

برنامج إرشادي قائم على استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض اضطراب ما بعد الصدمة

لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي

د/ سلامة عطية الله أحمد إسماعيل

مدرس الصحة النفسية

كلية التربية بنين بالقاهرة - جامعة الأزهر

د/ محمود أحمد عبد الوهاب محمد

مدرس الصحة النفسية

كلية التربية بنين بالقاهرة - جامعة الأزهر

ملخص البحث: هدف البحث إلى التحقق من فعالية البرنامج الإرشادي في خفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي، والتحقق من استمرارية ذلك بعد فترة المتابعة، وشارك في البحث (٢٠) أمًا تم اختيارهن من المترددات على وحدات غسيل الكلى في بعض المستشفيات الحكومية بمحافظة القاهرة، تراوحت أعمارهن بين (٣٠-٥٠) عامًا، بمتوسط عمري قدره (٤٠,٦٠)، وانحراف معياري (٤,٢٣٥)، وتراوح عمر أطفالهن بين (٧-١٣) عامًا، بمتوسط عمري قدره (١٠,٠٥)، وانحراف معياري (١,٧٩١)، تم تقسيمهن إلى مجموعتين، إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، بواقع (١٠) أمهات في كل مجموعة، طبق عليهن مقياس تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي، إعداد عبد الله (٢٠١٨)، ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة، بالإضافة إلى البرنامج الإرشادي، وكلاهما من إعداد الباحثين. وقد خلصت نتائج البحث في عمومها إلى أهمية الإرشاد المعرفي السلوكي القائم على استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض الاضطرابات النفسية الناتجة عن تأثير الصدمة جراء المرض الذي أصاب أبناء أمهات المجموعة التجريبية اللاتي خضعن للجلسات؛ حيث اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في كل من القياسين القبلي والبعدي في اتجاه القياس البعدي، كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في القياس البعدي في اتجاه المجموعة التجريبية، بينما لم تظهر أي فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في كل من القياسين البعدي والتبقي. هذا، وقد تم مناقشة النتائج التي توصل إليها البحث منتهيًا بعرض مجموعة من التوصيات والمقترحات لدراسات وبحوث مستقبلية.

الكلمات المفتاحية: استراتيجيات التقبل والالتزام - اضطراب ما بعد الصدمة - أمهات الأطفال المصابون بالفشل الكلوي.

A Counseling Program Based on Acceptance and Commitment Strategies for Reducing Post-Traumatic Stress Disorder among Mothers of Patient-Children with Kidney Failure

Dr. Mahmoud Ahmed Abdul-Wahab

Mental Health Department, Faculty of Education for boys in Cairo, Al-Azhar University, Egypt

Dr/ Salama Atiatullah Ahmed Ismail

Mental Health Department, Faculty of Education for boys in Cairo, Al-Azhar University, Egypt

Research Summary:

This study aimed at identifying the effectiveness of a counseling program in reducing post-traumatic stress disorder among mothers of children with kidney failure. The continuity of program effectiveness was also investigated. The participants were (20) mothers attending kidney dialysis units within some government hospitals in Cairo. They were between (30-50) years of age (mean age = 40.60, SD = 4.235), and they were Children between (7-13) years of age (mean age = 10.05, SD = 1.791). They were assigned to an experimental group and a group one. There were (10) mothers within each group. Socio-economic and cultural status assessment scale (Abdullah, 2018), post-traumatic stress disorder scale, as well as the counseling program (prepared by the researcher) were administered. Results indicated the effectiveness of the cognitive-behavioral counseling based on acceptance and commitment strategies in reducing psychological disorders resulting from the impact of trauma due to the disease affected the children of mothers of the experimental group participants. There were statistically significant differences between the mean rank scores obtained by the experimental group on the pre- and post-tests of post-traumatic stress disorder, in favor of the post-measurement. There were also statistically significant differences between the mean rank scores obtained by the experimental and control groups on the post-test of post-traumatic stress disorder, in favor of the experimental group. Unlike, there no statistically significant differences between the mean rank scores obtained by the experimental group on the post- and follow-up tests of post-traumatic stress disorder. The results of the research were discussed, concluding with a set of recommendations and proposals for future studies and research. The above-mentioned results were discussed. Accordingly, a set of recommendations and suggestions for further research were provided.

Keywords: *Acceptance and Commitment Strategies - Post-Traumatic Stress Disorder - Mothers of Patient-Children with Kidney Failure.*

مقدمة:

شهد العالم بمختلف أطيافه تحديات غير مسبوقة فرضت على أفرادها وجهًا وملامح جديدة لم يعهدها ويمر بها من قبل، جراء تفشي الأمراض الخطيرة المزمنة التي ظهرت في الآونة الأخيرة، وعلى الرغم من التقدم الطبي في كافة المجالات، وتوفير العديد من الرعاية وكافة الاحتياجات للمصابين بهذه الأمراض، إلا أن تبعات هذه الأمراض من الناحية النفسية تفوق الوصف، وخاصة إذا تعلق المرض بالفشل الكلوي عند الأطفال؛ الأمر الذي ينقل كاهل الأسر برمتها، والأمهات على وجه التحديد، كونهن أقرب الفئات لهؤلاء الأطفال، وأكثرهن خوفًا على صحتهم ومستقبلهم؛ مما ينتج عنه العديد من الضغوط، والإنهاك الجسدي، وتغيير أوضاع الأسرة، والكثير من الاضطرابات النفسية والجسدية البالغة لدى الأمهات، والناجمة عن تأثير الصدمة اللاتي تعرضن لها جراء مرض أطفالهن.

ولعل من المناسب الإشارة إلى أن هناك ثمة تفاوت في ردود الأفعال النفسية لدى الأفراد في مثل هذه الصدمات تحديدًا؛ إذ يمكن للتجارب المؤلمة والأوبئة أن تتسبب في تأثيرات سلبية لدى البعض، كالقلق والاكتئاب والحزن، بينما البعض الآخر قد تتعكس عليه بتغيرات وتأثيرات إيجابية وهو ما يشار إليه بنمو ما بعد الصدمة (Tedesch & Calhoun, 2004, 18).

فلا شك أن هناك انتشارًا موسعًا في الآونة الأخيرة للعديد من الصدمات النفسية التي تخلفها الأمراض الخطيرة، وخاصة إذا تعلق المرض بالفشل الكلوي (Uremia) عند الأطفال؛ إذ إنه يسبب حالة من عدم الاستقرار النفسي، وظهور الكثير من المشكلات التي تؤدي إلى الإنهاك الأسري واختلال التوازن النفسي والجسدي؛ مما يجعلهم يعيشون حالة مليئة بالخوف والقلق الدائم من المعاناة والمصير المجهول؛ حيث تتزامن العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية مع الإصابة بالمرض في معظم الحالات، فمن المؤلف أن تنتج الأمراض الجسمية ردود فعل نفسية تتفاوت من شخص لآخر، وهو مؤشر على الصلة القوية بين الجسد والنفس، ومؤشر أن كل واحد منهما يؤثر في الآخر ويتأثر به، لذا، فإن الارتباط والتأثر المتبادل بين الجسد والنفس، قد يؤدي إلى صعوبات في التوافق النفسي مع المرض، ولكن هذه العلاقة ليست حتمية؛ إذ إنها تتحدد بمتغيرات عديدة، منها: نوع المرض ومدته، وحجم المساندة النفسية والاجتماعية التي يتلقاها المريض والقائمين على رعايته، وقوة الشخصية والصلابة النفسية، ومدى الاستعداد للمواجهة (حسن، ٢٠٢٣، ٤٩١).

ولقد حذرت منظمة الصحة العالمية ومراكز الدراسات من التفشي الملحوظ والزيادة اللافتة لمرض الفشل الكلوي خلال السنوات الأخيرة؛ إذ تقدر نسبة الإصابة به في الشرق الأوسط (١٠٠٠٠٠٠)، وبمعدل انتشار (٤٣٠) مريضاً لكل مليون نسمة (Najafi, 2009, 219). وقد أظهرت بيانات نشرتها منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠١٢ أن معدل انتشار مرض الفشل الكلوي عالمياً (٢٨٢) مريضاً لكل مليون نسمة، وارتفع المعدل إلى (٦٢٤) مريضاً لكل مليون نسمة في عام ٢٠١٤ (Goleg, Kong, & Sahathevan, 2014, 1583). وأوضحت وزارة الصحة المصرية في تقرير لها حول أكثر الأمراض انتشاراً في مصر؛ حيث ناقشت في هذا التقرير أمراض الكلى الشائعة والأسباب المحتملة له وكيفية القضاء عليه بما في ذلك علاج الفشل الكلوي، زراعة الكلى، عمليات تغيير البلازما، وغيرها. ففي السنوات القليلة الماضية، تجاوز عدد المصابين بأمراض الكلى لأكثر من (٨) مليون مواطن معظمهم دون سن الخمسين، وبحسب بيان الوزارة، فإن عدد مرضى الغسيل الكلوي في مصر يبلغ حوالي (٥٩) ألف مريض، يتلقى منهم (٣٧) ألف مريض الخدمة الطبية في مستشفيات الوزارة بنسبة (٦٣.٣%) من خلال (٣٩٧) مركزاً حكومياً. و (١٧) ألف مريض يتلقون الخدمة في مستشفيات القطاع الخاص والجمعيات الأهلية بنسبة (٢٨.٣%) في عدد (٣٨٠) مركزاً خاصاً. بينما يتلقى (٥) آلاف مريض الخدمة في جهات أخرى كالمستشفيات الجامعية والشرطية ومستشفيات القوات المسلحة والشركات والوزارات الأخرى بنسبة (٨.٤%). وأنه يتم إجراء (٩.٢) مليون جلسة غسيل كلوي في العام الواحد من خلال (١١) ألف ماكينة غسيل كلوي حكومي و (٤) آلاف ماكينة بالقطاع الخاص (المرصد الصحي العالمي، ٢٠٢٣)، الأمر الذي نتج عنه حدوث العديد من الصدمات النفسية والمشكلات الأسرية والاضطرابات الجسدية واختلال التوازن النفسي والجسدي معاً، وخاصة لدى الأمهات القائمات على رعاية أطفالهن المصابين بهذا المرض أكثر من أي فرد آخر من أفراد الأسرة؛ مما لفت انتباه العديد من الباحثين في العلوم النفسية والاجتماعية وغيرهم إلى تقديم المساعدة من أجل تخطي تلك الأزمة، ومحاولة العودة إلى حالة السواء، والوصول إلى التوافق الإيجابي مع المرض، والمقاومة للاضطرابات الناتجة عنه حتى استكمال مراحل العلاج.

فمن المسلم به هو انعكاس حالة الشخص النفسية على المحيطين به، والحديث هنا عن الأم؛ بمعنى، أنها تتأثر بمرض أحد أفراد الأسرة، خاصة إذا كان المريض هو أحد أبنائها والعكس صحيح، ومن المعلوم أيضاً، أن الضغط النفسي يمثل استجابة مركبة لمجموعة التأثيرات التي تقع

على أم الطفل المريض؛ مما يسبب لها حالات عدة كالإنكار، الغضب، الاكتئاب، اليأس، الإحباط، والقنوط، وقد يتأثر الطفل بدوره بكل هذه المشاعر، والتي من الممكن أن تسبب له نوعاً من تأنيب الذات في حالة ما إذا علم أن مجموعة هذه المشاعر السيئة التي تعرضت لها الأم، ما هي إلا نتيجة إصابته بالمرض، وبما أن العلاقة التي تربط الطفل بأمه علاقة قوية جداً تصل إلى حد شعور كل منهما بالآخر، فدائماً ما تتأثر الأم بإصابة ابنها بمختلف الأمراض التي تجعله في حاجة دائمة إلى رعاية خاصة، ومتابعة مستمرة لاستكمال العلاج وتجاوز الأزمة التي يمر بها (عفاف، ٢٠١٤، ١١).

ومن المعتاد أن يمر الأهل بالعديد من المشاعر المربكة والمتشابكة، فلا شك أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة يعانون من ظروف قاسية مقارنة بالعديد من غيرهم، فهم يعيشون استعادة الموقف الذي صدمهم من جديد كل لحظة عبر تذكر الأشياء المؤلمة من خلال التفكير والكوابيس واستعادة المواقف الصادمة، أو من خلال مشاهد تعود بالذاكرة إلى الحدث نفسه، وليس من الضروري أن يكون التهديد المنطوي على الصدمة موجهاً للشخص ذاته، بل في أحيان كثيرة يكون التهديد موجهاً لغيره ممن يتعايشون معه، وهنا يحدث الاضطراب النفسي وتتشكل مشاعر العجز (منظمة أطباء العالم للكوادر العاملة بوحدة طب الأسرة، ٢٠١٨، ٦١).

فاضطراب ما بعد الصدمة يجمع في طياته زملة من الاضطرابات التي تعصف بالصحة النفسية للأمهات، وينعكس بالسلب على تفاعلهم مع أطفالهن ونمط الوالدية السائد في الأسرة، وإن لم يتم تداركه تتطور الحالات لأوضاع نفسية خطيرة تهدد كيان الأسرة بأكملها (الزائدي، ٢٠٢٢، ٧٧).

ووفقاً لذلك، فقد شهدت العقود الماضية تطوراً كبيراً في استخدام عدد غير قليل من البرامج التدخلية والاستراتيجيات الفعالة التي تتلاءم مع ذوي الأمراض المزمنة بصفة عامة والقائمين والقائمات على رعايتهم بصفة خاصة، بناءً على ما تم الاطلاع عليه، والتي كان من نتائجها تحقيق دلالات إيجابية مع هذه الفئات، فقد اتضح أن الاستراتيجيات الإيجابية والبرامج التدخلية التي تصمم بدقة وكفاءة مع هذه الحالات، تحدث أثراً فعالاً وتوقعات ممتازة في خفض اضطراب ما بعد الصدمة.

ومن بين التدخلات الفعالة في هذا الصدد، استراتيجيات التقبل والالتزام، وهي نظرية تقوم في الأصل على فلسفة برجماتية تسمى السياقية الوظيفية Contextual Functional، والتي تنظر

إلى الأحداث النفسية على أنها أحداث متنامية ومتواصلة لدى الفرد وتتفاعل داخله مع سياقات محددة تاريخياً وظرفياً، فمن وجهة النظر هذه، أن الأفكار والمشاعر لا تتسبب في أفعال أخرى إلا من خلال تنظيمها وفقاً للسياق التي تحدث فيه، وبالتالي، فمن الممكن التحرك إلى ما وراء هذه الأفكار أو المشاعر؛ وهذا يعني تغيير السلوك الظاهر بتغيير السياق، والذي عادة ما يربط هذه المجالات النفسية بعضها ببعض. فالمنظور السياقي الوظيفي يفترض، أن الفعل يستمد معناه من سياقه، وتاريخه، وغرضه، والموقف الذي يحدث فيه، ومن ثَمَّ، التركيز على فهم السلوك (Slevison, 2013, 75). وهي نظرية معرفية تحليلية سلوكية تعمل على شرح التفاعل المعقد لعمليات التفكير في صلتها بالسلوك؛ حيث توفر إطاراً مفاهيمياً لفهم القدرة على ربط الأحداث على نحو متبادل، فردي ومجمعي (Larmar, Wiatrowski, & Lewis-Driver, 2014, 217).

فقد ثبت في العديد من الدراسات والبحوث السابقة فعالية البرامج التدخلية باستخدام استراتيجيات التقبل والالتزام مع العديد من الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة واضطرابات نفسية متعددة، ومن بين ذلك: تحسن جودة الحياة النفسية وخفض القلق (Johnston et al., 2010; Datta et al., 2021; Eghrari et al., 2016; al., 2016)، تحسين التوافق الوظيفي والرضا عن الحياة لدى أفراد المرض المزمن (Wicksell et al., 2010)، انخفاض مستويات الاكتئاب، والقلق المرتبط بالألم، والإعاقة الجسدية، وشدة الألم (McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2011; Baranoff et al., 2016)، مساعدة كبار السن ذوي المعاناة النفسية لتحسين أدائهم الوظيفي وجودة الحياة النفسية، والحد من المعتقدات السلبية المرتبطة بالألم (Alonso et al., 2013)، تقبل الألم والتخفيف من المعاناة النفسية والأعراض الاكتئابية (Buhrman et al., 2013; Bendelin et al., 2020; Taheri et al., 2020)، زيادة الأمل لدى مرضى السرطان (Ghasemi et al., 2016)، خفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المعاقين بصرياً (سيد، ٢٠١٨)، تجنب الخوف وقبول الألم والعمل الملتزم (Casey et al., 2018)، تحسين الصمود النفسي لدى الأطفال المصابين بالسكري (عبد الفتاح، ٢٠٢٠)، تحسين المرونة النفسية (Lewin et al., 2021; Thompson et al., 2021)، تحسين نمو ما بعد الصدمة (Al-Sofyani & Al-Rfei, 2023).

ومن هنا يأتي دور هذه الاستراتيجيات والبرامج التدخلية عمومًا لمساعدة هذه الفئة من الأمهات في التحلي بالمقاومة والتحدي وتخطي الأزمة، وخاصة البرامج التي ركزت على الإرشاد المعرفي السلوكي القائم على استراتيجيات التقبل والالتزام، باعتباره من أهم المداخل العلاجية في مثل هذه الحالات. فالإرشاد المعرفي السلوكي كما يشير كل من Fontanari, Bonniot-Cabanac, Cabanac, & Periovsy (2012, 59) هدفه تغيير جميع المستويات كالأفكار التلقائية والسلوكيات أو المعتقدات الشرطية، والمساعدة في تحديدها، والعثور على بدائل صحية أكثر مرونة، وجعل الأفراد يفكرون بشكل أكثر منطقية وعقلانية، وهو يجمع بين نوعين ذات فعالية مرتفعة لتحقيق نتائج إيجابية هما: الإرشاد النفسي والإرشاد المعرفي السلوكي، والتي يمكن من خلالهما إضعاف الروابط بين الحالات المزعجة وردود الفعل المعتادة الخاصة بالخوف والاكنتاب أو الغضب أو السلوكيات. وهو ما أكدت عليه نتائج دراسة Firdos & Amanullah (2018) أيضًا، من أن الإرشاد المعرفي السلوكي على صلة وثيقة وفعالة بتحسين نوعية الحياة لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من أمراض مزمنة، وتوفير وعي أفضل لفهم كيفية إدارة الأحداث الحرجة التي يتعرض لها.

وعلى هذا الأساس، تصبح استراتيجيات التقبل والالتزام وما تتضمنه من إجراءات، من أهم وأفضل الاستراتيجيات التي ثبتت فعاليتها عند استخدامها مع أمهات الأطفال الذين يمرون بأزمات صحية، والتي يمكن أن تساعدن في تجاوز تلك المحنة، والتمتع بالصحة النفسية؛ حيث يذكر كل من Hayes, Strosahl, & Wilson (2011, 69-75) إلى أن محددات التمتع بالصحة والرفاهة النفسية طبقًا لهذه الاستراتيجيات تتمثل في تقبل الأفكار والمشاعر التلقائية، والتحرر من الاندماج المعرفي (التفريغ الانفعالي)، وحضور اليقظة الذهنية (الذات كعملية)، والذات كسياق لا كمحتوى، والوضوح القيمي، والسلوك الملتزم الذي يستهدف التغيير الإيجابي، وهي تلك الاستراتيجيات التي يقوم عليها هذا النموذج المعتمد في البحث الحالي.

يستخلص مما سبق، أن اضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي، من الحالات الخطيرة التي تتطلب رعاية نفسية مستمرة لديهم بسبب ما يعانون منه من مشكلات نفسية؛ إذ إن تجربة الفشل الكلوي لا تؤثر فقط على الأطفال، بل تمتد تأثيراتها لتشمل أسرهم، وخاصة الأمهات اللاتي يتحملن العبء الأكبر في تقديم الرعاية، وقد ينتج عن ذلك بلا شك، العديد من الضغوط النفسية والعاطفية وظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD).

ولقد جاءت الفكرة من إجراء هذا البحث لتناول مشكلة تأثير الفشل الكلوي على الصحة النفسية للأمهات وتطور اضطراب ما بعد الصدمة وفقاً للبرنامج المقترح باستخدام استراتيجيات التقبل والالتزام، والتي اتضح أنها من المداخل العلاجية الحديثة التي ثبتت فعاليتها، وبخاصة مع الأمراض المزمنة والاضطرابات النفسية، كما تم التوضيح سلفاً؛ وهذا هو الدافع الذي بمقتضاه تم الاستقرار على هذا النوع من التدخل، باعتباره من أهم المداخل الإرشادية التي يمكن من خلاله تحسين الحالة النفسية للأمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي، وتجاوز أثر الصدمات النفسية التي يعاني منها جراء ما أصاب أطفالهن.

مشكلة البحث:

ظهرت مشكلة البحث من خلال ما لاحظته الباحثان في الآونة الأخيرة من انتشار مكثف للعديد من الأمراض المزمنة والحرية في نفس الوقت، والتي قد تؤدي بحياة الكثير من الأفراد لشدة خطورتها، ومن بينها مرض الفشل الكلوي خاصة لدى الأطفال؛ الأمر الذي تسبب في وجود صدمات نفسية لدى العديد من الآباء والأمهات وخاصة الأمهات، كونهن أكثر الفئات معاناة في هذا الصدد مع أطفالهن؛ حيث تعد مشكلة اضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي قضية مهمة تتطلب اهتماماً خاصاً من قبل الباحثين النفسيين والاجتماعيين وذوي الاختصاص.

فعندما يواجه الطفل تشخيص الفشل الكلوي، يمر هذا بمرحلة صعبة ومؤلمة للأسرة بأكملها، خصوصاً الأمهات؛ مما يسبب لهن حالة من القلق والخوف من المستقبل وكبر حجم المسؤولية الإضافية تجاه رعاية أطفالهن، والذي يترتب عليه ضغط نفسي هائل، وظهور العديد من المشكلات التي تترك الفكر والجسد معاً. فالفشل الكلوي لدى أطفالهن يتطلب منهن بذل أقصى ما في وسعهن لاستكمال العلاج، ويتطلب كذلك علاجاً مكثفاً وطويل الأمد، بما في ذلك جلسات الغسيل الكلوي، الأدوية، والمراقبة المستمرة، وهذه العلاجات ليست صعبة فقط على الطفل، ولكن أيضاً على الأسرة ككل؛ حيث يمكن أن تخلق بيئة مليئة بالتوتر نتيجة الإصابة بالمرض. فوفقاً لنتائج دراسة عفاف (٢٠١٤) أن هناك ارتفاعاً في معدلات الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، وبناءً على نتائج دراسة كل من Akbarian et al., (2015) أن الأفراد الذين يمرون باضطراب ما بعد الصدمة يواجهون مستويات مرتفعة من الاكتئاب والقلق؛ مما يمكن أن يؤثر سلباً على صحتهم النفسية، وهو ما أثبتته نتائج دراسة المطيري (٢٠٢٣) من أن هناك ارتفاعاً

لاضطراب ما بعد الصدمة لدى العديد من أمهات الأطفال، وهو ما استدعى القيام بدراسة تدخلية باستخدام الإرشاد المعرفي السلوكي لخفض الآثار السلبية الناتجة عن هذا الاضطراب لدى الأمهات.

إن اضطراب ما بعد الصدمة ما هو إلا حالة نفسية سلبية يمكن أن تنشأ نتيجة لتعرض الأمهات لتجارب صادمة كالمرض وغيره، كما الحال مع الأمهات المشاركات، تشمل أعراض هذا الاضطراب الكوابيس، الهلوسة، وإعادة تجربة الأحداث الصادمة بشكل متكرر، فالأمهات اللاتي يعنتين بأطفال مصابين بأمراض مزمنة قد يواجهن أعراض ما بعد الصدمة بشكل يفوق الوصف؛ نتيجة للضغوط المستمرة والقلق المرتبط بحالة الطفل. وبعد دراسة استطلاعية قام بها الباحثين مع أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي في بعض وحدات غسيل الكلى التابعة للمستشفيات الحكومية، تم استخلاص بعض النتائج عن تأثير اضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن إصابة أطفالهن بهذا المرض، أهمها:

- سوء التأقلم: حيث تواجه الأمهات تحديات نفسية هائلة قد تؤدي إلى اضطراب ما بعد الصدمة بشكل متكرر دون انقطاع. هذا التأقلم السيء يزيد من مستويات التوتر والخوف والانزعاج لديهن.
- الشعور بالعجز: اتضح أن الأمهات يعانين من فقد القدرة على مساعدة أطفالهن بشكل كافٍ؛ مما يثير شعورًا بالعجز والاحتضار قد يزيد من خطر ظهور اضطراب ما بعد الصدمة بشكل مكثف.
- الضغوط الاجتماعية: تتعرض الأمهات لضغوط اجتماعية من المجتمع والأقارب بسبب حالة أطفالهن؛ مما يزيد من مشاعر الإحباط والضغوط النفسية، وبالتالي، زيادة الاضطراب النفسية.
- عدم الاستقرار العاطفي: تعاني الأمهات من تقلبات عاطفية شديدة نتيجة لرعاية أطفالهن المصابين بالفشل الكلوي، الأمر الذي قد يساهم في تطوير اضطراب ما بعد الصدمة، وتفاقم المشكلات.
- نقص الدعم النفسي والاجتماعي: تعاني الأمهات من نقص الدعم النفسي والاجتماعي بعض الأحيان لمواصلة رعاية أطفالهن المرضى؛ مما قد يزيد من احتمالية تطور الاضطراب وتفاقمه.

- وجود مشكلات جسمية: كما تبين كذلك أن الأمهات يعانين من مشكلات جسيمة متمثلة في الإنهاك وفقدان الوزن والخمول؛ نتيجة للتحديات النفسية والاجتماعية التي يواجهنها في رعاية أطفالهن.

لذا، فقد انصب تركيز الباحثان على الإرشاد المعرفي السلوكي كونه يمثل أهمية بالغة للأمهات هؤلاء الأطفال، باعتبارهن الأقرب لأطفالهن، والأكثر تعاملًا معهم والاحتكاك بهم، وهن المسؤولات بدرجة كبيرة عن تلبية احتياجاتهم اليومية، فهن بحاجة ماسة إلى توفير الدعم النفسي والمساندة لتعامل مع الضغوط الناتجة عن رعاية أطفالهن المصابين بالفشل الكلوي. فقد أوصت نتائج دراسة (Akbarian et al., 2015) بضرورة تعزيز البرامج الإرشادية المعرفية السلوكية لخفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأفراد، كما أوصت نتائج دراسة المطيري (٢٠٢٣) بضرورة تعزيز البرامج الإرشادية التي تقدم الدعم العاطفي والنفسي للأمهات لتقليل تأثيرات اضطراب ما بعد الصدمة وتحسين نوعية الحياة، ومحاولة السيطرة على العوامل والأحداث التي تسهم في تطور هذا الاضطراب، فتقديم الدعم المناسب يمكن أن يلعب دورًا مهمًا في تحسين صحة الأمهات وجودة حياة الأسرة بشكل عام.

وعلى إثر ما سبق، يمكن صياغة مشكلة البحث في التساؤل الرئيس التالي:

ما مدى فعالية البرنامج الإرشادي القائم على استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي؟

ويمكن التعرف على مدى النجاح في حل تلك المشكلة وفقًا للإجابة عن التساؤلات الفرعية

الآتية:

١- ما الفروق بين متوسطي رتب درجات الأمهات في المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب

ما بعد الصدمة في كل من القياسين القبلي والبعدي؟

٢- ما الفروق بين متوسطي رتب درجات الأمهات في المجموعتين التجريبية والضابطة على

مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في القياس البعدي؟

٣- ما الفروق بين متوسطي رتب درجات الأمهات في المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب

ما بعد الصدمة في كل من القياسين البعدي والتتبعي؟

أهداف البحث: يهدف البحث إلى:

- ١- توظيف فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي جنبًا إلى جنب مع استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض الاضطرابات الناتجة عن تأثير الصدمة لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي.
- ٢- التحقق من مدى فعالية البرنامج الإرشادي المعد لهذا البحث في تحقيق هدفه المتمثل في خفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي في المجموعة التجريبية.
- ٣- التعرف على مدى استمرارية أثر البرنامج وفعالية استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات المجموعة التجريبية في فترة المتابعة وحتى إجراء القياس التتبعي.

أهمية البحث: تضمن موضوع البحث أهمية نظرية وأخرى تطبيقية:

- فمن الناحية النظرية: تناول قضية من أهم القضايا التي تمس العديد من الأسر، هي قضية مهمة تتطلب اهتمامًا خاصًا. فعندما يعاني طفل أصيب بالفشل الكلوي، فهذه مرحلة صعبة ومؤلمة للأسرة بأكملها، خصوصًا الأمهات؛ إذ تجد الأمهات أنفسهن غالبًا في حالة من التوتر والاضطراب النفسي والجسدي والعاطفي والاجتماعي، والشعور بالعجز في مواجهة التحديات المتزايدة المتعلقة برعاية الطفل المصاب بالمرض، وهو ما يقتضي الحاجة إلى دراسات تدخلية لتقديم الإرشاد النفسي للأمهات ومواصلة الدعم النفسي الاجتماعي للوصول إلى حالة من التوافق الإيجابي، بالإضافة إلى إلقاء الضوء على متغيري البحث (استراتيجيات التقبل والالتزام، واضطراب ما بعد الصدمة)، وكذا عرض لبعض الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت كلاهما.

- وأما من الناحية التطبيقية: فتبدو أهمية البحث في تطبيق البرنامج الإرشادي لخفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي باستخدام استراتيجيات التقبل والالتزام؛ مما قد يساهم في إعادة البناء النفسي لديهن، وتقبل الأمر، والالتزام بخطة العلاج لإتمام مرحلة الشفاء لأطفالهن وتخطي الأزمة بنجاح، كما تبدو الأهمية التطبيقية للبحث في إمكانية الاستفادة من الأدوات والتوصيات والمقترحات للباحثين والدارسين والممارسين للعمل

الإرشادي، وتطبيق خطوات البرنامج على حالات أخرى، إضافة إلى توجيه أنظار المسؤولين في المجتمع نحو ضرورة تغيير السياسات المتعلقة بالخدمات المقدمة للأطفال ذوي المرض المزمن، وتوفير الرعاية الطبية والنفسية وكافة الاحتياجات اللازمة لهم وللقائمين على رعايتهم كما ينبغي أن تكون.

مصطلحات البحث:

وفقاً للإطار النظري، يمكن عرض مصطلحات البحث على النحو الآتي:

١- البرنامج الإرشادي القائم على استراتيجيات التقبل والالتزام **Counseling Program**

Based on Acceptance and Commitment Strategies: هو خطة منظمة وفق

أسس المنهج العلمي، هدفه تقديم الخدمات الإرشادية الوقائية من خلال مجموعة من الجلسات، تطبق بصورة جماعية، وبطريقة مباشرة، تتضمن مجموعة من الأنشطة والخبرات المحددة بجدول زمني معين، من أجل تعزيز قدرات أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي على تجاوز المحنة الناتجة عن مرض أطفالهن، وخفض الضغوط والمشكلات النفسية الناجمة عن اضطراب ما بعد الصدمة، يستند إلى الإرشاد المعرفي السلوكي، بجانب استراتيجيات التقبل والالتزام الآتية:

أ- **التقبل Acceptance**: وعي الأمهات بالأحداث والمواقف الصادمة وتقبلها كما هي، والتعايش معها بمنطقية دون الهروب منها، ومحاولة السيطرة على الأوضاع الراهنة التي يصعب تغييرها.

ب- **التفكيك المعرفي Defusion Processes**: تبصير الأمهات بفحص سلبية أفكارهن وفلسفتهم الخاطئة في الحياة، والنظر إلى المواقف والأحداث الصادمة من خلال التفكير الإيجابي المنطقي.

ج- تجربة الذات كسياق **Self as Context**: رؤية الأمهات لذاتهن كملاحظات أو مراقبات، بمعنى؛ النظر إلى النفس بشكل منفصل عن تجارب وخبرات الحياة الخاصة، ورؤية الذات ككيان مستقل.

د- الاتصال باللحظة الحالية **Contact with the Present Moment**: وعي الأمهات بعيش اللحظات الحالية بكل تفاصيلها، وضرورة الابتعاد عن الانخراط في أحداث الماضي أو المستقبل.

هـ- الوضوح القيمي **Values**: مجموعة من الصفات الإيجابية، تتضمن قواعد مبنية لتحفيز الأمهات على التصرف بطرق ذات مغزى؛ من أجل تجاوز الأوضاع والأحداث الصادمة التي تمر بهن.

و- الفعل الملتزم **Commitment Action**: توجه إرادي ملتزم نحو الفعل الذي يتسق مع القيم الشخصية، يكمن في استخدام المرونة النفسية لتحسين جدوى الحياة والتمتع بالرفاهة النفسية.

٢- اضطراب ما بعد الصدمة **Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)**: حالة نفسية سلبية لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي، ناتجة عن تعرض أطفالهن للمرض، متمثلة في ظهور العديد من الاضطرابات بمختلف صورها؛ الأمر الذي يؤدي بهن إلى حالة من الإنهاك والشعور بالإحباط والعجز وفقدان معنى الحياة، فضلاً عن اختلال التوازن الأسري وصعوبة الاستقرار. ويقاس إجرائياً من خلال الدرجة التي تحصل عليها الأمهات المشاركات من خلال مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المستخدم في البحث الحالي، والمتمثل في الأبعاد الآتية:

أ- إعادة التجربة **Re-experiencing**: يتضمن هذا البعد استعادة الأحداث الصادمة في الذهن غير المرغوب فيها وبشكل متكرر، كالذكريات المؤلمة، الكوابيس، مشاهد من الأحداث الصادمة كما لو أنها تحدث الآن، واسترجاع الأحداث المتعلقة بمرض الطفل بصورة مزعجة طوال الوقت.

ب- التجنب **Avoidance**: يشمل هذا البعد سلوكيات الهدف منها تجنب أي شيء يذكر الأمهات بالصدمة، كتجنب الحديث عن حالة الطفل، أو زيارة الأماكن التي تثير الذكريات المؤلمة مثل المستشفيات أو وحدات الغسيل الكلوي، وتجنب المواقف المرتبطة بالحدث، وعدم التفكير فيها.

ج- الإثارة والانفعالية الزائدة **Hyper arousal**: يتسم هذا البعد بزيادة مستوى اليقظة والتوتر والانفعالية، فالأمهات في الغالب ما يشعرن بالقلق، وصعوبة النوم، وسرعة الغضب، والتوتر بشكل مفرط، وصعوبة الاسترخاء، أو الشعور بالأمان نتيجة إصابة أطفالهن بالفشل الكلوي.

د- التغيرات في التفكير والمزاج **Negative alterations in cognition and mood**: ويتمثل في المشاعر السلبية المستمرة لدى الأمهات، كالشعور باليأس، وفقدان الاهتمام بالأنشطة التي كن يستمتعن بها قبل ظهور مرض أطفالهن، فضلاً عن الشعور بالذنب والتقصير، وتزايد مشاعر الإحباط، والعزلة، وفقدان معنى الحياة، وصعوبة التواصل مع الآخرين بسبب حالة الطفل.

٣- أمهات الأطفال المصابون بالفشل الكلوي **Mothers of Patient-Children with Kidney Failure**: مجموعة من أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي الذين يتلقون خدمات الغسيل الكلوي والعلاج عن طريق التنقية الدموية، والمترددات على وحدات غسيل الكلى في بعض المستشفيات الحكومية بمحافظة القاهرة، تتراوح أعمارهن بين (٣٠-٥٠) عاماً، بمتوسط عمري قدره (٤٠,٦٠)، وانحراف معياري (٤,٢٣٥) واللاتي سجلن أعلى الدرجات على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المعتمد في البحث الحالي.

حدود البحث:

- الحدود البشرية: وتحددت في مجموعة من أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي، انحصرت عددهن في (٢٠) أمًا، تم اختيارهن من مستشفى سيد جلال الجامعي بمحافظة القاهرة، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين متكافئتين، إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة.

- الحدود الموضوعية: وتحددت بموضوع البحث والمتعلق بالكشف عن فعالية البرنامج الإرشادي باستخدام استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي.

- الحدود الزمانية: وتحددت بالتوقيت والمدة الزمنية لتطبيق أدوات البحث، وذلك في عام ٢٠٢٢/٢٠٢٣ م.

- الحدود المكانية: وتحددت بالمكان الذي تم تطبيق الأدوات فيه، وهو مستشفى سيد جلال الجامعي بحي باب الشعرية بمحافظة القاهرة.

أولاً: الإطار النظري والدراسات السابقة

استراتيجيات التقبل والالتزام:

بداية وقبل التعرف على هذه الاستراتيجيات ودورها في خفض الاضطرابات النفسية المتعددة، لا بد من إلقاء نظرة سريعة على سبب ظهورها والتطور التاريخي لها، فمن خلال ملاحظة التطور التاريخي لعلم النفس اتضح أن العلاج المعرفي السلوكي قد مر بثلاث مراحل أو ثلاث موجات؛ حيث ركزت الموجة الأولى على الأعراض، ولم تركز على الاضطراب أو المرض، وقد كانت أضرارها أكثر من نفعها، بينما ركزت الموجة الثانية على ما يخبره المريض بأنه غير عقلائي أو غير توافقي، أما الموجة الثالثة فقد قامت على جعل الأفراد الذين يعانون من الأمراض والاضطرابات النفسية يلتزمون ببعض الجهود؛ وذلك باستخدام لغة مختلفة للفعالية الذاتية والقدرات (Herbert & Forman, 2011, 8).

وقد بدأت الموجة الأولى في أواخر الخمسينيات وحتى الستينيات من القرن الماضي، وقد ركزت على الجوانب السلوكية في الاضطرابات النفسية، وتناولت استراتيجيات علاجية سلوكية بشكل رئيس، ومن روادها (Thorndike, Pavlov, Hans Eysenck, & Skinner) وآخرون. وقد نجحت مثل هذه التدخلات، لكنها لم تكن قادرة على تفسير مشاكل التفكير وتأثير الأحداث الخاصة على السلوك (Webster, 2011, 310). ولقد جاءت فكرة هذه الموجة مناهضة للمفاهيم الكلاسيكية السائدة في ذلك الحين؛ حيث كان يعتقد أن الفنيات التطبيقية والتدخلات التجريبية يجب أن تكون محددة ومختبرة بدقة، كما كانت التدخلات الكلاسيكية تتسم بالغموض، وضعيفة الصلة بالمبادئ العلمية الأساسية، وبالتالي، تم رفض بعض هذه المفاهيم ليحدث تطور للعلاج المعرفي، وإعادة النظر فيه ليناسب مختلف الحالات (Flaxman, Blackledge, & Bond, 2010, 7).

ثم ظهرت الموجة الثانية بعد ذلك في أواخر الستينيات حتى التسعينيات من القرن الماضي، وقد كان الهدف من ظهورها تعديل العمليات المعرفية المشوهة أو غير السوية للعديد من الأفراد، وذلك من خلال تطبيق استراتيجيات علاجية تعمل على إعادة البناء المعرفي وإدارة الانفعالات؛ أي، إدخال عوامل وسيطة بين المثير والاستجابة، ومن رواد هذه الموجة (Aaron Albert Ellis, & Beck, Clark). ولقد مثلت الموجة الثانية تقدماً هائلاً في مجالات التدخل، ولكن يؤخذ عليها أنه

لم يتم من خلالها تحديد الربط العلمي بين عمليات التغيير المعرفي والنتائج (Webster, 2011, 311).

بعد ذلك ظهرت الموجة الثالثة من العلاجات المعرفية السلوكية، والتي يشار إليها أحياناً باسم "العلاجات السلوكية القائمة على التقبل والالتزام"، وقد تضمنت عددًا من مناهج العلاج التي ارتفعت إلى الصدارة خلال التسعينيات من القرن الماضي وإلى الآن، وتشمل العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، العلاج السلوكي الجدلي، والعلاج بالتقبل والالتزام، وتشارك هذه الأساليب في عدد من المميزات التي تميزها عن العلاجات السلوكية السابقة، ولعل أكثر ما يلفت الانتباه هو التحول من افتراض أن الأشياء المؤلمة بما في ذلك الأفكار والمشاعر والمواقف والأحداث الحياتية غير المرغوب فيها، يجب تغييرها في المحتوى من أجل زيادة الرفاهة النفسية الشاملة، وتعزيز قبول التجارب الخاصة المؤلمة في سياق تعزيز تغيير السلوك (Forman & Herbert, 2019, 3).

ولقد كانت البداية الأولى لظهور العلاج بالتقبل والالتزام Acceptance and Commitment Therapy (ACT) في النصف الأخير من تسعينيات القرن الماضي على يد (Steven Hayes et al., 1986). وهو أحد أحدث التطورات في الموجة الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي الحديث، والذي يعتمد على تقوية الجوانب الإيجابية لدى الأفراد، وزيادة مرونتهم النفسية، وإعطائهم معنى للحياة وفقاً لبعض العمليات النفسية، وقد ثبتت فعاليتها مع الأفراد ذوي المرض المزمن (Arch & Mitchell, 2016, 611) ويعتمد هذا العلاج على نموذج للتدخل العلاجي يستند على عمليات التقبل للأحداث الحياتية، واستراتيجيات وفتيات اليقظة العقلية، والتركيز على اللحظة الحالية، والالتزام باستراتيجيات تغيير السلوك؛ وذلك بهدف تحقيق المرونة النفسية والارتقاء بحياة الأفراد (محمد، ٢٠١٠، ٣٨). فضلاً عن جدوى هذا العلاج مع مختلف المواقف الحياتية المؤلمة، فهو علاج معرفي سلوكي إدراكي قائم على اليقظة العقلية، ويستند على فهم التجارب، والخبرات الإنسانية، وعلى مساعدة الأفراد كيفية الاستجابة بشكل مختلف للمعاناة ومعظم الانفعالات السلبية (إبراهيم، ٢٠٢٣، ٢٠).

وينظر كل من (Linehan, Comtois, Murray, Brown, Gallop, Heard, & Lindenboim, 2006, 759) إلى التقبل على أنه نقطة انطلاق للفرد يبدأ منها؛ إذ إن قبول الواقع المعاش بكل ما فيه، يمنحه القدرة على التخلص من مشاعر الإحباط والغضب والاكتئاب التي قد يتعرض لها في المواقف المختلفة. كما يشير (Dzugan 2018, 8) إلى الالتزام بأنه نوع

من العهد النفسي يلتزمه الفرد تجاه نفسه، وقيمه، وأهدافه، والأفراد من حوله، وهو عكس الانسحاب، وهو طريق الإرادة عند مواجهة المواقف الصعبة، ويقوم على التفاعل مع الأحداث والمواقف السالبة في الحياة.

ويعرف كل من (Hayes et al., 2011, 142) التقبل والالتزام بأنه علاج معرفي سلوكي سياقي يستخدم الاستراتيجيات المعرفية السلوكية القائمة على اليقظة، وتقبل المشاعر وإدراكات الشخص، من أجل تعزيز السلوكيات بما يتفق مع القيم الشخصية. فيما يعرفه Bennett & Oliver (2019, 55) بأنه أسلوب علاجي يهتم بتعزيز السلوكيات ذات القيمة من أجل تنمية مهارات العميل على تقبل الأفكار والتعايش معها، وتخفي الخبرات الغير سارة. ومن وجهة نظر Harris (2019, 13) أنه علاج معرفي سلوكي، يهتم باتخاذ خطوات إجرائية، وليس منصباً فقط على الخبرات الماضية، بل ينطلق من أساسين، ينص الأساس الأول على أن الخطوات الاجرائية تكون موجهة من خلال قيم الفرد، وهذا مكون وجودي لهذا النموذج العلاجي، بينما ينص الأساس الثاني على الوعي الكامل بكافة الإجراءات التي يتخذها الفرد، وإدراكه لتجاربه في الحياة، وقبول كل ما هو خارج عن سيطرته، والالتزام باتخاذ إجراءات تثري حياته وتجنبه تأثير الاضطراب. فيما يعرفه كل من Levin, Krafft, Davis, & Twohig (2021, 13) بأنه نموذج علاجي معرفي سلوكي يعتمد على المرونة النفسية، وبعض المكونات العلاجية التي تهدف إلى إحداث تعديل في التأثيرات داخلية المصدر والمعارضة للتنظيم السلوكي (الفصل المعرفي والتجنب التجريبي)، والانتباه المرن للحظة الحالية، والشعور بقيمة الذات كسياق. ويعرفه السويهري (٢٠٢٣، ٢٥٨) بأنه أسلوب إرشادي يمكن تطبيقه بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من خلال جلسات منظمة؛ بهدف تمكين الأفراد من إزالة آثار الخبرات الداخلية الناتجة عن الأفكار السلبية، والذكريات المؤلمة، والمشاعر الجسمية، واستبدالها بخبرات أخرى أكثر إيجابية.

وبناءً عليه، فإن عملية التقبل مرتبطة بعملية الالتزام وسابقة عليها، فتقبل الأفراد لحقيقة مشكلاتهم لا يعني الاستسلام أمامها، بل تقبلهم لها كما هي والتعايش معها بالتفكير المنطقي الإيجابي، خاصة مع علمهم بصعوبة تغييرها، الأمر الذي يجعلهم بعد ذلك يتعهدون أمام أنفسهم بأن يلتزمون ببعض الأفكار والإجراءات التي يقومون بها من أجل حل مشكلاتهم النفسية واستعادة توازنهم، فالتقبل يتطلب إدراك الواقع كما هو بالفعل، ثم يأتي الالتزام بأشياء تمنح الأفراد التغيير في واقع حياتهم للأفضل.

ووفقاً للتعريفات السابقة، أمكن استخلاص تعريف استراتيجيات التقبل والالتزام على أنها خطة علاجية معرفية سلوكية تستهدف استمرارية الاتصال بواقع الحياة وأحداثها لدى الأفراد، وتعتمد على توافر المرونة النفسية، واليقظة العقلية لديهم؛ بهدف إحداث تغييرات إيجابية جذرية في البنية النفسية.

ولاستراتيجيات التقبل والالتزام أساس بنيت عليه، يعتمد على فلسفة خاصة بنوع من العلم، يعرف بالسياقية الوظيفية (functional contextualism)؛ ويعني تحليل السلوكيات انطلاقاً من وظيفتها في سياق خاص أو معين، وقد قامت هذه الاستراتيجيات في جوهرها على تلك النظرية التي تعتمد على الجوانب اللغوية والمعرفية فيما يعرف بنظرية إطار العلاقات، فهي تذهب إلى ما وراء التركيز حول الأعراض، وتهتم بالعمليات النفسية، خاصة تلك التي تشمل على لغة الإنسان، ومن خلال جذورها الفلسفية والنظرية، اتضح أن المعاناة النفسية لدى الأفراد تتولد من العمليات اللغوية الخاطئة، والتي ينشأ عنها التوتر والجمود الفكري وفقدان الاتزان الانفعالي (Greco & Hayes, 2008, 45).

والافتراض الرئيس في نموذج (ACT) هو أن المعاناة الإنسانية منتشرة وطبيعية، فهي جزء من الحياة الواقعية، فالمعاناة هي مجرد نتيجة حتمية لكونك إنساناً، وتكمن في التناقض مع المفهوم السائد للحياة الطبيعية الصحية، وهي الفكرة القائلة: "بأنه من الطبيعي بلوغ الصحة النفسية"؛ بمعنى، إذا لم تكن سعيداً، فأنت لست طبيعياً، فانتشار المعاناة في كل مناحي الحياة لدى مختلف الأفراد يحتل مركز الصدارة في نموذج التقبل والالتزام؛ لأنه يوفر مساحة للتقبل؛ أي، إذا كانت المعاناة طبيعية وشائعة، فلا بد من قبولها، بدلاً من تجنبها أو الاستسلام لها (Hooper & Larsson, 2015, 3).

ومن بين الافتراضات أيضاً لهذه الاستراتيجيات، أن جميع الأفكار ليس لها نفس الفوائد، فهي تبحث عن مدى فائدة الأفكار والمشاعر والسلوكيات في مساعدة الأفراد في تحقيق أهدافهم، ثم تضع ثلاثة أنواع للأفكار: أفكار مفيدة، أفكار قليلة الفائدة أو أفكار قليلة المعنى، وأفكار غير عقلانية وسلبية ومدمرة للذات، يمكن أن تكون سبباً في إعادة التوازن والتخلص من المعاناة وبعض الاضطرابات النفسية للفرد، أو أن تكون سبباً في تعاسته وخضوعه للأوهام (Blonna, 2011, 28).

أما عن أهداف استراتيجيات التقبل والالتزام، فتتلخص في مساعدة الأفراد على استخدام التجربة المباشرة مع الأحداث الحياتية، مع اتباع القواعد الممكنة لاكتشاف استجابات أكثر فعالية لتحديات البقاء على قيد الحياة، وأن يحاولوا اكتشاف أن استراتيجيات السيطرة والقضاء على المشكلات هي سبب المعاناة، وليست علاج المعاناة، وأن يدركوا حقيقة مفادها: "أن التقبل والاستعداد قبالان للتطبيق بدلاً من الصراع والسيطرة، إضافة إلى أن يفهموا بأن التقبل والالتزام يصبحان ممكنان من خلال تعلم الانفصال عن التأثيرات التي تحكم القواعد التي تخلفها اللغة والفكر، فضلاً عن إدراكهم بأن الذات الأساسية التي لا تتغير كوعي، هي مكان يمكن أن يحدث منه التقبل والعمل الملتزم (Strosahl, 2002, 5). ومن بين أهداف هذه الاستراتيجيات أيضاً، مساعدة الأفراد على خلق حياة غنية وكاملة وذات مغزى، مع قبول الألم الذي تجلبه الحياة حتماً، على أن يقوموا بذلك عن طريق تعلم المهارات النفسية للتعامل مع الأفكار والمشاعر المؤلمة بشكل فعال، بحيث يكون لها تأثير وتأثير أقل بكثير، تُعرف هذه المهارات بمهارات اليقظة العقلية، وهي تعمل على مساعدة الأفراد على توضيح ما هو مهم ومفيد حقاً بالنسبة لهم؛ أي، توضيح قيمهم، واستخدام المعرفة لتوجيههم وتحفيزهم على تحديد الأهداف واتخاذ الإجراءات التي تغير حياتهم للأفضل والتمتع بحياة صحية (Harris, 2019, 23).

وطبقاً لهذه الاستراتيجيات، فقد افترض (Hayes et al., 2011, 28) أن السلوك البشري محكوم بشبكة ارتباطات يحدث من خلالها ترميز العالم الحقيقي في الدماغ البشري ضمن عملية التعلم، فعندما يتعلم الفرد شيء من البيئة المحيطة فإنه يستدخل في ذهنه هذا الشيء مرتبط بمجموعة من المعطيات التي في مجملها توضح الصورة الرمزية لهذا الشيء، وتتكون لديه مجموعة من العلاقات التي تربطه بمن حوله من أشخاص، أو موضوعات، وفي الوقت ذاته تشكل صورته عن نفسه.

ووفقاً لهذا النموذج، يشير (Lassen 2010, 19) إلى أن المشكلات النفسية تنبثق من الغياب العام للقدرات الاتصالية لدى غالبية الأفراد، وأن المصدر الأول للاضطراب النفسي هو الأسلوب الذي تتفاعل به اللغة والمعرفة، مع احتمالات وقوع الأحداث الطارئة بصور مباشرة؛ ما ينتج عنه فقد القدرة على التصميم والإصرار من أجل تحقيق السلوك القيمي على الأمد البعيد، وهذا النوع من فقدان المرونة النفسية وحضور التفكير الخاطئ والتصلب الفكري في غالبية الأحيان، ينظر إليه

على أنه ينبع من التحكم السياقي الضعيف وغير المجدي وغير المنطقي، إلى جانب العمليات اللغوية ذاتها.

فيما ينظر كل من Hayes et al., (2011, 60-66) إلى أن الاضطرابات النفسية التي تبدو لدى غالبية الأفراد بناءً على هذا النموذج، أنها تنشأ من خلال مجموعة من العوامل، أهمها: وجود خلل في العمليات المعرفية الطبيعية اللازمة للحل اللفظي للمشكلات، إضافة إلى ملء الشبكات المعرفية بملامح سياقية تمييزية خاصة بالاضطراب النفسي، فضلاً عن أن الشبكات المعرفية هي شبكات تاريخية، والكثير منها يحدث له انطفاء وكف، ولكنه لا يزيل الاستجابة المتعلمة التي قد تكون خاطئة، وأخيراً، فإن المحاولات المباشرة للتغيير تركز على أطراف أساسية في الشبكات المعرفية، أو تميل إلى توسيع الشبكة في هذا الموضوع، وتزيد مهمتها الوظيفية.

ويقوم العلاج بالتقبل والالتزام على تصور لست استراتيجيات منوط بها بلوغ الصحة النفسية للأفراد الذين يعانون من أزمات واضطرابات نفسية مختلفة، يمكن الإشارة إليها من خلال ما يلي:

1- التقبل: وفقاً لهذه الاستراتيجية يتم النظر إلى الأفكار والمشاعر والدوافع كما هي دون البحث عن تعديلها أو التقليل منها، فهذا يعني أن يستقبل الفرد المشاعر كمشاعر، والأفكار كأفكار، ومعايشة اللحظات في وقتها؛ أي، هنا والآن (Flaxman, Blackledge, & Bond, 2010, 55).

2- التفكير المعرفي: ومن خلال هذه الاستراتيجية يتم التخلص من المعاني الراسخة للأفكار السالبة والتحرر السلوكي من تأثيرها، فهو إجراء يسمح للفرد التحرر من المحتوى الحرفي لأفكاره واعتبارها ظواهر نفسية لا خبرات حقيقية، فعملية التفكير تستخدم بشكل خاص من أجل التقليل من مواجهة الأفكار المتداخلة والتي تحصر الفرد وتمنعه من التحرك في اتجاه المعنى الذي يعطيه لحياته، ومن الأساليب المستخدمة في هذه العملية تمرين التكرار والذي يتضمن القيام بتكرار محتوى فكرة معينة بسرعة من أجل جذب انتباه الفرد إلى الخصائص الصوتية الخاصة بالكلمات وتقليل الارتباطات بمعنى معين (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006, 8).

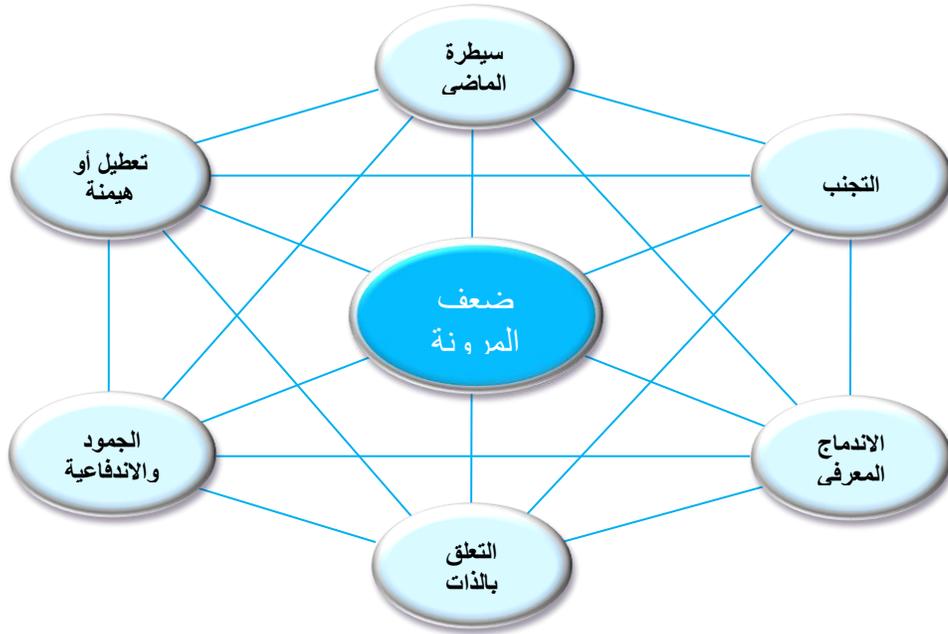
٣- الذات كسياق: ويتم من خلال هذه الاستراتيجية التركيز على الإطار العام الذي يحيط بالخبرة الذاتية للفرد المضطرب، أما التعامل مع الذات كمحتوى، فيعني التعامل مع مضمون الخبرة أو الموقف، وتسمى هذه الذات "الذات الملاحظة" والتي تمكن الفرد من ملاحظة ظواهره الداخلية والتصرف بحكمة في مختلف الأماكن والمواقف، وبالتالي، زيادة الوعي (Hayes, 2005,) (37).

٤- الاتصال باللحظة الحالية: وتتضمن توجيه انتباه الفرد حول ما يحدث في اللحظة الحالية داخل ذاته وفي محيطه، مع التركيز على التجربة الداخلية والخارجية في اللحظة الراهنة، لكي يصل إلى مرحلة الانتباه الكامل والوعي بالحاضر دون الالتفات إلى اجترار الماضي أو توقعات المستقبل، وبالتالي، يصبح أكثر حساسية للتأثيرات الخاصة بسلوكياته (Pochop, 2011,) (37).

٥- الوضوح القيمي: وتهدف هذه الاستراتيجية إلى مساعدة الفرد على استرجاع المشاعر الإيجابية بمعنى الحياة، بما يتفق مع القيم التي يلتزم بها، وبناءً على ذلك يكون لديه تصورات وتوقعات عما يجب أن تكون عليه حياته وقيمه، فهي تزيد فرص تعزيز سلوكيات الفرد، فالصعوبات التي يواجهها سوف يتقبلها تبعاً لقيمه، ويتم ذلك من خلال بعض العمليات، منها: القيم المثالية، إيضاح القيم، اتخاذ موقف إيجابي في حال وجود اضطرابات نفسية (Dunning, 2016,) (29).

٦- الفعل الملتمزم: وبناءً على هذه الاستراتيجية، تتم مساعدة الفرد على اكتشاف طبيعة المأزق الذي يجد نفسه فيه من خلال وجود أنماط متشابهة من الفعل، وعليه أن يلتزم بهذا الفعل الذي يتفق مع قيمه، فالفعل الملتمزم عملية مستمرة لإعادة توجيه السلوك من أجل إنشاء أنماط من الإجراءات المرنة والفعالة بما يتماشى مع القيم، وفيه يتم تشجيع الأفراد على متابعة الإجراءات التي يختارونها والتي تتماشى مع قيمهم لتغيير مسارهم بمرونة. فبدون القدرة على الفعل الملتمزم، لا تتم عملية تغيير السلوك، أو أن يندمج الفرد في أنماط السلوك بشكل عام (Hodgson,) (2016, 40).

وامتدادًا لاستراتيجيات التقبل والالتزام السابقة، فإن هناك أنموذجًا يتكون من ست عمليات نفسية تتفاعل فيما بينها لإحداث المعاناة أو التصلب / الجمود النفسي الذي تؤدي إلى الاضطرابات النفسية، كنتاج للتفاعل بين هذه العمليات، وهذه العمليات يمكن توضيحها من خلال شكل (1) التالي:



شكل (1) العمليات المؤدية للاضطراب في نموذج التقبل والالتزام (Hayes et al., 2006, 24).

يستخلص من الشكل السابق أن ضعف المرونة النفسية قد تسبب العديد من الجوانب التي تحدث المعاناة والاضطرابات النفسية، فالتقييم غير الموضوعي للفرد عن ذاته سواء كان بشكل سلبي أو إيجابي، يجعله يكون صورة عن ذاته وكأنها هي الذات الحقيقية له، ويعد ذلك مصدرًا للعديد من الاضطرابات النفسية؛ مما ينتج عنه العديد من النواتج السالبة، ومن بينها التي تم عرضها في الشكل.

وهناك ثلاث مراحل لتجاوز المعاناة وفقًا لاستراتيجيات التقبل والالتزام، هي على النحو الآتي:
المرحلة الأولى: وتبدأ عقب تحديد ما يريده الفرد، وما يقوم به فعليًا لكي يتخلص من المعاناة والاضطراب النفسي، وتعرف هذه المرحلة باليأس الإبداعي Creative Hopelessness ومن خلالها يتم تحديد الاستراتيجيات المناسبة التي لم توظف من قبل الفرد، وإعادة توضيحها له بطريقة جديدة وبأسلوب واضح لمساعدته في حل مشكلاته وإنهاء معاناته واضطراباته النفسية.

المرحلة الثانية: ومن خلالها يتم ضبط الأحداث المؤلمة التي يشعر بها ويعاني منها الفرد، وبالتالي، زيادة تعزيز العمليات التي تخفف وتقلل من حدة الشعور بالألم والتوتر والقلق والمخاوف، وفي هذه المرحلة كذلك، يتم التعرف على القيم التي يختارها الفرد بنفسه، مع تعليمه بعض المهارات والأساليب التي يستطيع من خلالها أن يصبح أكثر مرونة في التعامل مع مشكلاته وضغوطه الحياتية المختلفة.

المرحلة الثالثة: وهي المرحلة الأخيرة في العلاج والتخلص من المعاناة النفسية، وفيها يتم تقديم المساعدة للفرد على القيام بأفعال تخدم أهدافه التي يريد تحقيقها، وقيمه التي اختارها بنفسه في المراحل السابقة، والتخلص من معاناته، والالتزام بهذه الأفعال وممارستها داخل الجلسات وخارجها، وعليه ضرورة الالتزام بتوجيهات المعالج أو الأخصائي النفسي وغيرهم؛ حتى يستطيع أن يحدث تغييرات إيجابية في حياته (زكي؛ الشافعي؛ محمود؛ الشريف؛ وأبو بكر، ٢٠١٩، ٢٠٧-٢٠٩).

ويمكن القول إزاء، بأن استراتيجيات التقبل والالتزام هي إحدى العلاجات المنبثقة من نظرية إطار العلاقات، والتي تنسب إلي علم النفس السياقي الذي يشكل الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي، والذي يؤكد أنصاره على ضرورة تقبل الأفراد وخاصة الذين يعانون من مشكلات وضغوط مستمرة وأمراض مزمنة، للأفكار والمشاعر غير المرغوبة أو المؤلمة، وعدم الاستسلام لها، أو الهروب منها، وضرورة التحدي للأحداث السالبة لتحقيق أهداف تتفق مع قيمهم في الحياة بكل عزم وإرادة.

ولقد تطرق العديد من المنظرين إلى تفسير نموذج التقبل والالتزام، ولقد تم التركيز على أكثر النظريات صلة بهذا النموذج، ومن أهمها نظرية السياقات الوظيفية، فقد فسرت الأحداث النفسية التي تسيطر على الفرد من خلال التأثير بالسياقات المحيطة التي يمر بها، والاهتمام بالحدث بشكل كلي، والتركيز على مبدأ الحقيقة الفعلية (هنا والآن)، إضافة إلى التركيز على تحقيق الأهداف (Hayes et al., 2011, 315). إضافة إلى نظرية إطار العلاقات Relational Frame Theory (RFT) التي أسسها (Hayes et al., 2001) فقد أكدوا على أن هذا النموذج هدفه ضرورة الاستفادة من القدرات الإنسانية من خلال ربطها بأي شيء آخر؛ أي، القدرة على الجمع بين الأحداث والأفكار وربطها مع بعضها البعض، والاستفادة من الخبرات، والتفاعل مع المواقف العصبية، والالتزام بالتوجيهات العلاجية وخطوات الإرشاد لتخطي الأحداث المؤلمة (بينيت وأوليفر، ٢٠٢١، ٤٩).

يستخلص من النظريتين السابقتين، اتفاق روادها إلى حد كبير في أن تقبل الواقع الفعلي والالتزام بمجموعة من القيم، يمكنان الأفراد من الخروج من الأزمات والأحداث النفسية والمواقف السلبية، مع التأكيد على ضرورة ربط الأفكار الإيجابية بكل موقف أو حدث يتم التعرض له، والتفاعل مع تلك الأزمات والأحداث والمواقف وتقبلها بشكل إيجابي، والتصدي لها دون الهروب منها أو الاستسلام لها، من خلال الالتزام بآليات التفكير الفعالة والتوجيهات العلاجية وخطوات الإرشاد وتطبيقها.

كما بحث العديد من الدراسات والبحوث الدور الإيجابي للبرامج الإرشادية واستراتيجيات التقبل والالتزام لدى الكثير من أمهات الأطفال المصابين بأمراض مزمنة، فقد قام Kowalkowski (2012) بإعداد برنامج قائم على التقبل والالتزام للتخلص من مشاعر الضيق وزيادة المرونة النفسية لدى مجموعة من أمهات الأطفال المشخصين باضطراب طيف التوحد، انحصر عددهن في (١٣) أمًا، كعينة تجريبية باستخدام المنهج التجريبي، وتم بناء مقياس مشاعر الضيق، ومقياس المرونة النفسية، والاستبيان الديموجرافي، واستبيان الأفكار التلقائية، ومقياس الجوانب الإيجابية لمقدمات الرعاية الخاص بالأمهات، والبرنامج المقترح، وتوصلت النتائج إلى الأثر الإيجابي للبرنامج في التخلص من مشاعر الضيق، والتخلي بالمرونة النفسية لدى الأمهات المشاركات في البرنامج.

واتجه كل من (Poddar, Sinha, & Urbi (2015) نحو الكشف عن فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين جودة الحياة وأثره على القلق والاكتئاب لدى مجموعة من أمهات الأطفال الذين يعانون من الصرع، بلغ عددهن (٥) أمهات كمجموعة تجريبية، وتم استخدام المنهج التجريبي، كما تم بناء مقاييس الدراسة من قبل الباحثين ممثلة في مقياس جودة الحياة، ومقياس القلق، بالإضافة إلى استخدام قائمة بيك للاكتئاب، والبرنامج العلاجي بالتقبل والالتزام، وقد أسفرت النتائج عن فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تحقيق جودة حياة أفضل لدى الأمهات المشاركات في البرنامج مع أطفالهن وأسرهن، والتخلص من مشاعر القلق المستمر ونوبات الاكتئاب المتلاحقة، وتقبل الطفل من جانب الأسرة، فضلاً عن استمرارية أثر البرنامج في أثناء فترة المتابعة.

كما فحصت دراسة كل من Trompetter, Bohlmeijer, Veehof, & Schreurs, (2015) أثر برنامج تدخلي قائم على التقبل والالتزام في خفض عبء الآلام المزمنة ومشاعر الاكتئاب لدى عينات مختلفة بلغ عددهم (٢٣٨)، وقد استخدمت الدراسة المنهج التجريبي، وتم بناء

مقياس لتقبل الألم وآخر لقياس مشاعر الاكتئاب، والبرنامج العلاجي، وقد استغرق تطبيق البرنامج ثلاثة أشهر، وتم متابعته أيضاً لمدة ثلاثة أشهر. وقد أظهر المشاركون في البرنامج تحسناً فائقاً في التغلب على الآلام المزمنة وتقبلها والتعايش معها بشكل طبيعي، بالإضافة إلى خفض مشاعر الاكتئاب، والتخلي بالمرونة النفسية، وذلك في القياس البعدي، ولقد استمر أثر البرنامج حتى إجراء القياس التتبعي.

بينما استهدف دراسة الفقي (٢٠١٦) التعرف على فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال الأوتيزم، وذلك لدى مجموعة من المشاركات انحصرت عددهن في (١٠) أمهات، تراوحت أعمارهن بين (٢٥-٤٠) عاماً، وتم التطبيق بإحدى مراكز رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة بينها، وقامت الباحثة بإعداد مقياس المرونة النفسية، والبرنامج العلاجي، وكشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأمهات قبل تطبيق البرنامج وبعده علي مقياس المرونة النفسية في اتجاه القياس البعدي، ولم تكشف النتائج عن وجود أي فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجاتهن في القياسين البعدي والتتبعي على نفس المقياس؛ مما يشير إلى فعالية البرنامج في تحسين المرونة النفسية، واستمرار أثره في أثناء فترة المتابعة.

في حين قام (McKinnon 2017) بدراسة من أجل الكشف عن فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرتبطة بصورة الجسم لدى (٢٠) من الأمهات المصابات بسرطان الثدي، تم تقسيمهن إلى مجموعتين متكافئتين، باستخدام المنهج التجريبي، وتمثلت الأدوات في مقياس القلق، ومقياس الاكتئاب، ومقياس المخاوف المرتبطة بصورة الجسم، ومقياس جودة الحياة النفسية، وهي من إعداد الباحث، بالإضافة إلى البرنامج العلاجي الذي استغرق تطبيقه (٨) أسابيع، وخلصت النتائج إلى أثر البرنامج الإيجابي في تقليل أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرتبطة بصورة الجسم وزيادة في جودة الحياة النفسية، فقد اتضح وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لدى أمهات المجموعة التجريبية في اتجاه القياس البعدي، ووجود فروق دالة إحصائية بين أمهات المجموعتين في القياس البعدي في اتجاه أمهات المجموعة التجريبية، بينما لم تظهر النتائج أي فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي لدى أمهات المجموعة التجريبية.

وتطُرقت عليوة (٢٠١٩) من خلال دراستها إلى التعرف على فعالية برنامج علاجي قائم على التقبل والالتزام في تنمية الشفقة بالذات لتخفيف الضغوط الحياتية لدى مجموعة من أمهات الأطفال المصابين بالصرع، انحصر عددهن في (١٠) أمهات كمجموعة تجريبية، تراوحت أعمارهن بين (٢٥-٤٠) عامًا، طبق عليهن مقياس الشفقة بالذات، ومقياس الضغوط الحياتية، والبرنامج العلاجي المستخدم، وجميعهم من إعداد الباحثة، وقد أظهرت النتائج فعالية البرنامج في تنمية الشفقة بالذات وأثره الإيجابي في خفض الضغوط الحياتية لدى الأمهات المشاركات في البرنامج؛ حيث اتضح وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي رتب درجاتهن في القياسين القبلي والبعدي في اتجاه القياس البعدي، ولم تكشف النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيًا بين درجاتهن في كل من القياسين البعدي والتتبعي.

واستهدفت دراسة سعاد (٢٠٢٠) الكشف عن فعالية العلاج بتقنيات التقبل والالتزام في رفع القدرة على المجابهة الإيجابية لدى مجموعة من أمهات الأطفال المعاقين، انحصر عددهن في (٣٤) أمًا، وفق تصميم تجريبي يعتمد على المجموعتين، ولقد استخدمت الباحثة مقياس المجابهة الإيجابية الذي قامت بإعداده، بالإضافة إلى البرنامج العلاجي الذي تكون من (١٣) جلسة، تراوحت مدة كل جلسة (٩٠) دقيقة، واستغرق تطبيقه (٧) أسابيع بمعدل جلستين أسبوعيًا، وتوصلت الباحثة إلى فعالية تقنيات التقبل والالتزام في تقوية قدرة الأمهات على مجابهة الأحداث والمواقف السلبية وعدم الاستسلام للضغوط النفسية والأحداث المؤلمة؛ حيث اتضح وجود فروق دالة إحصائيًا بين القياسين القبلي والبعدي لدى أمهات المجموعة التجريبية في اتجاه القياس البعدي، ووجود فروق دالة إحصائيًا بين أمهات المجموعتين في القياس البعدي في اتجاه أمهات المجموعة التجريبية، بينما لم تكشف النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيًا بين القياسين البعدي والتتبعي لدى أمهات المجموعة التجريبية.

وفي السياق ذاته، فقد أعدت دراسة مراد (٢٠٢٣) بهدف الكشف عن فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية التعاطف مع الذات لدى مجموعة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأثره على الإجهاد النفسي المدرك لديهن، وتمثلت العينة في (٦) أمهات كمجموعة تجريبية، واستخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وتحقيقًا لهذا الغرض، فقد تم بناء مقياس التعاطف مع الذات، ومقياس الإجهاد النفسي المدرك، والبرنامج العلاجي باستخدام التقبل والالتزام، وتوصلت النتائج إلى فعالية

البرنامج في تنمية التعاطف مع الذات وأثره الإيجابي على الإجهاد النفسي المدرك لدى الأمهات المشاركات في البرنامج، واستمرار ذلك الأثر غي أثناء فترة المتابعة وحتى إجراء القياس التتبعي. وتعبيراً على ما عرض في المحور السابق، يمكن القول: إن التدخل القائم على استراتيجيات التقبل والالتزام من المداخل العلاجية الحديثة التي ثبتت فعاليتها مع العديد من الأمهات، خاصة مع أمهات الأطفال المصابين بأمراض مزمنة؛ نظراً لما تحمله من آليات هادفة، مثل: التقبل والاتصال باللحظة الحالية، ووضوح القيم، والالتزام بالأفعال التي تتفق مع القيم، فالتقبل من الممكن أن يساعد الأمهات على الوصول لحالة الصبر والرضا على المرض؛ إذ إن عدم التقبل ومحاولة الرفض والتجنب تخلق حالة من زيادة المعاناة النفسية التي تتعرض لها الأمهات، كما أن الالتزام والاتصال باللحظة الحاضرة تقلل من انشغال الأم بآلام الماضي وآمال المستقبل، فكلما التزمت بخطة معينة، انخفض لديها الحزن على الماضي والخوف من المستقبل، وأدركت معنى السعادة الحقيقية. وخلاصة ذلك، أن استراتيجيات التقبل والالتزام لا تركز على الحد من الأعراض أو المشاعر المؤلمة، ولكنها تركز على مساعدة الأفراد في كيفية التعامل مع تجاربهم المؤلمة بطريقة تتناسب مع أهدافهم في الحياة، وعلى افتراض رئيس ينص على أن السلوك البشري مرهون بمجموعة ارتباطات يحدث من خلالها ترميز العالم الحقيقي في الدماغ وفقاً لعملية التعلم، هدفها خفض الاضطرابات التي يعاني منها الأفراد، وإثراء إمكاناتهم الذاتية التي تمكنهم من مواجهة الأحداث السالبة بلا يأس أو إحباط. اضطراب ما بعد الصدمة:

ظهر على أرض الواقع في الآونة الأخيرة العديد من الاضطرابات النفسية المهددة لاستقرار الأسرة وضمان تحقيق جودة الحياة فيها، وعلى رأس هذه الاضطرابات، اضطراب ما بعد الصدمة، خاصة وإذا تعلق الأمر بأمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي، والذي يعد من منغصات الحياة الطبيعية، على الأطفال المصابين بهذا المرض من ناحية، وعلى أمهاتهم المصابات بالاضطراب من أخرى.

ويعرف اضطراب ما بعد الصدمة في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM-5) بأنه اضطراب نفسي ناتج عن تعرض الأشخاص بشكل مباشر أو غير مباشر لأزمة أو صدمة معينة (APA, 2013, 271). ويعرف كذلك بأنه نوع من اضطراب القلق الذي يؤثر على أشخاص تعرضوا لحادث مروع في حياتهم (Garbarino, Governale, Henry, & Nesi, 2015, 8).

ويعرفه كل من عزب؛ محمد؛ وجمال الدين (٢٠١٨، ٤٥١) بأنه استجابة مرجأة لحدث صادم ومفاجئ، تعرض له الفرد، ويمثل له تهديدًا أو أذى لا يستطيع مقاومته، في حين تعرف الزاندي (٢٠٢٢، ٧٨) اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأمهات بأنه اضطراب ينشأ عنه مشكلات نفسية نتيجة تعرضهن لأحداث صادمة، تظهر في استرجاع الذكريات الصدمية، مع محاولتهن للتخلص منها وتجنبها، والسيطرة على ما يصاحبها من شعور دائم بالقلق الذي قد يؤدي بهن في الغالب إلى العجز.

يستخلص من ذلك، أن هذا الاضطراب يظهر في الغالب نتيجة التعرض لأحداث ومواقف صادمة لدى الأفراد، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، يمثل أذى يصعب السيطرة عليه. وفي ضوء التعريفات السابقة أمكن استخلاص تعريف اضطراب ما بعد الصدمة على أنه حالة سلبية تحدث عندما يتعرض الأفراد لمواقف صادمة مؤلمة، أو حادث مروع في حياتهم، بشكل مباشر أو غير مباشر، لها تأثير على المستوى الشخصي العاطفي أو الجسدي أو العقلي أو الروحي أو النفسي - الاجتماعي أو الأسري، بجانب العديد من المشكلات النفسية الأخرى التي تهدد استقرار الحياة.

كما يحدث اضطراب ما بعد الصدمة جراء الكثير من المواقف الصادمة، ومن أكثرها شيوعًا الاضطرابات الناجمة عن الأمراض الخطيرة، كمرض الفشل الكلوي، فلقد أشارت العديد من نتائج الدراسات والبحوث بأن الأمراض عمومًا ومرض الفشل الكلوي تحديدًا، يخلق مشكلات كثيرة، تظهر بشكل أبعد من مجرد فيزيقية، وتنطلق إلى مجالات أوسع من حياة الفرد، فالفرد يجمع كل خبراته الداخلية والخارجية في ضوء تصوره لذاته الجسمية، ويقصد بها هنا فكرة المريض أو الصورة الذهنية لديه عن جسمه، وهيبته، وقدرته، فأى عجز في هذه القدرات تهدد المريض والقائمين على رعايته في حاضرهم ومستقبلهم، وتؤدي إلى اضطراب قدراتهم الإنسانية، ومن أكثر الاضطرابات النفسية الناتجة عن شيوع هذا المرض القلق، الاكتئاب، والتشاؤم، وهو يسبب خللاً كبيراً في نمط الحياة، والالتزام بجدول علاج يشمل برنامج الغسيل، والالتزام بنمط غذائي محدد، والإقامة في المستشفى لدى البعض، والخوف من الإعاقة، وقصر الحياة أو الموت، إضافة إلى أن مرضى الفشل الكلوي المقيدون بعلاج الغسيل الكلوي، يتولد عندهم مشكلات مختلفة ومعقدة، وذات أبعاد خطيرة، تؤثر في مجريات حياتهم وحياة أسرهم، الصحية والشخصية والاجتماعية والاقتصادية والمهنية (حسن، ٢٠٢٣، ٤٩١).

وفي الغالب ما يحدث الفشل الكلوي نتيجة جملة من الأسباب، من أهمها: داء السكري، والذي يعد السبب الرئيس لحدوث الفشل، ويقدر بنسبة (٤٥.٣٥%) من الحالات، بجانب ارتفاع ضغط الدم، والتهاب الكبيبات الكلوية، والأمراض الوراثية مثل التكيسات الكلوية، فضلاً عن التهابات المسالك البكتيرية المزمنة، وبعض الأدوية كالمسكنات وبعض المضادات الحيوية عند الإفراط في تناولها من غير الاستشارة الطبية، يضاف إلى ما سبق بعض الأدوية الشعبية التي تحوي مواد غير معروفة، وعادة ما تكون سامة ومضرة بالكلية، ومن بين أسباب حدوث الفشل الكلوي الأقل انتشاراً، التهابات المسالك المتكررة أو انسدادها وكذلك العيوب الخلقية فيها (السويداء، ٢٠١٠، ٢٥).

إن معاشة الفرد لأحداث صادمة مهددة لاستقرار حياته وحياة المحيطين به، تؤدي به إلى أن يعيش مجموعة من الأزمات النفسية، وعلى رأسها اضطراب ما بعد الصدمة، والتي بدورها تؤدي إلى جملة من المشكلات على المستوى الشخصي والأسري والاجتماعي، وهذا ما يتوجب القيام بتدخلات لعلاج هذه الأزمة، والتخفيف من آثارها السلبية لمختلف الأفراد (عفاف، ٢٠١٤، ٥٧).

ولقد حاول العديد من المنظرين تفسير اضطراب ما بعد الصدمة، فوفقاً لنظرية التحليل النفسي، يرى (Freud, 1896) أن استمرار ردود الفعل الناتجة عن الصدمة تحدث بسبب الارتباط بين الحدث الصادم والصراعات المكبوتة لدى الأفراد، وأن الاضطرابات الناتجة عن الصدمة ما هي إلا مصدر من مصادر العصاب أطلق عليه اسم العصاب الصادم (Traumatic neurosis)، وإن شدة الصدمة تحدث نتيجة فقدان قدرة الأفراد على إيجاد مفهوم مدرك للصدمة، وعدم استعدادهم لمواجهة الحدث الصادم الذي اخترق آليات الدفاع النفسية (Lisa & Edna, 1998, 502). ووجهة أنصار المدرسة السلوكية أن اضطراب ما بعد الصدمة يظهر نتيجة التعلم الشرطي والأعراض المرافقة التي يمكن أن تحدثها الصدمات، فمشاعر الخوف والقلق ترتبط بالأحداث الصادمة وسوء الفهم والإدراك للظروف المحيطة (APA, 1994, 45). وبناءً على وجهة نظر أنصار النموذج المعرفي الذي أعده كل من (Ehlers & Clark, 2000) والذي يعد من أفضل النماذج المعرفية التي فسرت اضطراب ما بعد الصدمة؛ فقد افترضوا أن الأفراد يختلفون في تقييم المعنى الذاتي المتعلق بالتجارب المؤلمة للأحداث الصادمة، وأنهم يفعلون ذلك لوجود عوامل ضاغطة تفقددهم الشعور بالأمن، وتؤدي إلى التهديد المستمر؛ مما يؤخر شفاء الفرد من آثار الصدمة، وأن تأثيرات الخبرة المكبوتة هي التي تطلق العنان لإعادة ردود الفعل الصدمية؛ مما يسبب ظهور الذكريات المؤلمة والاضطرابات النفسية الأخرى (Ehlers & Clark, 2000).

(321). في حين افترض نصار النظرية الاجتماعية أن اضطراب ما بعد الصدمة يحدث نتيجة تهديدات الحياة، وتاريخ إساءة معاملة الأفراد، وغيرها من المحن والضغوط الاجتماعية التي واجهتهم في الطفولة (Rosen & Frueh, 2010, 14). أما أنصار النظرية البيولوجية فقد ركزوا على العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والتغيرات الكيميائية والوظيفية لعمل الدماغ، وأن الضغط الشديد يؤثر على عمل الدماغ من خلال إفراز المواد الكيميائية، فعندما تحدث الصدمة، تحدث تغيرات في وظائف الدماغ، وبالتالي، ترتفع نسبة الأدرينالين؛ وهذا ما يؤدي إلى مستويات عالية من الخوف وتكرار الذكريات الصادمة (Beckham & Beckham, 2006, 11).

يبدو من خلال النظريات والنماذج السابقة، اختلاف وجهات النظر في تفسير هذا الاضطراب، ولم يتضح للباحثين وجود نظرية واحدة أعطت تفسيراً متكاملًا لهذا الاضطراب، فقد رفض فرويد بأن الأحداث الصادمة المؤلمة وحدها يمكن أن تسبب التأثيرات النفسية الشديدة للصدمة، وأرجع ذلك إلى الصراعات المكبوتة لدى الأفراد، بينما زعم أنصار السلوكية أن الأحداث الصادمة تحدث نتيجة الاستجابات غير الشرطية، وتظهر متمثلة في القلق. في حين كانت وجهة أنصار النموذج المعرفي بأن الضغوط المستمرة هي التي تسبب الصدمة، بجانب الذكريات المكبوتة التي تعطي تصورًا في الأذهان بأن الصدمة تتكرر من حين لآخر؛ مما يخلق لدى الأفراد شعور مستمر بالتهديد وفقدان السيطرة على الأحداث. وذهب أنصار المذهب الاجتماعي إلى أن تهديدات الحياة وخبرات الطفولة الصادمة والتعرض للمحن والضغوط في فترات الطفولة هي السبب في حدوث الاضطرابات النفسية والتعرض للأحداث الصادمة. أما أنصار النظرية البيولوجية فقد رأوا أن الأحداث الصادمة ترجع إلى خلل في الإفرازات الهرمونية وحدثت تغيرات في وظائف الدماغ تفقد سيطرة الأفراد على الأحداث.

اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأمهات:

إن تعرض الأمهات لخطر مفاجئ أو سماع خبر مفرح كإصابة أطفالهن بأمراض مزمنة كالغسل الكلوي على سبيل المثال، يسبب لهن حدوث صدمة نفسية تتجاوز قدراتهن على التحمل والعودة إلى حالة التوازن بعدها. فيذكر كل من الرشيدى؛ منصور؛ النابلسي؛ الخليفة؛ الناصر؛ بورسلي؛ والقشعان (٢٠٠١، ١٧) في أن التعرض لخبرات صادمة شديدة قد يؤدي إلى الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة لدى حوالي أكثر من نصف جموع الأشخاص الذين خبروا الصدمة،

وهذا دليل على أن ثمة عوامل وأسباب أخرى قد تساهم في تطور هذا الاضطراب ودرجة شدته وأزماته، وهو ما يثبت أنه قد لا توجد أمثلة في المرض النفسي الحاد أكثر مأساة من اضطراب ما بعد الصدمة، والتي يمكن أن تستمر فيه العواقب الانفعالية مدى الحياة؛ نظرًا لشدتها وخطورتها وآثارها السلبية على الأفراد.

ولاضطراب ما بعد الصدمة العديد من الأعراض لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي؛ حيث تبدأ هذه الأعراض في الظهور بعد تعرضهن للخبر الصادم، وذلك في الأيام أو الأسابيع الأولى من التعرض للحدث، بشرط استمرار هذه الأعراض لأكثر من شهر. فوفقاً لما نشره مركز National Center For War (2008, 3-5) أن اضطراب ما بعد الصدمة يتميز بثلاث مجموعات رئيسة من الأعراض تسبب مشكلات مختلفة لدى العديد من الأمهات، المجموعة الأولى تتمثل في الأعراض الاقتحامية، وتتضمن ذكريات وصور وأصوات ومشاعر إثر الحادث، كوابيس وأشياء مخيفة عن الحادث، ذكريات الماضي وإعادة معايشة الحدث الصادم، الشعور بالاستياء عند تذكر الحادث، إضافة إلى الأعراض الجسمية كزيادة معدلات ضربات القلب وتوتر العضلات عند تذكر الحادث، وشملت المجموعة الثانية بعض الأعراض التجنبية كتجنب أي تذكير بالحادث الصادم مثل: الأفكار، المشاعر، الأنشطة، الأماكن، الأشخاص، وغيرها من المثيرات التي تذكر بالحادث، فضلاً عن فقدان الاهتمام بالأنشطة المعتادة، والشعور بالانفصال عن أحبائهم وسيطرة مشاعر اليأس والعزلة، والشعور كذلك بالخدر وتبدل المشاعر، والتشاؤم من المستقبل، في حين تضمنت المجموعة الثالثة بعض أعراض الاستثارة ومن أهمها: اضطرابات النوم، مشكلات في التركيز، والعصبية المستمرة والجفول.

كما تؤدي اضطرابات ما بعد الصدمة إلى خلل في التنظيم الانفعالي وسوء المزاج لدى غالبية الأمهات اللاتي يعانين من هذا الاضطراب، بالإضافة إلى فقدان تفاعل الأبناء مع أمهاتهم وانخفاض معدلات الشفاء، وهذا ما كشفت عنه نتائج دراسة كل من Van Ee, Kleber & Mooren (2012) التي كانت عن التأثير طويل المدى لاضطراب ما بعد الصدمة لدى مجموعة من الأمهات بلغ عددهن (٤٩) أمًا، وقد أظهرت النتائج أن المستويات المرتفعة من الاضطراب تقترن بمستويات مرتفعة من التفاعلات غير الحساسة بين الأمهات وأطفالهن، وتتصف بالعدائية، وظهور مستويات متدنية من استجابة الأطفال والمشاركة والتفاعل مع أمهاتهم، وأوصت الدراسة بضرورة إجراء الإرشاد النفسي للأمهات لتحسين التفاعل بينهن وبين أطفالهن. وهو ما توصلت إليه

أيضاً نتائج دراسة كل من (Goldstein, Bradley, Ressler, & Powers (2017)؛ حيث تبين ارتفاع اضطراب ما بعد الصدمة، وأنه يؤدي إلى تدهور البنية النفسية، وفقدان السيطرة على الانفعالات، واضطراب المزاج لدى الأمهات. كما أسفرت نتائج دراسة منصور (٢٠٢٠) عن أن الاضطرابات النفسية الناتجة عن مرض الفشل الكلوي تحد من تحركات الأسرة؛ مما يصعب معه تقديم الرعاية والاهتمام في كل الأوقات، كما أن المرض يضعف علاقة الأسرة وتفاعلها مع المجتمع المحيط بسبب وجود مريض الفشل الكلوي، وأن نظرة المجتمع السلبية نحو المريض تخلق بعض المشكلات النفسية الأسرية. وخلصت نتائج دراسة إكرام وأمينة (٢٠٢٢) إلى ارتفاع اضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال المصابين بسرطان الدم في ولاية تيارت بجامعة ابن خلدون.

ومن هنا يظهر دور الإرشاد المعرفي السلوكي الذي يستند إلى النظرية المعرفية للأمراض النفسية لوصف كيفية التصورات المعرفية، وعفوية الأفكار حول الأفراد، والتي في الغالب ما تكون مشوهة، وتنعكس على ردود الفعل العاطفية، والسلوكية، والسيولوجية (Ali, 2012, 8). فالإرشاد المعرفي السلوكي بمعناه العريض يتألف من كل المداخل التي من شأنها أن تخفف الكرب النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة، ولا يعني التأكيد على التفكير هنا إهمال الاستجابات الانفعالية التي هي المصدر المباشر للاضطراب بصفة عامة، بل يعني ببساطة تقارب انفعالات الفرد من خلال معرفته أو عن طريق تفكيره لمساعدته في تغيير الاستجابات غير المناسبة وإزالة الانفعالات السلبية من دائرة تفكيره (بيك، ٢٠٠٠، ٢٢).

ولقد تناولت العديد من الدراسات والبحوث البرامج التدخلية سواء باستخدام الإرشاد المعرفي السلوكي أو استراتيجيات التقبل والالتزام خفض اضطراب ما بعد الصدمة، فقد بحث دراسة كل من Akbarian, Bajoghli, Haghghi, Kalak, Holsboer-Trachier, & Brand (2015) فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض أعراض اضطراب الاكتئاب والقلق والذاكرة الناتجة عن اضطراب ما بعد الصدمة لدى مجموعة من الأفراد بلغ عددهم (٤٠) فرداً ممن يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، تراوحت أعمارهم بين (٣١-٦٥) عاماً، وبعد تطبيق أدوات الدراسة والبرنامج الإرشادي التي أعدت من قبل الباحثين، أظهرت النتائج فعالية البرنامج في انخفاض أعراض ما بعد الصدمة ممثلة في الاكتئاب والقلق وتحسن أداء الذاكرة في القياس البعدي، واستمرار ذلك التحسن حتى إجراء القياس التتبعي.

وأجريت دراسة المطيري (٢٠٢٣) بهدف التحقق من فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون بالكويت، وقد

شارك في الدراسة (٤٠) من الأمهات، تراوحت أعمارهن بين (٤٠-٤٥) عامًا، تم تقسيمهن إلى مجموعتين متكافئتين، وقد استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وتمثلت الأدوات في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، والبرنامج الإرشادي المقترح، وكلاهما من إعداد الباحثة، وقد توصلت النتائج إلى فعالية البرنامج في خفض الاضطرابات النفسية الناتجة عن الصدمة؛ حيث اتضح وجود فروق دالة إحصائية لدى أمهات المجموعة التجريبية في كل من القياسين القبلي والبعدي في اتجاه القياس البعدي، ووجود فروق دالة إحصائية بين أمهات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي في اتجاه أمهات المجموعة التجريبية، بينما لم تكشف النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية لدى أمهات المجموعة التجريبية في كل من القياسين البعدي والتتبعي.

في حين استهدفت دراسة (Al-Sofyani & Al-Rfei (2023) التعرف على فاعلية برنامج إرشادي قائم على الإرشاد بالنقل والالتزام لتحسين نمو ما بعد الصدمة لدى مجموعة من الممرضات المتعافيات من (COVID-19) بمدينة جدة، انحصر عددهن في (٢٤) ممرضة، تم تقسيمهن إلى مجموعتين متكافئتين، وتم استخدام المنهج شبه التجريبي، وتم بناء مقياس نمو ما بعد الصدمة والبرنامج الإرشادي المقترح، وخلصت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية لدى المجموعة التجريبية في كل من القياسين القبلي والبعدي في اتجاه القياس البعدي، ووجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي في اتجاه المجموعة التجريبية، ولم تتضح أي فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية؛ مما يدل على أثر البرنامج الإيجابي واستمراره حتى في فترة المتابعة.

يستخلص مما سبق، أن اضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات أطفال الفشل الكلوي يتصدر بدرجة كبيرة العديد من المشكلات الأخرى، كون هذا المرض لدى أطفالهن يشكل عبئًا كبيرًا عليهن؛ حيث يعد مصدرًا للضغط النفسي والانفعالي والاجتماعي المؤثر في الأطفال من جانب وفي أمهاتهم من جانب آخر، فمرض الفشل الكلوي له تأثير سلبي على الأمهات تحديدًا؛ لأنه يشكل لهن حقيقة واقعة ومؤلمة يصعب الخروج منها أحيانًا، تحتاج منهن مواصلة الجهد لاستكمال مراحل العلاج؛ مما ينتج عنه ارتفاع في حدة المشكلات النفسية بسبب تغير الأوضاع الأسرية التي يخلقها المرض.

يضاف إلى ما ذكر، أن مرض الفشل الكلوي لدى الأطفال من الأمراض المزعجة والخطيرة التي قد تؤدي بحياتهم إن لم يتم علاجها بشكل سريع، فعند فقدان الكلى قدرتها الوظيفية بالتدرج

على مدار أشهر عدة أو ربما أعوام، قد تكون مهددة للحياة نتيجة تراكم السوائل الضارة في الجسم، وفقد قدرة الجسم على التخلص منها بالشكل الطبيعي، وقد يصيب الفشل الكلوي الأطفال بأشكال مختلفة، منها ما يحدث بشكل مفاجئ ويسمى بالفشل الكلوي الحاد (Acute Renal Failure)، وقد يستمر لفترة زمنية قصيرة، ومنها ما يحدث على المدى البعيد بشكل بطئ ويسمى بالفشل الكلوي المزمن (Chronic Renal Failure)، وقد يؤدي هذا النوع إلى الفشل الكامل وهو المرحلة النهائية من الفشل، والذي يعالج فقط إما من خلال زراعة الكلى، أو عن طريق تصفية الدم، أو ما يسمى بغسيل الكلى، لذا، يصاب العديد من الأفراد وخصوصًا الأمهات بالصددمات النفسية عند معرفتهم بالمرض لأول وهلة، الأمر الذي يربك النفس والجسد، ويقلب حياتهن وحياة الأسرة رأسًا على عقب، ومن هنا يأتي دور التدخل النفسي لتوفير المساندة وإعادة الثقة في النفس لخفض الاضطرابات وتأثيرها السلبي.

الصلة بين التقبل والالتزام واضطراب ما بعد الصدمة:

على الرغم من أن الدراسات والبحوث والنظريات الحديثة أشارت إلى فعالية استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض الأعراض والضغط الناتجة عن الأحداث الصادمة، إلا أن هناك القليل منها لم يكشف عن العلاقة بين كل منهما بشكل مباشر، ومع ذلك، وبمطالعة الأطر النظرية والدراسات والبحوث في هذا الصدد، تبين أن هذه الاستراتيجيات تترافق مع زيادة النتائج الإيجابية بعد الصدمة، وحدثت نتائج فعالة تتجاوز آثار الصدمات النفسية التي يتعرض لها الأفراد؛ مما يشير إلى وجود علاقة موجبة بين كلا المتغيرين، علاوة على ذلك، فوفقًا لنتائج الدراسات التجريبية التي تم الحصول عليها، اتضح أن أساليب التأقلم في التقبل والالتزام ترتبط بانخفاض شدة أعراض ما بعد الصدمة؛ الأمر الذي يشير إلى أن استراتيجيات التقبل والالتزام تعمل على خفض الأعراض الناجمة عن اضطراب ما بعد الصدمة بشكل مباشر وغير مباشر، وهذا يوحي بأن هناك صلة وثيقة فيما بينهما.

فالعلاقة بين التقبل والالتزام واضطراب ما بعد الصدمة تتمحور حول كيفية تأثير العلاج بالقبول والالتزام على أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وتعزيز المرونة النفسية لدى الأفراد المصابين بهذا الاضطراب، وبالتالي، يمكن استنتاج أن العلاقة بين التقبل والالتزام واضطراب ما بعد الصدمة هي علاقة تكاملية؛ حيث يعمل القبول على تقليل التوتر الناتج عن الأفكار والمشاعر المؤلمة، في حين يدعم الالتزام التقدم نحو حياة مليئة بالمعنى والقيمة، حتى في ظل وجود اضطراب ما بعد الصدمة.

كما اتضح من نتائج بعض الدراسات والبحوث اختلاف الأمهات في اضطراب ما بعد الصدمة بناءً على نوعية الصدمة، وأنماط التوافق والتدخلات المستخدمة، وتأثير ذلك على العلاقات الأسرية؛ حيث تمت الإشارة إلى أهمية فهم الخلفيات الشخصية والاجتماعية للمساعدة في تقديم تدخلات أكثر فعالية ودعمًا للأمهات المصابات باضطراب ما بعد الصدمة، ولقد اتضح أيضًا بأن هناك تباينًا كبيرًا في شدة وانتشار أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بين الأمهات، وأن هذه الفروق تعتمد على مجموعة من العوامل، بما في ذلك نوع الصدمة، الدعم الاجتماعي، الوضع الاقتصادي، الخلفية الثقافية، والحالة الصحية العامة، وقوة الإرادة، والثقة في النفس، والتحمل، والمثابرة، والمواجهة وغيرها.

يستخلص مما سبق، أنه على الرغم من عدم وجود دراسات أو بحوث محددة ربطت بين استراتيجيات التقبل والالتزام واضطراب ما بعد الصدمة بشكل مباشر، إلا أنه يمكن افتراض أن استراتيجيات التقبل والالتزام قد تؤدي دورًا مهمًا في خفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأمهات، فندرة الأدلة النظرية والدراسات والبحوث السابقة عن كيفية ارتباط المتغيرين معًا وبشكل مباشر، يشير إلى أهمية البحث الحالي وتفردته بدراسة هذين المتغيرين معًا، خاصة مع أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي، فلم يتم الحصول على دراسة واحدة - في حدود ما تم اطلاع عليه - تناولت موضوع البحث، مع صعوبة الحصول على دراسات وبحوث تناولت عينة البحث في أحد المتغيرين أو كلاهما.

تعقيب عام على الإطار النظري والدراسات السابقة:

تبين من الإطار النظري والدراسات والبحوث السابقة مدى أهمية الإرشاد المعرفي السلوكي بجانب استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي، وهو ما يمكن أن ينعكس إيجابًا على حالتهم النفسية واستقرارهم الأسري، وزيادة الانخراط في المهام الحياتية بكل جوانبها. ومن خلال تحليل الإطار النظري والدراسات والبحوث السابقة، أمكن استخلاص مجموعة من النقاط، منها:

- اتفاق غالبية الأدبيات والأطر النظرية والدراسات والبحوث السابقة التي درست البرامج الإرشادية واستراتيجيات التقبل والالتزام على فعاليتها في خفض الاضطراب النفسية نتيجة الأحداث والمواقف الصادمة لدى العديد من أمهات الأطفال المصابين بأمراض مزمنة

(McKinnon, 2017؛ ٢٠١٦؛ Kowalkowski, 2012; Poddar et al., 2015)؛
عليوة، ٢٠١٩؛ سعاد، ٢٠٢٠؛ المطيري، ٢٠٢٣؛ مراد، ٢٠٢٣؛ Al-Sofyani & Al-
(Rfei, 2023).

- اتفاق معظم الدراسات والبحوث أيضاً على وجود آثار سلبية لدى الأمهات نتيجة الأحداث
الصادمة اللاتي تعرضن لها جراء مرض أطفالهن المصابين بأمراض مزمنة كالفشل وغيره
(Van Ee et al., 2012; Goldstein et al., 2017)؛ منصور، ٢٠٢٠؛ إكرام وأمينة،
(٢٠٢٢).

- فضلاً عن أن الدراسات والبحوث السابقة أعطت للباحثين فرصة التزود بالأفكار التي تساعد
على تحديد متغيرات البحث ومتطلباته، والتعرف على الأدوات والمنهج المستخدمة، وحجم
العينات الملائمة، والاطلاع على التوصيات والمقترحات، والاستفادة كذلك في مناقشة وتفسير
النتائج، فمن خلال ما تم الاطلاع عليه، اتضح الأثر الإيجابي لنوعية البرامج الإرشادية
باستخدام استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى العديد من
الأمهات المصابات باضطرابات نفسية نتيجة الأحداث الصادمة؛ من أجل استعادة ثقتهن في
أنفسهن، واستثمار قدراتهن بما يمنحهن الشعور بالطمأنينة والأمن النفسي لهن ولأطفالهن
ولأسرهن.

- فيما أتاحت الدراسات والبحوث التي تم عرضها الفرصة للباحثين للاستفادة منها في أوجه
مختلفة في البحث الحالي من ضمنها: تقديم فكرة موجزة عن طرق البحث التي اتبعتها تلك
الدراسات، ومعرفة أوجه الشبه والاختلاف بين الدراسات التي تمت والبحث الراهن التي من
خلاله تتحدد الجهود السابقة التي بذلت للوصول إلى هذه المقارنات، مع العلم بأن هناك نقاط
تم الاتفاق عليها وأخرى تم الاختلاف عليها، ولعل الجديد في البحث الحالي أنه ركز على
مرض غاية الصعوبة، وهو الفشل الكلوي خاصة عند الأطفال، والذي أغفلته العديد من
الدراسات والبحوث - في حدود ما تم الاطلاع عليه - وكان التركيز على أمراض أخرى لا تقل
صعوبة عن هذا المرض، إلا أنه وفقاً لتقارير وزارة الصحة التي عرضت سلفاً، تبين أنه من
أخطر الأمراض التي تهدد الحياة.

وتود الإشارة - أنه لا توجد دراسة أو بحث في إطار الثقافتين العربية والأجنبية - في حدود ما تم الاطلاع عليه، تناولت متغيري البحث الحالي لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي، وهو ما تطلب القيام بإجرائه، واكتشاف أثر البرنامج في تحقيق أهدافه.

فروض البحث:

وفقاً للإطار النظري والدراسات والبحوث السابقة، تمت صياغة فروض البحث على النحو الآتي:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأمهات في المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في كل من القياسين القبلي والبعدي في اتجاه القياس البعدي.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأمهات في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في القياس البعدي في اتجاه الأمهات في المجموعة التجريبية.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأمهات في المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في كل من القياسين البعدي والتتبعي.

ثانياً: الجانب العملي للبحث (إجراءات البحث)

منهج البحث:

تم استخدام المنهج التجريبي الذي يعتمد على المجموعتين (تجريبية وضابطة)، وهو تصميم يُفترض فيه تحقق التكافؤ بين المجموعتين إلى حد كبير من حيث ضبط المتغيرات التي من الممكن أن يكون لها تأثير على نتائج البحث، ثم قياس متغيراته لدى المجموعتين قبل تنفيذ البرنامج، والمفترض هنا ألا يكون هناك فروق دالة بين المجموعتين في تلك المتغيرات، ثم يتم إدخال المتغير المستقل - للبرنامج الإرشادي - على المجموعة التجريبية دون الضابطة، ثم قياس المتغيرات لدى المجموعتين بعد تنفيذ البرنامج للتأكد من أن الفرق بين القياسين راجع إلى تأثير المتغير المستقل.

المشاركات في البحث:

١- مجموعة التحقق من الكفاءة السيكومترية للأدوات: شارك في التحقق من الكفاءة القياسية للأدوات، مجموعة من أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي، انحصر عددهن في (١٠٠) أمًا، تراوحت أعمارهن بين (٣٠-٥٠) عامًا، بمتوسط عمري قدره (٤١,٩٧)، وانحراف معياري (٥,٨٤٢)، تم اختيارهن من مستشفى التأمين الصحي بمدينة نصر، ومستشفى جامعة عين شمس التخصصي بالعباسية، ومستشفى الحسين الجامعي بالدراسة.

٢- مجموعة البحث الأساسية: تم اختيار (٤٠) مشاركة من أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي المترددات على وحدات غسيل الكلى التابعة لمستشفى سيد جلال الجامعي بحي باب الشعريّة بمحافظة القاهرة، تراوحت أعمارهن بين (٣٠-٥٠) عامًا، بمتوسط عمري قدره (٤٠,٦٠)، وانحراف معياري (٤,٢٣٥)، وتراوح عمر أطفالهن بين (٧-١٣) عامًا، بمتوسط عمري قدره (١٠,٠٥)، وانحراف معياري (١,٧٩١)، طبق عليهن مقياس اضطراب ما بعد الصدمة من إعداد الباحثين، وقد تم استبعاد مجموعة من المشاركات لعدم استكمالهن الإجابة على عبارات المقياس؛ نظرًا لوجود بعض الظروف التي تمنعهم من المشاركة بسبب الوضع الصحي لأطفالهن، ثم بعد ذلك وبعد الانتهاء من تطبيق الأدوات، تم تحديد الأمهات اللاتي تقع درجاتهن ضمن الإربعي الأعلى على المقياس، وقد انحصر عددهن في (٢٦)، ثم طبق عليهن مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي إعداد عبد الله (٢٠١٨)، وقد نتج عن ذلك استبعاد (٥) أمهات، ليصبح العدد بعد ذلك (٢١) أمًا ممن تنطبق عليهن الشروط اللازمة، ونظرًا لعدم تقسيم العدد بالتساوي بهذا الشكل بين المجموعتين، فقد تم استبعاد واحدة أخرى من الأمهات، ليصبح عدد الأمهات المشاركات في البرنامج (٢٠)، تم تقسيمهن إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة)، بواقع (١٠) أمهات في كل مجموعة.

هذا، وقد قام الباحثان بعد الانتهاء من الخطوات السابقة بالتحقق من التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج الإرشادي في متغيرات: (العمر الزمني، المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي، واضطراب ما بعد الصدمة)، وذلك من خلال حساب متوسط الرتب ومجموعها وقيمة (Z) باستخدام اختبار مان وتني، كما هو موضح في جدول (١) الآتي:

جدول (١) التكافؤ بين المجموعتين التجريبية (ن=١٠) والضابطة (ن=١٠) في العمر الزمني والمستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي واضطراب ما بعد الصدمة باستخدام اختبار مان وتني

المتغيرات والدرجة الكلية	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
العمر	التجريبية	٣٩.٨٠	٤.٨٧٢	٩.٥٥	٩٥.٥٠	٤٠.٥٠٠	٠.٧٢١-	٠.٤٨١
	الضابطة	٤١.٤٠	٣.٥٦٥	١١.٤٥	١١٤.٥٠			
المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي	التجريبية	٢٧.٥٠	١.١٧٩	١١.٢٠	١١٢.٠٠	٤٣.٠٠٠	٠.٥٤٨-	٠.٥٨٤
	الضابطة	٢٦.٥٠	٣.٣٧٥	٩.٨٠	٩٨.٠٠			
إعادة التجربة	التجريبية	٢٤.٤٠	١.٧١٣	١٢.٢٠	١٢٢.٠٠	٣٣.٠٠٠	١.٣١٥-	٠.٢١٨
	الضابطة	٢٣.٤٠	١.٥٧٨	٨.٨٠	٨٨.٠٠			
التجنب	التجريبية	٢٤.٥٠	١.٦٥٠	٨.٩٠	٨٩.٠٠	٣٤.٠٠٠	١.٢٤٣-	٠.٢٤٧
	الضابطة	٢٥.٤٠	١.٠٧٥	١٢.١٠	١٢١.٠٠			
الإثارة والانفعالية الزائدة	التجريبية	٢٠.٦٠	٠.٩٦٦	٩.٩٠	٩٩.٠٠	٤٤.٠٠٠	٠.٤٧٠-	٠.٦٨٤
	الضابطة	٢٠.٨٠	١.٢٢٩	١١.١٠	١١١.٠٠			
التغيرات في التفكير والمزاج	التجريبية	٢١.٥٠	١.٥٠٩	١١.٥٠	١١٥.٠٠	٤٠.٠٠٠	٠.٨١١-	٠.٤٨١
	الضابطة	٢١.٠٠	٠.٦٦٧	٩.٥٠	٩٥.٠٠			
الدرجة الكلية	التجريبية	٩٠.٩٠	٢.٤٢٤	١٠.٨٠	١٠٨.٠٠	٤٧.٠٠٠	٠.٢٣٣-	٠.٨٥٣
	الضابطة	٩٠.٦٠	٢.١٧١	١٠.٢٠	١٠٢.٠٠			

يتضح من جدول (١) بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأمهات في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في كل من العمر الزمني، المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي، لعدم وصول قيمة مان وتني لحد الدلالة المقبولة إحصائياً، وبالتالي، فإن الأمهات في المجموعتين التجريبية والضابطة متكافئتين في المتغيرات السابقة.

أدوات البحث:

(١) مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لأمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي (إعداد الباحثان):

-
- والهدف منه تقييم الأعراض النفسية الناتجة عن اضطراب ما بعد الصدمة لأمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي، وقد تطلب إعداده القيام بالخطوات الآتية:
- الاطلاع على بعض الأطر النظرية والدراسات والبحوث السابقة التي تناولت اضطراب ما بعد الصدمة، وخاصة ما يتعلق منها بأمهات الأطفال المصابين بأمراض مزمنة كالفشل الكلوي وغيره، ومنها على سبيل المثال: (National Center For War, 2008; Van Ee et al., 2012; Akbarian, 2015; Ressler & Powers, 2017; Al-مطيري, 2023; حسن, 2023; Sofyani & Al-Rfei, 2023).
 - الرجوع إلى المحكات التشخيصية التي وردت في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للأمراض النفسية (DSM-5).
 - الاطلاع على بعض الأدوات المستخدمة في تقييم اضطراب ما بعد الصدمة، ومن بين ذلك: (Davidson, 1995، ترجمة: ثابت، 2007؛ Weiss & Marmar, 1995، ترجمة: عامر، 2013؛ الصبوة، 2018؛ خاطر، 2016؛ الزائدي، 2022)، وقد اتضح أن غالبية هذه الأدوات تناولت أبعادًا مختلفة لاضطراب ما بعد الصدمة، ومن ثَمَّ، فلم يتم الخروج بدلالات من تحليل مضمون هذه الأدوات لقياس أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة التي وقع الخيار عليها في البحث الحالي، ولم يتم الحصول على مقياس شامل لقياس هذه الأبعاد، الأمر الذي بمقتضاه تم بناء المقياس الحالي، وعدم الاستعانة بأي من هذه الأدوات التي تمت الإشارة إليها.
 - إجراء بعض المقابلات مع مجموعة من الأمهات المترددات على وحدات الغسيل الكلوي ببعض المستشفيات والمراكز الخاصة للتعرف على أهم المشكلات التي تواجههن نتيجة إصابة أطفالهن بمرض الفشل الكلوي، والاستفادة منها في صياغة عبارات المقياس.
 - وفي ضوء ذلك، تم تعريف اضطراب ما بعد الصدمة إجرائيًا على النحو الذي ذكر سلفًا في مصطلحات البحث، كما تم تحديد أبعاد المقياس وفقًا للتصنيفات المختلفة التي تناولت اضطراب ما بعد الصدمة على النحو الآتي: (إعادة التجربة - التجنب - الإثارة والانفعالية الزائدة - والتغيرات في التفكير والمزاج) وقد سبق تعريفها إجرائيًا أيضًا.
-

- وبناءً على الخطوات السابقة، تم إعداد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في صورته الأولية^(١)، والذي تكون من (٤٠) عبارة موزعة على أبعاده الفرعية سألغة الذكر، تضمن كل بعد منها (١٠) عبارات، وتتم الاستجابة على المقياس وفق تقدير ثلاثي (دائمًا - أحيانًا - نادرًا)، ويصحح المقياس باحتساب الدرجات (٣-٢-١) على الترتيب، والعكس في حال العبارات السالبة. وبالتالي، فإن أقصى درجة يتم الحصول عليها (١٢٠) وأدنى درجة (٤٠)، وتُعبّر الدرجة المرتفعة عن ارتفاع مستوى اضطراب ما بعد الصدمة، في حين تدل الدرجة المتدنية على انخفاضه.

التحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة:

قام الباحثان بالتحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس من خلال الخطوات الآتية:

١- الاتساق الداخلي:

تم التحقق من الاتساق الداخلي لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة عن طريق:

أ- حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والبعد الذي تنتمي إليه:

وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة والبعد الذي تنتمي إليه تلك

العبارة، وهو ما يوضحه جدول (٢) الآتي:

جدول (٢) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة

التغيرات في التفكير والمزاج		الإثارة والانفعالية الزائدة		التجنب		إعادة التجربة	
معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**٠,٥٤٢	٨	**٠,٦٠٢	١	**٠,٥٧٥	٢	**٠,٦١٦	٣
**٠,٤٨٢	١٢	**٠,٧٣١	٧	**٠,٥٣١	٥	**٠,٦٤٦	٦
**٠,٦٦٨	١٣	**٠,٦٥٥	١٧	**٠,٥٥٠	١١	**٠,٤٤٩	١٠

(١) ملحق (١).

برنامج إرشادي قائم على استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض اضطراب ما بعد الصدمة...

**٠,٥٩٩	٢٣	**٠,٤٥١	١٨	**٠,٤٤٩	١٥	**٠,٥٩٩	١٤
**٠,٥٠٦	٢٩	**٠,٤٥٦	٢٤	**٠,٦٠٥	٢٠	**٠,٥٣١	١٩
**٠,٥٥٤	٣٠	**٠,٤٥٩	٢٧	**٠,٤٨٧	٢٢	**٠,٥٨٣	٢١
**٠,٥٦٦	٣٧	**٠,٤٤٥	٣٣	**٠,٥٤٥	٢٥	**٠,٧١٦	٢٦
**٠,٥٣١	٤٠	**٠,٦٨١	٣٦	**٠,٤٤٤	٢٨	**٠,٦٠٧	٣١
-	-	-	-	**٠,٤٩٥	٣٢	**٠,٤٠٩	٣٤
-	-	-	-	**٠,٦٣٨	٣٥	**٠,٦٥١	٣٨

** دالة عند مستوى (٠.٠١) * دالة عند مستوى (٠.٠٥)

يتضح من جدول (٢) أن جميع قيم معاملات الارتباط مقبولة إحصائياً، وقد تراوحت ما بين (٠.٤٠٩ - ٠.٧٣١) وجميع هذه القيم مقبولة ودالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١)؛ مما يشير ذلك إلى اتساق المقياس.

ب- حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية وبعضها البعض:

كذلك تم حساب الاتساق الداخلي من خلال معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية وبعضها البعض وكذلك في علاقتها مع الدرجة الكلية، وهو ما يكشف عنه جدول (٣) الآتي:

جدول (٣) معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة

التغيرات في التفكير والمزاج	الإثارة والانفعالية الزائدة	التجنب	إعادة التجربة	الأبعاد والدرجة الكلية
			-	إعادة التجربة
		-	**٠,٣٢١	التجنب
	-	*٠,١٥٤	**٠,٤٨٨	الإثارة والانفعالية الزائدة
-	**٠,٤٨٧	**٠,٢٨٨	**٠,٤١٠	التغيرات في التفكير والمزاج
**٠,٧٦٢	**٠,٧٣٣	**٠,٥٨٣	**٠,٧٢٩	الدرجة الكلية

** دالة عند مستوى (٠.٠١) * دالة عند مستوى (٠.٠٥)

يتضح من جدول (٣) أن معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية تراوحت بين (٠.١٥٤ - ٠.٧٦٢) وجميعها قيم مقبولة ودالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١ - ٠.٠٥)؛ مما يشير إلى اتساق

البنية الداخلية للمقياس وكذا التحقق من النتائج المستخرجة من استخدامه، وبذلك يكون قد تم التحقق من الاتساق الداخلي لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

٢- صدق المقياس:

اعتمد الباحثان في حساب صدق المقياس على ما يلي:

أ- **التحليل العاملي الاستكشافي:** تم حساب التحليل العاملي لمكونات المقياس باتباع

الخطوات الآتية:

(١) حساب مصفوفة الارتباطات لعبارات الاختبار على عينة التقنين (ن=١٠٠). ومن خلال هذه المصفوفة، تأكد الباحثان أنه لا توجد بها متغيرات لها معامل ارتباط مع كل أو معظم العبارات قيمته (+ أو -١)، أو تساوي صفر، أو أقل من (٠.٢٥) أو أكبر من (٠.٩٠).

(٢) حساب مدى كفاية حجم العينة لإجراء التحليل العاملي باستخدام اختبار (KMO Test)؛ حيث تتراوح قيمة هذا الاختبار بين الصفر والواحد الصحيح، وكلما اقتربت قيمته من الواحد الصحيح كلما دل ذلك على زيادة الاعتمادية Reliability للعوامل التي يتم الحصول عليها من التحليل، ويشير معد هذا الاختبار (Kaiser, 1974) في أمين (٢٠٠٨، ١٨٧)، إلى أن الحد الأدنى المقبول لهذا الاختبار هو (٠.٥٠) حتى يمكن الحكم بكفاية حجم العينة، وبلغت قيمة إحصائي اختبار KMO في تحليل هذا المقياس (٠.٧١٥)؛ أي أكبر من الحد الأدنى الذي اشترطه Kaiser، وبالتالي، فإنه يمكن الحكم بكفاية حجم العينة لإجراء هذا التحليل.

(٣) إجراء التحليل العاملي بطريقة تحليل المكونات الرئيسية لهوتلينج للحصول على العوامل المكونة للمقياس بجذر كامن لهذه العوامل أكبر من الواحد الصحيح.

(٤) تم عمل التدوير المتعامد للعوامل على الحاسوب بطريقة الفارماكس التي أعدها Kaiser، واتبع الباحثان محك Kaiser لاختيار تشعبات الفقرات بالعوامل، والذي يشير إلى أن التشعبات التي تصل إلى (٠.٣٠) أو أكثر تشعبات دالة.

(٥) أشارت نتائج التحليل العاملي بعد التدوير إلى وجود أربعة عوامل، ويمكن توضيح هذه العوامل المستخرجة وتشعباتها بعد التدوير من خلال جدول (٤) الآتي:

جدول (٤) العوامل المستخرجة وتشعباتها بعد التدوير المتعامد لمصفوفة عبارات مقياس اضطراب ما بعد الصدمة

برنامج إرشادي قائم على استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض اضطراب ما بعد الصدمة...

رقم العبارة	العامل الأول	رقم العبارة	العامل الثاني	رقم العبارة	العامل الثالث	رقم العبارة	العامل الرابع
٣	٠.٦٤١	٢	٠.٥٢٧	١	٠.٥٢١	٨	٠.٥٥٧
٦	٠.٦٤٨	٥	٠.٥٤٤	٧	٠.٦٤٧	١٢	٠.٣٨٨
١٠	٠.٣٦٣	١١	٠.٥٥٨	١٧	٠.٥٢٨	١٣	٠.٦٣٤
١٤	٠.٥٩٩	١٥	٠.٣٣٥	١٨	٠.٤٥١	٢٣	٠.٥٠٣
١٩	٠.٤٧٠	٢٠	٠.٥٥٩	٢٤	٠.٤٠٥	٢٩	٠.٤٠١
٢١	٠.٤٥٣	٢٢	٠.٣٧١	٢٧	٠.٤٢٧	٣٠	٠.٤٥٩
٢٦	٠.٧٤٨	٢٥	٠.٤٩٤	٣٣	٠.٤٢٦	٣٧	٠.٥٣٧
٣١	٠.٤٦٠	٢٨	٠.٤٠٥	٣٦	٠.٥٨٢	٤٠	٠.٣٧٣
٣٤	٠.٤٢١	٣٢	٠.٥٥١	-	-	-	-
٣٨	٠.٥٠٥	٣٥	٠.٥٨٤	-	-	-	-
الجذر الكامن	٣,٩٤٨	الجذر الكامن	٣,٦٤٦	الجذر الكامن	٣,٤٢٦	الجذر الكامن	٣,١٠٨
التباين	٩,٨٧٠	التباين	٩,١١٤	التباين	٨,٥٦٥	التباين	٧,٧١٧

يتضح من جدول (٤) ما يلي:

- أن العامل الأول قد تشبع عليه (١٠) عبارات، وهي: (٣-٦-١٠-١٤-١٩-٢١-٢٦-٣١-٣٤-٣٨)، وكان الجذر الكامن (٣.٩٤٨) بنسبة تباين (٩.٨٧٠%)، وتكشف مضامين هذه العبارات عن التعرض لذكريات مؤلمة بشكل متواصل لدى الأمهات نتيجة مرض الفشل الكلوي لدى أطفالهن، والضييق الشديد عند تذكر لحظات تشخيص الطفل، والتفكير في الأحداث الصعبة التي مر بها، وصعوبة الهروب من الذكريات الصعبة، والحزن الشديد عند التفكير في هذه الذكريات وبالتالي، يمكن تسمية هذا العامل (إعادة التجربة)؛ لأنها الصفات الغالبة على عباراته.

- أن العامل الثاني قد تشبع عليه (١٠) عبارات وهي: (٢-٥-١١-١٥-٢٠-٢٢-٢٥-٢٨-٣٢-٣٥)، وكان الجذر الكامن (٣.٦٤٦) بنسبة تباين (٩.١١٤%)، وتكشف مضامين هذه العبارات عن عدم حديث الأمهات عن مرض أطفالهن أو التفكير فيه، والابتعاد عن الأماكن التي تذكر الأمهات بمرض أطفالهن، وتجنب الذهاب إلى العيادات والمراكز والمستشفيات إلا

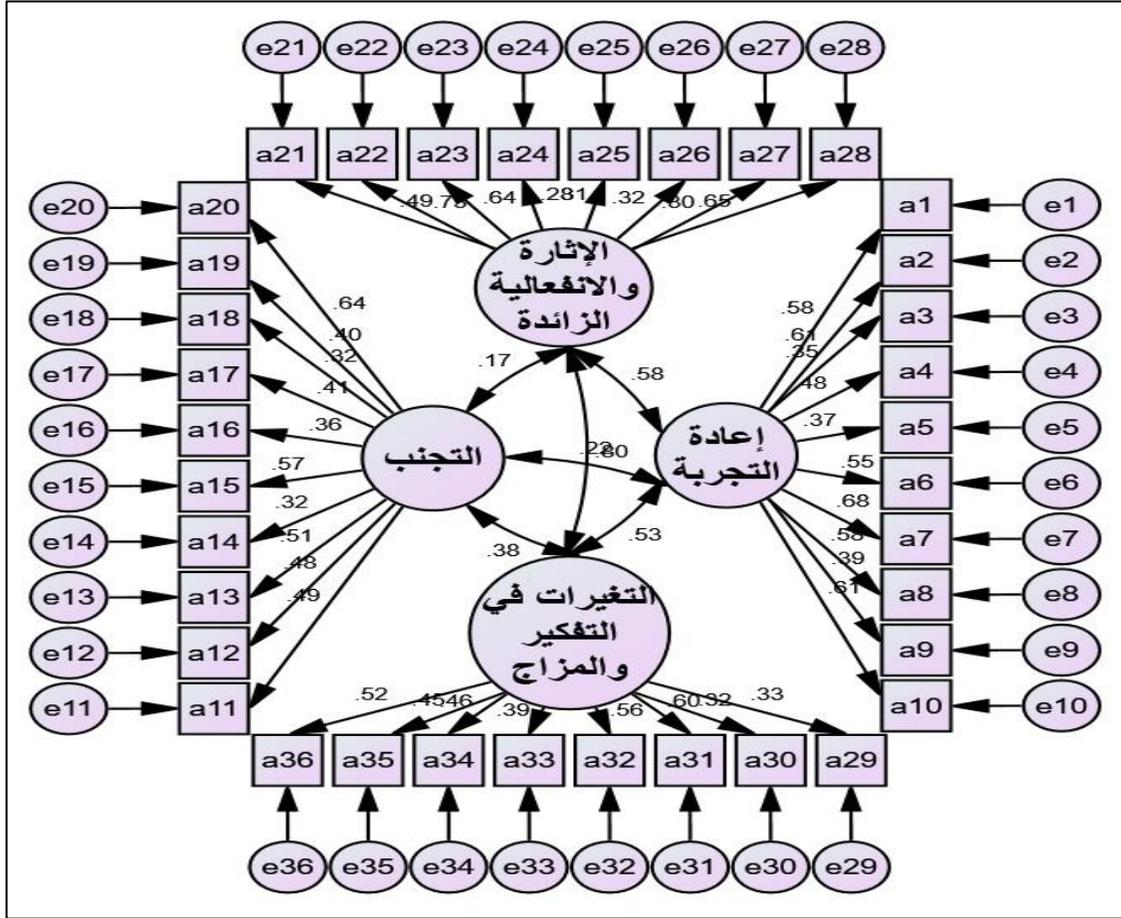
للضرورة الماسة، ومن ثمَّ، يمكن تسمية هذا العامل (التجنب)؛ لأنها الصفات الغالبة على عباراته.

- أن العامل الثالث قد تشبع عليه (٨) عبارات وهي (١-٧-١٧-١٨-٢٤-٢٧-٣٣-٣٦)، وكان الجذر الكامن (٣.٤٢٦) بنسبة تباين (٨.٥٦٥%)، وتكشف مضامين هذه العبارات عن التوتر والعصبية بشكل مفرط لدى الأمهات، والشعور بالتعب والضيق والانفعال والإجهاد نتيجة الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأمهات، وصعوبة الاسترخاء، والشعور كذلك بالقلق المستمر، وبالتالي، يمكن تسمية هذا العامل (الإثارة والانفعالية الزائدة)؛ لأن هذه الصفات هي الغالبة على عباراته.

- أن العامل الرابع قد تشبع عليه (٨) عبارات وهي (٨-١٢-١٣-٢٣-٢٩-٣٠-٣٧-٤٠)، وكان الجذر الكامن (٣.١٠٨) بنسبة تباين (٧.٧١٧%)، وتكشف مضامين هذه العبارات عن الشعور بالحزن والاكتئاب واليأس من الحياة بشكل متواصل، وانخفاض الاهتمام بالأشياء والأمور الحياتية، وفقدان معنى الحياة، والشعور بالتعب العاطفي، وتغيرات المشاعر، وفقد القدرة على التغلب على المشاعر السلبية، وبالتالي، يمكن تسمية هذا العامل (التغيرات في التفكير والمزاج).

- لم تنتسب العبارات رقم: (٤-٩-١٦-٣٩) على أي عامل من العوامل السابقة، وبالتالي، تم حذفهم، ليصبح عدد عبارات المقياس (٣٦) عبارة بعد إجراء التحليل العملي الاستكشافي.
ب- التحليل العملي التوكيدي:

كما تم التحقق من صدق البنية العاملية للمقياس عن طريق التحليل العائلي التوكيدي باستخدام برنامج (AMOS V.26). ويوضح شكل (٢) الآتي النموذج المستخرج من التحليل العائلي التوكيدي بعد تطبيق المقياس على عينة التحقق من الكفاءة القياسية للأدوات (ن=١٠٠): شكل (٢) مسار التحليل العائلي التوكيدي لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة



بالإضافة إلى أنه تم حساب كل من معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية، والخطأ المعياري، والقيمة الحرجة ودالاتها، كما في هو موضح في الجدول (٥) الآتي:

جدول (٥) معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة

رقم العبارة	البعد	معاملات الانحدار المعيارية	معاملات الانحدار اللامعيارية	الخطأ المعياري	القيمة الحرجة	مستوى الدلالة
١	إعادة التجربة	٠.٥٧٦	١			
٢		٠.٦٠٥	١.٠٠٤	٠.١٥٦	٦.٤٤٧	***
٣		٠.٣٤٥	٠.٥٩٣	٠.١٤٣	٤.١٣٣	***
٤		٠.٤٧٦	١.١٠١	٠.٢٠٤	٥.٤٠٥	***
٥		٠.٣٧٤	٠.٨٠٣	٠.١٨١	٤.٤٢٨	***
٦		٠.٥٤٦	٠.٩٨٣	٠.١٦٤	٥.٩٩٤	***
٧		٠.٦٨٠	١.٣٦٤	٠.١٩٦	٦.٩٥٤	***
٨		٠.٥٧٨	١.٠٦١	٠.١٧	٦.٢٤٣	***
٩		٠.٣٨٨	٠.٥٧٢	٠.١٢٥	٤.٥٧٧	***
١٠		٠.٦١١	١.٤١٩	٠.٢١٩	٦.٤٩٠	***
١١	التجنب	٠.٤٩٢	١			
١٢		٠.٤٧٨	٠.٩٣٩	٠.٢٠٢	٤.٦٤٧	***
١٣		٠.٥٠٦	٠.٩٠٨	٠.١٨٩	٤.٨١٠	***
١٤		٠.٣١٥	٠.٦٦١	٠.١٩٢	٣.٤٤٧	***
١٥		٠.٥٦٨	١.١١١	٠.٢١٦	٥.١٣٤	***
١٦		٠.٣٦٠	٠.٨٠٩	٠.٢١٢	٣.٨١٩	***
١٧		٠.٤١٤	٠.٨٠٧	٠.١٩١	٤.٢٣٠	***
١٨		٠.٣٢٢	٠.٥٥١	٠.١٥٧	٣.٥١١	***
١٩		٠.٣٩٩	٠.٦١٣	٠.١٤٩	٤.١١٨	***
٢٠		٠.٦٤١	١.٢٧٣	٠.٢٣٤	٥.٤٣٤	***
٢١	الإثارة والانفعالية الزائدة	٠.٤٨٥	١			
٢٢		٠.٧٣٢	١.٦٣٥	٠.٢٦٨	٦.٠٩٣	***
٢٣		٠.٦٤٢	١.٣٥١	٠.٢٣٥	٥.٧٦	***
٢٤		٠.٢٧٦	٠.٤٩٧	٠.١٥٤	٣.٢٣٣	***
٢٥		٠.٣١٠	٠.٦٠٣	٠.١٧	٣.٥٥٤	***
٢٦		٠.٣٢٣	٠.٥٦١	٠.١٥٣	٣.٦٧٥	***

برنامج إرشادي قائم على استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض اضطراب ما بعد الصدمة...

رقم العبارة	البعد	معاملات الانحدار المعيارية	معاملات الانحدار اللامعيارية	الخطأ المعياري	القيمة الحرجة	مستوى الدلالة
٢٧	التغيرات في التفكير والمزاج	٠.٢٩٦	٠.٤٩٢	٠.١٤٣	٣.٤٢٨	***
٢٨		٠.٦٥٠	١.٢١٣	٠.٢٠٩	٥.٧٩٣	***
٢٩		٠.٣٣١	١			
٣٠		٠.٣٢٠	٠.٧٩٦	٠.٢٦٤	٣.٠٢١	***
٣١		٠.٦٠٥	١.٦٣٥	٠.٤١٦	٣.٩٢٥	***
٣٢		٠.٥٥٥	١.٦٧٣	٠.٤٣٧	٣.٨٣٢	***
٣٣		٠.٣٩٤	١.٠٢٤	٠.٣٠٥	٣.٣٦٣	***
٣٤		٠.٤٥٩	١.٣٢٩	٠.٣٧	٣.٥٨٩	***
٣٥		٠.٤٤٦	١.١٤٩	٠.٣٢٤	٣.٥٤٨	***
٣٦		٠.٥٢١	١.٣٢٨	٠.٣٥٤	٣.٧٥٦	***

يتضح من جدول (٥) أن جميع قيم معاملات الانحدار اللامعيارية جاءت دالة عند مستوى (٠.٠٠١)؛ مما يشير إلى صدق البنية العاملية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

كما تم حساب قيم مؤشرات المطابقة للتأكد من حسن مطابقة النموذج، كما في جدول (٦):
جدول (٦) مؤشرات مطابقة نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة

م	مؤشرات المطابقة	قيمة المؤشر	المدى المقبول للمؤشر	القرار
١	النسبة بين CMIN/DF ودرجات الحرية X2	٣.٧٩٦	أقل من (٥)	مقبول
٢	جذر متوسطات مربع البواقي (RMR)	٠.٠٤٤	الاقتراب من الصفر	مقبول
٣	مؤشر حسن المطابقة (GFI)	٠.٧٤٨	صفر إلى ١	مقبول
٤	مؤشر حسن المطابقة المصحح بدرجات الحرية (AGFI)	٠.٧١٥	صفر إلى ١	مقبول
٥	مؤشر المطابقة المعياري (NFI)	٠.٤٥٥	صفر إلى ١	مقبول
٦	مؤشر المطابقة النسبي (RFI)	٠.٤١٦	صفر إلى ١	مقبول
٧	مؤشر المطابقة المتزايد (IFI)	٠.٦٠٣	صفر إلى ١	مقبول
٨	مؤشر توكر لويس (TLI)	٠.٥٦٤	صفر إلى ١	مقبول
٩	مؤشر المطابقة المقارن (CFI)	٠.٥٩٦	صفر إلى ١	مقبول
١٠	جذر متوسط مربع خطأ الاقتراب (RMSEA)	٠.٠٧٨	٠.٠٨ فأقل	مقبول

يتضح من جدول (٦) أن جميع قيم مؤشرات المطابقة جاءت في المدى المقبول؛ مما يدل على مطابقة نموذج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة مع بيانات مجموعة التحقق من الكفاءة القياسية للأدوات.

ج- صدق المحك:

اعتمد الباحثان أيضاً في حساب صدق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة على صدق المحك؛ حيث تم حساب معاملات الارتباط بطريقة بيرسون (Pearson) بين درجات المقياس الحالي (إعداد الباحثان) ودرجاتهم على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة الذي أعده Davidson et al., (1995) وترجمه ثابت (٢٠٠٧) كمحك خارجي، والذي تضمن (٣) أبعاد ممثلة في: (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، والاستثارة)، وقد بلغت قيمة معامل الارتباط (٠.٧٤٥) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١)؛ مما يدل على صدق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

٣- ثبات المقياس: قام الباحثان بحساب ثبات المقياس من خلال الآتي:

أ- الثبات بمعامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية وإعادة التطبيق: تم حساب ثبات مقياس اضطراب ما بعد الصدمة من خلال معامل ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية وإعادة التطبيق، وهذا ما يوضحه جدول (٧) الآتي:

جدول (٧) معاملات ثبات مقياس اضطراب ما بعد الصدمة

إعادة التطبيق	التجزئة النصفية		معامل ألفا كرونباخ	الأبعاد والدرجة الكلية
	بعد التصحيح	قبل التصحيح		
**٠,٧١٢	٠,٧٩٦	٠,٥٣٣	٠,٧٨٢	إعادة التجربة
**٠,٦٠٤	٠,٧٢٢	٠,٥٦٥	٠,٧١٦	التجنب
**٠,٧٥٣	٠,٧٦٤	٠,٤٩٧	٠,٨١٠	الإثارة والانفعالية الزائدة
**٠,٧٤٤	٠,٨٢٣	٠,٥٤٢	٠,٨٦٠	التغيرات في التفكير والمزاج
**٠,٨٦٢	٠,٨٧٦	٠,٦٧١	٠,٨٩٣	الدرجة الكلية

*دالة عند مستوى (٠.٠٥)

**دالة عند مستوى (٠.٠١)

يتضح من جدول (٧) أن معاملات الثبات لأبعاد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة وفقاً لمعامل ألفا كرونباخ تراوحت ما بين (٠.٧١٦ - ٠.٨٦٠)، وبلغت الدرجة الكلية (٠.٨٩٣)، في حين تراوحت معاملات الثبات بالتجزئة النصفية قبل التصحيح ما بين (٠.٤٩٧ - ٠.٥٦٥) بدرجة كلية (٠.٦٧١)، وتراوحت بعد التصحيح ما بين (٠.٧٢٢ - ٠.٨٢٣) بدرجة كلية (٠.٨٧٦)، أما بالنسبة لمعاملات الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني فقد تراوحت ما بين (٠.٦٠٤ - ٠.٧٥٣) وبلغ معامل ارتباط الدرجة الكلية (٠.٨٦٢)، وهي معاملات ثبات مرتفعة تشير إلى الموثوقية في النتائج التي يمكن التوصل إليها عند استخدام المقياس.

الصورة النهائية للمقياس^(٢):

بعد التحقق من الكفاءة القياسية للمقياس من صدق وثبات، وما ترتب عنها، أصبح يتكون في صورته النهائية من (٣٦) عبارة موزعة على أبعاده الأربعة، وقد تم إعادة ترتيبها بعد عملية التدوير التي تمت من خلال التحليل العاملي الاستكشافي، كما هو مبين في جدول (٨) الآتي:

جدول (٨) الصور النهائية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة

م	أبعاد المقياس	العبارات	الإجمالي
١	إعادة التجربة	١-٢-٣-٤-٥-٦-٧-٨-٩-١٠	١٠
٢	التجنب	١١-١٢-١٣-١٤-١٥-١٦-١٧-١٨-١٩-٢٠	١٠
٣	الإثارة والانفعالية الزائدة	٢١-٢٢-٢٣-٢٤-٢٥-٢٦-٢٧-٢٨	٨
٤	التغيرات في التفكير والمزاج	٢٩-٣٠-٣١-٣٢-٣٣-٣٤-٣٥-٣٦	٨
٣٦	المجموع الكلي للعبارات		

تصحيح المقياس:

يصحح المقياس بأن تحصل المشاركة على (٣ درجات) إذا وضعت علامة تحت دائماً، و (درجتين) إذا وضعت علامة تحت أحياناً، و (درجة واحدة) إذا وضعت علامة تحت نادراً؛ وذلك في حالة العبارات الإيجابية، ويكون العكس في حالة العبارات السلبية، ومن ثمّ، تتراوح الدرجة على المقياس ما بين (٣٦-١٠٨)، وتدل الدرجة المرتفعة على ارتفاع اضطراب ما بعد الصدمة، بينما تدل الدرجة المتدنية على انخفاض مستوى الاضطراب.

(٢) ملحق (٢).

(٢) مقياس تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي إعداد عبد الله (٢٠١٨):

تم إعداد هذا المقياس لتحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي للأسرة المصرية من خلال أربعة أبعاد تضمنت: (مستوى التعليم، الوظيفة أو المهنة، مستوى الدخل، وأسلوب ممارسة الحياة).

التحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياس تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي:
صدق المقياس:

قام معد المقياس بحساب الصدق من خلال معاملات الارتباط بين المتغيرات السبعة المستقلة ودلالاتها مع افتراض المتغير التابع، ثم حساب دلالة معامل الانحدار وصولاً لمعرفة درجة إسهام كل متغير مستقل في التنبؤ بالمتغير التابع، فجاءت نسبة الارتباط على النحو الآتي: مؤهل الأب (٠,٨٠٧)، مؤهل الأم (٠,٨٧٢)، وظيفة الأب (٠,٥٩٢)، وظيفة الأم (٠,٧١١)، دخل الأب (٠,٦١٥)، دخل الأم (٠,٧١١)، أسلوب الحياة (٠,٨٠٩)، وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١).

ثبات المقياس:

كما قام معد المقياس بحساب الثبات من خلال تحليل التباين لانحدار متغيرات المؤهل والوظيفة والدخل وأسلوب الحياة على قيمة المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي، فجاءت جميعها دالة عند مستوى (٠,٠١)؛ ما يعني إمكانية التنبؤ بدرجات الأبعاد في قيمة المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي. ولتحديد القيمة التنبؤية لاختبار هذه الأبعاد، فقد تم استخراج انحدار الأبعاد في قيمة المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي من خلال تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر المتغيرات المستقلة على التابعة، فاتضح أن أبعاد (المؤهل - الوظيفة - الدخل - وأسلوب الحياة) لها قدرة تنبؤية بقيمة المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي، وأن قيمة الثبات بلغت (١,٤٢٥)، وقيم معاملات الانحدار جميعها دالة عند مستوى (٠,٠١).

بينما قام الباحثان بالتحقق من ثبات المقياس من خلال تطبيقه على الأمهات المشاركات مجموعة التحقق من الكفاءة القياسية للأدوات (ن=١٠٠)، وهو ما يوضحه جدول (٩) الآتي:

جدول (٩) قيم معاملات الثبات لمقياس تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي باستخدام معامل ألفا كرونباخ وإعادة التطبيق (ن=١٠٠)

برنامج إرشادي قائم على استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض اضطراب ما بعد الصدمة...

معاملات الارتباط بإعادة التطبيق	معاملات الثبات بمعامل ألفا كرونباخ	الأبعاد الفرعية للمقياس
** ٠,٦٨٣	٠,٧٣٤	مستوى التعليم
** ٠,٧٣٤	٠,٧٢٩	المهنة
** ٠,٦٩٠	٠,٨٤٢	مستوى الدخل
** ٠,٦٦٨	٠,٨٥١	أسلوب ممارسة الحياة
** ٠,٧٩٣	٠,٨٨٠	الدرجة الكلية

* دالة عند مستوى (٠.٠٥)

** دالة عند مستوى (٠.٠١)

يتضح من جدول (٩) أن معاملات الثبات لأبعاد مقياس تقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي بمعامل ألفا كرونباخ تراوحت بين (٠,٧٢٩ - ٠,٨٥١)، كما بلغ معامل الثبات للدرجة الكلية (٠,٨٨٠)، بينما تراوحت قيم معاملات الارتباط بين التطبيقين بين (٠,٦٦٨ - ٠,٧٣٤)، فيما بلغ معامل الثبات للدرجة الكلية (٠,٧٩٣)، وهي معاملات ارتباط مرتفعة، ودالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)؛ مما يشير إلى ثبات المقياس والموثوقية في استخدامه.

(٣) البرنامج الإرشادي (إعداد الباحثان):

وهو عبارة عن خطة منظمة تضمنت الاعتماد على تقنيات الإرشاد المعرفي السلوكي جنباً إلى جنب مع استراتيجيات التقبل والالتزام (ACT)، لخفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي.

خطوات بناء البرنامج: قام الباحثان ببناء البرنامج من خلال الاطلاع على البرامج المختلفة ذات الصلة بموضوع البحث، وخاصة التي تضمنت استراتيجيات التقبل والالتزام، ومن بين ذلك: (Johnston et al., 2010; Wicksell et al., 2010; McCracken et al., 2011; Alonso et al., 2013; Ghasemi et al., 2016; Datta et al., 2016; Casey et al., 2018; Bendelin et al., 2020; Taheri et al., 2020; Eghrari et al., 2021; Lewin et al., 2021; Thompson et al., 2021; Al-Sofyani & Al-Rfei, 2023)؛ ٢٠٢٠؛ خلاف وخليف، ٢٠٢١؛ مراد، ٢٠٢٣).

أ- الهدف العام للبرنامج: استهدف البرنامج مساعدة الأمهات اللاتي يعانين من اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) بسبب إصابة أطفالهن بالفشل الكلوي لتحسين القدرة على التعامل مع

الذكريات المؤلمة، وتعزيز التقبل والمرونة النفسية، وتعزيز الالتزام بالقيم الشخصية، والتوجه نحو حياة ذات معنى، فضلاً عن تحسين مهارات التأقلم وتقليل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

ج- **الأهداف الإجرائية للبرنامج:** يتفرع من الهدف العام السابق للبرنامج مجموعة من الأهداف الفرعية، وسوف يتم عرضها في جدول (١٠).

د- **المبادئ والأسس التي قام عليها البرنامج:** تم الأخذ في الاعتبار مراعاة مجموعة من المبادئ والأسس في أثناء بناء البرنامج؛ حيث تمثلت المبادئ في مراعاة ظروف الأمهات واستعدادهن للمشاركة حتى لا يتخللن الضجر والشعور بالملل، وتوفير مناخ مناسب للربحية في استكمال العمل، ومراعاة التنوع والمرونة في الأنشطة والتدريبات المختلفة؛ حتى لا يصبح البرنامج رتيباً يخلو منه طابع التشويق، فيفقد فعاليته ويقلل من حماس الأمهات له وإقبالهن عليه. بينما تمثلت الأسس في بعض الاعتبارات التي يجب أن يؤخذ بها في البرنامج، كأن تكون الجلسات معبرة عن المشكلة الراهنة وكيف من الممكن التغلب عليها، والعمل على استخدام التشويق والإثارة والفكاهة طوال الجلسات، والسماح بالتعبير عن الانفعالات والمشاعر المكبوتة، والالتزام بأخلاقيات العمل الإرشادي والتي تتمثل في الالتزام بأخلاقيات العلاقات الإرشادية، وسرية المعلومات، والاستشارات المتبادلة، وتقبل الحوار والنقد والرأي الآخر، للوصول إلى حالة من الهدوء النفسي الذي يبث روح الطمأنينة، وصناعة الأمل، وتخطي المحن والأزمات، والشعور بحالة من الرضا لدى المشاركات.

هـ- **عناصر بناء البرنامج:** شملت عناصر البرنامج عدة جوانب، من أهمها: الجانب المعرفي، والذي يتضمن تزويد الأمهات بقدر من المعلومات عن طبيعة وأهداف البرنامج، ثم الجانب المهاري، ويفتضي التفاعل والمشاركة وتطبيق خطوات كل جلسة في الحياة اليومية، وأخيراً الجانب الوجداني، ويتعلق بتوفير بيئة نفسية ملائمة داخل مقر الجلسات، ومناخ يبعث الأمان والاطمئنان.

و- **المنطلق النظري للبرنامج:** اعتمد الباحثان على الأسس النظرية المستمدة من العلاج القائم على استراتيجيات التقبل والالتزام؛ حيث إن العلاج الإرشادي المعرفي السلوكي القائم على

التقبل والالتزام، يعتمد على الدمج بين الإرشاد المعرفي السلوكي ونظريات اليقظة العقلية، وصولاً للمعاملات الست القائم عليها التقبل والالتزام، وتستند خلفيته النظرية إلى نظرية إطار العلاقات، وإلى أن التعرض للاضطرابات النفسية يكمن في التعلق بالذات المدركة، الاندماج المعرفي، التجنب السلوكي، سيطرة الماضي والمستقبل، نقص وضوح القيم، والجمود والاندفاعية، ومن ثمّ، مساعدة الأفراد على أن يصبحوا أكثر إدراكًا للحظة الحاضرة والوعي بالتغيرات من لحظة إلى أخرى في العقل والجسم، فهذه التدخلات من العلاج هو خفض الاضطرابات النفسية وتقليل تأثير الصدمات والأحداث السلبية في المواقف الحياتية، وذلك من خلال تشجيع الأفراد على تقبل المشاعر والأفكار غير السارة، وتركيز الانتباه بشكل كامل ورؤية إيجابية في اللحظة الحاضرة.

ز- **الفنيات المستخدمة في البرنامج:** من أجل أن يحقق نموذج التقبل والالتزام أهدافه كاملة، فلا بد من الاستعانة بفنيات أخرى وثيقة الصلة بهذا النموذج، ومنها: المجاز / الاستعارة - التناقض - التمارين الاختبارية - القصص - اليقظة العقلية والوعي التام - المصفوفة - والتكليفات المنزلية (Hayes, Follette, & Linehan, 2004, 18)، إضافة إلى بعض الفنيات الأخرى كالمناقشة والحوار - إعادة البناء المعرفي - التفكير المعرفي - استخدام القوة والطاقة - المواجهة - التنفيس الانفعالي - الدحض والإقناع - الاسترخاء - التعزيز الإيجابي - التغذية الراجعة)، وفقاً لما جاء في دراسات وبحوث كل من: (سفيان، ٢٠٠٤؛ Ellis, 2004; Tompkins, 2004; Servant, 2009; Beck & Clark, 2010; Schmitt et al., 2010؛ إبراهيم، ٢٠٢٣).

ح- **الوسائل المستخدمة في البرنامج:** تم استخدام مجموعة من الوسائل السمعية البصرية (جهاز الكمبيوتر المحمول)، إضافة إلى مجموعة من الأقلام والأوراق وبعض الإرشادات التثقيفية المعدة عن استراتيجيات التقبل والالتزام للعمل بها، فضلاً عن بعض الفيديوهات التحفيزية وعروض الباوربوينت التي سيتم عرضها من خلال جهاز العرض Data Show في أثناء تنفيذ الجلسات.

ط- **تحديد جلسات البرنامج:** تضمن البرنامج (١٥) جلسة، استغرق تطبيقها (٥) أسابيع، بواقع (٣) جلسات أسبوعياً، تراوحت مدة كل جلسة بين (٤٠-٦٠) دقيقة قسمت على أربع مراحل، هي:

- (١) المرحلة الأولى: التمهيد والتعارف والتهيئة: الجلستان (الأولى والثانية).
 - (٢) المرحلة الثانية: تطبيق استراتيجيات التقبل والالتزام: الجلسات من (الثالثة إلى الحادية عشرة).
 - (٣) المرحلة الثالثة: التغيير والاستدامة: الجلسات من (الثانية عشرة إلى الرابعة عشرة).
 - (٤) المرحلة الرابعة: الإنهاء والختام: (الجلسة الخامسة عشرة).
- ي- **تقويم البرنامج:** يمثل التقويم أحد أبرز عناصر البرنامج؛ إذ يعتمد عليه في قياس النواتج؛ فهو المحصلة النهائية والمنتج الأخير لفعالية البرنامج بجميع عناصره، وينبغي أن يخضع التقويم للتطوير بشكل مستمر. ولقد تمت عملية التقويم في البرنامج من خلال عدة مستويات، تضمنت:
- (١) التقويم القبلي: وذلك بعد تطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة على الأمهات، والاستعداد لتنفيذ الجلسات؛ بهدف التعرف على مدى إقبالهن وتقبلهن للبرنامج المقترح.
 - (٢) التقويم البنائي: وذلك في أثناء التطبيق الفعلي للجلسات، مع ضرورة التواصل والمتابعة طوال الوقت مع الأمهات المشاركات للتعرف على أهم المشكلات التي يعانين منها والسعي في حلها.
 - (٣) التقويم البعدي: ويرتبط بأي مهمة يتم إنجازها في أثناء تنفيذ جلسات البرنامج على المدى القريب والبعيد؛ بهدف الكشف عن فعالية البرنامج في تحقيق أهدافه التي بني من أجلها.
 - (٤) التقويم التتبعي: للتأكد من استمرارية تأثير البرنامج بعد الانتهاء من تطبيقه وفي فترة المتابعة.
- ك- **إجراءات وتنظيم جلسات البرنامج:** والتي يمكن عرضها من خلال جدول (١٠) الآتي:

برنامج إرشادي قائم على استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض اضطراب ما بعد الصدمة...

جدول (١٠) جلسات البرنامج، ومدة كل جلسة، ومراحلها، وعنوانها، وأهدافها، والفنيات والوسائل المستخدمة فيها^(٣)

الجلسة ومدتها	مراحل الجلسات	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	الوسائل المستخدمة	
الأولى (ساعة)	المرحلة الأولى: التمهيد والتعارف والتهيئة	جلسة تمهيد وتعارف - عرض محتوى البرنامج	- جلسة تعارف مفتوحة؛ حيث يقدم الباحثان أنفسهما للأمهات المشاركات في البرنامج، ثم تقدم كل أم نفسها وتشارك قصتها بشكل مختصر مع المجموعة. - شرح تفصيلي لأهداف وأهمية ومكونات البرنامج وجدوله الزمني، ونبذة عامة عن فكرة البرنامج. - مشاركة الأمهات في وضع القواعد التي ينبغي مراعاتها في الجلسات، والالتزام بها من خلال المواظبة على الحضور وفي الموعد المحدد لذلك، ثم تطبيق القياس القبلي على المجموعة التجريبية.	المناقشة والحوار، التعزيز الإيجابي، التكاليف المنزلية.	جهاز الكمبيوتر المحمول (لاب توب)، جهاز عرض البيانات، أدوات القياس.	
الثانية (أربعون دقيقة)			التعريف باضطراب PTSD ونموذج ACT	- فهم اضطراب PTSD وتأثيره على الأمهات. - توضيح لكل بعد من أبعاد اضطراب ما بعد الصدمة التي تم الاستقرار عليها، وكيفية التخلص من أعراضها السلبية من خلال جلسات البرنامج. - تعريف الأمهات كيفية التفرقة بين ألم الحضور والغياب فيما يعرف بقائمة "المعاناة النفسية". - مقدمة عن استراتيجيات التقبل والالتزام ACT وأهميتها في خفض اضطراب PTSD.	المناقشة والحوار، التعزيز الإيجابي، اليقظة العقلية، التكاليف المنزلية.	جهاز الكمبيوتر المحمول (لاب توب)، جهاز عرض البيانات.
الثالثة (خمسون دقيقة)			المرحلة الثانية: تطبيق استراتيجيات التقبل والالتزام	تقبل الأوضاع الراهنة	- أن تتعرف الأمهات على المقصود باستراتيجية "التقبل" ودورها في خفض الاضطرابات الصادمة. - أن يستخدمن هذه الاستراتيجية في عدم التفكير والرجوع إلى التجارب السابقة والأحداث السالبة. - أن يتعرفن على المقصود بفنية "التناقض" وكيفية تأثيرها الإيجابي واستخدامها في المقارنة بين الأحداث السابقة والمواقف الراهنة والمستقبلية. - أن يتعرفن على الآثار الإيجابية لعدم تعميم مشكلات تجربة الأحداث السابقة الناتجة عن مرض أطفالهن على الأحداث والمواقف المستقبلية.	المناقشة والحوار، التناقض، التغذية الراجعة، التعزيز الإيجابي، التكاليف المنزلية.

تابع جدول (١٠)

(٣) ملحق (٣).

الجلسة ومدتها	مراحل الجلسات	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	الوسائل المستخدمة
الرابعة (خمسون دقيقة)	تابع المرحلة الثانية (تطبيق استراتيجيات التقبل والالتزام)	تقبل الأحداث الصادمة وتوقع النتائج الإيجابية المستقبلية	<ul style="list-style-type: none"> - أن تتعرف الأمهات على أهمية استراتيجية "التقبل" في التعايش مع الأحداث الصادمة دون كبت. - أن يستخدمن هذه الاستراتيجية في توقع النتائج الإيجابية للأحداث والمواقف المستقبلية. - أن يتعرفن على فنية "المواجهة" وكيفية استخدامها لإحلال مبدأ التريث وعدم التسرع في استنتاج النتائج المستقبلية نتيجة مرض أطفالهن. - أن يحرصن على اكتساب المشاعر الإيجابية. 	المناقشة والحوار، المواجهة، التغذية الراجعة، التكاليف المنزلية.	بطاقات ورقية تحتوي على مجموعة من الخطوات عن كيفية استخدام استراتيجية التقبل.
الخامسة (أربعون دقيقة)		تفكيك الأفكار الخاطئة	<ul style="list-style-type: none"> - أن تتعرف الأمهات على أهمية استراتيجية "التفكيك المعرفي" في دحض الأفكار السالبة للأحداث الصادمة وتجنب الذكريات المؤلمة للحدث. - أن يتعرفن على كيفية فحص سلبية الفلسفة الخاطئة عند حدوث مواقف صادمة. - أن يستخدمن فنية "المجاز / الاستعارة" للنظر إلى الأحداث الصادمة من خلال التفكير الإيجابي. - أن يتعرفن على المعاني الراسخة للكلمات واكتساب القدرة على التحرر السلوكي من أثر الفكر السلبي. 	المناقشة والحوار، إعادة البناء المعرفي ، التعزيز الإيجابي، التكاليف المنزلية.	جهاز الكمبيوتر المحمول (لاب توب)، عروض تقديمية Power Point .
السادسة (ساعة)		النظرة الإيجابية للمواقف والأحداث السالبة	<ul style="list-style-type: none"> - أن تتعرف الأمهات على كيفية مواجهة الصدمات النفسية من خلال استراتيجية "التفكيك المعرفي". - أن يتمكن من إحلال مبدأ "التفاؤل" بدلاً من مبدأ "التشاؤم" من خلال مهارات التفكير الإيجابي. - أن يستخدمن فنية "المواجهة" للتخلص من الوسواس القهري الناتجة عن تأثير مرض أطفالهن. - أن يدركن أهمية الفرق بين الفصل المعرفي وإعادة الهيكلة المعرفية للذكريات المؤلمة. - أن يمارسن تمرين "مشاهدة الأفكار الإيجابية". 	المناقشة والحوار، المواجهة، التغذية الراجعة، التعزيز الإيجابي، التكاليف المنزلية.	بطاقات إرشادية عن أهمية التفكير الإيجابي، لوحة توضيحية عن خطوات التفكير الإيجابي.

برنامج إرشادي قائم على استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض اضطراب ما بعد الصدمة...

جهاز الكمبيوتر المحمول (لاب توب)، عروض تقديمية Power Point	المناقشة والحوار، الاسترخاء، التنفيس الانفعالي، التكاليفات المنزلية.	<ul style="list-style-type: none"> - أن تتعرف الأمهات على المقصود باستراتيجية "الذات كسياق" وأهميتها في خفض الإثارة والانفعالات الزائدة في المواقف المربكة والضغوط السالبة. - أن يتعرفن على مفهوم الذات كسياق، واكتشاف الفرق بين الذات كسياق أو الذات كمحتوى. - أن يتعرفن على فنية "الاسترخاء" ودورها في التحلي بالثبات الانفعالي عند الشعور بالتوتر والضيق عند التعرض لمواقف ومشكلات مؤثرة. - أن يستخدمن فنية "التنفيس الانفعالي" للخروج من الانفعالات وتكوين صورة إيجابية عن الحياة. 	مراقبة وتوجيه الذات في المواقف الصادمة		السابعة (خمسون دقيقة)
--	--	---	--	--	-----------------------

تابع جدول (١٠)

الوسائل المستخدمة	الفنيات المستخدمة	أهداف الجلسة	عنوان الجلسة	مراحل الجلسات	الجلسة ومدتها
جهاز الكمبيوتر المحمول (لاب توب)، نماذج إرشادية، عروض تقديمية Power Point	المناقشة والحوار، التمارين الاختبارية، الدحض والإقناع، التكاليفات المنزلية.	<ul style="list-style-type: none"> - أن تدرك الأمهات المقصود بعدم الواقعية في التفكير والاستفادة منها في تغيير النمط الخاطئ. - أن يستخدمن استراتيجية "تجربة الذات كسياق" في عدم لوم الذات وتجنب التوتر بشكل مفرط. - أن يستخدمن فنية "التمارين الاختبارية" للتخلص من عدم الواقعية في التفكير وتجنب الفكر السلبي. - أن يتعرفن على فنية "الدحض والإقناع" ودورها في إحلال مبدأ "الواقعية في التفكير" بدلاً من مبدأ "عدم الواقعية في التفكير". 	عدم الواقعية في التفكير	تابع المرحلة الثانية (تطبيق استراتيجيات التقبل والالتزام)	الثامنة (ساعة)
مجموعة من الإرشادات والخطوات التحفيزية، مجموعة قصص قصيرة مصورة للتعامل مع الضغوط.	المناقشة والحوار، التعزيز الإيجابي، القصص، التكاليفات المنزلية.	<ul style="list-style-type: none"> - مساعدة الأمهات في كيفية التعامل مع الضغوط اليومية الناتجة عن مرض أطفالهن بالفشل الكلوي. - أن يستخدمن استراتيجية "الاتصال باللحظة الحالية" بفعالية لتجنب الانخراط في الضغوط والمشكلات الحياتية المختلفة. - أن يدركن أهمية عيش اللحظة الحالية بكل تفاصيلها دون تدمر أو يأس للتخلص من أعراض الاضطراب. - أن يتعرفن على فنية "القصص" في تغيير النظرة السلبية عن أحداث ومواقف الحياة الصادمة. 	التعامل مع الضغوط اليومية		التاسعة (خمسون دقيقة)

<p>جهاز الكمبيوتر المحمول (لاب توب)، نماذج توضيحية، عروض تقديمية Power Point</p>	<p>المناقشة والحوار، التعزيز الإيجابي، التغذية الراجعة، المصروفة، التكاليف المنزلية.</p>	<p>- أن تتعرف الأمهات على المقصود من المرونة النفسية وأهميتها في تحسين عمليات التفكير وتحسين المزاج. - أن يستخدمن استراتيجيات "الوضوح القيمي" في التحلي بالصفات الإيجابية والتصرف بطرق ذات مغزى لتجاوز الأحداث المزعجة التي تمر عليهن. - أن يتعرفن على فنية "المصروفة" ودورها في تحسين المرونة النفسية، واكتشاف الفرق بين الاقتراب من الأشياء المحببة أو الابتعاد عن الخبرات السلبية. - أن يكتسبن مهارات المرونة النفسية لتنشيط العزيمة والتحلي بالثقة لخفض أعراض الاضطراب.</p>	<p>تعزيز المرونة النفسية</p>		<p>العاشرة (ساعة)</p>
<p>مجموعة خطوات مصورة عن آليات مواجهة الإيجابية ودورها في تجاوز المواقف الصادمة.</p>	<p>المناقشة والحوار، الفعل الملتزم، المواجهة، التعزيز الإيجابي، التكاليف المنزلية.</p>	<p>- أن تتعرف الأمهات على المقصود من المواجهة الإيجابية وأهميتها في خفض الاضطرابات. - أن يكتشفن أهم أساليب المواجهة الإيجابية في التصدي للأحداث السلبية والمواقف الصادمة. - أن يتعرفن على استراتيجيات "الفعل الملتزم" ودورها في التوجه الإرادي وتحفيز الثقة لتجاوز الأزمات. - أن يستخدمن فنية "المواجهة" لتجاوز المواقف والأحداث الصادمة في مختلف جوانب الحياة.</p>	<p>المواجهة الإيجابية</p>		<p>الحادية عشرة (أربعون دقيقة)</p>

تابع جدول (١٠)

الوسائل المستخدمة	الغيات المستخدمة	أهداف الجلسة	عنوان الجلسة	مراحل الجلسات	الجلسة ومدتها
<p>جهاز الكمبيوتر المحمول (لاب توب)، أقلام وبطاقات ورقية، عروض تقديمية Power Point</p>	<p>المناقشة والحوار، الدحض والإقناع، التعزيز الإيجابي، التكاليف المنزلية.</p>	<p>- أن تتعرف الأمهات على مهارات تعزيز التفكير الإيجابي ودورها في إيقاف التفكير السلبي. - أن يستخدمن استراتيجيات "التفكير المعرفي" في فحص سلبية أفكارهن والنظر إلى الأوضاع السالبة بمنطقية لتخطي أعراض اضطراب الصدمة. - أن تترك لهن الحرية للتداول فيما بينهن عن كيفية تقبل كل أم لمرض طفلها في المرة الأولى؛ بهدف الاستفادة من التجارب والخبرات وإعطاء جرعة من التفاوض لدى بعض الأمهات المتشائمات من الوضع. - أن يكتسبن مهارات إيجابية لبناء الثقة في النفس.</p>	<p>تعزيز التفكير الإيجابي والتفاوض</p>	<p>المرحلة الثالثة: التغيير والاستدامة</p>	<p>الثانية عشرة (ساعة)</p>

برنامج إرشادي قائم على استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض اضطراب ما بعد الصدمة...

<p>بعض البطاقات المطبوعة عن كيفية اكتساب مهارات التواصل الفعال.</p>	<p>المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، التعزيز الإيجابي، التكاليف المنزلية.</p>	<p>- أن تدرك الأمهات أهمية ضرورة التواصل الفعال بينهن وبين أطفالهن وأسرنهن وبين المؤسسات العلاجية من أجل استكمال خطة العلاج وتلاشي التجارب السابقة لضمان الاستقرار النفسي. - أن يستخدمن استراتيجيات "الاتصال باللحظة الحالية" لتجنب التفكير في ذكريات الماضي المؤلمة. - أن يتعرفن على الآثار الإيجابية لمهارات التواصل الفعال في تحقيق أفضل النتائج لهن ولأطفالهن.</p>	<p>تعزيز التواصل الفعال</p>		<p>الثالثة عشرة (أربعون دقيقة)</p>
<p>جهاز الكمبيوتر المحمول (لاب توب)، عروض تقديمية Power Point.</p>	<p>المناقشة والحوار، الدحض والإقناع، التعزيز الإيجابي، التكاليف المنزلية.</p>	<p>- أن تكتسب الأمهات مهارات التأقلم مع أي تغييرات أو تحولات تحدث في حياتهن و حياة أطفالهن. - أن يستخدمن استراتيجيات "تجربة الذات كسياق" لمراقبة التغييرات والتحويلات الحياتية، والنظر إلى تجارب الحياة الصادمة بإيجابية دون كلل أو ملل. - أن يكتشفن بأن الجانب الإيجابي من التفكير، من أهم خطوات العلاج والتخلص من اضطرابتهن. - أن يحرصن دائماً على ضرورة التأقلم مع الأحداث.</p>	<p>التأقلم مع التغييرات والتحويلات</p>		<p>الرابعة عشرة (خمسون دقيقة)</p>
<p>جهاز الحاسب المحمول، (لاب توب)، جهاز عرض البيانات، فيديوهات تحفيزية، أدوات القياس.</p>	<p>المناقشة والحوار، اليقظة العقلية، التعزيز الإيجابي، استخدام القوة والطاقة، الفعل الملتمزم.</p>	<p>- ملخص شامل بشكل سريع وموجز لما تم في جلسات البرنامج، ومعرفة مدى التحسن لدى الأمهات. - تطبيق القياس البعدي على الأمهات المشاركات، وإرشادهن إلى ضرورة الاستمرار في تنفيذ ما تم اكتسابه وتوظيفه في حياتهن المستقبلية، والتعرف على آرائهن في البرنامج بكل شفافية وموضوعية. - إنهاء البرنامج وتقديم الشكر لجميع أمهات المجموعة التجريبية، وتحديد موعد للالتقاء معهن مرة أخرى لإجراء القياس التتبعي، وذلك بعد مرور حوالي شهرين من تنفيذ الجلسات.</p>	<p>الخاتمة وتطبيق القياس البعدي</p>	<p>المرحلة الرابعة: الإنهاء والخاتمة</p>	<p>الخامسة عشرة (ساعة)</p>

إجراءات البحث:

- تم تنفيذ البحث الحالي وفقاً للخطوات الآتية:
- إعداد الإطار النظري للبحث من أجل التعرف على مشكلات أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي، والاطلاع على الدراسات والبحوث السابقة وثيقة الصلة بالموضوع.

- الاطلاع على الأدوات المستخدمة لقياس اضطراب ما بعد الصدمة، وفي ضوء ذلك تم بناء مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأمهات والتحقق من كفاءته القياسية.
 - الاطلاع على البرامج المختلفة التي تناولت استراتيجيات التقبل والالتزام والاستفادة منها في بناء البرنامج الإرشادي للبحث لخفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى المشاركات كما ذكر سلفاً.
 - تحديد واختيار الأمهات المشاركات في البحث على النحو الذي سبق ذكره؛ وقد بلغ عددهن (٢٠) أمًا، تم تقسيمهن إلى مجموعتين متكافئتين، إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة.
 - تطبيق القياس القبلي على أمهات المجموعة التجريبية، ثم تنفيذ جلسات البرنامج عليهن.
 - تطبيق القياس البعدي على المجموعتين التجريبية والضابطة للتحقق من الفروق بين المجموعتين.
 - بعد الخطوات السابقة والانتهاء من تطبيق القياس البعدي، تم تطبيق القياس التتبعي، وذلك بعد مرور شهرين تقريباً على أمهات المجموعة التجريبية اللاتي شاركن في تنفيذ الجلسات.
 - بعد ذلك تم تفرغ استجابات الأمهات المشاركات في القياسات السابقة، وتحليلها إحصائياً، للوصول إلى نتائج البحث، ثم تفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات والبحوث السابقة.
- هذا، وقد تعرض الباحثان لبعض الصعوبات في أثناء التطبيق؛ نظراً للظروف التي تمر بها العينة، من أهمها: ندرة الحصول على العينة والتنقل بين المستشفيات لعمل حصر بعدد الأطفال الذين يقومون بعملية التنقية (الغسيل الكلوي)، إضافة إلى انشغال بعض الأمهات بأطفالهن ممن يمرون بظروف صحية صعبة؛ مما تطلب ذلك الانتظار حتى استكمال الإجابة على الأدوات، فضلاً عن التعب والجهد في أثناء تطبيق البرنامج وصعوبة الحصول على مكان مخصص؛ حيث تطلب الأمر إحضار جهاز عارض البيانات (Data Show) في معظم الجلسات، وقد تم التغلب على هذه الصعوبات بمساعدة بعض الزملاء في المستشفى، وانتهت عملية التطبيق على النحو المنشود.

ثالثاً: الأساليب الإحصائية

للتحقق من أدوات البحث وكفاءتها القياسية، فقد تم استخدام البرنامج الإحصائي (AMOS V.26)، كما تم التحقق من صحة الفروض من خلال البرنامج الإحصائي (SPSS V.26)، وذلك باستخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للتحقق من دلالة الفروق بين درجات أفراد

المجموعة الواحدة في تطبيقين متتاليين. اختبار مان - وتني Mann-Whitney Test للتحقق من دلالة الفروق بين درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيقين القبلي والبعدي، بالإضافة إلى المتوسطات والانحرافات المعيارية Averages and standard deviations.

رابعًا: عرض نتائج البحث

التحقق من نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأمهات في المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في كل من القياسين القبلي والبعدي في اتجاه القياس البعدي".

وللتحقق من تأييد أو تفنيد نتائج هذا الفرض، قام الباحثان بحساب متوسط الرتب، ومجموعها، وقيمة (Z) ودلالاتها الإحصائية لدرجات الأمهات في المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في القياسين القبلي والبعدي، وذلك باستخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon، وهو ما يمكن توضيحه من خلال جدول (١١) الآتي:

جدول (١١) متوسط الرتب ومجموعها وقيمة (Z) ودلالاتها الإحصائية لدرجات الأمهات في المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في القياسين القبلي والبعدي باستخدام اختبار ويلكوكسون

(ن = ١٠)

الأبعاد والدرجة الكلية	القياسين القبلي / البعدي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
إعادة التجربة	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٢.٨٢٥-	٠,٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	التساوي	٠				
	المجموع	١٠				
التجنب	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٢.٨١٢-	٠,٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	التساوي	٠				
	الموجبة	١٠				
الإثارة والانفعالية الزائدة	الرتب السالبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٢.٨٢٠-	٠,٠١
	الرتب الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		

				٠	التساوي	
				١٠	المجموع	
٠,٠١	٢.٨٠٩-	٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الرتب السالبة	التغيرات في التفكير والمزاج
		٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	
				٠	التساوي	
				١٠	المجموع	
٠,٠١	٢.٨٠٧-	٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الرتب السالبة	الدرجة الكلية
		٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب الموجبة	
				٠	التساوي	
				١٠	المجموع	

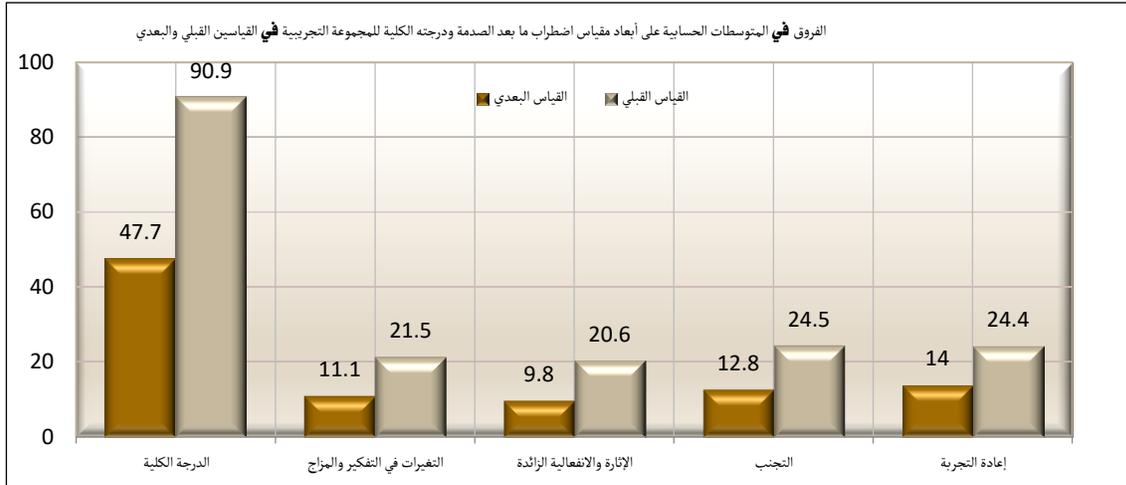
يتضح من جدول (١١) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطي رتب درجات الأمهات في المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في اتجاه القياس البعدي؛ وهذا يشير إلى تحسن درجات الأمهات بعد تعرضهم لجلسات البرنامج التي ركزت على خفض اضطراب ما بعد الصدمة لديهن واستعادة ثقتهن في أنفسهن.

كما تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لدى الأمهات في المجموعة التجريبية في كل من القياسين القبلي والبعدي، وهو ما يكشف عنه جدول (١٢) الآتي:

جدول (١٢) المتوسطات والانحرافات المعيارية للقياسين القبلي والبعدي للأمهات في المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة

القياس البعدي		القياس القبلي		الأبعاد والدرجة الكلية
ع	م	ع	م	
١.٠٥٤	١٤.٠٠	١.٧١٣	٢٤.٤٠	إعادة التجربة
١.٤٧٦	١٢.٨٠	١.٦٥٠	٢٤.٥٠	التجنب
١.٣١٧	٩.٨٠	٠.٩٦٦	٢٠.٦٠	الإثارة والانفعالية الزائدة
١.٧٢٩	١١.١٠	١.٥٠٩	٢١.٥٠	التغيرات في التفكير والمزاج
٢.٣١٢	٤٧.٧٠	٢.٤٢٤	٩٠.٩٠	الدرجة الكلية

ولمزيد من التوضيح؛ فإن الرسم البياني الآتي شكل (٣) يوضح الفروق بين متوسطات درجات الأمهات في المجموعة التجريبية في كل من القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة ودرجته الكلية:



شكل (٣) الفروق في المتوسطات الحسابية بين درجات الأمهات في المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة

يتضح من شكل (٣) انخفاض مستوى اضطراب ما بعد الصدمة وذلك في اتجاه متوسط رتب درجات القياس البعدي، بقيم متوسطات القياسين (القبلي، والبعدي) لأبعاد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة ودرجته الكلية، وهذه دلالة واضحة على فعالية البرنامج في خفض اضطراب ما بعد الصدمة؛ وهو ما أدى إلى هذا التحسن الملحوظ لدى الأمهات في المجموعة التجريبية.

مناقشة وتفسير نتائج الفرض الأول:

تبين من نتائج هذا الفروض وجود فروق دالة إحصائية في كل من القياسين القبلي والبعدي في اتجاه القياس البعدي لدى أمهات المجموعة التجريبية، ويفسر الباحثان هذه النتيجة في ضوء استراتيجيات التقبل والالتزام التي قام عليها البرنامج، بأن هذه الاستراتيجيات شجعت الأمهات المشاركات في المجموعة التجريبية على قبول مشاعرهن وأفكارهن دون محاولة الهروب منها، وتقليل مشاعر القلق والاضطراب النفسي المرتبط بمرض أطفالهن، ومحاولة السيطرة على المشاعر السلبية، فقد أدركن ضرورة قبول مشاعرهن وأفكارهن دون مقاومة، لذا، فقد تمكن من تقليل حدة التوتر والسيطرة على الأفكار الخاطئة؛ وهذا يعزز الشعور بالراحة النفسية، والقدرة على التجاوب مع الأحداث الحياتية.

فمن خلال استراتيجية التقبل استطاعت الأمهات تقبل مشاعرهن السلبية دون محاولات الهروب منها أو مقاومتها؛ مما قلل ذلك من التوتر النفسي، وتخفيف الضغط المستمر، وجعل الأمهات أكثر قدرة على التعامل مع مستجدات الحياة اليومية، وخفض تأثير المشاعر السلبية، وزيادة الشعور بالراحة النفسية، ووفقاً لدراسة كل من (Vowles et al., 2008) أن التقبل مرتبط بتقليل الأعراض النفسية وزيادة جودة الحياة، ومن خلال استراتيجية التفكير المعرفي تمكنت الأمهات من كيفية رؤية الأفكار السلبية كأحداث عقلية منفصلة عن الحقيقة الذاتية، وهذا بدوره قلل من تأثير هذه الأفكار على مشاعرهن وسلوكياتهن، فقد ذكر كل من (Masuda et al., 2004) أن التفكير المعرفي يمكن أن يقلل من تأثير الأفكار السلبية ويحسن من قدرة الأفراد على التعامل معها بطرق أكثر صحية، ووفقاً لاستراتيجية الذات كسياق، فعندما أدركت الأمهات ضرورة وضع أنفسهن كمراقبات لتجاربهن بدلاً من أن يكن متأثرات بها مباشرة، أمكنهن التعامل مع الأحداث بشكل أكثر مرونة وعقلانية، وهو ما يمكن أن يؤثر إيجاباً على خفض حدة الاستجابات العاطفية والتوتر، وبالرجوع إلى ما أوضحتها نتائج دراسة (Pankey & Hayes 2003) أن هذه الاستراتيجية يمكن أن تساعد في تقليل القلق والاكتئاب من خلال خلق مسافة نفسية بين الشخص وأفكاره ومشاعره، كما عملت استراتيجية الحضور في اللحظة الحالية على استنفاد الأمهات من تقنيات اليقظة التي ساعدتهن على التركيز على الحاضر؛ مما قلل من التفكير المتكرر في الأحداث الصادمة والخوف من المستقبل، فقد أظهرت دراسة كل من (Hoge et al., 2013) أن ممارسة اليقظة تساعد في تقليل التوتر والقلق وتحسين الرفاهة النفسية، في حين ساهمت استراتيجية الوضوح القيمي في إعادة تفكير الأمهات بشأن قيمهن مثل: (صحة وسعادة أطفالهن)؛ مما ساهم في تحقيق هذه القيم بدلاً من الانشغال بالمشاعر السلبية، وهذا منحهن شعوراً بالهدف والمعنى للحياة مهما كانت سلبياتها، وهذا ما أوضحتها نتائج دراسة كل من (Lundgren et al., 2008) من أن الوضوح القيمي مرتبط بتحسين جودة الحياة والرفاهة النفسية، كما كان لاستراتيجية الفعل الملتزم أثر إيجابي في اتخاذ إجراءات ملموسة مكنت الأمهات من القدرة على التحكم في الانفعالات؛ مما ساعد في خفض مشاعر العجز والقلق بشأن مستقبل أطفالهن، والاستعداد لمواجهة التحديات بشكل أكثر فعالية، فبناءً على ما أظهرته نتائج دراسة (Twohig & Crosby 2010) أن الفعل الملتزم يمكن أن يزيد من المرونة النفسية ويساعد في تحقيق الأهداف الشخصية للعديد من الأفراد الذين يملكون التزامات نفسية. وبالتالي، فقد ساعدت هذه الاستراتيجيات أمهات المجموعة التجريبية على العمل نحو تحقيق

الأهداف المهمة بناءً على قناعتهم ورغبتهم في العمل لكي يتم التغلب على آثار الصدمة الراهنة، وأنه لا بد من مواجهة الصعاب والمواقف الصادمة والعمل نحو تحقيق الأهداف الشخصية المبنية على الالتزام، وهو ما أكسب الأمهات شعورًا بالتحكم في حياتهن، وتغيير تفكيرهن نحو التغيير الإيجابي، برغم المشكلات الصحية التي تواجه أطفالهن، وهذا التحسن يظهر أن البرنامج كان فعالاً في تقليل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لديهن.

ومن جهة أخرى، فقد أسهمت العديد من الفنيات المستخدمة زيادة قدرة الأمهات على ضرورة المواجهة للأحداث الصادمة، وعدم الخضوع أو الاستسلام لها؛ من أجل الوصول إلى الاستقرار الأسري، وتعزيز الرضا عن الحياة، وتحسن الرفاهة النفسية؛ مما انعكس إيجاباً على جودة الحياة بشكل عام، وهذا يدل على أن البرامج الإرشادية القائمة على التقبل والالتزام، يمكن أن تكون فعالة جداً في تحسين الحالة النفسية للأمهات اللاتي يواجهن ضغوطاً نفسية شديدة، فوجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة بعد تعرض الأمهات لجلسات البرنامج الإرشادي القائم على التقبل والالتزام، يشير إلى تحسن كبير في حالتهم النفسية، وهذا يعكس أهمية وفعالية مثل هذه البرامج في تقديم الدعم النفسي للأمهات اللاتي يواجهن تحديات كبيرة نتيجة لمشاكل صحية مزمنة لدى أطفالهن، فمن خلال استراتيجيات التقبل والالتزام بجانب بعض الفنيات الإيجابية، تمكنت الأمهات من تحسين قدراتهن على المواجهة؛ مما أدى إلى خفض الاضطرابات النفسية الناتجة عن الأحداث الصادمة، وبالتالي تحسن عام في جودة حياتهم النفسية، والتي بلا شك ستعكس إيجاباً على الأبناء الذين يعانون من مشكلات مزمنة بسبب مرض الفشل الكلوي والإنهاك الناتج عنه.

ولقد اتفقت نتيجة هذا الفرض مع بعض نتائج الدراسات والبحوث السابقة ومنها: (Akbarian et al., 2015) التي أشارت إلى فعالية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب الاكتئاب والقلق والذاكرة الناتجة عن اضطراب ما بعد الصدمة في القياس البعدي، ودراسة المطيري (٢٠٢٣) التي توصلت إلى فعالية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات النفسية الناتجة عن الصدمة لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون؛ حيث اتضح وجود فروق دالة إحصائية لدى الأمهات في كل من القياسين القبلي والبعدي في اتجاه القياس البعدي، ودراسة (Al-Sofyani & Al-Rfei 2023) التي أشارت نتائجها إلى فاعلية البرنامج

الإرشادي القائم على التقبل والالتزام لتحسين نمو ما بعد الصدمة لدى مجموعة من الممرضات المتعافيات من (COVID-19)؛ حيث كشفت النتائج عن الأثر الإيجابي للبرامج في القياس البعدي.

التحقق من نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

ينص الفرض الثاني على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأمهات في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في القياس البعدي في اتجاه الأمهات في المجموعة التجريبية".

وللتحقق من تأييد أو تفنيد نتائج هذا الفرض، فقد قام الباحثان بحساب متوسط الرتب، ومجموعها، وقيمة (Z) ودلالاتها الإحصائية لدرجات الأمهات في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في القياس البعدي، وذلك باستخدام اختبار مان وتني Mann-Whitney، ويوضح جدول (١٣) النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول (١٣) متوسط الرتب ومجموعها وقيمة (Z) ودلالاتها الإحصائية لدرجات الأمهات في المجموعتين التجريبية (ن=١٠) والضابطة (ن=١٠) على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في القياس البعدي باستخدام اختبار مان وتني

الأبعاد والدرجة الكلية	المجموعة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة Z	مستوى الدلالة
إعادة التجربة	التجريبية	٥.٥٠	٥٥.٠٠	٠.٠٠٠٠	٣.٨١٦-	٠.٠٠١
	الضابطة	١٥.٥٠	١٥٥.٠٠			
التجنب	التجريبية	٥.٥٠	٥٥.٠٠	٠.٠٠٠٠	٣.٨٤٤-	٠.٠٠١
	الضابطة	١٥.٥٠	١٥٥.٠٠			
الإثارة والانفعالية الزائدة	التجريبية	٥.٥٠	٥٥.٠٠	٠.٠٠٠٠	٣.٨٢٦-	٠.٠٠١
	الضابطة	١٥.٥٠	١٥٥.٠٠			
التغيرات في التفكير والمزاج	التجريبية	٥.٥٠	٥٥.٠٠	٠.٠٠٠٠	٣.٨٢٤-	٠.٠٠١
	الضابطة	١٥.٥٠	١٥٥.٠٠			
الدرجة الكلية	التجريبية	٥.٥٠	٥٥.٠٠	٠.٠٠٠٠	٣.٨٠١-	٠.٠٠١
	الضابطة	١٥.٥٠	١٥٥.٠٠			

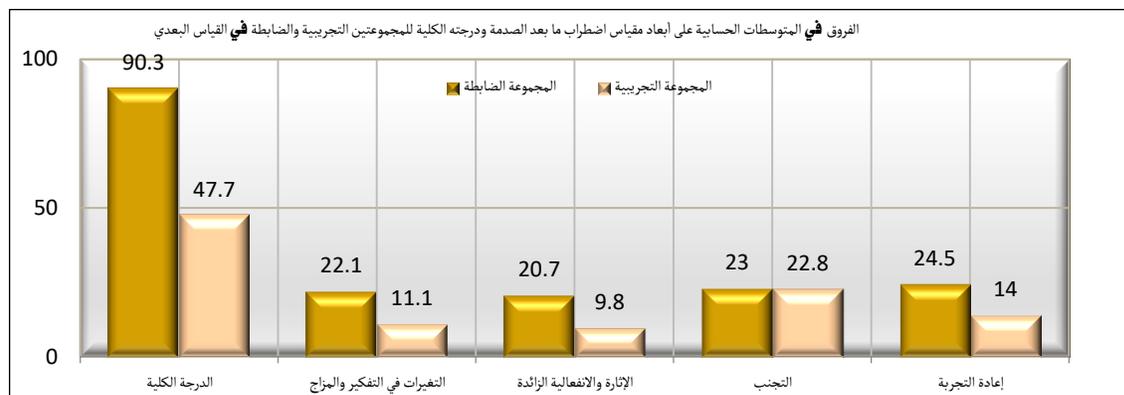
يتضح من جدول (١٣) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطات رتب درجات الأمهات في المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في اتجاه الأمهات في المجموعة التجريبية؛ وهذا يشير إلى التحسن الذي حدث لدى أمهات المجموعة التجريبية نتيجة التعرض لجلسات البرنامج.

كما قام الباحثان بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الأمهات في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في القياس البعدي، وذلك باستخدام اختبار مان وتني، وهو ما يمكن التعرف عليه من خلال جدول (١٤) الآتي:

جدول (١٤) المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات الأمهات في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في القياس البعدي باستخدام اختبار مان وتني

المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		الأبعاد والدرجة الكلية
ع	م	ع	م	
١.٠٨٠	٢٤.٥٠	١.٠٥٤	١٤.٠٠	إعادة التجربة
١.٣٣٣	٢٣.٠٠	١.٤٧٦	١٢.٨٠	التجنب
٠.٨٢٣	٢٠.٧٠	١.٣١٧	٩.٨٠	الإثارة والانفعالية الزائدة
٠.٧٣٨	٢٢.١٠	١.٧٢٩	١١.١٠	التغيرات في التفكير والمزاج
٢.٣١٢	٩٠.٣٠	٢.٣١٢	٤٧.٧٠	الدرجة الكلية

ولمزيد من التوضيح؛ يمكن عرض الفروق بين متوسطات رتب درجات الأمهات في المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة ودرجته الكلية في القياس البعدي من خلال الشكل البياني (٤) الآتي:



شكل (٤) الفروق بين أمهات المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة ودرجته الكلية في القياس البعدي

يتضح من خلال شكل (٤) وجود فروق بين متوسطي رتب درجات الأمهات في المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على أبعاد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في اتجاه أمهات المجموعة التجريبية، ويبدو من الشكل السابق أن هناك تبايناً في متوسطي الدرجات عند المقارنة بين المجموعتين وذلك في اتجاه أمهات المجموعة التجريبية؛ وهذا يدل على أن التقدم ظهر بشكل كبير وفعال، ومؤشر على فعالية البرنامج في تحقيق أهدافه لدى أمهات المجموعة التجريبية. مناقشة وتفسير نتائج الفرض الثاني:

أوضحت نتائج هذا الفرض وجود فروق دالة إحصائياً بعد الانتهاء من جلسات البرنامج بين الأمهات في المجموعتين في اتجاه أمهات المجموعة التجريبية، وهذه دلالة على نجاح البرنامج في تحقيق أهدافه التي بني من أجلها، وعند الحديث عن الفروق بين أمهات الأطفال المصابين بفشل كلوي في المجموعة التجريبية التي تعرضت لجلسات البرنامج الإرشادي القائم على استراتيجيات التقبل والالتزام وبين أمهات المجموعة الضابطة التي لم تتلق البرنامج، يجب أولاً فهم طبيعة كل مجموعة وأهمية البرنامج. فبالنسبة للمجموعة التجريبية، فهذه هي المجموعة التي تلقت جلسات البرنامج الإرشادي، والذي ركز على إرشاد الأمهات كيفية استخدام هذه الاستراتيجيات وتطبيقها في حياتهن، وبالنسبة للمجموعة الضابطة، فهي التي لم تتلق أي تدخل إرشادي؛ مما يتيح مقارنة فعالية البرنامج الإرشادي بشكل موضوعي. فبعد تعرض الأمهات في المجموعة التجريبية لجلسات البرنامج، أظهرت النتائج تحسناً ملموساً في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (إعادة التجربة، التجنب، الإثارة والانفعالية الزائدة، والتغيرات في التفكير والمزاج)، والتي يمكن تفسيرها من خلال جانبين: تضمن الجانب الأول تحسن الحالة النفسية والالتزام الانفعالي لدى الأمهات، فالالتزام بمبادئ التقبل ساعد الأمهات على إدارة مشاعرهن بشكل أفضل؛ مما أدى إلى تقليل القلق والاكئاب المرتبطين باضطراب ما بعد الصدمة، ولقد تضمن الجانب الثاني زيادة قدرة الأمهات على التوافق؛ حيث جعلت استراتيجيات التقبل والالتزام الأمهات أكثر استعداداً لمواجهة الضغوط المرتبطة برعاية أطفالهن المصابين بالفشل الكلوي؛ وهذا يؤكد أهمية تقديم الدعم النفسي المنظم للأمهات والمبني على استراتيجيات فعالة للتعامل مع التحديات النفسية الناتجة عن رعاية الأطفال المصابين بأمراض مزمنة. كما يمكن تفسير هذه النتيجة من خلال مجموعة من المراحل التي تم تنفيذها في التطبيق:

المرحلة الأولى: اليأس الإبداعي: وسميت كذلك للاستفادة من مصادر الضعف وتحويلها إلى قوة، فقد تم التركيز على التخلص من عوامل اليأس والتخلي بسمة التفاؤل لدى الأمهات؛ حيث تم تعريفهن باستراتيجيات ثبتت حضورها في البحوث والدراسات التجريبية مع العديد من أمهات الأطفال المصابين بأمراض مزمنة، كما هو الحال مع أطفالهن، وقد تم توضيح خطوات هذه الاستراتيجيات وكيفية الاستفادة منها بشكل ساهم في حل مشكلتهن بدرجة كبيرة. هذه المرحلة عززت من فضول الأمهات في الاستفسار، والرغبة في حضور الجلسات؛ مما جعلهن أكثر مرونة في الحوار، وأكثر وعياً عما كن عليه قبل التطبيق، فضلاً عن شعورهن بالهدوء والسكينة وخفض مشاعر الضيق، وهو ما أوضحتته نتائج دراسة (Kowalkowski 2012) التي أشارت إلى أن استراتيجيات التقبل والالتزام ساعدت أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في التخلص من مشاعر الضيق وزيادة المرونة.

المرحلة الثانية: ضبط الأحداث المؤلمة: وقد تم من خلالها إرشاد الأمهات إلى ضبط المشاعر السلبية التي يشعرن بها ويعانين منها معظم أوقاتهن، على أن يتم تعزيز العمليات التي تخفف من حدة الاضطراب النفسي. فقد اكتشفت الأمهات مهارات وأساليب جديدة ساعدتهن على أن يصبحن أكثر استعداداً للتعامل مع مشكلتهن وضغوطهن الحياتية الناتجة عن مرض أطفالهن. وهذه المرحلة أيضاً قد عززت من قدرتهن على التوافق الإيجابي مع المرض، والتفكير بشكل منطقي لتجاوز مخاطره.

المرحلة الثالثة: تحقيق الأهداف: وهي المرحلة الأخيرة التي ساعدت أمهات المجموعة التجريبية على القيام بأفعال تتماشى مع أهدافهن وقيمهن المحددة في المراحل السابقة. والالتزام بهذه الأفعال من خلال المواظبة على الجلسات وضرورة ممارستها في حياتهن اليومية لضمان تحقيق ما يرغبن في تحقيقه، وخفض الضغوط الحياتية، والوصول إلى الرفاهة النفسية التي تتمناها كل أسرة لحياة هانئة. هذه المرحلة تضمن أن الأمهات التزمّن بالتوجيهات الإرشادية لتحقيق تغييرات إيجابية في حياتهن.

يضاف إلى ما سبق، أن رغبة الأمهات في مواجهة أوضاعهن الحالية والرغبة في مساعدة أطفالهن لمواصلة المسيرة العلاجية بنجاح، سمح لهن وأتاح فرصة ومساحة لتطبيق الجلسات واستثمار استراتيجيات التقبل والالتزام، فقد تناولت الجلسات مشكلتهن بشكل جماعي، كان لها أثر فعال جعلهن يشعرن بأن مشاعرهن وأفكارهن مرحلة طبيعية، وعليهن الخروج منها بأسرع وقت

ممکن، وأن هناك العديد من الأمهات ممن هن أشد معاناة ممن يعانون منه، وبالتالي، فالأمهات استطعن تعديل أفكارهن وسلوكياتهن تجاه مشكلات أطفالهن، وتقبل الأوضاع التي هم عليها، وتغيير أحادية التفكير اللاتي كن يتعاملن بها مع مشكلات المرض، وذلك من خلال فنية "التفكيك المعرفي"، كما أن جلسات البرنامج ركزت على فهم وإدراك الأحداث داخل السياقات، والتأكيد على معيار الحقيقة الواقعية، والأولويات المحددة والمؤثرة بصورة شعورية في السياق العام للحدث، كل ذلك انصب تأثيره الإيجابي على تقبل الأمهات لكثير من سلوكيات أطفالهن التي كانت تسبب لهن الألم والمعاناة النفسية.

وبالنسبة لأمهات المجموعة الضابطة، فوفقاً لنتائج هذا الفرض أنهم لم يظهرن تحسناً مماثلاً، وهو ما يشير إلى أن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ما زالت قائمة، بسبب عدم تلقي أي إرشادات أو دعم نفسي كما حدث لأمهات المجموعة التجريبية، وهذا قد يؤدي إلى تفاقم الحالة النفسية، فعدم تلقي أي دعم إرشادي قد يؤدي إلى زيادة الأعراض، ونقص الدعم أيضاً لدى الأمهات في المجموعة الضابطة اللاتي لم يستقن من أي استراتيجيات جديدة للتعامل مع التوتر والضغوط والأحداث والمواقف الصادمة، قد يؤثر على سلامتهن النفسية وسلامة أطفالهن والأسرة على حد سواء.

وقد جاءت نتيجة هذا الفرض اتساقاً مع نتائج دراسات وبحوث كل من (Akbarian et al., 2015؛ المطيري، ٢٠٢٣؛ Al-Sofyani & Al-Rfei, 2023)؛ فقد تبين وجود فروق دالة إحصائياً بين أمهات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي في اتجاه أمهات المجموعة التجريبية.

كما تؤكد نتائج هذا الفرض على أهمية التدخل الإرشادي باستخدام استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض اضطرابات ما بعد الصدمة، وهذا ما أوضحتته نتائج دراسة (Poddar et al., 2015) التي أشارت إلى أن العلاج بالتقبل والالتزام حسن من جودة الحياة وقلل من القلق والاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالصرع، ودراسة الفقي (٢٠١٦) التي كشفت عن فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، ودراسة عليوة (٢٠١٩) التي أكدت على فعالية استراتيجيات التقبل والالتزام في تنمية الشفقة بالذات وخفض الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال المصابين بالصرع، ودراسة سعاد (٢٠٢٠) التي توصلت إلى فعالية تقنيات التقبل والالتزام في تقوية قدرة الأمهات على مجابهة الأحداث والمواقف السلبية الناتجة عن

الإعاقة لدى أطفالهن، ودراسة مراد (٢٠٢٣) التي أوضحت فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية التعاطف مع الذات لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأثره على الإجهاد النفسي المدرك لديهن.

هذه النتيجة تُظهر بوضوح، أن استراتيجيات التقبل والالتزام ساهمت في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي (المجموعة التجريبية)، بعد تعرضهن للبرنامج الإرشادي، فقد أظهرن تحسناً ملحوظاً في التعامل مع المشكلات الحياتية والاضطرابات النفسية مقارنة بالمجموعة الضابطة. هذا التحسن يعزز من فعالية استخدام التقبل والالتزام كاستراتيجية علاجية لدعم الأمهات في مواجهة التحديات النفسية الناتجة عن اضطراب ما بعد الصدمة.

وعلى إثر ما سبق، فإن هذه النتيجة تشير في مجملها إلى أن خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية لم يكن مجرد صدفة، بل نتيجة لتأثير البرنامج الإرشادي القائم على استراتيجيات التقبل والالتزام والعديد من الفنيات الأخرى؛ وهذا يعني أن البرنامج كان له تأثير إيجابي لدى أمهات المجموعة التجريبية مقارنة بأمهات المجموعة الضابطة، اللاتي لم تتح لهن الفرصة في المشاركة، أو الإفصاح عن مشكلاتهن النفسية ومشكلات أطفالهن التي يعانون منها.

التحقق من نتائج الثالث ومناقشتها:

ينص الفرض الثالث على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأمهات في المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في كل من القياسين البعدي والتتبعي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحثان بحساب متوسط الرتب، ومجموعها، وقيمة (Z) ودلالاتها الإحصائية لدرجات أمهات المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في القياسين البعدي والتتبعي باستخدام اختبار ويلكوكسون، وهو ما يوضحه جدول (١٥) الآتي:

جدول (١٥) متوسط الرتب ومجموعها وقيمة (Z) ودلالاتها الإحصائية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة في القياسين البعدي والتتبعي باستخدام اختبار ويلكوكسون (ن=١٠)

الأبعاد والدرجة الكلية	القياسين البعدي / التتبعي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
إعادة التجربة	الرتب السالبة	٢	٢,٥٠	٥,٠٠	١,٠٨٩-	٠,٢٧٦
	الرتب الموجبة	١	١,٠٠	١,٠٠		
	التساوي	٧				
	المجموع	١٠				
التجنب	الرتب السالبة	١	١,٥٠	١,٥٠	٠,٨١٦-	٠,٤١٤
	الرتب الموجبة	٢	٢,٢٥	٤,٥٠		
	التساوي	٧				
	الموجبة	١٠				
الإثارة والانفعالية الزائدة	الرتب السالبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠	١,١٣٤-	٠,٢٥٧
	الرتب الموجبة	٣	٢,٦٧	٨,٠٠		
	التساوي	٦				
	المجموع	١٠				
التغيرات في التفكير والمزاج	الرتب السالبة	٢	٢,٠٠	٤,٠٠	٠,٥٧٧-	٠,٥٦٤
	الرتب الموجبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠		
	التساوي	٧				
	المجموع	١٠				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٣	٤,٥٠	١٣,٥٠	٠,٠٩٠-	٠,٩٢٨
	الرتب الموجبة	٤	٣,٦٣	١٤,٥٠		
	التساوي	٣				
	المجموع	١٠				

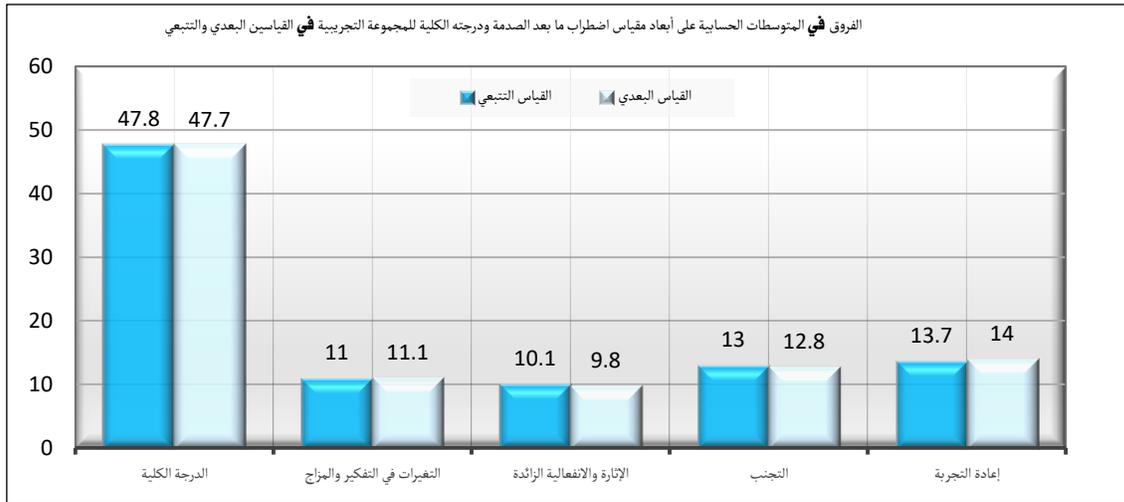
يتضح من جدول (١٥) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، وهذا يشير إلى استمرارية تأثير البرنامج، خاصة بعد إجراء وتنفيذ كافة جلساته؛ بمعنى أن البرنامج الإرشادي قد نجح في تحقيق أهدافه سواء كانت العامة أو الإجرائية.

برنامج إرشادي قائم على استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض اضطراب ما بعد الصدمة...

ويوضح جدول (١٦) الآتي المتوسطات والانحرافات المعيارية لأمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على أبعاد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة ودرجته الكلية:

جدول (١٦) المتوسطات والانحرافات المعيارية للقياسين البعدي والتتبعي لأمهات المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة

القياس التتبعي		القياس البعدي		الأبعاد والدرجة الكلية
ع	م	ع	م	
١.١٦٠	١٣.٧٠	١.٠٥٤	١٤.٠٠	إعادة التجربة
١.١٥٥	١٣.٠٠	١.٤٧٦	١٢.٨٠	التجنب
١.١٩٧	١٠.١٠	١.٣١٧	٩.٨٠	الإثارة والانفعالية الزائدة
١.٥٦٣	١١.٠٠	١.٧٢٩	١١.١٠	التغيرات في التفكير والمزاج
٣.٠٨٤	٤٧.٨٠	٢.٣١٢	٤٧.٧٠	الدرجة الكلية



ويبين شكل (٥) الفروق في المتوسطات الحسابية بين درجات أمهات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة ودرجته الكلية في القياسين البعدي والتتبعي:

شكل (٥) الفروق في المتوسطات الحسابية بين درجات أمهات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة ودرجته الكلية في القياسين البعدي والتتبعي

يتضح من خلال شكل (٥) أنه لا توجد أي فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على أبعاد مقياس اضطراب ما

بعد الصدمة ودرجته الكلية؛ مما يؤكد على استمرارية تأثير البرنامج حتى بعد الانتهاء من تنفيذ كافة الجلسات وفي أثناء فترة المتابعة لأمهات المجموعة التجريبية اللاتي شاركن في البرنامج. **مناقشة وتفسير نتائج الفرض الثالث:**

كما هو واضح من النتائج التي تضمنها هذا الفرض، أنه لا توجد أي فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتبقي لدى أمهات المجموعة التجريبية، وهو ما يمكن عزوه إلى ما تم خلال المرحلة الأخيرة من البرنامج، من إعادة تهيئة وإرشاد الأمهات والتأكيد على ضرورة تطبيق ما تم في الجلسات بشكل واقعي، وهو ما ساهم بشكل رئيس في استمرار أثر البرنامج في فترة المتابعة. وهنا يمكن القول: إن البرنامج الحالي وما تضمنه من استراتيجيات وفتيات مختلفة، تمتع بثبات مقبول على مدى أكثر من شهرين؛ ما يعني أن أمهات المجموعة التجريبية اكتسبن معارف ومهارات اكتساباً فعلياً وليس مجرد معلومات نظرية، وهذا ما ساعد على تجنب العودة إلى الانتكاسة، بل والأهم من ذلك الابتعاد عن التفكير السلبي الذي كان يراود أذهان الأمهات طوال الوقت، الأمر الذي كان بمثابة نقلة مختلفة في حياتهن، جعلتهن أكثر مرونة في التفكير، وأكثر وعياً على مواجهة التغيرات والأحداث الصادمة، وأكثر ثقة في ذواتهن، وأكثر اندماجاً وتوافقاً مع أفراد الأسرة، يضاف إلى ذلك، أن ما توصلت إليه الأمهات في المجموعة التجريبية من نتائج، ظل أثرها طوال فترة المتابعة، وهذا دليل على استخدام جلسات البرنامج بشكل منظم ومتكامل لكي تتناسب مع تعقد وتشابك الأفكار الهدامة، الأمر الذي مكن الأمهات من التخلص من تلك الأفكار واستبدالها بأخرى إيجابية، فلقد استشعرن أن أنماط تفكيرهن الإيجابي هو الذي بمقدوره تجاوز المشكلات النفسية التي تمر بهن والوصول إلى حالة السواء، فمن خلال التأكيد على الأمهات تطبيق ما تم في البرنامج، أمكن تنمية شعورهن بالفكر الواعي المنطقي، الذي يتفق وتفكير الأم الواعية الحريصة على التحدي والمقاومة والتخلص من وطأة الاستسلام للأحداث والمواقف الحياتية الصادمة مهما بلغت شدة صعوبتها، وألا يكون هذا مصدر إزعاجها وانحراف تفكيرها، كما اكتسبت أمهات المجموعة أيضاً العديد من مهارات الوعي والقوة الذاتية التي مكنتهن من الانتباه والرؤية الواعية والناقدة لمشكلة الأفكار السالبة والوساوس والأفكار الهدامة.

ومن المنطقي التوصل لمثل هذه النتيجة لدى أمهات المجموعة التجريبية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، فقد أدركن بأن تفكيرهن هو سبب الاضطراب والانفعال وليست الأحداث أو المواقف الصادمة التي يعانين من وطأتها، كذلك أدركن العلاقة بين أفكارهن ومشاعرهن

وسلوكياتهن، ودور الأفكار التلقائية والأحاديث الذاتية السلبية في ترسيخ الأفكار الخاطئة، وهو ما ركز عليه كل من إيس وبيك، بأن هذه الأفكار خاضعة للسيطرة، ويمكن تحديدها وتعديلها أو التخلص منها، طالما وجدت العزيمة والإرادة لدى الفرد. لذا، وبناءً على هذه النتيجة، فإن الإرشاد المعرفي السلوكي الذي تم التركيز عليه في البرنامج الراهن، بجانب استراتيجيات التقبل والالتزام، كان لهما الدور الكبير في تغيير حالة الأمهات المشاركات في جلسات البرنامج إلى الأفضل؛ من حيث إعادة هيكلة البناء المعرفي والسلوكي للأمهات المجموعة التجريبية، وتغيير النظرة للواقف والأحداث الصادمة من السلبية إلى الإيجابية، وهو ما أدى إلى نجاح البرنامج واستمرار أثره في أثناء فترة المتابعة. ولقد جاءت نتيجة هذا الفرض اتفاقاً مع بعض نتائج دراسات وبحوث كل من: Akbarian et al., 2015؛ المطيري، ٢٠٢٣؛ (Al-Sofyani & Al-Rfei, 2023)؛ حيث لم يستدل من النتائج على أي فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتبعي في اضطراب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية.

خاتمة البحث:

في نهاية هذا البحث، توصل الباحثان وخلصا إلى أن اضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن مرض الفشل الكلوي لدى أمهات الأطفال المصابين به، يشكل عبئاً عليهن في كافة مناحي الحياة، فهو من الموضوعات التي تهدد النسيج الأسري، ويجعل الأمهات يعشن حالة من التوتر المستمر نتيجة مشاعر القلق والخوف من المجهول، وما تخبرهن الأمهات من إحباطات متكررة ويأس وكبت لا ينقطعان، فضلاً عن فقدان الثقة في النفس، وفقدان الأمان والراحة النفسية، ولذلك يمثل هذا الاضطراب بالنسبة لهن مشكلة تستنفذ قدرًا هائلاً من تفكيرهن، وتستولي على اتجاهاتهن، وتجعلهن فريسة للعناء، والخضوع للعجز، ونقص روح المبادرة، والاستغراق في أحلام اليقظة والوساوس القهرية.

ووفقاً لذلك، فقد حاول البحث الراهن المساهمة في أنسب التدخلات النفسية للتكفل بفئة من الأمهات هن في أشد الاحتياج ولو بالكلمات الداعمة للخروج من وضعية طرأت عليهن وعلى أطفالهن وعلى مختلف جوانب حياتهن الأسرية، سببت لهن معاناة صعبة لا يعرفن كيف يتعاملن معها، أو كيفية السبيل في الخلاص منها، أو ما يمكن أن تخلفه من نتائج قد لا يحمد عقباها، ومن أجل هذا، وبعد البحث عن أفضل الآليات للخروج من هذه المحنة وتقديم المساعدة اللازمة، تم التوصل إلى أن البرامج الإرشادية المعرفية السلوكية بجانب استراتيجيات التقبل والالتزام، من أفضل

التدخلات التي أثبتت جدارتها وسرعتها في رفع الروح المعنوية لدى أمهات الأطفال المصابين بالأمراض المزمنة، ومن بينها الفشل الكلوي - الذي يعد أخطرهم - إن صح القول، والتخفيف من أثر المعاناة والاضطرابات الناتجة عن أحداث ما بعد الصدمة، وجعلهن أكثر تقبل لأوضاعهن والتعايش معها.

التوصيات: بناءً على ما أسفر عنه البحث من نتائج، يمكن تقديم التوصيات الآتية:

- تكثيف الجهود من قبل المؤسسات والهيئات الاجتماعية لتوفير الرعاية النفسية والاجتماعية لأمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي بالموازاة مع الرعاية النفسية لأطفالهن.
- تقديم ندوات ولقاءات تثقيفية إرشادية سواء داخل المستشفيات ووحدات غسيل الكلى أو خارجها، تتعلق بتوجيه الأمهات إلى كيفية التعامل مع مرض الفشل الكلوي ومع أطفالهن المصابين به.
- ضرورة إنشاء وحدات إرشادية داخل المستشفيات لتعزيز الصحة النفسية وتقديم الدعم اللازم للعديد من الفئات المختلفة التي تتلقى العلاج، خاصة ما يتعلق منها بالأمراض المزمنة؛ من أجل السيطرة على الضغوط الناتجة عن المرض وتحسين مرونتهم النفسية، والإقبال على الحياة.
- محاولة توفير أخصائيين نفسيين واجتماعيين في المستشفيات للسماع إلى مشكلات الأفراد الذين يمرون بأزمات نفسية جراء تعرضهم لصدمات نفسية نتيجة الأمراض التي أصيبوا بها، أو أصابت أطفالهم، كما هو الحال في الأمهات المشاركات في البحث، وتقديم الدعم والإرشاد من خلال الآليات الملائمة، وتوجيه هؤلاء الأفراد نحو التحلي بالصبر والمثابرة للخروج من الأزمة بسلام.

المقترحات:

وفقاً لما تم التوصل إليه من نتائج، يقترح الباحثان إجراء المزيد من الدراسات والبحوث في هذا المجال على عينات أخرى للتوصل إلى أفضل السبل والأساليب والتدخلات الإرشادية العلاجية الفعالة في مساعدة هذه الفئة من الأمهات؛ مما يجعلهن أكثر كفاءة في تحقيق ذواتهن، والوصول إلى أعلى مستوى من جودة الحياة لهن ولأطفالهن ولأسرهن والمجتمع على حد سواء، ومن بين ذلك ما يلي:

-
- استراتيجيات التقبل والالتزام وعلاقتها باضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي.
 - برنامج إرشادي قائم على استراتيجيات التقبل والالتزام في تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالأمراض المزمنة.
 - التقبل والالتزام وعلاقتها بالصلاية النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي.
 - أساليب المواجهة وعلاقتها بالمتابعة والتحمل لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي.
 - فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي قائم على استراتيجيات التقبل والالتزام وأثره في الرفاهة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالفشل الكلوي.

المراجع:

- إبراهيم، منى عزيز جبران. (٢٠٢٣). فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد في تحسين مفهوم الذات لدى المعاقين حركياً. *مجلة الخدمة الاجتماعية*، ٧٥ (٢)، ٢٧-٦٤.
- إكرام، بقتونو؛ وأمينة، العشب. (٢٠٢٢). الصدمة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بسرطان الدم. *رسالة ماجستير غير منشورة*، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية - جامعة ابن خلدون.
- أمين، أسامة ربيع. (٢٠٠٨). *التحليل الإحصائي للمتغيرات المتعددة باستخدام SPSS*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- بيك، آرون. (٢٠٠٠). *العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية*. ترجمة: عادل مصطفى، بيروت: دار النهضة.
- بينيت، ريتشارد؛ وأوليفر، جوزيف. (٢٠٢١). *العلاج بالقبول والالتزام (١٠٠ نقطة رئيسية وأسلوب)*. ترجمة: عمر صلاح سيد، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- حسن، رثيفة أحمد صالح. (٢٠٢٣). المشكلات الناجمة عن مرض الفشل الكلوي "دراسة ميدانية على عينة من المرضى مرتادي مركز الغسيل الكلوي في مستشفى الجمهورية التعليمي بمحافظة عدن". *مجلة جامعة عدن للعلوم الإنسانية والاجتماعية*، ٤ (٣)، ٤٩١-٥٠٢.
- خاطر، شيماء شكري. (٢٠١٦). الأسباب المدركة للطلاق كمنبئات بأعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من المطلقين والمطلقات. *الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين (جمعن)*، ٤ (٢)، ١٨٥-٢٢٠.
- خلاف، حمادة محمد سليمان؛ وخليف، أحمد عبد المعطي محمد. (٢٠٢١). فعالية برنامج إرشادي قائم على التقبل والالتزام لخفض الهزيمة النفسية لدى المراهقين المتلججين. *مجلة كلية التربية - جامعة الإسكندرية*، ٣١ (٤)، ١٩٥-٢٢٠.
- الرشيدي، بشير؛ ومنصور، طلعت؛ والنابلسي، محمد؛ والخلفي، إبراهيم؛ والناصر، فهد؛ وبورسلي، بدر؛ والقشعان، حمود. (٢٠٠١). *سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية "اضطراب الضغوط التالية للصدمة"*. الكويت: الديوان الأميري، مكتب الإنماء الاجتماعي.
- الزائدي، زينب علي سليمان. (٢٠٢٢). الضغوط الوالدية لدى أمهات أطفال الليبيات ذوي اضطراب ما بعد الصدمة. *مجلة الطفولة*، (٤١)، ٧٦-٩٧.
- زكي، حسام؛ والشافعي، نهلة؛ ومحمود، مصطفى؛ والشريف، أحمد، وأبو بكر، أحمد. (٢٠١٩). *المرجع الحديث في الإرشاد والعلاج النفسي*. الإسكندرية: دار التعليم الجامعي.
- سعاد، بوسعيد. (٢٠٢٠). فعالية برنامج تدريبي يستند على تقنيات العلاج بالتقبل والالتزام لرفع القدرة على المجابهة الإيجابية لدى أمهات الأطفال المعاقين "دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للإعاقة الذهنية". *رسالة دكتوراه غير منشورة*، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية - جامعة قاصدي مرباح.
- سفيان، نبيل. (٢٠٠٤). *المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي*. القاهرة: إيتراك للنشر والتوزيع.
- السويداء، عبد الكريم. (٢٠١٠). *المرشد الشامل لمرضى الفشل الكلوي*. الرياض: وهج الحياة للنشر والتوزيع.

برنامج إرشادي قائم على استراتيجيات التقبل والالتزام في خفض اضطراب ما بعد الصدمة...

السويهي، سعود ساطي عبد الله. (٢٠٢٣). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام لذوي المرض المزمن "مرضى السكري نموذجًا". مجلة القراءة والمعرفة، ٣٢٣، ٢٥٥-٣٦٠.

سيد، محمد عبد العظيم. (٢٠١٨). فاعلية برنامج للعلاج بالتقبل والالتزام في خفض كرب ما بعد الصدمة لدى المراهقين المعاقين بصرياً. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية - جامعة أسيوط.

الصبوة، محمد نجيب. (٢٠١٨). برنامج علاجي نفسي تكاملي لاضطرابات كرب ما بعد الصدمة (علاج معرفي سلوكي، علاج جبلي سلوكي، وعلاج معرفي بالتقبل والالتزام). الجيزة: الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين.

عبد الفتاح، أسماء فتحي. (٢٠٢٠). فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في تحسين الصمود النفسي لدى الطلاب ذوي الإعاقة الجسمية والصحية (الإصابة بمرض السكري) في مرحلة التعليم الأساسي. المجلة التربوية، كلية التربية - جامعة سوهاج، (٧٤)، ٩-٤٠.

عبد الله، أيمن سالم. (٢٠١٨). مقياس تقدير المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للأسرة المصرية. مجلة كلية التربية بنها، ٢ (١١٦)، ٢٤٥-٢٨٣.

عزب، حسام الدين محمود؛ ومحمد، صابر فاروق؛ وجمال الدين، وائل أحمد. (٢٠١٨). الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة للأطفال. مجلة الإرشاد النفسي - جامعة عين شمس، ٥٤، ٤٥١-٤٧٦.

عفاف، مهداوي. (٢٠١٤). اضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال المصابين بالسرطان "دراسة ميدانية بمصلحة الأم والطفل بالقطب الصحي الباز ولاية سطيف". رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية - جامعة المسيلة.

عليوة، سهام علي عبد الغفار. (٢٠١٩). فعالية برنامج علاجي بالتقبل والالتزام في تنمية الشفقة بالذات لتخفيف الإجهاد المدرك والضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضى الصرع. مجلة التربية الخاصة، كلية علوم الإعاقة والتأهيل - جامعة الزقازيق، ٢٦، ١٣٦-٢٣٨.

الفاقي، أمال إبراهيم عبد العزيز. (٢٠١٦). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال الأوتيزم. مجلة الإرشاد النفسي - جامعة عين شمس - مركز الإرشاد النفسي، ٤٧، ٩٣-١٣٦.

محمد، رأفت. (٢٠١٠). برنامج مقترح من منظور العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد لتحسين مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، مصر، ٢٨ (١)، ٣٥-٨٦.

مراد، مروة مراد حسني. (٢٠٢٣). برنامج قائم على العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية التعاطف مع الذات لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد وأثره على خفض الإجهاد النفسي المدرك لديهم. دراسات في الطفولة والتربية - جامعة أسيوط، ١ (٢٧)، ٤٥٧-٥٥١.

المرصد الصحي العالمي. (٢٠٢٣). موجز إحصائيات مصر "الإحصائيات الرئيسية وفقاً لمنظمة الصحة العالمية". إقليم شرق المتوسط.

المطيري، سلوى مشعان. (٢٠٢٣). فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون بدولة الكويت. *مجلة كلية التربية - جامعة عين شمس،* ١ (٤٧)، ٤٣٧-٤٧١.

منصور، محمد منصور. (٢٠٢٠). المشكلات التي تواجه أسر مرضى الفشل الكلوي ودور الخدمة الاجتماعية في التخفيف من حدتها. *رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود.*

منظمة أطباء العالم للكوادر العاملة بوحدات طب الأسرة. (٢٠١٨). *الدليل التدريبي "مشروع تعزيز وصول اللاجئين والمهاجرين والمجتمع المحلي لخدمات الصحة النفسية"*. القاهرة: مشروع ممول بالمشاركة بين منظمة أطباء العالم بفرنسا.

Akbarian, F., Bajoghli, H., Haghighi, M., Kalak, N., Holsboer-Trachier, E., & Brand, S. (2015). The effectiveness of cognitive behavioral therapy with respect to psychological symptoms and recovering autobiographical memory in patients suffering from post-traumatic stress disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, (11), 395-404.

Ali, M. (2012). *The instructor's manual aeron beck on cognitive therapy with aaron t. Beck, M.D*, Published by Psychotherapy.

Alonso, M. A., Lopez, A., Losada, A., & González, J. L. (2013). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for older people with chronic pain: a pilot study. *Behavioral Psychology Psicología Conductual*, 21(1), 59-80.

Al-Sofyani, H. H., & Al-Rfei, Y. A. (2023). The Effectiveness of Online Counselling Program Based on the Acceptance and Commitment to Improve Post-Traumatic Growth among Females Recovered from Corona Virus Disease (Covid-19): An Experimental study in Jeddah. *Journal of Educational and Psychological Sciences*, 7(20), 155-172.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *"Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders (DSM-5tm)"*. Washington, DC: American Pavchiatric Publishing.

Arch, J. J., & Mitchell, J. L. (2016). An acceptance and commitment therapy (ACT) group intervention for cancer survivors experiencing anxiety at re-entry. *Psycho-Oncology*, 25(5), 610-615.

Baranoff, J. A., Hanrahan, S. J., Burke, A. L., & Connor, J. P. (2016). Changes in acceptance in a low-intensity, group-based acceptance and commitment therapy (ACT) chronic pain intervention. *International journal of behavioral medicine*, 23(1), 30-38.

Beck, A., & Clark, A. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders Science and Practice*. New York: The Guilford Press.

Beckham, E. C., & Beckham, D. H. (2006). *Coping with Trauma and Post Traumatic Stress Disorder*. A Personal Guide to Coping. Chapter 11-Coping with Trauma and Post Traumatic Stress Disorder.

-
- Bendelin, N., Björkdahl, P., Risell, M., Nelson, K. Z., Gerdle, B., Andersson, G., & Buhrman, M. (2020). Patients' experiences of internet-based Acceptance and commitment therapy for chronic pain: a qualitative study. *BMC musculoskeletal disorders*, 21, 1-12.
- Bennett, R., & Oliver, J. E. (2019). *Acceptance and Commitment Therapy: 100 Key Points and Techniques*. Routledge.
- Blonna, R. (2011). *Maximize your coaching effectiveness with acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergström, K., Gordh, T., Hursti, T., & Andersson, G. (2013). Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 51(6), 307-315.
- Casey, M. B., Smart, K., Segurado, R., Hearty, C., Gopal, H., Lowry, D., & Doody, C. (2018). Exercise combined with acceptance and commitment therapy (ExACT) compared to a supervised exercise programme for adults with chronic pain: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19(1), 1-14.
- Datta, A., Aditya, C., Chakraborty, A., Das, P., & Mukhopadhyay, A. (2016). The potential utility of acceptance and commitment therapy (ACT) for reducing stress and improving wellbeing in cancer patients in kolkata. *Journal of Cancer Education*, 31(4), 721-729.
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., & Colket, J. T. (1995). *Davidson Self-Rating PTSD Scale*. Available from Multi-Health Systems, Inc. 908 Niagara Falls Boulevard, North Tonawanda, NY, 14120.
- Dunning, G. L. (2016). Acceptance and commitment therapy with chronic pain patients: using a Delphi study to gather an expert consensus on client language in relation to psychological flexibility (*Doctoral dissertation*), University of Leeds.
- Dzугan, E. (2018). Exploring the effects of individualized acceptance and commitment therapy on children and adolescents' In-class behaviors and psychological flexibility (*Doctoral dissertation*), Saint Louis University.
- Eghrari, E., Bayazi, M. H., & Rajayi, A. R. (2021). Comparative study of the effect of two intervention methods of group therapy based on Acceptance and Commitment and Group Intervention of Emotional regulation on glycosylated hemoglobin and quality of life in patients with type 2 diabetes. *Journal of Health and Care*, 23(1), 88-100.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ellis, A. (2004). *Rational emotive behavior therapy: It works for me*. it can work for you, London: Prometheus Books.
- Firdos, S., & Amanullah, M. (2018). Understanding impact of counselling on mothers of special needs children: A case study approach. *The International Journal of Indian Psychology*, January-March, 6(1), 60-68.
- Flaxman, P. E., Blackledge, J. T., & Bond, F. W. (2010). *Acceptance and commitment therapy: Distinctive features*. Rutledge.
-

-
- Fontanari, J. F., Bonniot-Cabanac, M. C., Cabanac, M., & Periovsy, L. I. (2012). A structural model of emotions of cognitive dissonances. *Neural Network*, 32, 57-64.
- Forman, E., & Herbert, J. (2019). *Acceptance and commitment therapy: similarities and differences with cognitive therapy (Part 1)*.
- Garbarino, J., Governale, A., Henry, P., & Nesi, D. (2015). Children and terrorism. Social Policy Report. *Society for Research in Child Development*. 29(2), 1-39.
- Ghasemi, F., Dehghan, F., Farnia, V., Tatari, F., & Alikhani, M. (2016). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on life expectancy of female cancer patients at Tehran's Dehshpour Institute in 2015. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(8), 4113-4116.
- Goldstein, B., Bradley, B., Ressler, K. J., & Powers, A. (2017). Associations between posttraumatic stress disorder, emotion deregulation, and alcohol dependence symptoms among inner-city Female, *Journal of Clinical Psychology*, 73(3), 319-330.
- Goleg, F. A., Kong, N. C., & Sahathevan, R. (2014). Dialysis-treated end-stage kidney disease in Libya: epidemiology and risk factors. *Int Urol Nephron*, 46(8), 1581-1587.
- Greco, L. A., & Hayes, S. C. (2008). *Acceptance & mindfulness treatments for children & adolescents: A practitioner's guide*. New Harbinger Publications.
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* Guilford Press.
- Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2011). The evolution of cognitive behavior therapy. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy. *Understanding and applying the new therapies*, 3-25.
- Hodgson. J. (2016). *Integrating acceptance and commitment therapy with self-compassion focused therapy: An intervention for people struggling with a herpes simplex virus diagnosis*. Widener University.
- Hoge, E. A., Bui, E., Palitz, S. A., Schwarz, N. R., Owens, M. E., Johnston, J. M., ... & Simon, N. M. (2013). The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *JAMA Internal Medicine*, 173(4), 300-306.
- Hooper, N., & Larsson, A. (2015). *The research journey of acceptance and commitment therapy (ACT)*. Springer.
-

-
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical journal of pain, 26*(5), 393-402.
- Kowalkowski, J. (2012). The impact of a group-based acceptance and commitment therapy intervention on parents of children diagnosed with an autism spectrum disorder. *PHD, Dissertation, Eastern Michigan University.*
- Larmar, S., Wiatrowski, S., Lewis-Driver, S. (2014). Cceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *Journal of Service Science and Management, 7*, 216-221.
- Lassen, E. (2010). The effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety in people with psychosis. *PHD, California Institute of Integral Studies.*
- Levin, M. E., Krafft, J., Davis, C. H., & Twohig, M. P. (2021). Evaluating the effects of guided coaching calls on engagement and outcomes for online acceptance and commitment therapy. *Cognitive Behavior Therapy, 1-14.*
- Lewin, R. K., Acuff, S. F., Berlin, K. S., Berman, J. S., & Murrell, A. R. (2021). Group-based acceptance and commitment therapy to enhance graduate student psychological flexibility: Treatment development and preliminary implementation evaluation. *Journal of American College Health, 1-10.*
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry, 63*(7), 757-766.
- Lisa, H., & Edna, B. (1998). *Post-traumatic Stress Disorder*. Allegheny University of the Health Sciences, Philadelphia: PA, USA.
- Lundgren, T., Dahl, J., & Hayes, S. C. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science, 7*(1), 21-32.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behavior Research and Therapy, 42*(4), 477-485.
- McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior research and therapy, 49*(4), 267-274.
- McKinnon, S. A. (2017). The effects of acceptance and commitment therapy on cognitive fusion and psychological well-being among distressed newly diagnosed breast cancer patients (*Doctoral dissertation*), San Diego State University.
- Najafi, I. (2009). Peritoneal Dialysis in Iran and the Middle East. *Peritoneal Dial, Int, 29*, 217-221.
- National Center for War. (2008). *Post-Traumatic stress disorder (PTSD) and war-related stress*. Canda: Published by Minister of Veterans Affairs, ISBN: 0-662-42626-6.
-

- Pankey, J., & Hayes, S. C. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 311-328.
- Pochop, J. A. (2011). Acceptance and commitment group therapy for older women with chronic pain (*Doctoral dissertation*). Saint Mary's College of California.
- Poddar, S., Sinha, V., & Urbi, M. (2015). Acceptance and commitment therapy on parents of Childr and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *International Journal of Education and Psychological Resorearches*, 1(3), 221-225.
- Rosen, G., & Frueh, C. (2010). *Clinician's Guide to Posttraumatic Stress Disorder*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.
- Schmitt, L., Avec la collaboration de Sagodi, A., Rieu, J., Velut, N., & Bui, E. (2010). *Premiers pas en psychotherapie Petit manuel du psychotherapeute*. Paris: Elsevier Masson.
- Servant, D. (2009). *La Relaxation: Nouvelles Approches. Nouvelles Pratiques. Collection Pratiques En Psychotherapie*. Paris: Elsevier Masson.
- Slevison, M. (2013). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for worry and rumination. (*Doctoral dissertation*), RMIT University.
- Strosahl, K. (2002). Acceptance and commitment therapy. *Editors-in-Chief, 1*.
- Taheri, A. A., Foroughi, A. A., Mohammadian, Y., Ahmadi, S. M., Heshmati, K., Hezarkhani, L. A., & Parvizifard, A. A. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain acceptance and pain perception in patients with painful diabetic neuropathy: A Randomized Controlled Trial. *Diabetes Therapy*, 1-14.
- Tedesch, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). *Posttraumatic Growth: Conceptual Foundation and Empirical Evidence*. Philadelphia ,PA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Thompson, B. L., Twohig, M. P., & Luoma, J. B. (2021). Psychological flexibility as shared process of change in acceptance and commitment therapy and exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A single case design study. *Behavior Therapy*, 52(2), 286-297.
- Tompkins, M. (2004). *Using homework in psychotherapy: Strategies, guidelines, and from*. New York: The Guilford press.
- Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Veehof, M. M., & Schreurs, K. M. (2015). Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy: a randomized controlled trial. *Journal of behavioral medicine*, 38(1), 66-80.
- Twohig, M. P., & Crosby, J. M. (2010). Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for problematic internet pornography viewing. *Behavior Therapy*, 41(3), 285-295
- Van Ee, E., Kleber, R., & Mooren, T. (2012). "War trauma lingers on associations between maternal post-traumatic stress disorder parent-child interaction, and child development". *Infant Mental Health Journal*, 33(5), 459-468.

- Vowles, K. E., & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: A study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 397-407.
- Webster, M. (2011). Introduction to acceptance and commitment therapy. *Advances in psychiatric treatment, 17*(4), 309-316.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1995). *Assessing psychological trauma and (PTSD): Practitioners Handbook*. New York: Revised.
- Wicksell, R. K., Olsson, G. L., & Hayes, S. C. (2010). Psychological flexibility as a mediator of improvement in Acceptance and Commitment Therapy for patients with chronic pain following whiplash. *European Journal of Pain, 14*(10), 1059-1071.