

فعالية برنامج قائم على كلٍ من اليقظة العقلية وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة رهاب النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة

د. محمد أحمد سيد خليل
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية بأسوان- جامعة أسوان

المستخلص

هدفت تلك الدراسة إلى التعرف على فعالية برنامج قائم على كلٍ من اليقظة العقلية وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى رهاب الانفصال عن الهاتف المحمول (النوموفوبيا) وذلك لطلاب الجامعة، ومعرفة مدى أثره بعد انتهائه وخلال مدة التدريب وخلال فترة المتابعة. واتبع الباحث المنهج التجريبي في دراسته الحالية ذي المجموعة الواحدة، حيث تكونت عينة الدراسة من ١٥٠ طالب وطالبة من طلاب كلية التربية بأسوان والمقيدين بالفرفرتين الثالثة والرابعة وذلك بمتوسط عمري ٢٠,٢٣، واستعان الباحث باستمارة جمع للمعلومات من إعداد الباحث، ومقياس رهاب الانفصال عن الهاتف المحمول (النوموفوبيا) من إعداد الباحث، والبرنامج القائم على كلٍ من اليقظة العقلية وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي من إعداد الباحث. وتوصلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج القائم على كلٍ من اليقظة العقلية وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى رهاب الانفصال عن الهاتف المحمول (النوموفوبيا) لدى طلاب الجامعة، وتم تقديم توصيات الدراسة وفقاً لنتائجها التي توصل إليها الباحث في دراسته الحالية.

الكلمات المفتاحية: رهاب الانفصال عن الهاتف المحمول (النوموفوبيا)، بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي، اليقظة العقلية.

**فعالية برنامج قائم على كل من اليقظة العقلية وبعض فنيات
العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة رهاب النوموفوبيا
لدى طلاب الجامعة**

**د. محمد أحمد سيد خليل
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية بأسوان- جامعة أسوان**

مقدمة:

أصبحت تكنولوجيا المعلومات والاتصالات جزءاً أساسياً في حياتنا اليومية، حيث لا يكاد يخلو منزل أو مؤسسة من استخدام أجهزة الحاسبات الذكية والمتمثلة في الحاسب الآلي والأجهزة اللوحية والهواتف الذكية، وبذلك أصبح استخدام التطبيقات الإلكترونية أمراً يسيراً على الفرد يساعده على تحقيق رفاهيته النفسية والمادية كالتواصل الاجتماعي ومعرفة ومتابعة الأحداث وغيرها، ولكن من جهة أخرى هناك عواقب سلبية بالطبع ترتبت على استخدام التكنولوجيا والدخول في العالم الشبكي بشكل عام و استخدام الهواتف الذكية بشكل خاص.

وكما توجد إيجابيات ظاهرة للتكنولوجيا، يظهر أيضاً الجانب السلبي لها في عدد من الاضطرابات النفسية المرتبطة بالعالم الشبكي أو السيبراني مثل إدمان الانترنت، والاستخدام المرضي والمشكل للإنترنت، واضطراب تصوير السيلفي، وإدمان التسوق عبر الانترنت، وإدمان الألعاب الإلكترونية، ورهاب فقدان الهاتف والذي يتمثل في الارتباط المبالغ بالهواتف الذكية مما يولد مشاعر القلق والضيق في حالة عدم التواصل مع الهاتف أو ما يعرف برهاب الانفصال عن الهاتف الذكي (No Mobile Phone Phobia (Nomophobia).

وهذا ما ذكره (Betoncu & Ozdamli, 2019) أن هناك أنواعاً كثيرة من الأمراض الرقمية ولعل أكثرها انتشاراً هو رهاب الانفصال عن الهاتف الذكي (النوموفوبيا)، ويعد مصطلح النوموفوبيا مشتقاً من No Mobile Phone Phobia ليكون كلمة

Nomophobia وقد تم تقديم مصطلح النوموفوبيا لأول مرة في دراسة أجرتها إدارة البريد في إنجلترا عام ٢٠٠٨ حيث وجدت أن نصف موظفيها البالغ عددهم ٢١٠٠ موظف يعانون من اضطراب النوموفوبيا.

وتؤكد سامية محمد (٢٠٢٠) أن النوموفوبيا يعتبر رهاب العصر الحديث الذي انتشر في حياة الأفراد نتيجة التفاعل المبالغ مع الهاتف الذكي، وقد ارتبط الاستخدام المفرط لهذه الهواتف بالإدمان و الاستخدام المشكل والمرضي لها مما يتسبب بدوره في القلق والاكتئاب والخوف الناشئ عن الانفصال عن الهاتف الذكي، وينظر للنوموفوبيا على أنها حالة من التشويش الذهني والاضطراب الواضح بسبب انقطاع الأفراد عن التقنيات الرقمية بكل أنواعها خاصة الهاتف الذكي (انشرح الشال، ٢٠١٥).

و في إطار ذلك أوضح أحمد الليثي (٢٠٢٢) أن نسيان الهاتف في المنزل يشعر الفرد بفقدان الحماس في العمل، وتعكر المزاج، وعدم القدرة على أداء مهام الحياة اليومية حتى يعود إلى منزله ويسترد هاتفه مرة أخرى، ولقد أوضح Yildirim & Correia (2015) بأن هناك أربعة أبعاد للنوموفوبيا: الأول: عدم القدرة على التواصل Not being able to communicate، الثاني: عدم القدرة على الوصول للمعلومات Not being able to access information، الثالث: فقدان الاتصال بالشبكة Losing connectedness، الرابع: التخلي عن الراحة والملاءمة Giving up convenience .

وهذا ما أكدته دراسة Betoncu & Ozdamli, (2019) في الأعراض التفصيلية للنوموفوبيا والتي تتمثل في: استخدام الهواتف الذكية بانتظام وقضاء الكثير من الوقت عليها، امتلاك جهاز واحد أو أكثر والاحتفاظ بأجهزة الشحن بشكل دائم، الشعور بالقلق في حالة فقدان الهاتف المحمول أو الابتعاد عنه وعدم القدرة على تحديد موقعه والخروج من منطقة التغطية ونفاذ البطارية، تجنب المواقع والأماكن التي لا يسمح فيها باستخدام الهواتف المحمولة، التحقق بشكل متكرر من شاشة الهاتف، إبقاء الهاتف المحمول مفتوحاً على مدار اليوم، النوم بالهاتف المحمول ووضعه على السرير، إبقاء التفاعل الاجتماعي وجهاً لوجه محدوداً لأنه يسبب القلق والتوتر وتفضيل التواصل بالتكنولوجيا الحديثة، والمعاناة من التكاليف والديون الباهظة بسبب استخدام الهواتف الذكية، ولعل ما ظهر من سلبيات النوموفوبيا استدعى الباحثين والعلماء إلى البحث عن مجالات التدخل الإرشادي والعلاجي.

وفي هذا السياق أكدت دراسة (Alidina, 2020) بأن الفرد الذي يتمتع بمستويات يقظة عقلية مرتفعة يدرك كيف يعيش اللحظة الراهنة بطريقة ممتعة، وفي هذا الصدد أشار (Wang et al., 2019) بأن هناك العديد من التدخلات العلاجية الإرشادية التي ومن الممكن أن تستخدم في خفض استخدام الهاتف المحمول وما يرتبط به من مشكلات، حيث أكدت الدراسات السابقة والبحوث والأطر والكتابات النظرية بأن استخدام ممارسات اليقظة العقلية تعمل على خفض الوقت الذي يستغرقه الفرد في استخدام هاتفه النقال.

وقد ذكر (Sakiroglu et al., 2017) بأن هناك علاقة سالبة بين اليقظة العقلية والنوموفوبيا، حيث كلما ارتفعت مستويات اليقظة العقلية انخفضت معها مستويات النوموفوبيا، كما أن اليقظة العقلية لها تأثير كمتغير وسيط في العلاقة بين النوموفوبيا والتحصيل الأكاديمي لدى الأفراد، كما أكدت نتائج دراسة (Arpaci et al., 2019) بأن مستويات النوموفوبيا تنخفض لدى الأفراد ذوي اليقظة العقلية المرتفعة كونهم على وعي تام وانتباه جيد تجاه تفاعلاتهم الاجتماعية والمواقف التي يمروا بها، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Pang et al., 2020) التي أكدت على أنه كلما ارتفعت مستويات اليقظة العقلية انخفضت مستويات اعتماد الفرد على الهاتف النقال والتعلق به.

ويعد الإرشاد النفسي وفقاً لتعريف الرابطة الأمريكية لعلم النفس APA بأنه عملية مساعدة الفرد للتغلب على المعوقات ومساعدتهم لتحقيق النمو الأمثل لمصادرهم الشخصية، وهو يعد عبارة عن مجموعة من ممارسات التدخل التي تستخدم لتيسير ارتقاء الأفراد والجماعات في اتجاه تنمية وعيهم وقدراتهم في التعامل مع الحياة ومشكلاتها، ومن أهم ممارسات الإرشاد يأتي الإرشاد العقلاني الانفعالي، وقد تنوعت فنياته كما وضحتها سميرة شند، ومجدي الدسوقي (٢٠٠٣)، (Ellis & Maclaren, 1998) في الفنيات المعرفية التي تتمثل في الدحض، الإقناع، الواجبات المعرفية، إعادة الصياغة، ومهاجمة الأفكار غير العقلانية، وتمثلت الفنيات السلوكية في تعديل السلوك المضطرب في التوكيدية، والنمذجة، ولعب الأدوار، وقد أوضحت نتائج دراسة عبد العزيز محمود (٢٠٢٠) عن فعالية البرامج القائمة على الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة.

وفي ضوء ما تقدم، جاءت الدراسة الحالية كمحاولة للتعرف على فعالية برنامج قائم على كل من اليقظة العقلية وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة، ومعرفة أثره بعد انتهائه وأثناء فترة التدريب.

مشكلة الدراسة:

تتبلور مشكلة الدراسة الحالية من خلال محورين: المحور الأول: تباين نسب انتشار النوموفوبيا بين البالغين (تم التأكد من نسب انتشار الرهاب لدى عينة من مجتمع الدراسة من خلال دراسة استطلاعية قام بها الباحث)، والثاني: دور اليقظة العقلية و بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة.

بالنسبة للمحور الأول: تباين نسب انتشار النوموفوبيا بين البالغين: تباينت نسب انتشار النوموفوبيا بين البالغين من مجتمع لآخر، ففي دراسة أجراها Adnan & Gezgin (2016) للتحقق من انتشار رهاب الانفصال عن الهاتف الذكي لدى عينة من طلاب الجامعة بتركيا، حيث تكونت عينة الدراسة من ٤٣٣ طالب جامعي تركي، أشارت النتائج إلى أن مستويات النوموفوبيا وصلت لدرجة فوق المتوسط، ولم يتم التعرف على أي فروق ترجع للجنس أو مدة امتلاك الهاتف الذكي.

كما أوضحت نتائج دراسة Sharma et al., (2015) والتي أجريت على طلاب السنة الثالثة من كلية الطب شمال الهند على عينة قوامها (١١٨) مشاركاً منهم (٦٥) مشاركة من الإناث بأن: ٧٣% من الطلاب كانوا يعانون من اضطراب النوموفوبيا، ٢١% من ذوي اضطراب النوموفوبيا واجهوا نوبات من الهياج، ٨٣% واجهوا نوبات هلع عندما لم يجدوا هواتفهم في أماكن المعتادة، كما عانى ٦١% من الطلاب من الصداع والخمول كأثار جانبية للاضطراب، مما أدى إلى أن ٦١% من الطلاب لجأوا إلى شحن خدمات الإنترنت مرة واحدة شهرياً، ٢٨% كانوا يشحنون الخدمة مرتين شهرياً، ١١% أكثر من ثلاث مرات شهرياً.

وفي دراسة Kaminski, (2015) كان رد المفحوصين على سؤال كيف كنت تشعر عندما لم تجد هاتفك في المكان المخصص له: ٧٣% واجهوا الزعر والهلع، ٧% واجهوا الإعياء، ١٤% واجهوا مشاعر اليأس، ٦% شعروا بالراحة، أما الدراسة التي أجرتها Secur Envoy, (2012) قد أظهرت نتائجها أن الإناث يشعرون بقلق الهاتف بمعدل أعلى

من الرجال بنسبة ٦٠% إلى ٧٠% على الرغم من كون الذكور هم الأكثر احتمالاً لامتلاك أكثر من هاتف، وفيما يخص انتشار النوموفوبيا تبعاً للعمر فإن الفئة العمرية من (١٨-٢٤) عاماً هي الأكثر عرضة للنوموفوبيا، بينما تأتي الفئة العمرية من (٢٥-٣٤) عاماً في المرتبة الثانية بنسبة ٦٨%، كما جاءت الفئة العمرية (٥٥) عاماً فما فوق في المرتبة الثالثة.

كما كشفت نتائج دراسة Yildirim & Correia, (2015) أن طلاب الجامعات أظهروا مستويات مرتفعة من النوموفوبيا خاصة في بعدي عدم القدرة على التواصل، وعدم القدرة على الوصول للمعلومات، كما أظهرت النتائج أيضاً أن الذكور معرضين للنوموفوبيا بشكل أعلى مقارنة بالإناث، حيث وجد أن ٥٨% من الذكور و ٤٨% من الإناث شعروا بالقلق من نفاد البطارية وانقطاع شبكة الاتصال وبمرور خمس دقائق يقومون بفحص ما إذا كانت هواتفهم تعمل أم لا وما إذا كانوا قد تلقوا أي مكالمات أو رسائل، وقد وجدت نتائج الدراسة أن المشاركين قاموا بفحص هواتفهم فيما يعادل ٣٤ مرة في المتوسط، هذا وقد أثبتت نتائج دراسة Farooqui et al., (2018) أن النوموفوبيا تؤدي إلى تغيرات كبيرة في سلوك الفرد وانفعالاته كالاكتئاب والهلع والرفض والاعتمادية وتقدير الذات المنخفض والوحدة النفسية وقد أجريت الدراسة على عينة قدرها ١٤٥ طالباً في مدينة بون في الهند منهم ١٧,٩% لديهم الاضطراب بمعدل بسيط، و ٦٦% بمعدل متوسط، و ٢٢,١% بمعدل شديد. كما قام Akhoro, (2019) بدراسة للتحقق من معدل انتشار النوموفوبيا بين عينة من الطلاب المعلمين في تركيا، وذلك على عينة مكونة من (٤٥٨) طالب معلم، وأشارت النتائج إلى أن ٥٥% منهم يواجهون معدلات متوسطة من النوموفوبيا، و ٢٢,٥% يواجهون مستويات شديدة من الاضطراب، كما أشارت النتائج إلى أن انتشار النوموفوبيا لدى الإناث أعلى من انتشارها لدى الذكور مع عدم وجود فروق تتعلق بالعمر، كما أوضحت نتائج الدراسة أيضاً أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين النوموفوبيا وعامل الانبساطية وعلاقة سلبية مع عامل المقبولية.

أما عربياً فقد أجريت دراسة فواز المومني، و شيرين العكور (٢٠١٧) بهدف الكشف عن مدى انتشار رهاب الانفصال عن الهاتف الذكي لدى طلبة جامعة اليرموك، بالإضافة إلى الكشف عن القدرة التنبؤية للعوامل الديموغرافية المؤثرة (النوع، الكلية، عدد سنوات امتلاك الهاتف، طبيعة السكن ومكانه، السنة الدراسية للطلاب) في انتشار النوموفوبيا،

وتكونت عينة الدراسة من (١٤٢٥) طالباً وطالبة، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى انتشار الرهاب بنسبة ١٥,٣٧%، مع وجود أثر نسبي لسنوات امتلاك الهاتف الذي يظهر في علاقة طردية مع ظهور الرهاب ووجود أثر نسبي للجنس لصالح الإناث مقارنة بالذكور، مع عدم وجود أثر للعوامل الديموغرافية التي حددتها الدراسة.

في حين توصلت نتائج دراسة هالة محمد (٢٠١٩) إلى وجود مستوى مرتفع من النوموفوبيا لدى طلبة جامعات قطاع غزة بمعدل ٦٥,٧%، وقد أثبتت نتائج الدراسة وجود علاقة طردية قوية بين النوموفوبيا والاعترا ب النفسي وعلاقة متوسطة بين النوموفوبيا والقلق الاجتماعي، كما أجريت دراسة (Alwafi et al., 2022) على عينة قوامها (٥١٩١) مشارك من خلال استطلاع عبر الإنترنت، حيث أظهرت النتائج أن ٢٦,٥% كانوا يعانون من القلق ويتعاطون له علاجاً، وقد تم تشخيص ٥١,٢% باضطراب الاعتماد على الهاتف المحمول، وأظهرت نتائج الفحص أن الفئة الأعلى من ٣٠ عاماً أقل عرضة للاعتماد على الهاتف الذكي والتعلق به مقارنة بالفئة تحت الثلاثين عاماً، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن المتزوجين والإناث أقل عرضة لهذا الاضطراب، وأن نسبة انتشار النوموفوبيا في المملكة العربية السعودية والأردن تمثل ٥١,٢%.

وعلى الرغم من أن نسبة انتشار النوموفوبيا لدى البالغين هي النسبة الأكبر، إلى أن الاضطراب ينتشر بين الفئات الأصغر عمراً، حيث هدفت دراسة محمد قاسم (٢٠١٧) إلى الكشف عن معدل انتشار الخوف المرضي من فقدان الهاتف لدى الأطفال والمراهقين، ومدى ارتباط الإدمان السلوكي للهاتف المحمول بالخوف المرضي من فقدانه، وذلك على عينة مكونة من ٣٣٥ طالباً ممن يمتلكون هواتف محمولة، تراوحت أعمارهم بين (١٠-١٥) عاماً، بمتوسط عمري قدره ١٣,٢ عاماً للذكور، و ١٣,٩ عاماً للإناث، واعتمدت الدراسة على استخدام استبانة استخدام الهاتف المحمول المكونة من استبانتين فرعيتين الأولى لقياس الإدمان السلوكي على استعمال الهاتف، والثانية لقياس الخوف المرضي من فقدانه، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن نسبة تفوق متوسط عينة الدراسة يشعرون بالقلق من عدم وجود إمكانية تصفح البريد، أو الانقطاع عن الشبكة والحصول على بيانات منها عند عدم وجود الهاتف معهم، كما توصلت النتائج إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين الإدمان السلوكي على استعمال الهاتف والخوف المرضي من فقدانه ($r = ٠,٧٨٤$)، وظهر أن كلا المتغيرين يظهر

بمعدل أعلى لدى الذكور عنه لدى الإناث، ولدى المراهقين بنسبة أعلى عنه لدى الأطفال الأصغر سناً.

ونتيجة لتزايد نسب انتشار النوموفوبيا تم اقتراح إدراج اضطراب النوموفوبيا في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5) بحجة تزايد تواتر النوموفوبيا كنوع من الرهاب الشديد الذي يسبب القلق والعديد من المشكلات النفسية الشديدة (Kusco et al., 2021)، وعلى الرغم من الخوف من تحول النوموفوبيا لنوع جديد من الإدمان السلوكي إلا أنه لم يدرج بعد كاضطراب فعلي في الدليل (سامية محمد، ٢٠٢٠).

وفي سبيل التحقق من وجود النوموفوبيا لدى بعض طلاب جامعة أسوان، قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية للتحقق من وجود ذلك الاضطراب لديهم، حيث تم تطبيق استطلاع رأي على عدد (١٦٣) طالباً وطالبة بكليات الجامعة المختلفة للفرقتين الثالثة والرابعة، وقد تمت الاستعانة ببعض عبارات مقياس النوموفوبيا (اضطراب الخوف من فقدان الهاتف النقال) إعداد الباحث (٢٠٢٥)، بالإضافة إلى بعض العبارات المرتبطة بتحديد وملاحظة مستوى اليقظة العقلية لدى طلاب الجامعة، وتوصلت نتيجة الاستطلاع إلى نسب مئوية مرتفعة في عباراتها التي تؤكد على ارتفاع مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة، حيث تراوحت النسب المئوية بين (٥٨ - ٨٢) %، إضافةً إلى نسب مئوية منخفضة في الكشف عن مستوى اليقظة العقلية لديهم، وهو ما يتفق ونتائج الدراسات السابقة والتي أكدت على العلاقة السلبية بين انخفاض مستوى اليقظة العقلية وارتفاع مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة، وهو ما سوف يوضحه الباحث في إجراءات الدراسة وتحديداً في اختيار عينة الدراسة

بالنسبة للمحور الثاني: وهو دور اليقظة العقلية و بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة، فقد أشارت نتائج دراسة (Arpaci et al., 2017) بأن هناك تأثير جيد لليقظة العقلية في خفض النوموفوبيا، ولهذا يجب على الدراسات المستقبلية اختبار فعالية العلاج القائم على اليقظة العقلية في خفض النوموفوبيا، وهو ما تؤكدته نتائج الدراسات السابقة والبحوث والكتابات النظرية في فعالية ممارسات اليقظة العقلية المتعددة والقائمة على التأمل، والتدريب على المكونات الرئيسية

اليقظة العقلية كالوعي بالذات والآخرين، والقبول، وعدم الحكم، ودورهما في خفض مستوى النوموفوبيا، وأيضاً التأكيد على العلاقة السالبة بين ارتفاع مستويات اليقظة العقلية وانخفاض مستوى النوموفوبيا، وتوصيات بعض الدراسات -كما عرض الباحث سابقاً- في أهمية تقديم دراسات مستقبلية تؤكد وتوضح دور ممارسات اليقظة العقلية في خفض مستوى النوموفوبيا لدى الأفراد عامة ولدى المراهقين بصفة خاصة، مع توضيح ندرة الدراسات العربية - على حد علم الباحث - وقلتها في فعالية اليقظة العقلية وممارساتها في خفض مستوى النوموفوبيا. في حين ذكر Wang et al., (2019) بأن هناك العديد من التدخلات العلاجية التي تستخدم في خفض استخدام الهاتف النقال المشكل وما يرتبط به من مشكلات كالتدخلات المعرفية- السلوكية، كما أن استخدام ممارسات اليقظة العقلية أيضاً يساعد ويساهم على خفض الوقت الذي يستغرقه الفرد في استخدام هاتفه النقال ومن ثم خفض الاعتماد المفرط عليه، وأيضاً ندرة الدراسات التي استخدمت كلاً من ممارسات اليقظة العقلية والتدريب على مكوناتها وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي - على حد علم الباحث- في خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة.

وفي ضوء العرض السابق، يمكن صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي التالي: "ما فعالية برنامج قائم على اليقظة العقلية وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة؟".

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على فعالية برنامج قائم على اليقظة العقلية وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة، ومعرفة أثر البرنامج أثناء فترة التدريب وبعد انتهائه وخلال فترة المتابعة.

أهمية الدراسة:

تمثلت أهمية الدراسة الحالية على المستويين النظري والتطبيقي في كونها: ١- تتناول أحد الموضوعات البحثية الحديثة (رهاب الانفصال عن الهاتف الذكي)، خاصة وأنه رهاب له العديد من الآثار السلبية على النواحي الأكاديمية والصحية والنفسية، كما حاولت الدراسة من خلال العرض الخاص بالأطر والكتابات النظرية إلقاء الضوء على

- السمات الشخصية لطلاب الجامعة المصابين بالنوموفوبيا مما يفيد في التعرف على الفئة الأكثر قابلية للإصابة بهذا الاضطراب.
- ٢- قدمت أداة لتشخيص النوموفوبيا، مما قد يفيد العاملين في المجال النفسي والتربوي في التنبؤ بهذا الرهاب مستقبلاً.
- ٣- زودت المرشدين والأخصائيين والمربين بالأسباب والعوامل النفسية المسببة لإدمان الهاتف الذكي والخوف من فقدانه
- ٤- قدمت برنامجاً يشمل كل من التدريب على اليقظة العقلية بممارساتها ومكوناتها المتعددة، وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي بهدف خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة، وهذا بسبب ندرة البرامج عربياً في هذا المجال - على حد علم الباحث- مما يجعله برنامجاً ذات أهمية علمية فيما بعد بسبب تطور النوموفوبيا ومالها من آثار سلبية متزايدة.

مصطلحات ومفاهيم الدراسة:

• النوموفوبيا:

عرفه Yildiz, (2018) بأنه خوف غير مبرر يحدث للفرد عندما يتعذر عليه الوصول للهاتف النقال، أو حالة مرضية- نفس اجتماعية- تشير للخوف من عدم الوصول للهاتف النقال، مما يترتب عليه آثار صحية ونفسية ضارة. وتعتبر النوموفوبيا اضطراب سلوكي بدأ في التطور في القرن الحادي والعشرين في صورة متلازمة ناتجة عن الاستخدام الإشكالي للوسائط الرقمية بكافة أنواعها والهاتف الذكي على وجه الخصوص.

ويعرفه الباحث إجرائياً بأنه " الخوف والقلق الناتج عن الانفصال عن الهاتف الذكي ويشمل ثلاثة أبعاد: "عدم القدرة على التواصل (مع الآخرين- المعلومات)، البحث عن المتاعب والتخلي عن الراحة، وفقد وسائل الترفيه"، ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها الطالب في المقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

• اليقظة العقلية:

عرفها Pratscher et al., (2019) بأنها قدرة الفرد على الوعي بذاته وبالأخرين في اللحظة الراهنة، مع قبول الخبرات والتجارب والتفاعلات ونتائجها التي يمر بها الفرد دون الحكم عليها أو التفاعل معها، بالإضافة إلى استخدام بعض الممارسات التي تصل بالفرد

إلى التوافق النفسي والتخلص من بعض السلوكيات المشككة، وهذا التعريف هو ماسوف يتبناه الباحث في دراسته الحالية.

• فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

وعرفها الباحث إجرائياً بأنها عبارة عن فنيات تتبع المنحى المعرفي السلوكي وتهدف إلى خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة، وتتمثل هذه الفنيات في الحوار والمناقشة، تعديل السلوك، التنفيس الانفعالي، الواجبات المنزلية، الدحض والإقناع، وبعض الفنيات الأخرى.

• البرنامج القائم على اليقظة العقلية وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

هو عبارة عن مجموعة من الجلسات مقسمة إلى ثلاث مراحل وهم الإعداد والتهيئة، والتدريب، وإعادة التدريب، وتشمل مرحلة إعادة التدريب محورين أولهما استخدام ممارسات التأمل المرتبطة باليقظة العقلية والتدريب على مكونات اليقظة العقلية من الحضور، والوعي بالذات وبالأخرين، والقبول وعدم الحكم، وعدم التفاعل، وثانيهما هو استخدام وتطبيق الفنيات السلوكية المعرفية بهدف تغيير بعض الأفكار غير المنطقية والمرتبطة باستخدام الهاتف الذكي مثل فكرة أن التواصل لا يمكن وأن يتم مع الآخرين إلا من خلال الاستعانة بالهاتف الذكي وغيرها من الأفكار، إضافة إلى إقناع طلاب الجامعة أفراد العينة التجريبية بالآثار السلبية المترتبة على النوموفوبيا من خلال جميع الجوانب والاتجاهات، ومن ثم خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة، وهذا هو التعريف الذي تبناه الباحث في دراسته الحالية.

الإطار النظري ودراسات سابقة:

أولاً: النوموفوبيا:

١. تعريف النوموفوبيا:

ظهر مصطلح النوموفوبيا لأول مرة في الأدبيات النفسية من خلال الدراسة التي أجراها مكتب البريد في المملكة المتحدة عام ٢٠٠٨ للتحقيق في القلق المتزايد الذي يعاني منه مستخدمو الهواتف الذكية، حيث أجريت الدراسة على أكثر من ٢١٠٠ موظف، وتوصلت النتائج إلى أن ٥٣% من مستخدمي الهواتف المحمولة يعانون من رهاب الانفصال عن الهاتف الذكي، وأن ما يعادل ٥٨% من المشاركين الذكور و ٤٨% من المشاركات

الإناث يشعرون بالقلق عند عدم تمكنهم من استخدام الهاتف الذكي & Betoncu (2019) Ozdamli، وتعد دراسة King et al., (2010) أولى الدراسات البحثية التي قدمت تعريفاً للنوموفوبيا بأنه اضطراب القرن الحادي والعشرين المرتبط بالتقنيات الحديثة والذي يشير إلى عدم الراحة والشعور بالقلق عند ضعف أو انعدام الاتصال بالهاتف الذكي، كما أنه الخوف من فقدان الاتصال بشبكة الإنترنت والابتعاد عن الهاتف المحمول وانعدام التواصل التكنولوجي، وهو ما يتفق و ما ذكرته صحيفة International Business Times (2013) الهندية بأن النوموفوبيا تعبر عن القلق الذي يواجهه الأفراد عندما يتعذر الحصول على إشارة أو عند نفاذ البطارية، أو عند نسيان أخذ الهاتف معهم عند الخروج أو ببساطة عندما لا يتلقون مكالمات أو رسائل نصية أو أي إشعارات بالبريد لفترة من الوقت؛ ببساطة إنه خوف نفسي من فقدان الهاتف أو فقدان الاتصال به.

كما عرفه Bragazzi & Puente, (2014) بأنه مجموعة من المؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات الخوف من فقدان الهاتف لدى الفرد، سواء أكان بنسيانه أو تعطله عن العمل أو الاتصال، والذي قد يسبب حالة من عدم الارتياح والقلق والعصبية والخوف الناجم عن ذلك عند المستخدم، وقد عرفها Wang et al., (2014) بأنها مشاعر الانزعاج والقلق والعصبية والضيق التي تتجم عن عدم الاتصال بالهاتف المحمول، بل قد تسبب تفكيراً انتحارياً، في حين أشار Chandak et al., (2017) إلى النوموفوبيا على أنها الخوف المعاصر من عدم القدرة على التواصل عبر الهاتف المحمول، وتعني حرفياً الفوبيا الناتجة من عدم وجود الهاتف، والخوف من التواجد خارج نطاق الاتصال الهاتفي سواء في حالة عدم تواجد اتصال بالشبكة، أو نفاذ رصيد الهاتف، أو شحن البطارية، مما يؤدي بالشخص إلى الإحساس بالقلق، ونقص التركيز، وتعتبر النوموفوبيا نوع من أنواع الرهاب الظرفي.

كما رأى Yildiz, (2018) بأنه خوف غير مبرر يحدث للفرد عندما يتعذر عليه الوصول للهاتف النقال، أو حالة مرضية- نفس اجتماعية- تشير للخوف من عدم الوصول للهاتف النقال، مما يترتب عليه آثار صحية ونفسية ضارة، وتعتبر النوموفوبيا اضطراب سلوكي بدأ في التطور في القرن الحادي والعشرين في صورة متلازمة ناتجة عن الاستخدام

الإشكالي للوسائط الرقمية بكافة أنواعها والهاتف الذكي على وجه الخصوص (Garcia, 2020).

في حين أشار Fiorinelli et al., (2021) إلى النوموفوبيا بأنها الخوف الذي لا يمكن السيطرة عليه من عدم القدرة على البقاء متصلاً بشبكة الهاتف الذكي، في حين يرى Lin et al., (2021) أن النوموفوبيا عبارة عن قلق نفسي ينتج عن الاستخدام المفرط والمشكل لتقنيات الهاتف الذكي حيث تعبر النوموفوبيا عن الخوف القسري (الإلزامي) وغير العقلاني عندما يكون الهاتف المحمول بعيداً عن المتناول أو خارج نطاق الشبكة، وهو ما يتفق ورؤية وتوجهات Kilinç et al., (2022).

ومما سبق: وبناء على التعريفات السابقة لرهاب الانفصال عن الهاتف الذكي (النوموفوبيا)، فإنه أمكن للباحث تعريفه إجرائياً على أنه " الخوف والقلق الناتج عن الانفصال عن الهاتف الذكي ويشمل ثلاثة أبعاد: "عدم القدرة على التواصل (مع الآخرين - المعلومات)، البحث عن المتاعب والتخلي عن الراحة، وفقد وسائل الترفيه"، ويقاس بالدرجة التي يحصل عليها الطالب في المقياس المستخدم في الدراسة الحالية.

٢. أعراض/ مظاهر النوموفوبيا:

أوضح Jilisha et al., (2019) بأن هناك عدة أعراض للنوموفوبيا منها فقدان التحكم Loss of control عند القيام بعمل مهم بمجرد سماع نغمة الهاتف، حيث يتوقف الفرد عن العمل لتفحص الرسائل والمكالمات الواردة وبسرعة، كما يعاني أحياناً من الحزن والإحباط Sadness and Frustration بمجرد نسيان الهاتف في المنزل، و قد يضطر إلى كونه اعتمادياً Dependency أو يلجأ أن يكون ذلك في أغلب الأوقات كاستعارة سيارة من صديق لإحضار الهاتف من المنزل مثلاً أو استعارة هاتف زميل له من أجل تفقد بريده الإلكتروني، وقد يواجه مشاعر كالقلق Anxiety حيث يشعر بالتوتر إذا ما لاحظ أن أصدقاءه قد شاهدوا رسائله ولم يقوموا بالرد عليها.

في حين حددت دراسة Pearson & Hussein, (2015) مجموعة مظاهر تم اعتمادها كمحكات لإدمان الهاتف الذكي ينبغي أن تتوافر منهم ثلاثة شروط وذلك لمدة لا تقل عن ستة أشهر وهي كالتالي:

أ- **الاستخدام المفرط:** يعني فقدان الإحساس بالوقت، وإهمال كافة الدوافع والحاجات الأساسية الأخرى.

ب- **الانسحاب:** يشير إلى مشاعر الحزن والاكتئاب في حال الانفصال عن الهاتف، أو انقطاع الاتصال بشبكة الإنترنت.

ج- **التحمل:** ويعني الحاجة إلى جهاز أو هاتف ذكي جديد وبإمكانيات أعلى وتطبيقات أفضل، وإمضاء فترة أطول في الاستمتاع به.

د- **الأثر السلبي:** يشمل كافة أنواع الكذب، والجدال، وضعف التحصيل، والإنجاز والعزلة الاجتماعية والضعف الجسدي كنوع من الآثار السلبية للنوموفوبيا.

ومن ثم يؤكد الباحث بعد الرجوع للدراسات النظرية والدراسات السابقة أن معظم الأفراد يعتقدون أن معدلات الاستخدام المرتفعة للهاتف الذكي قد تكون دلالة على وجود النوموفوبيا، ولكن المعدلات المرتفعة ليست كافية لاستنتاج وجود النوموفوبيا لدى الأفراد، وإنما ترتبط النوموفوبيا بارتفاع معدلات الاستخدام مقارنة بانخفاض الحاجة للهاتف، أي أن الفرد يستخدم الهاتف بكثرة دون أن يكون في حاجة إليه سواء في مجال العمل أو البحث أو الدراسة، ويهمل كافة أنشطة حياته الأساسية التي لاغنى عنها من أجل تكريس وقته لكافة تطبيقات الهاتف، مما يؤدي به إلى الشعور بالقلق والتوتر وتقلب المزاج عندما لا يستخدم الهاتف الذكي حتى وإن كان منشغلاً بأنشطة ومهام أخرى.

٣. أبعاد النوموفوبيا:

أوضح Yildirim & Correia, (2015) أن النوموفوبيا تتكون من أربعة أبعاد فرعية هي:

(أ) **البعد الأول:** عدم القدرة على التواصل *Not being able to communicate*: يشير هذا البعد إلى مشاعر فقدان الاتصال الفوري مع الأشخاص وعدم القدرة على استخدام الخدمات التي يتيحها الاتصال الفوري.

(ب) **البعد الثاني:** عدم القدرة على الوصول للمعلومات *Not being able to access*: يعبر هذا البعد عن مشاعر الانزعاج من فقدان الوصول الشامل للمعلومات الذي توفره الهواتف الذكية، كما يشمل عدم القدرة على استرداد المعلومات أو البحث عنها باستخدام الهواتف الذكية.

(ج) البعد الثالث: فقدان الاتصال بالشبكة *Losing connectedness*: يرتبط هذا البعد بمشاعر فقدان الاتصال الذي توفره الهواتف الذكية في كل مكان، والانفصال عن هوية الشخص عبر الإنترنت خاصة على وسائل التواصل الاجتماعي.

(د) البعد الرابع: التخلي عن الراحة والملاءمة *Giving up convenience*: يعكس هذا البعد المشاعر السلبية الناتجة عن التخلي عن الرفاهية التي توفرها الهواتف الذكية، كما يرتبط بالرغبة في الاستفادة من كافة المزايا التي يوفرها امتلاك الهاتف الذكي.

وقد انققت معظم الدراسات السابقة على ثلاثة أبعاد للنوموفوبيا هي: (١) عدم القدرة على التواصل: سواء كان تواصلًا اجتماعيًا مع العائلة والأصدقاء و المقربين من الفرد، أو تواصلًا مع العالم من حول الفرد كأن يفقد الاتصال بالعالم من حوله من خلال فقدان أو قصور الفرد على البحث عن المعلومات ومشاركتها مع الآخرين، وهذا يكون بسبب ضعف أو فقدان الاتصال بشبكة الانترنت بشكل أساسي، (٢) التخلي عن الراحة: ويعكس هذا البعد المشاعر السلبية وتقلبات المزاج التي يشعر بها الفرد عندما ينفصل عن هاتفه فيخل ذلك براحته واتزانته النفسي لأنه في حالة تعلق مرضي بالهاتف ولا يستطيع أن يتخيل يومه بدون، (٣) الدافع القهري: يعتبر هذا البعد بالغ الأهمية مقارنة بالأبعاد الأخرى-في حدود علم الباحث- لما له من دلالة على سلوكيات الفرد الإلزامية التي تجبره على البحث عن هاتفه كلما فقد في مكان ما، أو التفكير فيه وفي ما يوفره من رفاهايات، وهنا يكون الفرد في حالة تفكير قهري في الهاتف حتى وإن كان لا يستخدمه بشكل فعلي، إلى أن توصل الباحث إلى ثلاثة أبعاد بنى عليها مقياسه وهم عدم القدرة على التواصل مع الآخرين والوصول إلى المعلومات، والبحث عن المتاعب والتخلي عن الراحة، وفقد وسائل الترفيه.

٤. العوامل المؤدية إلى النوموفوبيا:

تعددت العوامل المؤدية للنوموفوبيا، وقد عرض لها الباحث من خلال مجموعة من الكتب والأطر والدراسات النظرية كالتالي:

أ- عوامل معرفية وأكاديمية:

أوضحت نتائج بعض الدراسات السابقة في علاقة النوموفوبيا بالتحصيل الأكاديمي وجود علاقة ثنائية الاتجاه بين النوموفوبيا والفشل الأكاديمي، حيث أن التحصيل الدراسي المنخفض يؤدي إلى انخراط الفرد في استخدام الهاتف بكثرة من أجل تجنب المشاعر

السلبية والواجبات والمسؤوليات المتعلقة بالحياة الأكاديمية (Kardefelt, W., 2014)، وعلى عينة مكونة من ٣١١ طالباً وطالبة في المستويات الأربعة بمرحلة البكالوريوس في جامعة نجران بالمملكة العربية السعودية، جاءت دراسة وائل بن ناصر، و أحمد محمد (٢٠٢٠) وذلك للبحث في العلاقة بين اضطراب النوموفوبيا والوظائف التنفيذية، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباط سلبي بين المتغيرين وذلك بسبب أن الوظائف التنفيذية تتضمن العمليات المعرفية التي تتحكم في الانتباه والذاكرة العاملة وصنع القرار وتعدد المهام وحل المشكلات، وهو ما يؤدي بدوره إلى تحدي اللجوء إلى التكنولوجيا والتعلق بالهواتف الذكية بشكل مرضي، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Essel et al., 2021).

بينما هدفت دراسة شيماء كمال (٢٠٢٢) إلى كشف العلاقة بين الاندماج الأكاديمي والنوموفوبيا من جهة واليقظة العقلية والنوموفوبيا من جهة أخرى، والتحقق من إمكانية التنبؤ بالنوموفوبيا من خلالهما، وذلك على عينة تكونت من ٤٠٠ طالب وطالبة من جامعة الأزهر، واستخدمت الباحثة مقاييس الاندماج الأكاديمي واليقظة العقلية والنوموفوبيا من إعداد: الباحثة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط سلبي بين اليقظة العقلية والنوموفوبيا من جهة، وارتباط سلبي بين الاندماج الأكاديمي والنوموفوبيا من جهة أخرى، كما أن المتغيرين يمكنهما التنبؤ بالنوموفوبيا سلبياً، حيث كلما ازداد معدل اليقظة العقلية للفرد أصبح أكثر وعياً بسلوكياته تجاه هاتفه الذكي مما يبعده عن الاستخدام السلبي والتعلق المرضي بالهاتف، كما أنه بازدياد اندماج الطالب في تحقيق الخبرة والنجاح الأكاديمي، يقل اعتماده وتعلقه بالهاتف حيث لا يجد الوقت والأهمية لذلك.

كما هدفت دراسة إسراء أحمد (٢٠٢٤) إلى الكشف عن العلاقة بين النوموفوبيا والأفكار الاجترارية لدى طلاب الجامعة، حيث تكونت عينة الدراسة من ١٩٨ مشاركاً (٧٦ ذكور، ١٢٢ إناث) من طلاب كلية الألسن وكلية الحاسبات والمعلومات بجامعة جنوب الوادي بالغردقة، وتراوحت أعمار المشاركين بين ١٨-٣٩ عام بمتوسط عمري قدره ٢٠,٥ عاماً، وانحراف معياري ٠,٦٩، وقد استخدمت الباحثة مقياس النوموفوبيا إعداد: (Yildirim & Correia, 2015 ترجمة الباحثة، ومقياس الأفكار الاجترارية إعداد: الباحثة، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط موجب دال إحصائياً بين النوموفوبيا والأفكار الاجترارية مع قدرتها على التنبؤ بالنوموفوبيا.

ب- عوامل نفسية:

وجد (Bianchi & Phillips, 2005) أنه توجد عدة عوامل نفسية منبئة بالاستخدام المشكل والسلبى للهاتف الذكي مثل صغر السن، النظرة السلبية للذات، انخفاض فعالية الذات، الاستثارة غير المنتظمة مثل الانبساطية العالية أو الانطوائية، الاندفاعية ومشاعر الإلحاح والسعي الحسي، وهو ما يجعل الباحث يوصي مستقبلاً بإعداد برامج تهدف إلى الوقاية من خطر التعرض للإصابة بالنوموفوبيا لدى المراهقين.

ومن جهة أخرى فإن Cheever et al., (2014) قد أثبتوا في دراستهم أن الإفراط في استخدام الهواتف المحمولة اللاسلكية يعتبر مشابه لأسلحة الدمار الشامل (WMDs) Weapons of Multi Distruction والذي ينطوي على شكل من أشكال التبعية النفسية، ومن أبرز سماتها القلق الناتج عن الانفصال عن هذه الأجهزة، وقد تناولت الدراسة القلق لدى عينة من المشاركين أعمارهم تراوحت بين ١٩-٥٧ عام، بمتوسط عمري (٢٤,٤٠)، وانحراف معياري (٦,١)، وتم استخدام قائمة القلق، واستطلاع استخدام الهواتف المحمولة اللاسلكية، وقامت بطلب إزالة الهواتف المحمولة لدى نصف المشاركين البالغ عددهم ١٦٣ مشارك، وقد أظهرت النتائج أن مستوى القلق لدى المشاركين كان يرتفع بشكل ملحوظ مقارنة بالنصف الثاني من المشاركين الذين لم يطلب منهم إزالة هواتفهم، وهذا ما يؤكد الدور الذي يلعبه الارتباط غير الصحي بالهواتف المحمولة والذي يؤدي إلى زيادة القلق بشكل تدريجي ملحوظ، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Lee et al., 2014) على أن هناك بعض السمات النفسية التي تنبئ بالاستخدام القهري للهاتف الذكي مثل وجهة الضبط، قلق التفاعل الاجتماعي، المادية والحاجة إلى اللمس؛ وقد بينت نتائج الدراسة هذه السمات كالتالي:

- **وجهة الضبط:** يقصد بها مدى قدرة الفرد على إدراك الأسباب و الدوافع خلف الأحداث في حياته، وقدرته على إحداث التغييرات وفق ما يؤمن به من معتقدات، حيث إن الفرد إذا أيقن أن حياته من صنع قراراته الخاصة و مجهوده الذي يبذله في حياته وفق قواه الداخلية (وجهة الضبط الداخلي) فإنه يتحكم في مصيره ويبذل كافة المساعي لتغيير واقعه وتحسينه، وعلى النقيض فإن الفرد إذا اعتقد أن حياته تسيطر عليها قوى خارجية مثل الحظ والأفراد المحيطين به، وهو لا يملك أدنى وسيلة للتحكم في حياته الخاصة (وجهة الضبط الخارجي)، فإنه يميل إلى الاستخدام القهري للهاتف.

- **الحاجة إلى اللمس:** تعتبر مفهوم متعدد الأبعاد يشمل بعدين أساسيين هما بعد عملي نفعي وبعد آلي لاشعوري، ويقصد به تفضيل استخراج المعلومات والتوصل إليها من خلال حاسة اللمس وتفضيل الاستفادة من المعلومات الحسية Peck& Childers (2003b); Peck& Childers, (2003a). وهذا ما أكدته Power (2010) بناءً على زيادة مبيعات الهواتف الذكية التي تعتمد على شاشات اللمس فقد أصبح استخدام هذه الهواتف مصدراً للرضا وإشباع الحاجة إلى اللمس مما يدعم الاستخدام القهري للهواتف الذكية.
- **المادية:** يقصد بها مدى كون الفرد يعتبر الممتلكات المادية مركزاً لحياته وهويته الشخصية، مما يترتب عليه اتجاه الأفراد إلى البحث عن آخر الإصدارات من الهواتف الذكية واعتبارها رمزاً للتملك والاستحواذ المادي، وبالتالي يدخل الفرد في دائرة الاستخدام القهري للهواتف الذكية ومتابعة كل جديد فيما يخصها (Chan, 2008).
- ومن الدراسات التي جاءت للكشف عن العوامل المؤدية لرهاب الانفصال عن الهاتف الذكي، دراسة Argumosa- Villar et al., (2017) وقد استهدفت الدراسة البحث في سمات الشخصية، العمر، والنوع كمنبئات بالنوموفوبيا باستخدام مقياس الانخراط في استخدام الهاتف الذكي (Walsh, Mobile Phone Involvement Questionnaire White, & Young, 2010)، وتكونت عينة الدراسة من ٢٤٢ طالباً إسبانياً (٤٦,٧% من الذكور، و ٥٣,٣% من الإناث) ممن تراوحت أعمارهم بين ١٨-٢٣ عاماً، وقد تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد للتوصل للنتائج، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن كون تقدير الذات، والانبساطية، وبقطة الضمير والاستقرار العاطفي منبئات بالنوموفوبيا.
- وعلى عينة مكونة من ٧٢٩ طالباً؛ ٣٦٨ (٥٠,٥%) من جامعة أنقرة بتركيا، و ٣٦١ (٤٩,٥%) من جامعة باكستان الإسلامية بدولة باكستان، تراوحت أعمارهم بين (١٨-٢٢) عاماً، هدفت دراسة Ozdemir et al., (2018) للتعرف على معدل انتشار اضطراب النوموفوبيا، وطبيعة علاقته ببعض المتغيرات النفسية (تقدير الذات، الشعور بالوحدة، والسعادة الذاتية)، تم دراسة تأثير كل بنية ومتغير نفسي بشكل مستقل على النوموفوبيا باستخدام نموذج تحليل الانحدار المتعدد، كما تم استخدام المنهج الوصفي المقارن، وقد

أسفرت نتائج تحليل الانحدار عن أن الوحدة كانت أكثر المتغيرات تأثيراً على النوموفوبيا، تليها السعادة الذاتية (ارتباط موجب)، ثم تقدير الذات (ارتباط سالب).

وجاءت دراسة ماري سامي (٢٠١٩) بهدف تحديد الديناميات المميزة للطالبات ذوات الاستخدام المشكل للهاتف المحمول، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن عدة عوامل نفسية كامنة وراء الاضطراب هي: (١) الخوف من الرفض والإهمال ونقص الرعاية والحب، (٢) الخوف من الفشل والتقدير المنخفض للذات، (٣) فقدان الثقة بالنفس والخوف من مواجهة الآخرين والتعرض للنقد، (٤) اللجوء لاستخدام الحيل الدفاعية، (٥) الحاجة للحرية بسبب وجود قيود ضاغطة، (٦) وجود أنا رافضة للواقع وتهرب منه، في حين هدفت دراسة فيفيان أحمد (٢٠٢٠) إلى فحص الدور الذي يلعبه انخفاض عامل المساندة الاجتماعية والنفسية وإدمان الإنترنت في التنبؤ بالنوموفوبيا لدى عينة من طلاب جامعة حلوان حيث كشفت نتائج الدراسة عن ارتباط سلبي بين المساندة الاجتماعية وإدمان الإنترنت والنوموفوبيا، وارتباط موجب بين إدمان الإنترنت والنوموفوبيا، وتبين أن انخفاض المساندة الاجتماعية وارتفاع معدل إدمان الإنترنت يعتبران منبئان بالنوموفوبيا.

وذكر Ruiz & Ana, (2022) بأنه يمكن التنبؤ بالنوموفوبيا من خلال بعض المتغيرات مثل العمر، الاندفاعية، العوامل الخمس الكبرى للشخصية، احترام الذات، التنظيم الذاتي، الذكاء العاطفي، الاكتئاب والقلق، والضغط، بل يمكن اعتبارهم منبئات بالنوموفوبيا وفي ضوء ذلك تم التوصل إلى أن العصابية والذكاء العاطفي هما أكثر المنبئات بالاعتماد على الهاتف الذكي.

كما أكدت دراسة هناء محمد (٢٠٢٣) إلى الكشف عن قدرة اختبار تفهم الموضوع للراشدين (T.A.T) في الكشف عن العوامل والأسباب الكامنة المهيئة والمرسبة التي تكمن وراء اضطراب النوموفوبيا، وذلك على حالة إكلينيكية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود عدة عوامل نفسية كامنة وراء النوموفوبيا هي: (١) اضطراب العلاقات الأسرية والعلاقات مع الآخرين، (٢) فقدان الشعور بالأمن، (٣) نقص الثقة في النفس، (٤) الشعور بالذنب والوحدة، (٥) التناقض الوجداني والشعور بالدونية، (٦) اللجوء إلى استخدام الحيل الدفاعية في حالات الصراع مما يعكس عدم استقرار الشخصية، (٧) الاكتئاب والاستسلام للواقع، في حين هدفت دراسة عزة حسن (٢٠٢٣) إلى تحديد النموذج البنائي لعلاقة اضطراب النوموفوبيا بكل من

اضطراب تصوير السيلفي والوحدة النفسية لدى طلاب التعليم الفني، وذلك على عينة مكونة من ٥٨٩ طالباً تابعاً للتعليم الفني بمتوسط عمري قدره ١٦,٩٥ عاماً، وقد لجأت الباحثة إلى إعداد مقاييس النوموفوبيا، وهوس السيلفي والوحدة النفسية للوصول إلى النتائج التالية: (١) يسهم اضطراب تصوير السيلفي بنسبة دالة إحصائية في التنبؤ بالنوموفوبيا (٢) يسهم الشعور بالوحدة النفسية في التنبؤ بالنوموفوبيا بدرجة أعلى من هوس السيلفي، (٣) يوجد تأثير سببي مباشر للنوموفوبيا على متغيري هوس السيلفي والوحدة النفسية.

وقد جاءت دراسة دينا علي (٢٠٢٣) للكشف عن العلاقة بين النوموفوبيا وكلاً من المرونة النفسية واليقظة العقلية لدى عينة من الشباب في مرحلة التعليم الجامعي، ومدى قدرة الأخيرين على التنبؤ بالنوموفوبيا، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين المرونة النفسية والنوموفوبيا، حيث تعمل المرونة النفسية على مساعدة الفرد على التكيف والتوافق مع ضغوطات الحياة بعيداً عن إدمان الهواتف الذكية وخفض التوتر من خلالها، كما توجد علاقة ارتباطية سالبة بين اليقظة العقلية والنوموفوبيا وذلك لكون اليقظة ترتبط بنقص الشعور بالملل والاندفاعية والاستخدام المشكل للهاتف الذكي، وهو من المعايير والاتجاهات التي سوف يبني عليها الباحث برنامجه في تدريب طلاب الجامعة على مكونات اليقظة العقلية لدى طلاب الجامعة والتي بدورها اذا ارتفع مستوى اليقظة العقلية لديهم انخفض تلقائياً مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة.

ج- عوامل اجتماعية وديموغرافية:

يؤكد Hoffmann, (2017) أن الأسباب الحقيقية لإدمان الهاتف الذكي والخوف من الانفصال عنه ليست بالضرورة أن تكون أسباباً نفسية موحدة بالنسبة لجميع الأفراد، بل قد تكون أسباباً اجتماعية ومنها الفوبيا الاجتماعية، الخوف من الوحدة، والرغبة في الانتماء لجماعة الأقران، وفي أغلب الحالات يصبح الهاتف الذكي علاجاً للقلق والوحدة وعدم القدرة على التعامل مع حالات الإحباط بشكل إيجابي.

وقد ارتبط رهاب الانفصال عن الهاتف الذكي بعدة عوامل قد ترجع في منشئها إلى الأسرة ونمط التفاعل السائد فيها ومن هذه العوامل الوحدة النفسية وخصائص الشخصية، حالة التقارب أو التوتر بين أفراد الأسرة، وكثافة الشبكة الاجتماعية (Gentina & Rowe, 2020)، كما أوضحت نتائج دراسة Scimeca et al., (2014) أن الأفراد الذين يعانون

من الإلكسيثيميا يواجهون صعوبة في التعبير عن المشاعر ومبادلتها مع الآخرين لذلك يقومون باستخدام الهاتف والإنترنت بشكل مبالغ لإشباع دوافعهم الاجتماعية مما يعد مصدر تعويض لهم.

وقد جاءت دراسة (Yildiz, 2018) من أجل التعرف على العوامل المنبئة بإدمان الهاتف الذكي والنوموفوبيا؛ وتوصلت نتائج الدراسة إلى مجموعة من العوامل المؤدية للنوموفوبيا والتي تزيد من فرص التعرض لها ومنها التقدم في العمر، وارتفاع مستوى دخل الأسرة، والمستوى التعليمي لأفراد الأسرة ومدى قدرتهم على التعامل مع التكنولوجيا الحديثة، كما أن النتائج أثبتت أن مستوى النوموفوبيا يعتبر أقل لدى طلاب المناطق الريفية مقارنة بطلاب المناطق الحضرية، كما هدفت دراسة هبة محمود (٢٠١٩) إلى التنبؤ بالنوموفوبيا (رهاب الانفصال عن الهاتف الذكي) في ضوء عدد من المتغيرات الشخصية (الاندفاعية، السعادة الشخصية، والوحدة النفسية)، وعدد آخر من المتغيرات الديموغرافية، حيث أوضحت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين درجات الطلاب في النوموفوبيا وفقاً لنمط استخدام الهاتف الذكي في مقابل من يستخدمون الهاتف في سبيل قتل الوقت والقضاء على الملل، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Goncalves et al., 2020) للتعرف على بعض العوامل النفسية المرتبطة بالنوموفوبيا؛ حيث توصلت نتائج الدراسة إلى أنه من العوامل المؤدية للنوموفوبيا متوسط عدد الساعات التي يقضيها الفرد في استخدام هاتفه المحمول، والوسواس القهري، واضطراب صورة الجسم، والشخصية الحساسة، وقلة عدد الأصدقاء، وقلة ممارسة التمارين الرياضية.

وبناء على ما تم عرضه من عوامل مرتبطة بالهاتف يمكن استنتاج أن العوامل التي أكدت عليها معظم الدراسات هي عوامل ذات منشأ نفسي اجتماعي بالدرجة الأولى وأهمها القلق/الرهاب الاجتماعي، أنماط التفاعل الضعيفة أو السلبية في نطاق الأسرة أو جماعة الرفاق، التقدير المنخفض للذات، العصابية، الوحدة النفسية، استخدام الحيل الدفاعية بشكل غير متزن لحل الصراعات ومواجهة مواقف الاحباط والضغوط، الأليكسيثيميا، وجهة الضبط الخارجي والتعرض للضغط المبالغ والمستمر من البيئة المحيطة. وعلى الرغم من وجود عدد من العوامل العقلية والأكاديمية التي ارتبطت بالنوموفوبيا إلا أن العوامل النفسية والاجتماعية تلعب الدور الرئيسي، لأنها تؤدي إلى الاستخدام غير المسئول/المبرر والانخراط المبالغ فيه

لتعويض جوانب النقص واشباع الحاجات المفقودة عند الفرد مثل الحاجة للتقدير، والحب، وتحقيق الذات والتعبير عنها دون التقيد بأي ضوابط.

٥. الآثار السلبية المترتبة على النوموفوبيا:

عرض الباحث الآثار السلبية للنوموفوبيا من خلال تعدد الدراسات والأطر والكتابات النظرية، وهذا من عدة مناحي وجوانب كالتالي:

■ المنحى الأول: جسدي/ صحي:

توصلت نتائج دراسة (Acharya et al., 2013) أن الاستخدام المفرط للهاتف الذكي له العديد من الآثار السالبة على الصحة مثل الصداع وسوء المزاج، ضعف التركيز، القلق، إجهاد العين، قلة النوم، وظاهرة الإبهام الرقمي. كما ينجم عنه عدد من التوابع على الصحة الجسدية حيث يؤدي إلى نقص الكتلة العضلية وزيادة الكتلة الدهنية للفرد بسبب قضاء معظم الوقت على الهاتف الذكي (Kim et al., 2015).

ومن ناحية أخرى فإن استخدام الهاتف الذكي بثبات في وضعية واحدة يسبب آلام في الظهر والرقبة (Shan et al., 2013; Xie et al., 2017). كما ذكر Yogesh et al., (2014) أن الاستخدام المطول للهاتف يؤدي إلى إحداث خلل وظيفي في اليد والتأثير بشكل سلبي على جودة النوم ونوعيته وغالباً ما يسبب الأرق، كما أثبتت نتائج دراسة Bhattacharya et al., (2019) أنه توجد عدة أعراض تظهر تباعاً لدى الأفراد الذين يعانون من النوموفوبيا ومنها القلق، تغيرات في عملية التنفس، الارتجاف والتعرق، الإحساس بالهياج والارتباك، وزيادة ضربات القلب.

■ المنحى الثاني: نفسي/ اجتماعي:

أوضح كل من (Dayapoglu et al., 2016)، (Lepp et al., 2014) أن الترددات العالية التي تسببها الهواتف الذكية تؤدي بدورها إلى اضطرابات عقلية تسبب نقص الرضا عن الحياة، وزيادة الشعور بالوحدة، كما أنها تؤدي إلى تجنب التفاعل المادي وجهاً لوجه وتفضيل التواصل عبر الإنترنت، ومن جهة أخرى فإن الاستخدام المفرط للهاتف الذكي يؤدي لانخفاض الأداء الأكاديمي مما يؤثر سلباً على الدراسة وكافة الأعمال الأخرى.

وفي حالة المراهقين فقد وُجد أن النوموفوبيا تؤدي بهم إلى مواجهة مشكلات على الصعيد الانفعالي ومستويات منخفضة في احترام وتقدير الذات، وضعف العلاقات

الاجتماعية، وقلة التواصل مع العائلة والأصدقاء (Lee et al., 2016)، ومع زيادة التوتر ينخفض مستوى ضبط النفس والتحكم فيها مما يؤدي بدوره إلى زيادة أخرى في إدمان الهاتف (Cho et al., 2017)، كما أثبتت نتائج دراسة (Nurwahyuni, 2018) أن النوموفوبيا يصاحبها عدة أعراض كالقلق والارتجاف، التعرق وعدم انتظام دقات القلب، تغيرات في عملية التنفس، الاكتئاب والزعزعة والخوف، الاعتماد وتدني تقدير الذات، الوحدة وانعدام الشعور بالأمن.

كما أن النوموفوبيا كانت قادرة على التنبؤ بالهشاشة النفسية، وجاء بعدي الاستخدام المرضي للهاتف الذكي، وفقدان الراحة كأكثر بعدين لهما القدرة على التنبؤ بالهشاشة النفسية، حيث إن الانشغال بالهواتف الذكية يضعف شبكة العلاقات الاجتماعية والروابط الأسرية ويجعل الطالبات يلجأن إلى إشباع احتياجاتهن النفسية والاجتماعية عبر الملفات الشخصية على وسائل التواصل الاجتماعي، كما يلجأن إلى الانغماس في عوالم افتراضية لا صلة لها بالواقع، مما يقلل الصلابة النفسية لديهم ويجعلهم عرضة للكسر وعدم القدرة على تحمل الضغوط والأزمات في أول تجربة حقيقية على أرض الواقع (سهير كامل، ٢٠٢٣).

■ المنحى الثالث: عقلي/ معرفي:

أوضحت نتائج دراسة (Nurwahyuni, 2018) أن الفرد المصاب بالنوموفوبيا قد يعاني من الاندفاعية بكل أنواعها وهي:

- أ- الاندفاع المعرفي: ويعني عدم قدرة الفرد على التركيز على الأنشطة التي يقوم بها.
- ب- الاندفاع الحركي: ويعني قيام الفرد بأنشطة بشكل مفاجئ أو دون تخطيط مسبق لها.
- ج- الاندفاع المرتبط بعدم التخطيط: وهو يشير إلى عدم القدرة على التفكير المطول والتخطيط للمستقبل.

أما دراسة جيهان محمد (٢٠٢٣) والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين النوموفوبيا وكلاً من القلق والأداء الأكاديمي، توصلت إلى وجود علاقة طردية قوية بين النوموفوبيا والقلق، فمع زيادة معدل الاضطراب يزداد شعور الفرد بالسلب والتوتر والقلق الزائد نتيجة الخوف من الانفصال عن الهاتف.

■ المنحى الرابع: أسري

سعت العديد من الدراسات لمحاولة البحث في تأثير النوموفوبيا على الجوانب والعلاقات الأسرية ومنها دراسة معاذ أحميدي (٢٠١٦)، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى التواصل الأسري والنوموفوبيا والعلاقة بينهما في ضوء متغيرات (عمر الزوج، مدة استخدام الهاتف، تفقد الزوج والزوجة للهاتف في اليوم، وعدد الأبناء)، وأشارت النتائج إلى أن مستوى التواصل الأسري كان مرتفعاً، ومستوى النوموفوبيا جاء بدرجة متوسطة، وقد تم التوصل إلى وجود تفاعل لا رتبي بين أبعاد مقياس النوموفوبيا تبعاً لاختلاف مستويات متغير (تفقد الزوجة للهاتف في اليوم) كما وجد أن هناك تفاعل بين متغير الزوجين معاً من حيث مستوى النوموفوبيا مع متغيرات (معدل استخدام الهاتف، تفقد الزوج والزوجة للهاتف في اليوم)، كما وجد فروق جوهرية ذات دلالة بين معاملي الارتباط الخاصين بالعلاقة بين التواصل الأسري والنوموفوبيا لدى الأزواج وفقاً لمتغير (عمر الزوج).

كما أجرت إيمان جمعة (٢٠١٩) بدراسة هدفت إلى البحث في طبيعة العلاقة الارتباطية بين النوموفوبيا وقلق الانفصال عن الأسرة لدى عينة من المراهقات، ومعرفة مدى احتمالية تعرض الأفراد للنوموفوبيا من خلال قلق الانفصال عن الأسرة، مع القيام بالدراسة الإكلينيكية على حالة طرفية لتوضيح ديناميات الشخصية لدى الطالبات مرتفعات النوموفوبيا (رهاب الانفصال عن الهاتف الذكي)، وقلق الانفصال عن الأسرة، وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرين كما أن قلق الانفصال يعتبر منبئاً بالنوموفوبيا وقد أكدت نتائج الدراسة الإكلينيكية نفس نتائج الدراسة السيكمترية حيث بينت ديناميات الشخصية للطالبات ذوات المستوى المرتفع من النوموفوبيا وأسفرت عن مستوى عالي من قلق الانفصال.

■ المنحى الخامس: أكاديمي/ دراسي:

أوضحت نتائج دراسة Dixit et al., (2010) أن الإفراط في استخدام الهاتف يعمل على تقليل الدافع للتعلم والنجاح الأكاديمي على حد سواء، كما أن إدمان الهواتف الذكية يؤدي إلى عواقب ضارة بالنسبة للمراهقين مثل الاضطرابات المعرفية والانسحاب من المدرسة (Gentina & Rowe, 2020)، كما أثبتت دراسة George & Odgers, (2015) أن التقنيات العديدة التي يوفرها الهاتف الذكي تتطوي على العديد من السلبيات رغم ما تقدمه من إمكانيات؛ حيث تثير سبعة مخاوف رئيسة وهي:

١. التمر الإلكتروني.
٢. المخاطر المحتملة على الأداء المعرفي.
٣. الفجوة بين الآباء والمراهقين.
٤. مشكلات تكوين الهوية/ تكوين صورة الذات.
٥. الالتماس أو التحريض عبر الإنترنت.
٦. مشكلات في العلاقات مع الأقران.
٧. جودة النوم.

وقد اهتمت العديد من الدراسات بهذا الجانب ومنها دراسة مروة صادق (٢٠١٩)، والتي هدفت إلى التعرف على الإسهام النسبي للنوموفوبيا في التسويف الأكاديمي والعلاقات الأسرية لدى الطلاب المعلمين بجامعة الفيوم والتي توصلت نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب والطالبات في النوموفوبيا والتسويف الأكاديمي في اتجاه الذكور، كما توصلت إلى أن النوموفوبيا تسهم في التنبؤ بالتسويف الأكاديمي والعلاقات الأسرية وهو ما يتفق ونتائج دراسة قيروان عبدالله، عيسى محمد (٢٠٢١).

وقد جاءت العديد من الدراسات السابقة لتؤكد على دور التدخل كمنحى علاجي للقضاء على الآثار السلبية المترتبة على النوموفوبيا أو التخفيف منها، ومنها دراسات عبد العزيز محمود (٢٠٢٠) والتي هدفت إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي لخفض النوموفوبيا وتنمية تقدير الذات لدى عينة من الشباب الجامعي، دراسة علي ثابت (٢٠٢١) التي هدفت إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي قائم على اليقظة العقلية في خفض أعراض النوموفوبيا لدى طلاب الدبلوم العام الملتحقين ببرنامج الدراسات التربوية بجامعة الأقصر، دراسة غادة كامل (٢٠٢٢) للتعرف على فعالية برنامج قائم على الإرشاد الانتقائي التكامل لخفض النوموفوبيا وتنمية الضبط الذاتي.

ومما سبق يرى الباحث أنه رغم العوامل المسببة للنوموفوبيا في مجملها نفسية/ اجتماعية المنشأ، إلا أن آثار الرهاب تتعدى ذلك لتشمل كافة جوانب الفرد الجسدية، العقلية، و الدراسية، وذلك لأن محاولة الاشباع التي يطمح لها الفرد تعتبر محاولة قاصرة لأنها لا تحقق الاشباع بمفهومه الكامل والصحيح، بل تعطى اشباعاً وقتياً وتؤدي إلى تزايد الرغبة تدريجياً في الحصول على الاشباع والمتعة التي يوفرها الهاتف الذكي مرة أخرى، مما يسبب

التعلق المرضي و الوصول إلى رهاب الانفصال عن الهاتف الذكي، وذلك ما يجعل سلبيات الهاتف أكبر من مزاياه.

٦. تشخيص النوموفوبيا:

حددت الجمعية الأمريكية للطب النفسي ثلاثة أنواع للفوبيا (الرهاب) وهي الرهاب الاجتماعي، ورهاب الخلاء، والرهاب المحدد (ويشمل خمسة أنواع فرعية) وهو الأكثر شيوعاً؛ حيث ينتج الخوف من كائن أو موقف معين يكون آمن نسبياً إلا أنه قد يتطور فيما بعد لأسباب غير محددة، ومن هنا نجد أن الرهاب الظرفي أو الموقفي هو أحد أنواع الرهاب الخمس المحددة في DSM-5، والتي تشمل رهاب رؤية الدم والإصابات والحقن-Blood (Injury-Injection)، رهاب الحيوانات، الرهاب الظرفي، رهاب البيئة الطبيعية، ورهاب تجنب المواقف المسببة للاختناق أو القيء، كما أن DSM-5 يحدد مجموعة من المعايير لتحديد وجود الرهاب من عدمه وهي: (١) وجود خوف شديد ينتج عن كائن أو موقف معين، (٢) التعرض له يسبب الهلع والقلق الشديد، (٣) التعرض لموضوع الرهاب يؤدي إلى التجنب أو الضيق في حالة لم يكن التجنب ممكناً (٤) لا يتناسب الخوف مع الموقف، (٥) لا بد أن يكون الخوف بشكل دائم لمدة لا تقل عن ستة أشهر على الأقل، (٦) يتسبب الخوف أو القلق من موضوع الرهاب في حدوث تدهور في المدرسة أو العمل أو العلاقات الشخصية والأسرة (٧) لا يمكن تفسير الخوف أو القلق بشكل أفضل من خلال مشكلة صحية أو عقلية أخرى (Enez, 2021).

وعلى الرغم من تواجد معظم هذه المعايير في رهاب الانفصال عن الهاتف الذكي (النوموفوبيا) فإن الفرصة لم تنتج بعد للاعتراف به ككيان تشخيصي قائم بذاته، إلا أن Bragazzi & Puente, (2014) أجريا دراسة قدما فيها مجموعة من المعايير التشخيصية للنوموفوبيا والتي اقترحا وضعها في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية- الطبعة الخامسة DSM-5:

- (١) وجود هاتف ذكي واحد على الأقل واستخدامه بانتظام.
- (٢) وجود بطارية احتياطية أو شاحن بسبب الاستهلاك السريع لشحن الهاتف.
- (٣) الإفراط في استخدام الهاتف الذكي مما يسبب فقدان الشعور بالوقت وتجاهل الأنشطة اليومية الأساسية.

- ٤) ظهور عدة أعراض انسحابية- عند فقدان الهاتف الذكي أو فقدان الاتصال بالشبكة- مثل مشاعر القلق والعصبية والاكتئاب.
- ٥) الانشغال بكل جديد في مجال التكنولوجيا الخاصة بالهواتف الذكية، والاحتفاظ بأكثر من هاتف ذكي في نفس الوقت مع ضمان وجود أكثر من شاحن للهاتف الذكي.
- ٦) تفضيل التواصل التكنولوجي عبر الإنترنت باستخدام الهاتف الذكي أكثر من التواصل الواقعي وجها لوجه.
- ٧) قلق رنين الهاتف Ring anxiety: أي القلق المترقب والمتكرر عند سماع أي نغمة رنين مشابهة لنغمة الهاتف الذكي الخاص بالفرد.
- ٨) الحرص على أن يكون الهاتف الذكي مفتوحاً طوال اليوم، بل وأثناء النوم.
- ٩) تفقد الهاتف بمجرد الاستيقاظ من النوم وحمله في كل مكان حتى وقت النوم والحمام.
- ١٠) اعتبار الهاتف وتطبيقاته محوراً للحديث في العمل والمدرسة والجامعة وكافة اللقاءات.
- ١١) تجنب الأماكن التي لا يوجد بها تغطية للشبكة أو لا يسمح باستخدام الهاتف فيها.
- ١٢) تزايد الإنفاق على الهاتف الذكي والإنترنت.

وفي ضوء ذلك هدفت دراسة Yildirim & Correia, (2015) إلى تشخيص النوموفوبيا من خلال إجراء البحث على عينة قوامها ٣٠١ طالب بمتوسط عمري ٢٠ عام ، وتم وضع استبيان النوموفوبيا NMP-Q المكون من ٢٠ عبارة موزعة على أربعة أبعاد وهي: عدم القدرة على التواصل، فقدان الاتصال بالشبكة، عدم القدرة على الوصول للمعلومات، والتخلي عن الراحة والرفاهية، وقد تم التحقق من الكفاءة السيكومترية للاستبيان من خلال استخدام التحليل العاملي الاستكشافي والصدق البنائي ومعامل ألفا كرونباخ، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن الاستبيان يتمتع بصدق وثبات مرتفعين مما يؤهل الاستبيان لقياس النوموفوبيا بشكل جيد والتحقق من شدة الرهاب لدى الأفراد.

كما هدفت دراسة السعيد عبد الصالحين (٢٠١٦) إلى محاولة استكشاف نمط النوموفوبيا من خلال تصميم مقياس للنوموفوبيا، والتحقق من شروطه السيكومترية، ودراسة العلاقة بين أبعاده من ناحية وبعض متغيرات الشخصية (البحث الحسي والقلق الاجتماعي) من ناحية أخرى، وقد أظهرت نتائج التحليل العاملي وجود أربعة أبعاد للنوموفوبيا هي: الخوف المعمم، استجابة القلق لفقدان التواصل، الانشغال بالتهديدات المتوقعة، والاستخدام

القهرى للهاتف الذكي. كما أظهرت النتائج وجود فروق بين الجنسين في كل من: النوموفوبيا في اتجاه الذكور، وفي البحث الحسي في اتجاه الإناث، في حين لم يتم التوصل لفروق في القلق الاجتماعي تبعاً للنوع، وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Yildirim & Correia, 2015)

٧. النماذج التفسيرية للنوموفوبيا:

• النموذج السلوكي:

تم تفسير النوموفوبيا في ضوء هذا النموذج من خلال مفهوم التعزيز الذي قدمه "سكينر Skinner" والذي يعد أداة قوية لتحليل الآليات التي تتحكم في سلوك الفرد، كما أن سلوك الفرد في معظمه متعلم يتم تحديده بواسطة البيئة التي يعيش فيها الفرد والتي يكتسب منها الأنماط السلوكية التي تشكل شخصيته فيما بعد، وأحياناً قد يكون السلوك مدفوعاً بشكل قهري من خلال التعزيزات التي يحصل عليها الأفراد سواء من أفراد آخرين أو من الهاتف نفسه (عبر التطبيقات والبرامج الجديدة) مما يجعله يستخدم الهاتف بشكل أكبر ولساعات طويلة، وبالتالي يصبح من الصعب على الفرد إيقاف هذا السلوك والتخلي عنه وعن منافعه (Rush, 2011).

• نموذج التعلق:

يرجع الفضل في تطوير نظرية التعلق Attachment theory إلى "جون بولبي"، وتعتبر إحدى النظريات الحديثة التي تشكل قاعدة للعديد من الدراسات في الفترة الأخيرة، حيث إن بعض الأفراد يميلون إلى أن يكونوا قريبين إلى حد الالتصاق من أفراد آخرين يمثلون مكانة معينة لديهم وهذا ما يعرف بالتعلق، والذي يمكن تعريفه بأنه: "رابطة انفعالية قوية تؤدي إلى شعور الطفل بالسعادة والفرح الشديد والأمن عندما يكون قريباً من مقدم الرعاية، والشعور بالتوتر والانزعاج عندما ينفصل عنه مقدم الرعاية حتى ولو بشكل مؤقت". ومن هنا نجد أن الهاتف الذكي يعتبر بمثابة مقدم الرعاية للفرد ويمثل مصدراً للراحة النفسية والأمان مما ينتج عنه شعور بالذعر في حال الانفصال عنه (يمينة مدوري، ٢٠١٥).

• نموذج التدفق النفسي:

التدفق هو مفهوم حديث يعبر عن الفرد عندما يكون شعوره في أفضل حالاته، وتوصف حالة التدفق في أدبيات علم النفس بالحالة الإنسانية المثلى Optimal Human Experience وتعني انغماس الفرد وانشغاله بالمهام والأعمال التي يقوم بها بشكل ينسى معه

ذاته والوسط والزمان والمكان، مما يجعل الوعي لديه في حالة غياب ويقترن ذلك بشعور النشوة والبهجة العارمة (محمد أبو حلاوة، ٢٠١٣)، وتفترض النظرية أن تكنولوجيا المعلومات تعمل على إقناع المستهلك بالحفاظ على الخبرات الممتعة والمكاسب التي يتحصل عليها منها حتى ولو كان ذلك على حساب راحته الشخصية أو ببذل تكلفة أعلى، لأن التكنولوجيا تجعل المستخدمين يدمنون عليها مما يجعلهم يقصرون في جوانب حياتهم الأخرى مثل العلاقات والنشاطات الاجتماعية أو الصحية أو التخلي عن الالتزامات في سبيل تحقيق تلك المتعة (Salehan & Negahban, 2013).

• نموذج الامتداد الذاتي:

هدفت دراسة (Han et al., 2017) إلى التوصل إلى نموذج يوضح بعض المحددات التي تفسر اضطراب النوموفوبيا، ويفترض هذا النموذج أن الأفراد يرون الهاتف الذكي الخاص بهم من حيث كونه امتداد لذواتهم المادية سواء بقصد أو بدون قصد، لأنه يعتبر الذاكرة التي تخزن أجزاء لا حصر لها من هويتهم وذاكراتهم الخاصة، ولأن الذكريات الشخصية التي تثيرها الهواتف الذكية تشجع الأفراد على توسيع هويتهم عبر الانترنت، فإن الفرد لا يستخدم الهاتف الذكي فقط كأداة نفعية ولكنه يعكس هويته وقيمه الخاصة ولذلك يجد من الصعب البقاء بعيداً عنه لأنه يحتوي العديد من المعلومات والملفات التي قد لا يريد لأحد الاطلاع عليها.

• نموذج التحديد الذاتي:

يقوم هذا النموذج على نظرية التحديد الذاتي التي ذكرها إدوارد ديسي وريتشارد رايان ف كتاب تقرير المصير، حيث أن الأفراد يعملون بشتى الطرق لتلبية الحاجات النفسية لكل منهم، من أجل الحصول على شعور مكتمل ومتميز للذات الخاصة بكل منهم، وتشتمل هذه النظرية على ثلاثة احتياجات رئيسية هي: الكفاءة، الترابط، والاستقلالية، وتظهر النوموفوبيا نتيجة لافتقار الفرد أو رغبته في إشباع أيّاً من هذه الدوافع والحاجات، أما فيما يتعلق بالحاجة إلى الكفاءة فنجد الفرد يتعلق بالهاتف لأنه يوفر له وصول سريع للمعلومات في أي وقت وأي مكان، كما توفر له الراحة والرفاهية من خلال الخبرات الممتعة التي تقدمها له الهواتف الذكية، كما قد تظهر النوموفوبيا من خلال حاجة الفرد للترابط والرغبة في البقاء على اتصال مع المجموعات الاجتماعية التي يعتبر جزءاً منها مثل جماعة المدرسة والأقارب

ورفقاء السكن مثلاً، هذا بالإضافة إلى بعد التواصل مع العائلة والأصدقاء وذلك ما يظهر في أبعاد النوموفوبيا الأربعة، وقد يستخدم الأفراد هواتفهم الذكية كمهرب من القلق وتعويض خبرات الفشل والإحباط التي يتعرضون لها، كما تعمل الهواتف الذكية على مساعدة الفرد في تكوين هوية خيالية أو ما يسمى بالهوية عبر الإنترنت مما يحقق له الاستقلالية التي يبحث عنها في العالم الواقعي، وبالتالي نجد أن النوموفوبيا تحقق للفرد احتياجات الكفاءة، الترابط، والاستقلالية (Yildirim & Correia, 2015; King et al., 2014).

ومن ثم يرى الباحث أنه تعددت النماذج التفسيرية التي حاولت تفسير النوموفوبيا، في محاولة للوصول إلى أقرب تفسير للرهاب، و نظراً لأن رهاب الانفصال عن الهاتف الذكي يعتبر حديث نسبياً فإن الباحث اعتمدت على المقاربة في استخدام النظريات عند تفسيره اعتماداً على أقرب السلوكيات للرهاب لأن الهاتف الذكي لم يكن موجوداً آنذاك، ولذلك اعتمد الباحث على مصطلح النماذج التفسيرية وليس النظريات بمفهومها الأدق والأشمل، بمعنى أنه اعتمد في بنائه للبرنامج وبنائه لمقياس النوموفوبيا على النماذج النظرية كاملة "سلوكية- تعلق- امتداد ذاتي....".

ثانياً: العلاج المعرفي السلوكي وبعض فنياته المستخدمة في الدراسة الحالية

١. تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

يعد الإرشاد النفسي عملية واعية مستمرة مخططة تهدف إلى مساعدة الفرد وتشجيعه لكي يعرف نفسه ويفهم ذاته ويدرس شخصيته جسيماً وعقلياً وانفعالياً، ويفهم خبراته ويحدد مشكلاته ويدرك الفرص المتاحة له، فضلاً عن قدرته على تنمية إمكاناته إلى أقصى حد مستطاع، بالإضافة إلى التعليم والتدريب الخاص الذي يحصل عليه في مراكز التوجيه والإرشاد، ولعل أحد أهم مدارس الإرشاد النفسي هو العلاج المعرفي السلوكي والذي طوره Ellis، حيث تؤكد هذه المدرسة العلاجية أن التفكير والانفعال والسلوك جوانب متكاملة في منظومة واحدة (حامد زهران، ٢٠٠٥)، حيث يعتمد العلاج المعرفي السلوكي بشكل عام على الافتراض القائل بأن "الناس لا يضطربون بسبب الأحداث ولكن بسبب المعاني التي يسبغونها على هذه الأحداث وهذه المعاني والتفسيرات مختلفة للفرد الواحد في المواقف المختلفة" بالإضافة لتعديل السلوكيات، بينما عرف الباحث بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي إجرائياً بأنها عبارة عن فنيات تتبع المنحى المعرفي السلوكي وتهدف إلى خفض

مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة، وتتمثل هذه الفنيات في الحوار والمناقشة، تعديل السلوك، التنفيس الانفعالي، الواجبات المنزلية، الدحض والإقناع. ويرى عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠) أن فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي بعضها معرفي مثل التعليم النفسي بما تتضمنه من مناقشة ومحاضرة كفنيات، والتعرف على الأفكار اللاعقلانية أو الأوتوماتيكية وتعديلها، وإعادة البنية المعرفية، والعلاج الموجة بالاستبصار، والمقابلة الإكلينيكية، والمراقبة الذاتية وبعضها الآخر انفعالي كالوعظ العاطفي، ويضيف البعض الآخر إلى ذلك لعب الدور، والنمذجة. كما أن بعضها الآخر سلوكي مثل الواجبات المنزلية، الاسترخاء، والاشتراط الإجرائي كالتعزيز والعقاب، وإشراط تخفيف القلق، والتخيل العقلاني، والتحصين التدريجي، وفقد الحساسية المنظم، والتعريض ومنع الاستجابة، كما أن هناك أساليب تدعيمية مساندة مثل تحويل الاهتمام، والتخلي عن المطالب الناتجة عن الأفكار اللاعقلانية، وإلى جانب ذلك هناك استراتيجيات مواجهة تستخدم في هذا الصدد مثل التدريب على إدارة القلق، والتشغيل الانفعالي، وحل المشكلات والتدريب على المهارات الاجتماعية.

٢. مبادئ نظرية العلاج المعرفي السلوكي:

تتلخص الأفكار الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي الانفعالي إلى مبادئ سبعة، وضوحها (Digiueseppe et al, 2013) في النقاط التالية:

- أن الجانب المعرفي هو العامل الرئيسي المستند للانفعال.
- التفكير اللاعقلاني هو السبب الرئيسي للاضطرابات النفسية.
- يعد هو الطريقة المثلى والأكثر فعالية لعلاج الاضطرابات النفسية، وهذا عن طريق تغيير الأفكار والمعتقدات غير العقلانية.
- الجميع لديهم استعداد طبيعي للتفكير بشكل غير عقلاني وبشكل عقلاني على حد سواء
- هناك نوعين من انفعالات البشر كرد فعل على الأحداث: انفعالات مفيدة وصحية تساعد على التكيف، وانفعالات أخرى غير مفيدة وغير فعالة.
- تؤكد النظرية على التأثيرات الحالية على الانفعال والسلوك بدلاً من التأثيرات التاريخية للسلوك.

- يمكن تغيير المعتقدات على الرغم من أن هذا لن يكون سهلاً.
- ٣. أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

أكد حامد زهران (٢٠٠٥) على أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى التالي:

- مساعدة المريض في التعرف على أفكاره غير العقلانية.
- حث المريض على الشك والاعتراض على أفكاره غير العقلانية.
- استخدام الإقناع العلمي المنطقي للتخلص من الأفكار والمعتقدات.
- تقليل أثر النتائج غير العقلانية لدى المريض مثل القلق ولوم الذات.
- تحقيق المرونة والانفتاح الفكري وتقبل التغيير.

٤. بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

وصف عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤) الأساليب والتقنيات المعرفية السلوكية بأنها تلك الأساليب السلوكية ذات المكون المعرفي، ومن أهمها الضبط أو التنظيم الذاتي للسلوك، والتدريب على التواصل، ويعرف التنظيم أو التعليم الذاتي للسلوك بأنه تعلم المهارات اللازمة لإحداث التغيير في سلوك الفرد والتي تعمل كموجه لسلوكه بعد ذلك في ست خطوات: الشرح والتفسير والمناقشة، التعيين، النمذجة، التمييز، لعب الدور، التقييم، وإلى جانب ذلك يتم التدريب، كما يمكن استخدام الإرشاد المعرفي السلوكي في حل المشكلات الاجتماعية وذلك بعد تدريبهم على المهارات الاجتماعية، ويمكن تحقيق ذلك عن طريق: التحديد أو التعيين ونمذجة المهارة والتقليد والتغذية الراجعة والعمل على إتاحة الفرصة لاستخدام المهارة مع العمل على استخدام التعزيز، وسوف يوضح الباحث آراء كل من رضا مسعودي (٢٠١٠)، عادل عبد الله (٢٠٠٤)، مقدادي يوسف (٢٠٠٨)، كريمة بشير (٢٠٠٨)، آمال باظة (٢٠٠٢) في فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي بشيء من التفصيل:

- لعب الدور: وهي فنية يمكن استخدامها للتعرف على الأفكار الكامنة لدى الفرد فهي تساعد على اكتساب خبرات جديدة؛ وتساعد بدورها في تغيير الأفكار السلبية والسلوكيات غير الملائمة لديه، حيث يتعلم الفرد خبرات جديدة تساهم في تغيير أفكاره ومشاعره مما يساعده على تعلم المواقف بكل ثقة.
- فنية ضبط النفس: وهي من أكثر أساليب تعديل السلوك فعالية، وهي تعتبر من فنيات التحكم في الذات، وتساعد تلك الفنية في تحديد المشكلة بأسلوب علمي

وبالتالي زيادة في السلوكيات المرغوب فيها وقله في السلوكيات غير المرغوب فيها.

- التدريب على مهارات حل المشكلات: يعد التدريب على مهارات حل المشكلات بمثابة عملية معرفية سلوكية يتمكن الأفراد بمقتضاها من تحديد واكتشاف أو ابتكار أساليب للتعامل مع مشكلات الحياة اليومية وتعتبر في الوقت ذاته عملية تعلم اجتماعي أو أسلوب للتنظيم الذاتي أو استراتيجية عامة للمواجهة يمكن تطبيقها على عدد كبير من المشكلات، ومن المعروف أن الحل الجيد للمشكلات التي تواجه الأطفال يساعدهم على تحقيق التوافق والعكس صحيح، ويركز التدريب على مهارات حل المشكلات على العمليات المعرفية التي تكمن وراء السلوك غير السوي والقصور في الإدراك، حيث يتم تدريب الأطفال على التفكير العلمي الصحيح واستبعاد التخيلات غير المنطقية.
- النمذجة: ينبغي التمييز بين اكتساب السلوك أو تعلمه وأدائه، فأحيانا قد يكتسب الفرد السلوك ولكن لا يجد الدافعية أو القناعة أو فرص الممارسة لأدائه في الحياة بشكل طبيعي بمعنى انه لا بد من توافر قدر من الدافعية لدى الفرد وهو ما يتمثل في نتائج النمذجة.
- التدريب التوكيدي: وهو قدرة الشخص على التعبير الملائم عن أي انفعال فيما عدا انفعال القلق، كذلك قدرته على التعبير الإيجابي عن كثير من المشاعر الأخرى مثل الصداقة والود والإعجاب والشكر ولا يقتصر التدريب التوكيدي على تعلم التعبير عن الاحتياجات والحقوق بل يتضمن التدريب على الاتجاهات الإيجابية الدالة على الاستحسان أو التقبل وأداء الواجبات والمشاركة الإيجابية.
- التعزيز: ويعمل التعزيز على زيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب فيه، وقد يكون التعزيز إيجابيا أو سلبيا ويعتبر التعزيز الإيجابي أكثر فعالية مع المعاقين عقليا من خلال استخدام الأطعمة والحلوى والاستحسان الاجتماعي مثل المديح واللمسات الدالة على الرضى أو العناق والابتسام أو فيش التعزيز والاشتراك في الأنشطة.
- المحاضرة : يعتمد أسلوب المحاضرة على تقديم معلومات بطريقة منظمة لأفراد المجموعة.وهي من الأساليب الإرشادية الجماعية التعليمية حيث تعتمد أساساً على

عنصر التعليم ، وإعادة التعليم من خلال إلقاء محاضرة بسيطة على أفراد العينة ويليها مناقشات جماعية ، وتهدف المحاضرات إلى تبصير وتعديل الإتجاهات.

- المناقشة والحوار : هى فنية تتيح تبادل الرأى حول موضوع المحاضرة بين الباحث وأفراد العينة من ناحية وبين أفراد العينة وبعضهم البعض من ناحية أخرى ، مما يتيح فرصة تبادل الخبرات والتعرف على الخبرات الجديدة ومشكلات الآخرين ، مما يشعر بالإطمئنان لوجود ظروف مشابهة ، كما تتيح حرية التعبير والقدرة على ضبط النفس والميل إلى التعاون وغلبة روح المودة والصدقة وعدم الإنسياق إلى اليأس.

- إعادة البناء المعرفى: يعرف تعديل البناء المعرفى على أنه أحد الأساليب العلاجية التى تهدف إلى تعديل السلوك المعرفى ، ويقوم على مسلمة مؤداها ان الإضطرابات الانفعالية تحدث نتيجة الانماط من التفكير غير المتكيفة وغير المنطقية وهدفها علاجى وهى تحديد هذه الأنماط واستبدالها بأخرى أكثر تكيف وتسمى إعادة البناء المعرفى ، وتتطلب هذه الفنية من أن المعتقدات والأحداث الخارجية هى المسئولة عن مشاعر وسلوك الفرد وهذا ما أكد عليه أليس وبليك ، حيث أن الناس إلى حد ما لا يتصورون فقط المشكلات .

- الواجبات المنزلية: تلعب الواجبات المنزلية دورا هاما في الإرشاد المعرفي السلوكي وتتمثل هذه الفنية في تحديد مجموعة من السلوكيات والمهارات التي يتعين أداؤها من قبل الفرد، ويتم تحديدها في نهاية كل جلسة وان تتم بصورة تدريجية ومن السهل البسيط إلى السلوك المركب على ألا يتم الانتقال من نمط سلوكي معين إلى الآخر حتى يتم التأكد من نجاح تنفيذ الخطوات السابقة.

وقد أكدت العديد من الدراسات على فعالية العلاج المعرفي السلوكي وفنياته المختلفة، والعلاج العقلاني الانفعالي المطور من العلاج المعرفي السلوكي عند استخدامه للحد من بعض الآثار السلبية لبعض الاضطرابات والظواهر، ومنها دراسة عبد العزيز محمود (٢٠٢٠) والتي أكدت على فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى إدمان الهاتف واستخدامه، ودراسات دعاء فتحي (٢٠٢١)، و سمر عبد السلام (٢٠٢٣)، كما أوصت العديد من نتائج الدراسات العربية والأجنبية باستخدامه بكثرة مع حالات الهاتف

المحمول والخوف من فقدانه كدراسات علا عبد الرحمن (٢٠١٩)، عادة كامل (٢٠٢٢)، زينب شقير (٢٠٢١)، أحمد سيد (٢٠٢٢)، صافيناز أحمد (٢٠٢٢). ولعل ما سبق هو ما جعل الباحث يستخدم تلك الفنيات بما يتناسب مع الهدف المطلوب تحقيقه من الدراسة الحالية، وهو تغيير الأفكار غير المنطقية وغير العقلانية إلى أفكار منطقية وعقلانية تحتم على طلاب الجامعة مواجهة سلوك النوموفوبيا والبعد عن آثاره السلبية التي تعود بالضرر على صاحبها نفسياً وجسدياً واجتماعياً وأكاديمياً.

ثالثاً: اليقظة العقلية

كن واعياً، كن حذراً، بهذه الكلمات يرجع أصل كلمة اليقظة العقلية والذي يعود إلى كلمة Sati، حيث تشير كلمة Sati إلى الوعي والانتباه والتركيز والتذكر، ولعل التذكر هنا مختلف عن ما يقصده بتذكر الأحداث الماضية والمواقف والخبرات والسابقة إنما يشار إليه كون الفرد واعٍ ومنتبه، بينما الوعي والانتباه فهما متشابهان إلى حد كبير.

١. تعريف اليقظة العقلية:

تعددت التعريفات التي تناولت اليقظة العقلية باعتبارها مفهوماً نفسياً، فقد عرفها Neff, (2003) بأنها حالة من الوعي المتوازن الذي يجنب الفرد التناقض بين التوحد الكامل في الهوية الذاتية وعدم الارتباط بالخبرة، مما يتيح رؤية واضحة لقبول الظاهرة النفسية والانفعالية كما هي والانفتاح على الأفكار والمشاعر والأحاسيس المؤلمة والخبرات غير السارة لدى الأفراد، وعرفها Davis & Hayes, (2011) بأنها الوعي بالخبرات لحظة بلحظة دون إصدار حكم، أي أنها حالة وليست سمة ويمكن تتميتها من خلال بعض الممارسات والأنشطة مثل التأمل، وعرفها Pollak & Siegel, (2014) بأنها وعي الفرد بخبراته الحالية مع تقبلها وانتباهه للخبرات الحالية وتقبلها دون إصدار الحكم عليها. بينما عرفها Pratscher et al., (2019) بأنها قدرة الفرد على الوعي بذاته وبالأخرين في اللحظة الراهنة، مع قبول الخبرات والتجارب والتفاعلات ونتائجها التي يمر بها الفرد دون الحكم عليها أو التفاعل معها، بالإضافة إلى استخدام بعض الممارسات التي تصل بالفرد إلى التوافق النفسي والتخلص من بعض السلوكيات المشككة، وهذا التعريف هو ماسوف يتبناه الباحث إجرائياً في دراسته الحالية.

٢. أبعاد ومكونات اليقظة العقلية:

تعددت وجهات نظر العلماء والباحثين الذين تناولوا أبعاد اليقظة العقلية وفقاً لتوجهاتهم النظرية، وقد حدد Langer, (1989) أربعة أبعاد مترابطة لليقظة العقلية وهي البحث عن جديد والارتباط، وتشير إلى توجهات الفرد نحو بيئته التي يعيش فيها بما يتضمن البحث عن جديد، والانفتاح نحو استطلاع البيئة، وتقديم الجديد، وأخيراً المرونة، كما اعتمد Kabat, (2003) نموذجاً لليقظة العقلية مركزاً فيه على ثلاث حقائق وهم: القصد، والإساءة، والاتجاه، وهذه العمليات ليست منفصلة عن بعضها وإنما متشابكة ومتربطة في عملية واحدة تحدث في وقت واحد، حيث تكون اليقظة العقلية هي العملية التي تحدث لحظة بلحظة ويمهد القصد الطريق إلى ما هو ممكن، ويذكر الفرد لماذا يمارسها في المقام الأول، وتتمثل أهمية هذه المرحلة إلى استكشاف الذات وأخيراً التحرر الذاتي، بينما تشير مرحلة الانتباه إلى الاحتفاظ بالانتباه الذي يتضمن ملاحظة العمليات التي تحدث للفرد من لحظة لأخرى، ويشير الاتجاه أخيراً إلى نوعية اليقظة العقلية وتعكس توجيه الخبرة التي تتضمن الفضول والتقبل.

وحدد Bear, (2004) التدخلات العلاجية العلاجية القائمة على اليقظة العقلية في

التالي:

أ- خفض الضغوط القائمة على اليقظة العقلية

ب- العلاج السلوكي الجدلي

ج- العلاج بالتقبل والالتزام

د- العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية

كما أشارت نتائج دراسة Pratcher et al., (2019) أن اليقظة العقلية لها العديد من

المكونات كالتالي:

أ- الحضور: وهو يشير إلى التواجد في اللحظة الحالية أثناء التفاعلات مع التأكيد

على التركيز والانتباه "الاستماع اليقظ".

ب- الوعي بالذات والآخرين: وهو يشير إلى ملاحظة ومراقبة الفرد لخبراته بالإضافة

إلى الانتباه للنواحي الانفعالية والإشارات غير اللفظية الصادرة من الآخرين

أثناء تفاعلهم سوياً

- ج- القبول وعدم الحكم: وهو يعني تقبل الفرد لخبراته دون إصدار حكم عليها
- د- عدم التفاعل: وهو الحصول على وقت كاف قبل إصدار الاستجابة كبديل للرد بدون تفكير أثناء التفاعلات الاجتماعية
- هـ- إعطاء الانتباه: وفيها ينبغي للفرد المتمتع باليقظة العقلية أن يعمل على توجيه وتركيز انتباهه نحو الخبرة التي يمر بها
- و- اللحظة الحالية: وتعني إدراك الفرد لما يمر به حالياً
- ز- عدم إصدار حكم: وهو التخلي عن إصدار الحكم على شيء سواء كان يحبه الشخص أو يكرهه وهو أحد أهم مكونات اليقظة العقلية
- ح- الصراحة: وتعني أن يكون الفرد واضحاً وصريحاً من خلال إظهار اللطف والرحمة تجاه الخبرة التي يمر بها، فقد يكون لدى الفرد فكرة أنه لا يستطيع ممارسة التأمل، ولكن من خلال اللطف مع الذات والشفقة بها يمكنه أن يتحلى عن هذا الأسلوب النقدي.

ويتضح مما سبق أن التكامل بين أنواع التدخلات العلاجية القديمة أدى إلى تطور أربعة أنواع رئيسية قائمة على اليقظة العقلية ويعتمد جميعها على ممارسة التأمل وتمارينه بشكل أساسي إضافة إلى بعض التدريبات الأخرى، وتختلف فيما بينها من حيث التركيز على جانب معين من جوانب اليقظة العقلية للوصول إلى الاسهام في حل المعاناة النفسية لدى المرضى أو ممن لديهم مشكلات واضطرابات نفسية، ولعل المكونات السابقة هي التي بنى عليها البحث برنامجه من حيث تدريب طلاب الجامعة ذوي النوموفوبيا المرتفعة على تلك الخبرات والمكونات السابقة والتي بتتميتها يمكن لطلاب الجامعة خفض مستوى النوموفوبيا لديهم.

٣. أهمية وفوائد اليقظة العقلية:

أوضحت نتائج دراسة Weissbecker et al., (2002) أهمية استخدام اليقظة العقلية في النقاط التالية:

- أ- تعزيز الشعور بالقدرة على إدارة البيئة المحيطة وهذا من خلال تعزيز الاستجابات التكيفية لمواجهة الضغوط
- ب- تحسين الشعور بالتماسك

- ج- تعزيز الشعور بمعنى الحياة واستكشاف المعنى
- د- تحقيق المزيد من التركيز
- هـ- تحسين الأداء في العمل والدراسة والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين
- كما أن التدريب على ممارسات اليقظة العقلية له أيضاً أهمية كبيرة كما أكدت نتائج دراسة (Davis & Hayes, 2011) في النقاط التالية:
- أ- التنظيم الانفعالي
- ب- فوائد بينشخصية: حيث تساعد الفرد على زيادة قدرته على تحديد مشاعره وانفعالاته اتجاه الآخرين بالإضافة إلى قدرته على توصيل مشاعره إليهم وتهدف أيضاً إلى زيادة التعاطف مع الآخرين
- ج- فوائد شخصية داخلية: وهي تعني أن يكون الفرد مدركاً لذاته ومؤمناً بإمكاناته وقدراته وقدرته على التعامل مع خوفه ومع ضغوطه النفسية
- ومن ثم أكدت دراسة (Alidina, 2020) بأن اليقظة العقلية تساعد على تحسين الصحة النفسية وتحسين علاقة الفرد مع نفسه ومع الآخرين، إضافة إلى تقوية وتعزيز جهاز المناعة النفسية وتقليل الشعور بالألم والقدرة على اتخاذ القرارات بشكل سليم، فيما توصلت نتائج دراسة (Mace, 2008) أن التدخلات المبنية على اليقظة العقلية تستخدم تطبيقات عديدة منها المزاج كالقلق والاكتئاب، والهلاوس، وتعديل بعض السلوكيات كالشره العصبي والإدمان وإيذاء الذات والعنف، ومشكلات التعلق كالاتجاهات والتعاطف، وتؤدي أيضاً اليقظة العقلية إلى خفض أعراض الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Buser et al., 2012) في توضيحها لأهمية اليقظة العقلية، وأكدت آمال الفقي (٢٠١٨) أن العلاج باليقظة العقلية من التدخلات الحديثة والتي عرفت ضمن ما يسمى بعلاجات الموجة الثالثة والتي ظهرت داخل الإطار المعرفي السلوكي.

٤. أسس اليقظة العقلية:

هناك عدة موضوعات أساسية لليقظة العقلية يعرضها Shapiro et al., (2018)

كالتالي:

أ- التمهّل: قد يقوم الفرد ببعض الأفعال في حياته اليومية أو باتخاذ قرارات بتسرع واندفاعية، لذلك يأتي دور اليقظة العقلية هنا لتساعد الفرد على التروي والتمهّل قبل اتخاذ أي قرار

ب- القبول: ويقصد به الاعتراف بما يحدث للفرد في اللحظة الحالية ليس لأننا نحب هذا أن نكره هذا ولكن لأنه حدث بالفعل

ج- المرونة: حيث تساعد اليقظة العقلية الفرد في وضع العديد من الحلول والخيارات واختيار الأنسب منها بما يتناسب مع الوضع الحالي

د- وقف الحكم: وهو يهدف إلى تنمية اتجاه اللطف بالذات مما يساعد الحكم على الموقف الحالي لرؤيته بشكل أكثر موضوعية ووضوحاً.

هـ- اللطف مع الذات: تساعد اليقظة العقلية الفرد على أن يكون لديه شفقة بذاته عند مروره بخبرة أو موقف معين.

كما أشارت دراسة Gerner, (2005) بأن هناك مجموعة من الأسس تعتمد عليها اليقظة العقلية وهي تتمثل في التركيز على الحاضر، حيث تركز اليقظة العقلية على اللحظة الحالية، كما تعتمد أيضاً على اللامفاهيمية وهي الوعي بالأفكار دون الانشغال والتفكير فيها، وعدم الحكم، والتعمد، والتعمد هنا يعني التركيز على نية توجيه الانتباه نحو هدف محدد، ومن أسس اليقظة العقلية أيضاً ملاحظة المشاركة، وكونها غير لفظية، بالإضافة إلى الاستكشافية والتحرر حيث تساعد كل لحظة من اليقظة العقلية على التخلص من المعاناة المشروطة.

٥. فنيات وممارسات اليقظة العقلية:

تعددت الدراسات والأطر والكتابات النظرية في ممارسات اليقظة العقلية، حيث أكدت دراسات (Davis & Hayes, 2011), Pollak et al., (2014) أن التأمل في اليقظة العقلية هو عبارة عن مجموعة من الممارسات الخاصة بالتنظيم الذاتي التي تهدف إلى التركيز على تدريب الانتباه والوعي، وهذا من أجل السيطرة على العمليات العقلية لتظل تحت

التحكم الطوعي، وأنه لإجراء التأمل يتم اختيار مكان هادئ لا يشعر فيه الفرد بالتوتر والانزعاج من أجل القيام بممارسات تركيز الانتباه والمراقبة المفتوحة والقبول، حيث من الممكن أن تتراوح جلسات التدريب من ١٠ - ٢٠ دقيقة لتمتد إلى ٣٠ - ٤٥ دقيقة.

وقد ذكر Siegel, (2010) بعض الممارسات التي تهدف إلى زيادة التركيز والانتباه والوعي نحو اللحظة الحالية التي يمر بها الفرد، وتشمل التالي:

- أ- تأمل التنفس: ويهدف هذا التدريب إلى إكساب الفرد الشعور بالراحة والاسترخاء وتركيز انتباهه ووعيه نحو اللحظة التي يعيش فيها، وعادة ما يستخدم في هذا التدريب كرسي أو مقعد أو وسادة مريحة، والأهم أنها تساعد على التخيل كونها تجعل الفرد يشعر بأن خيطاً متصلاً بأعلى الرأس يسحب الفرد ببطء نحو الأعلى لجعل العمود الفقري منتصباً بهدف الوصول إلى وضعية مريحة
- ب- تأمل المشي: وهو يعد مكملاً ومرحلة تالية لتأمل التنفس، ويمكن أحياناً استخدامه كبديل عنه، كما يمكن تقسيم الجلسة بينهما، ويساعد هذا في التدريب على زيادة الانتباه والتركيز للفرد، والأفضل هو اختيار مسار بطول ١٥ - ٣٠ قدم يذهب في الفرد ويعود بدون إزعاج
- ج- مسح الجسم: ويستخدم هذا التدريب في مساعدة الفرد إذا ما كان يواجه عقله صعوبة في البقاء منتبهاً نحو الهدف المراد الانتباه إليه، ويمكن ممارسة هذا التدريب أثناء الجلوس أو الاستلقاء على الظهر وفيه يبدأ الفرد بتحسس جسده من أصابع قدمه وحتى الرأس.
- د- تأمل الحكم: ويحتاج هذا التدريب من ١٠ - ١٥ دقيقة، وفيه يطلب من الفرد أن يتتبع حركة أنفاسه لمدة دقيقتين ثم يطلب منه مشاهدة أفكاره ومعتقداته مع إصدار حكم على كل فكرة
- هـ- تأمل المحبة: وهنا تهدف هذه الممارسة إلى تغيير نظرة الفرد للطريقة التي يتعامل بها مع ذاته ومع الآخرين، وذلك من خلال تقبل ذاته بما فيها من مميزات وعيوب مما يساعد على تنمية ما يسمى بالوعي الطيب.
- و- تأمل الدخول في الخوف: يهدف هذا التدريب على اكساب الفرد القدرة على الانتقال من تجنب الخوف إلى مواجهته والتعامل معه.

- ز- تأمل الجبل: ويشير هذا التدريب إلى قدرة الفرد على تحمل المشاعر والأفكار والمخاوف والتوتر الذي يمر به كما لو كان جبلاً.
- ح- تأمل الأفكار مجرد أفكار: ويقصد بها هنا هو عدم إعطاء اهتمام بالأفكار والمعتقدات المصاحبة للقلق، وليست الفكرة هنا وقف هذه الأفكار إنما مرورها بدون الانتباه لها.
- ط- تأمل الأكل: يساعد هذا التدريب على أن يركز الفرد ويشغل عقله في الطعام الموجود أمامه ليستمتع به ويتذوقه، حيث أن الفرد أثناء وجبات الطعام يفكر في الوجبات التي لم يحصل عليها ومن ثم يصاب بالاحباط.
- ي- ممارسة التأمل الخارق: أكدت دراسة (Harrington & Dunne, 2015) أن هذه الممارسة يمكن استبدالها بدلاً من ممارسة العزلة، حيث يستغرق هذا التدريب من ١٥ - ٢٠ دقيقة يومياً يقوم فيها الفرد بتكرار كلمة معينة لها علاقة بموقف أو صورة أو صوت أو ذكريات إيجابية
- ك- ممارسة إزالة العقل: حيث أشارت نتائج دراسة (Choi et al., 2020) أن تلك الممارسة تساعد على التخلص من الذكريات والخبرات الشخصية والتصورات الذهنية التي تسبب للفرد تفسيرات وتصورات خاطئة عن العالم الخارجي.

٦. العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية MBCT:

أ- المفهوم:

يعد أحدث التدخلات العلاجية التي تم تطويرها وتقييمها وتجربتها، وهو يعتبر تدخل قصير الأمد تم تصميمه منذ البداية لخفض حالات الاكتئاب والوقاية من الانتكاسة الاكتئابية وذلك عن طريق الجمع بين العلاج المعرفي والسلوكي، ويطبق هذا التدخل بنوع من المرونة عن طريق تدخل جمعي تدريبي لمدة ثمانية أسابيع تتراوح مدة الجلسة فيها من ساعتين إلى ساعتين ونصف، بالإضافة إلى واجبات منزلية لممارسة التأمل لمدة تتراوح بين (٣٥ - ٤٥) دقيقة يومياً (Segal et al., 2002).

ويؤكد (Mak et al., 2018) أن البرامج القائمة على اليقظة العقلية تعتمد على العلاج المعرفي كأحد أساليب العلاج النفسي، ويعتبر هذا مزيجاً بين العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز في التدريب المستمر على الانتباه، ويركز أيضاً على أنه إذا كان

الشخص قادراً على التحكم في حالته الداخلية فيمكن الفهم والوعي بالأعراض والسلوكيات الكامنة وراء المشكلات والحد منها أو التكيف والتوافق معها.

وهو ما تبناه الباحث فعلاً في بنائه للبرنامج وعند تطبيقه وتنفيذه، فقد جمع بين مكونات وممارسات اليقظة العقلية والتدريب عليها، بالإضافة إلى بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي ليكون مكملاً لها في تحقيق الهدف المطلوب وهو خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة كونه متغيراً سلوكياً معتمداً على أفكار غير منطقية لدى طلاب الجامعة، بالإضافة كونه يتطلب نوع من الهدوء والاسترخاء للحكم على الذات بشكل موضوعي وإصدار حكم على ما يتم فعله من قبلهم.

ب- الأهداف:

ركزت أهداف MBCT على تنمية الوعي بالخبرات في اللحظة الحاضرة، وهو ما أكدته دراسة (Buser et al., 2009) حيث يتم ذلك بممارسة المشي اليقظ وملاحظة ارتفاع وانخفاض البطن والوعي بالحالة التي تظهر خلال المشاعر السارة وغير السارة، كما أوضحت دراسة (Brausch, 2006) أن تدخل MBCT يهدف إلى تحسين المرونة المعرفية والانتباه وذلك من خلال تحقيق كل من تقبل المشاعر والأفكار بدون إصدار حكم عليها، وتشجيع الفرد على تنمية تركيز انتباهه بشكل كامل في اللحظة الحاضرة.

ج- الفنيات والميكانيزمات:

يسمح التدخل القائم على اليقظة العقلية بتطوير نماذج بديلة ومن ثم تفسير الخبرات بطرق جديدة، والنظر إلى الموقف الضاغط كونه فرصة وليس تهديداً وهو ما يعرف بالمرونة الانفعالية، ولقد أوضح (Mak, 2018) بعض الفنيات المستخدمة في اليقظة العقلية وقسمها إلى ممارسات رسمية تشمل تأمل الجلوس "التنفس - الأحاسيس - الأصوات - الأفكار"، وتأمل الحركة "المشي - مجالات اليوجا"، وتبادل المجموعات "تأدية تمارين - المناقشة"، والممارسات غير الرسمية وتشمل النشاط اليقظ "الأكل - القيادة"، والتمارين المنظمة "المراقبة الذاتية - حل المشكلات"، والقراءة اليقظة وخاصة الشعر والتأملات القصيرة.

كما أشارت دراسة (Carmody et al., 2004) إلى أن هناك أساليب شائعة أيضاً تستخدم في التدريب على اليقظة العقلية وتشمل وعي الفرد بالبيئة واستخدام بعض المهارات مثل مسح الجسد، والتدريب على الاسترخاء، والتنفس، وإدارة الضغوط، والجلوس على كرسي

مريح مع غلق العينين والتركيز في عمليات الشهيق والزفير، إضافة إلى الاستراتيجيات المبنية على التأمل ومنها التعايش ومهارات إدارة الانفعال ومهارات التسامح.

رابعاً: دور البرنامج الإرشادي القائم على اليقظة العقلية وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى النوموفوبيا:

يعد مفهوم اليقظة العقلية من المفاهيم الحديثة نسبياً في المجال النفسي حيث امتدت جذورها إلى التعاليم البوذية من خلال الممارسات المرتبطة بالتأمل، والتي تركز على أهمية الوعي في حياة الأفراد، ولقد لفت هذا المفهوم أنظار الباحثين لما حققه من نتائج إيجابية في المجال النفسي حيث احتلت التدخلات العلاجية القائمة على اليقظة العقلية مكانة كبيرة في العلاج النفسي وهو ما يتفق ودراسات Ritsche & Bryant, (2014), konh & Wang, (2014), Mace, (2008), (2012).

وقد أكدت دراسات فتحي الضبع وأحمد علي (٢٠١٣)، Kaviani et al., (2012), Daubenmier et al., (2012) على فعالية اليقظة العقلية في خفض الضغوط والأفكار القمعية، وعلاج القلق واضطرابات الأكل، وتحسين مستوى جودة الحياة وتنظيم الذات والنوم، هذا بالإضافة إلى كون اليقظة العقلية أحد أهم العوامل الوقائية التي تعزز الصحة النفسية وتنميها لدى طلاب الجامعة، وتعمل على غرس المهارات وخفض التوتر وتنمية الوعي وتسهم في تعلم الطلاب للتنظيم الذاتي، كما أكدت دراسة Garland et al., (2014) إلى أن التدخل المبكر القائم على برامج اليقظة العقلية من الممكن أن يمنع الاستخدام المفرط للهواتف الذكية وذلك من خلال تعزيز الوعي ما وراء المعرفي والتحكم في الرغبة الشديدة والعمل على تخفيف الضغوط والقلق والتوتر الناتج عن الابتعاد عنها، وهو ما سوف يوصي به الباحث في دراسته الحالية.

كما أكدت دراسات Schulte et al., (2021), Yilmaz et al., (2020), Arpaci et al., (2017), Eskawati et al., (2019) على ضرورة استخدام العلاج القائم على اليقظة العقلية في خفض حدة اضطراب النوموفوبيا ومختلف التبعات السلوكية؛ مثل اضطراب الألعاب عبر الانترنت، وإدمان التكنولوجيا لدى المراهقين وطلبة الجامعة، كما تساعد ممارسات اليقظة العقلية واستراتيجياتها على زيادة آليات المواجهة من خلال التوسط في العلاقة بين إدمان استخدام الهواتف المحمولة والصحة النفسية ومن ثم تنميتها لدى

الأفراد، مما يساعد على حمايتهم من الاختلال الوظيفي لاستخدام الهاتف المحمول من خلال خفض حدة النوموفوبيا وهو ما يتفق ونتائج دراسة Bekaroglu & Yilmaz, (2020).

وقد جاءت الأطر والكتابات النظرية كدراسات Arpace et al., (2017) لتؤكد أن التأثيرات السلبية لاضطراب النوموفوبيا على جميع جوانب الشخصية المختلفة للأفراد عامة وطلبة الجامعات خاصة، وما تسببه من تشتت للانتباه وعدم القدرة على التركيز في أداء المهام، وبالتالي سعى الباحثون للكشف عن العلاقة بين كل من اضطراب النوموفوبيا وعلاقته باليقظة العقلية لديهم، حيث كشفت نتائج دراسة Gulad et al., (2017) عن وجود علاقة سالبة دالة أحصائياً بين النوموفوبيا واليقظة العقلية لدى طلاب الجامعة، بمعنى أنه كلما زاد مستوى النوموفوبيا انخفض مستوى اليقظة العقلية مما يجعل الباحثون أكثر اهتماماً بدور اليقظة العقلية، ومن ثم أكدت دراسة Regan et al., (2003) أن استخدام الهاتف النقال المشكل عندما ينخفض تكون مستويات اليقظة العقلية مرتفعة لدى الفرد.

وفي هذا السياق أوضح Alidina, (2020) في نتائج دراسته بأن الفرد الذي يكتشف كيف يعيش اللحظة الحاضرة بطريق ممتعة بدلاً من القلق فهو الذي يكون لديه يقظة عقلية جيدة، في حين أشارت نتائج دراسة Arbaci et al., (2017) بأن هناك تأثير جيد لليقظة العقلية في خفض مستوى النوموفوبيا، ومن هنا وجب على الدراسات المستقبلية الاهتمام بهذا المنحى العلاجي الذي يستهدف خفض النوموفوبيا عن طريق العلاج القائم على اليقظة العقلية، حيث أكدت دراسة Lee et al., (2018) عن وجود علاقة ارتباطية سالبة بين اليقظة العقلية والاستخدام المفرط للهاتف النقال.

وأكدت نتائج دراسات Van Gordon, (2017) بأن التدريب القائم على ممارسات واستراتيجيات اليقظة العقلية عمل على خفض الإدمان السلوكي المشكل كاستخدام الهاتف النقال والنوموفوبيا وهذا للأسباب التالية:

- يعمل التأمل على التقليل من الأعراض الانسحابية والانتكاسة.
- يمكن لليقظة العقلية أن تنظم الانفعالات.
- تساعد ممارسات اليقظة العقلية في التعرف على القيمة الجوهرية للحياة بدلاً من المكافآت الزائفة.

- تعمل أيضا ممارسات واستراتيجيات اليقظة العقلية على تحسين القدرة على الصبر وعدم الاندفاع نحو الهاتف المحمول.

كما تعددت الأطر والكتابات النظرية التي أكدت على فعالية العلاج المعرفي السلوكي وتطوراته العقلانية الانفعالية، كما أكد حامد زهران (٢٠٠٥) على أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى مساعدة المريض في التعرف على أفكاره غير العقلانية، وحث المريض على الشك والاعتراض على أفكاره غير العقلانية، واستخدام الإقناع العلمي المنطقي للتخلص من الأفكار والمعتقدات، وقد أكدت العديد من الدراسات على فعالية العلاج المعرفي السلوكي وفنياته المختلفة، والعلاج العقلاني الانفعالي المطور من العلاج المعرفي السلوكي عند استخدامه للحد من بعض الآثار السلبية لبعض الاضطرابات والظواهر، ومنها دراسة عبد العزيز محمود (٢٠٢٠) والتي أكدت على فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى إدمان الهاتف واستخدامه، ودراسات دعاء فتحي (٢٠٢١)، و سمر عبد السلام (٢٠٢٣)، كما أوصت العديد من نتائج الدراسات العربية والأجنبية باستخدامه بكثرة مع حالات الهاتف المحمول والخوف من فقدانه كدراسات علا عبد الرحمن (٢٠١٩)، عبد الحميد شبنان (٢٠٢٣)، زينب شقير (٢٠٢١)، نورة محمد و رانيا شعبان (٢٠٢٢)، صافيناز أحمد (٢٠٢٢)، ولأء العودات، وأسامة الدالعة (٢٠٢٠).

ويمكن للباحث القول أنه في إطار العلاقة السالبة بين كل من اليقظة العقلية والنوموفوبيا والتي أكدت الدراسات السابقة في كون أن انخفاض مستوى اليقظة العقلية يؤدي بالتبعية إلى ارتفاع مستوى النوموفوبيا، واتجاه بعض الدراسات السابقة في أن النوموفوبيا لها مكون سلوكي، وتأكيد بعض الدراسات السابقة على فعالية العلاج العقلاني الانفعالي وفنياته المختلفة في الحد و خفض إدمان الهاتف النقال وما يترتب عليه من تبعات سلوكية منها النوموفوبيا، هو ما أدى بالباحث أن يصمم برنامجاً قائماً على اليقظة العقلية والتدريب على مكوناتها مستعيناً بممارساتها وفنياتها المرتبطة بالتأمل، والاستعانة ببعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي بهدف خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة.

تعقيب على الإطار النظري والدراسات السابقة:

بعد العرض السابق لمتغيرات الدراسة التي قام الباحث بعرضها، يقدم الباحث تعقيباً على إطاره النظري وبعض الدراسات السابقة التي استعان بها كالتالي:

أ- قدم الباحث عرضاً نظرياً للنوموفوبيا باعتبارها جزءاً لا يتجزأ من إيمان الهاتف المحمول ولكن يشمل بعض التغيرات المرتبطة بأبعاد النوموفوبيا، فقدم مجموعة من التعريفات الخاصة بهذا المفهوم إلى أن توصل إلى تعريف إجرائي يحتوي مكونات وأبعاد المقياس المستخدم في الدراسة، مستعيناً بذلك بمجموعة من الدراسات السابقة كدراسات Bragazzi & Puente, (2014)، Wang et al., (2014)، ثم انتقل الباحث بعد عرضه للمفهوم الإجرائي لمتغير النوموفوبيا للحديث عن الأعراض التي يمكن للأخصائي الاستفادة منها لتشخيص النوموفوبيا مستعيناً بذلك بدراسة Jilisha et al., (2019) والتي وضحت مجموعة من الأعراض التي من الممكن أيضاً وأن يستفيد منها الشخص غير المتخصص في تحديده لمعاناته مع هذا الاضطراب السلوكي أم لا، ومن ثم انتقل الباحث إلى الحديث عن أبعاد النوموفوبيا، والتي كانت مهمة جداً لخطوات بناء المقياس المعد في تلك الدراسة الحالية، حيث أكدت دراسة Jilisha et al., (2019) أن النوموفوبيا تتألف من أربعة أبعاد فرعية، على الرغم من أن معظم الدراسات السابقة أكدت على أن الأبعاد الفرعية لمقياس النوموفوبيا تتألف من ثلاثة أبعاد تم فيها دمج بعضين من دراسة Jilisha et al., (2019)، وهو ما اعتمد عليه الباحث في بنائه للمقياس المعد للدراسة الحالية، ثم تطرق الباحث للحديث عن العوامل المسببة والمؤدية للنوموفوبيا، حيث أكدت دراسات Essel et al., (2021)، Bianchi & Phillips, (2005)، Cheever et al., (2014)، Hoffmann (2017) على أن العوامل المسببة للنوموفوبيا تتمثل في ثلاث عناصر وهم العوامل: "معرفية أكاديمية- نفسية- اجتماعية ديموغرافية"، ثم عرض الباحث للآثار السلبية المترتبة على النوموفوبيا، حيث أكدت دراسات Acharya et al., (2013)، Dayapoglu et al., (2016)، Lepp et al., (2014)، Nurwahyuni, (2018)، معاذ أميدي (٢٠١٦)، Dixit et al., (2010) أن هذه الآثار تظهر في عدة مناحي واتجاهات: "جسدي- نفسي اجتماعي- عقلي معرفي-

أسري- أكاديمي دراسي"، ثم انتقل الباحث في عرضه لمتغير النوموفوبيا للحديث عن تشخيص النوموفوبيا، وهو كيف يؤكد الأخصائي أو الشخص نفسه بالاستعانة بأعراضها بأنه مصاب بالنوموفوبيا، وتناولت دراسات Bragazzi & Puente, (2014)، (2015)، Yildirim & Correia, (2015)، السعيد عبد الصالحين (٢٠١٦) العديد من المناحي والنقاط التي تشمل تشخيص النوموفوبيا والتي ظهرت فيما يقارب ١٣ نقطة وتشخيص، ثم ذكر الباحث بعض النماذج التفسيرية للنوموفوبيا ليوضح للباحثين فيما بعد أي من النماذج الخاصة بالنوموفوبيا يمكنهم أن يعتمدوا عليها ويتبنوها في دراساتهم كما اعتمد هو عليها في بنائه للبرنامج مؤكداً على المنحى السلوكي والمنحى الخاص بالتعلق والتدفق النفسي.

ب- قدم الباحث إطاراً نظرياً للعلاج المعرفي السلوكي يشمل تعريفه، والمبادئ السبعة الذي استند عليها العلاج المعرفي السلوكي، وأهم أهداف العلاج المعرفي السلوكي، وعرض فنيات العلاج المعرفي السلوكي ومن ثم عرضه لبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي والتي استخدمها الباحث في دراسته الحالية، وهذا جاء متفقاً ودراسات عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠)، (2013)، Digiesedde et al, حامد زهران (٢٠٠٥)، عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤)، وما هو الدور الذي ستقوم به فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة.

ج- وبعدها انتقل الباحث للحديث عن متغير اليقظة العقلية باعتباره إحدى المفاهيم الحديثة نسبياً في مجال العلاج النفسي والتي تعتمد في الأساس على ممارسات التأمل، فتحدث الباحث وتناول تعريف اليقظة العقلية إلى أن توصل إلى تعريف Pratscher et al., (2019) والذي تبناه الباحث في دراسته الحالية، ثم جاءت دراسات Langer (1989)، (2003)، Kabat, (2004)، Bear, لتؤكد على مكونات اليقظة العقلية وأبعادها المتنوعة، إلى أن توصلت الدراسات السابق عرضها إلى المكونات التالية: "الحضور- الوعي بالذات- القبول وعدم الحكم- عدم التفاعل- إعطاء الانتباه- اللحظة الحالية- عدم إصدار حكم- الصراحة"، ثم ينتقل الباحث ليعرض وجهات نظر الدراسات السابقة في أهمية وفوائد اليقظة العقلية ويؤكد على ذلك من خلال دراسات Alidina, (2002)، Weissbecker et al., (2011)، Davis & Hayes,

(2020)، Mace, (2008)، كما أكدت دراسة Davis & Hayes, (2011) على أهمية وفوائد استخدام ممارسات اليقظة العقلية في كونها تساعد على التنظيم الانفعالي، ووجود بعض الفوائد بينشخصية وفوائد شخصية داخلية، بالإضافة إلى تعزيز مستوى الصحة النفسية وتقليل التوتر والضغوط النفسية المختلفة، ومن ثم قدم Shapiro (2018)، et al., توضيحاً للأسس التي تقوم عليها اليقظة العقلية متمثلة في التالي: "التمهل - القبول - المرونة - وقف الحكم - اللطف مع الذات"، وقد ذكر Siegel, (2010) بعض الفنيات التي تقوم عليها اليقظة العقلية في التالي: "تأمل التنفس - تأمل المشي - مسح الجسم - تأمل الحكم - تأمل المحبة - تأمل الأفكار - تأمل الأكل - ممارسة التأمل الخارق - ممارسة إزالة العقل"، ثم تناول الباحث العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية MBCT من خلال عرض المفهوم والأهداف والفنيات مؤكداً على ما سبق بمجموعة من الدراسات السابقة ذات الصلة.

د- ثم تناول الباحث أخيراً دور البرامج القائمة على العلاج المعرفي السلوكي وعلى ممارسات اليقظة العقلية في خفض مستوى النوموفوبيا، حيث يعد مفهوم اليقظة العقلية من المفاهيم الحديثة نسبياً في المجال النفسي، وعلى الرغم من ذلك أكدت دراسة فتحي الضبع وأحمد علي (٢٠١٣) على فعالية اليقظة العقلية في خفض الضغوط والأفكار القمعية، وعلاج القلق واضطرابات الأكل، وتحسين مستوى جودة الحياة وتنظيم الذات والنوم، وهذا بالإضافة إلى كون اليقظة العقلية أحد أهم العوامل الوقائية التي تعزز الصحة النفسية وتنميتها لدى طلاب الجامعة، كما أكدت دراسات Schulte et al., (2018), Lam et al., (2018), Yilmaz, (2020), Eskawati et al., (2019), Arpaci et al., (2017) على ضرورة استخدام العلاج القائم على اليقظة العقلية في خفض حدة اضطراب النوموفوبيا ومختلف التبعات السلوكية مثل اضطراب الألعاب عبر الانترنت وإدمان التكنولوجيا لدى المراهقين وطلبة الجامعة، وأكدت نتائج دراسات Van Gordon, (2017) بأن التدريب القائم على ممارسات واستراتيجيات اليقظة العقلية عمل على خفض الإدمان السلوكي المشكل كاستخدام الهاتف النقال والنوموفوبيا وهذا للأسباب التالية:

- يعمل التأمل على التقليل من الأعراض الانسحابية والانتكاسة.

- يمكن لليقظة العقلية أن تنظم الانفعالات.
- تساعد ممارسات اليقظة العقلية في التعرف على القيمة الجوهرية للحياة بدلاً من المكافآت الزائفة.
- تعمل أيضاً ممارسات واستراتيجيات اليقظة العقلية على تحسين القدرة على الصبر وعدم الاندفاع نحو الهاتف المحمول.

وفي النهاية قد تمت الاستفادة من هذه الدراسات في عدة أوجه أهمها:

العينة: تنوع العمر الزمني لعينات تلك الدراسات بالنسبة لمتغيرات النوموفوبيا واليقظة العقلية والعلاج المعرفي السلوكي، ساعد الباحث كثيراً على تحديد العمر الزمني لعينة الدراسة الحالية وهو (٢٠-٢٢) سنة، وهو ما يمثل طلاب الجامعة المقيدتين بالفرقتين الثالثة والرابعة بكلية التربية بأسوان.

الأدوات: تم استخدام العديد من الأدوات في هذه الدراسات لتشخيص كل من:

١. النوموفوبيا: تعدد المقاييس التي ساعد على تشخيص وقياس النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة في البيئة الأجنبية، ساعد الباحث كثيراً في تصميم وتطبيق أداة تصلح لقياس النوموفوبيا على البيئة العربية ذات خصائص سيكومترية تم التحقق منها بواسطة الطرق والأساليب الإحصائية المختلفة.
٢. اليقظة العقلية: كان الرجوع للدراسات السابقة له دوراً هاماً في عدم الاستعانة أو بناء مقياس لليقظة العقلية، حيث أن الدراسات السابقة أكدت على العلاقة السالبة بين كل من انخفاض اليقظة العقلية وارتفاع مستوى النوموفوبيا، وهو ما جعل الباحث يكتفي فقط باستمارة جمع البيانات والمعلومات من طلاب الجامعة أفراد المجموعة التجريبية.

٣. البرنامج القائم على ممارسات اليقظة العقلية وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي: إن تعدد الدراسات التي تناولت كل من ممارسات اليقظة العقلية وأساليب وفوائدها، وأيضاً الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية وممارساته، إضافة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي ومستحدثاته كالعقلاني الانفعالي في علاج بعض المشكلات القائمة على التفكير غير المنطقي وتعديل بعض السلوكيات، كل ما سبق ساعد الباحث في إعداد وتطبيق برنامج اشتمل على مكونات كل من:

" اليقظة العقلية وممارساتها وفنياتها - وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي " وذلك على ثلاث مراحل وهم الإعداد والتهيئة، ثم مرحلة التدريب، وأخيراً مرحلة إعادة التدريب وهذا بهدف خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة.

فروض الدراسة:

تتكون فروض الدراسة من الفرضين التاليين:

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة وذلك لصالح القياس البعدي.
- ٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة عند أي مستوى من مستويات الدلالة.

إجراءات الدراسة:

أولاً- منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج التجريبي، وذلك باعتبارها تجربة تهدف إلى التأكد من فعالية برنامج قائم على اليقظة العقلية وممارساتها، بالإضافة إلى بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة، حيث يعد البرنامج القائم على اليقظة العقلية وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي متغيراً مستقلاً، بينما يعد مستوى النوموفوبيا هو المتغير التابع، كما اعتمد الباحث في دراسته الحالية على التصميم التجريبي ذي المجموعة الواحدة.

ثانياً- عينة الدراسة:

تم اختيار المشاركين بالدراسة الحالية وفق عدد من الإجراءات لتحديد عينة الدراسة النهائية وهم طلاب الجامعة من ذوي النوموفوبيا المرتفعة:

١. طبق الباحث استمارة لقياس مستوى استخدام الهاتف المحمول (الذكي)، لتؤكد على هل أن هناك بوادر إدمان لاستخدام الهاتف المحمول أم لا، وهل يتبع هذا أيضاً خوف من فقدان هذا الهاتف؟، وكان عددهم ما يقارب ٢٣٨ طالب وطالبة، كما

فعالية برنامج قائم على كلٍ من اليقظة العقلية وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي

اشتملت الاستمارة على بعض الأسئلة التي يمكن من خلالها تقييم مستوى اليقظة العقلية لديهم، حيث اعتبر الباحث أن هذه هي العينة الاستطلاعية للدراسة. ٢. تم تطبيق دراسة استطلاعية عن طريق تطبيق مقياس النوموفوبيا على الطلاب الذين أبدوا استجابات تؤكد ارتفاع مستوى النوموفوبيا لديهم، وكانت استجاباتهم على النحو التالي:

جدول رقم (١)

يوضح نتائج الدراسة الاستطلاعية على عبارات مقياس النوموفوبيا من إعداد الباحث (٢٠٢٥)

م	العبرة	النسبة المئوية
البعد الأول: عدم القدرة على التواصل مع الآخرين والوصول إلى المعلومات		
١	انزعج عندما لا أصل إلى المعلومات باستخدام الهاتف	%٦٦
٢	أشعر بالضيق عندما أسأل الآخرين عن المعلومات بدلاً من استخدام هاتفي الذكي للبحث عنها.	%٧٢
٣	أؤتوّر عند عدم توافر الوقت لإرسال الرسائل وإجراء المكالمات وتلقيها.	%٥٨
٤	أزعج عندما لا أتمكن من متابعة النشاطات الحديثة على تطبيقات التواصل الاجتماعي (Whats app, Facebook, Instagram, Twitter).	%٦٠
٥	عدم تواصل عائلتي معي بسبب نسياني للهاتف، يسبب لي الضيق والانزعاج والتوتر	%٧٠
٦	أفضل التواصل مع الآخرين عبر الهاتف الذكي فقط .	%٨٢
٧	أشعر بأن شيء ما ينقصني إذا لم أتقّد مواقع التواصل الاجتماعي في بداية يومي.	%٧٤
٨	أختار الأماكن التي يفضل استخدام الهاتف المحمول فيها.	%٧٣
٩	اتضايق عندما يتجاهل الآخرون الرد على رسائلي الخاصة رغم رؤيتهم لها.	%٧١
١٠	أشعر بالعزلة عندما لا تتوافر شبكة إرسال في الهاتف الذكي.	%٦٩
البعد الثاني: البحث عن المتاعب والتخلي عن الراحة		
١١	ينتابني الحزن الشديد عند عدم تمكني من استخدام هاتفي الذكي.	%٦٤
١٢	تزداد ضربات قلبي إذا نسيت هاتفي الذكي كما لو أنني فقدت صديقاً لي.	%٧٠
١٣	أزعج من المحاضرات بسبب منعي من استخدام الهاتف الذكي.	%٦٩
١٤	يعد استخدام الهاتف الذكي وسيلة للتخلص من حالات الإحباط التي أشعر بها.	%٨١
١٥	يعتبر استخدامي للهاتف الذكي هو الطريقة الوحيدة التي أشعر من خلالها بالراحة والسعادة	%٧٠
١٦	لا أعرف توثيق أحداث يومي إلا عن طريق النقاط الصور المختلفة.	%٦٣
١٧	لا أتخيل حياتي بدون استخدام الهاتف الذكي.	%٧٦
١٨	لا أستطيع تحديد أهدافي اليومية دون استخدام الهاتف الذكي	%٧٠
البعد الثالث: فقد وسائل الترفيه		
١٩	أزعج عند نفاذ شحن بطارية هاتفي الذكي	%٧١
٢٠	أصاب بالهلع عند نفاذ رصيد أو انتهاء باقي الشهرية	%٧٢
٢١	أتفحص بشكل مستمر بيانات الهاتف أو الاتصال بشبكة Wi-Fi	%٦٩
٢٢	أخشى أن أتورط في مكان ما بسبب هاتفي الذكي المغلق	%٧٩
٢٣	أتفحص شاشة هاتفي الذكي من حين لآخر	%٧٨
٢٤	أميل إلى لعب الألعاب الإلكترونية عبر الهاتف الذكي	%٦٨
٢٥	أميل إلى معرفة أصدقاء جدد من خلال التطبيقات المختلفة	%٧١

٣. ثم قام الباحث بتطبيق المقياس للتأكد فعلياً من تعرض طلبة الجامعة إلى النوموفوبيا، وممن حصلوا على درجات ونسب مئوية منخفضة على استمارة جمع البيانات فيما يخص اليقظة العقلية، حيث بلغ عدد الطلاب الذين أبدوا مستوى مرتفعاً من النوموفوبيا ١٥٠ طالب وطالبة وكان هذا هو عدد العينة الأساسية، غير أولئك الذين استعان بهم الباحث للتحقق من الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة.

٤. استخدم الباحث الأساليب الاحصائية المناسبة لمعالجة النتائج التي تم الحصول عليها من تطبيق الاختبارات والمقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية باستخدام الحزمة الاحصائية SPSS.

ثالثاً - أدوات الدراسة:

استعان الباحث في دراسته الحالية بثلاث أدوات للدراسة وهم: استمارة جمع البيانات من إعداد الباحث، ومقياس النوموفوبيا لطلاب الجامعة من إعداد الباحث، والبرنامج القائم على اليقظة العقلية وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي من إعداد الباحث.

أ. استمارة جمع البيانات والمعلومات: من إعداد الباحث

وهدف هذه الدراسة إلى تحقيق هدفين، أولهما معرفة مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة كاستطلاع قبل تطبيق المقياس، وثانيهما تحديد مستوى اليقظة العقلية لدى طلاب الجامعة عن طريق مجموعة من الأسئلة المفتوحة يشملها مجموعة من المناقشات حول الموضوع ذاته، واعتد بها الباحث أداة للقياس كون الدراسات السابقة أكدت على العلاقة السالبة بين انخفاض اليقظة العقلية وارتفاع النوموفوبيا، مما جعل الباحث لم يستعن بأي مقياس من المقاييس التي تقيس درجة اليقظة العقلية.

ب. مقياس النوموفوبيا (رهاب الانفصال عن الهاتف المحمول): من إعداد

الباحث (٢٠٢٥)

• الهدف من المقياس:

يهدف المقياس إلى قياس رهاب الانفصال عن الهاتف الذكي (النوموفوبيا) لدى طلاب الفرقين الثالثة والرابعة بكلية التربية بجامعة أسوان عينة الدراسة الحالية.

• مبررات إعداد المقياس:

قام الباحث بإعداد هذا المقياس نظراً لعدم توافر نسخة عربية متاحة من مقياس النوموفوبيا يمكن الاستعانة بها في الدراسة الحالية - على حد علم الباحث- تتناسب مع طبيعة العينة وأهداف الدراسة الحالية، ورغبة منه في إثراء المكتبة النفسية العربية بمقياس مقنن على البيئة العربية.

• خطوات إعداد المقياس:

لبناء مقياس رهاب الانفصال عن الهاتف الذكي (النوموفوبيا) اتبع الباحث الخطوات التالية:

١- الاطلاع على مختلف تعريفات النوموفوبيا- في حدود ما توفر لدى الباحث- في الأدبيات والدراسات السابقة والتي تم توضيحها في الإطار النظري للدراسة الحالية.
٢- الاطلاع على النظريات المختلفة التي فسرت النوموفوبيا والتي عرضت في الإطار النظري.

٣- تم الاطلاع على بعض المقاييس والدراسات الأجنبية، سواء التي درست النوموفوبيا أو متغيرات وثيقة الصلة بها، وهذا بهدف التعرف على الأعراض السلوكية والتأثيرات السلبية لاستخدام الهاتف الذكي بشكل عام، وكان من أهم هذه المقاييس:
أ- مقياس النوموفوبيا إعداد: (Yildirim & Correia, 2015)، ترجمة: علي ثابت (٢٠٢١).

ب- مقياس إدمان الهاتف الذكي إعداد: (Kwon et al., 2020).

ج- مقياس الاعتماد على الهاتف الذكي إعداد: (Choliz et al., 2016).

د- تم الاطلاع على ما توفر لدى الباحث من دراسات عربية أعدت مقاييس جديدة للنوموفوبيا للاستفادة منها عند إعداد المقياس وأهمها دراسة السعيد عبد الصالحين (٢٠١٦)، وقيروان عبدالله، عيسى محمد (٢٠٢١)، وبطارية النوموفوبيا إعداد: زينب شقير (٢٠٢١).

٤- بناءً على ما سبق تم إعداد الصورة الأولية للمقياس، وعرضها على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم (٥) أساتذة من المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية، وذلك لإبداء وجهة نظرهم في مدى مناسبة كل عبارة للهدف من المقياس وللبعد الذي تنتمي

إليه، وتعديل أو حذف أو إضافة بعض العبارات التي يرون ضرورة تعديلها أو حذفها أو إضافتها وكذلك للحكم على وضوح ودقة العبارات من حيث الصياغة اللغوية.

• وصف المقياس في صورته الأولى:

تكون المقياس في صورته الأولى من ٣٧ عبارة، موزعة على ثلاثة أبعاد وهي: البعد الأول: وهو عدم القدرة على التواصل مع الآخرين والوصول إلى المعلومات ويتكون من ١٤ عبارة، البعد الثاني: البحث عن المتاعب والتخلي عن الراحة ويشمل ١٢ عبارة، البعد الثالث: فقد وسائل الترفيه ويتكون من ٧ عبارات، ثم تم عرض المقياس في صورته الأولى على السادة المحكمين المتخصصين في مجال الصحة النفسية، وبناءً على هذه الخطوة تم تعديل صياغة بعض العبارات وحذف الأخرى كونها لا تتصل بالبعد الخاص بها، كما تم حساب نسب الاتفاق باستخدام معادلة كوبر: نسبة الاتفاق = [عدد مرات الاتفاق ÷ (عدد مرات الاتفاق + عدد مرات عدم الاتفاق)] $\times 100$ ، لتوضيح ملائمة العبارات للأبعاد المنتمة لها. ويوضح جدول (٢) التالي عدد العبارات قبل وبعد الاستعانة بآراء السادة المحكمين.

جدول رقم (٢)

يوضح عدد عبارات مقياس النوموفوبيا قبل وبعد الاستعانة بآراء السادة المحكمين

البعد/ عدد العبارات	الصورة الأولى للمقياس	بعد الاستعانة بآراء السادة المحكمين
عدم القدرة على التواصل مع الآخرين والوصول إلى المعلومات	١٤ عبارة	١٠ عبارات
البحث عن المتاعب والتخلي عن الراحة	١٢ عبارة	٨ عبارات
فقد وسائل الترفيه	١١ عبارة	٧ عبارات

• الخصائص السيكمترية لمقياس النوموفوبيا:

(١) الاتساق الداخلي:

تم التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معاملات الارتباط لدرجات أفراد عينة الكفاءة السيكمترية لأدوات الدراسة (ن=٢٢٠) على مقياس النوموفوبيا، وذلك كما هو موضح في جدول رقم (٣) التالي:

جدول رقم (٣)

يوضح معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة، والبعد الذي تنتمي إليه من أبعاد مقياس النوموفوبيا

البعد الأول		البعد الثاني		البعد الثالث	
البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
١	**٠,٦٢٩	١١	**٠,٦٣٠	١٩	**٠,٥٠٢
٢	**٠,٥٨٠	١٢	**٠,٣٢٢	٢٠	**٠,٦٢٨
٣	**٠,٥٣٧	١٣	**٠,٧٣١	٢١	**٠,٥٧٤
٤	**٠,٥٩٥	١٤	**٠,٧٣٤	٢٢	**٠,٥٢٦
٥	**٠,٥٧٤	١٥	**٠,٦٢١	٢٣	**٠,٦٦٢
٦	**٠,٣٠٨	١٦	**٠,٧٥٥	٢٤	**٠,٤٥٤
٧	**٠,٤٦٧	١٧	**٠,٦٩٥	٢٥	**٠,٦٤٦
٨	**٠,٦١٤	١٨	**٠,٧٢٠		
٩	**٠,٥٤٥				
١٠	**٠,٦٧٦				

ويتضح من قراءة جدول رقم (٣) أن معاملات الارتباط جاءت دالة عند مستوى ٠,٠١ ، حيث يظهر من خلال الجدول أن معاملات الارتباط بين العبارات والأبعاد التي تنتمي إليها امتدت بين (٠,٣٠٨ - ٠,٧٥٥)، والتي تعتبر دالة عند مستوى ٠,٠١ وهو ما يدل على أن بنود المقياس متسقة داخلياً مع الأبعاد المنتمية إليها. كما يوضح جدول رقم (٤) التالي معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية.

جدول رقم (٤)

معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس النوموفوبيا

البعد	الدرجة الكلية للمقياس
عدم القدرة على التواصل مع الآخرين والوصول إلى المعلومات	**٠,٧٠١
البحث عن المتاعب والتخلي عن الراحة	**٠,٨٨٢
فقد وسائل الترفيه	**٠,٩٠٨

يتبين من خلال حساب معاملات الارتباط أن هناك علاقة قوية بين الأبعاد الفرعية للمقياس والمجموع الكلي مما يدل على وجود اتساق داخلي بين عبارات المقياس وأبعاده، وبين الأبعاد والمجموع النهائي للمقياس، وهو ما يؤكد دلالتها عند مستوى ٠,٠١.

(٢) صدق المقياس:

➤ الصدق العاملي الاستكشافي:

تم التحقق من صدق المقياس باستخدام صدق البناء العاملي، حيث تم فحص البنية العاملية للمقياس من خلال إجراء التحليل العاملي الاستكشافي Factor Analysis Exploratory لدرجات ٢٢٠ طالب وطالبة من طلاب كلية التربية بأسوان على مقياس النوموفوبيا بواسطة الحزمة الإحصائية (SPSS, version 26)، وفي البداية تم التحقق من مدى ملائمة البيانات لإجراء التحليل العاملي الاستكشافي، حيث تم التأكد من ملائمة حجم العينة من خلال Kaiser- Mayer-Olkin measure of Sampling Adequacy (KMO) والذي بلغت قيمته ٠,٨٣٢ وهي أعلى من ٠,٥٠ لذا يعد حجم العينة مناسب للتحليل العاملي، كما تم التأكد من أن مصفوفة الارتباطات تختلف عن مصفوفة الوحدة من خلال اختبار Bartlett's Test of Sphericity والذي بلغت قيمته ٧٣٧,٥٨٧٥ بدرجة حرية ٦٣٠ وهي دالة إحصائياً عن مستوى دلالة (٠,٠٠٠)، وبذلك فإن البيانات تستوفي شروط التحليل العاملي، كما تم استخدام طريقة المكونات الأساسية Principal Components Method لاستخلاص العوامل، وطريقة التدوير المتعامد للعوامل التي تم استخلاصها بطريقة "الفارماكس" Varimax لكايزر، وقد تم حذف العوامل التي لم يصل عدد البنود المتشعبة عليها إلى ثلاثة بنود، كما تم حذف البنود التي لم يصل تشعبها على أي عامل إلى ≤ 3 ، وفقاً لمحك جيلفورد، مع اختيار العامل الأعلى تشعباً في حالة تشعب البند على أكثر من عامل.

وتوضح الجداول رقم (٥)، (٦)، (٧) العوامل ونسبة تشعب كل بند على العامل/ البعد الذي ينتمي إليه.

جدول رقم (٥)

يوضح نتائج التحليل العاملي الاستكشافي لمقياس رهاب الانفصال عن الهاتف الذكي

(ن=٢٢٠)

البعد الأول: عدم القدرة على التواصل مع الآخرين والوصول إلى المعلومات

م	البند	التشيع	الشيوع
١	انزعج عندما لا أصل إلى المعلومات باستخدام الهاتف	٠,٥٥٥	٠,٣٥٨
٢	أشعر بالضيق عندما أسأل الآخرين عن المعلومات بدلاً من استخدام هاتفي الذكي للبحث عنها.	٠,٣٥٦	٠,٢٦١
٣	أنتوتر عند عدم توافر الوقت لإرسال الرسائل وإجراء المكالمات وتلقيها.	٠,٥٢٣	٠,٤٢١
٤	انزعج عندما لا أتمكن من متابعة النشاطات الحديثة على تطبيقات التواصل الاجتماعي (Whats app, Facebook, Instagram, Twitter).	٠,٤٢٠	٠,٢٤٦
٥	عدم تواصل عائلتي معي بسبب نسياني للهاتف، يسبب لي الضيق والانزعاج والتوتر	٠,٦٦١	٠,٤٤٣
٦	أفضل التواصل مع الآخرين عبر الهاتف الذكي فقط.	٠,٤٥٥	٠,٣٨١
٧	أشعر بأن شيء ما ينقصني إذا لم أتفقد مواقع التواصل الاجتماعي في بداية يومي.	٠,٨٤٤	٠,٧١٧
٨	أختار الأماكن التي يفضل استخدام الهاتف المحمول فيها.	٠,٥٨٥	٠,٣٨٠
٩	اتصايق عندما يتجاهل الآخرون الرد على رسائلي الخاصة رغم رؤيتهم لها.	٠,٦١٥	٠,٤٣٨
١٠	أشعر بالعزلة عندما لا تتوافر شبكة إرسال في الهاتف الذكي.	٠,٨٤٨	٠,٧٢٤

جدول رقم (٦)

يوضح نتائج التحليل العاملي الاستكشافي لمقياس رهاب الانفصال عن الهاتف الذكي

(ن=٢٢٠)

البعد الثاني: البحث عن المتاعب والتخلي عن الراحة

م	البند	التشبع	الشيوع
١١	ينتابني الحزن الشديد عند عدم تمكني من استخدام هاتفي الذكي.	٠,٤٩٩	٠,٣٩٣
١٢	تزداد ضربات قلبي إذا نسيت هاتفي الذكي كما لو أنني فقدت صديقاً لي.	.	.
١٣	أنزعج من المحاضرات بسبب منعي من استخدام الهاتف الذكي.	٠,٧٠٠	٠,٥٤٠
١٥	يعد استخدام الهاتف الذكي وسيلة للتخلص من حالات الإحباط التي أشعر بها.	٠,٧٥٤	٠,٥٩٧
١٦	يعتبر استخدامي للهاتف الذكي هو الطريقة الوحيدة التي أشعر من خلالها بالراحة والسعادة	٠,٦٣٦	٠,٤٤٠
١٧	لا أعرف توثيق أحداث يومي إلا عن طريق النقاط الصور المختلفة.	٠,٦٥٩	٠,٥٣٢
١٨	لا أتخيل حياتي بدون استخدام الهاتف الذكي.	٠,٥٨١	٠,٤٣٤
١٩	لا أستطيع تحديد أهدافي اليومية دون استخدام الهاتف الذكي	٠,٦٤٣	٠,٤٩٥

جدول رقم (٧)

يوضح نتائج التحليل العاملي الاستكشافي لمقياس رهاب الانفصال عن الهاتف الذكي (ن=٢٢٠)
البعد الثالث: فقد وسائل الترفيه

م	البند	التشبع	الشيوع
٢٠	أنزعج عند نفاذ شحن بطارية هاتفي الذكي	٠,٤٢٣	٠,٢٩٩
٢١	أصاب بالهلع عند نفاذ رصيدي أو انتهاء باقتي الشهرية	٠,٧١٥	٠,٥٣٨
٢٢	أنفحص بشكل مستمر بيانات الهاتف أو الاتصال بشبكة Wi-Fi	٠,٤٩٢	٠,٣٧٦
٢٣	أخشى أن أتورط في مكان ما بسبب هاتفي الذكي المغلق	٠,٤٢١	٠,٣٠٦
٢٤	تفحص شاشة هاتفي الذكي من حين لآخر	٠,٦٢٨	٠,٥٠٨
٢٥	أميل إلى لعب الألعاب الإلكترونية عبر الهاتف الذكي	٠,٦٨٤	٠,٤٨٥

كما يوضح جدول رقم (٨) التالي الجذور الكامنة لكل بعد من أبعاد مقياس النوموفوبيا،
ونسب التباين لكل بعد ونسبة التباين الإجمالية.

جدول رقم (٨)

يوضح الجذور الكامنة ونسب التباين لأبعاد مقياس رهاب الانفصال
عن الهاتف الذكي (النوموفوبيا)

البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث
الجذر الكامن=٢,٢٩٠	الجذر الكامن= ٣,٣٣٥	الجذر الكامن=١٠,٠٥٨
التباين=٦,٣٦٢%	التباين= ٩,٢٦٣%	التباين= ٩٣٨, ٢٧%
نسبة التباين الإجمالية: ٤٣,٥٦٣%		

يتضح من خلال الجدول أن بنود المقياس تشبعت على ثلاثة عوامل تمثل مجتمعة
٤٣,٥٦٣% من التباين الكلي، وبعد فحص التشبعات تبين أن المقياس يتكون من ٢٥ بنداً
موزعين على ثلاثة عوامل ، تم تسمية العامل الأول عدم القدرة على التواصل مع الآخرين

والوصول إلى المعلومات ويتكون من ١٠ بنود وهي من (١٠-١)، والعامل الثاني تم تسميته البحث عن المتاعب والتخلي عن الراحة ويتكون من ٨ بنود وهي من (١١-١٨) حيث تم حذف عبارة لأنها لم تنتسب على أي عامل (حيث تم استثناء البنود التي قل تشبعها عن ٣,٠)، والعامل الثالث تم تسميته فقد وسائل الترفيه ويتكون من ٧ بنود وهي من (١٩-٢٥).

(٣) ثبات المقياس:

➤ معامل ثبات ألفا كرونباخ: Cronbach's Alpha Coefficient

للتحقق من ثبات المقياس تم حساب قيم معاملات ثبات ألفا-كرونباخ لدرجات أفراد عينة الكفاءة السيكمترية لأدوات الدراسة (ن=٢٢٠)، حيث تم حساب قيم معاملات ثبات درجات البنود عن طريق ثبات درجة البعد ككل في حالة حذف درجة البند، ويبين جدول رقم (٩) التالي قيم معاملات ثبات ألفا-كرونباخ لدرجات أبعاد مقياس النوموفوبيا في حالة حذف درجة البند If- item deleted.

جدول رقم (٩)

يوضح معاملات ألفا كرونباخ لثبات درجات أبعاد مقياس النوموفوبيا بعد حذف درجة البند منه

أبعاد النوموفوبيا				معامل ألفا
الدرجة الكلية	فقد وسائل الترفيه	البحث عن المتاعب والتخلي عن الراحة	عدم القدرة على التواصل مع الآخرين والوصول إلى المعلومات	
٠,٩٢١	٠,٨٨٨	٠,٨٧٦	٠,٨٢٠	

اتضح من خلال قراءة نتائج جدول رقم (٩) السابق أن قيم معاملات ثبات درجات أبعاد مقياس النوموفوبيا تعتبر قيم مرتفعة لمعاملات الثبات، مما يدل على أن المقياس يمكن الاعتماد عليه والوثوق بنتائجه في قياس النوموفوبيا لدى عينة الدراسة الحالية.

➤ معامل التجزئة النصفية: Split-Half Coefficient

للتحقق من ثبات المقياس تم استخدام طريقة التجزئة النصفية وفق معادلة جتمان وتقوم طريقة التجزئة النصفية على تجزئة المقياس إلى نصفين يضم النصف الأول الأسئلة الفردية، ويضم النصف الثاني الأسئلة الزوجية.

$$G = 2 \left[\frac{S^2 - S_1^2 - S_2^2}{S^2} \right] \quad \text{معادلة جتمان}$$

← G = معامل جتمان للتجزئة النصفية

← S^2 = التباين الكلي

← S_1^2 = تباين النصف الأول (العبارات الفردية)

← S_2^2 = تباين النصف الثاني (العبارات الزوجية)

ويوضح جدول رقم (١٠) التالي قيم معاملات الثبات وفق معادلة جتمان للتجزئة النصفية لكل بعد من أبعاد المقياس وللمقياس ككل.

جدول رقم (١٠)

يوضح نتائج قيم معاملات الثبات وفق التجزئة النصفية (جتمان) على مقياس النوموفوبيا

البعد	معامل ثبات جتمان (G)
عدم القدرة على التواصل مع الآخرين والوصول إلى المعلومات	٠, ٨٠٣
البحث عن المتاعب والتخلي عن الراحة	٠, ٨٩١
فقد وسائل الترفيه	٠, ٨٩٦
المقياس ككل	٠, ٩٤٤

وتوضح قراءة نتائج جدول رقم (١٠) أن قيم معاملات ثبات الأبعاد والمقياس ككل تعتبر مرتفعة وقوية مما يؤكد ثبات نتائج المقياس وإمكانية الاعتماد عليها في قياس النوموفوبيا لدى طلبة كلية التربية بالجامعة.

• طريقة تصحيح المقياس:

تكون المقياس في صورته النهائية من ٢٥ عبارة، وقد تمت الإجابة على المقياس وفق تدرج ليكرت الثلاثي الذي يتراوح بين (نعم، أحياناً، لا)، وتقدر بالدرجات (٣-٢-١) على الترتيب، تشير الدرجة الكلية على المقياس إلى درجة النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة، وأعلى درجة يحصل عليها الطالب هي ٧٥، وأقل درجة هي ٢٥، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع مستويات النوموفوبيا لدى طلاب كلية التربية.

ج. البرنامج القائم على اليقظة العقلية وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي من إعداد الباحث:

اعتمد الباحث في تصميم وإعداد البرنامج على عدة أبعاد مختلفة يجب أن يتضمنها إعداد وتصميم البرنامج، وهي:

١- العينة المستهدفة التي يطبق عليها البرنامج:

تم تصميم هذا البرنامج على مجموعة من طلاب الفرقة الثالثة والرابعة بكلية التربية بالجامعة ذوي النُوموفوبيا المرتفعة.

٢- أهداف البرنامج:

تعتبر الأهداف أولى الخطوات التي يجب مراعاتها لأي برنامج، فهي المعيار الذي يُختار في ضوئه محتويات البرنامج، وتحدد أساليب واستراتيجيات التقويم.

➤ الأهداف العامة للبرنامج:

- يهدف البرنامج الحالي إلى خفض مستوى النُوموفوبيا لدى طلاب الجامعة عينة الدراسة الحالية ومن ثم يمكن تعميمه وتطبيقه.

- التحقق من استمرار فعالية البرنامج بعد انتهائه وخلال فترة المتابعة.

➤ الأهداف الخاصة للبرنامج:

- تبصير أفراد المجموعة التجريبية ذوي النُوموفوبيا المرتفعة نحو النُوموفوبيا من حيث مفهوماتها، ومجالاتها، وأبعادها، مسبباتها، والعوامل التي تدفع طلاب الجامعات إلى التعرض لها.

- تعديل مفاهيم أفراد المجموعة ذوي النُوموفوبيا المرتفعة.

- تدريب الطلاب ذوي النُوموفوبيا المرتفعة على ممارسات اليقظة العقلية ومكوناتها كالحضور، والوعي بالذات وبالآخرين، والقبول وعدم الحكم، وعدم التفاعل، وأيضاً التدريب على استخدام ممارسات التأمل بكافة أشكالها، مع التأكيد على نهج العلاج المعرفي السلوكي العقلاني الذي يعمل على تغيير الأفكار من كونها غير منطقية إلى أفكار منطقية واقعية.

- تدريب الطلاب ذوي النُوموفوبيا المرتفعة على التحكم وضبط انفعالاتهم.

- يساعد على تحديد الأفكار والمعتقدات غير العقلانية التي يحملها طلاب الجامعة ذوي النُوموفوبيا المرتفعة، والتي أدت إلى وقوعهم في تلك المشكلة.

٣- أهمية البرنامج:

- تتحدد أهمية البرنامج فى النقاط التالية:
- أن البرنامج ومحتواه يمكن طلاب الجامعة ذوي النوموفوبيا المرتفعة من تنفيذ أفكارهم اللاعقلانية واستنكارها والتخلص منها، واستبدالها بأفكار عقلانية تجاه استخدام الهاتف الذكي وإدمانه والخوف من فقدانه.
- ولعل هذه الأفكار غير العقلانية تحتاج إلى قدر من التأمل والتمعن حتى يتمكن الطلاب من تصديقها كونها بالفعل غير منطقية، وهنا تأتي دور ممارسات التأمل الخاصة باليقظة العقلية.
- قد يسهم هذا البرنامج فى إيجاد طرق جديدة للتعامل مع ارتفاع النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة من خلال استخدام بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي وبعض ممارسات اليقظة العقلية.
- يساعد هذا البرنامج فى تقديم بعض الخدمات الإرشادية الخاصة بطلاب الجامعة ذوي النوموفوبيا المرتفعة.
- يعمل هذا البرنامج على تحسين مستوى استخدام الهاتف النقال الذكي.

٤- الخدمات التى يقدمها البرنامج:

- يقدم البرنامج عدد من الخدمات:
- الخدمات الإرشادية العلاجية: ويقوم بخفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة والتي قد تؤثر سلباً عليهم كما تم عرض آثارها السلبية سابقاً.
- الخدمات الوقائية: يقدم البرنامج خدمة وقائية، حيث يساعد طلاب الجامعة ذوي النوموفوبيا المرتفعة على استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي، وبعض ممارسات اليقظة العقلية فى مواقف قد تواجههم فى الحاضر والمستقبل.
- الخدمات التربوية: يساعد البرنامج على النمو النفسي السليم السوى لطلاب الجامعة ذوي النوموفوبيا المرتفعة من خلال التخلص من المشاعر السلبية.

٥- الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

اعتمد الباحث في بنائه للبرنامج على عدة أسس وركائز، وهي:

- الأسس الفلسفية: يستمد البرنامج أسسه الفلسفية من نظريات الإرشاد والإرشاد النفسي وبصفة خاصة السلوكية المعرفية الذي يرى أن السلوك المشكل والمعرفة متعلمين، إضافة إلى استخدام تقنيات أخرى وممارسات مختلفة لها صلة باليقظة العقلية ويتم استمراره من خلال تكرار أنماط التفاعل لأنواع السلوك المتعلمة، وأيضًا نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي، ونظرية الإرشاد المعرفي، والتي منها أن الفكر والانفعال مترابطين، وينعكس كل منهما على السلوك والأفكار السلبية التي تقوم على أساس غير عقلاني يمكن دحضها وتعديلها إلى موجبة.
- الأسس النفسية والتربوية: وضع الباحث نصب أعينه خصائص النمو في مرحلة المراهقة لطلاب الجامعة، ومراعاة الفروق الفردية بين أفراد المجموعة وإعطاء تعليمات لفظية واضحة يمكن فهمها لأفراد العينة، كما راعى الباحث أن يكون الهدف واضحًا ولا يخرج عن الهدف العام، وهو خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة.
- الأسس العلمية : يستمد هذا البرنامج أصوله العلمية من الاتجاه المعرفي السلوكي، والعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية من حيث المفهوم والأهمية والأهداف والأسس التي تستند على العديد من النظريات والاتجاهات الإرشادية، إلى جانب اعتماد البرنامج على الأسس العلمية العامة التي تتضمن مراعاة أخلاقيات الإرشاد وسرية المعلومات.
- الأسس العامة: راعى الباحث حق الشخص في الانضمام للبرنامج دون قيد أو شرط الذي يقدم له الخدمة الإرشادية، ومدى استعداداه لتعديل وتغيير سلوكياته.

٦- مراحل تنفيذ البرنامج:

- تتكون مراحل تنفيذ البرنامج القائم على اليقظة العقلية وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي من ثلاثة مراحل، وهي:
- مرحلة الإعداد والتهيئة: حيث يوجد عدد من الضوابط التي تتم مراعاتها عند الإعداد للبرنامج حتى يمكن الاعتماد على التجربة في تفسير النتائج، وهي:

- أن يكون المقياس المستخدم في الدراسة على درجة مقبولة من الثبات والصدق بحيث يمكن الاعتماد على نتائجه، والتأكد من أن الفروق التي تحصل لدينا قبل التدخل المهني وبعده ترجع إلى البرنامج.

- تحديد الأساليب والفنيات المناسبة للتدخل سواء كانت أساليب معرفية أو سلوكية أو انفعالية أو ممارسات خاصة باليقظة العقلية.

- أن يوصف برنامج التدخل المهني لأفراد العينة بلغة سهلة وواضحة، وتجنب استخدام المصطلحات العلمية لتوضيح التأثير الإيجابي للبرنامج على تحسين سلوك الإقدام المتسرع وغير المتوقع نتائجه للطلبة ذوي النوموفوبيا المرتفعة، على أن تكون هذه المرحلة بهدف تكوين جو من الود والألفة والمودة بين أفراد المجموعة التجريبية والباحث.

- تكوين علاقة مهنية أساسها المودة والاحترام والتقبل والموضوعية والثقة مع أفراد العينة التجريبية

➤ مرحلة التدخل المهني (التدريب):

- الإعداد القبلي، والهدف منه إعداد المجموعة وتهيئتها.

- التقييم القبلي، وهذه المرحلة تهدف إلى تحديد المشكلة أو المشكلات الخاصة بأفراد العينة، وهي ارتفاع مستوى النوموفوبيا، ومحاولة خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة، والحد من آثارها السلبية على طلاب الجامعة، وهذا من خلال رفع مستوى اليقظة العقلية لدى طلاب الجامعة، حيث أثبتت الدراسات العلاقة السالبة بين كل منهما وتحديد طبيعتها وشدتها، وذلك باستخدام المقياس المعد لذلك (مقياس النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة) ويكون هذا المقياس بمثابة التقييم القبلي.

- استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي، وبعض ممارسات اليقظة العقلية وتوظيفها في البرنامج للعمل على خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة وذلك من خلال تقسيم محتوى البرنامج إلى مجموعة من الجلسات.

➤ مرحلة الإنهاء والتقييم (إعادة التدريب):

وفي هذه المرحلة استخدم الباحث نوعين من التقويم، هما:

التقويم التكويني: وذلك من خلال ملاحظة الباحث للسلوكيات المباشرة لأفراد المجموعة التجريبية خلال تطبيق البرنامج، ومن خلال فحص الحالة النفسية بداية كل جلسة، ثم الانتهاء

التدريجي من التدخل المهني ومساعدتهم في تحديد أهم الإنجازات التي تم تحقيقها خلال مدة التدخل.

التقويم البعدي: يتم بتطبيق القياس البعدي لقياس الفروق بين القياس القبلي والبعدي بعد الانتهاء من التجربة ورصد التغيرات الناتجة عن تطبيق البرنامج ومقارنة مستوى النوموفوبيا قبل وبعد الانتهاء من البرنامج ، ومن ثم ختام البرنامج وإنهائه.

٧- مصادر بناء البرنامج وإعداده:

اعتمد الباحث في إعداده للبرنامج على ما يلي:

- الاطلاع على العديد من الكتابات المتعلقة بالنوموفوبيا لدى الطالب الجامعي من حيث مفهومها وخصائصها، وأعراضها، والعوامل التي تسهم في اضطرابها، كما وردت ذلك في الإطار النظري.
- مراجعة ما كتب في التراث السيكلوجي عن النوموفوبيا ، من حيث مفهومها، ومجالاتها، وأبعادها، والعوامل التي تساعد على خفض مستوى النوموفوبيا والنظريات التي تفسر النوموفوبيا، كما ورد ذلك في الإطار النظري للدراسة.
- الاطلاع على الكتابات المختلفة في مجال الإرشاد المعرفي السلوكي، واليقظة العقلية من حيث المفهوم، والمبادئ التي يقوم عليها، والأهداف، والسمات التي تميز كلاً منهما، والتقييم، والاستراتيجيات، والأساليب والفنيات المستخدمة في البرنامج القائم على اليقظة العقلية وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي، كما تم عرضها في الإطار النظري.
- تم الاطلاع على بعض الدراسات والبحوث العربية والأجنبية التي تناولت النوموفوبيا، والتدخلات العلاجية الناجحة لخفض مستوى هذا الاضطراب.
- وضع الصورة الأولية لجلسات البرنامج، ثم عرضها على السادة المحكمين المتخصصين في الصحة النفسية، وذلك للاستفادة من توجيهاتهم وخبراتهم في إجراء التعديلات اللازمة التي تساعد على تحقيق الهدف من البرنامج.
- تم بعد ذلك عمل وإجراء التعديلات اللازمة ليصبح البرنامج في صورته النهائية صالحاً للتطبيق على عينة الدراسة التجريبية من طلاب الجامعة ذوي النوموفوبيا، وهذا يعني صدق البرنامج في محتواه ومضمونه لتحقيق الهدف من الدراسة.

٨- الفنيات المستخدمة فى البرنامج:

انطلاقاً من أهداف البرنامج قام الباحث فى هذه الدراسة باستخدام عدداً من الفنيات لتحقيق هدف البرنامج ، ومن هذه الفنيات:

- التقنيد: وهو فنية تساعد طلاب الجامعة فى تبديل أفكارهم الجامدة التى تسبب لهم الانزلاق والوقوع فى المخاطرة السلبية، والتى من أساليبه الأسلوب السقراطي الذى يعتمد على طرح وتقديم الأسئلة، ومن عناصره الاكتشاف على البحث على الأفكار اللاعقلانية، والمناقشة، والمناقشة التى تعتمد على طرح الأسئلة التى من خلالها يكف الطلاب عن التفكير اللاعقلاني.
- إعادة البناء المعرفي: يتم من خلالها التعرف على الأفكار اللاعقلانية، ويتعرف من خلالها على أفكاره السلبية التى تدفعه إلى النوموفوبيا، ومن ثم تعديلها بأفكار صحيحة.
- المحاضرة: ويتم من خلالها إلقاء محاضرة حول موضوع الجلسة يتخللها مناقشات مفتوحة مع استخدام بعض الوسائل التوضيحية المساعدة من: أفلام تعليمية أو كتيبات أو نشرات إرشادية تعين الطلاب على الاستيعاب والمناقشة.
- التعزيز: عبارة عن فعل يؤدي إلى زيادة فى حدوث سلوك معين ، أو إلى تكرار حدوثه سواء كان ذلك مادياً أو معنوياً، ويكون التعزيز هنا إيجابياً لسهولة تطبيقه لسرعة نتائجه وعدم وجود آثار جانبية له.
- السرد القصصي: وهى فنية تشد الطلاب إليها وتثير عواطفهم وميولهم، وتساعدهم على تقليد بعض الشخصيات وتعمل على تعديل سلوك الطلاب .
- النمذجة: يتعلم من خلالها الطلاب كيفية تقليد النموذج سواء كان هذا النموذج هو المرشد نفسه فى أغلب الأحيان، أو أحد أقاربه، أو أحد معلمي الطلاب، وتستخدم الباحث هذه الفنية عندما تلاحظ امتناع الحالة أو عدم قدرتها على مواصلة التدريبات داخل الجلسة.
- لعب الدور: يتم استخدام هذه الفنية عند إحلال المعتقد الموجب الجديد محل المعتقد السالب، مثل أن يطلب المرشد من الحالة (الطالب) وضع قائمة بمعتقداتها، ثم بمعاونة المرشد يضع قائمة أخرى مقابلة ثم يتبنى كل منها لقائمة والدفاع عنها.

- الاسترخاء: يقصد به توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية للتوتر، وتعتمد هذه الطريقة على إدراك الطلاب الفرق بين حالات التوتر، وحالات الاسترخاء، حيث يهدف الاسترخاء إلى الوصول للراحة الجسدية والنفسية والعقلية من خلال التدريب على ممارسة بعض الأنشطة البدنية والذهنية من خلال التوقف الكامل لكل الانقباضات والتقلصات مما ينعكس إيجابيًا على نمط تفكير الطلاب وسلوكهم.
- تأمل التنفس: ويهدف هذا التدريب إلى إكساب الفرد الشعور بالراحة والاسترخاء وتركيز انتباهه ووعيه نحو اللحظة التي يعيش فيها، وعادة ما يستخدم في هذا التدريب كرسي أو مقعد أو وسادة مريحة، والأهم أنها تساعد على التخيل كونها تجعل الفرد يشعر بأن خيطاً متصلاً بأعلى الرأس يسحب الفرد ببطء نحو الأعلى لجعل العمود الفقري منتصباً بهدف الوصول إلى وضعية مريحة
- تأمل المشي: وهو يعد مكملاً ومرحلة تالية لتأمل التنفس، ويمكن أحياناً استخدامه كبديل عنه، كما يمكن تقسيم الجلسة بينهما، ويساعد هذا في التدريب على زيادة الانتباه والتركيز للفرد، والأفضل هو اختيار مسار بطول ١٥ - ٣٠ قدم يذهب في الفرد ويعود بدون إزعاج
- مسح الجسم: ويستخدم هذا التدريب في مساعدة الفرد إذا ما كان يواجه عقله صعوبة في البقاء منتبهاً نحو الهدف المراد الانتباه إليه، ويمكن ممارسة هذا التدريب أثناء الجلوس أو الاستلقاء على الظهر وفيه يبدأ الفرد بتحسس جسده من أصابع قدمه وحتى الرأس
- تأمل الحكم: ويحتاج هذا التدريب من ١٠ - ١٥ دقيقة، وفيه يطلب من الفرد أن يتتبع حركة أنفاسه لمدة دقيقتين ثم يطلب منه مشاهدة أفكاره ومعتقداته مع إصدار حكم على كل فكرة
- تأمل المحبة: وهنا تهدف هذه الممارسة إلى تغيير نظرة الفرد للطريقة التي يتعامل بها مع ذاته ومع الآخرين وذلك من خلال تقبل ذاته بما فيها من مميزات وعيوب مما يساعد على تنمية ما يسمى بالوعي الطيب

- تأمل الدخول في الخوف: يهدف هذا التدريب على اكساب الفرد القدرة على الانتقال من تجنب الخوف إلى مواجهته والتعامل معه
- تأمل الجبل: ويشير هذا التدريب إلى قدرة الفرد على تحمل المشاعر والأفكار والمخاوف والتوتر الذي يمر به كما لو كان جبلاً
- تأمل الأفكار مجرد أفكار: ويقصد بها هنا هو عدم إعطاء اهتمام بالأفكار والمعتقدات المصاحبة للقلق، وليست الفكرة هنا وقف هذه الأفكار إنما مرورها بدون الانتباه لها
- تأمل الأكل: يساعد هذا التدريب على أن يركز الفرد ويشغل عقله في الطعام الموجود أمامه ليستمتع به ويتذوقه، حيث أن الفرد أثناء وجبات الطعام يفكر في الوجبات التي لم يحصل عليها ومن ثم يصاب بالاحباط
- ممارسة إزالة العقل: حيث أشارت نتائج دراسة (Choi et al., 2020) أن تلك الممارسة تساعد على التخلص من الذكريات والخبرات الشخصية والتصورات الذهنية التي تسبب للفرد تفسيرات وتصورات خاطئة عن العالم الخارجي.
- مع الاهتمام بالتدريب على مكونات اليقظة العقلية (الحضور، الوعي بالذات وبالآخرين، القبول وعدم الحكم، عدم التفاعل).

٩- محتوى البرنامج:

- يُعد تحديد محتوى البرنامج من أهم مراحل إعداده، لذا اهتم الباحث بمدى أهمية البرنامج للطلاب الجامعيين ذوي النُوموفوبيا المرتفعة في ضوء توافر مجموعة من الأسس والمعايير التي لابد من توافرها في هذا البرنامج المقدم لطلاب الجامعة، كما يحتوى البرنامج على مجموعة من الممارسات والألعاب والمواقف السلوكية والاجتماعية باعتبارها مواقف حياتية يعيشها طلاب الجامعة بما يحقق الأهداف العامة والخاصة التي يسعى البرنامج إلى تحقيقها. ومن المعايير والأسس التي صمم البرنامج عليها في اختيار محتوى جلسات البرنامج لتتناسب طلاب الجامعة ذوي النُوموفوبيا المرتفعة ما يلي:
- أن يحقق البرنامج الأهداف التي وضع من أجلها.
 - مراعاة البرنامج للسمات والخصائص الانفعالية والسلوكية للطلاب.
 - مرونة البرنامج.

- أن تكون الأنشطة المتضمنة لجلسات البرنامج متنوعة وشيقة للطلاب.
 - أن يثير المحتوى اهتمامات الطلاب ويزيد من دافعيتهم.
 - تنمية النواحي المعرفية عند الطلاب .
 - أن يحتوى البرنامج على عبارات سهلة وألفاظ واضحة.
 - مراعاة اختيار فنيات إرشادية مناسبة لطلاب الجامعة لجذب انتباههم وطرده الملل، وزيادة دافعيتهم لتحقيق هدف البرنامج .
 - تنظيم جلسات البرنامج بطريقة تسمح للطلاب بالتعبير عن مشكلاتهم.
- ١٠- مكان تطبيق البرنامج:

طبق الباحث برنامجه معتمداً على ممارسات ومكونات اليقظة العقلية، وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي وذلك في غرفة معمل وسائل التكنولوجيا بكلية التربية، وملعب الكلية، وفناء الكلية أحياناً، وبالطبع راعى الباحث عدم تعارض ذلك مع المواعيد الخاصة بحضور المحاضرات للطلاب.

١١- الوسائل والأدوات المستخدمة في البرنامج:

استعان الباحث بمجموعة من اللوحات، والأفلام، وجهاز الداتا شو، والكمبيوتر واللاب توب الشخصي للباحث.

١٢- جلسات البرنامج:

يتكون البرنامج القائم على اليقظة العقلية وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي الإرشادي من (٢٧) جلسة، كما هي موضحة بالجدول رقم (١١) التالي:

جدول رقم (١١)

يوضح المخطط عام لجلسات البرنامج القائم على اليقظة العقلية
وبعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي

مراحل البرنامج	أرقام الجلسات	عنوان الجلسة	الأهداف	الفنيات المستخدمة
المرحلة الأولى (الإعداد والتهيئة)	(١-٢)	التعارف والتمهيد للبرنامج	- التعارف بين الباحث وأفراد المجموعة. - التعارف بين أفراد المجموعة بعضهم البعض. - إتاحة الفرصة لبناء علاقة تفاعلية بين الباحث وأفراد المجموعة لتكوين جو من الألفة والتقبل والمشاركة الإيجابية. - تعريف أفراد المجموعة بأهداف البرنامج ومحتواه. - تعرف أفراد المجموعة على الخطوات الرئيسية التي سيتم في ضوءها الجلسات الإرشادية، وتهيئتهم للمشاركة الفعالة في البرنامج. - الاتفاق على زمن الجلسات وبيان أهمية الالتزام بالمواعيد وأداء الواجب المنزلي.	المحاضرة والمناقشة والحوار والواجب المنزلي
المرحلة الثانية (مرحلة التدريب)	(٢-٣)	<u>المرحلة الأولى:</u> ١- التدريب على استخدام ممارسات اليقظة العقلية ٢- التدريب على مكونات اليقظة العقلية: "الحضور - الوعي بالذات وبالأخرين - القبول وعدم الحكم - عدم التفاعل" <u>المرحلة الثانية:</u> تطبيق فنيات بعض العلاج المعرفي السلوكي	- التدريب على استخدام ممارسات اليقظة العقلية - التدريب على تحسين مستوى مكونات اليقظة العقلية - مفهوم النوموفوبيا. - أعراض النوموفوبيا ومظاهرها - العوامل المؤثرة في النوموفوبيا - الآثار السلبية المترتبة على النوموفوبيا - كيفية التخلص من تلك الآثار السلبية	بعض ممارسات اليقظة العقلية، المحاضرة والمناقشة والتقنيـد والواجب المنزلي، وبعض ممارسات اليقظة العقلية المرتبطة بالتأمل، مع استخدام بعض الصور والفيديوهات
المرحلة الثالثة (إعادة التدريب)	(٢٧-٢٨)	التدريب على ماسبق لضمان استمرارية أثر التدريب	- إعادة التدريب وتوضيح كل ما سبق شرحه وعرضه في مرحلة التدريب	المحاضرة والمناقشة والتقنيـد والواجب المنزلي، وبعض ممارسات اليقظة العقلية المرتبطة بالتأمل، مع استخدام بعض الصور والفيديوهات

نتائج الدراسة:

أولاً: اختبار صحة نتيجة الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة وذلك لصالح القياس البعدي".

وللتأكد من صحة نتائج الفرض الأول، استعان الباحث بمعادلة T.Test لإيجاد الفروق بين المتوسطات للعينات البارامترية وذلك للمجموعة الواحدة "المجموعة التجريبية"، والجدول رقم (١٢) التالي يوضح نتائج الفرض الأول:

جدول رقم (١٢)

يوضح الفرق بين متوسطات القياسين القبلي والبعدي لمستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة

القياس	العدد	المتوسط	الفروق بين المتوسطات	الانحراف المعياري	درجات الحرية	T.Test	الدلالة	مستوى الدلالة
قبلي	150	61.6733	24.41333	3.32672	298	62.798	0.996	0.01
بعدي		37.2600		3.40633	297.833			

ويتضح من نتائج الجدول رقم (١٢) السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية وذلك لصالح المتوسط الأقل أي لصالح القياس البعدي، لأنه كلما قل المتوسط قل مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة، وجاءت تلك الفروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠,٠١.

وشكل رقم (١) التالي يوضح الفروق بين المتوسطين (القبلي - البعدي) لمستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة أفراد العينة التجريبية:



شكل رقم (١)

يوضح الفروق بين المتوسطين (القبلي - البعدي) لمستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة أفراد العينة التجريبية

ثانيا: اختبار صحة نتيجة الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة عند أي مستوى من مستويات الدلالة".

وللتأكد من صحة نتائج الفرض الثاني، استعان الباحث بمعادلة T.Test لإيجاد الفروق بين المتوسطات للقياسين البعدي والتتبعي للعينات البارامترية وذلك للمجموعة الواحدة "المجموعة التجريبية"، والجدول رقم (١٣) التالي يوضح نتائج الفرض الثاني:

جدول رقم (١٣)

يوضح الفرق بين متوسطات القياسين البعدي والتتبعي لمستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة

القياس	العدد	المتوسط	الفروق بين المتوسطات	الانحراف المعياري	درجات الحرية	T.Test	الدلالة	مستوى الدلالة
بعدي	150	37.2600	0.1200	3.40633	298	0.778	0.079	غير دالة
تتبعي		37.1400		3.35191	297.923			

ويتضح من نتائج الجدول رقم (١٣) السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية عند أي مستوى من مستويات الدلالة، ويتضح هذا من قراءة الفروق بين متوسطات القياسين البعدي والتتبعي والتي بلغت ٠,٠٥٤٤ والتي ليس لها دلالة إحصائية عند أي مستوى من مستويات الدلالة.

أ- ملخص النتائج:

توصلت نتائج الدراسة إلى التالي:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة وذلك لصالح القياس البعدي عند مستوى دلالة ٠,٠١

٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة عند أي مستوى من مستويات الدلالة.

ب- مناقشة النتائج:

عرف (Bragazzi & Puente, 2014) النوموفوبيا بأنه مجموعة من المؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات الخوف من فقدان الهاتف لدى الفرد، سواء أكان بنسيانه أو تعطله عن العمل أو الاتصال، والذي قد يسبب حالة من عدم الارتياح والقلق والعصبية والخوف الناجم عن ذلك عند المستخدم، وقد عرفها Wang et al., (2014) بأنها مشاعر الانزعاج والقلق والعصبية والضيق التي تتجم عن عدم الاتصال بالهاتف المحمول، والتي قد تسبب تفكيراً انتحارياً، ويقصد الباحث هنا بعرضه للمفهوم أو عرضه للمتغير التابع كونه يتكون من مجموعة سلوكية من المؤشرات، أي أن التدخل السلوكي من وجهة نظر

الباحث كان هو الأمثل لخفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة، ولهذا استعان الباحث ببعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي، علاوة على استخدامه واستعانته باليقظة العقلية وممارساتها المتنوعة المرتبطة بالتأمل والاسترخاء كخطوة أولى قبل التدخل السلوكي.

كما تعددت الدراسات السابقة والأطر النظرية كون النوموفوبيا تعتمد في مكوناتها على عدة أبعاد وهم ضعف أو صعوبة التواصل مع الآخرين والوصول إلى المعلومات، والتخلي عن وسائل الترفيه وهو ما يتفق ودراسة (Yildirim & Correia, 2015)، كما تم عرض مجموعة من الآثار السلبية المترتبة على النوموفوبيا تمثلت في النواحي الجسدية والنفسية والعقلية المعرفية والأسرية وأخيراً الأكاديمية الأسرية وهو ما توضحه نتائج دراسات Acharya et al.(2013)، (Nurwahyuni (2018)، Dixit et al.(2010)، إضافةً إلى بعض الآثار السلبية الأخرى التي من الممكن وأن يتعرض إليها ذوي النوموفوبيا المرتفعة وهي التمر الإلكتروني، وبعض المخاطر المحتملة في الأداء المعرفي، وإمكانية حدوث فجوة بين الآباء والمراهقين، واحتمالية وجود مشكلات في العلاقات مع الأقران، كما يمكن وجود بعض المشكلات في جودة النوم وهو ما أثبتته نتائج دراسة (George & Odgers, 2015).

ومع ظهور النماذج المفسرة للنوموفوبيا، جاء النموذج السلوكي ونموذج التعلق ونموذج الامتداد الذاتي لتفسر النوموفوبيا كل في اتجاهه ومن وجهة نظره، ولكن اعتمد الباحث على النماذج السلوكية والتعلق في التدخل العلاجي لهذه المشكلة، ولهذه تم الاعتماد على بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي للتعامل سلوكياً مع هذه المشكلة والتقليل من مستوياتها لدى طلاب الجامعة، والعمل على خفض آثارها السلبية المترتبة عليها لدى طلاب الجامعة، ولقد بنى الباحث برنامجه على مرحلتين هامتين وهما بالترتيب:

١. استخدام ممارسات اليقظة العقلية والتدريب على تحسين مستوى مكوناتها، ويشمل هذا عنصرين وهما:

- كيفية استخدام ممارسات اليقظة العقلية وتحديد ممارسات التأمل التي تساعد الفرد على الاسترخاء والتفكير بمنطقية وواقعية
- التدريب على الحضور، والوعي بالذات وبالآخرين، وكيفية القبول وعدم الحكم، وعدم التفاعل، كمكونات هامة لليقظة العقلية ينبغي لطلاب الجامعة تلميتها

٢. استخدام وتطبيق فنيات العلاج المعرفي السلوكي والذي يصل بطلاب الجامعة ذوي النوموفوبيا المرتفعة إلى التفكير المعرفي والعقلاني السليم فيما يخص تعرضهم لبعض المخاطر والآثار الناتجة من النوموفوبيا.

وبنى الباحث نتائجه ومناقشتها على فرضية التأثير الثلاثي في العلاقات، بمعنى أنه إذا كان (أ) يؤثر في (ب)، و (ب) يؤثر في (ج)، فإنه من الطبيعي وأن يكون هناك تأثير متبادل بين كل من (أ) و (ج)، وبتطبيق تلك الفرضية في الدراسة الحالية، فقد أكدت الدراسات السابقة على أن الأفراد ذوي اليقظة العقلية المنخفضة يتصفون بمستوى مرتفع من النوموفوبيا، كما أن هناك مجموعة من الدراسات السابقة أكدت على فعالية بعض الفينيات السلوكية والانفعالية في تحسين مستوى استخدام الهاتف النقال وتأثيراته السلوكية السلبية اللاحقة، ومن هنا اعتمد الباحث على عنصرين هامين في برنامجه وهما تحسين مستوى مكونات اليقظة العقلية واستخدام بعض الفينيات السلوكية وتوظيفهما في خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة.

ولقد جاءت نتيجة الفرض الأول وهو وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية من طلاب الجامعة ذوي النوموفوبيا المرتفعة في القياسين القبلي الذي لم يتعرض للبرنامج، وبين القياس البعدي أي بعد تطبيق البرنامج، وهذا لصالح القياس البعدي أي المتوسطات الأقل في النوموفوبيا، ولقد جاءت هذه النتيجة بسبب اعتماد الباحث على الفينيات السلوكية، وممارسات اليقظة العقلية بشكل جيد وفق جلسات مرتبة ومنتظمة بالتنسيق مع أفراد المجموعة التجريبية، علاوة على التدريب المستمر على كل من الحضور، ووعي الأفراد وطلاب الجامعة بذواتهم وبالآخرين، كما اهتم الباحث أيضاً بتدريب طلاب الجامعة على كيفية قبول أنفسهم وذواتهم مع عدم إصدار حكم عليها، وبطريقة أخرى إصدار حكم عليها بدون جلد لذواتهم، ويسبق هذا المرحلة التمهيدية التي اعتمد عليها الباحث في بنائه للبرنامج والتي هدفت إلى تهيئة أفراد المجموعة التجريبية للبرنامج وبناء علاقة تسودها الثقة والمودة بينهم وبين الباحث، فاستعان الباحث بداية في المرحلة الثانية من البرنامج وهي مرحلة التدريب باليقظة العقلية وممارسات التأمل والاسترخاء التي عملت على تصفية ذهن والهدوء للعمل بعدها على تقنيد الأفكار وعلاجها والعمل

على منطقيتها، حيث جاءت دراسة (Bear 2004) وحددت أن اليقظة العقلية بممارساته من الممكن وأن تقوم بحل المشكلات التالية والمتمثلة في:

- خفض الضغوط القائمة على اليقظة العقلية
- العلاج السلوكي الجدلي
- العلاج بالتقبل والالتزام
- العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية

وقد أكدت دراسة (Mace, 2008) أن التدخلات المبنية على اليقظة العقلية تستخدم تطبيقات عديدة منها المزاج كالقلق والاكتئاب، والهلاوس، وتعديل بعض السلوكيات كالشره العصبي والإدمان وإيذاء الذات والعنف، ومشكلات التعلق كالاتجاهات والتعاطف، وتؤدي أيضاً اليقظة العقلية إلى خفض أعراض الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Buser et al., 2012) في توضيحها لأهمية اليقظة العقلية، وأكدت آمال الفقي (٢٠١٨) أن العلاج باليقظة العقلية من التدخلات الحديثة والتي عرفت ضمن ما يسمى بعلاجات الموجة الثالثة والتي ظهرت داخل الإطار المعرفي السلوكي.

وقد أكدت دراسات (Davis & Hayes 2011), (Pollak et al., 2014) أن التأمل كممارسة مرتبطة باليقظة العقلية وهو عبارة عن مجموعة من الممارسات الخاصة بالتنظيم الذاتي التي تهدف إلى التركيز على تدريب الانتباه والوعي وهذا من أجل السيطرة على العمليات العقلية لتظل تحت التحكم الطوعي، وأنه لإجراء التأمل يتم اختيار مكان هادئ لا يشعر فيه الفرد بالتوتر والانزعاج من أجل القيام بممارسات تركيز الانتباه والمراقبة المفتوحة والقبول، حيث من الممكن أن تتراوح جلسات التدريب من ١٠ - ٢٠ دقيقة لتمتد إلى ٣٠ - ٤٥ دقيقة، وهو ما حدث في جلسات البرنامج الحالي الذي قام الباحث بإعداده، حيث أكد Siegel, (2010) على فعالية بعض الممارسات التي تهدف إلى زيادة التركيز والانتباه والوعي نحو اللحظة الحالية التي يمر بها الفرد، وتشمل التالي:

- تأمل التنفس: واستخدمها الباحث بهدف اكساب طلاب الجامعة الشعور بالراحة والاسترخاء والتركيز والانتباه نحو اللحظة الحالية التي يعيش فيها، وهي التي تتمثل وقتها في المستوى المرتفع من النوموفوبيا، والنظر إلى بعض الآثار السلبية المرتبطة به صحياً ونفسياً واجتماعياً وأكاديمياً.

- تأمل المشي: وهو يعد مكملاً ومرحلة تالية لتأمل التنفس، حيث استخدمه الباحث مع أفراد المجموعة ولكن بشكل جماعي في أحد الأماكن الرياضية المفتوحة، وتناول مع أفراد المجموعة بعض أطراف الحديث، وساعد هذا في التدريب على زيادة الانتباه والتركيز للفرد.
- مسح الجسم: واستخدمه الباحث بشكل ضعيف عندما كان يشعر بأن الهدف المرجو الوصول إليه بدأ الانتباه والتركيز نحوه يقل تدريجياً ومن ثم يبدأ من خلاله الباحث معاودة مستوى التركيز والانتباه لدى طلاب الجامعة أفراد العينة التجريبية.
- تأمل الحكم: واستعان الباحث بهذا النوع من التأمل بهدف التمعن والتفكير في أفكار الفرد ومعتقداته مع معرفة آثار كل فكرة يمر بها، ثم يطلب منه الباحث إصدار حكم على كل فكرة من الأفكار، ومنها مثلاً كان يطلب الباحث من طلاب الجامعة أن يقارنوا ويحكموا على بعض الفيديوهات التي كان يعيش أفرادها من غير استخدام أي نوع من الهواتف، ومن ثم يبدأ يستمع لهم.
- تأمل المحبة: واستخدمها الباحث عندما يصل طلاب الجامعة أفراد المجموعة التجريبية إلى نقد ذواتهم بشكل كبير عندما يتأكدوا بأن النوموفوبيا من الممكن أن تضر بهم وتصل بهم إلى الأسوأ أكاديمياً ونفسياً ومن حيث العلاقات الاجتماعية، وهي تهدف هذه إلى تغيير نظرة الفرد للطريقة التي يتعامل بها مع ذاته ومع الآخرين وذلك من خلال تقبل ذاته بما فيها من مميزات وعيوب مما يساعد على تنمية ما يسمى بالوعي الطيب.
- تأمل الأفكار مجرد أفكار: وهنا هدف بها الباحث عدم انتباه طلاب الجامعة أفراد العينة التجريبية لأفكارهم المصاحبة للقلق والتوتر خاصة بعد معرفتهم لأبعاد النوموفوبيا والآثار السلبية المترتبة عليها، وليست الفكرة هنا وقف هذه الأفكار إنما مرورها بدون الانتباه لها، فكان يطلب منهم عدم التوقف عند تلك المساوئ، والتفكير في إمكانية تخطيها ومعالجة المشكلات المترتبة عليها.
- ممارسة إزالة العقل: ولعل هذه الممارسة مهمة جداً، فقد استخدمها الباحث ليصل إلى أفكار طلاب الجامعة من حيث أن التواصل والوصول مع الآخرين والمعلومات لا يمكن أن يكون فقط من خلال الهاتف النكي، وأن وسائل الترفيه لا تقتصر على

الهاتف الذكي فقط، بل هو جانب من الجوانب التي من الممكن وأن تحقق ذلك،
والوعي بالمشاكل الصحة والجسدية والنفسية والاجتماعية والأكاديمية التي تسببها
النوموفوبيا.

وكشفت نتائج دراسة (Gulad et al., 2017) عن وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً
بين النوموفوبيا واليقظة العقلية لدى طلاب الجامعة، بمعنى أنه كلما زاد مستوى النوموفوبيا
انخفض مستوى اليقظة العقلية مما جعل الباحثون أكثر اهتماماً بدور اليقظة العقلية، ومن ثم
أكدت دراسة (Regan et al., 2003) أن استخدام الهاتف النقال المشكل عندما ينخفض
تكون مستويات اليقظة العقلية مرتفعة لدى الفرد، وهذا ما دعا الباحث إلى استخدام اليقظة
العقلية كأحد جوانب البرنامج في خفض مستوى النوموفوبيا لدى طلاب الجامعة، كما أكدت
دراسات (Schulte et al., 2021), Yilmaz, (2020), Eskawati et al., (2019), Lam et al., (2018)،
على ضرورة استخدام العلاج القائم على اليقظة العقلية من خلال
التدريب على مكوناته من جهة، ومن جهة أخرى كيفية استخدام ممارسات التأمل المختلفة
لتحقيق الهدف المرجو في خفض حدة اضطراب النوموفوبيا ومختلف التبعات السلوكية مثل
اضطراب الألعاب عبر الإنترنت وإدمان التكنولوجيا لدى المراهقين وطلبة الجامعة، كما تساعد
ممارسات اليقظة العقلية واستراتيجياتها على زيادة آليات المواجهة من خلال التوسط في العلاقة
بين إدمان استخدام الهواتف المحمولة والصحة النفسية ومن ثم تتميتها لدى الأفراد مما يؤدي
إلى حمايتهم من الاختلال الوظيفي لاستخدام الهاتف المحمول من خلال خفض حدة
النوموفوبيا وهو ما يتفق ونتائج دراسة (Bekaroglu & Yilmaz, 2020).

وتأتي المرحلة الثانية من البرنامج وهي مرحلة الاستعانة وتطبيق بعض فنيات العلاج
المعرفي السلوكي، حيث استهدف الباحث فنيات الحوار والمناقشة ولعب الدور والنمذجة وتقني
الأفكار والتفكير المنطقي، وتمت الاستعانة بهم في شرح مفهوم النوموفوبيا لطلاب الجامعة
أفراد العينة التجريبية والتركيز كونه مجموعة من المؤشرات السلوكية والتي يمكن علاجها
وتحويل هذه السلوكيات من و إلى، ومن ثم الحديث عن الأعراض والمظاهر حتى يتيقن
طلاب الجامعة أفراد المجموعة التجريبية أنهم بالفعل مصابين بالنوموفوبيا المرتفعة.
كما جاءت الفنيات السلوكية لتزيد من قدرة أعضاء المجموعة التجريبية على ضبط
سلوكياتهم والتغلب على الأنماط السلوكية المتسمة بعدم المنطقية، وإكسابهم أنماط سلوكية

إيجابية، حيث عملت فنية النمذجة على إتاحة الفرصة لأعضاء المجموعة التجريبية للملاحظة والاستماع والمشاركة والتعاطف والتأثر والتأثير من خلال عرض النماذج السلوكية التي تقدم معلومات أو مهارات يتم استدخالها وتحويلها إلى صور ذهنية ومفاهيم معرفية وأحداث داخلية تؤثر إيجابياً على سلوك أعضاء المجموعة التجريبية في التخلص من النوموفوبيا المرتفعة. ولعبت فنية لعب الدور دوراً هاماً في العلاقة التي ترتبطها بفنية النمذجة لتكسب أعضاء المجموعة التجريبية أنماط سلوكية إيجابية، والتخلص من الاندفاع والتسرع والتهور بمهارات عالية، ساهمت في التفتيس الانفعالي والاستبصار وإعادة البناء المعرفي، وضبط السلوك من خلال انتقال أثر خبرات الدور التمثيلي، حيث إن لعب الدور فنية يتم فيها إحلال المعتقد الجديد محل المعتقد القديم، كما يُعد من الأساليب الإرشادية التي يعاد فيها تنظيم وبناء المجال النفسي من جديد، وتحقيق الاستبصار بالمشكلة ومن ثم تعلم السلوك الجديد.

كما عملت فنية التعزيز على تقوية وتدعيم وتثبيت الأنماط السلوكية الجديدة البعيدة عن الممارسات الخاطئة، حيث إنه عندما يستخدم مبدأ التعزيز بطريقة منظمة يمكن أن يصبح وسيلة فعالة لتعديل السلوك ومواجهة كثير من المشكلات الإنسانية بحلول إيجابية، وقد أكدت العديد من الدراسات على فعالية العلاج المعرفي السلوكي وفنياته المختلفة، والعلاج العقلاني الانفعالي المطور من العلاج المعرفي السلوكي عند استخدامه للحد من بعض الآثار السلبية لبعض الاضطرابات والظواهر، ومنها دراسة عبد العزيز محمود (٢٠٢٠) والتي أكدت على فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى إدمان الهاتف واستخدامه، ودراسات دعاء فتحي (٢٠٢١)، و سمر عبد السلام (٢٠٢٣)، كما أوصت العديد من نتائج الدراسات العربية والأجنبية باستخدامه بكثرة مع حالات الهاتف المحمول والخوف من فقدانه كدراسات علا عبد الرحمن (٢٠١٩)، صافيناز أحمد (٢٠٢٢). ولعل ماسبق تنفيذه في البرنامج جاء من المبادئ التي لخصها Diguesedde et al., (2013) والتي تمثلت في أن الجانب المعرفي هو العامل الرئيسي المستند للانفعال، وأن التفكير اللاعقلاني هو السبب الرئيسي للاضطرابات النفسية، كما أن استخدام العلاج المعرفي السلوكي وفنياته المختلفة يعد هو الطريقة المثلى والأكثر فعالية لعلاج الاضطرابات النفسية، وهذا عن طريق تغيير الأفكار والمعتقدات غير العقلانية، وأن الجميع لديهم استعداد طبيعي للتفكير بشكل غير عقلاني وبشكل عقلاني على حد سواء.

أما عن نتيجة الفرض الثاني والتي توصلت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي عند أي مستوى من مستويات الدلالة، ويرجع الباحث عدم وجود فروق بسبب المرحلة الثالثة من البرنامج وهي مرحلة إعادة التدريب، والتي هدفت إلى استمرار أثر التدريب بعد انتهائه وخلال فترة المتابعة، فقد تم إعادة التدريب على استخدام ممارسات اليقظة العقلية المذكورة والتي تم استخدامها من قبل، وتحديد أهمية كل منهم بشكل منفصل، إضافة إلى إعادة التدريب على استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي والتي ساعدت على تغيير الأفكار غير المنطقية كضرورة استخدام الهاتف الذكي للتواصل مع الآخرين، والوصول إلى المعلومات، وأنه الوسيلة الوحيدة للترفيه وتحويلها إلى أساليب منطقية سلوكية سليمة تحقق الصحة النفسية لطلاب الجامعة، ولعل ما سبق يتفق ورؤية عادل عبد الله (٢٠٠٠، ١٣٥)، وفي هذا المجال أشار إسماعيل بدر (٢٠٠٢) إلى أهمية دور مرحلة المتابعة في البرامج بصفة عامة، وأهميتها في تحقيق الاستفادة القصوى للعينة المستهدفة، ويتفق ما سبق مع دراسات جمال الخطيب (٢٠٠٣) ورياض العاسمي (٢٠٠٨).

توصيات الدراسة:

توصل الباحث من خلال نتائج دراسته الحالية إلى مجموعة من التوصيات كالتالي:

١. الاهتمام بدراسة النوموفوبيا نظرياً وتطبيقياً للمراحل التعليمية المتقدمة بداية من المرحلة الابتدائية.
٢. ضرورة التوعية الإعلامية بمخاطر النوموفوبيا صحياً، وجسدياً، وأكاديمياً.
٣. دور المدارس والجامعات في تقديم العديد من الورش والمحاضرات حول الآثار السلبية للنوموفوبيا.
٤. ضرورة إعداد برامج وقائية تقي الأفراد من خطر التعرض للنوموفوبيا مستقبلياً.
٥. ضرورة توعية الأسرة بشكل دائم حول النوموفوبيا وخطورتها على أبنائهم.
٦. الاهتمام باليقظة العقلية كمدخل علاجي من حيث مكوناته وومارساته.

المراجع

- أحمد حسن الليثي (٢٠٢٢). علم النفس السيبراني. دار المسيرة.
- أحمد سيد عبد الفتاح (٢٠٢٢). فعالية برنامج إرشادي قائم على نموذج ميتشنوم المعرفي السلوكي في خفض النوموفوبيا "الخوف المرضي من فقدان الهاتف المحمول" لدى طلبة الجامعة. *مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية*، ١٦ (٥)، ٧٤٩-٨٤١.
- إسراء أحمد ضرار (٢٠٢٤). الخوف المرضي من فقدان الهاتف النقال (النوموفوبيا) وعلاقته بالأفكار الاجترارية لدى طلاب الجامعة. *المجلة التربوية بالغردقة*، ٧ (٢)، ٦٨٤-٧٣٨.
- إسماعيل إبراهيم بدر (٢٠٠٢). الاتجاهات المعاصرة في إعداد برامج علاجية لمشكلة التأخر الدراسي. متاح على الشبكة الدولية بتاريخ ٢٠١٥/٢/١٩ من موقع أطفال الخليج.
- آمال إبراهيم الفقي (٢٠١٨). فعالية التدريب على اليقظة العقلية في حل الصراع الزوجي لدى عينة من الزوجات. *مجلة كلية التربية بينها*، ١ (١١٦)، ٤٨-١.
- آمال عبد السميع باظة (٢٠٠٢). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- انشرح الشال (٢٠١٥). النوموفوبيا في عصر وسائل الاتصالات الرقمية. *مجلة بحوث العلاقات العامة الشرق الأوسط بالجمعية المصرية للعلاقات العامة*، ٩ (٩)، ٣١-٩٠.
- إيمان جمعة فهمي شكر (٢٠١٩). النوموفوبيا وعلاقته بقلق الانفصال عن الأسرة لدى المراهقات: دراسة سيكومترية كينيكية. *مجلة كلية التربية بجامعة بينها*، ٣٠ (١٢٠)، ٥٩٠-٥٢٥.
- جمال محمد سعيد الخطيب (٢٠٠٣). تعديل السلوك الإنساني. الكويت: مكتبة الفلاح.
- جيهان محمد إبراهيم (٢٠٢٣). النوموفوبيا وعلاقتها بكل من القلق والأداء الأكاديمي لدى عينة من طلبة كليات عنيزة الأهلية. *مجلة تكنولوجيا التعليم والتعلم الرقمي*، ٤ (١٣)، ٧٦-٥٢.

حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥). الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط٤). عالم الكتب.

دعاء فتحي مجاور (٢٠٢١). برنامج إرشاد بالمعنى لخفض مظاهر النوموفوبيا (رهاب الخوف المرضي من فقد الهاتف الذكي) وتحسين معنى الحياة لدى طالبات كلية التربية. مجلة كلية التربية، ٢ (١٢٨)، ٢٧٣-٥٣٢.

دينا علي السعيد عيسى (٢٠٢٣). المرونة النفسية واليقظة العقلية كعوامل منبئة بالنوموفوبيا لدى الشباب الجامعي. المجلة التربوية، ١٠٧، ٧٧٣-٨٣٤.

رضا مسعودي (٢٠١٠) بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض الضغوط النفسية لدى المعلمين، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الجزائر.

رياض نايل العاسمي (٢٠٠٨). برامج الإرشاد النفسي في تحقيق تفاعل الأدوار وتكاملها بين العاملين في معاهد الإعاقة العقلية وذوي المعوقين. متاح على الشبكة الدولية بتاريخ ٢٠١٥/١/٤١ من موقع أطفال الخليج

زينب محمود شقير (٢٠٢١). بطارية تشخيص اضطراب الخوف من فقدان الهاتف الذكي في البيئة العربية (مصرية- سعودية). المؤسسة العربية للتربية والعلوم والآداب، المركز العربي للنشر والتوزيع.

سامية محمد صابر عبد النبي (٢٠٢٠). إدمان الهاتف الذكي لدى المراهقين والشباب. مجلة كلية التربية بجامعة بنها، ٣١ (١٢٢)، ١-١٨.

السعيد عبد الصالحين دردة (٢٠١٦). النوموفوبيا رهاب الهواتف الذكية وعلاقته بالبحث الحسي والقلق الاجتماعي: دراسة استكشافية. رابطة الأخصائيين النفسيين (رانم)، ٢٦ (٣)، ٣٦١-٣٩٢.

سمر عبد السلام شحاتة (٢٠٢٣). فاعلية برنامج معرفي سلوكي قائم على اليقظة العقلية في خفض النوموفوبيا لدى طلبة الجامعة. مجلة كلية التربية بالمنوفية، ٣ (٣)، ٥٢١-٥٧٨.

سميرة شند، ومجدي الدسوقي (٢٠٠٣). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج العقلاني الانفعالي في علاج الأرق لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية وعلم النفس بجامعة عين شمس، ٢٧ (٤)، ٨٨-٩٠.

د. محمد أحمد سيد خليل

شيماء كمال عبد العليم حسن (٢٠٢٢). النوموفوبيا "الخوف من فقدان الهاتف النقال" وعلاقته بالاندماج الأكاديمي واليقظة العقلية لدى طلبة الجامعة. *مجلة الإرشاد النفسي*، ٧١ (٢)، ٣٨١-٤٤٣.

صافيناز أحمد كمال مسعد (٢٠٢٢). النوموفوبيا وعلاقتها بالعوامل الستة للشخصية لدى طلاب الجامعة. *مجلة قطاع الدراسات الإنسانية*، ٣٠ (١)، ١٦٥١-١٧٧٤.

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠). *العلاج المعرفي السلوكي: أسس وتطبيقات*. القاهرة: دار الرشاد.

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤). *العلاج المعرفي السلوكي*. القاهرة: دار الرشاد للنشر والتوزيع.

عبد العزيز محمود عبد العزيز (٢٠٢٠). فعالية برنامج إرشادي عقلاني معرفي سلوكي لخفض النوموفوبيا وتنمية تقدير الذات لدى عينة من الشباب الجامعي. *مجلة الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس*، ٦٢ (١)، ٢٤٠-٢٩٧.

عبد العزيز محمود عبد العزيز (٢٠٢٠). فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي لخفض النوموفوبيا (رهاب الابتعاد عن الهاتف المحمول) وتنمية تقدير الذات لدى عينة من الشباب الجامعي. *مجلة الإرشاد النفسي*، ٦٢ (١)، ٢٣٩-٢٩٧.

عزة حسن محمد رزق (٢٠٢٣). النموذج البنائي للعلاقات السببية بين اضطراب النوموفوبيا وهوس السيلفي والشعور بالوحدة النفسية لدى طلاب التعليم الفني. *مجلة كلية التربية*، ٣٤ (١٣٣)، ٢٢٥-٣٣٤.

علا محمد عبد الرحمن (٢٠١٩). النوموفوبيا وعلاقته بالسعادة النفسية وتقدير الذات لدى الطالبات الملمات بالطفولة المبكرة بالجامعة. *مجلة دراسات الطفولة بجامعة عين شمس*، ٢ (٨٤)، ٢١-٣٢.

علي ثابت إبراهيم حفني (٢٠٢١). فعالية برنامج إرشادي قائم على اليقظة العقلية في خفض أعراض النوموفوبيا (الخوف من فقدان الهاتف النقال) لدى طلاب وطالبات الدراسات العليا. *المجلة التربوية لكلية التربية جامعة سوهاج*، ١ (٨٨)، ١٢٨-٢٠٣.

غادة كامل سويفي(٢٠٢٢). برنامج قائم على الإرشاد الانتقائي التكاملي لخفض اضطراب النوموفوبيا(رهاب الابتعاد عن الهاتف المحمول) وتنمية الضبط الذاتي لدى الطالبة المعلمة بكلية التربية للطفولة المبكرة جامعة أسيوط. *مجلة التربية وثقافة الطفل كلية التربية للطفولة المبكرة*، ٢٣ (١)، ١٧٥-٥١.

غادة كامل سويفي(٢٠٢٢). برنامج قائم على الإرشاد الانتقائي التكاملي لخفض اضطراب النوموفوبيا(رهاب الابتعاد عن الهاتف المحمول) وتنمية الضبط الذاتي لدى الطالبة المعلمة بكلية التربية للطفولة المبكرة جامعة أسيوط. *مجلة التربية وثقافة الطفل كلية التربية للطفولة المبكرة*، ٢٣ (١)، ١٧٥-٥١.

فتحي عبد الرحمن الضبع، وأحمد علي طلب (٢٠١٣). فاعلية اليقظة العقلية في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى عينة من طلاب الجامعة. *مجلة الإرشاد النفسي جامعة عين شمس*، ٣٤، ١-٧٥.

فواز المومني، شيرين العكور(٢٠١٩). الخوف المرضي من فقدان الهاتف النقال (النوموفوبيا) لدى طلبة جامعة اليرموك. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، ١٥ (١)، ٣٣-٤٧.

فيغيان أحمد فؤاد عشاوي(٢٠٢٠). دور انخفاض المساندة النفسية الاجتماعية وإدمان الإنترنت في التنبؤ بالنوموفوبيا لدى طلبة الجامعة. *مجلة الطفولة والتربية*، ١٢ (٤٤)، ٨٠٥-٨٩٥.

قيروان عبد الله أبو شيبه، عيسى محمد البلهان(٢٠٢١). العلاقة بين اضطراب الخوف من فقدان الهاتف المحمول(النوموفوبيا) ومستوى التحصيل الأكاديمي لطلاب جامعة الكويت. *مجلة بحوث*، ٥ (٢)، ٦٥-٢٩.

كريمة بشير (٢٠٠٨). فعالية برنامج إرشادي محدد بتقنية النمذجة في تغيير اتجاهات الأمهات نحو الأطفال المعوقين حركيا، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الجزائر.

ماري سامي غطاس(٢٠١٩). إدمان الهاتف المحمول لدى طالبات المرحلة الثانوية دراسة حالة. *دراسات في مجال الإرشاد النفسي والتربوي*، ٧ (٧)، ١٤٧-١٧٣.

د. محمد أحمد سيد خليل

محمد السعيد أبو حلاوة (٢٠١٣). حالة التدفق: المفهوم والأبعاد والقـياس، إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية، يوليو، خارج الإصدار المتسلسل لكتاب الشبكة، (٢٩).

محمد قاسم عبد الله (٢٠١٧). الخوف المرضي من فقدان الهاتف المحمول لدى الأطفال. مجلة الطفولة العربية، ١٩ (٧٤)، ٥٠-٧١.

مروة صادق أحمد صادق (٢٠١٩). الإسهام النسبي للنوموفوبيا في التنبؤ بالتسويق الأكاديمي والعلاقات الأسرية لدى الطلاب المعلمين. مجلة الإرشاد النفسي، (٥٨)، ٣٤٧-٤٠٥.

معاذ أحـمـدي العـمري (٢٠١٦). النوموفوبيا وعلاقته بالتواصل الأسري لدى المتزوجين. رسالة ماجستير، جامعة اليرموك، الأردن.

مقدادي يوسف فرحان (٢٠٠٨). "فعالية برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من الطلبة"، مجلة جامعة القرى للعلوم التربوية النفسية، ٣٣ (٣)، ١١ - ٤٤.

هبة محمود محمد (٢٠١٩). دور الوحدة النفسية والسعادة الشخصية والاندفاعية وبعض المتغيرات الديموغرافية في التنبؤ بالنوموفوبيا لدى الشباب الجامعي. رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، ٢٩ (٤)، ٧٦١-٨٣١.

هناء محمد شوقي عبد الرحيم (٢٠٢٣). دراسة تحليلية لاستجابات ذوي اضطراب النوموفوبيا على اختبار تفهم الموضوع لدى طالبات المرحلة الثانوية. مجلة دراسات في مجال الإرشاد النفسي والتربوي، ٦ (١)، ١٠١-١٢٠.

وائل بن ناصر بن عبد الله آل مقل، أحمد محمد حسين بني إسماعيل (٢٠٢٠). النوموفوبيا "الخوف المرضي من فقدان الهاتف الجوال" وعلاقته بالوظائف التنفيذية لدى طلبة جامعة نجران. مجلة جامعة طيبة للعلوم التربوية، ١٥ (٢)، ٢٥٧-٢٧٢.

يمينة مدوري (٢٠١٥). إشكالية التعلق لدى الطفل. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، (١٣-١٤)، ٦٦-٨٠.

- Acharya, J. P., Acharya, I. & Waghrey, D. (2013). A study on some of the common health effects of cellphones amongst college students, *Community Medicine and Health Education*, 3 (4),1-5.
- Adnan, M., & Gezin, D. M. (2016). A modern phobia: Prevalence of nomophobia among college students Ankara University. *Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES)*, 49(1), 141-158.
- Akhoroz, M. (2019). *Examining The Relationship Between Personality Traits and Nomophobia Among Preservice Teachers*. [Master Thesis, Middle East Technical University].
- Alidina, S. (2020). *Mindfulness (3rd ed.)*. John Wiley & Sons, Inc.
- Alwafi, H., Naser, A. Y., Aldhahir, A. M., Fatani, A. I., Alharbi, I. A., Alharbi, K. G., Almutwakkil, B. A., Salawati, E., Ekram, R., Samannodi, M., Almatrafi, M. A., Rammal, W., Assaggaf, H., Qedair, J. T., Al qurashi, A. A., & Alqurashi, A. (2022). Prevalence and Predictors of Nomophobia among the General Population in Two Middle Eastern Countries. *BioMedCentral (BMC) Psychiatry*, 22(520).
- Argumosa-Villar, L., Boada-Grau, J., & Vigil-Colet, A. (2017). Exploratory Investigation of Theoretical Predictors of Nomophobia Using The Mobile Phone Involvement Questionnaire (MPIQ). *Journal of Adolescence*, 56, 127–135.
- Arpaci, I., Baloglu, M., & Kesici, Ş.(2019). A multi-group analysis of the effects of individual differences in mindfulness on nomophobia. *Information Development*, 35(2), 333–341.
- Arpaci, I., Lu, M. B., Kozan, H. R., & Kesici, A. (2017). Individual differences in the relationship between attachment and nomophobia among college students: the mediating role of mindfulness. *Journal of Medical Internet Research*, 19(12), 25-84.
- Baer, R. A. (2004). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 125-143.
- Bekaroğlu, E., & Yılmaz, T. (2020). Nomophobia: Differential diagnosis and treatment. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 12(1), 131-142.

- Betoncu, O., & Ozdamli, F. (2019). The Disease of 21st Century: Digital Disease. *Technology, Education, Management (TEM) Journal*, 8(2), 598-603.
- Bhattacharya, S., Bashar, M. A., Srivastava, A., & Singh, A. (2019). Nomophobia: No Mobile Phone Phobia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(4), 1297-1300.
- Bianchi, A. & Phillips, J. G. (2005). Psychological Predictors of Problem Mobile Phone Use. *Cyberpsychology & Behavior*, 8(1), 39-51.
- Bragazzi, N. L., & Puente, G. D. (2014) A Proposal for Including Nomophobia in The New DSM-V. *Psychology Research and Behavior Management*, 2014 (7), 155-160.
- Brausch, B, D. (2011). The role of mindfulness in academic stress, selfefficacy, and achievement in college students. *Unpublished Master*, Eastern Illinois University Charleston, IL.
- Buser, T. J., Buser, J. K., Peterson, C. H., & Seraydarian, D. G. (2012). Influence of mindfulness practice on counseling skills development. *Journal of Counselor Preparation and Supervision*, 4(1), 2.
- Carmody, J., Baer, R. A., Lykins, E. L. & Olendzki, N. (2008). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 613-626.
- Chan, K. (2008). Social Comparison of Material Possessions among Adolescents. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 11(3), 316-330.
- Chandak, P., Singh, D., Faye, A., Gawande, S., Tadke, R., Kirpekar, V., & Bhave, S. (2017). An Exploratory Study of Nomophobia in Post Graduate Residents of A Teaching Hospital in Central India. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(3), 2349-3429.
- Cheever, N. A., Rosen, L. D., Carrier, L. M., & Chavez, A. (2014). Out of Sight Is Not Out of Mind: The Impact of Restricting Wireless Mobile Device Use on Anxiety Levels Among Low, Moderate and High Users. *Computers in Human Behavior*, 37(2014), 290-297.

- Cho, H.-Y., Kim, D. J., & Park, J. W. (2017). Stress and adult Smartphone Addiction: Mediation by self-control, neuroticism, and extraversion. *Stress and Health*, 33(5), 624–630.
- Choi, E., Chun, M. Y., Lee, I., Yoo, Y., & Kim, M.(2020). The effect of mind subtraction meditation intervention on smartphone addiction and the psychological wellbeing among adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17, 3263.
- Chóliz, M., Pinto, L., Phansalkar, S. S., Corr, E., Mujjahid, A., Flores, C., & Barrientos, P. E. (2016). Development of a Brief Multicultural Version of the Test of Mobile Phone Dependence (TMDbrief) Questionnaire. *Front Psychol*, 7, 650.
- Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F., Maninger, N., Kuvvata, M., Jhaveri, K., Lustig, R., Kemeny, M., Karan, L. & Epel, E. (2012). Mindfulness intervention for stress eating to reduce Cortisol and abdominal fat among overweight and obese women: an exploratory randomized controlled study. *Journal of Obesity*, 3, 1-13.
- Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy - related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198.
- Dayapoglu, N., Kavurmaci, M., & Karaman, S. (2016). The relationship Between The Problematic Mobile Phone Use and Life Satisfaction, Loneliness, and Academic Performance in Nursing Students, *International Journal of Caring Science*, 9(2), 647-652, www.internationaljournalofcaringsciences.org
- DiGiuseppe, R. A., DiGiuseppe, R., Doyle, K. A., Dryden, W., & Backx, W. (2013). *A practitioner's guide to rational-emotive behavior therapy*. Oxford University Press.
- Dixit, S., Shukla, H., Bhagwat, A., Bindal, A., Goyal, A., Zaidi, A., & Shrivastava, A. (2010). A study to evaluate Mobile Phone Dependence Among Students of A Medical College And Associated Hospital of Central India. *Indian Journal of Community Medicine*, 35(2), 339-342.

- Ellis, A., & MacLaren, C. (1998). *Rational emotive behavior therapy: A therapist's guide*. Impact Publishers.
- Enez, O. (2021). *The Phobia of the Modern World: Nomophobia Conceptualization of Nomophobia and Investigation of Associated Psychological Constructs*, [doctoral dissertation submitted to Ankara Yıldırım Beyazıt University], ResearchGate.
- Eskawati, D., Ruhaena, L., & Asyanti, S. (2019). *Efektivitas pelatihan mindfulness untuk menurunkan nomophobia pada remaja* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).
- Essel, H. B., Vlachopoulos, D., & TachieMenson, A. (2021) The Relationship between the Nomophobic levels of Higher Education Students In Ghana And Academic Achievement. *PLOS ONE*, 16 (6),1-17.
- Farooqui, I. A., Pore, P., & Gothankar, J. (2018). Nomophobia: An Emerging Issue in Medical Institutions. *Journal of Mental Health*, 27(5), 438–441.
- Fiorinelli, M., Di Mario, S., Surace, A., Mattei, M., Russo, C., Villa, G., & Di Muzio, M. (2021). Smartphone Distraction During Nursing Care: Systematic Literature Review. *Applied Nursing Research*, 58(2021), 1-10:151405.
- Garcia-Umane, A., & Pillajo, E. C. (2020). Validation of Scale MPPUS-A on The Problematic Use of The Smartphone. *Píxel-BIT Revista de Medios y Educación*, 57(57), 173-189.
- Garland, E. L., Froeliger, B., & Howard, M. O. (2014). Mindfulness training targets neurocognitive mechanisms of addiction at the attention appraisal-emotion interface. *Frontiers in psychiatry*, 4, 173.
- Gentina, E., & Rowe, F. (2020). Effects of Materialism on Problematic Smartphone Dependency Among Adolescents: The Role Of Gender And Gratifications. *International Journal of Information Management*, 54, 1-14.
- George, M. J., & Odgers, C. L. (2015). Seven Fears and The Science of How Mobile Technologies may be Influencing Adolescents in The Digital Age. *Perspective on Psychological Science*, 10(6), 832-851.

- Gonçalves, S., Dias, P., & Correia, A.-P. (2020). Nomophobia and lifestyle: Smartphone use and its relationship to psychopathologies. *Computers in Human Behavior Reports*, 2, 1-8.
- Han, S., Kim, K. J., & Kim, J. H. (2017). Understanding Nomophobia: Structural Equation Modeling and Semantic Network Analysis of Smartphone Separation Anxiety. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(7), 419–427.
- Harrington, A., & Dunne, J. D. (2015). When mindfulness is therapy: ethical qualms, historical perspectives. *American Psychologist*, 70(7), 621–631.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1987). Acceptance and commitment therapy (p. 6). New York: Guilford press.
- Hoffmann, B. (2017). Phonoholism – A New Behavioral Addiction. *Trakia Journal of Sciences*, 15(4), 315-319.
- Jilisha, G., Venkatachalam, J., Menon, V., & Olickal, J.J. (2019). Nomophobia: a mixed-methods study on prevalence, associated factors, and perception among college students in Puducherry, India. *Indian Psychiatric Society - South Zonal Branch*, 41, 541-548.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73.
- Kaminski, M. (2015, May). Help I cannot put down my phone. *Your Technology*.
- Kardefelt-Winther, D. (2014). A Conceptual And Methodological Critique of Internet Addiction Research: Towards A Model of Compensatory Internet Use. *Computers in Human Behavior*, 31(14), 351–354.
- Kaviani, H., Hatami, N. & Javaheri, F. (2012). The impact of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) on mental health and quality of life in a sub-clinically depressed population. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14(1), 21-28.
- Kilinç, A., Çam, C., Ünsal, A., & Arslatas, D. (2022). Assessment of Nomophobia and Loneliness in Rural Turkish Adolescents: A Cross-Sectional Study. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 18(4), 290-297.

- Kim, S. -E., Kim, J. -W. & Jee, Y. -S. (2015), Relationship Between Smartphone Addiction And Physical Activity in Chinese International Students In Korea, *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 200-205.
- King, A. L. S., Valença, A. M., Silva, A. C., Sancassiani, F., Machado, S. & Nardi, A. E. (2014). Nomophobia: Impact of Cell Phone Use Interfering with Symptoms and Emotions of Individuals with Panic Disorder Compared with a Control Group. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10 (1), 28-35.
- King, A. L. S., Valença, A. M., & Nardi, A. E. (2010) Nomophobia: The Mobile Phone in Panic Disorder with Agoraphobia Reducing Phobias or Worsening of Dependence. *Cog Behavior Neurol*, 23(1), 52–54.
- Kong, F., Wang, X., & Zhao, J. (2014). Dispositional mindfulness and life satisfaction: The role of core self-evaluations. *Personality and individual differences*, 56, 165-169.
- Kuscu, T. D., Gumustas, F., Arman, A. R., & Goksu, M. (2021). The Relationship Between Nomophobia and Psychiatric Symptoms in Adolescents. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 25(1), 56-61.
- Langer, E. J. (1992). Matters of mind: Mindfulness/mindlessness in perspective. *Consciousness and cognition*, 1(3), 289-305.
- Lee, J., Sung, M.-J., Song, S. -H., Lee, Y. -M., Lee, J.-J., Cho, S.-M., & Shin, Y.-M. (2016). Psychological Factors Associated with Smartphone Addiction in South Korean Adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 38(3), 288– 302.
- Lee, S., Kim, M., Mendoza, J. S., & McDonough, I. M. (2018). Addicted to cellphones: Exploring the psychometric properties between the nomophobia questionnaire and obsessiveness in college students. *Heliyon*, 4(11), 24-65.
- Lee, Y. K., Chang, C. T., Lin, Y., & Cheng, Z. H. (2014). The Dark Side of Smartphone Usage: Psychological Traits, Compulsive Behavior, and Technostress. *Computers in human behavior*, 31(1), 373-383.

- Lepp, A., Barkley, J. E., & Karpinski, A. C. (2014). The Relationship Between Cell Phone Use, Academic Performance, Anxiety, And Satisfaction With Life in College Students. *Computers in Human Behavior*, 31(2014), 343–350.
- Lin, Y., Liu, Y., Fan, W., Tuunainen, V. K., & Deng, S. (2021). Revisiting the Relationship Between Smartphone Use and Academic Performance: A Large-Scale Study. *Computers in Human Behavior*, 122, 1- 11.
- Mace, C. (2008). *Mindfulness and mental health: therapy, theory and science*. London: Routledge Taylor & Francis Group.
- Mak, C., Whittingham, K., Cunningham, R., & Boyd, R. N. (2018). Efficacy of mindfulness-based interventions for attention and executive function in children and adolescents—A systematic review. *Mindfulness*, 9, 59-78.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.
- Nurwahyuni, E. (2018). *The Impact of No Mobile Phone Phobia (Nomophobia) on Mental Health: A Systematic Review*, The 4th International Conference on Nursing (ICON), ISBN 978-602-74531-4-2
- Pang, N. T.P., Tseu, M. W. L., Lee, G. P. Y., Honey, H. A., Joss, J. I., Kassim, M. A. M., & Kwon, M.(2020). An early glance into smartphone dependence in a rural LMIC and relationships with mindfulness and depressive symptoms. *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 14 (12), 295-313.
- Peck, J., & Childers, T. (2003b). To have and to hold: The Influence of Haptic Information on Product Judgments. *Journal of Marketing*, 67(2), 35-48.
- Peck, J., & Childers, T. (2003a). Individual Differences in Haptic Information Processing: The "Need For Touch" Scale, *Journal of Consumer Research*, 30(3), 430-442.
- Pollak, S. M., Pedulla, T., & Siegel, R. D. (2014). *Sitting together : essential skills for mindfulness-based psychotherapy*. The Guilford Press.

- Power, J. D. (2010). US Wireless Smartphone And Traditional Mobile Phone Survey. Retrieved May 29, 2023 from <http://businesscenter.jdpower.com/news/pressrelease.aspx?ID=2010039>.
- Pratscher, S.D., Wood, P. K., King, L. A., & Bettencourt, B. A. (2019). Interpersonal mindfulness: scale development and initial construct validation. *Mindfulness*, 10, 1044–1061.
- Regan, T., Harris, B., Van Loon, M., Nanavaty, N., Schueler, J., Engler, S., & Fields, S. A. (2003). Does mindfulness reduce the effects of risk factors for problematic smartphone use? Comparing frequency of use versus self reported addiction. *Addictive Behaviors*, 108, 106435.
- Ritchie, T. D. & Bryant, F. B. (2012). Positive state mindfulness: a multidimensional model of mindfulness in relation to positive experience. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 150-181.
- Ruiz & Ana. (2022) "*It's Not My Phone, It's Me: Investigating Smartphone Presence and Predictors of Smartphone Reliance*". [Electronic Thesis and Dissertation Repository, The University of Western Ontario]. Westren libraries.
- Rush, S. (2011). Problematic Use of Smartphones in the workplace: An Introductory Study. [Master degree in Psychology, Central Queensland University], Rockampton, Australia
- Şakiroğlu, M., Gülada, G., Uğurcan, S., Kara, N., & Gandur, T. (2017). The mediator effect of mindfulness awareness on the relationship between Nomophobia and academic university adjustment levels in college students. *Psycho-Educational Research Reviews*, 6(3), 69-79.
- Salehan, M., & Negahban, A. (2013). Social Networking on Smartphones: When Mobile Phones Become Addictive. *Computers in Human Behavior*, 29(6), 2632–2639.
- Scimeca, G., Bruno, A., Cava, L., Pandolfo, G., Muscatello, M. R. A., & Zoccali, R. (2014). The Relationship between Alexithymia, Anxiety, Depression, and Internet Addiction Severity in a Sample of Italian High School Students. *The Scientific World Journal*, 2014, 1–8.

- SecurEnvoy. (2012). 66% Of The Population Suffer From Nomophobia The Fear of Being Without Their Phone. Retrieved from: <http://www.securenvoy.com/blog/2012/02/16/66-of-the-population-suffer-from-nomophobia-the-fear-of-being-without-their-phone>, [Nov25, 2022].
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shan, Z., Deng, G., Li, J., Li, Y., Zhang, Y., & Zhao, Q. (2013). Correlational Analysis of neck/shoulder Pain and Low Back Pain with the Use of Digital Products, Physical Activity and Psychological Status among Adolescents in Shanghai. *PLOS ONE* 8(10), 1- 9.
- Shapiro, S., Hanson, R., Carlson, K., Mustad, J., Robbins, M., Jha, A., Epel, E., Graham, J., Keltner, D., Nichols, W. J., & Siegel, D. R. (2018). *Masters of mindfulness: transforming your mind and body*. The Great Courses.
- Sharma, N., Sharma, P., Sharma, N., & Wavare, R. R. (2015). Rising Concern Of Nomophobia Amongst Indian Medical Students. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 3(3), 705-707.
- Shonin, E., Van Gordon, W., & Griffiths, M. D. (2017). Mindfulness and the Social Media. *Journal of Mass Communication & Journalism*, 4(5).
- Siegel, D. R. (2010). *The mindfulness solution : everyday practices for everyday problems*. The Guilford Press.
- Verduyn, P., Schulte-Strathaus, J. C., Kross, E., & Hülshager, U. R. (2021). When do smartphones displace face-to-face interactions and what to do about it?. *Computers in Human Behavior*, 114, 106550.
- Walsh, S.; White, K. & young, R. (2010). over –connected? Qualitative exploration of the relationship between Australian youth and their mobile phones, *Adolescence Journal*, 15(7), 122-135.

- Wang, P.-W., Liu, T.-L., o, C.-H., Lin, H.-C., Huang, M.-F., Yeh, Y.-C., & Yen, C.-F.(2014). Association between Problematic Cellular Phone Use and Suicide: The Moderating Effect of Family Function and Depression, *Comprehensive Psychiatry*, 55(2), 342–348.
- Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J. L., Floyd, A. R., Dedert, E. A., & Sephton, S. E. (2002). Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9, 297-307.
- Xie, Y., Szeto, G., & Dai, J. (2017). Prevalence and Risk Factors Associated With Musculoskeletal Complaints Among Users of Mobile Handheld Devices: A Systematic Review. *Applied Ergonomics*, 59, 132–142.
- Yildirim, C., & Correia, A. P. (2015). Exploring The Dimensions of Nomophobia: Development and Validation of a Self-Reported Questionnaire. *Computers in Human Behavior*, 49, 130–137.
- Yildirim, C., Sumuer, E., Adnan, M., & Yildirim, S. (2016). A Growing Fear: Prevalence Of Nomophobia Among Turkish College Students. *Information Development*, 32(5), 1322-1331.
- Yildiz. D. (2018). Investigation of Nomophobia And Smartphone Addiction Predictors Among Adolescents in Turkey: Demographic Variables And Academic Performance. *The Social Science Journal*, 56(4), 492-517.
- Yogesh, S., Abha, S., & Priyanka, S. (2014). Short Communication Mobile Usage and Sleep Patterns Among Medical Students. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*, 58(1), 100-103.

The Effectiveness of a programme based on Mindfulness, and some Cognitive-behavioral techniques in reducing the severity of Nomophobia among university students

Mohammed A. S. Khalil*

Abstract

This study aimed to identify the effectiveness of a program based on both mindfulness and some cognitive behavioral therapy techniques in reducing the level of Nomophobia among university students, and to determine the extent of its impact after its completion and during the training period. The researcher followed the single-group experimental approach in his current study, where the study sample consisted of 150 male and female university students. The researcher used the Nomophobia scale prepared by the researcher, and the program based on both mindfulness and some cognitive behavioral therapy techniques prepared by the researcher. The study results showed the effectiveness of a program based on both mindfulness and some cognitive behavioral therapy techniques in reducing the level of nomophobia among university students. The study recommendations were presented in accordance with the results reached by the researcher.

Keywords: *Nomophobia, Some cognitive behavioral therapy techniques, Mindfulness.*

* Associate Professor of Mental Health- Aswan Faculty of Education- Aswan University.