

فعالية برنامج ارشادي انتقائي تكاملي في خفض الوسواس القهري لدى
طلبة جامعة القدس المفتوحة

**The Effectiveness of an Integrative Selective Counseling Program
in Reducing Obsessive Compulsive Reactions among Al-Quds
Open University Students**

تاريخ الإرسال: 2020/08/09 تاريخ القبول: 2020/09/25 تاريخ النشر: 2021/06/30

أ.د. زياد بركات
أستاذ علم النفس التربوي
كلية العلوم التربوية
جامعة القدس المفتوحة
طولكرم- فلسطين
zbarakat@qou.edu

الملخص:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي انتقائي تكاملي وفق نظرية ثورن (Thoren) في خفض الوسواس القهري لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة في طولكرم، لهذا الغرض استخدم المنهج شبه تجريبي، وتكونت عينة الدراسة من (40) طالباً وطالبة ممن حصلوا على درجة مرتفعة على مقياس الوسواس القهري، وزعوا مناصفة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين الأولى تجريبية طبق عليها البرنامج الإرشادي، والثانية ضابطة لم يطبق عليها البرنامج للمقارنة. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الدرجات الكلية على مقياس الوسواس القهري لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياسين القبلي والبعدي لصالح المجموعة التجريبية؛ إذ بلغت قيمة حجم الأثر للبرنامج (0.421)، كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة بين القياسين القبلي والبعدي لدرجات أفراد المجموعة التجريبية لصالح

القياس البعدي، بينما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي لدرجات أفراد المجموعة التجريبية، مما يدل ذلك على فاعلية البرنامج الإرشادي المطبق في خفض مستوى الوسواس القهري لدى أفراد الدراسة واستقرار النتائج بعد التطبيق.

الكلمات المفتاحية: برنامج ارشادي; برنامج انتقائي; الوسواس القهري; طلبة جامعة القدس المفتوحة.

Abstract:

The study aimed to reveal the effectiveness of an integrated selective extension program according to Thoren's theory in reducing obsessive-compulsive disorder among Al-Quds Open University students in Tulkarm. For this purpose, the semi-experimental approach was used. The study sample consisted of (40) male and female students who obtained a degree elevated on the scale of obsessive-compulsive disorder, they were distributed in a random way to two experimental groups, the first experimental group on which the indicative program was applied, and the second control was not applied to the program for comparison. The results of the study showed that there were statistically significant differences between the mean scores on the obsessive-compulsive scale of Al-Quds Open University students between the experimental and control groups in the pre and post scales in favor of the experimental group. The value of the effect size of the program was (0.421), The results also showed significant differences between the pre and post measurements of the scores of the experimental group members in favor of the post measurement, while the results showed that there were no statistically significant differences between the post and tracer measures of the scores of the experimental group members, which indicates the effectiveness of the applied counseling program in reducing the level of obsessive compulsive and stabilization of results after application.

Key words: Counseling program; Selective program; Obsessive compulsive disorder; Al-Quds Open University Students.

مشكلة الدراسة وخلفيتها

مقدمة

تعد سيطرة أفكار معينة على الشخص أثناء حياته من الأمور التي تحدث لكثير منا، فقد يجد بعض الأشخاص فكرة معينة تسيطر عليهم؛ مثل اسم دواء معيناً، لحناً موسيقياً، كما يمكن أن يظهر هذا الأمر أثناء تأدية بعض العبادات كالوضوء والصلاة والصيام؛ فقد يعيد الشخص الوضوء بعد أن يكون قد قارب على الانتهاء منه، فقد يظهر هذا الأمر بشكل الحاح شديد جداً على الفرد فلا يستطيع التخلص منه وإنما يميل إلى تكراره بشكل مستمر، وقد تكون مثل هذه الأفكار تافهة لا معنى لها غير محببة أو شريفة أو قبيحة أو ساذجة أو غير ذلك؛ ويمكن أن يستمر هذا التكرار فترة ما، وفي أغلب الأحيان يختفي هذا الأمر بعد ذلك.

ويتصف اضطراب الوسواس القهري بوجود أفكار متكررة لا يرغبها الشخص، وتأتي رغماً عنه، حتى بعد محاولته إبعادها والتخلص منها، ويقوم الشخص المصاب بهذا الاضطراب بأفعال قهرية لا يستطيع الامتناع عنها، نظراً لأن هذه الأفعال تخفف من قلقه، هذا القلق يخف لفترة محدودة، ثم يعود مرة أخرى مما يستدعي المريض بالوسواس القهري إلى تكرار أفعاله القهرية بصورة مبالغ فيها، مما يؤدي إلى إضاعة وقته، وخسارته المعنوية والمادية، إضافة إلى أن بعض الأعمال القهرية تؤدي إلى الضرر البدني بالشخص، مثل كثرة الغسيل لأماكن معينة في الجسم، وربما بمواد مضرّة كالمطهرات الكيميائية؛ إذ يؤثر الوسواس القهري على مجمل حياة الفرد وتوافقه النفسي والاجتماعي، كما أن الاقتران المرضي بوجود جوانب من العيوب في شكل الجسد يحدث في كثير من الاضطرابات، كالوسواس القهري وبعض اضطرابات الشخصية (الزبون، 2015). يُستخدم مصطلح الوسواس القهري بشكل تبادلي غير دقيق في نوعين من الاضطرابات يشيران إلى

ظاهرتين مختلفتين هما: الوسواس القهري الفكري ويظهر في تطفل أو اقتحام بعض الأفكار بشكل متكرر لفترة من الزمن سواءً كانت قصيرة أم طويلة على ذهن الشخص وتسبب في ارتفاع مستوى التوتر والقلق. أما النوع الثاني فهو الوسواس القهري للأفعال، وهي أفعال نمطية جسمية، أو عقلية، يقوم بها الفرد حتى يخلص نفسه من القلق الناجم عن الوسواس، ولكنهما يوجدان معاً (Green, 2005).

يعد اضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات العصابية النفسية، وهو نوع من القلق العصابي الذي يشعر فيه المريض بأن لديه أفكار، ومشاعر وأحاسيس وتصرفات، تجعله يشعر أنه متقاد لتكرار سلوك معين مثل الترتيب والنظافة، وهو بالتالي يؤثر بشكل سلبي على الحياة اليومية للشخص المصاب، ويحصره في نطاق ضيق، وقد يؤدي في الحالات الشديدة إلى شلل الإرادة، ومن الممكن أن يعوق تكيف الفرد مع من حوله، ويجعله لا يعيش حياته بشكل طبيعي، وينتشر هذا الاضطراب بشكل ظاهر وخفي بين جميع الفئات العمرية وفي جميع المجتمعات بأشكال وأنواع مختلفة، إلا أن بعض أنواعه يزداد بين الجنسين على اختلاف أعمارهم (أبو شعبان، 2010). ويختلف معدل انتشار اضطراب الوسواس القهري باختلاف المراحل العمرية المختلفة وكذلك باختلاف الجنس، حيث يبدأ هذا الاضطراب في سن المراهقة أو بداية البلوغ، وتظهر أعراضه مبكراً لدى الذكور عنها لدى الإناث، وأحياناً يظهر عند الأطفال (الريماوي والريماوي، 2014).

يصنف الوسواس القهري إلى عدة أنماط (Monson, 2016؛ Drummond & Kolb, 2008؛ غانم، 2004) وهي: الاغتسال والتنظيف: وهو الاندماج في الاغتسال والتنظيف بوسواس التلوث، أي أن يتلوثوا هم أو يلوثوا الآخرين بمواد أو مواقف معينة. التكرار: وهو تكرار بعض الحركات الروتينية أكثر من مرة كالخروج أو الدخول من الباب، أو قراءة أو كتابة الأشياء أكثر من مرة للتأكد من صحة ما قرئ أو كتب. الترتيب: وهو الأكثر من ترتيب وإعادة تنظيم الأشياء. التخزين: وهو الفشل في مقاومة جميع الاحتفاظ بالتوافه من الأشياء كالاحتفاظ بالجرائد القديمة أو فرز القمامة أو تجميع أشياء لا فائدة لها، أو أشياء لم يكن في التصور طريقة الاستفادة منها أو استخدامها على أن يفرق بين التخزين والحفظ

المتعلق بالهوايات كجمع طوابع البريد مثلاً أو حفظ الأشياء ذات القيمة العاطفية للشخص. طقوس التفكير: وهي استخدام طقوس خاصة في التفكير تسمى قهر التفكير أو الأفعال القهرية المتصلة بالتفكير وذلك لتعطيل الأفكار الوسواسية والدفعات والصور الذهنية أو استبعادها. الوسواس البحتة: حيث يقضي بعض الأفراد فترات طويلة من الزمن يمعنون التفكير في الأفكار المضايقة التي تقتحم عقولهم، ولكنهم لا يستجيبون لهذه الأفكار بأفكار أو افعال طقوسية، مثال ذلك أن يفكر شخص في أغنية أو لحن إلى الدرجة التي تصبح فيها مزعجة وبدلاً من ذلك فقد يعنى شخص التفكير في أنواع معينة من الأشياء كأزرار القميص أو كلمات معينة.

يتفق العلماء والباحثين عموماً على أن مجموعة العوامل الوراثية والنفسية والبيولوجية تؤدي دوراً رئيساً في ظهور اضطراب الوسواس، ويمكن تقسيم أسباب الوسواس القهري إلى مجموعة من الأسباب، على النحو (Abramowitz, et al., 2009)؛ (Greisberg, 2005) الآتي: العوامل الوراثية والجينية، والعوامل العصبية، والعوامل الاجتماعية والأسرية، والعوامل البيولوجية والفسولوجية. والمتبع للأدب السابق لموضوع الوسواس القهري يجد أن هناك اتجاهات نظرية عديدة حاولت تحليل هذا الاضطراب وتفسيره، وقد تباينت وجهات النظر هذه بشأن نشأة الوسواس القهري وتكوينه، حيث يذهب فريق من علماء النفس إلى أن الوسواس القهري يعود لأسباب وراثية تتمثل بالاستعداد للمرض، ويذهب فريق آخر إلى أن العوامل البيئية تعمل على تعلم الفرد للوسواس القهري، وتنتمي النظرية السلوكية إلى هذا الفريق، وفريق ثالث يرى أن الوسواس القهري يرجع بأسبابه إلى العوامل الوراثية والعوامل البيئية الاجتماعية من ناحية ثانية، وينتهي إلى هذا الفريق رواد نظرية التحليل النفسي. وتختلف نظريات علم النفس الرئيسية في تفسير أسباب اضطراب الوسواس القهري وفق خلفيات روادها واتجاهاتهم المعرفية، على أن أهم النظريات التي اهتمت بتفسير الوسواس القهري هي:

- نظرية التحليل النفسي: قام فرويد (Freud) بوضع أصول هذه النظرية وتطويرها من خلال حياته المهنية كطبيب، وقد بنى نظريته من خلال ممارسة العلاج

النفسي مع مرضاه من المضطربين نفسياً، وقد اتجهت نظرية التحليل النفسي إلى تأكيد أثر العوامل الفطرية والدوافع الطبيعية كالرغبات والحاجات وارتباطها بشحنات نفسية، وأن هذه الدوافع هي ذات أصل وراثي لا دخل للظروف البيئية في نشوئها، وأن هدفها هو حث الفرد وتوجيهه للقيام بسلوك معين لإرضاء حاجاته (أبو شعبان، 2010). إن الوسواس والسلوك القهري ما هما إلا أعراض لصراعات نفسية داخلية المنشأ، نتيجة خبرات الفرد في المرحلة الشرجية، يجد الفرد فيها طريقة آمنة نسبياً للتعبير عن أفكاره ومشاعره المكبوتة. وترى نظرية التحليل النفسي أن الوسواس ما هي إلا أعراض لبعض المشكلات العميقة الموجودة في اللاشعور تم كبتها، كالذكريات المهمة والرغبات والصراعات، ثم خرجت إلى الشعور مما سببت القلق والكدر، وهذه العناصر المكبوتة تظهر لاحقاً في صورة أعراض عصابية (Capuzzi, 2000).

- *النظرية السلوكية*: تعتمد هذه النظرية على نظرية التعلم في تفسير الوسواس القهري، فالمبادئ التي تفسر السلوك السوي هي نفسها المبادئ التي تفسر السلوك غير السوي، والوسواس القهري شأنه شأن أي سلوك متعلم من البيئة تحت شروط التدعيم؛ حيث تنظر هذه النظرية إلى الوسواس القهري على أنها تمثل منبهاً شرطياً للقلق أصبح مرتبطاً بالخوف أو القلق خلال عملية الاشتراط بعدما كان في السابق منبهاً محايداً (Himle et al, 2008). وبالتالي فإن الأفكار الوسواسية تكون لها القدرة على إثارة القلق، أي نمط جديد من السلوك قد تم تعلمه، والأعمال القهرية تحدث عندما يكتشف الشخص أن عملاً معيناً مرتبطاً بالأفكار الوسواسية قد يخفف من القلق، وتدريبياً وبسبب الفائدة في تخفيف القلق فإن هذا الفعل يصبح ثابتاً من خلال النموذج المتعلم للسلوك (فرج والبشر، 2002).

- *النظرية /المعرفية*: تعتمد هذه النظرية في تشخيص اضطراب الوسواس القهري على أفكار مشوشة، ومزعجة، ومضخمة وتحديث مصادفة، وتكون محرضة

لتصبح طبيعية وحقيقية، أما السلوك القهري، فهو سلوك علني مثل تكرار الاغتسال، أو إعادة الفحص، ويأخذ شكلاً من السلوك المعرفي، وهذا التابع من الأفكار والسلوك يقود إلى آلام، وبؤس، واضطراب، ويؤدي إلى السلوك المزعج، بالإضافة إلى الأفكار الانهزامية، وإلى سلسلة من الخسائر المستمرة (الأغاء، 2009).

- *النظرية الاجتماعية:* بحسب هذه النظرية فإن معظم سمات الشخصية الوسواسية عبارة عن استجابات متعلمة مكتسبة وباقية، لأنها تقلل أو تخفض من القلق أو من أي انفعال سلبي آخر، لقد وجد أن آباء هؤلاء الأطفال يعجزون عن خلق جو المرح والتلقائية والضحك، بل قد يعاقبون الطفل على قيامه بهذه الأشياء، ويسعى آباء هؤلاء الأطفال لامتنصاص الطفل أو هضمه واستيعابه لأوامر الآباء وحفظ القواعد المتوقعة (عطار، 2017).

- *النظرية البيولوجية:* يلعب العامل الوراثي وفق هذه النظرية دوراً مهماً في نشأة الوسواس القهري فقد وجد أن بعض أبناء المرضى بالوسواس يعانون من المرض نفسه، كذلك الإخوة والأخوات، هذا غير بقية أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهرية. وقد أوضحت الدراسات الأسرية أن حوالي (6%) من آباء مرضى الوسواس القهري يعانون من الحالة نفسها، وقد أوضحت دراسة كراي وجوتسمان (Krai & Jotzman, 2011) أن المعدلات الاتفاق بالنسبة لاضطراب الوسواس القهري بين التوائم المتطابقة كانت (65%)، أما بين التوائم المتشابهة فكانت (25%)، مما يشير إلى أن قابلية الإصابة باضطراب الوسواس القهري محدد بالعوامل الوراثية إلى حد ما. كما أن العديد من ذوي اضطراب الوسواس القهري يعاني من الاضطرابات العصبية، فحوالي (50%) لديهم تقلص لا إرادي في عضلات الوجه، وبين (5-15%) من الأطفال والراشدين يعانون مما يعرف بأعراض من قبيل: التعرض لتقلصات لا إرادية في الوجه، كما تتضمن

تشنجات مفاجئة في الرأس أو غيرها من أجزاء الجسم، كإصدار أصوات النباح والعواء والتلفظ بألفاظ الفحش والقبح (Basile et al, 2016).

- نظرية الارشاد الانتقائي (Thoren): يعود الاهتمام بنظرية الانتقائية التكاملية في الإرشاد إلى العالم فريدريك ثورن وهو في عمر الخامسة عشر نتيجة إصابته بالتأتأة، وبالتالي اختار الدراسة الجامعية في قسم علم النفس بجامعة كولومبيا عام (1926)، ولكن نتيجة فشله في المعالجة الإكلينيكية فقد دخل كلية الطب، وأعجب بالعلوم الطبية وتكاملها ونظامها الانتقائي القائم على الممارسة العلمية مقارنةً مع الفوضى الفكرية للعلوم الإنسانية، لذا صمم على أن يعمل على جمع وتوحيد مناهج الإرشاد والعلاج النفسي بأسلوب انتقائي تكاملي (Leiman & Stiles, 2002). وهذا الاتجاه يُعد نوعاً من الإرشاد القائم على الانتقاء من مختلف النظريات يتضمن التعامل مع الشخص كله جسمه وعقله وانفعالاته وروحه ومحيطه، وقد بدء في عام (1950) على يد فريدريك ثورن، ثم محاولات دولارد وميلر، وفي عام (1965) قدم لازاروس محاولة انتقائية لعلاج الادمان (لازورس، 2002). وهكذا بحلول عام (1975) أصبح حوالي (50%) من العلماء انتقائين. والنظرية الانتقائية التكاملية ترى أن سلوك الانسان يتأثر بعوامل داخلية وبيئية، وأن التكوين البيولوجي الوراثي والتعلم الذي يتم بالتفاعل مع الآخرين تشكل الإنسان الفلسفة التي بنى عليها "ثورن" الاتجاه الانتقائي وهي: اعتبار أن الاتجاه الانتقائي عبارة عن مزيج من الحقائق غير المترابطة، وذو رؤية ثابتة، وليس عبارة عن نماذج فكرية ثابتة أو جامدة، وذو منهجية علمية فيها أسس البحث العلمي (سفيان، 2018). أما المفاهيم الأساسية للاتجاه الانتقائي (Capuzzi, 2000) فهي: مفهوم التحديد: ويعني تحديد العناصر الصالحة من كل نظرية ودمجها بتناسق، ومفهوم كل النظريات (إن كل النظريات لها دوراً في جمع المعلومات بما فيها القياس والتقويم)، ومفهوم الأخذ والتجريب، ومفهوم مراعاة شعور المسترشد وأحاسيسه، وعدم الاهتمام بنظرية واحدة بل على المرشد ذو

الشخصية المتميزة الاعتماد على أكثر من نظرية. وهناك مراحل خمسة محددة للعملية الإرشادية في الاتجاه الانتقائي (الزهراني، 2017؛ عبد الستار، 2011؛ Norcross, 2005) وهي:

1. مرحلة الاستكشاف: تعتبر هذه المرحلة أولى مراحل العمل الإرشادي عند "ثورن" بحيث يقوم بها المرشد النفسي من خلال (الإصغاء) لاهتمامات المسترشد، وهنا على المرشد أن يكون متعاطفاً ومتقبلاً للمسترشد.
2. مرحلة تحديد المشكلة: تعتبر هذه المرحلة تؤدي إلى الوصول للمشكلة الحقيقية، ومنها يتوصل الطرفان إلى تعريف المشكلة وأسبابها وتحديدها.
3. مرحلة تحديد البدائل: يكون دور المرشد هو التعرف إلى البدائل المتوفرة بجمع الخيارات المعقولة وعليه التأكد من تلك البدائل بشكل جيد.
4. مرحلة الإجرائية الإلزامية: فيها يلتزم المسترشد بالخطوات الأكثر مناسبة له، وتعتبر هذه الخطوة هدفاً أولياً، وفيها يقوم المرشد بالموافقة على الخطوات التي اتخذها المسترشد والإجراءات التي سيتبعها مع التزامها بها.
5. مرحلة التقييم والتغذية الراجعة: في هذه المرحلة يقوم المرشد بتلخيص التقدم الذي حصل وتلخيص الخطة والالتزام بها من قبل المسترشد قبل إنهاء المقابلة.

ويتصف المرشد وفق النظرية الانتقائية بعدة خصائص هي (شندي، 2015؛ Monson, 2016): الاهتمام بسلوك المسترشد الراهن، وأن يجعل من عملية الإرشاد رحلة ممتعة للمسترشد في اكتشاف ذاته ومساعدته على تنمية ذاته وخبراته، وألا يتبنى المرشد أدواراً سلطوية للتأثير على المسترشد، وتأسيس علاقة إيجابية مفتوحة تتضمن الحضور والتقبل والعناية وتنمية الثقة بنفس المسترشد، ولا يكون التدخل من قبل المرشد في شؤون حياة المسترشد إلا بالحد الأدنى لحماية صحته، وأن يكون مؤهلاً تأهيلاً كاملاً في المجال الإرشادي وأن يكون عارفاً لطرق العلاج المختلفة بشكل جيد، ويستخدم المنهج العلمي في القياس وتحليل البيانات، ويهتم المرشد أساساً على إقامة علاقة إيجابية مع

المسترشد من خلال خلق جو إرشادي فعال وحيوي، واستخدام مهارات العلاقة الإرشادية الإيجابية المفتوحة والتي تتضمن الحضور، والإصغاء، والاحترام، والتقبل، والفهم، واستخدام مهارات الاتصال (اللفظي- غير اللفظي) والانتباه للرسائل اللفظية وغير اللفظية مع تفسيرها جيداً.

ويرى "ثورن" أن هناك عدة أنماط مختلفة من التشخيص يمكن استخدامها في الإرشاد هي (لازورس، 2002؛ Leiman & Stiles, 2002؛ Smith, 2013): التشخيص التبايني (الفارقي): وهو دراسة الأسباب المحتملة لحالة نفسية، وفي الغالب فإن أبسط منهج لاكتشاف ما ينظم الحالة النفسية هو أن نسأل الشخص ماذا يفعل؟ ولماذا؟، والتشخيص الإكلينيكي: وهو يشير إلى التشخيص من لحظة إلى لحظة وهو يتم خلال عملية تناول الحالة وعلى أساس هذا التشخيص يتم اتخاذ الأحكام الإكلينيكية المتعلقة بالأعراض، ويعتبر "ثورن" أن هذا النمط هو محور الاتجاه الانتقائي، وتشخيص المركز الوجودي: ويهتم بالديناميات التكاملية للذات أثناء قيامها بوظائفها مع الانتباه إلى مفهوم الذات والاتصالات الواقعية، وتشخيص تدبير أو إدارة الحياة: ويعني به "ثورن" عملية تقويم السلوك في ضوء متطلبات الوضع الاجتماعي، وذلك بقصد تحديد مستوى التكيف في المجالات التربوية أو المهنية أو الزوجية والمالية، والتشخيص التنبؤي: إن سجل حياة المرء هو أكثر المتنبئات صلاحية لأدائه المستقبلي وعلى المرشد أو المعالج أن يأخذ في اعتباره العوامل الخارجية في الحسبان.

وتعتبر هذه النظرية في الإرشاد والعلاج هي الإطار النظري التي تم اعتمادها في الدراسة الحالية في بناء البرنامج التدريبي في إرشاد الطلبة نحو خفض الوسواس القهري، وذلك للإيجابيات العديدة لهذا البرنامج الانتقائي التي يمكن تلخيصها كالآتي: يهدف إلى تحقيق أكبر فائدة علاجية بأي طريقة، ويثمل الانفتاح العقلي دون أي تحيز أو جمود فكري، ويجعل المعالج أو المرشد النفسي موضوعياً يحترم كل طرق العلاج وأساليبه، ويأخذ ما هو مفيد من كل نظرية، ويتجنب السلبيات في كل نظرية حتى تتحقق الفائدة المرجوة، ويمكن المرشد من تقديم خدمات علاجية بطريقة أكثر فعالية، ويزيل الملل والروتين، وهذا يعتمد

على خبرات المرشد، ويحرص المرشد على كل مستجدات العلاج النفسي وتقنياته، ويتبع منهج يجمع شتاتاً متنثرة من الطرق العلاجية المختلفة دون وجود رابط منطقي يحكمها بعد تنظيمها، والإلمام بكل الأساليب العلاجية المختلفة بإتقان (Norcross, 2005).

هذا من الناحية النظرية، أما من الناحية الميدانية فقد أجريت دراسات وبحوث عديدة محلية وعربية وإقليمية وعالمية للكشف عن فعالية برامج ارشادية وعلاجية لخفض الوسواس القهري، يمكن عرضها مرتبة زمنياً كالآتي: هدفت دراسة الوحيشي (2019) الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي جماعي معرفي سلوكي؛ لخفض أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية في مدينة بنغازي للعام الدراسي. أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الوسواس القهري، لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الوسواس القهري لصالح القياس البعدي، ووجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات مقياس الوسواس القهري للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبعي بعد مرور شهر من نهاية الدراسة الأساسية. وهدفت دراسة البلوي (2018) التعرف إلى فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر القائم على أساس نظرية العلاج المعرفي بالنظافة لدى النساء في المملكة العربية السعودية. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار الوسواسية لدى النساء بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي، حيث أظهر البرنامج التدريبي آثار (7.74%) في تقليل الأفكار الوسواسية بنسبة المتعلقة بالنظافة لدى النساء. كما وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفعال القهرية لدى النساء بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي، حيث أظهر البرنامج التدريبي آثار (9.74%) في تقليل الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة لدى النساء بنسبة وفيما يتعلق بالمتابعة فقد أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار الوسواسية لدى النساء بين الاختبار البعدي واختبار المتابعة. وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفعال القهرية لدى النساء بين الاختبار البعدي واختبار المتابعة.

واختبار المتابعة، مما يدل على استمرار فاعلية البرنامج التدريبي في مرحلة المتابعة. أما الدراسة التي قام بها إيفارسون وآخرون (Ivarsson et al, 2018) فقد هدفت إلى تحديد فاعلية العلاج باستخدام العقاقير مقابل العلاج المعرفي السلوكي في علاج الوسواس القهري، وأشارت النتائج إلى أن العلاج باستخدام العقاقير المثبطة لامتصاص السيروتونين أكثر فاعلية من العلاج باستخدام العقاقير الوهمية، ولكن حجم الأثر كان قليلاً، كما أشارت النتائج أيضاً إلى أن استخدام العقاقير مع العلاج السلوكي المعرفي أكثر فاعلية من استخدام كل علاج بشكل منفرد. أما دراسة تورنير (Turner, 2018) فهدف إلى التحقق من فاعلية طرق مختلفة في خفض الوسواس القهري وهي: أدوية، وعلاج معرفي سلوكي، ودواء كاذب، وقد تبين من الدراسة أن نسبة التحسن لدى مرضى المجموعة الضابطة لم يتجاوز (1%)، بينما بلغت هذه النسبة لدى مرضى المجموعة التجريبية (46%). وجاءت الدراسة التجريبية التي قام بها ويلسون وآخرون (Wilson et al, 2017) بهدف تحديد فاعلية نموذج التقليل من تصور الخطر لعلاج اضطراب الوسواس القهري، وأشارت النتائج إلى فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر من خلال الانخفاض الكبير في تسعة مجالات من أصل عشرة تضمنها البرنامج، كما أشارت إلى استمرار أثر البرنامج في مرحلة المتابعة. وهدفت دراسة تولين وآخرون (Tolin et al, 2017) المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي الذاتي والعلاج المعرفي السلوكي بواسطة معالج، في علاج اضطراب الوسواس القهري. أظهرت نتائج الدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الموجه بواسطة المعالج عن العلاج المعرفي السلوكي الذاتي، وضرورة اللجوء إلى المعالج في حالة الاضطرابات الشديدة؛ بينما يمكن الاعتماد على التدخل المبكر والعلاج الذاتي في الحالات البسيطة، ومع ذلك فقد ثبتت فاعلية كلا العلاجين في التقليل من الأعراض القهرية والأفكار الوسواسية.

وهدفت دراسة هاميل (Himle, 2016) إلى المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي التقليدي القائم على المواجه بين المعالج والعميل، والعلاج المعرفي السلوكي القائم على التواصل عبر شبكة الفيديوكونفرانس. أظهرت نتائج الدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وجها لوجه، وتفوقه على العلاج عبر شبكة الفيديوكونفرانس؛ وإن كان لكليهما أثر

فعال في التقليل من الأعراض الوسواسية القهرية. وأجرى بينيت وآخرون (Bennett et al., 2015) دراسة حول نتائج العلاج السلوكي المعرفي للأطفال الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري بالإضافة إلى اضطراب التشنج مقارنة مع الأطفال المصابين باضطراب الوسواس القهري فقط في المملكة المتحدة، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في الاستجابة للعلاج، حيث ظهر انخفاض في أعراض الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة الثانية من المصابين باضطراب الوسواس القهري فقط. واستهدفت دراسة السقا (2014) الكشف عن فاعلية العلاج الاستعرافي- السلوكي في خفض حدة أعراض اضطراب الوسواس القهري من خلال برنامج موجه لأفراد العينة الذين يعانون سلوكيات قهرية أو أفكاراً وسواسية سواء كانت منفصلة أم معاً. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة في القياس البعدي وقياس المتابعة. أما دراسة تورنير وبيديل (Turner & Biedel, 2014) فقد استهدفت استخدام علاجاً سلوكياً بطريقة العرض بالغمر بالإضافة للدواء الكاذب لخفض الوسواس القهري، وكانت أفضل نسب تحسن للمجموعة الثانية (77%) تليها المجموعة الأولى (51%). وهدفت دراسة فضة والفقي وأحمد (2010) التحقق من فاعلية العلاج النفسي الديني في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة، أظهرت النتائج فعالية البرنامج المستخدم في علاج الوسواس لدى الطلبة. هدفت دراسة الأغا (2009) معرفة مدى فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي للأفعال والأفكار في علاج الوسواس القهري لدى مرضى الوسواس القهري. أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات البعدي في مقياس الوسواس القهري، والفروق كانت لصالح القياس البعدي. وهناك دراسة كيت (Keith, 2008) حول فاعلية العلاج السلوكي- المعرفي في علاج حالات الوسواس حول علاج أفكار

وسواسية موضوعها خوف شديد من التلوث (Contamination) واستخدم طريقة خفض الحساسية المنظم لجوزيف ولبى (Desensitization Systematic)، وطريقة التعريض (Exposure) وطريقة الغمر (Flooding). وكانت النتائج مفيدة جداً إذ أظهرت فعالية هذه الطرق منفردة ومجمعة في خفض الأفكار الوسواسية. وهدفت دراسة مقدادي (2008) إلى الكشف عن فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة الجامعة، وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية على جميع أبعاد مقياس الوسواس القهري بين المجموعتين التجريبية والضابطة، لصالح المجموعة التجريبية، وخلصت الدراسة إلى أن البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي كان فعالاً في خفض أعراض الوسواس القهري لمدة وصلت إلى شهرين.

وهدف دراسة كل من قطب وعبد (2007) إلى التخفيف من اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلبة كلية التربية بجامعة كفر الشيخ، وذلك من خلال اختبار فعالية برنامج قائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي، ومدى استمرار فعالية هذا البرنامج على المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة. توصلت الدراسة إلى نتائج فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدى طلبة الجامعة، وكذلك إلى استمرار فعالية البرنامج لدى المجموعة التجريبية خلال فترة المتابعة التي تصل إلى ثلاثة أشهر. وهدفت دراسة تشامبلس وويلسون (Wilson, 2005) وChambless & الكشفي عن فاعلية العلاج الاستعرافي السلوكي مع الاضطراب الوسواسي القهري. أوضحت الدراسة فاعلية برنامج العلاج الاستعرافي السلوكي المستخدم في التقليل من أعراض الوسواس القهري، والتي تمثلت في: طقوس قهرية، ومخاوف، ووساوس عن النظافة وغلق الأبواب والإصابة بالأمراض. وهدفت دراسة ساكوفسكس (Salkovskis, 2005) استخدام أسلوب دراسة الحالة تم فيها الجمع بين أسلوب العلاج الاستعرافي والتعرض ومنع الاستجابة لعلاج مريضة بالوسواس القهري، تشكو من الأفكار الوسواسية. عولجت بالعلاج السلوكي ولكنها انتكست بعد نوبة اكتئاب شديدة وبعد عشر جلسات من العلاج الاستعرافي مصحوباً بالتعرض ومنع الاستجابة تحسنت المريضة بدرجة ملحوظة. وهدفت دراسة سعفان

(2003) إلى معرفة فعالية برنامج إرشاد معرفي سلوكي في خفض الوسواس والأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب. أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس القهري في القياسين القبلي والبعدي في اتجاه البعدي، كما ثبت فعالية البرنامج الإرشادي القائم على إعادة ووقف الأفكار والتعرض ومنع الاستجابة في خفض الوسواس والأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب. أما دراسة الإيراني (2001) فهدفت إلى استكشاف فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى الوسواس القهري لدى عينة من طلبة الجامعة، والكشف عن الأفكار اللاعقلانية المسببة للوسواس القهري لدى عينة الدراسة. أظهرت الدراسة فاعلية برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة وتعديل الأفكار اللاعقلانية لديهم.

أبرزت الدراسات السابقة، أهمية وفاعلية العلاج النفسي المعرفي والسلوكي، الفردي والجماعي، والذاتي، والموجه عن بعد، والقائم على توجهات المعالج، والمدمج بالعلاج النفسي الديني في علاج اضطراب الوسواس القهري، والعلاج الأسري، لكن لم يجد الباحث - في حدود اطلاعه- دراسة واحدة تستخدم البرنامج الإرشادي الانتقائي التكاملي لخفض الوسواس القهري لدى طلبة الجامعة، وهذا يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في تبنيها برنامج ارشادي انتقائي تكاملي ليس محدداً بنظرية واحدة، وإنما يركز على أسس ومبادئ تكاملية من إيجابيات النظريات المختلفة. وقد استفاد الباحث من الدراسات السابقة في تحديد أدوات الدراسة الأكثر استخداماً: مقياس يل - بروان القهري لقائده في قياس درجة وشدة الاضطراب، وقائمة مودزلي للوسواس القهرية كأهم الأدوات التشخيصية، والمقياس العربي لقياس الوسواس القهرية والأفعال القهرية، بالإضافة إلى أن عدد الجلسات لا ينبغي أن يقل عن عشرة جلسات، بل وربما تزيد إلى عشرين أو ثلاثين جلسة، وتراوح مدة كل جلسة ما بين (40-120) دقيقة، ويمكن الجمع بين أسلوبي الجلسات الفردية والجماعية، وكذلك استفاد الباحث في علاج الوسواس القهري في تحديد الفنيات الأكثر استخداماً والتي يمكن استخدامها في برنامج العلاج أو الارشاد النفسي،

وأهمها: فنية إعادة البناء المعرفي، وفنية وقف الأفكار، وفنية الحوار السقراطي، وفنية التعريض ومنع الاستجابة، وفنية الاسترخاء، وأسلوب الواجبات المنزلية. أشارت هذه الدراسات في مجملها إلى أهمية وفاعلية استخدام العلاج النفسى والسلوكي في تخفيف أعراض العصاب القهري لدى الطلبة.

مشكلة الدراسة وأسئلتها

يعد اضطراب الوسواس القهري من أكثر الاضطرابات النفسية جذباً لاهتمام الباحثين في مجالات العلاج النفسي وعلم النفس والارشاد النفسى والتربوي، وهذا الاضطراب يوضع في المرتبة الرابعة من حيث الانتشار بعد اضطراب المخاوف والاكنتاب والاضطرابات المتعلقة بالمخدرات، وتشير أيضاً أغلب الدراسات إلى وجود تشابه كبير في الأعراض الخاصة باضطراب الوسواس القهري في مختلف الثقافات، مما يدل على أن الوسواس القهري والأفعال القهرية لا يتسم بها شعب دون آخر أو أنها تحدث في فترة زمنية محددة دون أخرى، فالملامح الأساسية والجوهرية لهذا الاضطراب تكاد تكون واحدة في مختلف الثقافات. إن الوسواس القهري يُعد أحد أنواع اضطرابات القلق في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (APA, DSM IV, 2000)، وقد تعددت نتائج الدراسات والبحوث التي تناولت معدل انتشار اضطراب الوسواس القهري إذ قدرت نسبة الانتشار للوسواس القهري (5%) بين عامة الناس، ولكن يعتقد أنه أكثر شيوعاً من هذه النسبة، وأن طبيعة التكتم لدى هؤلاء المرضى هو سبب انخفاض نسبة الانتشار، ويمثل هذا الاضطراب ما نسبته (1%) من المرضى في العيادات النفسية (Anthony; Edwards & Bargeman, 2016). يرجع نقص معدل الانتشار أيضاً إلى خوفهم من الإقلاع عن القيام ببعض الطقوس التي من شأنها أن تخفف من حدة الكدر أو التوتر اللذين يعانون منهما نتيجة لأفكارهم الوسواسية، أو الطقوس التي تمنع حدوث كارثة أو كرب معين يتوقعون حدوثه إن لم يقوموا بها، ولهذا يفضلون الابتعاد عن العيادات النفسية والبقاء على ما هم عليه (Tolin et al, 2012). الآن أصبح اضطراب الوسواس القهري أكثر انتشاراً مما كان

يقدر عليه سابقاً، ومن الممكن أن يكون مرضاً مضمناً لكل من الأطفال والبالغين، ويقدر أن واحداً من كل (1\200) طفل، وواحداً من كل (1\100) راشداً يظهر عليهم أعراض للوسواس القهري (Bram & Theostur, 2004). ويضيف كابلن وسادوق (Kaplan & Sadock, 2014) أن معدل الانتشار بين المراهقين (75.3%)، وأن الذكور أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب من الإناث، وأن حوالي ثلثي مرضي الوسواس القهري بدأت أعراضهم قبل سن (25) عاماً، وأقل من (15%) منهم لا تبدأ أعراضهم بعد (35) عاماً. إن مرض الوسواس القهري يلعب دوراً مهماً في السيطرة على التفكير، وبالتالي التأثير على الحياة اليومية للمصابين به، وذلك يشكل عائقاً بينهم وبين حياتهم ككل؛ حيث تجد الشخصية التي تعاني من الوسواس القهري صعوبة كبيرة في التأقلم مع المجتمع والتوافق مع البيئة الاجتماعية المحيطة، وتتصف أيضاً بشخصياتهم بعدم تقديم استجابات مناسبة لما يدور حولهم في حياتهم (Calley, 2016). وبناءً عليه، فقد جالت في ذهن الباحث (ليست وسواس قهري) فكرة الدراسة الحالية، والتي يمكن بلورة مشكلتها بالإجابة على السؤال الرئيسي الآتي: ما فعالية برنامج ارشادي انتقائي تكاملي في خفض مستوى الوسواس القهري لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة في محافظة طولكرم؟

وينبثق عن السؤال الرئيس السابق الأسئلة الفرعية الآتية:

1. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من طلبة جامعة القدس المفتوحة على مقياس الوسواس القهري يُعزى لتطبيق البرنامج الإرشادي الانتقائي التكاملي؟
2. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج ارشادي انتقائي تكاملي انفعالي وذلك لصالح القياس البعدي؟
3. هل يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي (بعد شهرين) لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس القهري؟

أهمية الدراسة

تنبثق أهمية الدراسة من الناحيتين النظرية والتطبيقية على النحو الآتي: فمن الناحية النظرية؛ تنبع أهمية الدراسة من أهمية الموضوع الذي تناولته وهو اضطراب واسع الانتشار وهو الوسواس القهري، وتبدو أهمية الدراسة كذلك في أنها تسهم في التعامل مع مشكلة حيوية وواقعية لدى شريحة مهمة من شرائح المجتمع وهي طلبة الجامعة؛ حيث أن هناك أهمية للعامل النفسي لديهم، خاصة لما له من تأثير على شخصياتهم وتحصيلهم العلمي. إضافة لذلك فإن الدراسة تقدم إطاراً نظرياً للمهتمين والباحثين والطلبة بالمراحل المختلفة في مجال الوسواس القهري. هذا على المستوى النظري، أما على المستوى التطبيقي فتبرز أهمية الدراسة من نتائجها المتوقعة التي يمكن أن تؤخذ بعين الاعتبار من قبل أقسام الإرشاد التربوي والنفسي في الجامعة، كما تساهم هذه الدراسة في إتمام الدراسات السابقة حول الوسواس القهري. وتفتح آفاقاً بحثية حوله. كذلك تبرز أهميتها من تصميم برنامج قائم على العلاج النفسي الانتقائي التكاملي لعلاج تلك المشكلة، وإمكانية الاستفادة من هذا البرنامج في تطبيقه على نطاق واسع في الدراسات المحلية والعربية. بالإضافة إلى أن هذه الدراسة تمثل محاولة للتحقق الإجمالي من مدى فاعلية برنامج قائم على العلاج النفسي الانتقائي التكاملي في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة الجامعة، مساهمة في الأخذ بأيديهم لاكتساب بعض مهارات التوافق النفسي والاجتماعي الذي يعتبر مظهراً أساسياً من مظاهر الصحة النفسية لهؤلاء الطلبة.

أهداف الدراسة

الهدف الأساسي للدراسة الحالية هو أنها استكشاف مدى فاعلية برنامج العلاج الانتقائي تكاملي في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة القدس المفتوحة.

فروض الدراسة

لتحقيق هدف الدرسي الأساسي السابق تم فحص الفرضيتين الآتيتين:

1. يوجد فرق دال إحصائياً ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الوسواس القهري في القياسين القبلي والبعدي يُعزى إلى تطبيق البرنامج الارشاد الانتقائي التكاملي، وذلك لصالح المجموعة التجريبية.
2. يوجد فرق دال إحصائياً ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية من طلبة جامعة القدس المفتوحة على مقياس الوسواس القهري تُعزى إلى تطبيق البرنامج ارشادي انتقائي تكاملي وذلك لصالح القياس البعدي.
3. لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتبقي (بعد شهرين) لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس القهري؟

مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية

تمحورت الدراسة الحالية حول المفاهيم والمصطلحات الآتية:

- الوسواس القهري (Obsessive-Compulsive): تعرف الوسواس القهري على أنها صور وأفكار متعاقبة وملحة واندفاعات تغزو الأنا بطريقة قهريّة، أما الأفعال القهريّة فهي سلوكيات هادفة ومتكررة تؤدي طبقاً لقواعد رئيسية أو أشكال نمطية يشعر الفرد أنه مجبر عليها (سعفان، 2003). وقد عرف مونسون (Monson, 2016) الوسواس القهري على أنه اضطراب فيه يتكرر الفعل أو تتكرر الفكرة، بالرغم من أن المريض يعرف جيداً أنها فكرة غير معقولة وغير مقبولة ويحاول مقاومتها، ولكن هذه المقاومة تسبب له قلقاً شديداً ثم سرعان ما تفشل ويضطر المريض إلى تكرار الفعل أو التفكير في الفكرة نفسها، والتي تكون

شديدة الإزعاج للمريض وتؤدي إلى تدهور حياته العملية والاجتماعية. أما الدفعات القهرية فيعرفها على أنها أعمال متكررة غير هادفة وعن قصد وتتم كاستجابة لأفكار وسواسيه بشكل متكرر، مع أن المريض يعي ذلك نظراً للضغوط والتوتر الشديد الذي يشعر به فيضطر لعمله وهو لا يحصل على لذة مقابل هذا الشعور ولكن يعتريه إحساس بالراحة يقلل من توتره. وتبنى الدراسة الحالية تعريف الوسواس القهري بأنها نوع من الاضطرابات النفسية المرتبطة بالقلق، تتميز بأفكار ومخاوف غير منطقية تؤدي إلى تكرار بعض التصرفات إجبارياً بشكل شعوري أو غير شعوري، مما يعوق الحياة اليومية. ويعرف الوسواس القهري في هذه الدراسة إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس المعد لهذا الغرض.

- البرنامج الارشادي (Counseling Program): هو عملية مخططة ومنظمة في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الارشادية بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، فردياً، أو جمعياً للأفراد المستهدفين بعملية الارشاد بهدف مساعدتهم على النمو السليم (زهران، 2003).
- البرنامج الارشادي الانتقائي التكاملي (Integrated Selective Counseling Program): البرنامج التدريبي الذي تتبناه الدراسة الحالية هو برنامج قائم على استراتيجيات الارشاد الانتقائي التكاملي، وهو عبارة عن مجموعة من الإجراءات التي بنيت في ضوء أسس العملية الإرشادية التربوية والنفسية وفق نظرية "ثورن" (Anthony & Krirsonis, 2017)، وذلك من أجل خفض مستوى الوسواس القهري لدى أفراد العينة. ويعرف البرنامج الإرشادي إجرائياً بمجموعة الأساليب والإجراءات الإرشادية القائمة على أساس استخدام فنيات الارشاد الانتقائي بهدف خفض مستوى الوسواس القهري لدى الطلبة الخاضعين للبرنامج.
- الطالب الجامعي: هو الطالب الملتحق للدراسة في جامعة القدس المفتوحة في فرع طولكرم وذلك في الفصل الدراسي الأول للعام الدراسي (2020\2019) وهو الفصل الذي تم خلاله تطبيق الدراسة.

حدود الدراسة

تعمم نتائج الدراسة الحالية في نطاق الحدود الآتية:

- الحد المكاني: تم إجراء هذه الدراسة في جامعة القدس المفتوحة فرع طولكرم.
- الحد الزمني: أجريت الدراسة في الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي (2019 – 2020).
- الحد البشري: تمثلت عينة الدراسة في طلبة جامعة القدس المفتوحة فرع طولكرم.
- الحد المفهومي: تتمحور الدراسة حول مفهومين أساسيين هما: فعالية برنامج ارشادي انتقائي تكاملي، ومستوى الوسواس القهري لدى طلبة الجامعة، مقاساً بالأداة المعدة لهذا الغرض وفي مدى بخصائصها السيكومترية (الصدق والثبات) التي أمكن للباحث التحقق منها.

إجراءات الدراسة

أولاً: منهج الدراسة وتصميمها: تم الاستعانة بالمنهج التجريبي طبقاً لطبيعة الدراسة وما يشمله من تطبيق البرنامج المعد لهذه الدراسة، فالباحث في هذا المنهج لا يتعامل مع الواقع كما هو بل يتدخل فيه ويعدله ليتمكن من معرفة النتائج، وبذلك فإن المنهج التجريبي يستخدم التجربة من أجل إثبات الفروض عن طريق التجريب باستخدام سلسلة من الإجراءات اللازمة لضبط مدى تأثير المتغيرات المستقلة في المتغير التابع، وفي الدراسة الحالية تم تطبيق برنامج تدريبي ارشادي انتقائي تكاملي على أفراد المجموعة التجريبية ومن ثم القيام بالقياس القبلي والبعدي لمعرفة مدى تأثيره في خفض الوسواس القهري. ولتحقيق غرض الدراسة اعتمد المنهج التجريبي بشكله شبه التجريبي (Quasi-Experimental Designs)، باستخدام التصميم المجموعات التجريبية والضابطة غير المتكافئة (The Nonequivalent Control Group)، ويمكن تمثيله رمزياً كآلاتي (بركات، 2019):

G1	O	X	O
G2	O	-	O

حيث: G = المجموعة تجريبية أو ضابطة

O = الاختبار القبلي أو البعدي

X = المعالجة أو البرنامج

وبذلك، فقد استخدم الباحث هذا التصميم في دارسته ضمن الإجراءات الآتية:

1. المقارنة بين المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج والمجموعة الضابطة التي لم تخضع لهذا البرنامج وذلك في القياس البعدي بعد أن تم التأكد من التجانس بين المجموعتين قبلياً، أي قبل إدخال المتغير المستقل وهو البرنامج القائم على أساس الارشاد الانتقائي التكاملي لمعرفة تأثيره في المتغير التابع وهو الوسواس القهرية.
2. القياس القبلي والبعدي والتتبعي على نفس مجموعة الدارسة المتمثلة في المقارنة بين المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وذات المجموعة بعد تطبيق البرنامج.
3. القياس القبلي والبعدي على المجموعة الضابطة ولكن دون تطبيق البرنامج التدريبي عليه بهدف المقارنة النتائج مع المجموعة التجريبية فقط لفحص فعالية البرنامج.
4. بذلك يمكن توصيف شكل التصميم شبه التجريبي للدراسة الحالية كما هو في الجدول (1) الآتي:

جدول(1): تصميم الدراسة

المعالجة المجموعة	القياس القبلي	البرنامج	القياس البعدي	القياس التتبعي
التجريبية	√	√	√	√
الضابطة	√	-	√	-

ثانياً: مجتمع الدراسة: تكون مجتمع الدراسة الأصلي من طلبة جامعة القدس المفتوحة بفرعها في طولكرم والبالغ عددهم (2992) طالباً وطالبة، والملتحقين في الفصل الدراسي الأول للعام الدراسي (2019\2020).

ثالثاً: عينة الدراسة: استخدم ثلاثة أنواع من العينات لغرض الدراسة الحالية هي:

1. العينة الاستطلاعية (Exploratory Sample): تكونت من (50) طالباً وطالبة لم تدخل ضمن العينة الفعلية ولكن تحرى الباحث أن يكون لها نفس الخصائص الديمغرافية، وذلك من أجل التحقق من الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) لأدوات الدراسة.
2. العينة الميدانية (Field Sample): تكونت من (150) طالباً وطالبة، وهم يمثلون ما نسبته (5%) من مجتمع الدراسة الأصلي المتمثل في طلبة جامعة القدس المفتوحة – فرع طولكرم- والملتحقين للدراسة في الفصل الأول من العام الدراسي (2019\2020)، تم اختيار أفراد هذه العينة بطريقة طوعية (Voluntary Sample)، وذلك لصعوبة الحصول على عينة عشوائية بشكل دقيق ومحدد، طبق عليهم مقياس الوسواس القهري بعد التحقق من خصائصه السيكومترية باستخدام العينة الاستطلاعية السابقة من أجل تحديد العينة التجريبية الفعلية ممن حصلوا على أعلى الدرجات على هذا المقياس.

3. العينة الفعلية (Experimental Sample): تكونت من (40) طالباً وطالبة نصفهم من الذكور والنصف الآخر من الإناث، وذلك ما نسبته (27%) من العينة الميدانية، وهي النسبة الأفضل اختيارها كمجموعة متطرفة كما تؤكد الدراسات الإحصائية (Rest, 1986). وهم ممن حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس الوسواس القهري، وأظهروا رغبة في المشاركة بالدراسة التجريبية، وقد تم توزيعهم بالتساوي بين المجموعتين التجريبية والضابطة، بالتوزيع العشوائي بالمزاوجة وفق درجاتهم على المقياس الوسواس القهري ووفق متغير الجنس والعمر والمستوى الدراسي.

رابعاً: أدوات الدراسة: استخدمت في هذه الدراسة أداتان هما:

أولاً: مقياس الوسواس القهري (Obsessive Compulsive Scale): بعد اطلاع الباحث على الدراسات السابقة والأدب التربوي قام الباحث ببناء مقياس الوسواس القهري وتكون المقياس في صورته الأولية من (32) فقرة تقيس بمجملها المكونات الأساسية للوسواس القهري. وقد مرت عملية بناء المقياس بالخطوات الإجرائية الآتية:

1. تحديد الهدف الأساسي للمقياس وهو التعرف إلى مستوى الوسواس القهري لدى طلبة الجامعة.

2. الاطلاع على الأدب النظري وتفحص الأطر النظرية ذات الصلة بمفهوم الوسواس القهري، ومراجعة الدراسات السابقة والمقياس المستخدمة فيها (الوحيشي، 2019؛ البلوي، 2018؛ عطار، 2017؛ السقا، 2014؛ الريماوي والريماوي، 2014؛ Salkovskis, 2014؛ Turner & Biedel, 2014؛ فضة والفقي وأحمد، 2010؛ أبو شعبان، 2010؛ Yoldascan et al, 2009؛ فرج وAbramoitz et al, 2009؛ أبو هندي ومؤمن، 2006؛ سعفان، 2003؛ والبشر، 2002؛ الإيراني، 2001؛ Goodman et al, 1989) وعدد من المقاييس ذات العلاقة بموضوع الدراسة كمقياس ييل بروان الوسواس

القهرية (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) (YBOCS)، وقائمة مودزلي للعصاب القهري (MOCI) (Obsessional Compulsive Inventory) ومقياس العربي للوسواس القهري من إعداد عبد الخالق مودسلي (Moudsley)، ومقياس العربي للوسواس القهري من إعداد عبد الخالق ورضوان (2002): إذ وجد أن جميع المقاييس المستخدمة بهذه الدراسات تستخدم أسلوب التقدير الذاتي وهذا ما تم نهجه في اعداد المقياس لغرض الدراسة الحالية.

3. تحديد المؤشرات الرئيسة على مفهوم الوسواس القهري التي تمثل مكوناته الأساسية وهي: الغسل والتنظيف، والتكرار، ترتيب الأشياء، والفحص، والتخزين، وطقوس التفكير والأفعال، والاندفاعات، والتخيلات، والعد، وترديد بعض الكلمات أو العبارات لفترة من الزمن، ونتاج الشعور.

4. عرض المقياس على لجنة من المحكمين المتخصصين في مجالات نفسية وتربوية مختلفة بلغ عددهم (9) محكمين؛ للحكم على دقة الصياغة، ومدى وضوح فقرات المقياس، ومدى ملاءمتها للبيئة الفلسطينية بشكل عام، للتأكد من قابلية المقياس للتطبيق.

5. تطبيق المقياس على عينة استطلاعية من طلبة الجامعة من تخصصات مختلفة، وعددها (50) طالباً وطالبة، للتأكد من سلامة الفقرات ووضوحها وتحديد الزمن اللازم للتطبيق، واستخراج معاملات الصدق والثبات كالاتي:
أ. الصدق: تم التحقق من صدق المقياس بطريقتين هما:

1. طريقة صدق المحكمين (Trusties Validity): تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين المتخصصين في مجالات نفسية وتربوية مختلفة بلغ عددهم (9) محكمين، بهدف التحقق من مناسبة المقياس لما أعد من أجله، وسلامة صياغة الفقرات، وفي ضوء ملاحظات المحكمين تم إجراء التعديلات المناسبة، سواء بالحذف أو إضافة بعد الكلمات أو العبارات، حيث تم حذف فقرتين بسبب تكرار موضوعهما كما أشار

أغلب هؤلاء المحكمون، وبذلك أصبح المقياس بصورته المبدئية يشتمل على (30) فقرة.

2. طريقة صدق البناء (Construct Validity): تم حساب معاملات الارتباط باستخدام معادلة بيرسون (Persons Correlation Coefficient) بين درجات أفراد العينة الاستطلاعية للدراسة وحجمها (50) طالباً وطالبة لم يدخلوا في عينة الدراسة الفعلية على فقرات المقياس والمتوسط الكلي له، فكانت نتيجة ذلك كما هو مبين في الجدول (2) الآتي:

جدول (2): قيم معاملات ارتباط بيرسون بين الفقرات والمتوسط الكلي لمقياس الوسواس القهري

معام ال الارتب اط	معام ال الارتب اط	معام ال الارتب اط	معام ال الارتب اط	معام ال الارتب اط	معام ال الارتب اط	معام ال الارتب اط	معام ال الارتب اط	معام ال الارتب اط	معام ال الارتب اط	معام ال الارتب اط	
.84*	.31*	.81*	.64*	.55*	.45*	26	21	16	11	6	1
.67*	.62*	.64*	.21*	.68*	.56*	27	22	17	12	7	2
.68*	.18*	.38*	.58*	.30*	.45*	28	23	18	13	8	3
.17*	.67*	.58*	.58*	.79*	.69*	29	24	19	14	9	4
.45*	.32*	.18*	.45*	.52*	.29*	30	25	20	15	10	5

• دال عند مستوى الدلالة ($0.05 \leq \alpha$) ** دال عند مستوى الدلالة ($0.01 \leq \alpha$) ***
غير دال

تظهر معطيات الجدول (3) السابق، أن معاملات الارتباط بين فقرات المقياس وبين المتوسط الكلي للمقياس قد تراوحت ما بين (0.84 - 0.17)، وقد حدد جارسيا (Garcia, 2012) أن قيمة معامل الارتباط التي تقل عن (0.30) تعتبر ضعيفة، والتي تقع ما بين (0.30 - 0.70) تعتبر متوسطة، والقيمة التي تزيد عن (0.70) تعتبر قوية، وبناءً عليه فقد كانت جميع هذه المعاملات دالة إحصائياً ومقبولة باستثناء أربع فقرات هي (12، 20، 23، 29) تم حذفها من المقياس في صورته النهائية، أما باقي قيم معاملات الارتباط للفقرات الأخرى فكانت دالة إحصائياً ($0.05 \leq \alpha$) أو ($0.01 \leq \alpha$)؛ وبذلك أصبح المقياس يشتمل بصورته النهائية على (26) فقرة.

ب. ثبات المقياس: تم التحقق من ثبات المقياس باعتماد طريقتين هما:

1. طريقة التجزئة النصفية (Split- Half Reliability): وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة الاستطلاعية على الفقرات الفردية والفقرات الزوجية، فبلغت قيمة معامل الثبات بهذه الطريقة (0.83)، وبعد تعديله باستخدام معادلة سبيرمان - بروان (Spearman Brawn Coefficient) بلغ معامل الثبات (0.91).
2. طريقة الاتساق الداخلي (Internal Consistency): باستخدام معادل كرونباخ ألفا (Cronbach- Alpha) بين كل فقرة من الفقرات والمتوسط الكلي على المقياس، وذلك بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية السابقة والمكونة من (50) طالباً وطالبة، فتراوحت قيم معاملات الثبات وفق هذه الطريقة لفقرات المقياس ما بين (0.61 - 0.94)، وهي قيم أعلى من الحد الأدنى المقبول للثبات وهو (0.60) كما حدده كامبل وستانلي (Campell & Stanley, 1993)، وهذا مؤشر على أن المقياس يتمتع بمستوى معقول من الثبات، ويمكن الاعتماد عليه في التطبيق

النهائي. وبذلك أصبح المقياس بصورته النهائية يشتمل على (26) فقرة،
يجيب عليها المفحوص وفق مقياس ليكرت (Likert) الخماسي (دائماً)
غالباً\ أحياناً\ نادراً\ أبداً)، إذ تتراوح الدرجة على فقرات المقياس ما بين
(5-1)، بحيث تشير الدرجة المرتفعة عليه إلى ارتفاع مستوى الوسواس
القهري، بينما تشير الدرجة المنخفضة عليه إلى انخفاض مستوى
الوسواس القهري لدى طلبة الجامعة، ولتفسير استجابات المفحوصين
على هذا المقياس اعتمد المعيار الوسطي الآتي:

مستوى وسواس قهري	- (2.33) فأقل
	منخفض
مستوى وسواس قهري	- (2.34 – 3.66)
	متوسط
مستوى وسواس قهري	- أكثر من (3.66)

مرتفع

ثانياً: البرنامج ارشادي انتقائي تكاملي (Integrated Selective Counseling
Program):

يعتمد هذا البرنامج على الأسلوب الإرشادي الانتقائي التكاملي الذي طوره
فريدريك ثورن في عام (1973)، وهو نظام ارشادي وعلاجي يقوم على تحديد المبادئ
والاستراتيجيات الأساسية الفعالة في البرامج الإرشادية والعلاجات النفسية الأخرى وتلاؤم
حاجة المسترشد، والتي ثبت فعاليتها في علاج المشكلات والاضطرابات النفسية، وهو على
اتصال نظري مع أنواع الارشاد الأخرى كالإرشاد السلوكي، والوجودي، والإنساني،
والتحليلي، والمعرفي، والديني (Capuzzi, 2000). والذي يتضمن التعامل مع الشخص
طالب الخدمة الإرشادية ككل: الروح، والانفعال، والعقل، والجسد، ويؤكد هذا النوع من
الارشاد على الوصول إلى أعلى مستويات تحقيق الذات، كما يقوم هذا العلاج على انتقاء
الفتيات الإرشادية والعلاجية والعوامل المشتركة بين النظريات المختلفة للوصول إلى شكل

منسجم ومتناسق يسعى لزيادة استبصار المسترشد بحيله الدفاعية (التحليل النفسي)، وأن يدرك كل ما حوله ويعيش الحاضر من حوله في اللحظة التي يتم فيها الإرشاد والعلاج (الجشطالتي)، ويدعم كل سلوك إيجابي يقوم به المسترشد (السلوكية). ويعدل أنماط التفكير السلبي (المعرفي)، وينمي المهارات الاجتماعية وتحسين التفاعل بين شخصي ويركز على الجانب الأسمى (العلاج الأسمى)، ويرعى وجود فردانية الفرد وحتمية الاختيار (الوجودية) (Leiman, & Stiles, 2002). ومن الفنيات التي يستخدمها البرنامج التدريبي على المهارات الاجتماعية، والاحتفاظ باليوميات، والتخيل الموجه، ولعب الدور. كما تكمن استراتيجيات هذا المدخل الإرشادي في: استراتيجيات العلاقة، واستراتيجيات المقابلة، واستراتيجيات القياس، واستراتيجيات توليد الأفكار، واستراتيجيات إدارة السلوك، واستراتيجيات التقييم والانتقاء (Monson, 2016). وبعد عرض النماذج الإرشادية الأكثر انتشاراً واهتماماً لدى الباحثين والمرشدين في علاج الاضطرابات السلوكية والنفسية، وخلص الباحث إلى أن التدخل الإرشادي لا بد وأن يكون تدخلاً متكاملًا يعتمد على العوامل الشخصية والاجتماعية والنفسية من خلال الدمج بين الأساليب المعرفية والسلوكية والتحليلية والعقلانية، باعتبار أن تطور الصمود النفسي وتنميته يجمع ما بين عوامل البينشخصية (Interpersonal) وعوامل سلوكية وعوامل اجتماعية وفق التفسيرات النظرية للاضطرابات النفسية.

الفنيات الإرشادية وفق البرنامج الانتقائي التكاملي:

لكل اتجاه نظري نفسي أو نموذج ارشادي العديد من الأساليب والفنيات والاستراتيجيات الإرشادية، ولأن الباحث قد تبني تدخل ارشادي نفسي يعتمد على تكامل الشخصية ومتطلبات المشكلة التي يسعى لمعالجتها، قام بتبني بعض الفنيات الإرشادية لتكون أساساً في اختيار ما يناسب أهداف البرنامج الإرشادي محل الدراسة وهي (سفيان، 2018؛ الزهراني، 2017؛ Anthony & Kritsonis, 2017؛ شندي، 2015؛ عبد الستار، 2011؛ لازورس، 2002؛ Leiman & Stiles, 2002؛ Capuzzi, 2000):

1. فنية المحاضرة والمناقشة الجماعية والحوار: من الفنيات الإرشادية المهمة في كل النظريات النفسية وتأخذ طابع التفاعل اللفظي المنظم في موقف إرشادي وتعليمي تعاوني مشترك، يتيح لأعضاء المجموعة الإرشادية فرصة للتعبير عن ذواتهم ومشاعرهم وأفكارهم ومشكلاتهم، حيث تعتمد هذه الفنية على إلقاء قائد المجموعة لمحاضرة محددة المحتوى واضحة الهدف سهلة العبارة مقيدة الزمن متسلسلة العرض، ويتبادل فيها أعضاء المجموعة الإرشادية الأدوار ويتداولون الآراء والمناقشات، ويكتسبون فيها مزيداً من المعارف والأفكار بهدف تغيير الاتجاهات وتعديل الأفكار والمشاعر والسلوك نحو الذات ونحو الآخرين ونحو المجتمع، من خلال تضمينها للمشكلات المشتركة لأعضاء المجموعة التي يتم طرحها في شكل نشاط جماعي بأسلوب يستثير الأعضاء للمشاركة والتفاعل الإيجابي وتبادل الأدوار.

2. فنية التفرغ الانفعالي التدريجي: يعتبر من الفنيات التي تنتهي للاتجاه التحليلي وتكتسب أهمية خاصة في نظرية فرويد التحليلية النفسية. والتنفيس الانفعالي هو تطهير داخلي للتراكبات والصراعات المكبوتة ولذلك يطلق عليه "التفرغ الانفعالي" أو "التطهير الانفعالي"، حيث يذهب كاشدان (Cashdan) إلى اعتبار التطهير الانفعالي بمثابة المحاولة الأولى المنظمة لعلاج الأعراض عن طريق الوسائل النفسية، كما يعتبر الباحث التداعي الحر وسيلة لإخراج خبرات متراكمة مكبوتة تهدد تماسك الشخصية وفعاليتها، ويمكن التعرف من خلالها على الدلالات النفسية للمخرجات اللفظية وغير اللفظية، والتي تشكل أهمية إرشادية لتحقيق الأهداف، في التخفيف النفسي من التوتر والتأزم، من أجل عدم تفاقم مشاعر الحزن والخوف والقلق من خلال تفرغ الشحنات السلبية واحلال الشحنات الإيجابية مكانها.

3. فنية التحصين التدريجي ضد الضغوط: تعتبر من الفنيات الإرشادية التي تعود للاتجاه المعرفي وتحديداً لنظرية العلاج السلوكي المعرفي التي وضع أسسها

"ميكينبوم" (Meichenbaum)، حيث أن هذا الأسلوب يقوم على أساس أن الضغط يحدث عندما يدرك الفرد وجود تفاوت بين الأشياء المطلوبة وموارده الشخصية، ويركز على تزويد الفرد بأكبر قدر من المعلومات والوسائل التي يستطيع بها مواجهة الموقف الضاغط. أن هذه الطريقة تشبه عملية التحصين البيولوجي ضد الأمراض العامة، وتبني على أساس مقاومة الضغوط عن طريق برنامج يعلم المسترشد كيف يتعامل مع مواقف متدرجة بالانضغاط، وأسلوب التدريب ذو طبيعة متعددة لما يحتاجه من مرونة في مواجهة المواقف المتنوعة للضغوط، ووجود الفروق الفردية والحضارية. وتتفق رؤية "ميكينبوم" مع ما أشار إليه "إليس" (Ellis) و"بيك" (Beck) من أن المشكلات محصلة لإدراكات مشوهة وتفكير غير منطقي، وأن ما يفكر به الفرد وما يحدث به نفسه وما يتبناه من اتجاهات وما يمتلكه من إرادة وقيم تحدد نوعية سلوكه في إشارة واضحة إلى الارتباط والتأثير بين الجانب العقلي المعرفي والجانب الانفعالي والاجتماعي والسلوك الخارجي للفرد. ويرى الباحث أن هذه الفنية تتفق مع كل الفنيات الإرشادية التي تنتهي للاتجاه السلوكي المعرفي والتي تحاول مساعدة المسترشد في تحسين طريقة التفكير والإدراك الواعي للذات والآخرين والعالم الخارجي.

4. فنية تحمل المسؤولية: تعتبر من الفنيات الإرشادية التي تنتهي للإرشاد الجشطالتي حيث يؤكد "فريدريك بيرلز" (Perls) على أن تكوين المسؤولية لدى المسترشد من أهم الأساليب الإرشادية التي يقوم عليها الإرشاد الجشطالتي، وهو بذلك يتفق مع الاتجاه الإنساني الذي يتزعمه "روجرز" (Rogers) إرشادياً، ومع النظرية الواقعية "لجلاس" (Glasser)، وكذلك في العلاج المتمركز حول المسترشد لروجرز، من حيث التركيز على أهمية شعور المسترشد بالمسؤولية وتحملها. وتعتمد هذه الفنية الإرشادية على مساعدة المسترشد للوصول إلى مستوى عال من الوعي والقوة الذاتية التي تمكنه من الانتباه المقصود الناقد لأفكاره ومشاعره وسلوكه وتؤهله لتحمل مسؤولية ذلك بأعلى درجة ممكنة.

5. فنية التقويم الذاتي للسلوك: من الأساليب الفنية التي تنتهي للنظرية الواقعية لجلاسر وتتلخص في مساعدة عضو المجموعة الإرشادية ودعوته الواعية والمنظمة لإجراء تقويم لسلوكه الشخصي والحكم عليه وتبرز أهمية هذه الاستراتيجية الواقعية لكونها تمثل نقطة انطلاق المسترشد الفعلية نحو تغيير أنماط سلوكه التي يقرر هو بنفسه أنها غير مناسبة. ويرى الباحث أن هذه الفنية تعتمد على تعليم المسترشدين أسس تقييم السلوك للوصول إلى النقد المحايد، ليتمكن بذلك من النظر لسلوكياته ما اذا كانت مثلاً يحتذى بها في التعاملات المستقبلية، أم هي هروب من المسؤولية من نتائج السلوكيات المقصودة أو العفوية

6. فنية التخطيط للسلوك المسئول: من الأساليب الفنية التي تنتهي للنظرية الواقعية ويعتبر جلاسر التخطيط للسلوك المسئول من أهم الاستراتيجيات الفنية والقواعد التي يقوم عليها الإرشاد الواقعي، ويأتي هذا الأسلوب مكملاً لأسلوب الحكم الذاتي على السلوك. ويركز على أن المسترشد هو من يقرر أن سلوكه سيء وأنه يرغب في أن يكون سلوكه أكثر مسئولية، ويعمل المعالج أو المرشد على أن يساعده في وضع خطة واقعية لتغيير سلوكياته إلى سلوكيات أكثر مسئولية، ويجب أن يتأكد المرشد أن هذه الخطة لا تفوق إمكانات وقدرات المسترشد بحيث يؤدي إلى فشله. ويرى الباحث أن المضمون التطبيقي لهذه الفنية يعتمد على مشاركة المسترشد في وضع خطة واقعية، تهدف إلى تعديل وتنمية سلوكه واكسابه خبرات إيجابية تنمي الثقة بنفسه.

7. فنية التخيل العاطفي العقلاني: تعود هذه الفنية للعلاج الانفعالي العقلاني وتعتبر عملية عقلية تساعد المسترشد على تأسيس أنماط من المشاعر من خلال مساعدته على تخيل التفكير المنطقي والسلوك والمشاعر ثم محاولة تطبيق ذلك واقعياً، وأنه كلما مارس الإنسان التخيل العاطفي العقلاني عدة مرات في الأسبوع سوف يصل إلى حالة من التوافق النفسي والاجتماعي تجعله يتجاوز الأحداث

والمواقف غير المريحة التي يمكن أن تواجهه. ويخلص الباحث بأنه يمكن تنفيذ هذه الفنية من خلال الطلب من المسترشدين تخيل الموقف الذي يبعث على الخوف والتوتر وذلك خلافاً لتقليل الحساسية التدريجي، وربط الاستجابة الناتجة عنه الأفكار التي تنتج استجابات انفعالية سلبية وحثهم على استبدالها بأفكار إيجابية.

8. فنية التطابق بين القناع والسمة: إن تطابق القناع مع السمة تدفع الفرد للتعامل مع نفسه ومع الآخرين كما هو وليس كما يتوقع الآخرون منه، حيث يشمل ذلك على تحويل السمة إلى أسلوب حياة يسير عليها الفرد مما يشعره ذلك بالكفاءة والأهمية والثقة، فعندما يستثمر الفرد طاقه هائلة من الوقت والاهتمام بغير قصد بقناع شخصي، فإن ذلك القناع يصبح أساس السمة الشخصية. ومع ذلك إذا رفض الفرد هذا القناع بسبب تناقص المكافآت الخارجية أو الداخلية، فإن ذلك يسبب له رفض الواقع والذات.

9. فنية تنطيق المشاعر: وهي من الأساليب اللفظية والتي من شأنها أن تعلم المريض أن يزيد من حريته الانفعالية وقدرته على تأكيد الذات، ومن أهم الأساليب فعالية في هذا الصدد تعويد المريض وتشجيعه على التعبير المتعمد عن انفعالاته بطريقة تلقائية، والتي تعنى التعبير المتعمد والتلقائي عن الانفعالات بكلمات صريحة ومنطوقة أي تحويل المشاعر والانفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة وبالطبع يجب أن يكون ذلك في حالات الانفعالات المختلفة سواء كانت تتعلق بإبداء الحب أو الرغبة أو التوقع أو الأسف، بعبارة أخرى فإن الحديث عن المشاعر بصوت عالٍ يشمل كل التنوعات الانفعالية المختلفة، والقاعدة الذهبية في ذلك هي الصدق والأمانة مع الشكل الانفعالي السائد والشعور المسيطر على الشخص.

10. فنية إظهار المشاعر وإزالة القناع الظاهر: إن هذه الفنية على تأكيد الذات والحرية الانفعالية، والتي تهدف إلى أن تكون الاستجابات البدنية ملائمة للحالة

الانفعالية للفرد، والمتمثلة في التعبيرات الوجهية وأساليب الحركة والكلام والمشي، حيث تؤكد هذه الفنية على التنبه إلى عدد من الاستجابات مثل: نبرة الصوت، ونظرة العيون، وتشكيل الجسم وحركاته، وتعبيرات الوجه. ويلخص الباحث أهمية هذه الفنية في أنها تعتمد على اختصار المشاعر الداخلية مع إزال الفناع الظاهري وجعلهما متطابقين.

11. فنية إيقاف التفكير القهري: من خلال تدريب المسترشدين على إتقان كيفية وقف تدفق وتزايد الأفكار الخاطئة ذات التأثير المتزايد، والتي تستدعي فكرة أخرى من نفس النمط إذا ما استمرت، والتي قد تؤدي إلى ضعف الاستجابة لهذه الأفكار بشكل مؤثر نتيجة لأن ظهور تلك الأفكار قد تكون أسرع من قدرته على إظهار استجابات تجاهها، والتي يتم إيقافها بواسطة منبه مفاجئ سواءً أكان هذا المنبه حقيقي أو خيالي، ثم بعد ذلك يتحول إلى أفكار أخرى قبل أن يعود هذا التيار من الأفكار مرة أخرى عبر الحث المتكرر.

12. فنية الواجبات المنزلية: تعد الواجبات المنزلية من الفنيات الإرشادية المهمة المستخدمة في معظم النظريات النفسية، وإذا كانت الواجبات والوظائف الإرشادية المنزلية قد حظيت باهتمام كبير في نظريات الاتجاه السلوكي والمعرفي وفي الإرشاد الجشطالتي والإرشاد المتمركز حول الذات؛ إلا أنها لا تقل أهمية في باقي النظريات، وينظر إلى الواجبات المنزلية باعتبارها مجموعة من المهارات والأنماط السلوكية في صورة تعيينات، يتم تحديدها عقب كل جلسة في ضوء أهداف الجلسة، ويكلف المسترشد بتنفيذها في المنزل أو في العمل بعد التدريب عليها في الجلسة الإرشادية. ويعتبر الباحث أن الواجبات المنزلية من المكونات الرئيسة للبرامج الإرشادية الجماعية وتمثل الرابط بين كل جلسة وما يسبقها وما يتبعها، وتمثل الواجبات المنزلية في مجموعة من الأنشطة العقلية والانفعالية والاجتماعية على شكل وظائف إرشادية منزلية يتم تحديدها في كل جلسة إرشادية ومراجعتها في بداية كل جلسة لتحقيق التقدم في العملية الإرشادية.

13. فنية العصف الذهني بالحوار الإيجابي: وهي عبارة عن أسلوب تعليمي مبني على استقلالية وحرية التفكير، وذلك بهدف جمع أكبر قدر من الاقتراحات والأفكار الخلاقة والجديدة من قبل مجموعة من المشاركين في الجلسة الارشادية، لحل مشكلة ما أو معالجة أمر معين. وبصورة أخرى فإن العصف الذهني يعرف بأنه تنشيط للذهن وذلك عن طريق التفكير السريع لحل قضية معينة، عن طريق التنقيب عن آراء وأفكار وحلول خلاقية وإيجابية اتجاه موضوع معين.

الخدمات التي يقدمها البرنامج الارشادي: يقدم البرنامج الخدمات الآتية:

1. خدمات إرشادية (نفسية): تتمثل هذه الخدمة في أن يكتسب الطالب الجامعي المهارة العامة الاستبصار بمفهوم الوسواس القهري وتعميم هذه الخبرة في مواقف أخرى مشابهة في الحياة بالإضافة إلي اكتساب المهارات.
2. خدمات مهنية: وتتمثل في تحسين التوافق الدراسي والاجتماعي والمهني لأفراد المجموعة الإرشادية.

جلسات البرنامج: قام الباحث باستخدام البرنامج الارشادي الانتقائي لغرض دراسة سابقة له (بركات، 2020) وفق الأسس النظرية السابقة في جلسات محددة باستخدام أسلوب الارشاد الجمعي كما هو مبين في الجدول (3) الآتي:

جدول (3): جلسات البرنامج الارشادي الانتقائي التكاملي

الجلسة	موضوع الجلسة	الوقت بالدقيقة	الأهداف	الفنيات
1	التعارف وبناء الثقة بين الباحث والطلبة	90	التعارف بين الباحث والمشاركين في البرنامج، والتعريف بالبرنامج وأهدافه، وتحديد مواعيد الجلسات	الحوار والمناقشة، والاسترخاء
2	مفهوم الوسواس القهري، الأعراض والآثار السلبية الناتجة	60	التعرف إلى مفهوم الوسواس القهري والأعراض التي يشعر بها عندما يسلك سلوك يدل على ارتفاع الوسواس القهري أو انخفاضه	النمذجة، ونشرات ومطويات، واجب منزلي، الحوار الذاتي
3	الكفاءة الشخصية	60	تعرف أفراد المجموعة إلى مفهوم الكفاءة الشخصية وكيفية الاعتماد على النفس	الحوار والمناقشة، العصف الذهني
4	التنظيم الانفعالي	60	التعرف إلى معنى التنظيم الانفعالي، والطرق المستخدمة للوصول للتعبير عن الانفعالات والتحكم بها	الحوار والمناقشة، الاسترخاء، ولعب الأدوار، واجب منزلي

الحوار والمناقشة، استرخاء، واجب منزلي	تعريف أفراد المجموعة بمعني المشكلة والطرق والأساليب المستخدمة لإيجاد الحلول بالطريقة العلمية الصحيحة	60	حل المشكلات	5
الحوار والمناقشة، الاسترخاء، ولعب الأدوار، واجب منزلي	تعريف أفراد المجموعة بمفهوم الكفاءة الاجتماعية وكيفية بناء شبكات تواصل مع الآخرين	60	الكفاءة الاجتماعية	6
الحوار والمناقشة، الاسترخاء، التمذجة، واجب منزلي	تعريف أفراد المجموعة على كيفية خلق جو من التفاؤل، والعوامل المؤثرة على التفاؤل والتشاؤم وانعكاسها على الفرد	60	التوجه الإيجابي نحو المستقبل	7
الحوار والمناقشة، الاسترخاء، ولعب الأدوار، واجب منزلي	تعريف أفراد المجموعة على مفهوم التفكير الإيجابي، ومعرفة تأثير التفكير الإيجابي على شخصية الفرد وتوافقه مع الآخرين والزملاء	60	التفكير الإيجابي من أجل تحقيق التفاعل مع الآخرين	8
الحوار والمناقشة، الاسترخاء،	التعرف على أهمية الصلابة النفسية وخصائصها وصفات الفرد الذي يتصف	60	الصلابة وخصائصها وتدعيم أبعادها	9

النمذجة، واجب منزلي، تغذية راجعة	بالصلابة، والتعرف على أبعاد الصلابة والنفسية وهي: الثقة والالتزام والتحدي		النفسية	
الحوار والمناقشة، الاسترخاء، واجب منزلي	تعرف أفراد المجموعة إلى معنى ومفهوم المرونة والتعرف أيضاً على محددات وأبعاد المرونة وهي: الاستبصار، والاستقلال، والتواصل، وروح الدعابة، والتقبل، والسيادة، وتكوين علاقات، والتعاطف، والقيم الموجبة، والإبداع، والتسامح، والواقعية	60	مرونة الذات	10
الحوار والمناقشة، والتغذية الراجعة، وواجب منزلي	تعريف أفراد المجموعة إلى مفهوم الشجاعة والتحدي، وأهمية ذلك في خفض الوسواس القهري	60	الشجاعة والتحدي	11
الحوار والمناقشة، لعب الأدوار،	التعرف إلى مفهوم قوة الذات والتماسك النفسي، والعوامل المؤدية إلى ذلك	60	التماسك وقوة الذات	12

والاسترخاء، واجب منزلي				
الحوار والمناقشة، لعب الأدوار، والعصف الذهني واجب منزلي	التعرف إلى مفهوم الالتزام وتحمل المسؤولية، وعلاقة بخفض الوسواس القهري	60	الالتزام والمسؤولية	13
الحوار والمناقشة، لعب الأدوار، والعصف الذهني واجب منزلي	التعرف إلى مفهومي الاستقلالية في اتخاذ القرارات، والاستقرار النفسي وأهميتهما في خفض الوسواس القهري	60	الاستقلالية والاستقرار النفسي والثقة بالنفس	14
الحوار والمناقشة وتغذية راجعة	مناقشة المشاركين في الصعوبات والمعوقات التي واجهتهم أثناء تنفيذ البرنامج وكيفية التغلب عليها وتطبيق المقياس وشكر أفراد المجموعة على المشاركة في البرنامج	90	إنهاء البرنامج وتقويم جلسة ختامية	15

إجراءات تحكيم البرنامج: لأغراض دراسة سابقة للباحث (2020) تم عرض البرنامج على مجموعة من المحكمين المختصين وعددهم (9) من ذوي الاختصاص في علوم نفسية وتربوية مختلفة، لإبداء آرائهم حول مدى تنظيم البرنامج بالصورة الظاهر عليها، ومكوناته

وأهدافه ومحتوى ومدى خدمتها لتحقيق الأهداف والفتيات المستخدمة لتحقيق الأهداف، وكذلك مدى صلاحية البرنامج لتطبيقه على العينة المستهدفة، حيث قام الباحث بتعديل كافة الملاحظات والتي تمثلت جميعها بالشكل العام للبرنامج، وعلى بعض في الفتيات الإرشادية والتي تم اختصارها، أو دمج بعضها مع بعض، دون أن يؤثر ذلك على البرنامج الإرشادي، ودون أن يخل ذلك بأهداف البرنامج الإرشادي، علماً أنه لم تسجل ملاحظات جوهرية حول فحوى البرنامج أو عدد الجلسات وموضوعاتها وتنظيمها.

خطوات الدراسة:

نفذت الدراسة وفق الخطوات الإجرائية الآتية:

- تحديد مشكلة الدراسة وأهدافها ومبرراتها.
- تحديد أسئلة الدراسة وفرضياتها.
- الاطلاع على التراث النظري السيكلوجي والميداني المحلي والعربي والأجنبي في مجال الوسواس القهري.
- الاطلاع على البرامج الإرشادية المختلفة للاستفادة منها في تحديد البرنامج الإرشادي الانتقائي التكاملي لتطبيقه في الدراسة الحالية لتحقيق أهدافها.
- اعداد أداتي الدراسة: مقياس الوسواس القهري والبرنامج الإرشادي الانتقائي التكاملي للسير في إجراءات التحقق من صلاحيتهما للتطبيق على عينة الدراسة.
- اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية والميدانية والفعالية أو التجريبية، وتحديد المجموعتين التجريبية والضابطة باستخدام أسلوب المزاوجة.
- تطبيق مقياس الوسواس القهري على عينة الدراسة الاستطلاعية للتأكد من خصائصه السيكلومترية من خلال استخراج معاملات الثبات والصدق بالطرق المناسبة وإخراجه بالصورة النهائية.

- تطبيق مقياس الوسواس القهري على العينة الميدانية لتحديد فئة الطلبة الذين يظهرون درجات مرتفعة على المقياس، ليتم بعد ذلك اختيار عينة الدراسة التجريبية من خلالها، وتحديد درجات التطبيق القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة.
- تطبيق البرنامج الإرشادي الانتقائي التكاملي على العينة التجريبية، بواقع (15) جلسة إرشادي، تتراوح مدة كل ما بين (90-60) دقيقة، بحيث تشتمل كل جلسة أهداف خاصة، ومجموعة من الفنيات والمهارات والأنشطة والأساليب الإرشادية وفقاً للبرنامج الإرشاد الانتقائي، وقد استغرقت عملية تطبيق البرنامج خمسة أسابيع بواقع ثلاثة جلسات أسبوعية على شكل جلسات جماعية.
- تطبيق مقياس الوسواس القهري على أفراد الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة للمرة الثانية خلال الجلسة النهائية للبرنامج لتحديد درجات الاختبار البعدي لمعرفة مدى فعالية البرنامج
- إجراء المعالجات الإحصائية للبيانات وتحليلها وتفسيرها والوصول إلى نتائج تطبيق البرنامج الإرشادي ومن ثم مناقشتها.

خامساً: المعالجات الإحصائية:

بغرض تحليل البيانات والتحقق من فرضيات الدراسة تم استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية والتحليلية الآتية:

- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعياري للتعرف على الخصائص العامة للدرجات الكمية للاختبارات القبلية والبعدي.
- معادلة بيرسون (Correlation Person Coefficient) لحساب صدق البناء لمقياس الوسواس القهري.

- معامل الاتساق الداخلي (Internal Consistency) باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، والطريقة التجزئة النصفية (Split Half Method) باستخدام معادلة سبيرما - بروان (Spearman - Brown Coefficient) لحساب ثبات مقياس الدراسة.
- لفحص التوزيع الطبيعي للمجموعتين التجريبية والضابطة استخدم اختبارين هما: كولمجروف - سميرنوف (Kolmogorov- Smirnov Test) وشيرونوف (Shapiro - Wilk Test).
- لفحص تكافؤ المجموعات استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent Sample t-test).
- لمعرفة الفروق في مستوى الصمود النفسي بين المجموعتين التجريبية والضابطة على القياسين القبلي والبعدي (الفرضية الأولى) استخدم اختبار تحليل التباين المصاحب (ANCOVA).
- لمعرفة الفروق بين دلالة الفروق بين نتائج التطبيق القبلي والبعدي على مقياس الوسواس القهري على أفراد المجموعة التجريبية (الفرضية الثانية والثالثة) استخدم اختبار "ت" للعينات المرتبطة (Paired Samples Statistics).
- لقياس حجم أثر (Effect Size) البرنامج استخدم اختبار مربع إيتيا (-Eta squared) (η^2)

نتائج الدراسة

قبل فحص فرضيات الدراسة كان لا بد من إجراء بعض المعالجات الإحصائية تمهيداً لتحليل النتائج وعرضها كالآتي:

• اختبار التوزيع الطبيعي:

للتأكد من اتباع البيانات للتوزيع الطبيعي (Normal Distribution) استخدم اختبار كولموجورف-سميرنوف (Kolmogorov- Smirnov) ، وشapiro- وليك (Shapiro-Wilk)، وهما اختباران ضروريان بهدف تحديد الطرق الإحصائية التي تستخدم عادة لاختبار فرضيات الدراسة، هل هي اختبارات معلمية (Parametric Test) أم اختبارات لا معلمية (Non Parametric Test)؛ إذ إن معظم الاختبارات المعلمية تشترط أن يكون توزيع البيانات طبيعياً (Dunlop et al, 1996)، والجدول (4) يبين اختبار التوزيع الطبيعي للمتغيرات على النحو الآتي:

جدول (4) نتائج اختبار كولموجورف-سميرنوف (K-S test) وشapiro- وليك (

(Sh-W test

المجموعة	د.ح	(K-S) (test)	مستوى الدلالة	(Sh-W) (test)	مستوى الدلالة
التجريبية	قبلي	0.22	0.611	0.713	0.095
	بعدي	0.25	0.109	0.835	0.488
الضابطة	قبلي	0.30	0.079	0.831	0.555
	بعدي	0.17	0.667	0.918	0.378

يوضح من الجدول (4) السابق، أن جميع قيم القياسات القبلية والبعديّة في المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبارين: كولموجورف - سميرنوف وشapiro وليك أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية ($0.05 \geq \alpha$)، وهذا مؤشر على أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي، وعليه ستتبع الدراسة الاختبارات المعلمية.

• تكافؤ المجموعات

للتحقق من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج الارشادي تم صياغة الفرضية الآتية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الوسواس القهرية في القياسين قبل تطبيق البرنامج الارشادي الانتقائي التكاملي.

لفحص الفرضية السابقة استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الوسواس القهرية القبلي، وللتحقق من دلالة الفروق بين هذه المتوسطات استخدم اختبار (ت) لعينتين مستقلتين كما هو مبين نتائجه في الجدول (5) الآتي:

الجدول (5): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على القياس القبلي على مقياس الوسواس القهرية

المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف	قيمة (ت) المحسوبة	مستوى الدلالة
التجريبية	20	2.91	0.36	1.624	0.076
الضابطة	20	3.29	0.33		

يوضح الجدول (5) السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة للقياس القبلي على مقياس الوسواس القهرية، وهذا مؤشر على تكافؤ المجموعتين.

• قياس حجم الأثر للبرنامج (Effect Size):

لتحديد فعالية البرنامج لدى أفراد المجموعة التجريبية، حسب حجم التأثير باستخدام مربع إيتا، وذلك باعتماد المحكات الآتية للحكم على قوة أثر البرنامج وهي (Cohen, 1988):

- إذا كان مربع إيتا يساوي أو أقل من (0.01) يكون حجم الأثر صغير.
- إذا كان مربع إيتا أكبر من (0.01) وأقل من (0.14) يكون حجم الأثر متوسط.
- إذا كان مربع إيتا يساوي أو أكبر (0.14) يكون حجم الأثر مرتفع.

فحص فرضيات الدراسة:

النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى وهي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة من طلبة جامعة القدس المفتوحة على مقياس الوسواس القهري في القياسين القبلي والبعدي يُعزى إلى تطبيق البرنامج الارشادي الانتقائي التكاملي لصالح المجموعة التجريبية.

لفحص هذه الفرضية حسب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الوسواس القهري في القياسين القبلي والبعدي، كما هو مبين في الجدول (6) الآتي:

الجدول (6) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الوسواس القهري في القياسين القبلي والبعدي

البعدي		القبلي		العدد	القياس المجموعة
الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط		
0.33	2.61	0.36	2.91	20	التجريبية
0.35	3.42	0.33	3.29	20	الضابطة
0.32	3.02	0.31	3.10	40	الكلي

يوضح الجدول (6) السابق، وجود فروق ظاهرية بين متوسطات استجابات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الوسواس القهري على القياس البعدي، إذ بلغ متوسط أفراد المجموعة التجريبية على الاختبار البعدي (2.61) في حين بلغ متوسط أفراد المجموعة الضابطة (3.42)، وهذا يشير إلى وجود فروق بين المتوسطين. ولتحقق من دلالة الفروق الظاهرية بين هذه المتوسطات؛ أستخدم تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) على القياس البعدي لمقياس الوسواس القهري لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة يُعزى لتطبيق البرنامج الإرشادي الانتقائي التكاملي بعد تحييد أثر القياس القبلي لديهم، فكانت النتائج كما هو مبين في الجدول (7) الآتي:

الجدول (7): نتائج اختبار تحليل التباين المصاحب لمتوسطات لاستجابات أفراد الدراسة للقياس البعدي للوسواس القهري لدى وفقاً للبرنامج الإرشادي بعد تحييد أثر القياس القبلي لديهم

حجم الأثر	مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.884	*0.000	35.50	0.071	1	0.071	القبلي (المصاحب)
0.421	*0.000	10.50	0.021	1	0.021	المجموعة
			0.002	37	0.079	الخطأ
			0.104	39	33.301	المجموع

• دال عند مستوى الدلالة ($0.01 \geq \alpha$)

يوضح الجدول (9) السابق، وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.01$) تعزى للمجموعة؛ أي أنه توجد فروق بين استجابات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الوسواس القهري البعدي لصالح المجموعة التجريبية، بمعنى أن هناك تأثير إيجابي للبرنامج الإرشادي الانتقائي التكاملي في خفض الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة التجريبية، وبالنظر إلى حجم الأثر البالغ (0.421) وهو حجم أثر مرتفع لأنه أكبر من (0.14) كما حدد سابقاً كمحك لحجم الأثر.

ولتحديد اتجاه هذه الفروق، هل هي لمصلحة المجموعة التجريبية أم الضابطة، فقد حسبت المتوسطات الحسابية المعدلة للقياس البعدي لاستجابات أفراد الدراسة على مقياس الوسواس القهري تبعاً للبرنامج الإرشادي المستخدم والأخطاء المعيارية لها، وذلك كما هو مبين في الجدول (8) الآتي:

الجدول (8) الأوساط الحسابية المعدلة للقياس البعدي لمقياس الوسواس القهري تبعاً للبرنامج الإرشادي الانتقائي والاختلاف المعيارية لها

المجموعة	الوسط الحسابي المعدل	الأخطاء المعيارية
التجريبية	3.011	0.047
الضابطة	3.447	0.047

بالنظر إلى المتوسطات الحسابية المعدلة في الجدول (8) السابق، يتبين أن هذه الفروق لصالح أفراد المجموعة التجريبية؛ إذ بلغ متوسط الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة التجريبية (3.011)، في حين بلغ لدى المجموعة الضابطة (3.447)، وهذا يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المطبق في خفض مستوى الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة التجريبية، كما تشير النتائج إلى أن حجم الأثر للبرنامج الإرشادي المطبق قد

بلغت قيمته (0.421)، مما يعني وجود أثر مرتفع وجوهري للبرنامج الإرشادي في خفض مستوى الوسواس القهري لدى أفراد الدراسة.

النتائج المتعلقة بالفرضية الثاني وهي: يوجد فرق دال إحصائياً ($0.05 \geq \alpha$) بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية من طلبة جامعة القدس المفتوحة على مقياس الوسواس القهري تُعزى إلى تطبيق البرنامج ارشادي انتقائي تكاملي وذلك لصالح القياس البعدي.

لاختبار صحة هذه الفرضية، حسب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد المجموع التجريبية على القياسين القبلي والبعدي لمقياس الوسواس القهري، ولتحقق من دلالة الفروق بين هذه المتوسطات تم استخدام اختبار (ت) للعينات المترابطة، وذلك للكشف عن مدى فاعلية البرنامج الارشادي الانتقائي التكاملي المطبق خفض مستوى الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة التجريبية، وجاءت النتائج على النحو المبين في الجدول (9) الآتي:

الجدول (9): نتائج اختبار (ت) للعينات المترابطة لفحص الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي لاستجابات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس القهري تبعاً لتطبيق البرنامج الارشادي

القياس	العدد	المتوسط	الانحراف	درجات الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
قبلي	20	2.91	0.36	19	2.75	0.028*
بعدي	20	2.61	0.33			

* دال عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$)

يوضح الجدول (9) السابق، أن قيمة مستوى الدلالة المحسوب قد بلغ (0.028) وهذه القيمة أقل من قيمة مستوى الدلالة المحدد للدراسة ($0.05 \geq \alpha$) وبالتالي وجود فروق في

مستوى الوسواس القهري لدى أفراد الدراسة بين القياس القبلي والبعدي، وبالرجوع إلى المتوسطات الحسابية بالجدول (7) يظهر أن متوسط أداء أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي (2.91) وعلى المقياس البعدي (2.61)، وهذا يؤكد وجود فاعلية للبرنامج الارشادي المطبق في انخفاض في مستوى الوسواس القهري لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة.

النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة وهي: لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتبعي (بعد شهرين) لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس القهري.

لاختبار صحة هذه الفرضية، حسب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد المجموع التجريبية على القياسين البعدي والتبعي (بعد شهرين) لمقياس الوسواس القهري، وللتحقق من دلالة الفروق بين هذه المتوسطات تم استخدام اختبار (ت) للعينات المترابطة، وذلك للكشف عن مدى فاعلية البرنامج الارشادي الانتقائي التكاملي المطبق خفض مستوى الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة التجريبية على القياس البعدي والقياس التبعي (بعد شهرين)، وجاءت النتائج على النحو المبين في الجدول (9) الآتي:

الجدول (9): نتائج اختبار (ت) للعينات المترابطة لفحص الفروق بين التطبيقين البعدي والتبعي لاستجابات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس القهري تبعاً لتطبيق البرنامج الارشادي

القياس	العدد	المتوسط	الانحراف	درجات الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
بعدي	20	2.61	0.41	19	0.48	0.658
التبعي	20	2.55	0.37			

يوضح الجدول (9) السابق، أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الوسواس القهري لدى أفراد الدراسة في المجموعة التجريبية بين الاختبار البعدي واختبار التتبعي.

مما سبق، فقد اتضحت فاعلية البرنامج الإرشادي الانتقائي التكاملي من خلال وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في الوسواس القهري، بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، لصالح المجموعة التجريبية (وهذا إجابة على الفرضية الأولى)، بين كما اتضحت فاعلية البرنامج الإرشادي الانتقائي التكاملي أيضاً من خلال وجود فرق دال إحصائياً درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في الوسواس القهري لصالح التطبيق البعدي (وهذا إجابة عن الفرضية الثانية). كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين استجابات أفراد الدراسة في المجموعة التجريبية بين القياس البعدي والقياس التتبعي (وهذا إجابة عن الفرضية الثالثة)، وهذا الاستقرار في مستوى الوسواس القهري في القياس التتبعي دليل واضح على فاعلية البرنامج الإرشادي الانتقائي التكاملي المستخدم.

ويفسر الباحث الفرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بأن المجموعة الضابطة لم تخضع للبرنامج الإرشادي المطبق، ولم تسفيد من المهارات والتقنيات المستخدمة في البرنامج الإرشادي الانتقائي مثل: الكفاءة الشخصية وما لها من أثر لإكساب الطلبة مهارات التنظيم الذاتي والانفعالي، وكيفية ضبط الانفعالات في مختلف المواقف، واعتماد على القدرات الذاتية وكذلك مهارة حل المشكلات بطريقة علمية صحيحة، وكذلك مهارة الكفاءة الاجتماعية وكيفية التعامل مع المواقف، ومساعدة الآخرين، وكيفية التصرف بمرونة في كثير من المواقف والمحن الصعبة، وكذلك مهارة النظرة الإيجابية إلى المستقبل والتفاؤل. كل ذلك أدى إلى وجود فروق بين القياس القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس القهري نتيجة لاستخدام البرنامج الإرشادي. وبذلك تتفق هذه النتيجة مع الدراسات السابقة (الوحيشي، 2019؛ البلوي، 2018؛ Ivarsson et al, 2018؛ Turner, 2018؛ Wilson et al, 2017؛ Tolin et al, 2017؛ Himle, 2016؛ Ternar & Biedle, 2014؛ السقا، 2014؛ Benntt et al, 2015؛ فضة والفقهي

وأحمد، 2010؛ الأغا، 2009؛ Keith, 2008؛ مقدادي، 2008؛ قطب وعبد، 2007؛
Chambless & Wilson, 2005؛ Salkovskis, 2005؛ سعفان، 2003؛ الإيراني، 2001؛
التي ركزت على استخدام برامج ارشادية وعلاجية مختلفة في خفض الوسواس القهري لدى
عينات مختلفة من الأفراد.

فقد استخدمت هذه الدراسات فنيات الارشاد والعلاج النفسي بأساليبه المختلفة
كالآتي: إعادة البناء المعرفي، والتعريض ومنع الاستجابة، والحوار، وفنية الاسترخاء، كما
استخدمت فنية وقف الأفكار، وهي من الفنيات التي استخدمها الباحثون أثناء تطبيق
الجلسات الخاصة بالبرنامج الارشادي العلاجي، مما اتضح من خلال تخفيف أعراض
الوسواس القهري، مما أعطى ثراءً وفاعلية للبرامج الارشادية والعلاجية المستخدمة. وفي
إطار الدراسة الحالية، تلقى أفراد المجموعة التجريبية برنامجاً ارشادياً غزيراً بالمعلومات
والفنيات من أجل التخفيف من وطأة وألم الوسواس القهري، بالاسترخاء وبمحاولات
متكررة ومتعددة للتدريب على فنيات من أعراض وكرب وضيق الفرد بسبب الوسواس
القهري؛ بل ومن أجل التغلب على الوسواس القهري في حد ذاته، وذلك من خلال عدة
فردية جلسات؛ حيث كانت الطالبة تشارك في كل أنشطة الجلسة من أولها تفعيلاً للاتفاق
المبرم بين الباحثين، وحتى نهايتها والحالة عن أهمية المشاركة الفاعلة والنشطة في كل المهام
المختلفة أثناء البرنامج، مع التأكيد عليها أيضاً في المنزل، وذلك باستخدام عدة فنيات
تمثلت في الإقناع المنطقي، والحوار، والمناظرة، والاقتداء والنمذجة، فنية التحصين
التدريجي وتقليل الحساسية التدريجي، وفنية لعب الدور، واستخدام النشرات والمطويات
التعريفية، والعصف الذهني والتغذية الراجعة الإيجابية المستمرة حول ما يقوم به
الطالبة، هذا بالإضافة إلى التعزيز، وفنية وقف الأفكار، وفنية الاسترخاء، وفنية إعادة
البناء المعرفي، والواجبات المنزلية،

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما تضمنه البرنامج الإرشادي الانتقائي
التكاملي من أنشطة وممارسات قد ساهمت في خفض مستوى الوسواس القهري لدى
الطالبة، ورفع مستوى المشاعر الإيجابية، والأفكار، والمعارف والمهارات والسلوكيات الإيجابية

نحو الحياة، وتجنب الاتجاهات السلبية لدى الطلبة. ومن هنا تكمن أهمية اكساب أفراد المجموعة التجريبية الأساليب والمهارات والسلوكيات، للوصول إلى درجة من الكفاءة الشخصية والاجتماعية التي تساعدهم على التفاعل مع مواقف الحياة المختلفة، كما أدى ذلك إلى رفع جودة الحياة النفسية لدى الطلبة وبالتالي إلى الاقبال على الحياة والرضا عنها، مما ينعكس على سلوكيات الطلبة في شتى مناحي الحياة، وعلى اتجاهاتهم ومواقفهم من الحياة الحاضرة والمستقبلية.

أشارت النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أداء المجموعة التجريبية البعدي والأداء في مرحلة المتابعة (بعد شهرين) على مقياس الوسواس القهري لدى أفراد العينة التجريبية. وهذه النتائج تعني أن فعالية البرنامج الإرشادي امتدت إلى ما بعد مرحلة التطبيق، فالمكاسب التي تم تحقيقها من برنامج التقليل من تصور الخطر استمرت إلى مرحلة المتابعة بعد مرحلة الإرشاد، ويمكن عزو هذه النتيجة إلى الشغف الذي سيطر على المشاركين في محاولتهم للتخلص من الاضطراب الوسواسي، فقد عملوا جاهدين على عدم الرجوع أو الاستسلام مرة أخرى لحالة الوسواس القهري التي سيطرت على بعضهن لفترة زمنية طويلة. عموماً فإن تقييم مرحلة المتابعة أكد على فعالية برنامج الإرشاد الانتقائي التكاملي الذي تم تطبيقه، وأكد على استمرارية الآثار الإيجابية الإرشادية لهذا البرنامج. وهذه النتيجة تتفق مع الدراسات (الوحيثي، 2019؛ السقا، 2014؛ مقدادي، 2008؛ قطب وعبد، 2007؛ Salkovskis، 2005؛ سعفان، 2003)؛ التي أشارت نتائجها إلى استمرار أثر البرنامج المتبع لخفض مستوى الوسواس القهري لدى الأفراد في مرحلة المتابعة.

كما يعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن التدريب على الفنيات المختلفة معرفية وسلوكية وانسانية واجتماعية المتبعة في البرنامج الإرشادى الانتقائي، وما تخلل ذلك من أنشطة وتمارين ساعدت الطلبة على تعلم مداخل منطقية وذاتية للتعامل مع المواقف والأحداث التي تواجههم. وعند مقارنة هذه النتيجة مع الدراسات السابقة تبين أنها اتفقت مع

مجمل نتائج هذه الدراسات (0): التي أظهرت انخفاض في مستوى الوسواس القهري نتيجة استخدام برنامج ارشادي فعال.

وعليه ومن خلال تحقق الفروض السابقة فيما يتعلق بأثر البرنامج الإرشادي الانتقائي التكاملي خفض الوسواس القهري، يمكن استنتاج أن البرنامج الإرشادي المطبق قد أثبت مستوى عالية من الفعالية في خفض الوسواس القهري التسلطية لدى طلبة الجامعة. بمعنى أن البرنامج الارشادي المطبق أثبت فعالية مرتفعة في خفض الوسواس القهري لدى أفراد الدارسة من طلبة الجامعة، وذلك من خلال انخفاض درجاتهم على مقياس الوسواس القهري بعد التدخل الارشادي.

وبناءً على ما سبق، فإن الفنيات التي استخدمت في الدراسة الحالية لتسهيل تطبيق البرنامج الارشادي كالكفاءة الشخصية والانفعالية، والتنظيم الذاتي، وأساليب حل المشكلات، والتوجه الإيجابي للحياة، والصلابة النفسية، والمرونة الذاتية، والتحدي، والتماسك وقوة الذات، والاستقلالية والاستقرار النفسي، والمصاعب التي تواجههم بالحياة؛ والتي قدمت لأفراد المجموعة التجريبية للتدرب عليها باستخدام فنيات تربوية ونفسية ساعدتهم على بناء خبرات خاصة أسهمت في تقوية مشاعرهم واحساسهم بالحياة، وتعزيز وتدعيم النظام النفسي لديهم وخفض مستوى الوسواس القهري الذي يعتمد على مثل هذه الاستراتيجيات والفنيات في بناءه. ونتائج الدراسة الإيجابية التي جاءت لصالح المجموعة التجريبية ما هو إلا تدعيم لهذا التوجه، وينسجم مع الأدبيات النظرية والميدانية في هذا المجال.

ومن خلال مناقشات الطلبة في الجلسة الأخيرة للبرنامج الارشادي المطبق التي حددت لإغلاق البرنامج ومناقشة الصعوبات التي واجهة الطلبة المشاركين في تطبيق البرنامج والفوائد التي اكتسبها هؤلاء الأفراد من هذه الخبرة؛ فقد تلقى الباحث تغذية راجعة إيجابية من أفراد الدراسة تفيد بأهمية البرنامج الارشادي ومكوناته وفنياته، وظهر ذلك جلياً من اتقان الطلبة لاستراتيجيات وفنيات هذا برنامج الارشادي الانتقائي التكاملي

المطبق وظهر أثره على نتائج التطبيق البعدي لمقياس الوسواس القهري وأدى إلى انخفاضه لدى الطلبة، وذلك من حيث:

1. تحول الطاقة لدى المشاركين للإيجابية بدلاً من السلبية بعد تدعيم نظام الحياة والأحاسيس والمشاعر لديهم.
2. قدرة على ضبط الانفعالات السلبية وتنظيم الذات وإدارتها بمسؤولية.
3. النظر للذات نظرة إيجابية وثقة بالنفس أمام الوسواس والتخيلات والأوهام.
4. قدرة على تحديد المتطلبات الشخصية ومحاولة تحقيق هذه المتطلبات بأساليب فعالة.
5. الانسجام مع متطلبات السياق الاجتماعي، وفهم الذات والقدرات الشخصية.
6. الشعور بالمسؤولية الشخصية عن كل تفكير وسلوك ومشاعر يختص بالذات والآخرين.
7. الإيمان بأن الأحداث التي يخضع لها الفرد ما هي إلا قدر ويتطلب منه الصبر والتحمل والصلابة الذهنية بدلاً من الأوهام والوسواس الفكرية والحركية، وأن لديه الإيمان بقدرته على تجاوز الصعاب والمحن.
8. إدراك الأحداث الضاغطة بصورة إيجابية والتعامل معها كنوع من أنواع طبيعة الحياة التي يعيشها المواطن الفلسطيني تحت الاحتلال.
9. تماسك في الشخصية واتخاذ القرارات بمسؤولية تامة.
10. الشعور بالسعادة والإيجابية الانفعالية والتعامل مع شؤون الحياة المختلفة بكفاءة شخصية وانفعالية والاجتماعية على مستوى عالٍ من الاتزان والاستقرار وهذا له أثره في التخلص من الوسواس والأوهام.
11. تحدي الصعاب والشجاعة في التعاطي مع مشكلات الأكاديمية والحياتية اليومية.
12. المرونة الذهنية وتجنب الجمود والتعصب في التعامل مع القضايا المختلفة دنما استفزاز أو انفعال متطرف.

هذه النتائج التي اعتبرها الباحث مخرجات متوقعة لأهداف البرنامج الارشادي الذي نفذه باستخدام مجموعة متنوعة من الأساليب والفنيات لاكتساب هذه القدرات المنشودة، ويُعزي الباحث نجاح البرنامج للجوانب المهمة الآتية:

- التعاون بين الباحث وأفراد المجموعة الإرشادية والحرص الشديد من الأطراف المختلفة على الاستفادة من خبرة تطبيق البرنامج الارشادي.
- الحاجة الظاهرة لدى أفراد المجموعة الارشادية بالمهارات المكتسبة من البرنامج في إغناء حياتهم النفسية والاجتماعية.
- إدارة الجلسات الفاعلة من أجل تبادل الخبرات بين المسترشدين أنفسهم ومع الباحث من جانب آخر.
- المحتوى الإرشادي المتعلق بالفنيات الإرشادية والأساليب المتبعة في اكتساب الخبرة التي استفادت من جميع النظريات والاتجاهات المتبعة في الارشاد التربوي والنفسي بدلاً من التمحور في نظرية أو اتجاه محدد.
- العمل بشكل متكامل للوصول لمستوى من الإتقان واكساب القدرات والمهارات للطلبة بطرق وأساليب واقعية وبسيطة.
- التأكد من وصول أهداف كل جلسة من جلسات البرنامج إلى المخرجات المتوقعة وترجمة ذلك لخبرات مهارية تثرى حياة الطالب انفعالياً ومعرفياً واجتماعياً تفيده في المواقف الحياتية المختلفة.
- الالتزام بتسهيل إدارة المواقف الارشادية والتعامل مع الأحداث الجارية بما يتماشى مع أفكار الطلبة الجامعيين ومعتقداتهم وقيمهم والتي انطلقت استراتيجيات البرنامج الارشادي وأهدافه المتوقعة منها.
- الدخول بعمل مجموعات حوارية ومناقشات جانبية بعد الانتهاء من جلسات البرنامج الارشادي التي عززت الاستفادة من البرنامج، وتحويله إلى مجموعة

قواعد حياتية تعتمد على رؤية وخبرة واقعية للحياة، تطبيقاً لمبدأ انتقال أثر التدريب (Transfer of Training).

- إتاحة الفرصة أمام الطلبة المشاركين في البرنامج بتقدم كل منهم رأيه الخاص حول الفائدة من البرنامج وسبل ممارسته الفعلية لعناصره في حياته اليومية، وتحديد المشكلات والصعاب التي وجهته أو ستواجهه في ترجمة ذلك في حياته المستقبلية، بهدف مساعدة الجميع والتكاتف في تخطي هذه المشكلات عبر بيان خصائصها والحصول على مقترحات وأفكار من المجموعة الإرشادية التي تتماثل اهتماماتها بهذا الموضوع.
- التأكيد على أهمية مخرجات هذه الجلسات الارشادية والتغذية الراجعة لها من خلال إدراجها كمدخلات لبرامج أخرى يقترحها الباحث ويوصي بها لدراسات مماثلة لاحقة.

التوصيات

في ضوء نتائج الدراسة ومناقشتها يقترح الباحث التوصيات الآتية:

- تقديم البرامج الارشاد والتوجيه التربوية بشكل مبكر للتخفيف من آثار ظاهرة اضطراب الوسواس القهري عند الطلبة المصابين به ومساعدتهم على مواجهته.
- تقديم البرامج الارشادية والوقائية والعلاجية اللازمة للطلبة المصابين باضطراب الوسواس القهري في الجامعات بالتنسيق مع مراكز الارشاد الطلابية.
- التركيز على عامل الترتيب والنظافة والتدقيق والتكرار بدرجة أعلى من العوامل الأخرى نظراً لأن نتائج الدراسة أشارت إلى أن هذه العوامل هي الأكثر انتشاراً لدى الطلبة.
- إجراء المزيد من الدراسات والبحوث التي تُعنى بالوسواس القهري لعينات مختلفة في المجتمع.

- العمل على زيادة وعي الأسرة والأفراد من خلال وسائل الإعلام بضرورة طلب الاستشارة النفسية عند المعاناة من أي اضطراب نفسي خاصة اضطراب الوسواس القهري حتى لا تتفاقم المشكلة.
- إجراء دراسات أخرى حول فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر مع عينات أخرى من الذكور والإناث أو من فئات عمرية وأفعال قهريّة أخرى.
- إجراء دراسات مماثلة بمتغيرات أخرى، كمستوى التعليم، وعمر المريض عند بدء الأعراض الوسواسية.
- التأكيد على دور أفراد الأسرة الداعم لاستمرار التحسن في أعراض المرضى.

المراجع

- إبراهيم، محمد والفرزانية، منال (2015). الوسواس القهري لدى طلبة جامعة السلطان قابوس وعلاقته ببعض المتغيرات
- مجلة العلوم التربوية، 2(4)، 297-314.
 - الأغا، بشار (2009). دراسة سمات شخصية مرضى الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجي. رسالة ماجستير غير منشورة، غزة: الجامعة الإسلامية.
 - أبو شعبان، أميرة (2010). درجة انتشار الوسواس القهري عند طلبة الصف الحادي عشر في محافظة القدس وعلاقته ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة، القدس: جامعة القدس.
 - أبو هندي، وائل ومؤمن، داليا (2006). إعداد مقياس لأعراض اضطراب الوسواس القهري. مصر: جامعة الزقازيق.
 - إيراني، سمير (2001). فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

- بركات، زياد (2020). فعالية برنامج ارشادي انتقائي تكاملي في تنمية الصمود النفسي لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة. *المجلة الأكاديمية العالمية في العلوم التربوية*، 1(1)، 1-52.
- بركات، زياد (2019). *تصميم البحث وأساليبه الإحصائية*. عمان: دار الوراق للتوزيع والنشر.
- البلوي، نوبر (2018). فعالية برنامج التقليل من تصور الخطر في خفض اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة لدى النساء في المملكة العربية السعودية. *مجلة كلية التربية الاساسية للعلوم التربوية والانسانية*، جامعة بابل، (38)، 468-485.
- جودة، أمال (2005). الوسواس القهري "دراسة على عينات فلسطينية. *مجلة كلية التربية*، 2 (29)، 205-230.
- الريماوي، عمر والريماوي، أميرة (2014). الوسواس القهري وعلاقته بأبعاد الشخصية العصبية والانبساطية لدى طلبة جامعة القدس. *المجلة الدولية التربوية المتخصصة*، 3(5)، 89-103.
- الزبون، سليم (2015). العنف الأسري وعلاقته بالوسواس القهري لدى طلبة الجامعات الأردنية. *مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الإنسانية*، 15(2)، 156-166.
- زهران، حامد (2003). *دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي*. القاهرة: عالم الكتب للطباعة والتوزيع والنشر.
- الزهراني، فيصل (2017). فعالية برنامج ارشادي انتقائي تكاملي في تحسين التوافق النفسي وتقدير الذات لدى طلاب المرحلة الثانوية. *مجلة الارشاد النفسي*. جامعة عين شمس، (49)، 260-333.

- سعفان أحمد (٢٠٠٣). فعالية برنامج إرشادي انتقائي في خفض الوسواس الأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب. مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، 4(27)، ٤٤٩ - ٣٩٣.
- سفيان، نبيل (2018). الإرشاد والعلاج النفسي. جدة: دار جمال العلمية للتوزيع والنشر.
- السقا، صباح (2014). فاعلية العلاج الاستعرافي- السلوكي للوسواس القهري. مجلة جامعة دمشق، 30(1)، 367-393.
- شندي، سميرة (2015). فعالية برنامج إرشادي انتقائي تكاملي في تنمية مكونات الإيجابية لدى عينة من المراهقين. مجلة علم النفس، 76(1)، 84-54.
- كاظم، علي وآل سعيد، تغريد (2009). الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العُمانيين. مجلة الطفولة العربية، 36(1)، 111-87.
- لازاروس، ارنولد (ترجمة محمد الحجار) (2002). العلاج النفسي الشامل الحديث: الأسلوب المتعدد الأشكال والمختصر. بيروت: مؤسسة للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد الخالق، احمد محمد ورضوان، سامر (2002). مدى صلاحية المقياس العربي للوسواس القهري على عينات سورية. دراسات نفسية، 5(1)، 92-71.
- عبد الستار، إبراهيم (2011). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- عطار، اقبال (2017). إعداد مقياس لأعراض اضطراب الوسواس القهري. السعودية: مجلة العلوم التربوية، 3(3)، 71-46.
- غانم، محمد (2004). الوسواس القهري. مصر: المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع.

- فرج، صفوت، والبشر، سعاد (2002). المقارنة بين كل من العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة والعلاج الدوائي لمرضى الوسواس القهري. مجلة الدراسات النفسية، 12(2)، 1240-1283.
- فضة، حمدان والفقي، أمال وأحمد، سليمان (2010). فاعلية العلاج النفسي الديني في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة. متاح على الموقع: publications/Solaiman%20Ragab%20Sayed%20Ahmad%20Mohamamd%20ElSheikh_Dr%20Solaiman%20Ragab%20Syed%20ahmad%20ElSheikh%201.pdf
- قطب، حنور وعبد، خليل (2007). فعالية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدي عينة من طلاب الجامعة، رسالة دكتوراه، جامعة كفر الشيخ، كلية التربية، قسم الصحة النفسية.
- القايحي، علي (1996). الوسواس والهواجس النفسية. بيروت: دار النبلاء
- مقدادي، أحمد (2008). فاعلية برنامج إرشاد معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت. مجلة جامعة أم القري للعلوم التربوية والنفسية، 20(2)، 88-135.
- الميلادي، عبد المنعم (2004). الأمراض والاضطرابات النفسية. القاهرة: مؤسسة شبان الجامعة.
- الوحيشي، فاطمة (2019). فاعلية برنامج إرشادي جماعي معرفي لخفض أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية في مدينة بنغازي. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بني غازي.

المراجع الأجنبية:

- Abramowitz, J.; Taylor, S.; Price L. & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 374(9688)(8-14),491-499.
- American Psychiatric Association (2000).Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anthony, D & Kritsonis, V. (2017). A mixed methods assessment of the effectiveness of strategy. *National Journal of Publishing*, 4(1), 33-48.www.nationalform.com.
- Anthony, D.; Edwards, L. & Bargeman, C. (2016). Hope as a source of resilience in later adulthood. *Personality & Individual Differences*, 41(7), 1263 - 1273.
- Basile, L.; Garrison, C.; Jackson, K.; Waller, J.; Mckeown, R.; Addy, C. & Cuffe, S., (2016). Frequency of Obsessive-Compulsive Disorder in a Community Sample of Young Adolescents. *Child Adolescent. Psychiatry*, 33, (6):782-791.
- Bennett, Sophie; Stark, Daniel; Shafran, Roz; Heyman, Isobel; Krebs, Georgina (2015). Evaluation of cognitive behaviour therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder in the context of tic disorders, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Available online 14 March 2015, In Press.
- Calley, G. (2016). Comprehensive program development in mental health counseling: Design, implementation, and evaluation. *Journal of Mental Health Counseling*. 31(1), 33-51.
- Campell, D. & Stanley, J. (1993). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. 6th ed, Chicago: Rand McNally & Company.
- Capuzzi, D. (2000) Counseling and Psychotherapy and Integrative Perspective. *Cognitive Therapy and Research*, 34(2), 199-212.

results from the national survey of American life, *Depression and Anxiety*, 25:993-1005.

- Herson, M., & Sledge, W. (2002). *Encyclopedia of Psychotherapy*. Elsevier Science.
- Ivarsson, T.; Skarphedinsson, G.; Kornor, H.; Axelsdottir, B.; Biedilae, S.; Heyman, I.; Asbahr, F.; Thomsen, P.; Fineberg, N. & March, J. (2015). The place of and evidence for serotonin reuptake inhibitors (SRIs) for obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents: Views based on a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 227(1),93–103.
- Jones, M. & Menzies, R. (1997). The cognitive mediation of obsessive-compulsive hand washing. *Behavior Research and Therapy*, 35, 843–850
- Krai, J. & Jotzman, K. (2011). Specificity & structure of obsessive –compulsive disorder symptoms. *Depression and Anxiety*, (25), 641-652.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (2007). *Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry. IV*. 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Keith, S. (2008). Comparison of (SSRI) and psychotherapy in the treatment of OCD. *British journal of psychiatry*, (173), 45-48.
- Keller, M. (2000). A Comparison of Nefazodone, the Psychotherapy, and Their Combination for the Treatment of Chronic Depression. *New England Journal of Medicine*, 342, 1422-1470.
- Leiman, M. & Stiles, W. (2002). *Integration of theory: Methodological issues*. New York : Wiley.
- Monson, C. (2016). Changes in social adjustment with cognitive processing theory. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 519-526.
- Norcross, J. (2005). *A Primer on psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.

-
- Rest, J. (1986). *Moral development: Advances in research and theory*. New York: Prager.
 - Salkovskis, P. (2014). Cognitive therapy of obsessive compulsive disorder: Treating treatment failures. *Behavioral psychotherapy*, 13,243-255
 - Smith, M. (2013). [Kurt Lewin, groups, experiential learning and action research](#). *The Encyclopedia of Informal Education*.
 - Tolin, D.; Hannan, M.; Diefenbach, W. & Brady, T. (2017). Randomized Controlled Trial of Self-Directed Versus Therapist-Directed Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder Patients. *Behavior Therapy*, 25, 26 – 78.
 - Tolin, D.; Abramowitz, J.; Hamlin, C.; Foa, E. & Synodi, D. (2012). Attributions for thought suppression failure in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy Research*, 26 (4), 505-517
 - Tuner, K. (2018). A Comparison if fluoxetine and flooding in the treatment of OCD, *Journal of Anxiety Disorders*, (7), 64-84.
 - Turner, S. & Biedel, K. (2014). Cognitive therapy with obsessive- compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 29,293-300.
 - Wilson, R.; Neziroglu, F.; Feinstein, B. & Ginsberg, R. (2014) A new model for the initiation of treatment for obsessive-compulsive disorder: An exploratory study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(4), 332–337.
 - Yoldascan, E.; Ozenli, Y.; Kutlu, O.; Topal., K. & Bozkurt, A. (2009). *Prevalence of obsessive- compulsive disorder in Turkish university students And assessment of associated factors*.