه النتيجة مع ما ذكره روجرز (١٩٥١) من أن العلاج الروجري الناجح يكون فعالاً في تقليل شدة التوتر بأنواعه الثلاثة: التوتر الفسيولوجي، والتوتر النفسي، والقلق.

كما يرى الباحث أن اتصاف المعالج (الباحث) بالتعاطف، والدفء، والأصالة دون تملق مع العميل كان أحد الأسباب الرئيسية في إحداث التحسن الحاصل لدى العملاء في مستوى شدة قلقهم. كما أن هذا اللون من العلاج والذي يركز على العلاقة التواصلية الإنسانية الودودة بين الباحث والعميل، جعل العملاء أفراد هذه المجموعة يشعرون بأن هناك من يقف إلى جانبهم ويساندهم ويتعاطف وجدانياً معهم، مما ساعدهم هذا على الانفتاح والغوص في عالم خبرتهم بدون خجل أو خوف بضمان السرية التامة للمعلومات التي يدلون بها أثناء جلسات العلاج. وهذا الأمر أيضاً ساعد الباحث في تحرير العميل من التحريف الدفاعي، ومعايشة خبراته الداخلية، ومن ثم مكن العميل نتيجة لذلك من التحكم بالاضطراب النفسي (القلق) الذي يعاني منه.

وتتفق هذه النتيجة مع الآراء النظرية والتطبيقية التي تتعلق بفاعلية التغذية المرتدة بالفيديو والمصاحبة للعلاج النفسي، حيث عبر "الجر" (١٩٦٩) Alger عن هذا بالقول: إن إحدى النتائج الهامة لاستخدام أسلوب التغذية بالفيديو في العلاج النفسي هي التشجيع على إقامة علاقة علاجية

أكثر ديمقراطية بين المعالج والعميل؛ فعندما تتساوى طريقة كل منهما في الوصول إلى المعطيات الموضوعية أثناء الجلسة، فإن القواعد التقليدية في العلاقة العلاجية تتلاشى. (Alger, 1969, PP. 130-135) والتغذية المرتدة بالفيديو المصاحبة للعلاج النفسي التي تلقاها أفراد المجموعة التجريبية الثانية قد ساعدتهم على استرجاع أفكارهم ومشاعرهم بشأن الخبرات التي سببت لهم الضيق والتوتر والقلق؛ بحيث جعلتهم أقل قلقاً وتوتراً بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي. وهذا الأمر يتفق مع دراسة "دانيت" (١٩٦٨) الذي استخدم فيها تقنية التغذية المرتدة بالفيديو مع عملائه، حيث وجد انخفاض في مستوى القلق، وزيادة في تقدير الذات. (Danet, B, 1969, PP. 632-636)

وكذلك تتفق هذه النتيجة التي توصل إليها الباحث مع نتائج كل من: دراسة رونالد وهامان (١٩٩٦) Ronald & Hayman، ودراسة هيل أوجراي وآخرين (١٩٩٤) Hill, & O'Grady، ودراسة ماهر وآخرين (١٩٩٣) Maher et al، ودراسة روبيرتسون وجاتكل (١٩٩١) Robertson & Gatchel، ودراسات بوركوفك وآخرين (١٩٨٨، ١٩٨٧) ودراسة تومبسون وآخرين (١٩٩٤) Thompson, C. et al، ودراسة تاوش وآخرين (١٩٩١) Teusch et al، ودراسة روبيرت وباول (١٩٦٩) Robert & Baul حيث أشارت نتائج هذه الدراسات إلى انخفاض واضح في مستوى شدة اضطراب القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تلقت هذا اللون من العلاج.

كما تتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه "ألجر وهاجان" (١٩٦٩) Alger & Hagan في دراستهما التي أكدت على أن (٩٠٪) من أفراد المجموعة التجريبية قد استفادوا من تقنية التغذية المرتدة بالفيديو بمصاحبة العلاج النفسي.

بينما أشار روجرز في سياق حديثه عن العلاج الراجري إلى أهمية التغذية المرتدة بالوسائل السمعية - والبصرية على أفراد الجماعة، من حيث قدرتها على إحداث الاستبصار بالكيفية الحقيقية التي يبدو بها أعضاء الجماعة أنفسهم بعد جلسات الإعادة، مما تسهل لهم وبالتالي التغلب على التوتر والقلق الذي يعانون منه. (Rogers, C., 1942, pp. 429-439)

- بالنسبة لمفهوم الذات :

توضح النتائج الإحصائية المبينة في الجداول (٣٣، ٣٢، ٢٩، ٢٨) فاعلية البرنامج العلاجي الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو في تحسين مفهوم الذات بأبعاده (الشخصي، الاجتماعي، الجسمي، الأخلاقي) لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية بالمقارنة مع أفراد

المجموعة الضابطة بعد الانتهاء مباشرة من تطبيق البرنامج لصاح أفراد المجموعة التجريبية الثانية، بدليل وجود فروق دالة عند مستوى (٠,٠١، ٠,٠٥) بين أفراد المجموعتين (ت٢، ض) في هذه الأبعاد بعد تطبيق البرنامج مباشرة لصالح (ت٢). بينما لم توجد فروق بين المجموعتين في مفهوم الذات الأسري. وهذا يعني عدم فعالية البرنامج في إحداث أثر إيجابي في هذا المتغير (الذات الأسري).

وبالرغم من أن الفروق في هذه المتغيرات (الشخصي، الاجتماعي، الجسمي، الأخلاقي، الأسري) كانت دالة بين درجات القياس البعدي والقبلي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية لصالح القياس البعدي، إلا أن مستوى التحسن في مفهوم الذات الأسري لم يكن دالاً عند مقارنته بنتائج أفراد المجموعة الضابطة على نفس المتغير. وهذا يدعونا إلى القول بأن البرنامج العلاجي أحدث تأثيراً إيجابياً في مفهوم الذات بأبعاده المختلفة ما عدا مفهوم الذات الأسري لدى أفراد المجموعة التجريبية التي تلقت هذا اللون من العلاج. وهذا يؤكد على أن التحسن الذي طرأ على مفهوم الذات لدى (ت٢) لا يمكن رده إلى عوامل النمو الطبيعي، وإنما يرجع إلى تأثير وقوة البرنامج في إحداث هذا التغير والذي تجلت آثاره في زيادة التطابق بين الذات المدركة وكل من مفهوم الذات: الشخصي، الاجتماعي، والجسمي، والأخلاقي.

ويعزو الباحث عدم قدرة البرنامج في إحداث تحسن إيجابي في مفهوم الذات الأسري إلى طبيعة المشكلات الأسرية العميقة الجذور التي كان يعاني منها أفراد المجموعة؛ فالحالة رقم (١) في هذه المجموعة على سبيل المثال كان السبب الرئيسي لقلقها وتوترها النفسي ناجم عن التناقض الحاد بين الذات المدركة والذات المثالية فيما يتعلق بالجانب الأسري... بدأت المشكلة مع والدي منذ فترة طويلة، إنسان بخيل، يتهمني بعدم الطاعة له وتبذير الأموال في أمور غير راضٍ عنها. هذه الخلافات مع والدي بالرغم من أنني ابنه الوحيد، جعلتني أعيش في شقة أخرى بعيداً عن المنزل، وما زلت أعيش فيها حتى الآن... كذلك صرحت الحالة رقم (٥) "...مشاكلي كثيرة مع زوجي، عايز مني دهبني علشان يشتري فيه مخدرات، ودائماً كنت برفض، وكل يوم في مشاكل في البيت معه وأنا ست ما خلفتش منه، وبعدين صار يهددني بالطلاق...".

وتعد النتائج السيكومترية والتقارير الذاتية التي عبرت عنها بعض حالات المجموعة (ت٢) أثناء جلسات العلاج دليل قوي على عدم احراز أي تقدم في مفهوم الذات الأسري لدى أفراد هذه المجموعة باستخدام العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو.

أما بالنسبة لمآل مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي، فقد أظهرت النتائج الإحصائية المبينة في الجداول (٤١،٤٠،٣٧،٣٦) فاعلية البرنامج العلاجي المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو في استمرار ثبات التحسن في مفهوم الذات الشخصي والجسمي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة بعد مضي شهر من انتهاء البرنامج، مع عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين في القياس التتبعي لكل من مفهوم الذات الاجتماعي، والأخلاقي، والأسري. وإذا علمنا أن مفهوم الذات الأسري كان في القياس البعدي غير دال لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة، فإنه بقي على وضعه كذلك بدون أن يطرأ عليه أي تغير، بينما حدث انتكاس لدى أفراد المجموعة التجريبية في مفهوم الذات الاجتماعي، ومفهوم الذات الأخلاقي. بدليل عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات القياس التتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية وأفراد المجموعة الضابطة في مفهوم الذات الاجتماعي، والأخلاقي والأسري، سواء باستخدام الإحصاء البارامترى أو اللابارامترى.

وتعني هذه النتيجة أن أثر البرنامج العلاجي المستخدم مع أفراد المجموعة التجريبية الثانية لم يكن تأثيره وقتياً، ينتهي بانتهاء جلسات العلاج ولكن استمر تأثيره في مفهوم الذات الجسمي والشخصي فقط لبعد شهر من انتهاء البرنامج، بينما لم يكن لهذا البرنامج أي أثر في مفهوم الذات الاجتماعي والأخلاقي والأسري.

ويعزو الباحث هذا الثبات في تحسن مفهوم الذات الشخصي والجسمي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية التي تلقت البرنامج العلاجي الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو إلى فاعلية العلاج الراجري الناجح حيث يقول "روجرز" في هذا: "إن التغيرات التي تحدث في الذات خلال سلسلة من الجلسات العلاجية هي ميل العميل نحو عدد متزايد من اتجاهات اعتبار الذات، ومساندة الذات إيجابياً نتيجة للتقدم العلاجي".

وأفضل دراسة تدعم هذا الرأي هي دراسة "شيرر" Sheerer والتي تشير إلى أن العلاج النفسي المتمركز على العميل يساعد العميل على تقبل ذاته، وهذا التقبل يتحسن تدريجياً عبر جلسات العلاج النفسي، وقبول الذات يعني: أن العميل يلاحظ نفسه ذات جدارة وأنه يستحق الاحترام، ويدرك قيمته بكونها مبنية على أساس تجربته الخاصة، بدل من كونها مبنية على أساس رغبات واتجاهات الآخرين. والعميل أيضاً يلاحظ دوافعه، ومشاعره بدون تشويه للمعطيات الحسية الأساسية.

كما أن التغذية المرتدة بالفيديو ساعدت العملاء على خفض التناقض الحاصل بين مفهوم الذات المدرك ومفهوم الذات المثالي فيما يتعلق بالجانب الجسمي، فقد أدرك العملاء ذاتهم الجسمية على نحو أفضل، لأن هذه الوسيلة ساعدت العميل على رؤية ذاته، وصورته الجسمية، وتعبيرات وجهه، وحركاته، وسلوكه اللفظي وغير اللفظي بصورة أوضح وأفضل. ولهذا السبب حدث استمرار في ثبات التحسن في مفهوم الذات الجسمي لبعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي لدى أفراد هذه المجموعة، مما يعني أنهم قد استفادوا من هذه التقنية بتعديل وتحسين مفهوم الذات الجسمي بالاتجاه الأفضل.

أما بالنسبة لأبعاد مفهوم الذات الاجتماعي، والأخلاقي، والأسري لدى أفراد المجموعة الثانية والتي حصل لها تراجع أو انتكاس في مرحلة المتابعة، فيمكن تبرير ذلك فيما يلي :

- وجود مشكلات أسرية واجتماعية عميقة الجذور. وهذه المشكلات والتصورات الثابتة نسبياً التي تشكلت لدى أفراد العينة عن هذه الأبعاد (الأسري، الاجتماعي، الأخلاقي) لم يستطع البرنامج إحداث الأثر الطيب فيها لوقت طويل. وقد عبر المفحوص رقم (٢) عن ذلك التناقض بين مفهوم الذات المدرك، ومفهوم الذات المثالي فيما يتعلق بالجانب الأسري بالقول... "لم أجد الاهتمام الكافي والرعاية الطيبة من قبل أفراد أسرتي؛ فوالدي دائماً يطلب مني عدم المجيء إلى البيت، وزوجة والدي تأمر أولادها الصغار بضربي وشتمي أمام الجيران...". كذلك وجود تناقض عميق الجذور بين مفهوم الذات المدرك ومفهوم الذات المثالي فيما يتعلق بمفهوم الذات الأخلاقي، فقد عبر العميل رقم (٤) عن ذلك بالقول... "بحس أنني ما عنديش ضوابط بشأن علاقتي برينا... مرة بكون ملتزم بالصلاة، ومرات أتركها وأذهب مع زمائلي لشرب الخمر والجلوس مع البنات...".

ونورد هنا قول "روجرز" لتأكيد هذه النتيجة التي توصل إليها الباحث حيث يرى "... أن عملية إعادة تنظيم الذات والتشويه المستمر للخبرات هي عملية مستمرة... فإن التقييم المستمر للخبرات لا يكون لدينا مفهوم ثابت للذات نحدد بواسطته السلوك الملائم للموقف، فمن المخيف أن نجد الذات والسلوك يتأرجحان من يوم ليوم آخر؛ فقد تكون الخبرات متطابقة مع مفهوم الذات في وقت، وفي وقت آخر نراها مشوهة بسبب صورة جديدة غامضة التركيب.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة "جلاسي" (١٩٧٤) Galassi حيث أظهرت فروقاً دالة بين درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في انخفاض مستوى القلق، وزيادة التعبير الذاتي لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت التغذية المرتدة بالفيديو.

(Galassi, j, 1974, PP. 390-394)

كذلك تتفق مع نتائج دراسة "دانيت" (١٩٦٩) Danet, B حيث وجد أن أفراد المجموعة التجريبية قد استفادوا من البرنامج العلاجي بمساعدة التغذية المرتدة بالفيديو في خفض مستوى القلق، وزيادة تقدير الذات لصالح التجريبية.

- أما فيما يتعلق بتفسير الفرض الخاص بمدى إدراك أفراد مجموعة العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو للخبرات الإيجابية والسلبية والمتناقضة مع الذات عبر مشاهدتهم للجلسات المعادة بواسطة الفيديو، فقد أظهرت النتائج:-

- تزايد في قدرة هؤلاء العملاء على إدراك الخبرات الإيجابية عبر سلسلة جلسات الإعادة. بمعنى أن العميل في بداية الجلسات كان يملك خبرات إيجابية قليلة عن ذاته، ولكن بعد عدد من الجلسات أصبح يكتشف الكثير من الخبرات الإيجابية الكامنة في داخله، وأصبح يعيها، ويدركها على أنها خبرات إيجابية تتفق مع مفهومه عن ذاته.

وهذه النتيجة تتفق مع ما قاله "روجرز" في هذا الصدد: "جعلتني خبرتي العلاجية أن استنتج أن الفرد لديه في داخله القدرة والميل أو النزعة الكامنة للمضي قدماً نحو النضج، وتكون هذه النزعة متحررة في ظل مناخ نفسي مناسب، وتصبح هذه النزعة أكثر انفتاحاً من كونها نزعة كامنة، وهذه الخبرات في ظل هذا المناخ أصبحت قابلة للتشريح، وناضجة، وقابلة للتعبير النشط عن هذه الخبرات (Rogers, C., 1951, P. 35)

ومعنى هذا، أن العملاء في هذه المجموعة- بالرغم من الفروق الفردية بينهم، أصبحوا أكثر قدرة على أن يخبروا ذاتهم كموضوع يتمركز حوله التقييم. ونتيجة لذلك حدث لديهم نوع من التبصر بالذات، الذي أدى إلى زيادة الخبرات الإيجابية التي تخص الذات.

- كذلك وجد أن هناك تناقص في خبرات العملاء السلبية عبر جلسات العلاج الإعادة. بمعنى آخر، قلة الخبرات التي يشعر بها العملاء على أنها لا تخصهم. وهذه النتيجة تتفق مع النتائج التي توصل إليها "روجرز" مع عملائه، والتي تشير إلى أن العملاء يصرون عدداً كبيراً

من الإشارات السالبة في بداية العلاج، ومع تقدمهم فيه يظهرون التذبذب في تأييد الإشارات المتناقضة، وفي نهاية العلاج تتناقص الإشارات السالبة".

- كما لوحظ من النتائج تزايد التطابق بين الذات وخبراتها، بحيث أصبح العميل عبر هذه الجلسات أكثر تطابقاً، وأكثر انفتاحاً على خبراته، وأقل دفاعية. وهذا يعني، أن العملاء عن طريق هذا اللون من العلاج استطاعوا أن يكوّنوا خبراتهم مع كل تنوعاتها وتناقضاتها الظاهرة، وأنهم نتيجة لذلك نمت لديهم القدرة- ولو بشكل بسيط- على صياغة أنفسهم خارج خبراتهم بدلاً من محاولة أن يفرضوا صياغة الذات على الخبرة، منكرين على وعيهم أن يدركوا تلك العناصر التي لا تناسبها، وفي معاناة الخبرة بعناصر الذات. وعندئذ ظهر لديهم الانسجام والتناغم النسبي بين الذات وخبراتهم.

- كما لوحظ أيضاً من النتائج تناقص الخبرات الغامضة بالنسبة لهؤلاء العملاء الذين تلقوا التغذية المرتدة لجلساتهم بالفيديو، والتي كانت تسبب لهم القلق والضيق؛ نتيجة لقدرتهم على اكتشافها وتحليلها، وإعادة تنظيمها في بنية الذات. فقد أصبحوا يدركون هذه الخبرات بموضوعية وواقعية أكثر، حيث أصبحت في النهاية لدى بعض العملاء تحت تحكمهم.

ويمكن أن نلخص النتيجة التي توصل إليها الباحث بالاستناد إلى ما قاله "روجرز" في هذا: "تبدو العملية العلاجية أنها تتضمن الانفتاح الزائد على الخبرة، وهذا الانفتاح هو القطب المقابل للدفاعية Defensiveness، وهكذا فإن الهدف من العملية العلاجية الذي رسمته للحياة الجيدة، يُظهر أسلوباً حركياً من قطب الدفاعية إلى قطب الانفتاح على الخبرة بكاملها، بحيث يصبح العميل قادراً أكثر وبشكل كامل، أن يعيش خبراته الخاصة ككائن أكثر من أن يمنع الخبرات من الدخول إلى الوعي. إنها زيادة في حالات التبصر في نضج السلوك المسجل، وأكثر نضجاً في الاتجاهات الإيجابية كتحسنات علاجية، تغيرات في الإدراك، وفي تقبل الذات، تجسيد الخبرة المشوهة أو المنكرة denield مسبقاً إلى بناء الذات، التغير في مركز التقييم من خارج الذات إلى داخلها، تغيرات في العلاقة العلاجية، وتغيرات خاصة في بناء الشخصية، وفي الحالة الفسيولوجية. (Rogers, C., 1961, P. 65)

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة "مورايا ما ونوجيما" (Murayama & Nojima ١٩٧٦) حيث أشارت نتائجها إلى أن أفراد المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج المتمركز

على العميل حدث لهم بعد العلاج تزايداً في التعبير المباشر عن المشاعر، تناقص في التوتر العصبي، تزايداً في تقبل الذات ومرونتها، وتزايداً في الثقة بالنفس.

(Morayama & Najima 1976)

وتتفق أيضاً مع نتائج الدراسات التي قام بها "بورتر" (1943) Porter, E عندما توصل إلى تأكيد فاعلية استخدام هذا الأسلوب في تحليل محتوى الجلسات العلاجية. وقد أعقب ذلك دراسات عديدة قام بها بعض تلاميذ روجرز، والتي أكدت على التحول في مفهوم الذات من حالة التناقض والسلبية إلى الإيجابية والرضا عن الذات بتقدم العلاج.

ثالثاً: تفسير النتائج الخاصة بالفرض الثالث المتعلق بالعلاج الروجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية (ت-٢):  
- بالنسبة للقلق العام :

يلاحظ من النتائج الإحصائية المبينة في الجداول (٤٣،٤٤،٤٧،٤٨) أن البرنامج العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية لمعدل ضربات القلب وضغط الدم بمساعدة تدريبات الاسترخاء كان له أثر فعال في خفض حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة بعد الانتهاء مباشرة من تطبيق البرنامج. بدليل وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) سواء باستخدام الإحصاء البارامتري لـ ت ستودنت، أو باستخدام الإحصاء اللابارامتري لـ اختبار "ولكوكسن" بين متوسط درجات القياس القبلي ومتوسط درجات القياس البعدي لدى أفراد (ت-٢) لصالح القياس البعدي.

كما تم التأكد من صحة هذا التغير الذي أحدثه البرنامج العلاجي في القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد (ت-٢)، من خلال مقارنة نتائج القياس البعدي لـ (ت-٢) مع نتائج القياس البعدي لأفراد المجموعة الضابطة على نفس المتغير؛ فقد أظهرت النتائج فروقاً دالة عند (٠,٠١) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (ت-٢) ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في القلق العام والقلق كسمة لصالح أفراد المجموعة التجريبية الثالثة.

وهذه النتائج تشير إلى فاعلية هذا البرنامج في خفض حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة. وهذا التحسن لا يمكن رده إلى عوامل النمو الطبيعي أو لعوامل أخرى، وإنما يرجع إلى تأثير فعالية البرنامج في هذا المتغير.

وعن مدى ثبات التحسن في اضطراب القلق العام والقلق كسمة- باتجاه الخفض- لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة، فقد أظهرت النتائج الإحصائية المبينة في الجداول (٤٧، ٤٨، ٥١، ٥٢) فاعلية هذا اللون من العلاج في استمرار ثبات التحسن في القلق العام والقلق كسمة- باتجاه الخفض- لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج. بدليل عدم وجود فروق دالة عند (٠,٠١) بين القياس البعدي والقياس التتبعي في القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة. وهذا يؤكد أيضاً أن الفروق في المتغير نفسه لدى أفراد المجموعتين (ت، ٣، ض) بقيت دالة عند مستوى (٠,٠١) بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي لصالح أفراد المجموعة التجريبية الثالثة.

وتشير هذه النتيجة إلى أن أثر البرنامج العلاجي المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية لم ينته بانتهاء تطبيق البرنامج، ولكن ظل أثره باقياً لفترة شهر آخر من انتهائه.

وهذه النتيجة تتفق مع ما قاله روجرز عن فاعلية العلاج المتمركز على العميل في إحداث التطابق بين الذات والخبرة؛ فالعميل الذي يعاني من القلق والتوتر بعد العلاج تكون فكرته عن ذاته في صورة تمّ فيها استيعاب كل الخبرات الحسية والإحشائية أو احتمال استيعابها على الأقل على المستوى الرمزي في علاقة مطردة مع مفهوم العميل عن ذاته.

كذلك تتفق هذه النتيجة مع دراسات كل من "روبيرتسون وجاتكل" (١٩٩١) Robertson & Gatchle، ودراسة "بوركوفك وآخرين" (١٩٩١، ١٩٨٨، ١٩٨٧) Borkovec et al، حيث أشارت هذه النتائج إلى فاعلية العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة الاسترخاء في خفض حدة اضطراب القلق العام مع المتغيرات الفسيولوجية المصاحبة له لدى أفراد المجموعة التجريبية.

كذلك بينت النتائج الإحصائية المبينة في الجداول (٥٨، ٥٩، ٦٠، ٦١) فاعلية العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية في خفض الأعراض الفسيولوجية المصاحبة لاضطراب القلق العام وهي: معدل ضربات القلب وضغط الدم (الانقباضي- الانقباضي) في حالة كل من: الاسترخاء، التوتر الانفعالي، الوضع الطبيعي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي بالمقارنة مع القياس القبلي، وكذلك استمرار ثبات هذا التحسن في هذه الأعراض لفترة شهر من انتهاء تطبيق البرنامج.

وهذه النتيجة تؤكد على أن أفراد هذه المجموعة قد استطاعوا التحكم بشكل إرادي بضغط

الدم الانقباضي والانقباضي ومعدل ضربات القلب باتجاه الخفض، بعد انتهاء البرنامج العلاجي (الخط القاعدي الثاني) بالمقارنة مع نتائج درجات القياس القبلي (الخط القاعدي الأول).

ويعزو الباحث هذا الأمر إلى فاعلية البرنامج العلاجي الروجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية بمساعدة الاسترخاء في التحكم في الوظائف الفسيولوجية الداخلية المضطربة (ضغط الدم، معدل ضربات القلب) نتيجة لارتفاع مستوى القلق العام وليس راجع إلى عوامل أخرى. كما تؤكد النتائج الإحصائية على أن البرنامج العلاجي بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية لم تنته فاعليته في إحداث التحسن في معدل ضربات القلب وضغط الدم - باتجاه الخفض - بانتهاء البرنامج، ولكن أثره بقي ثابتاً لفترة شهر من انتهائه. بمعنى أن أفراد هذه المجموعة التي تلقت هذا اللون من العلاج، استطاعوا أن يتحكموا إرادياً بالوظائف الفسيولوجية (ضغط الدم، معدل ضربات القلب) والتي كان يعتقد قديماً أنها خارج نطاق التحكم والضبط - بعد انتهاء البرنامج مباشرة (الخط القاعدي الثاني). كما أنهم حافظوا على ثبات التحسن في هذه المتغيرات بعد فترة شهر من انتهاء البرنامج (الخط القاعدي الثالث).

وتؤكد الكثير من الأبحاث التجريبية صحة هذه النتائج التي توصل إليها الباحث، حيث أشار "روجرز" في كتابه "العلاج المتمركز على العميل" (١٩٥١) إلى أن العلاج المتمركز على العميل يساعد الأفراد على خفض التغيرات الفسيولوجية، وخاصة تغيرات الجهاز العصبي الذاتي (المستقل) المصاحبة للقلق والتوتر. فلقد استشهد بذلك من خلال دراسة تيتفورد Thetford التي أجراها على مجموعة من العملاء باستخدام العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية للتوتر العضلي، حيث أكد فيها على أهمية العلاج الروجري في خفض التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للتوتر، وأن تلك المؤشرات في سرعة التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للقلق باتجاه التحسن، يمكن أن تعدّ مؤشرات للسرعة التي يستعيد فيها العميل حالته السابقة الخاصة بالتوازن النفسي.

كما يرى "تاوش" (١٩٩٥) Teusch في هذا الأمر "أن الأشخاص الذين يكونون في حالة استرخاء كبير، يكونون أقرب إلى امتلاك مشاعر طيبة عن الماضي والحاضر. وعلى العكس من ذلك، فالأشخاص الأشد توتراً يتذكرون ذكريات غير طيبة، وهم أقرب لامتلاك أفكار مزعجة. وعليه فطبقاً لمقدار الاسترخاء أو التوتر نملك مدخلاً للمعرفيات التي تطابق المشاعر على ما يبدو، فإننا أيضاً نكون في وضعية التلاءم أكثر تصلباً في تقييماتنا، بينما في الحالة المسترخية

نكون أقرب للمرونة وأقرب للتوصل إلى تقييمات متغيرة. (تاوش، ١٩٩٥، ٥٤-٦٤)

وتتفق هذه النتيجة أيضاً مع نتائج دراسة كل من: "هارينجتون" (١٩٩٢) Harrington، و"روبيرتسون وجاتكل" (١٩٩١) Robertson & Gatchel والتي أكدت على فاعلية العلاج النفسي بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية في خفض حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة وهذا الخفض رافقه تحسن في الأعراض الفسيولوجية لـ ضغط الدم، ومعدل ضربات القلب.

كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج كل من دراسة: "إيمان أبو رية" (١٩٩٢)، و"ماك جريد وهيجين" (١٩٩٠) MC Grade & Higin، و"هبه بهي الدين ربيع" (١٩٨٨)، و"عبد الوهاب كامل" (١٩٩١)، و"اندرسون" (١٩٨٦) Anderson، و"هوفمان" (١٩٨٦) Hofman، و"كراجان وبيكر" (١٩٨٤) Cragan & Backer، و"دوجلاس" (١٩٨٤) Douglas, C.، و"السمادوني" (١٩٨١)، و"رومانو" (١٩٧٨) Romano، و"ريتشارد" (١٩٧٥) Richard حيث أكدت نتائج هذه الدراسات فاعلية التغذية المرتدة الحيوية بمساعدة الاسترخاء في خفض حدة اضطراب القلق ومعدل ضربات القلب وضغط الدم، بالإضافة إلى متغيرات فسيولوجية أخرى.

بينما لم تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة كل من: "بروزينسكي" (١٩٨٧)، و"جانيس ومورجان" (١٩٨٠) والتي أشارت نتائجها إلى عدم فاعلية العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة الاسترخاء في خفض حدة اضطراب القلق العام والأعراض الفسيولوجية المصاحبة له.

وتشير النتائج التي أظهرتها الدراسة الحالية إلى أن انخفاض المؤشرات الفسيولوجية- باتجاه السواء- يعدُّ مؤشراً جيداً للتغير أو التحسن الذي طرأ على العميل الذي يعاني من القلق العام. لذلك يمكن القول أن هذه النتائج تقدم الدليل الكافي لأهمية التطبيقات العلاجية للتغذية المرتدة الحيوية بمصاحبة العلاج المتمركز على العميل في خفض حدة اضطراب القلق العام والأعراض الفسيولوجية المصاحبة له.

#### - بالنسبة لمفهوم الذات :

أما فيما يتعلق بالتحسن الذي طرأ على مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة التي تلقت العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية، فقد بينت النتائج الإحصائية المبينة في الجداول (٥٠،٤٩،٤٦،٤٥) فاعلية هذا البرنامج في تحسن مفهوم الذات بأبعاده الخمس (الشخصي، الاجتماعي، الجسمي، الأخلاقي، الأسري) في القياس البعدي بالمقارنة

مع القياس القبلي لدى أفراد (ت٣). وجميع هذه القيم كانت دالة عند مستوى (٠,٠١) سواء باستخدام "ت ستودنت"، أو باستخدام "ولكوكسن". وقد تم التأكد من هذه النتيجة من خلال مقارنة نتائج القياس البعدي في مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة وأفراد المجموعة الضابطة، حيث أظهرت فروق دالة في مفهوم الذات بأبعاده الخمسة بين أفراد المجموعتين (ت٣، ض) لصالح أفراد المجموعة (ت٣). وجميع هذه الفروق كانت دالة عند (٠,٠٥، ٠,٠١) لصالح المجموعة (ت٣) سواء باستخدام "ت ستودنت" أو استخدام اختبار "مان وتني" و"ولكوكسن".

وهذه النتائج التي توصل إليها الباحث في هذا المتغير لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة تؤكد على أن التغيير الذي طرأ على مفهوم الذات لدى العملاء المترددين على العيادة النفسية والذين يعانون من اضطراب القلق العام لا يمكن إرجاعه إلى عوامل النمو الطبيعي أو لعوامل أخرى، وإنما يرجع لتأثير البرنامج العلاجي المستخدم مع أفراد هذه المجموعة. كما تعني هذه النتيجة، أن أفراد هذه المجموعة حدث لهم نوع من التطابق بين مفهوم الذات المدرك وبين مفهوم الذات المثالي فيما يتعلق: بالجانب الشخصي، والأسري، والاجتماعي، والجسمي، والأخلاقي، بحيث أصبحوا أكثر تقبلاً لذاتهم، وأكثر واقعية في إدراك ذاتهم، وأكثر ثقة في التحكم بأنفسهم، وأكثر نضجاً واجتماعية وتوافقاً في سلوكهم.

كذلك بينت النتائج الإحصائية الموضحة في الجداول (٥٣، ٥٤، ٥٦، ٥٧) فاعلية أثر البرنامج العلاجي الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية في استمرار ثبات التحسن في مفهوم الذات لدى أفراد هذه المجموعة (ت٣) لبعده شهر من انتهاء البرنامج العلاجي. بدليل عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) سواء باستخدام اختبار "ت ستودنت" أو اختبار "ولكوكسن" في مفهوم الذات بأبعاده الخمس بين القياس البعدي والقياس التتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة. وقد تم التأكد من ذلك من خلال مقارنة نتائج القياس التتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية الثالثة والضابطة في مفهوم الذات بأبعاده الخمسة (الشخصي، الاجتماعي، الجسمي، الأخلاقي، الأسري). وقد جاءت الفروق دالة عند مستوى (٠,٠٥، ٠,٠١) لصالح أفراد المجموعة التجريبية الثالثة. ومعنى ذلك، أن أفراد المجموعة التجريبية الثالثة والتي تلقت البرنامج العلاجي المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية، قد استفادوا من هذا البرنامج عبر جلساته العشر في تحسين مفهوم الذات بأبعاده الخمسة، وبقاء هذا التحسن ثابتاً لغاية شهر من انتهاء البرنامج، أي أنهم أصبحوا قادرين على تغيير مفهوم الذات السالب إلى مفهوم موجب،

والقضاء على عدم التطابق بين مستويات مفهوم الذات المختلفة، وتنمية مفهوم الذات الموجب. كما نمت لديهم الاحساس بملاءمة قيمتهم في تفاعلهم الاجتماعي مع الآخرين، واحساسهم بكونهم أشخاص طبيين.

ونستنتج من هذا، أن النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية جاءت محففة تماماً للفروض التي صاغها الباحث في هذا المجال، فقد حدث تحسن في القلق العام والقلق كسمة، والأعراض الفسيولوجية المصاحبة للقلق (معدل ضربات القلب، ضغط الدم) باتجاه الخفض مع تحسن في مفهوم الذات بأبعاده الخمس لدى أفراد (٣) التي تلقت هذا اللون من العلاج. وهذا التحسن بقي ثابتاً لبعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي. كما تؤكد هذه النتائج أنه كلما ارتفعت الدرجات التي يحصل عليها العملاء المترددين على العيادة في مقياس مفهوم الذات، كلما حدث انخفاض في شدة اضطراب القلق العام والأعراض الفسيولوجية المصاحبة له.

وتتفق هذه النتيجة مع ما قاله روجرز عندما تحدث عن المسلمات الأساسية للعلاج النفسي وخاصة المسلمة رقم (١٤، ١٦) فالذات قد تقبل بعض الخبرات التي تتفق مع قيمها، وتسمح لها بالانتظام في بناء الذات، وهنا يكون الاستقرار النفسي.

كذلك تتفق هذه النتائج مع دراسة "والمر" (Walmer 1980) حيث أوضحت هذه الدراسة مزيداً من استكشاف المفوضين لذواتهم، والمزيد من تناقص شدة القلق لديهم، كما دلت على ذلك المقاييس الفسيولوجية للتوتر العضلي انخفاض في هذه المتغيرات الفسيولوجية، وذلك باستخدام العلاج المتمركز على العميل. (Walmer, j, 1980, P. 2380)

كذلك أشارت نتائج دراسة "تومبسون" (Tompson 1985) إلى أن العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية لضغط الدم، التوتر العضلي بمساعدة الاسترخاء ساعد في تحسين مفهوم الذات، وزيادة التحكم الذاتي لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وتبين دراسات أخرى أن التدريب على الاسترخاء يؤدي إلى تغيير في مفاهيم المرضى عن ذواتهم (مفهوم الذات) فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء أكثر ثقة بالنفس، ربما بسبب القوة التي يمنحها الاسترخاء لهم وما تعلمه لهم من قدرة على ضبط الذات، والتحكم في التغيرات الجسمية.

رابعاً: أما فيما يتعلق بمدى فاعلية الأساليب العلاجية الثلاث في إحداث تحسن في القلق العام والقلق كسمة باتجاه الخفض وتحسن في مفهوم الذات:

فقد بينت النتائج الإحصائية الموضحة في الجداول (٦٦،٦٥،٦٤،٦٣) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الأساليب العلاجية الثلاث (العلاج الوجودي بمصاحبة الدواء، العلاج الوجودي بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو، العلاج الوجودي بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية) في إحداث انخفاض في حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة، وتحسين مفهوم الذات بأبعاده الخمس بعد الانتهاء من تطبيق هذه الأساليب مباشرة على أفراد المجموعات الثلاث كل على حدا، بالرغم من أن هذه الأساليب أحدثت تأثيراً إيجابياً في خفض حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة، ومفهوم الذات بعد الانتهاء مباشرة من تطبيق هذه الأساليب بالمقارنة مع القياس القبلي.

وتعني هذه النتيجة، أن أسلوب كل من العلاج المتمركز على العميل مع الدواء، والعلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو، والعلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية، كانت على مستوى واحد من الكفاءة والفاعلية في خفض حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة لدى أفراد المجموعات الثلاث التي تلقت كل مجموعة شكل من أشكال العلاج. كذلك كانت هذه الأساليب الثلاث على نفس المستوى من الفاعلية في تحسين مفهوم الذات بأبعاده (الشخصي، الاجتماعي، الجسمي، الأخلاقي، الأسري) لدى أفراد هذه المجموعات التجريبية الثلاث في (القياس البعدي).

ويمكن تفسير هذه النتيجة على النحو التالي :

- إن المحور الرئيسي للأساليب العلاجية الثلاث هو العلاج المتمركز على العميل، وهذا الأسلوب استخدمه الباحث بنفس السوية مع المجموعات الثلاث من حيث: التقبل والاعتبار الإيجابي غير المشروط للعميل، والعلاقة الحميمة القائمة على أساس الفهم والثقة المتبادلة ضمن مناخ نفسي آمن مشبع بالألفة والمودة والدفء... الخ.

- إن الأساليب الأخرى المساعدة للعلاج النفسي (التغذية المرتدة الحيوية، التغذية المرتدة بالفيديو) لم تظهر آثارها في خفض مستوى القلق وتحسين مفهوم الذات لدى أفراد المجموعات الثلاث، على اعتبار أن هذه التقنيات المساعدة للعلاج النفسي تحتاج إلى وقت كافي لكي تظهر فاعليتها.

أما بالنسبة لاستمرار ثبات التحسن الحاصل لدى أفراد المجموعات التجريبية الثلاث والتي تلقت كل مجموعة أحد هذه الأساليب، فقد أظهرت النتائج فروق دالة بين الأساليب العلاجية الثلاث في القلق كسمة لصالح العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية، بينما لم تظهر النتائج أي فروق بين الأساليب العلاجية الثلاث في القلق العام من حيث فاعلية كل منها في استمرار ثبات التحسن في هذا المتغير بعد شهر من انتهاء البرامج الثلاث. بمعنى أن أفراد المجموعة التجريبية الثالثة والتي تلقت العلاج الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية قد حافظت على التحسن الحاصل لديها من جراء هذا العلاج في القلق كسمة لبعده شهر من انتهاء البرنامج بالمقارنة مع الأسلوبين الآخرين.

أما فيما يتعلق بمدى ثبات فاعلية الأساليب العلاجية الثلاث في الاحتفاظ باستمرار التحسن في مفهوم الذات بعد شهر من انتهاء التطبيق، فقد أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة بين الأساليب العلاجية الثلاث في كل من مفهوم الذات الاجتماعي، مفهوم الذات الأخلاقي لصالح أسلوب العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية، بينما لم توجد أي فروق دالة بين الأساليب الثلاث في مفهوم الذات: (الشخصي، والجسمي، والأسري).

وأخيراً يمكننا القول: أن العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية قد أثبتت فاعليته في استمرار ثبات التحسن في القلق كسمة، ومفهوم الذات الاجتماعي، والأخلاقي بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي بالمقارنة مع الأسلوبين الآخرين.

وبعزو الباحث هذا التحسن إلى:

١ - قيام أفراد المجموعة التجريبية الثالثة والتي تلقت العلاج الراجري مع التغذية المرتدة الحيوية بمهام إضافية (واجبات منزلية) من التدريب على مهارات الاسترخاء، وهذا الأمر جعل العملاء أفراد هذه المجموعة يمارسون هذه التدريبات يومياً، واستمروا فيها لغاية فترة المتابعة.

٢ - ارتياح أفراد هذه المجموعة لهذا الأسلوب.

٣ - أن أكثر من (٧٠%) من أفراد هذه المجموعة يحملون المؤهل المتوسط والجامعي بالمقارنة مع المجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية. وهذه الخاصية، ساعدت أفراد هذه المجموعة على زيادة الاستبصار بأنفسهم وبمشكلاتهم، وبخبراتهم، وتحليلها وفهمها

بصورة أفضل من غيرهم.

٤ - أن البداية الحقيقية لظهور الاضطراب النفسي لدى أفراد هذه المجموعة لم تتجاوز في المتوسط سنة واحدة فقط.

٥ - أن نسبة كبيرة من أفراد هذه المجموعة ينتمون إلى أسر محافظة دينياً.

وبالرجوع إلى الدراسات السابقة الخاصة بهذا الفرض، فإن الباحث لم يجد أي دراسة تناولت فاعلية الأساليب العلاجية الثلاث في خفض حدة اضطراب القلق العام، وتحسين مفهوم الذات.

فقد أشارت دراسة "تومبسون" (١٩٨٥) إلى عدم وجود فروق دالة بين التغذية المرتدة الحيوية، والتغذية المرتدة بالفيديو، بينما لم تظهر نتائج دراسة "جانيس ومورجان" (١٩٨١) أي فروق بين مجموعة التغذية المرتدة الحيوية والعلاج المتمركز على العميل بمصاحبة الاسترخاء في خفض القلق. بينما وجدت دراسة "رابين" أن الاسترخاء كان الأسلوب العلاجي الأكثر فاعلية في خفض حدة القلق بالمقارنة مع العلاج المتمركز على العميل.

خامساً: أما فيما يتعلق بالسؤال الخاص بمدى التحسن من حيث الدلالة الإكلينيكية لأفراد المجموعات الثلاث:

فقد أظهرت النتائج أن هناك اختلافات جوهرية في مستويات التحسن لدى أفراد المجموعات التجريبية الثلاث، وذلك تبعاً لاختلاف الأساليب العلاجية المستخدمة مع كل مجموعة، حيث أشارت المعطيات الكيفية أن التحسن الواضح لدى أفراد المجموعات التجريبية الثلاث كان قليلاً، كما أن هذا التحسن قد انخفض - بالاتجاه السلبى - بصورة واضحة في مرحلة المتابعة عنه في مرحلة القياس البعدي.

ويرجع الباحث أسباب التحسن الواضح التي حدثت لدى بعض أفراد المجموعات التجريبية الثلاث إلى:

١- ارتفاع العملاء لهذا اللون من العلاج.

٢- ارتفاع المستوى التعليمي لديهم.

٣- بداية الاضطراب النفسي لديهم كانت منذ فترة قصيرة لا تتجاوز الشهور.

ويرى بارلو (1986) Barlow تأكيداً على هذه النقطة أن مصدر القلق العام هو الاستمرارية الطويلة، والذي يمكن أن يستمر لمدة (٢٠) سنة. وقد تحدث بعض الانخفاضات القليلة في شدته بعد بداية المرض بفترة قصيرة نتيجة للعلاج.

(Yonkers, K, et al. 1996, pp. 308-313)

- ٤- لم يتعرضوا لأي اضطرابات نفسية في السابق.
  - ٥- عدم وجود أي اضطرابات نفسية في المحيط العائلي (لا يوجد تاريخ عائلي مرضي).
- بينما يرجع الباحث أسباب عدم التحسن أو الانتكاس بعد التحسن لدى الكثير من العملاء إلى :
- ١- انخفاض في المستوى التعليمي.
  - ٢- طول مدة الاضطراب النفسي الذي يعانون منه (قلق مزمن)، حيث بلغ لدى البعض خمس سنوات على سبيل المثال.
  - ٣- ظهور بعض المشكلات النفسية والاجتماعية والأسرية أثناء فترة العلاج في حالات، أو أثناء فترة المتابعة في حالات أخرى.
  - ٤- استمرار بعض الأعراض الإكلينيكية الشديدة مثل: توهم المرض، أفكار وسواسية بشأن الخوف من الاضطراب العقلي (الجنون)، أفعال قهرية (العادة السرية، الممارسات الجنسية الشاذة). ويرى أندرسون (1984) Anderson تأكيداً لهذا الأمر، إن المظهر البارز لاضطراب القلق العام هو درجة عالية من الانتشار مع اضطرابات نفسية متعددة، أظهرت الدراسات حدوث متكرر لهذا الاضطراب مع الاكتئاب، الهلع (الذعر) الوسواس المتسلطة، الخوف من الأماكن الواسعة. (Yonkers, K, et al. 1996, pp 308-313)
  - ٥- تاريخ عائلي مرضي.
  - ٦- السلبية والانتكالية على الباحث أثناء الجلسات العلاجية.
- يذكر الباحث على سبيل المثال في الملحق رقم (٢) حالة عميل حدث له تحسن واضح في حالته النفسية نتيجة للبرنامج العلاجي، وحالة عميل لم تتحسن حالته النفسية.

وربطاً بأهداف الدراسة الحالية، فإن الهدف الرئيسي هو معرفة أثر العلاج الروجري بمصاحبة كل من الدواء والتغذية المرتدة بالفيديو، والتغذية المرتدة الحيوية لمعدل ضربات القلب وضغط الدم بمساعدة تدريبات الاسترخاء في خفض حدة اضطراب القلق العام وتحسين مفهوم الذات لدى العملاء المترددين على العيادة النفسية والذين يعانون من اضطراب القلق العام. فقد أشارت نتائج بعض الدراسات مثل دراسات بوركوفك وآخرين (١٩٨٧، ١٩٨٨، ١٩٩١)، وروبيرتسون وجاتكل (١٩٩١)، وماهler وآخرين (١٩٩٣) وجريفيتس وهينكسون (١٩٧٣) وكراجان ودفينبيكر (١٩٨٤)، وريتشارد وهوس (١٩٧٥) إلى فاعلية هذه الأساليب في خفض حدة اضطراب القلق العام وتحسين مفهوم الذات، وهذا ما تم اثباته في الدراسة الحالية، حيث أشارت نتائج البحث الحالي إلى أن كل أشكال العلاج المستخدمة في هذا البحث كانت ذات فاعلية طيبة في خفض حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة، وتحسين مفهوم الذات لدى أفراد المجموعات التجريبية الثلاثة بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة.

وهذه النتيجة تتفق مع الأساس النظري لأسلوب روجرز في العلاج، حيث يرى روجرز أن العميل عندما يبدأ في العلاج، فإن هناك احتمال في أن الصورة التي تكون لديه عن ذاته تكون سلبية وعرضة للنقد. وتكون لديه صورة مثالية لما يجب أن يكون عليه، ويشعر شعوراً أكيداً بأنه قد فشل فشلاً ذريعاً في بلوغ المستوى المثالي. وفي بداية العلاج، يزداد شعوره بالخيبة، ونقده لذاته، بل ويبدأ في تكوين وعي باتجاهات متناقضة تماماً مع ذاته. ويبدأ العميل في استكشافه لهذه الاتجاهات، في جو التقبل والاستحسان الذي يهيئه المعالج، بتقبل ذاته تدريجياً كما هو، بما في ذلك التناقضات التي يعيها. وتبدأ حدة كل من اتهام الذات واستحسانها في الانخفاض ليحل محل ذلك النزعة نحو ملاحظة الذات. وكلما تمت هذه التغيرات كلها أخذ العميل في الاحساس بنفسه كشخص أكثر واقعية، وأكثر اتحاداً. وتتغير أهدافه لتصبح أقرب منالاً، ويقل تدريجياً التباين بين صورته المثالية عن نفسه ومدركاته عن ذاته الواقعية. ويزداد تبعاً لذلك تحرر الحياة الداخلية للعميل من القلق والتوتر.

(روبرت هاربر، ١٩٧٤، ١٣٥)

وأيضاً، ولما كان العلاج الروجري يركز على الخبرات الحاضرة ويؤمن بأن إعادة اكتساب الوعي والثقة بهذه الخبرة تمد الفرد بالمصادر اللازمة للتغيير في اتجاه النمو، فإن هذا الأمر أدى في الدراسة الحالية إلى تيسير اكتشاف العميل الذي يعاني من القلق العام لمعاني خبراته الداخلية الحاضرة في ظل العلاقة القائمة بين الباحث والعميل الذي يسودها التقبل المتبادل.

كما أن هذه النتيجة تتفق أيضاً مع المنحى النظري والتطبيقي لتقنية التغذية المرتدة بالفيديو والمصاحبة للعلاج الراجري، فهذه الوسيلة استطاع أن تساعد العميل الذي يعاني من اضطراب القلق العام في فك الكثير من الرموز المبهمة والشفرات غير المفهومة (اللفظية - وغير اللفظية) ليدركها بنفسه، وذلك بعد سقوط الأفتعة والأدوار المزيفة ووسائل الدفاع. ومع محاولات استكشاف الخبرات المنكرة أو المشوهة التي تعيق الذات نحو النمو والنضج خلال جلساته العلاجية، تصبح الخبرات المشوهة أو المنكرة إيجابية وأكثر تناسقاً وتطابقاً مع مفهوم الذات لدى العميل. ونتيجة لذلك يكون هناك زيادة في الإدراكات الإيجابية بأنواعها المختلفة، وذلك عن طريق التغذية المرتدة بالفيديو، والتي تصبح ذات معنى بالنسبة له.

وكذلك تتفق هذه النتيجة مع مقاله روجرز في سياق حديثه عن العلاج الراجري أن للتغذية المرتدة بالوسائل السمعية - البصرية أهمية كبيرة في احراز تقدم إيجابي للعميل.

كما تتفق هذه النتيجة مع مقاله روجرز بشأن أهمية التغذية المرتدة الحيوية بمصاحبة العلاج الراجري في خفض حدة الأعراض الفسيولوجية المصاحبة للقلق. وقد أستشهد روجرز بهذا من خلال دراسات "تيتفورد" المشار إليها سابقاً.

أما الهدف الثاني في هذه الدراسة فهو عن مدى استمرار تأثير كل أسلوب من الأساليب العلاجية السابقة الذكر في المحافظة على ثبات التحسن في خفض حدة اضطراب القلق العام وتحسين مفهوم الذات بعد شهر من انتهاء تطبيق هذه الأساليب. فقد أشارت نتائج بعض الدراسات السابقة مثل دراسات بوركوفك إلى ثبات استمرار فاعلية العلاج الراجري في خفض حدة اضطراب القلق العام بعد سنة من انتهاء البرنامج، وهذا ما تم اثباته في الدراسة الحالية. حيث أشارت النتائج إلى أن الأساليب العلاجية الثلاثة والمستخدم في هذه الدراسة حافظت على ثبات التحسن في كل من القلق العام والقلق كسمة ومفهوم الذات بعد شهر من انتهاء تطبيق هذه الأساليب العلاجية، بالرغم من أن العلاج الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية وقد حافظ على ثبات التحسن في القلق كسمة، ومفهوم الذات الاجتماعي والأخلاقي فقط بالمقارنة مع الأسلوبين الآخرين في القياس التتبعي.

ونستنتج من كل هذا:

- إن العلاج المتمركز على العميل كان له تأثيراً فعالاً في خفض حدة اضطراب القلق العام،

والقلق كسمة، وتحسين مفهوم الذات لدى أفراد المجموعات الثلاث بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة.

- إن هناك علاقة وارتباطاً وثيقاً بين اضطراب القلق العام الذي يعاني منه العميل ومفهومه عن ذاته، فكلما انخفض القلق نتيجة للتدخل العلاجي؛ كلما زاد التحسن في مفهوم الذات، والعكس صحيح.

- أظهرت النتائج أيضاً الدليل الكافي لأهمية التغذية المرتدة بالفيديو بمصاحبة العلاج المتمركز على العميل في ازدياد التبصر الذاتي للعميل بخبراته السالبة والمتناقضة والذي انعكست على خفض حدة الاضطراب الذي يعاني منه، وتحسين مفهوم الذات لديه.

- كما أظهرت النتائج أيضاً الدليل الكافي لأهمية التغذية المرتدة الحيوية المصاحبة للعلاج الوجداني في استفادة أفراد المجموعة التي تلقت هذا اللون من العلاج في التحكم الإرادي بالمتغيرات الفسيولوجية اللاإرادية المصاحبة للقلق العام (معدل ضربات القلب، ضغط الدم) والتي كانت تعد خارج نطاق التحكم الإرادي والذي انعكس على خفض حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة وتحسين مفهوم الذات.

- إن المتغيرات الفسيولوجية المصاحبة لاضطراب القلق العام قد تعد مؤشرات جيدة للتغيير أو التحسن الذي يطرأ على العميل الذي يعاني من القلق. ومعنى ذلك، أن القدرة على التحكم وال ضبط في المتغيرات الفسيولوجية اللاإرادية المصاحبة للقلق، قد يؤدي إلى انخفاض في مستوى شدة القلق الذي يعاني منه العميل. والعكس صحيح تماماً، فكلما كانت التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للقلق مرتفعة (كضغط الدم، معدل ضربات القلب، التوتر العضلي... الخ) فمن المحتمل أن يرتفع مستوى القلق.

- أثبتت النتائج أهمية تدريبات الاسترخاء في خفض حدة التوتر والقلق. وهذه التقنية ساعدت العملاء على تقليل التوتر والقلق عندما يقومون بالتدرب عليها في المواقف المثيرة للقلق والتوتر في حياتهم اليومية.

- إن العلاج المتمركز على العميل ليست غايته العلاج الكامل للاضطراب النفسي الذي يعاني منه العميل، وإنما وضع قدميه على بداية الطريق السليم فيما يتعلق باكسابه أنماط التغيير المستقبلية، وإزالة العقبات في طريق النمو، وإنماء أساليب جديدة لإدراك الخبرات

التي كانت تسبب له القلق والتوتر، بحيث يستطيع السير في طريق تحقيق الذات؛ فالعملية العلاجية وفق منظور روجرز ليست غاية في حد ذاتها، وإنما تكمن دلالتها في التأثير الذي تمارسه على السلوك المستقبلي للعميل.

وهنا لا بد للباحث من كلمة أخيرة وهي: إن النتائج التي توصل إليها في دراسته الحالية حول مدى فاعلية العلاج الراجري بمصاحبة كل من: التغذية المرتدة بالفيديو، والتغذية المرتدة الحيوية في خفض حدة اضطراب القلق العام وتحسين مفهوم الذات لدى بعض العملاء المترددين على العيادة النفسية، والذين يعانون من اضطراب القلق العام، تعدُّ صادقة فقط في حدود عينة الدراسة الحالية، ولا يمكن تعميمها على كل العملاء الذين يعانون من هذا الاضطراب؛ لأن الشخصية الإنسانية نتاج لمكونات كثيرة: بدنية، عقلية، انفعالية، بيئية، عقائدية، دينية (روحية)، سياسية، حضارية، ثقافية... الخ بينها تفاعل مستمر غير قابل للفصل، فكل جانب من جوانب الشخصية يؤثر ويتأثر بالجوانب الأخرى. وبالرغم من تناول الباحث لبعض هذه الجوانب في دراسته مثل: الجانب الفسيولوجي، النفسي، الانفعالي، إلا أن الجوانب الأخرى لا تقل أهمية عن هذه الجوانب - خصوصاً في البلاد العربية، بل تفوقها أهمية وذلك عند محاولة التصدي لأي اضطراب من الاضطرابات النفسية.

وعلى الرغم من الدقة والموضوعية التي توخاها الباحث منذ بداية الدراسة وحتى نهايتها، إلا أنه يؤمن بأن الوصول إلى الكمال والدقة المتناهية في الكشف عن الجنبات المختلفة للشخصية الإنسانية لأمر صعب.

لذلك تعدُّ الدراسة الحالية محاولة متواضعة في النظر-إلى علاج اضطراب القلق العام من خلال رؤية أكثر شمولية، يمكن من خلالها الوصول إلى بداية الطريق الصحيحة عند التفكير في معالجة أي اضطراب نفسي.

### ثالثاً: توصيات الدراسة

- وفي ختام هذه الدراسة وما أسفرت عنها من نتائج فإن الباحث يوصي بـ :-
- ١ - ضرورة إجراء دراسات أخرى على العملاء المترددين على العيادة النفسية والذين يعانون من اضطراب القلق العام، أو يعانون من اضطرابات نفسية أخرى؛ وذلك بهدف التأكد من المدى التطبيقي للعلاج النفسي المتمركز على العميل في خفض حدة الاضطراب النفسي الذي يعانون منه.
  - ٢ - ضرورة إجراء دراسات أخرى لبيان المدى التطبيقي للعلاج النفسي المتمركز على العميل بمصاحبة كل من: التغذية المرتدة بالفيديو والتغذية المرتدة الحيوية بمساعدة تدريبات الاسترخاء، سواء لدى العملاء المقيمين أو المترددين على العيادة النفسية والذين يعانون من اضطرابات نفسية متنوعة بشكل عام، واضطرابات القلق على وجه الخصوص.
  - ٣ - ضرورة إجراء دراسات إضافية حول المدى التطبيقي لفاعلية العلاج الراجري في خفض حدة اضطراب القلق العام المزمن.
  - ٤ - ضرورة إجراء دراسات حول المدى التطبيقي للعلاج الراجري لدى الأفراد المتعلمين وغير المتعلمين الذي يعانون من القلق العام.
  - ٥ - إجراء دراسات حول العلاج الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو في معرفة التغيرات النفسية الحاصلة للعملاء الذي يعانون من اضطراب القلق العام.
  - ٦ - إجراء دراسات حول فاعلية الإرشاد الأسري باستخدام الأسلوب الراجري في تحسين مفهوم الذات الأسري لدى الأفراد الذين يعانون من القلق العام.
  - ٧ - إجراء دراسات حول أثر العلاج الراجري والعلاج الدوائي في خفض حدة اضطراب القلق العام.
  - ٨ - ينبغي على القائمين والمهتمين في مجال الاضطرابات النفسية الأخذ بالنظام التكاملي أو الشمولي (الطبي، النفسي، الفسيولوجي، المعرفي، الأسري... الخ) عند التصدي لتشخيص وعلاج أي اضطراب من الاضطرابات النفسية لدى الأفراد الذين يعانون منه، وذلك خدمة لصالح الفرد ولصالح المجتمع أيضاً.
  - ٩ - ضرورة إعداد برامج عن فنيات الإرشاد والعلاج المختلفة، ومن ضمنها برامج عن فنيات العلاج النفسي المتمركز على العميل، وذلك من أجل إعداد وتدريب الطلبة والباحثين عليها. بحيث تتضمن هذه البرامج: مفاهيم أساسية عن طبيعة كل برنامج، مع أمثلة ونماذج حية توضح سير البرنامج، على أن تكون مسجلة على أشرطة فيديو، مع كتيب تعليمات، وذلك حتى تكون هذه البرامج نواة بداية حقيقية لعملية إرشادية وعلاجية منظمة

في البلاد العربية، مع الأخذ بعين الاعتبار عند وضعها الفروق الحضارية بين أفراد تلك البلاد.

١٠ - وما لأهمية تدريبات الاسترخاء على نتائج العلاج النفسي - كما أكدتها الدراسات السابقة - لذا يوصي الباحث بضرورة عمل أفلام تسجيلية (سمعية - بصرية) تعين الأفراد الذين يعانون من اضطرابات وتوترات نفسية على استخدامها - عند تعرضهم لأية ضغوط في المواقف الحياتية المختلفة بدلاً من اللجوء إلى الأدوية التي تسبب الإدمان على المدى البعيد.

١١ - تؤكد الدراسة الحالية بأنه قد آن الأوان لمد جسور التعاون بين علماء النفس والطب النفسي في مواجهة الاضطرابات النفسية المختلفة التي يتعرض لها أبناء الوطن العربي. ويتجلى هذا التعاون في إقامة الندوات والدورات التدريبية المشتركة، يتم فيها مناقشة الجوانب العلمية المختلفة في علاج الاضطرابات النفسية من منظور شمولي.

١٢ - ضرورة وجود مراكز متخصصة تكون الأولى من نوعها في الوطن العربي - على غرار مركز دراسات الشخص الذي أنشأه روجرز في أمريكا - تهتم بدراسة اضطرابات القلق، ويتم خلالها جمع كل الجهود التي تبذل من قبل المتخصصين في هذا المجال، بهدف تقديم كافة خدمات العلاج النفسي، كإجراء الفحوص الطبية وعمل الاختبارات النفسية لكافة الأفراد المترددين عليها.

١٣ - الحاجة الماسة إلى مسح شامل ودقيق لتحديد حجم مشكلة اضطراب القلق العام والاضطرابات الأخرى في البلاد العربية.

١٤ - ضرورة تعديل أدوات البحث والقياس بحيث تتلاءم مع الخلفية الثقافية والاجتماعية في البلاد العربية، ويتم ذلك من خلال مراكز متخصصة لإعداد وتقنين المقاييس النفسية لتلك الاضطرابات.



### رابعاً: بحوث مقترحة

- ١ - أثر العلاج النفسي المتمركز على العميل بمصاحبة كل من التغذية المرتدة الحيوية والتغذية المرتدة بالفيديو في خفض حدة بعض اضطرابات القلق.
- ٢ - مدى فاعلية التغذية المرتدة بالفيديو/ الكاسيت المصاحبة للعلاج النفسي المتمركز على العميل في خفض حدة اضطراب القلق العام.
- ٣ - أثر التغذية المرتدة الفورية والمؤجلة بواسطة الفيديو المصاحبة للعلاج النفسي في خفض حدة اضطراب القلق العام لدى المترددين على العيادة النفسية.
- ٤ - أثر العلاج النفسي المتمركز على العميل في خفض اضطراب القلق- دراسة عبر حضارية.
- ٥ - فاعلية العلاج الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية في تحسين مفهوم الذات، التحكم الذاتي لدى العملاء الذين يعانون من اضطراب القلق العام.
- ٦ - التعاطف الوجداني مع العميل وأثر ذلك على نتائج العلاج.
- ٧ - العلاج باللعب كشكل من أشكال العلاج غير الموجه في خفض السلوك العدوانى لدى الأطفال..
- ٨ - العلاج النفسى الجماعى غير الموجه فى علاج اضطرابات الأكل.
- ٩ - العلاج الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو فى علاج الاضطرابات السلوكية، النشاط الزائد، وحالات الإدمان، الانحرافات الجنسية، المشكلات الأسرية.
- ١٠ - أثر العلاج الراجري، العلاج الدوائى، الاسترخاء، العلاج الخادع فى علاج القلق.
- ١١ - أثر التغذية المرتدة الحيوية الحقيقية والوهمية المصاحبة للعلاج الراجري فى علاج اضطرابات الكلام.

## ملخص الدراسة

العلاقة بين النفس والجسد قائمة منذ خلق الله الإنسان؛ وسلوك الإنسان نتاج التفاعل بينهما، فالإنسان يعيش ويمارس الحياة كوحدة متكاملة فريدة في إدراكه للواقعين الخارجي والداخلي الذاتي.

والعلاج المتمركز على العميل يعدُّ أحد المداخل العلاجية الحديثة في القرن العشرين، والذي يعتمد على فرضية أساسية مؤداها "أن لدى الفرد طاقة فطرية دافعة، تنمو إلى أقصى قدرتها، وفي حالة توافر شروط معينة في اتجاهات المعالج ومنها: الصدق، الفهم المتعاطف، والاحترام الإيجابي للعميل، وإذا ادرك العميل هذه الاتجاهات فإن التغيرات إيجابية في شخصيته سوف تحدث.

كما أن العلاج المتمركز على العميل من وجهة نظر روجرز هو تدخل في اللاتساق الذي يتكون لدى الفرد بين خبراته الكيانية ومفهومه عن ذاته. ويعد القلق المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية، والعرض الجوهرى في الاضطرابات النفسية، كما أنه السمة المميزة لعديد من الاضطرابات السلوكية والذهانية.

وتعد تقنية التغذية المرتدة بالفيديو وسيلة مناسبة للشيء الشائع من تقنيات مواجهة الذات، ووسيلة مثالية في العلاج النفسي، من حيث قدرتها على عكس صورة حقيقية للفرد عن ذاته، سواء كانت هذه الصورة موجبة أو سالبة، مما يتيح له فرصة أكثر ثراء لاستكشاف ذاته والوصول إلى الاستبصارات التي تمهد السبيل إلى التغير البنائي في شخصيته. كما تظهر أهمية التغذية المرتدة الحيوية في المجال العلاجي من خلال مساعدة الأفراد على التحكم في وظائفهم الفسيولوجية اللاإرادية (معدل ضربات القلب، ضغط الدم، التوتر العضلي.... الخ) والتي تعد الأعراض الفسيولوجية لاضطراب القلق العام.

\* تساؤلات الدراسة :

- إلى أي حد يفيد أسلوب العلاج المتمركز على العميل بمصاحبة كل من: الدواء، التغذية المرتدة بالفيديو، والتغذية المرتدة الحيوية في خفض حدة اضطراب القلق العام، وتحسين

﴿ملخص الدراسة﴾

مفهوم الذات لدى المترددين على العيادة النفسية، والذين يعانون من هذا الاضطراب؟

- أي أسلوب من الأساليب العلاجية الثلاث يمكن اعتباره أكثر فاعلية من غيره في خفض حدة اضطراب القلق العام، وتحسين مفهوم الذات لدى المترددين على العيادة النفسية في القياس البعدي والتتبعي؟

\* هدف الدراسة :

- إظهار مدى فاعلية العلاج النفسي المتمركز على العميل بمصاحبة كل من: التغذية المرتدة الحيوية لمعدل ضربات القلب وضغط الدم بمساعدة تدريبات الاسترخاء، والتغذية المرتدة بالفيديو في خفض حدة اضطراب القلق العام وتحسين مفهوم الذات لدى المترددين على العيادة النفسية.

- محاولة السعي لتجاوز النزعة الثنائية في النظر إلى معالجة اضطراب القلق العام، وذلك من خلال إلقاء الضوء على التكامل بين الجنبات المختلفة لهذا الاضطراب.

\* أهمية الدراسة :

تأتي أهمية هذه الدراسة في كونها واحدة من الدراسات الميدانية النادرة في هذا المجال على مستوى الوطن العربي، فهي توجه الأنظار نحو هذه الفئة من المجتمع، وهم فئة المترددين على العيادة النفسية والذين يعانون من اضطراب القلق العام، كما تلفت الانتباه إلى اسهامات العلاج النفسي المتمركز على العميل في خفض حدة هذا الاضطراب. كما تتبع أهميتها من تركيزها على فنيات علاجية تكون مترامنة مع العلاج الوجداني، وذلك لأثرها الفعال في المساهمة في تحقيق الهدف العلاجي.

\* عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من (٣٨) عميلاً وعميلة؛ بواقع (٢٥) عميلاً، و (١٣) عميلة ممن يعانون من اضطراب القلق العام وفق التشخيص الطبي والنفسي. وقد تم اختيارهم من أصل (٧٨) عميلاً وعميلة من العملاء المترددين على العيادة النفسية الخارجية بطب القصر العيني - جامعة القاهرة، ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (١٨-٤٥) سنة، بمتوسط عمري قدره (٢٧,٥)، وانحراف معياري (٦,٢١). وقد قام الباحث بتقسيم العينة إلى أربع مجموعات؛ ثلاث

منها تجريبية، ومجموعة ضابطة، وذلك على النحو التالي :

- المجموعة التجريبية الأولى (ن=١٠) : حيث تلقى أفرادها البرنامج العلاجي المتمركز على العميل، بالإضافة للدواء.

- المجموعة التجريبية الثانية (ن=٩) : تلقى أفرادها البرنامج العلاجي الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو .

- المجموعة التجريبية الثالثة (ن=٩) : تلقى أفرادها البرنامج العلاجي الراجري بمصاحبة التغذية المرتدة الحيوية لمعدل ضربات القلب وضغط الدم بمساعدة تدريبات الاسترخاء.

- المجموعة الضابطة (ن=١٠) : لم يتلق أفرادها أي شكل من أشكال العلاج النفسي ما عدا الدواء.

\* أدوات الدراسة :

١ - المقاييس النفسية السكومترية : مقياس القلق العام (A) إعداد/ غريب عبد الفتاح غريب، مقياس القلق كسمة، إعداد/ عبد الرقيب البحيري، الدليل التشخيصي لاضطراب القلق العام (DSM-IV)، مقياس مفهوم الذات لـ تنسي، إعداد/ صفوت فرج، سهير كامل.

٢ - الأدوات العملية : جهاز قياس ضغط الدم ومعدل ضربات القلب الالكتروني، كرسي مريح لإجراء تدريبات الاسترخاء، كاميرا فيديو، جهاز فيديو، جهاز تليفزيون، أشرطة فيديو.

٣ - البرامج العلاجية والتدريبية : البرنامج العلاجي المتمركز على العميل بمصاحبة كل من : التغذية المرتدة بالفيديو، والتغذية المرتدة الحيوية لمعدل ضربات القلب وضغط الدم، بمساعدة تدريبات الاسترخاء.

\* إجراءات الدراسة :

بلغت الفترة الزمنية لتطبيق البرنامج على أفراد عينة البحث (١١) شهرا، بدءاً من الشهر الخامس ١٩٩٧، ولغاية الشهر الثالث لعام ١٩٩٨م، وعدد الجلسات العلاجية لكل شكل من أشكاله الثلاث عشر جلسات علاجية؛ بواقع جلسنتين تقريباً في الأسبوع، ومدة الجلسة ما بين (٤٠-٦٠) دقيقة.

## \* نتائج الدراسة :

كشفت الدراسة الحالية عن النتائج التالية :

- وجود فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعات الثلاث (ت ١، ت ٢، ت ٣) في القلق العام والقلق كسمة، ومفهوم الذات لصالح القياس البعدي. كذلك كشفت الدراسة عن وجود فروق دالة بين أفراد المجموعات التجريبية الثلاث، وأفراد المجموعة الضابطة في هذه المتغيرات لصالح أفراد المجموعات التجريبية الثلاث بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج مباشرة.

- حافظ أفراد المجموعات التجريبية الثلاث بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة على استمرار ثبات التحسن في القلق العام، والقلق كسمة بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج.

- حافظ أفراد المجموعة التجريبية الثالثة على استمرار ثبات التحسن في ثبات مفهوم الذات بأبعاده الخمسة بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج، بينما لم يستطع أفراد المجموعة التجريبية الأولى من الحفاظ على ثبات التحسن في مفهوم الذات الاجتماعي والجسمي والأخلاقي، بعد شهر من انتهاء البرنامج. كذلك لم يستطع أفراد المجموعة التجريبية الثانية من الحفاظ على ثبات التحسن في مفهوم الذات (الاجتماعي، الأخلاقي، الأسري) لنفس الفترة.

- أظهرت النتائج أن الأساليب العلاجية الثلاثة كانت على مستوى واحد من الفاعلية والكفاءة في خفض حدة اضطراب القلق العام والقلق كسمة، وتحسين مفهوم الذات بعد تطبيق هذه الأساليب مباشرة، بينما وجدت فروق بين الأساليب الثلاثة في ثبات التحسن في كل من القلق كسمة، ومفهوم الذات الاجتماعي ومفهوم الذات الأخلاقي بعد شهر من المتابعة، وجاءت هذه الفروق لصالح أفراد المجموعة التجريبية الثالثة.

- أظهرت النتائج أن هناك فروقاً واختلافات في مستويات التحسن - من حيث الدلالة الإكلينيكية - لدى أفراد المجموعات التجريبية الثلاث بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة عبر القياس البعدي والتتبعي، حيث بلغ مستوى التحسن الواضح لدى أفراد المجموعات الثلاث من ٦٦,٦% إلى ٥٠% في القياس البعدي و ٥٠% - ٤٤,٤% في مرحلة المتابعة.



## قائمة المراجع

أولاً - المراجع العربية

ثانياً - المراجع الأجنبية

## قائمة المراجع

### أولاً: المراجع العربية :

- ١- أحمد عبد الخالق (١٩٩٤): الدراسة التطورية للقلق. حوليات كلية الآداب. الحولية الرابعة عشرة. الرسالة التسعون. الكويت - جامعة الكويت.
- ٢- أحمد عكاشة (١٩٧٥): علم النفس الفسيولوجي. القاهرة. دار المعارف.
- ٣- أحمد عكاشة (١٩٩٢): الطب النفسي المعاصر. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٤- أحمد مهدي مصطفى (١٩٩١): "أثر تفاعل التغذية المرتدة مع مفهوم الذات الأكاديمي على التحصيل الدراسي لدى كليات الجامعة". بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس في مصر. ص ٣٨٠ - ٤٠٠، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ٥- ألفت حقي (١٩٩٥): الاضطرابات النفسية: التشخيص والعلاج والوقاية. الجزء الأول. الاسكندرية. مركز الاسكندرية للكتاب.
- ٦- أنور محمد الشرقاوي (١٩٨٧): التعلم - نظريات وتطبيقات. الطبعة الثانية. القاهرة. مكتبة الانجلو المصرية.
- ٧- إيمان أبو ريه (١٩٩٢): "فاعلية التدريب على العائد البيولوجي لنشاط العضلات الكهربائي والاسترخاء في خفض قلق الامتحان". رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا.
- ٨- بارتيلور وآخرون (١٩٩٢): "نوبات الهلع وتسارع نبض القلب". ترجمة، محمد بدوي. مجلة الثقافة النفسية، العدد الثالث والعشرون، المجلد السادس، ص ١٩٤ - ١٩٩. بيروت، دار النهضة العربية.
- ٩- تاوش. ر (١٩٩٥): "علاقة الانفعاليات بالمعرفيات في العلاج المتمركز على العميل". ترجمة، سامر رضوان، مجلة الثقافة النفسية. العدد الثالث والعشرون، المجلد السادس، (ص ٥٦ - ٦٥)، بيروت، دار النهضة العربية.

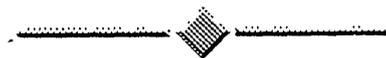
- ١٠- ثريا عبد الرؤوف جبريل (١٩٩٢): "مفهوم الذات لدى مرضى الأمراض المزمنة ودور خدمة الفرد في تعديله في منظور العلاج المتمركز على العميل". بحوث المؤتمر العلمي السادس للخدمة الاجتماعية، (ص ١٩٣-٢٤٠)، كلية التربية، جامعة حلوان.
- ١١- ثريا عبد الرؤوف جبريل (١٩٩٤): "دراسة تجريبية لاختبار فاعلية العلاج المتمركز على العميل في خدمة الفرد للتخفيف من قلق امتحان الثانوية العامة". مجلة الإرشاد النفسي، العدد الثاني، (ص ١٥٩-١٨٣)، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- ١٢- جابر عبد الحميد جابر (١٩٨٦): نظريات الشخصية. القاهرة. دار النهضة العربية.
- ١٣- جمال الخطيب (١٩٨٧): تعديل السلوك: القوانين والإجراءات. الأردن. عمان. جمعية المطابع التعاونية.
- ١٤- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٦): التوجيه والإرشاد النفسي. الطبعة الثانية. القاهرة. عالم الكتب.
- ١٥- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٦): مقدمة في الإرشاد النفسي وأثرها في عملية الإرشاد. دراسة كلينيكية. القاهرة. دار الثقافة والنشر.
- ١٦- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٨): الصحة النفسية والعلاج النفسي. الطبعة الثانية. القاهرة. عالم الكتب.
- ١٧- حبيب الشاروني (١٩٨٣): فكرة الجسم في الفلسفة الوجودية. القاهرة. دار المعارف.
- ١٨- حمدان محمود فضة (١٩٩٥): "العلاج المتمركز على الشخص ومدى فاعليته في تحسين القلق". رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية ببنها، جامعة الزقازيق.
- ١٩- دافيد شيهان (١٩٨٨): "مرض القلق". ترجمة، عزت شعلان، عالم المعرفة، العدد (١٢٤)، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- ٢٠- دافيد مارتين (١٩٧٣): علم النفس الظاهراتي. ترجمة، صلاح مخيمر. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٢١- رمزية الغريب (١٩٧٢): التعلم - دراسة تفسيرية وتوجيهية. الطبعة الرابعة. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

- ٢٢- روبرت هاربر (١٩٧٤): التحليل النفسي والعلاج النفسي. ترجمة، سعد جلال. القاهرة. الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- ٢٣- س. هـ. باترسون (١٩٩٠): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ترجمة، حامد عبد العزيز الفقي. الجزء الثاني. الكويت دار القلم.
- ٢٤- سيبلرجر (١٩٨٤): مقياس القلق (كسمة - كحالة). ترجمة وتقنين، عبد الرقيب البحيري. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٢٥- سيجموند فرويد (١٩٨٩): العرض، الكف، القلق. ترجمة، محمد عثمان نجاتي. الطبعة الرابعة. القاهرة. دار الشروق.
- ٢٦- السيد السمدوني (١٩٨١): "المؤشرات الفسيولوجية للمستويات المختلفة من القلق كسمة". رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا.
- ٢٧- سيد صبحي (١٩٨٣): دراسات في الصحة النفسية. الطبعة الثانية. القاهرة. المطبعة التجارية الحديثة.
- ٢٨- طلعت منصور (١٩٨١): "سيكولوجية الاتصال". عالم الفكر. المجلد الحادي عشر، العدد الثاني، (ص ٧٠ - ٧٥)، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- ٢٩- عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٠): باثولوجيا النفس. دراسة في الاضطرابات العقلية والنفسية. الاسكندرية. دار الفكر الجامعي.
- ٣٠- عبد الستار إبراهيم (١٩٨٠): "العلاج النفسي الحديث. عالم المعرفة. العدد ( ) الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- ٣١- عبد الستار إبراهيم (١٩٨٣): العلاج النفسي الحديث. قوة للإنسان. الطبعة الثانية. القاهرة. مكتبة مدبولي.
- ٣٢- عبد الوهاب محمد كامل (١٩٩١): "أثر التدريب على العائد البيولوجي لنشاط العضلات الكهربائية على خفض التوتر". بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس في مصر. (ص ٥١١ - ٥٢٤)، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٣٣- عبد الوهاب محمد كامل (١٩٨٣): التعلم وتنظيم السلوك. طنطا. المكتبة القومية الحديثة.

- ٣٤- عبد الوهاب محمد كامل (١٩٩٣): بحوث في علم النفس. القاهرة. مكتبة النهضة المصرية.
- ٣٥- عبد الوهاب محمد كامل (١٩٩٣): سيكولوجية التعلم والفروق الفردية. القاهرة. مكتبة النهضة المصرية.
- ٣٦- عبد الوهاب محمد كامل (١٩٩٤): علم النفس الفسيولوجي. القاهرة. مكتبة النهضة المصرية.
- ٣٧- عزيزة السيد (١٩٨٧): "الأبعاد الذاتية في نظريات الشخصية". مجلة علم النفس، العدد الثاني، (ص ٤٨-٥٣)، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- ٣٨- عطية محمود هنا (١٩٨٥): التوجيه المهني والمدرسي. الطبعة الخامسة. القاهرة. مكتبة النهضة المصرية.
- ٣٩- علاء الدين كفاقي (١٩٩٠): الصحة النفسية. الطبعة الثالثة. القاهرة. دار هجر.
- ٤٠- علاء الدين كفاقي ومايسة أحمد النيال (١٩٩٥): صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية لدى عينات من المرهقات- دراسة ارتقائية ارتباطية عبر ثقافية. الاسكندرية. دار المعرفة الجامعية.
- ٤١- علاء الدين كفاقي ومايسة أحمد النيال (١٩٩٦): "الاستثارة الحسية وبعض متغيرات الشخصية- دراسة عبر ثقافية لأحد المفاهيم المستخدمة في محاولة تجاوز النزعة الثنائية في علم النفس". بحوث المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي، (ص ٢٤٧ - ٣٣٥)، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- ٤٢- علي السيد سليمان (١٩٨٩): "مدى فاعلية أسلوب العلاج النفسي غير الموجه في تخفيف معاناة الوحدة النفسية". بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس في مصر. (ص ١٥-٣٥)، القاهرة. الجمعية المصرية للدراسات النفسية.
- ٤٣- علي كمال (١٩٩٤): العلاج النفسي قديماً وحديثاً. بيروت. المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- ٤٤- علي منصور (١٩٩٢): التعلم ونظرياته. دمشق. منشورات جامعة دمشق.
- ٤٥- غريب عبد الفتاح غريب (١٩٨١): مقياس ق (A) للقلق. القاهرة. دار النهضة العربية.
- ٤٦- فاخر عاقل (١٩٧٦): معجم علم النفس. بيروت. دار العلم للملايين.

- ٤٧- كارل روجرز (١٩٧٨): "مكانة الشخص في عالم جديد للعلوم السلوكية". في علم النفس الإنساني. فرانك سيفرين، ترجمة طلعت منصور وآخرين. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٤٨- لويس كامل مليكه (١٩٩٠): التحليل النفسي والمنهج الإنساني في علم النفس. القاهرة. مكتبة النهضة المصرية.
- ٤٩- لويس ولويس (١٩٧٥): النفس والجسم. ترجمة، محمد عماد فضلي. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٥٠- ماكسويل مالتز (١٩٨٠): علم النفس والسيبرنطيقا. ترجمة، حليم بشاي. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٥١- محمد حمدي الحجار (١٩٨٧): علم النفس السريري والإرشادي. بيروت. دار العلم للملايين.
- ٥٢- محمد شعلان (١٩٨٥): العلاج النفسي الجماعي. القاهرة. مكتبة عين شمس.
- ٥٣- محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٨٩): تيارات جديدة في العلاج النفسي. الاسكندرية. دار المعرفة الجامعية.
- ٥٤- محمد عيسوي الفيومي (١٩٩٥): "فاعلية العلاج المتمركز على العميل في تحسين الاضطرابات السيكوسوماتية". رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية تربية بنها، جامعة الزقازيق.
- ٥٥- محمد محروس الشناوي (١٩٩٤): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة. دار غريب.
- ٥٦- محمود السيد أبو النيل (١٩٨٤): الأمراض السيكوسوماتية- الأمراض الجسمية النفسية المنشأ. القاهرة. مكتبة الخانجي.
- ٥٧- محمود حمودة (١٩٩٠): الطب النفسي. القاهرة. دار المعارف.
- ٥٨- محمود فهمي زيدان (١٩٨٠): في النفس والجسد- بحث في الفلسفة المعاصرة. بيروت. دار النهضة العربية.
- ٥٩- مصطفى فهمي (١٩٥٧): الشذوذ النفسي. القاهرة. مكتبة مصر.

- ٦٠- مصطفى محمد كامل (١٩٨٩): "أثر شكلين من التغذية المرتدة المكتوبة على تحصيل التلاميذ المعتمدين والمستقلين عن المجال الإدراكي". بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس في مصر، (ص ٣٧٩-٤٠٠). القاهرة. الجمعية المصرية للدراسات النفسية.
- ٦١- نعيم الرفاعي (١٩٨٢): العيادة النفسية والعلاج النفسي. الجزء الأول. الطبعة السادسة. دمشق. منشورات جامعة دمشق.
- ٦٢- نعيم الرفاعي (١٩٨٢): العيادة النفسية والعلاج النفسي. الجزء الثاني. الطبعة السادسة. دمشق. منشورات جامعة دمشق.
- ٦٣- هارولد ريجنالر تيش (١٩٩٢): تعديل السلوك البشري. ترجمة، فيصل الزراد. الرياض. دار المريخ.
- ٦٤- هبه بهي الدين ربيع (١٩٨٨): "التغذية المراجعة البيولوجية كأسلوب للتدريب على الاسترخاء وعلاج العُصاب". رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة طنطا.
- ٦٥- هبه بهي الدين ربيع (١٩٩٢): "تباين تأثير العائد الحيوي على خفض الصداع النصفي بتباين بعض متغيرات الشخصية". رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة طنطا.
- ٦٦- هول ولندزي (١٩٦٩): نظريات الشخصية. ترجمة، فرج أحمد فرج وآخرون. القاهرة. دار الفكر العربي.
- ٦٧- وليم فيتس (١٩٨٥): مقياس مفهوم الذات. ترجمة، صفوت فرج وسهير كامل، القاهرة، مكتبة الأتلجو المصرية.
- ٦٨- يوسف القاضي، لطفي فطيم، محمود حسين (١٩٨١): الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي. الرياض. دار المريخ.



ثانياً: المراجع الأجنبية:

- 69- Admas, D. Eorrest (1980): "The effects of various levels of counselor offered empathy on client anxiety in the initial counseling session; Dissertation Abstracts International, Vol.41 (3-B), p. 1097.
- 70- Aivazyayn, T.A. (1988): "Psychological interrelations". Health Psychology Vol.(7), pp. 139-144.
- 71- Alger, I. & Hagan, P. (1969): "Enduring effects of videotape playback experience on family and marital relationships". American, J. Orthopsychiatry, Vol.(39), pp. 86-98.
- 72- Alger, Inn. (1969): "Therapeutic use of videotape playback". Journal of Nervous and Mental Disease, Vol.(148), No.(4), pp. 130-135.
- 73- Anderson, David. (1986): "The effect of biofeedback on heart rate". British Medical Journal, Vol.281, pp. 2005-2008.
- 74- Barker, L. Robert (1987): Social work dictionary. National Association of Social Workers.
- 75- Barrett, G. Lennard. (1981): "The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept". Journal of Counseling Psychology. Vol.(28), No.(2), PP.91-100.
- 76- Benson, S.; Shapiero, R. et al. (1994): "Cardiac denervation and cardiovascular peactivity to psychological stress. Am. J. Psychiatry, Vol.(151), No.8, pp. 1140-1145.
- 77- Berger, M. Milton. (1973): "Apreliminary report on multi image immediate impact video self-confrontation". American J. of Psychiatry, Vol.130, March, pp. 304-306.
- 78- Bergin, A.E. (1966): "Some implications of psychotherapy research and theraputic practice". Journal of Abnormal Psychology, Vol.17, No.(4), pp. 235-246.

- 79- Blanchard, E.B. & Abel, G. (1976): "An experimental case study of biofeedback treatment of a rape-induced psychological cardiovascular disorder". Journal Behavior Therapy, Vol.(7), pp.113-119.
- 80- Borkovec, T.D. & Hopkins, (1991): "Efficacy of non-directive therapy, applied relaxation and combined cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder; Paper presented at the 15th annual convention of the association for the advancement of behavior therapy. New York, November.
- 81- Borkovec, T.D. & Mathews, A.M. (1987): "The effects of relaxation training with cognitive or non-directive therapy and role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety". Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol.(55), No.(6), pp. 883-888.
- 82- Borkovec, T.D. & Mathews, A.M. (1988): "Treatment of non-phobic anxiety disorders: A comparison of non-directive cognitive, and coping desensitization therapy". Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol.(56), No.(6), pp.877-884.
- 83- Borkovec, T.D. (Without Date) Reflective listening element. A program sent to the researcher, by Mail, 1996.
- 84- Boy, A.V. & Pine, G.J. (1963): Client centered counseling in the secondary school. Houghton Mifflin Company. Boston.
- 85- Budzunski, T.H.; Stoyva, J.M.; Adler, C.S. and Mullancy, D.J. (1973): "EMG biofeedback and Tension headache: A controlled outcome study". Psychosomatic Medicine. Vol.(35),pp.484-496.
- 86- Canter Arthur (1969): "Likely areas of research using vidiotape". American Journal of Orthopsychiatry, Vol.(39), No.(1), pp.9-14.

- 87- Carter, S. Jeanne (1991): "The use of Rogers' person centered approach to increase the self-esteem of adults in educational situations". Disstition Abstract International, Vol.(50), No.(11-A) pp.3445-3446.
- 88- Cline, W. David (1972): "Videotape decomentation of behavioral change in children". American Journal of Orthopsychiatry, Vol.(42), No.(1), pp. 40-47.
- 89- Collins, L. Frank & Bruce, J. Hillenberg. (1982): "A procedural analysis and review of relaxation training research". Behav. Res. Ther. Vol.(20), pp. 251-260.
- 90- Cooker, P. & Nero, R. (1988): "Effects of videotaped feedback on self-concept patients in group psychotherapy". Psycho-Abstract, Vol. (35), p. 740.
- 91- Cragan, K. & Deffenbacher, L. (1984): "Anxiety management training and relaxation os self-control in the treatment of generalized anxiety in medical outpatients". Journal of Counseling Psychology, Vol.31, No.(2), pp.123-130.
- 92- Crowner, L.; Martha; Franko, S. & Pal, C. (1994): "Typology of patient-patient assaults detected by videocamera". American, J. Psychiatry, Vol.(151), pp.1669-1676.
- 93- Danet, B.N. (1969): "Impact of audio-visual feedback on group psychotherapy". Journal Consulitng and Clinical Psychology, Vol.(33), No.(5), pp.632-636.
- 94- Davise, F., Cortese, L. et al. (1995): "The relationship between types of anxiety and depression". Journal of Nervous and Mental Disease, Vol.(183), pp.31-35.
- 95- Diagnostic Criteria From DSM-IV (1994): Published by the American Psychiatric Association Washington, DC.

- 96- Douglas, Carroll. (1984): Biofeedback in practice. Longman. London.
- 97- Dugald, S.; Arbuckle & Gardner, Y.; Enawine (1971): "Study of the use of videotape and audiotape as techniques in counselor education". Journal of Counseling Psychology, Vol.(18), No.(1), pp. 1- 6.
- 98- Edwards, H.P.; Boulet, D.B. et al. (1982): "Carl Rogers during interviews: A moderate and consistent therapist". Journal of Counseling Psychology, Vol.(29), No.(1), pp.14-18.
- 99- El Fangary, N. (1994): Clinical association between depression and anxiety disorder. Unpublished Master Degree, Faculty of Medicine, Cairo University.
- 100- Galassi, J.P. & Litz, M.C. (1974): "Assertive training in groups using video-feedback". Journal of Counseling Psychology. No.(21), pp. 390-394.
- 101- Garfield, S.L. (1983): Clinical psychology - the study of personality and behavior. Aldine Publishing Company. New-York.
- 102- Geertsma, R. & Reivich, R. (1969): "Repetitive self- observation by videotape playback". Journal of Nervous and Mental Diseases, Vol.(141), pp. 310-327.
- 103- Germain, Lietaer et al. (1986): "Client and therapist perceptions of helping process in client-centered experiential psychotherapy." Person Centered Review, Vol.1(4), pp.436-455.
- 104- Griffiths, R. & Hinkson, J. (1973): "The effect of videotape feedback on the self-assessments of psychiatric patients". British Journal Psychiatry, Vol.(123), pp.223-224.
- 105- Harrington, Rich. (1992): The effect of biofeedback, heart-rate control and instructional expectancies on anxiety state. Disser-Abstracts.

- 106- Henry, Lauth (1980): "Videotape recording as an aid to behaviour therapy". British Journal Psychiatry, Vol. 1(17), pp.207-208.
- 107- Herbert, M. (1987): Behavioral treatment of children with problems: A practice manual. London, Academic Press.
- 108- Hill, E. Clara; Larry siegelman, et al. (1981): "Non-verbal communication and counseling outcome". Journal of Counseling Psychology, Vol.(28), No.(3), pp. 203-212.
- 109- Hill, E., Clara; O'Grady, E. Kevin, et al. (1994): "Methodological examination of videotape-assisted reviews in brief therapy: Helpfulness ratings, therapist intentions, client reactions, mood, and session evaluation". Journal of Counseling Psychology, Vol.(41), No.(2), pp.236-247.
- 110- Hoffman, Ruth. (1986): "Speech anxiety, heart rate biofeedback assisted relaxation training". Boston University, Degree. E.D.P. Disser-Abstracts.
- 111- Ikman, P. & Frieser, W. (1964): "The repertoire of non-verbal behavior during interview". Journal of Abnormal and Social Psychology, Vol.(68), pp. 295-301.
- 112- Janice, L.C. & Morgan, C. (1981): Biofeedback-assisted client-centered counseling in the treatment of anxiety and depression in mastectomy patients. Dissertation Abstracts International, Vol.(42), No.(12-A), p.5027.
- 113- Kaplan, I. Harold, Benjamin, J. & Sadock. (1994): Kaplan and sadocks' synopsis of psychiatry: Behavioral Clinical Psychiatry. Seventh Edition. Mass Publishing Co.
- 114- Kappes, Bruno; M. Tompson & Dan, L. (1985): "Biofeedback video-games: Effects on impulsivity, locus of control and self-concept with incarcerated juveniles". Journal of Clinical Psychology, Vol.(41), No.(5), pp. 698-786.

- 115- Katz, D. & Resnikoff, A. (1977): "Televised self-confrontation and recall effect: A new look at videotape recall". Journal of Counseling Psychology, Vol. 24, No.(2), pp.150-152.
- 116- Kent, G. Baily; Thomas, W. & Sowder, J. (1970): "Audiotape and videotape self-confrontation in psychotherapy." Psychological Bulletin, Vol.(74), No.(2), pp.127-137.
- 117- Knox, J. William. (1986): "The effect of participation in biofeedback-assisted relaxation training and generalized relaxation on physiological and psychology: Parancers of Stress". Diss-Abstracts.
- 118- Kurtz, R. & Gruman, D. (1972): "Different approaches to the measurement of the empathy and relationship to therapy outcomes". Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol.(39), No.(1), pp.100-115.
- 119- Lewis, R. Stern (1976): Video in psychotherapy and therapist training catalog of selected documents in psychology. University of Minnesota.
- 120- Mahler, I. Heike; Kulik, A. James & Hill, R. Morgaret (1993): "A peliminary report on the effects of videotape preparations for coronary artery by pass surgers on anxiety and self-efficacy". Basic and Applied Social Psychology. Vol.(14), No.(4),pp.437-453.
- 121- Mann, J. (1972): Vicarious desensitization of test anxiety through observation of videotaped treatment". Journal of Counseling Psychology, Vol.(19), pp. 1-7.
- 122- Marivt, R. et al. (1974): "Use of videotape to induce attitude change in delinquent adolescents". American J. Psychiatry. Vol.(131), No.(9), pp. 996-999.
- 123- Masserman, J.H. (1979): Behavior and Neurosis. New York.

- 124- MC Grade, A. & Higgin, S. (1990): "Effect of repeated measurement and role anxiety on blood pressure in essential hypertension". Journal of Behavioral Medicine, Vol.(13), No.(1), pp.93-101.
- 125- Michael, J.N. (1981): The relationship between verbal and non-verbal communication: In, Gerhard, J.H. William, J.M. Communication and behavior, Addison Wesley Publishing Co., London.
- 126- Miller, D. (1970): "The effects of immediate and delayed audio and videotape feedback on group counseling". Comparative Group, Vol.(1), No.(1), pp. 19-49.
- 127- Miller, Laurence (1989): "What biofeedback does and doesn't do?" Psychology Today, Vol.(23), pp. 22-24.
- 128- Mintzer O. & Knapp, R. (1994): "Somatic symptoms in generalized anxiety disorder with and without comorbid psychiatric disorders". American Journal Psychiatry, Vol. (151), No. (6), pp. 930-932.
- 129- Moreno, Roberto. (1985): "The effect of strategic-family therapy and client-centered therapy on selected personality variables of juvenile delinquents. Dissertation Abstracts".
- 130- Murayama and Nojima. (1976): "An analysis of four person-centered encounter group participants". In Murayama, S. et al. (1988): Person-centered groups in Japan: A selective review of the literature; Person-Centered Review, Vol.3(4), p. 481.
- 131- Nashed, F. Emad. (1987): "Psychophysiological and biochemical basis of anxiety. Unpublished Master Degree, Faculty of Medicine, Ain Shams University.
- 132- Nazneen, S. & Donald, E. (1973): "The use of videotape in group psychotherapy". Journal Group Psychotherapy and Psychodram, Vol.(26), pp. 107-119.

- 133- Nicholas, G. Eroucht. (1970): "Immediate effect of self- confrontation or the self-concept". Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol.35(1), No.(1), pp.95-101.
- 134- Pervin, L.A. (1980): Personality: Theory, Assessment, and Research. Third Edition; John Wiley and Sons, New York.
- 135- Peter, S. David. (1994): "What is body image?". Journal Behavior Res. Ther., Vol.(32), No.(5), pp. 497-502.
- 136- Poling, J. Elizapeth (1983): "Comparison of psychoanalytic and a client-centered group treatment: Model on measures of anxiety and self-actualization". Journal of Counseling Psychology, Vol., 30(3), pp.425-428.
- 137- Prax, I. & Linard, M. (1975): "Self-image and personality." Bulletin Psychology, Vol.(29), No.(14-15), pp. 704-715.
- 138- Pruzinsky, T. (1987): "Therapeutic relationship variables in the treatment of generalized anxiety". Dissertation Abstracts International, Vol.(47), No.(11-B), p. 4662.
- 139- Rabin, M.C. (1976): "The relative efficacy of three short-term therapy analogues in the reduction of anxiety", Dissertation Abstracts International, Vol.(37), No.(5-B), p. 2522.
- 140- Richard, E. Townsend & John, F. House (1975): "Acomparison of biofeedback mediated relaxation and group therapy: Therapy in the Treatment of chronic anxiety". American Journal Psychiatry, Vol.(132), No.(6), pp. 598-601.
- 141- Robert, H. Woody & Paul, G. Shauble (1969): "Videotaped vicarious desensitization". Journal of Nervous and Mental Disease. Vol.(148), No.(3), pp.281-286.

- 142- Robertson, C. & Gatchel, R. (1991): "Effectiveness of a videotaped behavioral intervention in reducing anxiety in emergency". Behavioral Medicine, Vol.(17-2), pp. 77-85.
- 143- Robins, M.L. et al., (1984): "Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three cities". Archives of General Psychiatry. Vol. (41), pp.15-19.
- 144- Rogers, C.R. (1942): "The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques". Am. J. Orthopsychiatry, Vol.(2), pp. 429-434.
- 145- Rogers, C.R. (1942): Counseling and psychotherapy: New Concepts in Practice. Houghton Mifflin Company, Boston.
- 146- Rogers, C.R. (1951): Client-centered therapy: Its current practice implications and therapy. Houghton Mifflin Company Boston.
- 147- Rogers, C.R. (1959): A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client centered framework; in: Koch, S. (1959): Psychology: A study of a science, Vol.3, McGraw-Hill Book Company, INC. New York.
- 148- Rogers, C.R. (1961): On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy, Constable. London.
- 149- Rogers, C.R. and Dymond, R.F. (1954): Psychotherapy and personality change. The University of Chicago Press. U.S.A.
- 150- Rogers, C.R. and Raskin, N.J. (1989): Person centered therapy. In: R. Corsini (Ed.) current psychotherapies (4th ed) Itasco:III:Reacock Publishing Company.
- 151- Romano, L. John & Cobia, A. William (1978): "EMG biofeedback training versus systematic desensitization for test anxiety reduction". Journal of Counseling Psychology, Vol.(25), No.(1), pp. 8-13.

- 152- Ronald, M. & Hayman. K. (1996): "The effect of videofeedback on the self-evaluation of performance in socially anxious subjects". Behav. Res. Ther. Vol.(34), No.(4), pp.315-322.
- 153- Silverman, E.; Robert (1979): Psychology. Third Edition. Prentic Hall, Inc.
- 154- Singer, M. (1975): Motor learning and human performance. Macmillan, Publishing Company; Inc. New York.
- 155- Smith, A. Joyce & William, A. Lewis (1974): "Effect of videotaped modles on the communication of college students in counseling". Journal of Counseling Psychology, Vol.(21), No.(1), pp.78-85.
- 156- Stephan, P. Lermer (1978): Video-feedback in psychotherapeutic". Group Dinamic, Vol.(3), No.(9), pp. 183-196.
- 157- Stewart, C.J. & Cash, J.W. (1982): Interviewing principles and practices. (3rd Ed.), Dubuoue, Inc. New York.
- 158- Stoller, F.H. (1969): "Videotape feedback in the group seting". Journal of Nervous and Mental Disease, Vol.(148), pp.457-460.
- 159- Stuhr, U. & Meyer, A. (1991): University of hamburg: hamburg short-term psychotherapy comparison study; In: Beutler, L.E. and Crago, M., (1991) Psychotherapy Research: An International Review of Prgramatic Studies, U.S.A.
- 160- Teusch, Luding & Hildegarad, Bohme (1991): "Result of a one-year follow up of patients with agoraphobia and/or panic disorder treated with an inpatient therapy program with client-centered basis". Psychotherapy Psychosom, Med. Psychology, Vol.(41), pp.68-76.
- 161- Thomas, F. Cash & Jonathan, W. Butters (1987): "Cognitive-behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction". Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol.(55), No.(6), pp.889-897.

- 162- Thomas, Staudinger, et al. (1994): "The influence of client centered psychotherapy on causal attributions and coping strategies". Psychotherapy Psychosom, Med. Psychology, Vol.(44), pp.432-439.
- 163- Thompson, E., George (1991): "The effect of non-direct and direct counseling approaches, student conceptual Level". Dissertation Abstracts.
- 164- Vilfred, D. Marial & Al-Berti, R. Pandolof (1984): "Anxiety, perception and control of heart rate". Perceptual and Motor Skills, Vol.(59), pp.203-211.
- 165- Walmer, J.K. (1980): The influence of therapist-induced facilitating conditions of accurate empathy, non-possessive warmth, and genuineness on physiological correlates of client anxiety: An analogue study; Dissertation Abstracts International, Vol.(41), No.(6-B), p. 2380.
- 166- William, G.; Mark, D., et al. (1995): "Self-efficacy as moderator of perceived control effects on cardiovascular reactivity: is enhanced control always beneficial"? Psychosomatic Medicine, Vol.(57), pp. 390-397.
- 167- Wilmer, A. Harry (1969): "Television as participant recorder." American Journal Psychiatry, Vol.(124), No.(9), pp.43-49.
- 168- Yonkers, K., Warshow, M., Massion, A. & Keller, B. (1996): Phenomenology and course generalized anxiety disorder British Journal of Psychiatry, Vol. 168, pp. 308-313.
- 169- Zastrow, C. (1985): The practice of social work. (2ed) Dorsey Press.

