



جامعة المنصورة
كلية التربية



**فعالية برنامج سلوكي جدي في خفض اضطراب
كرب ما بعد الصدمة وأثره على تنظيم الذات
لدى أمهات أطفال متلازمة أشر**

إعداد

د. / كريم منصور عسران

أستاذ مساعد الصحة النفسية
قسم الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة المنصورة

مجلة كلية التربية - جامعة المنصورة

العدد ١٢٦ - إبريل ٢٠٢٤

فعالية برنامج سلوكي جدلي في خفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة وأثره على تنظيم الذات لدى أمهات أطفال متلازمة أشر

د. / كريم منصور عسيران

أستاذ مساعد الصحة النفسية

قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة المنصورة

ملخص

استهدف البحث التحقق من مدى فعالية برنامج سلوكي جدلي في خفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة وأثره على تنظيم الذات لدى أمهات الأبناء ذوي متلازمة أشر. تكونت عينة البحث من (6) أمهات تراوحت أعمارهن من (30 - 47) سنة بمتوسط عمر زمني (37,5) سنة وانحراف معياري (6,091) لأبناء ذوي متلازمة أشر، حيث تراوحت أعمارهم من (11 - 14) سنة بمتوسط زمني (12,17) سنة، وتم تشخيصهم من قبل مؤسسة زايد العليا لأصحاب الهمم بدولة الإمارات العربية المتحدة. طُبق على عينة الدراسة من الأمهات مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة ومقياس تنظيم الذات والبرنامج السلوكي الجدلي (إعداد الباحث). وقد أسفرت نتائج البحث عن: وجود فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة تجاه القياس البعدي عند مستوى (0,05)، عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في جميع أبعاد المقياس، وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس تنظيم الذات عند مستوى (0,05) تجاه القياس البعدي عند مستوى (0,05) الانفعالي، عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على بعدي التنظيم المعرفي والتنظيم السلوكي لمقياس تنظيم الذات، ووجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب الدرجات على بعد التنظيم الانفعالي ودرجة المقياس الكلية عند مستوى دلالة (0,05) تجاه القياس البعدي، بلغ حجم تأثير برنامج الدراسة على خفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى أمهات المجموعة التجريبية من (0,826 - 0,904).

الكلمات المفتاحية: البرنامج السلوكي الجدلي - اضطراب كرب ما بعد الصدمة - تنظيم الذات - متلازمة أشر.

Abstract

The research aims to verify the effectiveness of a dialectical behavioral program in reducing PTSD and its impact on self-regulation among mothers of children with Usher Syndrome. The research sample consists of (6) mothers whose ages ranged between (30-47) years, with mean (37.5) years and SD (6.091), their children with Usher Syndrome, whose ages ranged between (11-14) years with mean (12.17) years, are diagnosed through Zayed Higher Regulation for Determined People in the United Arab Emirates. The study tools are PTSD Scale, Self-Regulation scale, and the dialectical behavioral program (prepared by the researcher). The results are: There're statistically significant differences between the mean ranks of the experimental group's scores in the pre- and post-measurements on the PTSD scale for the post-measurement at (0.05). There

are no statistically significant differences between the mean ranks of the experimental group's scores in the post and follow-up measurements in all dimensions of the scale. There are statistically significant differences between the mean ranks of the experimental group's scores in the pre- and post-measurements on the self-regulation scale at (0.05) for the post-measurement, except for the emotional regulation dimension. There are no statistically significant differences between the mean ranks of the experimental group's scores in the post and follow-up measurements on the cognitive regulation and behavioral regulation, and there're statistically significant differences between the mean scores on the emotional regulation dimension and the total scale score at (0.05) for the post-measurement. The effect of the program on reducing post-traumatic stress disorder among the mothers of the experimental group is approximately between (0.826- 0.904).

Key Words: dialectical behavioral -post-traumatic stress disorder- self-regulation- Usher syndrome.

مقدمة:

تعد متلازمة أشر (USH) من أكثر المتلازمات شيوعاً التي تؤدي إلى الصمم والعمى؛ مما تحد من قدرة المعاق على المشاركة في الحياة العادية أو ممارسة الأنشطة الاجتماعية بشكل سوي. ويسبب هذا الاضطراب الوراثي المتتحي ضائقة نفسية للمعاق ولذويه نتيجة الاحتياجات غير الملابة والخوف المستمر من التعرض للمخاطر، وتكشف دراسات عدة عن صعوبة وسوء نوعية حياة متلازمة أشر وأسرهم نظراً لما يعانونه من ضغوط نفسية وحالة من الإحباط الشديد المصاحب بالتوتر النفسي المزمن والشعور بالعداء (Wills, 2022, 268).

وتعاني أمهات الأطفال ذوي الإعاقة خاصة أصحاب المتلازمات النادرة من مشاعر الضيق المستمرة والاكتئاب والقلق والشعور بالذنب والندم، خاصة أن نتائج دراسة (Yang & Rettig, 2023) أشارت إلى عدم ارتباط العصاب الصدمي والضغوطات التي تعاني منها الأسرة بخصائص الطفل وإعاقة فحسب، بل ترتبط بنقص الوعي حول إعاقة الابن ونقص مهارات التعامل والتكيف مع مقتضيات العوق واحتياجات الطفل، فضلاً عن العبء المالي ونقص الدعم المعنوي، ومع تزايد التحديات وفي ظل التعب والإنهاك المستمرين تفقد الأسرة السيطرة على الانفعالات وضبطها وتفقر مهارات التنظيم الذاتي.

ويبرز عكاشة (٢٠٠٨، ١٤٩) أهمية الدعم الاجتماعي المتمثل في تقديم التوجيهات الإرشادية والبرامج العلاجية لأسر الأطفال ذوي الإعاقات والمتلازمات لتخفيف تأثير ضغوط الوالدين ومعاناتهم من مشاعر الاكتئاب والصدمة ووصمة العار واللوم، باعتبار البرامج الإرشادية المقدمة الوسيط والدايم الذي يقلل من المشاعر السلبية التي تسببها الأحداث المجهدة. ويعد المدخل السلوكي الجدلي من أنسب الوسائل الإرشادية المقدمة التي تساعد أسرة الطفل المعاق على اكتساب مهارة إعادة تغيير البناء المعرفي والأفكار السلبية والتقييمات السلبية عن الذات والتركيز على الحاضر والتخطيط لمستقبل أفضل.

مشكلة البحث:

متلازمة أشر اضطراب وراثي متتحي يرتبط بـ (١١) جين مسؤول عن إنتاج البروتينات المتعلقة بصحة الجهاز الحسي للعين والأذن والجهاز الدهليزي، وسُميت على اسم طبيب العيون

الاسكتلندي تشارلز أشر، وعلى الرغم من ندرتها إلا أنها مدمرة لأولئك الذين يصابون بها ولذويهم. ويوجد ثلاثة أنواع سريرية لهذه المتلازمة: الصمم الشديد إلى العميق (Severe) عند الولادة ويتميز هذا النوع بالظهور المبكر لفقدان البصر بسبب التهاب الشبكية الصبغية، أما النوع الثاني يتميز بفقدان السمع الخفيف إلى الشديد وبعض الأدلة على فقدان البصر في سنوات المراهقة، ويشمل النوع الثالث فقدان السمع التدريجي والمشاكل الدهليزية المحتملة وفقدان البصر التدريجي (Feinberg, 2020, 1).

ومن خلال الدراسات المرتبطة وخبرة الباحث بالمجال تعاني أسر الأطفال المصابون بهذه المتلازمة من مستويات عالية من التوتر والقلق والشعور بالوم، أو ما يُعرف باضطراب كرب ما بعد الصدمة الناتج عن تعرض الطفل وأسرته إلى حدث صدمي بسبب فقد الطفل حاسة السمع يليه مشكلات الإبصار، ويصاحب ذلك الحادث الصدمي مشكلات وضغوطات أسرية كالاخلافات الزوجية والرفض والفشل والتعثر المادي ونقص الدعم المعنوي والطلاق. فإذا استطاع غالبية الأفراد القدرة على التعامل (Coping) مع الموقف الضاغط، فهناك احتمال أن قدراتهم التكيفية هشة وعاجزة عن مواجهة الضغوط الصدمية (Samantha & Rebecca, 2019, 18).

ويظهر اضطراب كرب بعد الصدمة كرد فعل متأخر أو ممتد زمنياً لحدث حياتي شديد الإجهاد يحمل صفة التهديد كإعاقة الطفل، خاصة في ظل عوامل مرسبة للزلمة مثل سمات الشخصية الواهنة أو القهرية. وقد يترك الاضطراب أثراً في تكامل النسيج النفسي للشخص. ويلعب الاستعداد الشخصي للفرد دوراً أساسياً في تحديد احتمال حدوث وتشكيل مظاهر اضطرابات التوافق. وقد تأخذ السمة الأساسية شكل اختلال في أي من الانفعالات الأخرى أو السلوك، ويؤثر ذلك سلباً على قدرة الفرد في تنظيم أفكاره ومشاعره وسلوكياته لتحقيق أهدافه الذاتية واتخاذ القرارات المناسبة (Bembenutty, 2018, 73).

وأكدت الدراسات الحديثة (e.g. Taylor, 2014; Cohen & Wills, 2015; Yang & Ahmed, 2022) على ضرورة استخدام التدخلات العلاجية والإرشادية في خفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة ومشاعر الاكتئاب والقلق والمعتقدات السالبة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقات والمتلازمات خاصة النادرة منها، وتسبب هذه المشاكل والانفعالات والاضطرابات النفسية التي يتعرض لها الوالدان إلى تدني قدراتهم على الإدراك الواعي الذاتي بالمواقف والأحداث وانخفاض تقدير إمكانياتهم الحقيقية ومدى طاقاتهم الشخصية ومتطلبات الحياة اليومية وطموحاتهم المستقبلية الخاصة بهم وبالابن المعاق.

وفي حال تدخل البرامج الإرشادية المناسبة وإثبات فعاليتها في خفض الاضطرابات النفسية ومشاعر الاكتئاب والقلق والخزي والإحراج ومستويات إجهاد الوالدين الناتجة من إصابة الابن بمتلازمة أشر يتحقق الهدف المرجو منها. ويعد المدخل السلوكي الجدلي من أنسب المداخل الإرشادية لخفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لأسر هؤلاء الأطفال ومساعدة الوالدين خاصة الأم على التخلص من الشعور بالصدمة بصورة متكررة، التذكر اللا إرادي للأحداث، الخدر الانفعالي، والاستثارة الحادة وردود الأفعال المبالغ فيها، الأرق. ومن ثم مساعدة الأم على استعادة التوازن النفسي والانفعالي وتحسين القدرة على تنظيم الذات. ويمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس: ما فعالية برنامج سلوكي جدلي في خفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة وأثره على تنظيم الذات لدى أمهات أطفال متلازمة أشر؟. ويتفرع منه التساؤلات الفرعية التالي:

١. هل يختلف متوسطي رتب المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة في التطبيقين القبلي والبعدي؟

٢. هل يختلف متوسطي رتب أمهات المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة في التطبيقين البعدي والتتبعي؟
٣. هل يختلف متوسطي رتب أمهات المجموعة التجريبية على مقياس تنظيم الذات في التطبيقين القبلي والبعدي؟
٤. هل يختلف متوسطي رتب أمهات المجموعة التجريبية على مقياس تنظيم الذات في التطبيقين البعدي والتتبعي؟
٥. ما حجم تأثير البرنامج التدريبي في خفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية؟

أهداف البحث: يهدف البحث الحالي إلى:

١. دراسة فعالية برنامج الدراسة في خفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى أمهات المجموعة التجريبية.
٢. تحديد أثر خفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة على تحسين تنظيم الذات لدى أمهات أطفال متلازمة أشر.

أهمية البحث: تتمثل أهمية البحث في:

١. ندرة الأبحاث والدراسات العربية في حدود علم الباحث_ التي تناولت متلازمة أشر وضغوطاتها ومشكلاتها لدى أسرة الابن المصاب بها.
٢. تفعيل نتائج الدراسة في خفض المشاعر والانفعالات السالبة المصاحبة لمتلازمة أشر وتنمية تنظيم الذات لدى ذوي الأبناء المصابين بهذه المتلازمة.

المفاهيم الإجرائية للبحث:

١. **البرنامج السلوكي الجدلي:** يعرفه الباحث إجرائياً بأنه "مجموعة من التدخلات والإجراءات التنفيذية المنظمة التي توجهها المعايير الأخلاقية للتدخلات النفسية ذات الطبيعة التطبيقية التي تنطلق من مبادئ وأسس التفكير الجدلي والعلاج المعرفي السلوكي بهدف تخفيف المعاناة من الكرب النفسي والخلل في التنظيم المعرفي والحساسية الانفعالية اعتماداً على إحداث التوازن بين خطط التقبل والالتزام وخطط التغيير الإيجابي لدى أمهات المجموعة التجريبية.
٢. **اضطراب كرب ما بعد الصدمة:** يعرفه الباحث إجرائياً بأنه "اضطراب ينتج عن تعرض الأسرة وخاصة الأم إلى صدمة نفسية شديدة نتيجة إصابة الابن بمتلازمة أشر، وهو رد فعل شديد ومتأخر للضغط عادة ويتميز باستمراريته وإعادة خبرة الحدث الصادم والتجنب المتواصل للمثيرات المرتبطة بالصدمة، ويؤثر ذلك سلباً على سلامة الفرد نفسياً واجتماعياً وفعالياً.
٣. **تنظيم الذات:** يعرفه الباحث إجرائياً بأنه "عملية نشطة تظهر قدرة الفرد على ضبط وإحداث تغييرات في سلوكه وفي البيئة المحيطة به من أجل تحقيق أهدافه، وذلك من خلال مهارات محددة تتمثل في التخطيط ومراقبة وتقييم وتعزيز الذات وتحديد أهداف واضحة المعالم تتعلق بحاضر ومستقبل الابن وصولاً إلى حياة أفضل.
٤. **متلازمة أشر:** يعرفه الباحث بأنه "اضطراب وراثي متنحي يسبب الصمم للفرد ثم ضعف البصر فالعمى، وسُمي نسبة لطبيب العيون الاسكتلندي "تشارلز أشر"، وتنتشر هذه المتلازمة بنسبة (١٨-٣٠%) من بين الأطفال المولودين بفقد السمع الخلقي، وتظهر هذه المتلازمة في ثلاث أنواع سريرية وفقاً لدرجة الشدة والإصابة. وتختص الدراسة الحالية بالنوع الثاني من المتلازمة، والذي يعد الأكثر شيوعاً حيث يتسم بفقدان السمع الخفيف إلى الشديد عند الولادة، مع عدم وجود مشكلات في التوازن وبعض الأدلة على فقدان البصر في سن المراهقة كالتهاب الشبكية الصبغي.

إطار نظري ودراسات سابقة:

أولاً: متلازمة أشر واضطراب كرب ما بعد الصدمة Usher Syndrome:

ظهرت متلازمة أشر استمراراً لبحث أجراه ألبريشت جريف وريتشارد ليبيريش في أواخر خمسينات القرن التاسع عشر، حيث أجرى طبيب العيون الاسكتلندي تشارلز أشر مسحاً لـ (٦٩) شخصاً أصماً يعانون أيضاً من ضعف البصر، وحدد المتلازمة كمرض وراثي وعلى الرغم من ندرة حدوثها، حيث يبلغ معدل الإصابة بها حوالي (١) من (٦٠٠-٢٠٠٠)، إلا أنها مدمرة لأولئك المصابين بها، حيث يعاني (٥٠%) من جميع الأشخاص الصم/ المكفوفين من متلازمة أشر (Feinberg, 2020, 2).

وعلى الرغم من ندرة البحوث والدراسات العربية التي تناولت متلازمة أشر، إلا أن الباحث اعتمد على المصادر الأجنبية في دراسة المتلازمة وأسبابها وأنواعها الرئيسية والفرعية وتداعيتها على المصاب بها وأسرته. تعد متلازمة أشر جين ولانجاب طفل لا يعاني من متلازمة أشر. وقد يكون الوالدان لديهم سمع ورؤية طبيعيان ولا يعرفون أنهم يحملون جين متلازمة أشر، ونظراً لعدم دراسة تاريخ العائلة والتقييمات الجينية يصعب تحديد الجين المسبب للإصابة بمتلازمة أشر (Hogner, 2021, 187).

وصنف (Wahlqvist, et al., 2019, 207-208) متلازمة أشر إلى ثلاثة أنواع سريرية. يتسم النوع الأول بالصمم الشديد إلى العميق عند الولادة وتأخر التطور في المهارات الحركية ومشاكل الدهليز والظهور المبكر لفقدان البصر، وهناك سبعة أنواع فرعية متميزة من (IA) إلى (IG) ويُقدر إصابة هذا النوع بنسبة (٤) من كل (١٠٠٠) شخص. ويتصف النوع الثاني بفقدان السمع الخفيف إلى الشديد عند الولادة وعدم وجود مشاكل في التوازن ومؤشرات لفقد البصر في سنوات المراهقة.

ويتصف النوع الثاني من متلازمة أشر بفقدان السمع الخفيف إلى الشديد عند الولادة، ويتسم هذا النوع بعدم مشكلات في التوازن، وبعض الأدلة على فقدان البصر في سن المراهقة مثل التهاب الشبكية الصبغية، ويحتوي هذا النوع على ثلاثة أنواع فرعية (IIA- IIB- IIC) ويُعتقد أن هذا النوع الأكثر شيوعاً لمتلازمة أشر. أما النوع الثالث من هذه المتلازمة يشمل الفقدان التدريجي للسمع والبصر والمشاكل الدهليزية المحتملة. ويوجد حالياً (١١) جيناً معروفاً مرتبطاً بمتلازمة أشر تصنع البروتينات وتلعب دوراً كبيراً في تكوين وصحة الجهاز الحسي للعين والأذن. ويمكن تشخيص هذه المتلازمة من خلال فحص شبكي شامل في مؤخرة العين باستخدام جهاز تخطيط كهربية الشبكية (ERG) لقياس الاستجابات الكهربائية لخلايا العين الحساسة للضوء، وهذا الاختبار لا يمكن إجراؤه على الأطفال الصغار، ولعل هذا من أهم أسباب تأخر تشخيص هذه المتلازمة (نفس المرجع السابق، ٢٠٩).

ويحدث الفقدان التدريجي للبصر لدى المصاب بمتلازمة أشر بسبب جين متحور في شبكية العين لا ينتج البروتين؛ مما يترتب عليه التهاب الشبكية الصبغية (RP) الذي يؤثر على طبقة الأنسجة الحساسة للضوء في مؤخرة العين، ويبدأ مرضى هذه المتلازمة بفقدان رؤيتهم الليلية وتبدأ الرؤية المحيطية في الضيق؛ مما يؤدي إلى الرؤية النفقية وتدرجياً يُصاب المريض بالعمى التام (Feinberg, 2022, 3).

ويصاحب النوع الأول العمى الليلي عادةً عند سن العاشرة، حيث يبدأ التدهور الملحوظ في المجال البصري، مع مضاعفات اعتمام عدسة العين في العقد الثاني أو الثالث من العمر. ويعاني العديد من مصابي متلازمة أشر في منتصف سن المراهقة من التهاب الشبكية الصبغية ولا يستطيعون القيادة أو القيام بأشياء تتطلب مجالاً بصرياً كاملاً، لذا نجد العديد من المصابين بهذه

المتلازمة مكفوفين قانونيًا بحلول مرحلة البلوغ المبكرة، وقد يحتفظ البعض منهم ببعض الرؤية المركزية طوال حياتهم في متلازمة أشر من النوع الأول (Wahlqvist, et al., 2019, 210). وتظهر متلازمة أشر من النوع الثاني على أنها ضعف سمع حسي عصبي منحدر من متوسط إلى شديد، ويمكن أن يُظهر النوع الفرعي (IIA) فقدان السمع التدريجي غير الموجود في تعبيرات النوع الثاني الأخرى، وقد يحتاج هؤلاء الأطفال إلى زراعة القوقعة مع تقدم فقدان السمع لديهم. أما في النوع الثالث من المتلازمة لا يكون ضعف السمع موجودًا عند الولادة، ولكن قد يتفاقم الأمر مع مرور الوقت فيتأخرون في الجلوس من (٩-١٢) شهرًا بدلًا من (٧) أشهر، ومن ثم لا يمشون مبكرًا إلا في عمر (١٨) شهر، ومنهم من يمشي عند بلوغ (٣٠) شهر، فعادة ما يكون لديهم توازن ضعيف وحركة غير متسقة (نفس المرجع السابق، ٢١٠).

ويشير (Mathew, et al., 2020, 193) إلى معاناة الأطفال المصابين بمتلازمة أشر ببعض الاختلالات المعرفية وصعوبة التعامل مع التسلسلات وانخفاض استرجاع الذاكرة لديهم وقدرة منخفضة على استيعاب مفهوم كامل، مع عدم وجود علاج حاليًا لهذه المتلازمة، لذا يعد التحديد والتدخل المبكر لفقدان السمع والبصر من أفضل التوجهات العلاجية مع هذه المتلازمة، حيث يوصي بتلقي الطفل المصاب تقييمات سمعية إذا انخفض سمعه في نطاق شديد إلى عميق وإمكانية غرس قوقعة صناعية في أقرب وقت مع بدء العلاج اللغوي أو السمعي اللفظي بشكل منظم. وتأخذ حياة الوالدين منعطفًا جذريًا بمجرد الانتهاء من تشخيص الابن بإصابته بهذه المتلازمة، حيث تتحطم أحلامهم وآمالهم الخاصة بطفلهم بالإضافة إلى اضطراب مشاعرهم والإحساس بالصدمة والندم واللوم والقلق فيما يتعلق بمستقبل الابن، فضلًا عن نقص الوعي حول إعاقة الطفل وقد يزداد الأمر تعقيدًا مع ظهور الضغوطات الناتجة عن الخلافات الزوجية وغياب وقت الفراغ والتوترات والنزاعات داخل الأسرة (عبد الله، ٢٠١٤، ٦١).

وتشير نتائج دراسة (Hitlin & Elder, 2020) إلى ارتفاع نسبة تفكك أسر الأطفال ذوي الإعاقة لتصل لـ (٥٧,٨%) بسبب النزاعات الأسرية والعبء المادي والمعنوي ونقص الدعم، حيث يتعرض آباء الأطفال المعاقين لمستويات أعلى من الضغط الأبوي مقارنة بالآباء لأطفال غير معاقين، بسبب التجارب الصدمية التي يمرون بها عند فقدان ابنهم لحاسة؛ مما تتأثر أفكارهم ومشاعرهم سلبيًا، وينتابهم الإحساس بالنقص والعجز والندم وقصور في المشاعر الوجدانية سواء بين الوالدين أو مع الطفل، وهذا ما يُعرف باضطراب كرب ما بعد الصدمة.

ثانيًا: اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى أمهات ذوي متلازمة أشر:

اضطراب كرب ما بعد الصدمة هو اضطراب ضغطي يلي الصدمة يحدث بعد تجارب عصبية، يُصاب بها الأشخاص الذين تعرضوا لحوادث صدمية تتمثل هنا في الدراسة الحالية في وجود طفل معاق في الأسرة، حيث الإرباك والقلق والتعبير عن الصدمة بعبارات عدم التصديق وعدم معرفة كيفية التصرف في مثل هذا الموقف، كذلك نكران وجود إعاقة الابن كنوع من الهروب من حقيقة إصابته بالإعاقة، ويمتد ليشمل المعاناة من الاستثارة الدائمة ويؤثر هذا الاضطراب على النواحي الاجتماعية والاقتصادية والمهنية للأسرة (شقيير، ٢٠١٦، ١٤١).

ويظهر اضطراب كرب بعد صدمة (PTSD) كرد فعل متأخر أو ممتد زمنيًا لحدث أو إجهاد ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة وينتظر منه أن يحدث ضيقًا عامًا لأي شخص كوالدي الطفل المعاق وخاصة الأم التي تتحمل العبء الأكبر في الرعاية والتربية والشعور بالندم وتحمل المسؤولية ويزداد الشعور بالاضطراب إن وجدت عوامل مرسية للزملة لكسما الشخصية القهرية الواهنة أو تاريخ سابق للعصاب. وقد تتعرض الأم في كثير من الحالات للطلاق أو الانفصال، مما يؤثر ذلك سلبيًا في تكامل النسيج الاجتماعي ويصاحبه مظاهر اضطرابات التوافق والمزاج الاكتئابية

والقلق والانعزاج؛ ويؤدي ذلك إلى بعض الاختلال في الأداء اليومي والشعور بعدم القدرة على تنظيم وتلبية احتياجات الطفل أو التخطيط للمستقبل (عكاشة وطارق، ٢٠١٩، ٢٨).

وارتبط مستوى التعليم والمهنة والنوع باضطراب كرب بعد الصدمة، حيث أشارت نتائج دراسة (Akbar & Witruk, 2020) لعينة تكونت من (١٠٠) شخصاً من الناجيين من زلزال في مقاطعة بانتول ومن بركان في مقاطعة كانجرينجان سليمان بإندونيسيا إلى وجود فروق بين متوسطي درجات الإناث والذكور خاصة ذوي مستوى التعليم المنخفض منهم على مقياس اضطراب كرب بعد الصدمة تجاه الإناث. وقد أوضح (Lieberman, 2018, 213) أن الأفراد ذوي الإعاقات الحسية المزدوجة وأسرهام خاصة الأم يواجهون في حياتهم اليومية ضغوطاً كثيرة، فالمعاق نفسه نتيجة لفقدانه حاسة البصر أو السمع يشعر بالتهديد الدائم والعجز عن السيطرة على المواقف، وأن فقدانه لأحدى حواسه أو حاستيه معاً من أكثر الصدمات التي يمكن أن تصيب الإنسان، وما قد يترتب عليها من المشاعر السالبة كالقلق والتوتر وفقدان الثقة بالنفس إلخ.

ويأتي الشعور باضطراب كرب بعد صدمة مع تزايد الضغوطات وتفاقم الأحداث الخارجة عن الفرد ووجود المتطلبات الاستثنائية المفروضة عليه تجعله يعيش في مشكلات وصعوبات وتضعه في وضع غير اعتيادي؛ فتسبب له توتراً وتشكل له تهديداً يفشل في السيطرة عليه وينجم عنه اضطرابات نفسية متعددة. وتؤكد العديد من الدراسات (Strauser, et al., 2017; Hamanka, et al., 2020) أن الأفراد ذوي الإعاقات المختلفة يظهرون معدلات أكثر ارتباطاً باضطراب ما بعد الصدمة أكثر من الأفراد العاديين، وأن هناك العديد من العوامل التي تؤثر في اضطراب ما بعد الصدمة مثل النوع وشدّة الإصابة ومدى استمرارية الإعاقة.

ويصاحب اضطراب ما بعد الصدمة ليس مشكلات انفعالية أو ضغوطات نفسية فحسب، وإنما إصابة الفرد بالإعاقة الجسدية الداخلية والخارجية، وهذا ما دلت عليه العديد من الدراسات والأبحاث ذات الصلة، فقد توصلت نتائج دراسات (Vostanis, 2014; Caffo et al., 2018) إلى أن هناك علاقة إيجابية بين مستوى التعرض للخبرات الصادمة ومستوى اضطراب ما بعد الصدمة. ويمكن أن توصف الآثار النفسية الناجمة عن تعرض الابن أو إصابته بإحدى المتلازمات النادرة كمتلازمة أشر على أنها ردود فعل لضغط ما بعد الصدمة والتي يمكن تلخيصها في ثلاث أنواع من الأعراض:

١. استمرار معاودة (إعادة معايشة) الحدث الصادم: وهنا كثيراً ما يستعيد الفرد إلى ذاكرته الأحداث المتكررة الصادمة التي تكون على هيئة ذكريات متكررة ومقحمة، كما يعاني من توتر انفعالي عند تعرضه إلى إشارات ترمز إلى الحدث الصادم.
٢. تجنب المثبرات (الخطر الانفعالي) التي ترتبط بالصدمة: يتضمن هذا التجنب الأفكار والأنشطة والأمكنة التي تذكر بالحدث الصادم، ويشير الخدر الانفعالي إلى تناقص الاهتمام بالآخرين والشعور بالانفصال أو الغربة عنهم، كما قد يكون لديه إحساس بمستقبل غير واعد (كأن لا تسير حياته على نحو عادي أو سوي).
٣. أعراض مستمرة من الاستثارة الزائدة: تتضمن صعوبة الدخول أو مواصلة أنشطة الحياة اليومية، فرط التيقظ، صعوبات في التركيز.

وقد أشارت نتائج العديد من الدراسات إلى أن ذوي المتلازمات النادرة وذوي الإعاقات الحسية المزدوجة والمتعددة يعانون من نقص المهارات الاجتماعية وانخفاض تقدير الذات وعدم الرضا عن الحياة، كذا ينتاب أسرهام مشاعر القلق والتوتر بشأن أبنائهم والخوف والندم والإنكار وعدم الشعور بالأمن النفسي والشعور بالضغوط بمختلف أنواعها، وخاصة الأمهات فتشير نتائج الدراسات الحديثة إلى تأثر الأم بأحداث الإعاقة للابن وأنها أكثر عرضة لإصابتها باضطراب كرب

بعد الصدمة بسبب عوامل عدة منها أنها مصدر الطفل الأول للرعاية والتربية والاهتمام، شعور متزايد بالحزن والأسى على الطفل خاصة مع فقد حاسة تلو الأخرى، وفي كثير من الأحيان يُلقى عليها اللوم في إصابة الابن بالإعاقة (عبد الله، ٢٠١٤، ٧٥).

وتتعدد المداخل النظرية المفسرة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة، إلا أن الباحث يرى مدخلين من أهم المداخل المرتبطة بمتغيرات الدراسة الحالية، وهي نظرية الاستجابة للضغط لرائدها (Horovitz)، فيرى أنه عند مواجهة صدمة ما فإن الاستجابة الأولية يمكن أن تتمثل في الصراخ وتقتصر الاستجابة الثانية على محاولة تمثيل معلومات الصدمة الجديدة، وقد يجد الفرد نفسه عاجزاً عن إيجاد اتفاق تام بين أفكاره وذكرياته عن الصدمة، فيشعر بالتوتر والقلق وتبدأ ميكانيزمات الدفاع النفسية في الظهور لتؤدي دوراً في تجنب ذكريات الصدمة وفرض الحد الذي يمكن عنده استدعاء هذه الذكريات (Steinberg, et al., 2016, 5).

أما نظرية معالجة المعلومات فيها تلعب المكونات المعرفية دوراً في تحديد شدة الحدث الصدمي وخاصة من المنظور الفينومينولوجي أي كيف يدرك الفرد الصدمة وظروفها وتفاعله، فيقدر الصورة المعرفية الإدراكية للصدمة يُكون الفرد الإطار المرجعي عن الحياة لتفسير تلك المواقف، ويشبهه (Taplin, 1981) هذه العملية بالحاسب الآلي لاستقبال البيانات وتشغيلها وفقاً لسابقها من معلومات، وبالمثل عندما يواجه الفرد موقفاً ضاغظاً أو صادماً تكون المعلومات الجديدة إما متنافرة مع البرنامج القائم أو متواترة بكميات هائلة يخبرها الحاسب الآلي على أنها حمل زائد أو سوء توظيف، وهنا ثمة صراخ بين المعلومات الجديدة مع الإطار المعرفي بشأن الموقف الصادم؛ ومن ثم فالعمليات المعرفية تشكل عامل وسيط بين أحداث الرعب واستجابات الأفراد لها (زهران، ١٩٩٧، ٣٣).

من هنا يمكن استنتاج أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة بأنه حالة تعقب الضغوط النفسية التي تفوق الاحتمال نتيجة إصابة الابن بإعاقة سمعية يعقبها إعاقة أو عجز بصري في سنوات لاحقة من عمره، فتنسم هذه الحالة باستعادة أحداث الصدمة في الحلم واليقظة وتجنب كل ما يذكر بها مع استمرار القلق والاكتئاب والاضطراب النفسي عقب الصدمة لفترة طويلة (Trauma)، وهذه الصدمة تسبب جرحاً نفسياً ومشاعر التجنب المتواصل للمثيرات المرتبطة بالصدمة من أفكار أو مشاعر أو أماكن أو أشخاص، ويصاحبها التراخي في القدرة على الاستجابة كصعوبة التذكر والعجز والانعزال وقصور في المشاعر الوجدانية والمعاناة من أعراض الاستثارة الدائمة كصعوبات في النوم والتركيز وازدياد التوتر والتيقظ. وعادة ما يكون هذا الاضطراب بثلاثة مستويات (الحاد- المزمن- متأخر الظهور). ويؤثر هذا الاضطراب بشكل جدي في سلامة الفرد اجتماعياً ونفسياً ومهنيًا.

ويشير (Zoellner & Maercker, 2019, 628) في معظم الحالات يصاحب هذا الاضطراب مشاعر الكآبة والحزن المستمر والقلق والتوتر ونوبات عنيفة من العدوان والتهديد المستمر وعدم التكيف مع الظروف المحيطة وسوء العلاقات الاجتماعية، وفي بعض الحالات الحادة يعاني المضطرب من تصرفات وهمية كسماع أصوات أو شم روائح، ويمكن أن تكون أعراض اضطراب كرب بعد الصدمة (PTSD) قصيرة الأمد سريعة الزوال أو مستمرة لشهور أو لسنوات، ووفقاً لنوع الحدث الصادم وسمات شخصية الفرد المضطرب يستطيع التخلص من هذا الاضطراب، لكن مجملًا يؤثر هذا الاضطراب سلباً على قدرة الفرد في التحكم بسلوكياته وأفكاره وإدارة مشاعره وقدرته على تنظيم الذات.

ثالثاً: تنظيم الذات لدى أمهات ذوي متلازمة أشر:

إذا كانت لا تكتمل سعادة أي أسرة حتى تُرزق بطفل، فبعض الأسر قد تواجه تحدياً كبيراً عندما يكون الأبناء من ذوي الإعاقة؛ مما قد يسبب صدمة للأسرة نتيجة لعدم وعيها الجيد بكيفية التعامل مع الطفل المعاق الذي يصعب عليه فيما بعد الاندماج في الحياة الاجتماعية، خاصة مع نقص الوعي والتوترات والمشكلات التي تواجهها الأسرة خاصة الأم الأكثر شعوراً بالحزن والقلق على مستقبل طفلها، فقد تعجز عن إدارة الذات وترتيب احتياجات وأولويات تربية طفلها وإدارة شؤون الأسرة (خطاب، ٢٠١٤، ٤٥).

ويعرف عبد الهادي (٢٠١٨، ٣٧) تنظيم الذات بأنه مجموعة واسعة من العمليات المعرفية والدافعية تجعل الفرد يتصرف بكيفية سوية في المواقف ويتجاهل المشتتات ويتغلب على العقبات ويدير الصراعات بين مختلف الأهداف ويتصرف بمرونة؛ ومن ثم يكون قادراً على التحكم في سلوكه ومشاعره وإدارتها بشكل يشعره بالتحسن وهذه العمليات ضرورية لتنظيم الذات الناجح.

ويحدد (Fitzsimons & Bargh, 2018, 152) العمليات الضرورية لتنظيم الذات الناجح ومنها: الدافعية - المعايير وما تتضمنه من قيم وأخلاق - تحديد الأهداف - التخطيط والقدرة على مراقبة الذات - القدرة على تقييم النتائج وتصحيحها للاستمرار في تحقيق الهدف. وقسم (Ozhiganova, 2020, 227) مكونات التنظيم الذاتي إلى مكونين رئيسيين، هما:

- **التنظيم المعرفي:** تؤدي العوامل المعرفية دوراً مهماً في عملية التنظيم المعرفي خاصة عاملي الذاكرة والانتباه، فالتذكر والنسيان الانتقائي مكونان مهمان للذاكرة المثالية، فالفرد الذي يركز انتباهه على هدف ما يكن يقظاً للمعلومات البيئية المتعلقة بالهدف؛ لذا اهتم الباحثون باستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي من قبيل الاجترار، إعادة التقييم المعرفي، التخطيط (Weidner, et al., 2019, 136).

ودلت نتائج دراسة (Öngen, 2020) إلى وجود فروق بين الجنسين من المراهقين من (١٩-٢٥) سنة في الاستراتيجيات المعرفية المستخدمة في التنظيم الانفعالي، حيث وجد أن الإناث أكثر استخداماً للاجترار، في حين يستخدم الذكور إعادة التقييم المعرفي والتخطيط.

- **التنظيم الانفعالي:** مجموعة متنوعة من العمليات وظيفتها السيطرة على انفعالات الفرد وتنظيمها وكيفية التعبير عنها، ويتم هذا إما بشكل إرادي مثل مقاومة ذرف الدموع لتجنب الإحراج في الأماكن العامة أو بشكل تلقائي (لا إرادي) مثل العادات التي تقلل من القلق مثل قضم الأظافر أو التدخين (Fitzsimons & Bargh, 2018, 154).

ويعرف تنظيم الذات بأنه عملية مراقبة الفرد وتقييم الحالة الوجدانية لديه من خلال سلوكيات ظاهرة بهدف الحفاظ على أو تغيير شدة الحالة الوجدانية. ويعرف (Larsen & Prizmic, 2014, 21) تنظيم الذات بأنه مجهود شعوري أو لا شعوري للتأثير على احتمالية الحالة الانفعالية أو شدتها أو مدة بقائها، إذ يثير التعرض للحدث الصدمي مجموعة متنوعة من الاستجابات الانفعالية، الأمر الذي يؤدي إلى بذل مزيد من الجهد لتنظيم الانفعال.

ويعد تنظيم الانفعال أحد المفاهيم المتضمنة في تطور أعراض ضغوط واضطراب كرب ما بعد الصدمة، وقد يستخدم الفرد استراتيجيات غير توافقية كالتجنب أو الإنكار، لذا يأتي دور التدخلات الإرشادية والعلاجية لتعديل الانفعالات وتقديم استجابات ملائمة للموقف كاستخدام استراتيجية التقييم المعرفي (عكاشة، ٢٠٠٨، ١٣٢).

وفي هذا الاتجاه قام (Aflakseir & Manafi, 2021) بدراسة العلاقة بين نمو ما بعد الصدمة واستراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي لدى مجموعة من مرضى التصلب المتعدد.

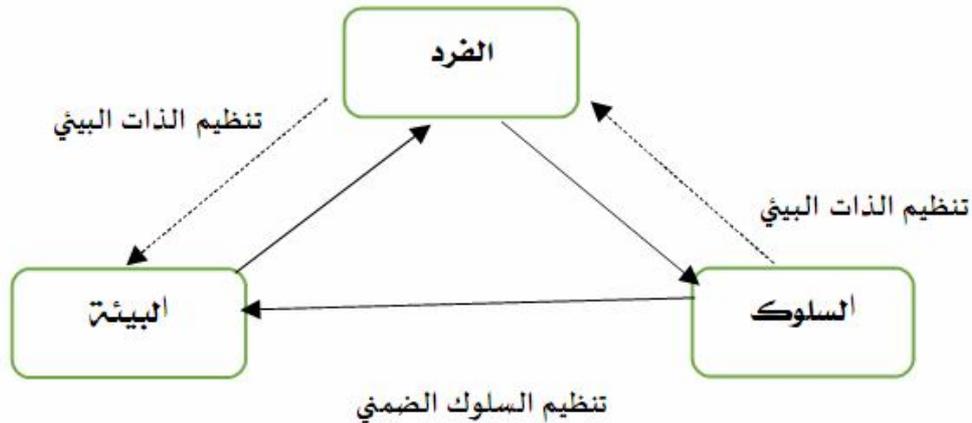
وأشارت النتائج إلى ارتفاع درجات العينة على مكون تقدير الحياة والنمو الشخصي، وكان لاستراتيجية التنظيم الانفعالي وإعادة التفكير الإيجابي القدرة على التنبؤ بنمو ما بعد الصدمة. واهتمت دراسة (Middendrop, et al., 2018) بالفروق بين الجنسين في استراتيجيات التنظيم الانفعالي، حيث أجريت الدراسة على عينة من مرضى التهاب المفاصل الروماتيدي، وأسفرت أهم نتائج الدراسة عن أن النساء أكثر استخدامًا للتوجه الانفعالي مقارنة بالرجال، في حين لم توجد بينهم فروق في الغموض والتحكم.

- **التنظيم السلوكي:** يتضمن مجموعة من السلوكيات التي تعمل بصفقتها على تنظيم الذات لمواجهة الآثار الضارة للخبرات الضاغطة حتى لا تؤثر على السلامة النفسية، ومن هذه السلوكيات السلبية كالتدخين أو تعاطي الكحوليات ومنها الإيجابي كممارسة الرياضة أو اتباع نظام غذائي. وهذا ما أسفرت عنه دراسة (Mezuke, et al., 2019) لمجموعة من الأفراد تزيد أعمارهم عن الأربعين، ووجد أن الصلاة والمساندة الاجتماعية وممارسة الرياضة والإفراط في الطعام تعمل بوصفها استراتيجيات لمواجهة الضغوط وتنظيم الذات، وكانت الإناث أكثر استخدامًا لهذه الاستراتيجيات لكونها أكثر فعالية في تخفيف مشاعر الكرب النفسي مقارنة بالرجال.

ومن خلال تنظيم الذات يتم التحكم في الأفكار والوجدان والسلوك بشكل متعمد، إذ يقوم الفرد بتحديد الأهداف والمراقبة الذاتية وتفعيل الأهداف واكتشاف التناقضات والوقوف عليها وتقييم الذات، ولذلك فإن تنظيم الذات يرتبط بالتحكم في السلوك والانتباه والتركيز على هدف معين (Haslam, et al., 2019, 108).

وفسر (Metcalf & Mischel, 2009) تنظيم الذات على أنه يتوجب على الفرد محاولة التحكم في سلوكه بوعي للتغلب على تأثيرات البيئة، فمثلًا من يتبع حمية غذائية ليس عليه أكل الحلوى فقط بل الوجبات الغنية بالدهون والنشويات، وأكد (Carver & Scheier, 2011) على أهمية التغذية المرتدة ليكون الفرد واعيًا بالتعارض أو الفجوة بين حالته الراهنة والحالة المرغوبة؛ ثم يختار وبوعي السلوك الذي يقلل من هذا التعارض (Fitzsimons & Bargh, 2018, 155).

ويتسق هذا التفسير السالف مع ما قدمه (Zimmerman, 1990, 4) من النموذج الثلاثي في تنظيم الذات، والذي يتكون من ثلاث ركائز أساسية: الشخص- السلوك- البيئة، ويتضح من خلال الشكل التالي:



شكل (١) نموذج تنظيم الذات الثلاثي لكلارك وزميرمان

ويتضح من النموذج أن الفرد يسلك في مواقف معينة ويتوصل إلى استنتاجات خاصة بسلوكه داخل البيئة التي يعيش فيها، ويمكن له تغيير سلوكه بناء على عواقب هذا السلوك، وينظر زيمرمان لتنظيم السلوك بصفته حلقة تبدأ باستخدام استراتيجيات متباينة قد تبقى أو تعدل بناء على التغذية المرتدة. وقد ميز زيمرمان بين تنظيم الذات الفعال وغير الفعال بناء على عملية تنظيم الذات وتسلسل مراحلها الثلاث: التروي- الأداء- التأمل الذاتي.

ويلخص (Winne & Hadwin, 2018, 278) عمليات تنظيم الذات، حيث تتضمن مرحلة التروي عمليتي تحليل المهمة أي تحديد الهدف والتخطيط للمهمة والمحفزات التي تولد الدافع لأداء المهمة مثل فاعلية الذات وتوجيه الهدف. وتتكون مرحلة الأداء من عنصرين هما: ملاحظة الذات أي القدرة على ملاحظة عمليات التفكير والاستجابة الانفعالية، وضبط الذات وتتضمن العمليات التي يمكن أن تساعد في التركيز وتحسين الأداء كاستراتيجية توجيه الذات. وتتكون مرحلة التأمل الذاتي من عمليتين، هما: الحكم الذاتي وتقييم الأداء وتحديد أسباب النجاح أو الفشل، وعملية الاستجابة الذاتية أي الاستجابة المعرفية والوجدانية للحكم الذاتي.

وإذا كانت المشكلات والانفعالات السالبة والاضطرابات النفسية التي تواجهها أسرة الطفل المعاق خاصة الأم بسبب تداعيات متلازمة أشر وتفاقم إعاقة الابن من فقد حاسة السمع وتدهور حاسة البصر يتسبب ذلك في تدني قدرة الأم على تقدير إمكاناتها الحقيقية وضعف طاقتها الشخصية وضعف قدرتها على تلبية متطلبات الحياة اليومية لها ولأسرتها ولأبنها المعاق؛ مما تكون الأم أكثر عرضة لمشاعر الكرب والكآبة والحزن المستمر والقلق والتوتر ونوبات عنيفة من التهديد المستمر وعدم التكيف مع الظروف المحيطة وسوء العلاقات الاجتماعية، ومن ثم وجب دور التدخلات الإرشادية للأم لمساعدتها على خفض تلك المشاعر السالبة، ومنها المدخل السلوكي الجدلي الذي يعد من أنسب العلاجات التي أثبتت فعاليتها في خفض اضطرابات ما بعد الصدمة والمشاعر المزمنة والسيطرة على الانفعالات.

رابعاً: المدخل السلوكي الجدلي Dialectical Behavior Therapy:

إذا كان الطفل يشكل جانباً مهماً في بناء الأسرة وتكوينها، فإننا نجد عددًا كبيراً من الأطفال ذوي الإعاقات والمتلازمات لا يزالون في بيوتهم دون خدمات نفسية أو تأهيلية، وكذلك أسرهم يعانون من نقص التوجيه وتقديم خدمات نفسية أو إرشادية مناسبة؛ لذا لا بد من مساعدة أسر هؤلاء الأطفال على المواجهة بطريقة فاعلة لتسهيل عملية التكيف لديهم وتخفيف مشاعر الكرب والقلق لتحسين السلوكيات المرغوبة كتنظيم الذات وتلبية حاجات أطفالهم وتطوير المظاهر النمائية لديهم.

ويشير (Yang & Retting, 2018) إلى ضرورة الاهتمام بأسر الأطفال ذوي المتلازمات خاصة النادرة منها كمتلازمة أشر لتحقيق الوالدية الفاعلة التي تستطيع التعامل السوي مع الأبناء وتحقيق التفاعل الإيجابي، وذلك من خلال إعداد خطط وبرامج إرشادية مشتركة في تحسين التصرف وانتهاج أساليب منسجمة مع الطفل وتأهيل الأسر ومساعدتها على خفض ضغوطاتها الناتجة عن كونها أبوين لمثل هذا الطفل، وأثبت المدخل السلوكي الجدلي فعاليته في علاج العديد من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب وتحسين الحالة المزاجية للفرد مع استمرار أثر البرنامج لفترة المتابعة.

ويشير سولزا وهايدي (٢٠١٧، ٢٦) إلى العلاج السلوكي الجدلي بأنه مجموعة من التدخلات والإجراءات العلمية المنظمة التي توجهها المعايير الأخلاقية للتدخلات النفسية ذات الطبيعة التطبيقية التي تنطلق من أصول ومبادئ التفكير الجدلي والأصولي ومبادئ العلاج المعرفي السلوكي من الحوار والإقناع بهدف تخفيف المعاناة من الكرب النفسي والخلل في التنظيم الانفعالي

والمعرفي والاضطرابات النفسية والحساسية الانفعالية اعتمادًا على إحداث التوازن بين خطط التقبل والالتزام وخطط التفكير الإيجابي لدى الأفراد الذين يعانون من الخبرات المرضية المعقدة. وسعت دراسة (Lin, et al., 2019) للتعرف على مقارنة فاعلية التدريب على العلاج السلوكي الجدلي والعلاج المعرفي في خفض حدة الاكتئاب وصعوبات التنظيم الانفعالي لدى عينة من طالب الجامعة، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (٨٢) طالبًا وتم تقسيمهم إلى مجموعتين، كل مجموعة طُبِقَ عليها أحد أنواع العلاجات، وقد تم استخدام مقياس الاكتئاب والبرنامج السلوكي الجدلي والبرنامج المعرفي السلوكي. وقد أسفرت نتائج الدراسة إظهار العلاج المعرفي السلوكي تحسينات في الأخطاء الإدراكية، بينما أظهر العلاج السلوكي الجدلي فاعلية في خفض الاكتئاب وزيادة التقبل.

وتحقق (Cook & Gorraiz, 2016) من فعالية العلاج السلوكي الجدلي في علاج سلوك إيذاء الذات غير الانتحاري والاكتئاب لدى المراهقين، وقد أجريت الدراسة على عينة أساسية قوامها (٢٠) مراهقًا بعمر زمني من (١٢ - ١٨) عامًا مقسمة إلى (١٠) من المراهقين المكتئبين و(١٠) من المراهقين ذوي السلوك الإيجابي غير الانتحاري، وقد تم استخدام الأدوات الآتية مقياس الاكتئاب، مقياس الميول الانتحارية، برنامج السلوكي الجدلي، وقد أسفرت نتائج الدراسة إنخفاض سلوك إيذاء الذات غير الانتحاري وتحسن الأعراض الاكتئابية بين المراهقين بعد علاجهم بالعلاج السلوكي الجدلي.

وظهر العلاج السلوكي الجدلي على يد المعالجة الأمريكية مارشا لينهان (Linhan, 1993)، وهي طبيبة نفسية ومدربة متخصصة في مجال العلاج المعرفي السلوكي، وأثناء عملها مع النساء من ذوي الميول الانتحارية ولديهم سلوكيات إيذاء النفس من ذوي اضطراب الشخصية الحدية، لاحظت عدم إجابة هذا المدخل العلاجي مع المرضى، وكانت ردة الفعل الانسحاب والغضب؛ فقامت مارشا وفريقها المعاون في البحث عن أسلوب جديد قائم على فكرة الدمج بين القبول والتغيير في نفس الوقت، حيث يقوم المعالج والمريض بتغيير ما يمكن تغييره في المريض وبيئته المحيطة، وإن لم يستطع التغيير فيقوم المريض بالتقبل، ومن هنا بدأ ظهور العلاج السلوكي الجدلي على ساحة العلاجات النفسية (ماتا، ٢٠١٤، ١٠-١١).

وطورت لينهان المعالجة الجدلية في مساعدة الفرد في إدارة مشاعره المندفعة، فقد أظهرت الأبحاث دور المدخل السلوكي الجدلي في تقوية قدرة الفرد على تحمل الأزمات والضغوط النفسية دون فقد السيطرة، فالمشاعر المندفعة والانفعالات السلبية كالحزن والغضب والخوف الشديد يظهر على الفرد وكأنها موجة قوية، ويأتي الجدل Dialectic للدمج بين نقيضين والوصول إلى توليفة جديدة تحمل صفات مشتركة بين النقيضين وتنتج كيان جديد بصفات أكثر فعالية وواقعية، ويعني هذا أن الجدل حل وسط بين نقيضين، فالتوليفة الناتجة عن دمج الأبيض والأسود في النظرية الجدلية ليس رمادي، ولكن قد يكون مربعات متبادلة كمكعبات الشطرنج، فالنظرية الجدلية بالأساس نظرية اقتصادية وفلسفية طُورت وأُستخدمت في العلاج النفسي باسم العلاج السلوكي الجدلي Dialectical behavior therapy (ماتيو وآخرين، ٢٠٢٠، ٧).

وهدفت دراسة سترومان وآخرون (Strauman, et al., 2011) إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج السلوكي الجدلي على الفشل المدرك في تنظيم الذات وتناقض الذات، وقد أجريت على عينة قوامها (٧٨) طالبًا من جامعة ويسكونزِين بالولايات المتحدة الأمريكية، وقد تم استخدام مقياس بيك لقياس الأعراض الاكتئابية، ومقياس هيجنز لتنظيم الذات والعلاج السلوكي الجدلي (DBT)، وتراوحت جلسات العلاج (١٢ - ١٦) جلسة لمدة (٤) أشهر. وقد أسفرت النتائج على وجود تحسين في تنظيم الذات الواقعية/ المثالية تجاه المجموعة التجريبية بعد تطبيق العلاج، ووجود تأثير دال

العلاج السلوكي الجدلي الجماعي والفردي في خفض تناقض الذات الواقعية/ المثالية عن العلاج الدوائي الذي لم يظهر أي تأثير دال في خفض تناقض الذات.

ويحدد أبو زيد (٢٠٢٠، ٢٢٥-٢٢٧) ثلاث ركائز نظرية رئيسة يتكون منها الأساس

العلمي للعلاج السلوكي الجدلي، وهي:

أ. **السلوكية الأصولية المتطرفة:** وترجع جذورها إلى النظريات والفلسفة السلوكيين شديدي التطرف من حيث التمسك بتطبيق المنهج العلمي والملاحظة والتجريب البحث في مجال علاج المرضى النفسيين، ومن رواده جون واطسون وسكندر وتبعهم بعد ذلك هايز ومارشا لينهان. ونتج عن هذا المدخل تنوع في أشكال تحليل السلوك بما في ذلك تحليل السلوك التطبيقي وتحليل السلوك الإكلينيكي وتحليل السلوك الوظيفي. وفيها يحدد المعالج أهداف العلاج والتدخلات العلاجية لمساعدة المريض/ العميل على تغيير سلوكه، وفي الوقت نفسه يوازن المعالج بين التغيير في العلاج السلوكي ومبادئ القبول من خلال ممارسة التعقل وكيفية تحليل المشكلات.

ب. **الفلسفة الجدلية:** يقصد بالجدل التضفير أي الجمع بين جزئين، نجد أن التكوين النفسي لمرضى اضطراب الشخصية الحدية عبارة عن شينئين منفصلين عن بعضهما أبيض/ أسود أو خير/ شر، فإنهم يرون إما كونهم أفضل شخص في الدنيا أو أسوأ شخص وليس لديهم حل وسطي، فلذلك نجد معاناتهم الكثيرة في العلاقات الشخصية ولديهم العديد من التناقضات ومزاج سلبي. وتبنت مارشا ثلاث مبادئ رئيسة للنظرية الجدلية:

- كل شئ مترابط ومتواصل وهذه الفكرة تساعدنا على فهم أفعال واستجابات المريض لاتباع نهج النظم الكاملة لتحديد التغيير وإدارته.
- الواقع ليس ثابت عملية متغيرة.
- يمكن العثور على الحقيقة من خلال دمج أو توليف وجهات النظر المختلفة، وتتعارض هذه الفكرة مع التفكير النموذجي (الأبيض/ الأسود).

ج. **ممارسات زن:** مبادئ زن هي تأملات حول الواقع الذي يتعلم الفرد فيه السير إلى النور، وتعتمد على مبدأ "أن العالم الواقعي من الكمال هو العالم الحقيقي"، فيعلم المعالج المرضى مهارات زيادة الوعي العقلي (Mindfulness) وتقبل المتناقضات واستخدام العقل الحكيم (Wise Mind). وترجع هذه الممارسات إلى الفلسفة البوذية، ومن بعض حقائقها أن الحياة معاناة ومحاولة تجنب المعاناة ينتج عنه معاناة أسوأ؛ فتفترض زن (Zin) أن المعاناة تنتج من التعلق برغبات غير مشبعة وعندما يصطدم الواقع بالرغبة فيحدث للفرد بعض الخسائر مما يثير لديه انفعالات ومشاعر سلبية، فالفرد يمكنه تخفيف المعاناة عن طريق الابتعاد عن التعلق والرغبات التي تعوق تقبله للواقع.

وفي هذا الاتجاه قام (Harley, et al., 2018) بدراسة هدفت إلى التقييم الأولى لنتائج مجموعة تدريب المهارات القائمة على العلاج السلوكي الجدلي لعلاج أعراض الاكتئاب لدى المرضى البالغين في العيادات الخارجية. وقد أجريت الدراسة على (٢٤) مريض من مستشفى ماساتشوستس ممن تراوحت أعمارهم بين (١٨ - ٥٦) عامًا، تم تقسيمهم إلى مجموعتين (١٢) مجموعة تجريبية و (١٢) ضابطة. وقد تم استخدام مقياس هاملتون للاكتئاب وتدريب مهارات الجمعي للعلاج السلوكي الجدلي (١٥) جلسة بواقع جلسة واحدة إسبوعيًا على (٤) مهارات هي: التأمل العقلي العميق، تنظيم الانفعال، تجاوز الأزمة، التأثير اليبين شخصي. وقد أسفرت نتائج الدراسة على ظهور تحسن كبير في المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج السلوكي الجدلي.

وظهر دور المدخل السلوكي الجدلي في تحسين الانفعال وتنظيم الذات لدى العاديين وبعض المرضى العصائبيين، حيث قامت خديجة وآخرون (Khadijeh, et al., 2021) بدراسة

للتحقق من فعالية العلاج السلوكي الجدلي الجماعي (DBT) على أعراض الاكتئاب من خلال تحسين التأمل العقلي وإدارة الضغوط وتنظيم المشاعر. أجريت الدراسة على عينة قوامها (١٦) مشاركة وتم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وأخرى تجريبية كل مجموعة قوامها (٨) تتراوح أعمارهم من (٢٢ - ٣٥) عامًا، وتم استخدام أدوات المقابلات الإكلينيكية- ومقياس Barratt Scale Impulsive- مقياس تنظيم المشاعر. وأسفرت النتائج إلى فعالية العلاج السلوكي الجدلي في خفض أعراض الاكتئاب، وقد احتفظت المجموعة التجريبية بالتحسينات لمدة شهر عند المتابعة.

وتحققت دراسة (Alizadehfard, 2020) من فعالية العلاج السلوكي الجدلي على الاكتئاب والتوتر والقلق وأعراض الصداع النصفي لدى المرضى. وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (٣٠) شخص يتراوح أعمارهم من (١٨ - ٤٥) عامًا، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة بواقع (١٥) شخص في كل مجموعة. وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب والقلق وبرنامج السلوكي الجدلي، وقد أسفرت النتائج على وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية، وحدث انخفاض كبير في الاكتئاب والقلق والتوتر والصداع النصفي عن طريق العلاج السلوكي الجدلي تجاه المجموعة التجريبية مقابل الضابطة.

فروض البحث: بناءً على ما سبق الإشارة إليه من إطار نظري ودراسات سابقة يمكن صياغة الفروض على النحو التالي:

١. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأمهات المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة تجاه القياس البعدي.
٢. لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتبقي لأمهات المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة.
٣. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأمهات المجموعة التجريبية على مقياس تنظيم الذات تجاه القياس البعدي.
٤. لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتبقي لأمهات المجموعة التجريبية على مقياس تنظيم الذات.
٥. يوجد تأثير دال للبرنامج السلوكي الجدلي في خفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى أمهات المجموعة التجريبية.

إجراءات البحث: ينتمي هذا البحث إلى الدراسات شبه التجريبية لمجموعة واحدة قياسات متعددة لقياس فعالية المتغير المستقل (البرنامج السلوكي الجدلي) على المتغير التابع (اضطراب كرب ما بعد الصدمة) لدى أمهات أطفال متلازمة أشر.

أولاً: المحددين الزمني والمكاني: تم تنفيذ الدراسة على عينة من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة أشر الملتحقين بمؤسسة زايد العليا لأصحاب الهمم ومركز الحنان لخدمات أصحاب الهمم بإمارة أبو ظبي لمدة (٧) سبوع أسابيع، وذلك في الفترة من بداية أكتوبر إلى نهاية ديسمبر ٢٠٢٣.

ثانياً: عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة بطريقة قصدية من (٦) أمهات تراوحت أعمارهن من (٣٠ - ٤٧) سنة بمتوسط زمني (٣٧,٥) سنة وانحراف معياري (٦,٠٩١) لأبناء من ذوي متلازمة أشر، حيث تراوحت أعمارهم من (١١ - ١٤) سنة بمتوسط زمني (١٢,١٧) سنة وانحراف معياري (١,١٦٩)، وتم تشخيصهم من قبل مؤسسة زايد العليا لأصحاب الهمم، وذلك من خلال:

- الجانب السمعي بجهاز فحص السمع (Audiometer) وتراوحت درجات فقدان السمع من (٥٠ - ٨٠) ديسيبل.

ثانيًا: الاتساق الداخلي: قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي لمقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وذلك بتطبيقه على عينة التقنين من خلال حساب معامل الارتباط بين درجة المفردة ودرجة البعد، كذلك حساب معامل الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (٢): معاملات الارتباط بين درجة المفردة والدرجة الكلية للبعد لمقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة

إعادة الخبرة الصادمة		الإحجام والخدر		الاستشارة الدائمة	
المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط
١	٠,٥٢٣	٤	٠,٥٦٨	٢	٠,٥٢٧
٣	٠,٥١٤	٦	٠,٥٢٧	٥	٠,٥٣٦
٨	٠,٥٤٧	١٢	٠,٤٢٢	٧	٠,٥١١
١٠	٠,٦١١	١٥	٠,٥٣٤	٩	٠,٥٢٤
١٣	٠,٥٣٦	١٧	٠,٥٦٩	١١	٠,٥٧٤
١٦	٠,٥٣٤	١٩	٠,٥٢٧	١٤	٠,٥٥٩
١٨	٠,٥٠٨	٢٢	٠,٥١٨	٢٠	٠,٥٧٠
٢١	٠,٥٣٦	٢٥	٠,٦٢٤	٢٣	٠,٥٦٣
٢٤	٠,٥٥٣	٢٦	٠,٥٣٨	٣١	٠,٥٢١
٢٧	٠,٥٢٣	٢٨	٠,٥٦٧		
٢٩	٠,٥١٨	٣٠	٠,٥٠٧		
٣٢	٠,٥٤٧				

يتضح من جدول (٢) أن معاملات الارتباط بين درجة المفردة والبعد التي تنتمي إليه قوية؛ مما يدل على ملائمة وانتماء كل مفردة للبعد الخاص بها. وتراوحت معاملات الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس من (٠,٦٢٤ - ٠,٧١٠)؛ مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

ثالثًا: ثبات المقياس: تم التحقق من ثبات المقياس بحساب معامل ألفا كرونباخ وباستخدام طريقة إعادة التطبيق على عينة التقنين، وجاءت النتائج كما بالجدول الآتي:

جدول (٣): معاملات ثبات مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة

البعد	معامل ألفا كرونباخ	معامل الارتباط بين التطبيقين	مستوى الدلالة
إعادة الخبرة الصادمة	٠,٥٩٤	٠,٥٤٣	٠,٠١
الإحجام والخدر	٠,٦١٨	٠,٥٢٧	٠,٠١
الاستشارة الدائمة	٠,٥٥٤	٠,٥١٩	٠,٠١
الدرجة الكلية	٠,٥٤٦	٠,٥٠٣	٠,٠١

يتضح من جدول (٣) أن مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة يتمتع بدرجة مقبولة من الثبات.

(٢) مقياس تنظيم الذات (إعداد الباحث) ملحق (٣):

يتكون المقياس في صورته الأولى من (٣٢) مفردة وذلك بعد إطلاع الباحث على بعض الدراسات والاختبارات والمقاييس النفسية ذات الصلة، ومنها:

الهادي، ٢٠١٨؛ Fitzsimons & Bargh, 2018؛ Mezuke, et Haslam, et al., 2019؛ ; Öngen, 2020؛ Ozhiganova, 2020؛ al., 2019؛ عامر، ٢٠٢٠؛ Hitlin &

Hogner, 2021; Aflakseir & Manafi, 2021) Elder,2020;

وتم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس

أولاً: صدق المقياس:

أ. الصدق الظاهري: تم عرض المقياس علي (١٠) أساتذة من المتخصصين في الصحة النفسية والتربية الخاصة، وبناءً على توجيهاتهم قام الباحث بإعادة صياغة بعض المفردات. وتم انتقاء المفردات التي تجاوزت نسبة الاتفاق عليها (٨٠%)، وتم حذف (٣) مفردات بعد حساب معاملات الاتفاق:

ب. الصدق التلازمي: تم حساب الارتباط بين درجات عينة التقنين على مقياس البحث الحالي ومقياس تنظيم الذات (علي، ٢٠٢٠)، ويوضح الجدول الآتي معاملات الارتباط بين المقياسين لدى عينة التقنين.

جدول (٤): معاملات الارتباط بين درجات مقياس الباحث ومقياس المحك

الدرجة الكلية	التنظيم السلوكي	التنظيم الانفعالي	التنظيم المعرفي	مقياس البحث الحالي
				مقياس المحك (علي، ٢٠٢٠)
---	---	---	٠,٥٣٢	التخطيط
---	---	---	٠,٥٥٧	التحكم المعرفي الانتقائي
---	---	٠,٦٠٧	---	الوعي العاطفي
---	---	٠,٦١٤	---	الإدارة العاطفية
---	٠,٥٩٥	---	٠,٦٢١	المرونة وحل المشكلات
٠,٦٤٧	---	---	---	الدرجة الكلية

يتضح من جدول (٤) دلالة معاملات ارتباط متوسطات درجات العينة على المقياس

الحالي ومقياس المحك؛ مما يشير إلى صدق المقياس.

ثانياً: الاتساق الداخلي: قام الباحث بتطبيق مقياس تنظيم الذات على عينة التقنين وحساب معامل الارتباط بين درجة المفردة ودرجة البعد، كذلك بين درجة البعد ودرجة المقياس ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (٥): معاملات الارتباط بين درجة المفردة والدرجة الكلية للبعد لمقياس تنظيم الذات

التنظيم السلوكي		التنظيم الانفعالي		التنظيم المعرفي	
معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة
٠,٥٢٢	٤	٠,٥٣٨	٣	٠,٦٠٣	١
٠,٥١٦	٧	٠,٥١١	٥	٠,٥٤١	٢
٠,٦٢١	٩	٠,٥٣٢	١٠	٠,٥٠٧	٦
٠,٥١٧	١١	٠,٤٤٤	١٣	٠,٥٥١	٨
٠,٥٣٤	١٧	٠,٦٠٩	١٥	٠,٥٢١	١٢
٠,٤٤٩	٢١	٠,٥٦٧	١٨	٠,٥٨٤	١٤
٠,٥٢٤	٢٣	٠,٥٣٧	١٩	٠,٥٢٧	١٦
٠,٥٠٣	٢٤	٠,٥٤٤	٢٥	٠,٥٢٦	٢٠
٠,٥٨١	٣١	٠,٥٧٧	٢٧	٠,٥٩٢	٢٢
		٠,٥٦٧	٢٩	٠,٥٣٣	٢٦
				٠,٥٤٥	٢٨
				٠,٥٢٦	٣٠

يتضح من جدول (٥) قوة معاملات الارتباط بين درجة المفردة والبعد التي تنتمي إليه. وتراوحت معاملات الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس من (٠,٥١٧ - ٠,٦٢٢)؛ مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الاتساق الداخلي. **ثالثاً: ثبات المقياس:** تم التحقق من ثبات المقياس بحساب معامل ألفا كرونباخ وباستخدام طريقة إعادة التطبيق على عينة التقنين، وجاءت النتائج كما بالجدول الآتي:

جدول (٦): معاملات ثبات مقياس تنظيم الذات

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بين التطبيقين	معامل ألفا كرونباخ	البعد
٠,٠١	٠,٥٦٦	٠,٥٨١	التنظيم المعرفي
٠,٠١	٠,٥٠٥	٠,٥١٩	التنظيم الانفعالي
٠,٠١	٠,٥٢١	٠,٥٤٣	التنظيم السلوكي
٠,٠١	٠,٤٥٣	٠,٥٣٧	الدرجة الكلية

يتضح من جدول (٦) تمتع مقياس تنظيم الذات بدرجة مقبولة من الثبات.

(٣) البرنامج السلوكي الجدلي (إعداد الباحث) ملحق (٤):

البرنامج السلوكي الجدلي في هذه الدراسة الحالية مجموعة من الجلسات المخططة المعتمدة على استراتيجيات ومهارات العلاج السلوكي الجدلي والمعدة وفق فنيات سلوكية كالحوار والإقناع والقبول والتغيير وإدارة الانفعالات وجدل المتضادات والاسترخاء وتعزيز مهارات الوعي الذاتي وحل المشكلات وتعديل المعارف والمعتقدات وبعض الممارسات الدينية كالتأمل بهدف خفض المشاعر والانفعالات السالبة المصاحبة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى أمهات المجموعة التجريبية، ويتكون البرنامج السلوكي الجدلي من (٢٣) جلسة، حيث استغرقت الجلسة من (٣٠ - ٤٠) دقيقة.

استعان الباحث في بناء البرنامج التدريبي الدراسات السابقة المرتبطة مثل: (ماتا، ٢٠١٤؛ Yang & Retting, 2018; Harley, et al, 2018; Cook & Gorraiz, 2016; Taylor, 2014; 2018؛ ماثيو وآخرين، ٢٠٢٠؛ Lin, et al., 2019؛ Khadijeh, et al., 2021؛ Wills, 2022؛ Alizadehfard, 2020)، معتمداً على الأطر النظرية للعلاج السلوكي الجدلي، خاصة التدريبات وأوراق العمل التي استخدمتها مارشا (٢٠٢٠) لتنمية مهارات العلاج السلوكي الجدلي، وعرض محتوى البرنامج على (١٠) عشرة أساتذة في التربية الخاصة والصحة النفسية لتأكد من صحة البرنامج، وقد تم الإبقاء على الأهداف والأنشطة التي أجمع عليها (٨) ثمانية محكمين فأكثر.

أسس البرنامج السلوكي الجدلي: تتمثل أسس برنامج الدراسة الحالي في الأسس التالية:

- الأسس العامة: تتضمن حق الفرد في التوجيه والعلاج النفسي وحقه في تقرير مصيره وتحسين قدرته على التفكير وقابليته للتعديل والتغيير.
- الأسس النفسية: تشمل مساعدة الأم على فهم خصائص ابنها المعاق وكيفية تلبية احتياجاته ومتطلباته على نحو سوي.
- الأسس الأخلاقية: وتتضمن حرص المعالج والتزامه بأخلاقيات البحث العلمي وتقبل الحوار مع المسترشدين وتقبلهم وإيجاد الألفة والثقة المتبادلة.
- الأسس الاجتماعية: وتتمثل في الاهتمام بالفرد ككائن اجتماعي يرؤثر ويتأثر بالبيئة المحيطة، ومساعدة الأم على تكوين علاقات اجتماعية ناجحة دون خجل أو إنكار لحالة ابنها المعاق.

أهداف البرنامج السلوكي الجدلي:

- الهدف العام: يهدف برنامج الدراسة الحالي إلى خفض شعور أمهات أطفال متلازمة أشر باضطراب كرب ما بعد الصدمة من مشاعر وانفعالات سلبية ومعاودة الخبرات الصادمة

المرتبطة بحالة ابنها المعاق وظهور أعراض واضطرابات مرضية أخرى كالقلق وصعوبات التركيز والأرق.

- **الأهداف الإجرائية الفرعية:** يتفرع من الهدف العام مجموعة من الأهداف الفرعية والتي تنضح في:

- ✓ بناء وتنظيم بيئة إرشادية ومناخ اجتماعي داعم لقدرات الأمهات ومساندتهن.
- ✓ إكساب الأمهات الثقة في انفعالاتهن الخاصة ومشاعرهن وأفكارهن واستجاباتهن.
- ✓ تحسين دافعية الأمهات لتكوين معتقدات وأفكار وسلوكيات أفضل تجاه أبنائهن.
- ✓ تعلم استراتيجيات التعقل والتقبل وخفض المشاعر والسلوكيات المستهدفة.
- ✓ تنمية مهارة التعبير عما بداخل الأمهات من مشاعر وأفكار وانفعالات وصراعات.
- ✓ تدعيم وتعزيز القدرات والإمكانات والطاقة السلوكية لدى أمهات المجموعة التجريبية.
- ✓ مساعدة الأمهات على تحسين نوعية الحياة وإنهاء الصراع داخل أنفسهن وبينهن والأخرين.
- ✓ تنمية مهارة التأمل العميق والتعقل ومهارة إحترام الذات ومهارة عقد صداقات جديدة لدى الأمهات.
- ✓ رفع قدرات الأمهات ودافعتهن ليكون أكثر فعالية ونشاط وكفاءة في تربية ورعاية أبنائهن.
- ✓ تنمية مهارة التقبل والالتزام وتحمل الكرب النفسي لدى الأمهات في المواقف الصعبة التي لا يمكن تغييرها.
- ✓ ضمان تعميم الاتجاهات والسلوكيات والمهارات المتعلمة كتنظيم الانفعال والعلاقات الاجتماعية وتجاوز الأزمة.

مراحل البرنامج السلوكي الجدلي:

١. **مرحلة الإعداد والتعارف:** وتتضمن جلستين وتهدف إلى التمهيد والتعارف بين الباحث وأمهات المجموعة التجريبية وتكوين العلاقة الإرشادية القائمة على التقبل والمودة، وإلقاء تعليمات البرنامج ومناقشة التوقعات عن الأفكار والمهارات المتعلمة، وإذا كان هناك أفكار خاطئة أو مشاعر سلبية حول البرنامج يتم معالجتها قبل الدخول في جلسات البرنامج الفعلية، وتطبيق القياس القبلي عليهن وإعداد جدول أعمال الجلسات والالتزام بها.
٢. **مرحلة التمهيد:** وتتضمن جلستين ويتم فيها تنقيف أمهات المجموعة التجريبية وإمدادهن بالمعلومات عن متغيرات الدراسة الثلاثة اضطراب كرب ما بعد الصدمة وتنظيم الذات والعلاج السلوكي الجدلي.
٣. **مرحلة التدخل:** وتتضمن (١٧) جلسة ويتم من خلالها توجيه أمهات المجموعة التجريبية وتدريبهن على الأنشطة والمهارات اللازمة لخفض المشاعر والأفكار المرتبطة باضطراب كرب ما بعد الصدمة لديهن؛ لتحسين قدرتهن على تنظيم الذات وتحقيق أهداف البرنامج المرجوة.
٤. **مرحلة الإنهاء والمتابعة:** وتتضمن جلستين الأولى (الجلسة الختامية) للإنهاء والوقوف على الأهداف التي حققها البرنامج وتهيئة أفراد المجموعة التجريبية لإنهاء البرنامج العلاجي، والجلسة الثانية للمتابعة وفيها يتم التأكد من استمرار فاعلية البرنامج في خفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة وتحسين تنظيم الذات والتأكد من اكتسابهن لما تعلموه من البرنامج في حياتهن اليومية، وذلك من خلال تطبيق القياس التتبعي ومقارنته بالقياس البعدي بعد شهر ونصف تقريباً من انتهاء تطبيق البرنامج.

فنيات البرنامج السلوكي الجدلي:

- **المحاضرة:** يعد أحد الأساليب الإرشادية التي يتم من خلالها تقديم المعلومات وشرح بعض المفاهيم والمبادئ والقواعد والقوانين للمجموعة التجريبية عن طريق الإلقاء المباشر.

- **الإقناع والمناقشة الجماعية:** يعد إحدى فنيات وأساليب الإرشاد الجماعي والأساليب المكتملة لأسلوب المحاضرة، وهو موقف مخطط له ومقصود يشترك فيه المسترشدين والمرشد لمناقشة مشكلة ما لحلها أو تبادل الآراء حول موضوع ما لتعديل بعض الأفكار الخاطئة أو اكتساب معلومات جديدة من خلال استخدام أسئلة متنوعة بهدف تثبيت المعرفة وتنمية المشاركة الإيجابية.
- **مناقشة الحوار الداخلي:** يعد إحدى أساليب ميكنباوم في العلاج المعرفي، حيث ركز على أهمية الحوار الداخلي عند الفرد في تغيير مشاعره وتفكيره، ومن ثم سلوكه فالمزاج الكئيب يفتح الباب للمريض ليقول لنفسه: "إنني أقل من الآخرين" أو "إنني عديم القيمة"، وذلك للتقليل من قيمة ذاته.
- **حل المتناقضات:** من أكثر أساليب العلاج السلوكي الجدلي شيوعاً لدى مارشا لينهان، وتهدف إلى الوصول للحل الوسط بجانب استخراج الإيجابيات والمميزات من السلبيات (أسلوب الليمونادة بلا ليمون)، أسلوب تنشيط العقل، أسلوب محامي الشيطان (المنطقي- الانفعالي).
- **إيقاف التفكير:** ويقوم هذا الأسلوب على فرض مفاده أن الفرد بإمكانه أن يفكر بصورة إرادية في موضوع معين، وبمقدوره استبعاد التفكير في موضوع ما، أي يجب على المسترشد التحكم في مجرى تفكيره السلبي إرادياً وتحويله إلى مسار آخر إيجابي.
- **تغيير الأفكار السلبية:** الشخص الذي لديه مشاعر مضطربة بالطبع لديه أفكار سلبية تؤثر على سلوكياته بالسلب، حيث تفرض الفكرة السلبية نفسها على الفرد وبعد ذلك يتبناها وكأنها مسلمة؛ ويصاحبها عواقب وخيمة كالانفعالات الحادة والحزن والكآبة والتعاسة وعدم تقدير الذات، ولا بد من تحديدها ومناقشتها في الجلسات وتصحيحها وتغييرها إلى فكرة إيجابية.
- **التعزيز:** يعد من المبادئ الهامة في تنمية المهارات المطلوبة، وتعد هذه الفنية مثير يؤدي إلى زيادة احتمال تكرار حدوث الاستجابة في ظروف مشابهه، وهو الاستجابة الذي إذا تلت سلوك معين ستكون مدعاة لتكراره في ظروف مشابهة.
- **إعادة البناء المعرفي/ تعديل المعتقدات:** فيها يساعد المرشد المسترشد على تعديل الأفكار الخاطئة، ويتضمن البناء المعرفي تحديد الأفكار السلبية والمعتقدات لدى الفرد ومناقشة هذه الأفكار وتوليد أو إيجاد نماذج أو أفكار معرفية إيجابية.
- **حل المشكلات:** عملية يقوم بها الفرد للتغلب على مشكلة ما من خلال القيام بعدة خطوات هي التعرف على المشكلة وتحديدتها بدقة ثم تقديم الحلول الممكنة للمشكلة ومناقشة المزايا والعيوب لكل حل من الحلول؛ ومن ثم اختيار أحد الحلول الأقل عيوب والأكثر مميزات وتنفيذه.
- **الاسترخاء:** عملية يقوم بها المسترشد بمجموعة من التمارين بمساعدة المرشد لخفض حالة التوتر العضلي الذي يؤدي الى خفض حالة التوتر النفسى؛ الأمر الذي ينعكس إيجاباً على العملية العلاجية والحالة النفسية للمسترشد.
- **النمذجة:** تعد النمذجة وسيلة تعلم تعتمد على تنمية السلوك عن طريق الاقتداء الواقعي كالمدرّب والمعالج والنماذج الناجحة.
- **إدارة الانفعالات:** فنية يتعلم فيها الفرد (المسترشد) كيفية التخلص من الانفعالات السلبية الضارة التي تسبب المعاناة له، والتغلب على العقبات التي تمنع إصدار الانفعالات الصحية وكيفية توظيف العقل الحكيم لحل الصراعات، واستخدام العادات الصحية في تنظيم النوم واليقظة ومواعيد الأكل للتخلص من التقلبات المزاجية.
- **لعب الدور:** تعد من أكثر فنيات التدريب التوكيدي شيوعاً، ويستخدم في أطر البرامج الإرشادية والعلاجية سواء أكان في سياق المدخل السلوكي أم المهني أم العقلاني، وفيه يقوم المرشد بأداء دور الشخص الذي يتصرف بصورة توكيدية في موقف اجتماعي يُقدم له.
- **جدل المتضادات:** يستخدم حين يكون من الصعب على المريض أن يحافظ على حقوقه المادية والاجتماعية والشخصية من الضياع، فإذا كان هناك طرفاً يحاول باستمرار ابتزاز المريض

واستغلاله كاقتراض نقود أو أشياء ثمينة ولا يردّها ويخجل المريض من مطالبته بها. في هذه الحالة يجب أن يدرّب المرشد مسترشدّه على وضع نفسه في مكان الشخص المستغل له بحيث يصبح هو المستغل وصديقه هو الذي يبذل له العطاء باستمرار، ويسأل نفسه هذه الأسئلة: هل لو أنا الذي اقترضت منه النقود ولم أردّها في الموعد المحدد، هل كان سيسكت عليّ؟- ماذا سيفعل لو لم أردّها في موعدها؟.

- **التعقل التأملي العميق:** فنية يتعلم فيها الفرد (المسترشد) التعقل بجميع حالاته والاندماج فيه والتركيز على اللحظة الحالية وعدم إصدار أحكام وكيفية استخدام العقل الحكيم وإبراز الإيجابيات عن السلبيات.

محتوى البرنامج السلوكي الجدلي:

تم تحديد البرنامج الحالي على أساس المنهج العلاجي السلوكي الجدلي، ويتكون برنامج الدراسة الحالي من (٢٣) جلسة موزعة على ثلاث محاور على النحو التالي:

١. جلسات التهيئة: (٢) جلسات.
٢. جلسات التدخل: (١٩) تسع عشر جلسة.
٣. جلسات الإنهاء والمتابعة: (٢) جلسات.

جدول (٧): مخطط لجلسات البرنامج السلوكي الجدلي في خفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة

مدة الجلسة	الفنيات المستخدمة	الأهداف الإجرائية	عنوان الجلسة	محور الجلسات
٣٠ ق	الحوار والمناقشة الجماعية- الإقناع- التعزيز.	- تحقيق درجة مقبولة من التعارف والألفة بين الباحث والأمهات من ناحية وبين الأمهات وبعضهن البعض من ناحية أخرى. - تعريف كل أم بنفسها وإعاقبة ابنها وترتيبه بين أخوته. - التأكيد على سرية المعلومات التي ستدور في جميع الجلسات.	الأولى: الافتتاح والتعارف	الإعداد والتهيئة
٣٠ ق	الإقناع والحوار- المحاضرة- تعديل المعارف- تغيير الأفكار السلبية	- التعرف على أهم ميول الأم وابنها وما يحبه وما يكره. - مناقشة مشاعر وأفكار وسلوكيات الأم عند معرفة إصابة الابن بالمتلازمة. - توضيح المفهوم باضطراب كرب ما بعد الصدمة. - الاتفاق على الأسس والتعليمات الواجب مراعاتها عند تنفيذ الجلسات (التعاقد الإرشادي). - إقرار اتخاذ خطوات جادة في الجلسات وبت روح المثابرة.	الثانية: التمهيد والتهيئة للبرنامج	
٣٥ ق	الحوار والمناقشة- إدارة الانفعالات- التعزيز- التعقل التأملي العميق- مناقشة الحوار الداخلي.	- أن تعبر الأم عن مشاعرها عند العلم بإصابة ابنها بضعف السمع الشديد. - مناقشة الذكريات المؤلمة الخاصة بتفانم إصابة الابن بضعف البصر لاحقاً. - تبادل الأفكار والمشاعر السالبة بين الأمهات. - محاولة تغيير المشاعر والأفكار السالبة لدى الأم.	الثالثة: عاودي خبرتك الصادمة	جلسات التدخل
٣٠ ق	المحاضرة- النمذجة- جدل المتضادات- تغيير الأفكار السلبية- حل المتناقضات.	- أن تميز الأم بين المشاعر والفكرة والسلوك. - أن تحدد الأم أفكارها التلقائية عند إصابة ابنها بالمتلازمة ومستقبله. - أن تغير الأم أفكارها السلبية حول ابنها إلى أخرى إيجابية. - أن تتدرب الأم على جدول لرصد أفكار إيجابية.	الرابعة: حددي أفكارك السلبية.	

مدة الجلسة	الفنيات المستخدمة	الأهداف الإجرائية	عنوان الجلسة	محور الجلسات
٣٥ ق	الإقناع والحوار- النمذجة- إيقاف التفكير- التعزيز- لعب الدور- حل المتناقضات.	- أن تحدد الأم نقاط القوة والضعف في شخصيتها. - أن تُوظف الأم نقاط القوة في التغلب على مشكلات وتحديات ابنها المعاق. - أن تستفيد الأم من الفرص في مواجهة المشكلات والعقبات. - أن تتجنب الأم التهديدات التي تواجهها وتضعف عزيمتها.	الخامسة: قيمي ذاتك.	
٣٥ ق	الحوار والإقناع- حل المشكلات- النمذجة- تغيير الأفكار السلبية- التعزيز- المحاضرة.	- أن تدرك الأم مفهوم مواجهة المشكلات والتحديات. - أن تعد الأم قائمة بالتحديات والمشكلات التي تعوقها. - أن تكتسب الأم مهارة حل المشكلات. - أن تستخدم الأم تكتيك الاسترخاء لاستعادة المهمة في مواجهة التحديات.	السادسة: واجهي وتصدي ولا تتجنب تحدياتك	
٣٥ ق	المحاضرة- الحوار والمناقشة- جدل المتضادات- إيقاف التفكير- تعديل المعتقدات- مناقشة الحوار الداخلي- التعزيز- لعب الدور.	- أن تفند الأم الأفكار السلبية المرتبطة بابنها المعاق. - أن تميز الأم بين المخطط المعرفي الإيجابي والسلبى. - أن تعد الأم قائمة بالأنشطة السارة وكيفية ممارستها. - أن تشارك الأم الآخرين في إعادة تنظيم أفكار إيجابية	السابعة: تخلصي من أفكارك السلبية	
٤٠ ق	المحاضرة - الحوار والإقناع- النمذجة- التعزيز- حل المشكلات.	- أن تحدد الأم نقاط القوة والضعف لدى ابنها المصاب. - أن تقارن الأم ابنها بأبناء الأهماء الآخرين. - أن تتحكم الأم في انفعالاتها السلبية الناتجة عن استجابات الآخرين. - أن تتقبل الأم ابنها كما هو. - أن تعد الأم قائمة بإمكانات الطفل وقدراته. - أن تحدد الأم مخطط لتحسين قدرات الطفل.	الثامنة: تقبلي ابنك ونمي قدراته	تابع جلسات التدخل
٣٠ ق	المناقشة- الحوار والإقناع- مناقشة الحوار الداخلي- الاسترخاء- التعزيز.	- أن تحدد الأم اعراض اضطراب كرب من صعوبات التركيز، الأرق، الغضب... الخ. - أن تخفف الأم عوارض الاستثارة الدائمة لديها. - أن تدرك الأم أهمية التخلص من الأعراض السابقة في القيام بأدوارها.	التاسعة: تخلصي من الاستثارة الزائدة	
٣٥ ق	المحاضرة- حل المشكلات- الحوار والإقناع- لعب الدور- التعقل التأملي العميق.	- أن تتعرف الأم على المعتقد الأساسي بشأن ابنها المصاب. - أن تتعرف الأم على أشكال المعتقد الأساسي. - أن تحدد الأم طرق اكتشاف المعتقد الأساسي.	العاشرة: حددي معتقدك الأساسي	
٤٠ ق	الحوار والإقناع- المناقشة- جدل المتضادات- إدارة الانفعالات- إيقاف التفكير- التعزيز- التعقل التأملي العميق.	- أن تتعرف الأم على مفهوم التأمل والتعقل . - أن تعرف الأم مكونات ومتطلبات التعقل في إدارة وحل المشكلات. - أن تمارس الأم مهارة التعقل في تلبية احتياجاتها. - أن تنمي الأم روح المشاركة والتحدى في مواجهة العقبات والمشكلات.	الحادية عشر: مارسي التأمل والتعقل في أمورك	

مدة الجلسة	الفنيات المستخدمة	الأهداف الإجرائية	عنوان الجلسة	محور الجلسات
٣٠ ق	المناقشة والحوار- التعزيز- تعديل المعتقدات- إدارة الانفعالات.	- أن تعدد الأم نقاط القوة التي اكتسبتها في الجلسات السابقة. - أن تذكّر الأم موقفات اكتساب المهارات المتعلمة في الجلسات السابقة	الثانية عشر: جلسة تقييمية	تابع جلسات التدخل
٣٥ ق	تغيير الأفكار السلبية- حل المتناقضات- الإقناع والحوار- التعزيز- تعديل المعتقدات.	- أن تتخلص الأم من الأفكار السلبية المتعلقة بإعاقه الابن. - أن تتقبل الأم حالة الابن. - أن تكتسب الأم مهارة الاندماج . - أن تشارك الأم ابنها الانشطة والتجمعات مع الأقارب والزملاء.	الثالثة عشر: ادمجي ابنك في المجتمع	
٣٥ ق	المحاضرة- الحوار والإقناع- مناقشة الحوار الداخلي- جدل المتضادات- الاسترخاء.	- أن تعرف الأم ماهيه حديث الذات الإيجابي. - أن تتدرب الأمهات على استخدام القواعد الخمس لحديث الذات الإيجابي. - أن تطبق الأمهات خطة التحدث مع الذات بإيجابية. - أن تميز الأمهات مستويات التحدث مع الذات.	الرابعة عشر: حديث الذات الإيجابي	
٤٠ ق	الإقناع والحوار- المحاضرة- حل المشكلات- مناقشة الحوار الداخلي- إيقاف التفكير- التعزيز- إدارة الانفعالات.	- أن تعرف الأم مفهوم التخطيط الإيجابي للذات. - أن تترك الأم أهمية التخطيط للذات وفوائده. - أن تعدد الأم مواصفات الخطة الجيدة في إكساب الطفل سلوك ما أو مهارة معينة. - أن تستنتج الأم مسببات الفشل في نجاح الخطة الجيدة.	الخامسة عشر: خطي لابنك	
٣٥ ق	المحاضرة- الحوار والإقناع- لعب الدور- التعقل التأملي العميق- النمذجة- جدل المتضادات- التعزيز.	- أن تعرف الأم مفهوم بناء وتنمية الذات. - أن تعرف الأم أساليب وأسس تنمية الذات. - أن تدرك الأم عدم مفادة الشعور بالكرب والحزن على حالة الابن. - أن تستخلص الأم جوانب تنمية الذات.	السادسة عشر: تنمية الذات وتجنب الكرب.	
٣٠ ق	الإقناع والحوار- تغيير الأفكار السلبية- النمذجة- التعزيز- التعقل التأملي العميق- لعب الدور.	- أن تقيم الأم علاقاتها بالآخرين. - أن تستخلص الأم من العلاقات المحببة والمثبته لقدراتها وعزيمتها. - أن تتعرف الأم على خطوات علاقات جيدة مع الآخرين. - أن تستخدم الأم مهارة التعقل في بناء علاقات مع الآخرين.	السابعة عشر: أقمي على علاقات جيدة لك ولابنك	
٣٠ ق	الحوار والإقناع- حل المناقشة- حل المتناقضات- تغيير الأفكار السلبية- تعديل المعتقدات- إدارة الانفعالات- التعزيز.	- أن تفرق الأم بين الفكرة والانفعال والسلوك والحدث. - أن تتدرب الأم على تسمية الانفعالات. - أن تتدرب الأم على مهارة السيطرة على الانفعالات السلبية. - أن تستخدم الأم العبارات الإيجابية لزيادة المشاعر الإيجابية.	الثامنة عشر سيطري على انفعالاتك	
٤٠ ق	المحاضرة- الحوار والإقناع- التعقل التأملي العميق-	- أن تعرف الأم رسالتها وهدفها نحو تربية ابنها للمعاق. - أن تبني الأم خطط محددة لتحقيق أهدافها	التاسعة عشر: حددي أهدافك	

مدة الجلسة	الفنيات المستخدمة	الأهداف الإجرائية	عنوان الجلسة	محور الجلسات
	حل المشكلات- إيقاف التفكير- التعزيز- مناقشة الحوار الداخلي.	الخاصة بتلبية احتياجات اسرتها واحتياجات ابنها. - أن تطبق الأم مبدأ الواقعية في إشباع حاجاتها وحاجات ابنها.		
٤٠ ق	الإقناع والحوار- حل المشكلات- جدل المتضادات- الاسترخاء- النمذجة- التعقل التأملي العميق- التعزيز.	- بث روح المثابرة والصبر لدى الأم. - أن تتدرب الأم على اكتساب مهارة تحمل الكرب. - أن تستنتج الأم الدروس المستفادة من قصة "حيس الصقر". - أن تتدرب الأم على استخدام مهارة "قف STOP". - أن تستخدم الأم أساليب طلب الدعم، حل المشكلات في مواجهة ضغوطاتها.	العشرون: تحمل الكرب وواجهي ضغوطاتك بإيجابية	
٣٥ ق	الحوار- مناقشة الحوار الداخلي- تغيير الأفكار السلبية- النمذجة- جدل المتضادات- التعزيز- حل المشكلات.	- أن تحدد الأم نقاط القوة والضعف في شخصيتها بعد مرور الجلسات السابقة. - أن توظف الأم نقاط القوة في التغلب على مشكلات ابنها وتلبية احتياجاته ومتطلباته. - أن تستفيد الأم من الفرص في مواجهة مشكلاتها وضغوطاتها. - أن تتجنب الأم التهديدات التي تواجهها من قبل المجتمع المحيط.	الحادية والعشرون: تقييم الذات	
٣٠ ق	المناقشة- الحوار- التعزيز- لعب الدور- تعديل المعتقدات.	- تقييم جلسات البرنامج . - تحديد مناطق القوة والضعف في البرنامج بشكل عام وجلساته. - تحديد مدى التحسن والتغيرات الإيجابية التي طرأت على أمهات المجموعة التجريبية. - توجيه الأمهات إلى ضرورة استخدام وتفعيل المهارات والسلوكيات المكتسبة بالبرنامج.	الثانية والعشرون : رايك في البرنامج وجلساته	جلسات الإنهاء والمتابعة
٣٠ ق	المناقشة- الحوار والإقناع- التعزيز.	- تحديد المشكلات والعقبات التي تحول دون تطبيق ما تم اكتسابه من مهارات وسلوكيات. - مناقشة التحديات ووضع آليات لمواجهتها. - ضرورة الالتزام بما تم اكتسابه أثناء جلسات البرنامج. - تطبيق القياس البعدي لمقاييس الدراسة. - الاتفاق على موعد لتطبيق القياس التتبعي في غضون شهرين أون لاین عبر رابط بالإيميل.	الثالثة والعشرون: متابعة وتوجيه الشكر	

إجراءات ضبط البرنامج :

تحكيم البرنامج:

تم عرض البرنامج على عدد من الأساتذة المتخصصين في مجال الصحة النفسية والتربية الخاصة للوقوف على مدى تنظيم البرنامج بالصورة التي عليها، ومكوناته ومدى مناسبة محتوى البرنامج لتحقيق أهدافه ومناسبته للفئة المستهدفة، ومناسبة الأدوات والفنيات والأساليب المستخدمة فيه. وتم تعديل البرنامج في ضوء تعليقات السادة المحكمين حتى وصل للصورة النهائية سألقة الذكر بمخطط البرنامج. ولكي يتم التحقق من فروض البحث، ومن ثم تحقيق أهدافه تم إجراء الدراسة على ثلاث مراحل، تتضمن كل منها مجموعة من الخطوات الإجرائية على النحو التالي:

١. مرحلة إعداد وتجهيز أدوات الدراسة كما يأتي:

أ. إعداد مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة ومقياس تنظيم الذات لأمهات أطفال متلازمة أشر.

ب. إعداد البرنامج السلوكي الجدلي والذي يهدف إلى تخفيف اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ويصاحبه تحسين لتنظيم الذات لدى عينة الدراسة.

٢. مرحلة اختيار عينة الدراسة بعد إجراء الآتي:

- انتقاء عينة الدراسة بشكل قصدي للأمهات اللاتي لديهن أبناء مصابين بمتلازمة أشر وحصلن على درجة تتراوح من (٧٦-٩٦) درجة تمثل مستوى عال من الشعور باضطراب كرب ما بعد الصدمة، وحصلن على درجة تتراوح من (٣١-٥١) درجة تمثل مستوى منخفض من تنظيم الذات.

- إجراء الجلسات مع إمكانية حضور الأبناء ومشاركتهم في بعض الجلسات، كذلك حضور الأباء لتوجيههم بضرورة مشاركة الأمهات في تحمل المسؤولية والأعباء وتلبية احتياجات الابن.

٣. مراحل التقييم: فيها قام الباحث بـ:

- تطبيق مقياسي الدراسة في جلسة التعارف والتمهيد (التقييم المبدئي) لتشخيص درجة الاضطراب وقدرة الأمهات على تنظيم الذات.

- دور الجلسات التقييمية في تحديد مدى اكتساب الأمهات للمهارات المكتسبة أثناء الجلسات (التقويم التكويني).

- تطبيق مقياسي الدراسة في الجلسة الختامية (التقييم النهائي) بعد انتهاء البرنامج وإجراء القياس التتبعي بفترة زمنية تقدر بشهر ونصف تقريباً.

نتائج البحث وتفسيرها:

نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأمهات المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة تجاه القياس البعدي". وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون لإشارات الرتب Wilcoxon Signed Ranks Test، وتوضح دلالة الفروق من خلال جدول (٨):

جدول (٨) قيم (z) لاختبار ويلكوكسون لإشارات الرتب للفرق بين متوسطي رتب درجات

المجموعة التجريبية على المقياس

الابعاد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
إعادة الخبرة الصادمة	السالبة	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠	٢,٠٢٣	٠,٠٥
	الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	المتعادلة	١	-	-		
	المجموع	٦	-	-		
التجنب والخدر	السالبة	٦	٣,٥	٢١,٠٠	٢,٢١٤	٠,٠٥
	الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	المتعادلة	٠	-	-		
	المجموع	٦	-	-		
الاستشارة الدائمة	السالبة	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠	٢,٠٣٢	٠,٠٥
	الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	المتعادلة	١	-	-		
	المجموع	٦	-	-		
الدرجة الكلية	السالبة	٦	٣,٥	٢١,٠٠	٢,٢٠٧	٠,٠٥
	الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	المتعادلة	٠	-	-		
	المجموع	٦	-	-		

يتضح من جدول (٨) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة تجاه القياس البعدي، حيث توجد (٥) حالات سالبة على بعدي إعادة الخبرة الصادمة والاستثارة الدائمة مقابل حالة (١) موجبة، ووجود (٦) حالات على بعد التجنب والخطر والدرجة الكلية للمقياس، وكانت الفروق جميعها دالة عند مستوى (٠,٠٥)؛ مما يشير إلى تحقق الفرض الأول.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Harley, et al, 2018) في فاعلية العلاج السلوكي الجدلي متمثلاً في فنياته وأساليبه لعينة من المراهقين يقاومون علاجات ومضادات الاكتئاب. وتدلل وجود الفروق الدالة لمتوسطات رتب القياسين القبلي والبعدي لدى أمهات المجموعة التجريبية على فعالية البرنامج ونجاح أساليبه وفنياته التي استخدمها الباحث مع عينة الدراسة، حيث راعى الباحث مسببات نجاح البرنامج السلوكي الجدلي بداية من اختيار البرنامج السلوكي الجدلي كمدخل علاجي لخفض مشاعر الاضطراب والكرب لدى الأمهات، حيث تفاقم إصابة الطفل بإعاقة سمعية تليها إعاقة بصرية ومشكلات بالتوازن وفقد أهم حاستين في مراحل عمرية متقدمة؛ يشكل خطورة وإنهاك نفسي وتحديات اجتماعية ومشكلات انفعالية لدى الأسرة والأم على وجه الخصوص، كذلك عُزي نجاح البرنامج إلى التخطيط للجلسات والبناء لها حتى جلسات الإنهاء والمتابعة.

واجه الباحث بعض الصعوبات أثناء تنفيذ الجلسات، حيث كانت الأمهات تعاني من الخمول والتبذل الانفعالي والنفور من الآخرين والانحسار في المجال العاطفي وفقدان الشعور بالحب والدعم من قبل المحيطين بها، وذلك بسبب مضاعفة الوقت التي تقضيه الأمهات مع أبنائهن كونه معاقاً وغير قادر على تلبية احتياجاته بشكل سوي أو مستقل؛ فتصاب بحالة من اليأس والإحباط والملل ومشكلات انفعالية وسلوكية. وقد نجح الباحث في مساعدة الأمهات على تحديد مشاعرها السالبة والتخلص منها باستخدام فنيات الاسترخاء والتعقل التأملي العميق ومناقشة الحوار الداخلي.

هدفت جلسات البرنامج إلى إعادة التمثيل البنائي لمتثل الإدراك والمشاعر والسلوكيات (Cognitive Triangle) لعينة الدراسة، فأفكارنا وعواطفنا وسلوكياتنا كلها مترابطة مع بعضها البعض وتؤثر على بعضها البعض، وتغيير إحداها أو على الأقل التأثير عليه يأتي من خلال تغيير الآخر. وهناك مفهومين أساسيين في العلاج السلوكي الجدلي، لهما دور في تعزيز التغيير الإيجابي في حياة الفرد، وهما: الأفكار السلبية التلقائية (مصطلح يستخدم بالتبادل مع مصطلح التشوهات المعرفية) والمعتقدات الأساسية غير المنتجة، وللعلم فالأفكار السلبية التلقائية متجذرة في المعتقدات الأساسية غير المنتجة، ويمكن أن تكون قوية جداً في التأثير على الطريقة التي نرى بها أنفسنا والآخرين وتوقعاتنا وعواطفنا وبالطبع سلوكياتنا (مارشا، ٢٠٢٠، ١٢٧)..

نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتبقي لأمهات المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة". وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون لإشارات الرتب ويتضح ذلك من خلال جدول (٩):

جدول (٩): قيمة (Z) لاختبار ويلكوسون لإشارات الرتب للفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على المقياس

الأبعاد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
إعادة الخبرة الصادمة	السالبة	٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	١,٨٤١	غير دال
	الموجبة	٤	٢,٥٠٠	١٠,٠٠٠		
	المتعادلة	٢	-	-		
	المجموع	٦	-	-		
التجنب والخطر	السالبة	٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	١,٦٠٤	غير دال
	الموجبة	٣	٢,٠٠٠	٦,٠٠٠		
	المتعادلة	٣	-	-		
	المجموع	٦	-	-		
الاستئثار الدائمة	السالبة	٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	١,٨٢٦	غير دال
	الموجبة	٤	٢,٥٠٠	١٠,٠٠٠		
	المتعادلة	٢	-	-		
	المجموع	٦	-	-		
الدرجة الكلية	السالبة	٠	٠,٠٠٠	٠,٠٠٠	١,٦٢٣	غير دال
	الموجبة	٣	٢,٠٠٠	٦,٠٠٠		
	المتعادلة	٣	-	-		
	المجموع	٦	-	-		

يتضح من جدول (٩) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في جميع أبعاد المقياس، حيث بلغت عدد الحالات الموجبة (٤) حالات مقابل عدد (٢) حالة متعادلة على بعدي إعادة الخبرة الصادمة والاستئثار الدائمة، في حين تساوت عدد الحالات الموجبة والمتعادلة (٣) حالات على بعد التجنب والخطر، وبلغت عدد الحالات الموجبة (٥) حالات مقابل عدد (١) حالة سالبة للدرجة الكلية للمقياس؛ مما يدل على فعالية برنامج الدراسة في خفض حدة اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى أمهات المجموعة التجريبية.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Park, et al., 2020) في استمرار فعالية البرامج العلاجية القائمة على المدخل السلوكي الجدلي في خفض معدلات الاكتئاب والقلق وتحسين كفاءة الذات لدى مدمني الكحوليات. ويعتبر هذا الفرض تحقق كلياً فجميع الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة (أبعاد ودرجة كلية) غير دالة. ويرجع ذلك إلى نجاح البرنامج وقدرة الباحث على إكساب أمهات المجموعة التجريبية المهارات والأفكار التي لها دور كبير في تغيير سلوكياتهن واستجاباتهن تجاه ما يواجهونه من مشكلات وتحديات في تربية وتلبية احتياجات أبنائهن المصابين بالمتلازمة.

ويعزي الباحث هذه النتيجة إلى تكامل جلسات البرنامج السلوكي الجدلي من ضرورة تقبل حالة الابن والعمل على تحسين قدراته ومهاراته والبحث عن الايجابيات ومواطن القوة بدلاً من الإنكار وعدم التقبل والتركيز في العيوب والسلبيات (الجلسة الثامنة)، وقبل ذلك التركيز على تغيير الأفكار والمشاعر كخطوة مهمة وسابقة لتغيير السلوكيات (الجلستين الرابعة والسابعة)، وإن كانت عمليات متداخلة ومرتبطة ببعضها البعض، إلا أن الباحث من خلال استراتيجيات الاسترخاء ومناقشة الحوار الداخلي وجدل المتضادات وحل المتناقضات استطاع مساعدة الأمهات على تقييم الذات والأفكار والسلوكيات.

ويرجع استمرار فعالية البرنامج السلوكي الجدلي في خفض اضطراب كرب ما بعد صدمة الأمهات بإصابة أبنائهن إلى حرص الباحث على ضرورة مشاركة الأباء الفعالة في بعض الجلسات وتزويدهم بالمعارف والاتجاهات الإيجابية وضرورة إيعاز الأمهات إلى مساعدتهم ومساندتهم في

تحمل بعض الأعباء والمسؤوليات بجانب الأم، فهي ليست المنوطة بمفردها بتحمل كافة الأعباء والمسؤوليات على الرغم أن دولة الإمارات العربية توفر كافة وسائل الدعم التأهيلي والاجتماعي والصحي والمادي للابن وأسرتة، إلا أن الدعم النفسي للأم واتجاهات المجتمع تظل الفيصل الوحيد في عبور مشاعر الاضطراب والأفكار السلبية والوجدانات والمشاعر غير الإيجابية المصاحبة لإصابة الطفل بمتلازمة أشر.

في النهاية يمكن تفسير استمرار فعالية برنامج الدراسة الحالي إلى اختيار المدخل العلاجي المناسب القائم على السلوكي الجدلي وفتياته وأساليبه في إقناع الأمهات بفكرة أن ابنها مثله كالأبن العادي إذا فقد حاسة سمعية تليها ضعف حاسة البصر، فلهذه حواس أخرى وبقايا بصرية لا بد من استغلالها في التعلم والتكيف مع ظروف المتلازمة (التركيز على مبدأ التقبل وتغيير السلوك)، كذا ضرورة التخلص من الأفكار غير المنطقية والمعتقدات والمعارف السالبة وإحلالها بأفكار عقلانية ومعتقدات إيجابية من خلال فنيتي التعقل التأملي العميق وإيقاف التفكير (التأكيد على أهمية الوعي بالعمليات المعرفية).

نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأمهات المجموعة التجريبية على مقياس تنظيم الذات تجاه القياس البعدي" وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوسون لإشارات الرتب، وتتضح دلالة الفروق من خلال جدول (١٠):

جدول (١٠) قيم (Z) لاختبار ويلكوسون لإشارات الرتب للفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على المقياس

الابعاد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
التنظيم المعرفي	السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٠٣٢	٠,٠٥
	الموجبة	٥	٣,٠٠	١٥,٠٠		
	المتعادلة	١	-	-		
	المجموع	٦	-	-		
التنظيم الانفعالي	السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	١,٨٤١	غير دال
	الموجبة	٤	٢,٥٠	١٠,٠٠		
	المتعادلة	٢	-	-		
	المجموع	٦	-	-		
التنظيم السلوكي	السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٢٣٢	٠,٠٥
	الموجبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠		
	المتعادلة	٠	-	-		
	المجموع	٦	-	-		
الدرجة الكلية	السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٢٠٦	٠,٠٥
	الموجبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠		
	المتعادلة	٠	-	-		
	المجموع	٦	-	-		

يتضح من جدول (١٠) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس تنظيم الذات تجاه القياس البعدي عدا بعد التنظيم الانفعالي، على الرغم من وجود (٤) حالات موجبة مقابل (٢) حالة سالبة على هذا البعد، إلا أن قيمة (Z) بلغت (١,٨٤١) غير دالة، وتساوت عدد الحالات الموجبة (٦) حالات مقابل (٠) حالة سالبة على بعد التنظيم السلوكي ودرجة المقياس الكلية وكانتا دالتين عند مستوى (٠,٠٥)، وبلغت عدد الحالات الموجبة على بعد التنظيم المعرفي (٤) حالات مقابل (٢) حالة سالبة دالة عند مستوى (٠,٠٥).

ويعزى الباحث ذلك النتيجة إلى وجود العلاقة بين أثر تخفيف معاناة الأمهات نفسياً واجتماعياً وانفعالياً الناتجة عن إصابة الابن بمتلازمة أشر وقدرة الأم على تقبل الأمر الواقع وتحسين تنظيم الذات وتنمية قدرات ومهارات الابن، وذلك من خلال استراتيجيات التخطيط والتنظيم ومساعدة الباحث الأمهات على تحديد المهام والأهداف بشكل واضح والقيام بتنظيم جدول زمني لإتمامها، وقد يساعد التخطيط الجيد في تقليل التوتر والشعور بالانزعاج، ومن الطرق المُعينة في الجلسة العاشرة لأي شخص تقسيم المهمة إلى مهام صغيرة، هذا ما تم العمل عليه مع أمهات المجموعة التجريبية مع رسم خطط يومية وإمكانية إنجازها والمتابعة الفردية مع التحفيز.

كذلك اهتم الباحث بتدريب الأمهات على تحديد الأولويات كوسيلة من وسائل تنظيم الذات وتخفيف الشعور بالضغط، ويمثل ذلك بتحديد الأهداف المتعلقة بتنمية قدرات الابن ومهاراته ووضع خطة محددة زمنياً واضحة ومنطقية الإعداد والتنفيذ (الجلسة الخامسة عشرة)، كذلك ضرورة البحث عن الدعم الاجتماعي والتحدث مع الأصدقاء أو أفراد الأسرة خاصة الأب حول مشاعر الأم والتحديات التي تواجهها، فاللدم الاجتماعي دور كبير في تخفيف الضغط النفسي وتحسين مهارات تنظيم الذات، وذلك من خلال فنيات تعديل المعتقدات وتغيير الأفكار السلبية والنمذجة ولعب الدور.

في النهاية يمكن أن نقول أن هذه النتيجة تتسق مع نظرية تعطيل تخفيف القلق أو ما يُسمى بـ" التطبيق الفعلي لنظرية إدارة الخوف"، ففسير رد فعل الفرد تجاه حدث صادم ما يؤدي إلى اضطراب ما بعد الصدمة. وتفترض نظرية إدارة الخوف أن البشر على عكس أي كائن حي آخر يدركون بشكل فريد أن الموت هو النتيجة الحتمية للحياة أو أي مصدر للقلق يثير الخوف والتوتر؛ فتندفع الأفكار إلى مستوى الوعي، ويمكن تخفيف تلك المشاعر والأفكار السالبة من خلال احترام الذات ومساعدة الفرد على تحسين مهارات تنظيم الذات لديه وتكوين علاقات شخصية واجتماعية ناجحة (Larsen & Prizmic, 2014, 15-16).

نتائج الفرض الرابع:

ينص الفرض الرابع على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأمهات المجموعة التجريبية على مقياس تنظيم الذات". استخدام اختبار ويلكوسون لإشارات الرتب للتحقق من هذا الفرض، ويتضح ذلك من خلال جدول (١١):

جدول (١١): قيمة (z) لاختبار ويلكوسون لإشارات الرتب للفرق بين متوسطي رتب درجات

المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتتبعي على المقياس

الأبعاد	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
التنظيم المعرفي	السالبة	٤	٢,٥٠	١٠	١,٨٩٠	غير دال
	الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	المتعادلة	٢	-	-		
	المجموع	٦	-	-		
التنظيم الانفعالي	السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢٣٢	٠,٠٥
	الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	المتعادلة	٠	-	-		
	المجموع	٦	-	-		
التنظيم السلوكي	السالبة	٣	٢,٠٠	٦,٠٠	١,٧٣٢	غير دال
	الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	المتعادلة	٣	-	-		
	المجموع	٦	-	-		
الدرجة الكلية	السالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢١٤	٠,٠٥
	الموجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	المتعادلة	٠	-	-		
	المجموع	٦	-	-		

يتضح من خلال جدول (١١) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتنبعي على بعدي مقياس تنظيم الذات، وهما: التنظيم المعرفي والتنظيم السلوكي، فبالنسبة للتنظيم المعرفي بلغت عدد الحالات السالبة (٤) حالات مقابل عدد (٢) حالة متعادلة في مقابل تساوي الحالات السالبة والمتعادلة (٣) حالات على بعد التنظيم السلوكي. وكانت الفروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب الدرجات على بعد التنظيم الانفعالي ودرجة المقياس الكلية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) تجاه القياس البعدي، حيث تساوت عدد الحالات السالبة (٦) حالات.

يمكن أن نخلص من نتائج الجدول السابق تحقق الفرض الرابع جزئيًا، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Strauman, et al., 2011) في استخدام مداخل وأساليب علاجات متنوعة في خفض مشاعر الاكتئاب والمسببة للفشل المدرك لتنظيم الذات. ويمكن أن نعزو تلك النتيجة إلى حساسية الأم للمشكلات والتحديات المرتبطة بإعاقة الابن واتجاهات المجتمع نحوه والتفكير في مستقبله، وهذا ما لاحظته الباحثة أثناء تنفيذ الجلسات، ففي الجلسة العشرين الخاصة بمواجهة الضغوط النفسية وجد الباحث عدم فعالية أو مشاركة الأمهات في الجلسة، خاصة أن الباحثة أوضح أن الشعور المتزايد بها يجعلهن أكثر قلقًا وتوترًا وغير مستمتعته بالحياة، إلا أن صرحن الأمهات بأنهن العنصر الفعال والمتكفل الأول بالأبناء داخل الأسرة.

تبين أثر برنامج الدراسة الحالي في تحسين التنظيم المعرفي لدى أمهات المجموعة التجريبية عندما ركز الباحث في جلساته على استخدام فنيات تعديل المعتقدات لإعادة البناء المعرفي للأمهات وفنية التعقل التأملي العميق وإيقاف التفكير السلبي في تحديد الأهداف وبناء خطط واقعية ومنطقية تتعلق بتلبية احتياجات ومطالب الابن المصاب بالمتلازمة وبقيّة الأبناء، خاصة تزايد عدد الأبناء في المجتمع الإماراتي، إلا أن مع توافر سبل الدعم المادي والاجتماعي والأسري والتوجيه والإرشاد الموجه من مبادرات تستطيع الأم بناء ووضع خطوات فعالة ومتدرجة لتحقيق أهدافها. وزادت فعالية أحد الأمهات حين شاركت في مبادرة "أمهات تجاوزن الصدمة" بإمارة الشارقة للخدمات الإنسانية.

اهتم البرنامج السلوكي الجدلي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد صدمة الأمهات بمتلازمة أشر، كذا اهتم الباحث بمساعدة الأمهات على إزالة التوتر وتحسين أساليب مواجهة ضغوطاتهن وتحدياتهن لتغيير الواقع المؤلم والتهديدات التي يواجههن، وذلك من خلال استراتيجيات المدخل العلاجي المستخدم من فنيات الاسترخاء والنمذجة ولعب الدور وحل المشكلات، حيث لعبت هذه الفنيات دورًا مهمًا في تحسين التنظيم السلوكي لدى أمهات المجموعة التجريبية، خاصة أن جزء من الفنيات المستخدمة في برنامج الدراسة الحالي تنتمي إلى استراتيجيات العمليات السلوكية الموجهة نحو المشكلة أو الضغط.

(Samantha & Rebecca, 2019, 18)

مجملاً نتضح العلاقة العكسية بين اضطراب ما بعد الصدمة وتقدير الذات والقدرة على تنظيم الذات، فلا يمكن أن يعمل تنظيم الذات بشكل جيد كنظام تعطيل تخفيف القلق في ظل زيادة المعاناة من إعادة الخبرات الصادمة، وساعد الباحث الأمهات بقدر الإمكان في جلسات البرنامج على إزاحة الاستجابات الدفاعية وتخفيفها في وجه القلق والتوتر المتمثل في إنكار إعاقة الابن وإحجابه عن اندماجه في المجتمع.

نتائج الفرض الخامس:

ينص الفرض الخامس على أنه: "يوجد حجم تأثير كبير للبرنامج السلوكي الجدلي في خفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية". تم حساب حجم تأثير البرنامج

(η^2) من خلال نتائج اختبار ويلكوكسون لإشارات الرتب لمقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ويتضح ذلك من خلال الجدول الآتي:

جدول (١٢): حجم تأثير (η^2) البرنامج السلوكي الجدلي في خفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة

مقدار التأثير	حجم التأثير (η^2)	قيمة Z	العدد (n)	مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة
كبير	٠,٨٢٦	٢,٠٢٣	٦	إعادة الخبرة الصادمة
كبير	٠,٩٠٤	٢,٢١٤		التجنب والخطر
كبير	٠,٨٣٠	٢,٠٣٢		الاستشارة الدائمة
كبير	٠,٩٠١	٢,٢٠٧		الدرجة الكلية للمقياس

يتضح من جدول (١٢) أن حجم تأثير برنامج الدراسة على خفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى أمهات المجموعة التجريبية يتراوح من (٠,٨٢٦ - ٠,٩٠٤)؛ ويدل ذلك على فعالية البرنامج السلوكي الجدلي وقوة تأثيره على جميع أبعاد المقياس. وبلغ حجم تأثير البرنامج على الدرجة الكلية للمقياس (٠,٩٠١)؛ مما يشير إلى أن (٩٠%) من تباين درجة المقياس الكلية لدى عينة الدراسة يرجع إلى أثر البرنامج السلوكي الجدلي. ويعزي الباحث ارتفاع حجم تأثير البرنامج إلى العوامل التالية:

- مراعاة الباحث لاستخدام المدخل الإرشادي المناسب (البرنامج السلوكي الجدلي/ المتغير المستقل) في خفض مشاعر اضطراب كرب لدى الأمهات بعد إصابة الابن بمتلازمة أشر، خاصة أن المعتقدات والأفكار اللاعقلانية لها دوراً كبيراً في إصابة الفرد بالإحباطات والقلق والتوتر والاضطرابات النفسية، ويسهم العلاج السلوكي الجدلي بشكل كبير في تغيير تلك المعتقدات والمشاعر السالبة إلى أخرى إيجابية وأفكار مقبولة وسلوكيات سوية.
- اختيار عينة الدراسة من أمهات الأبناء ذوي متلازمة أشر، فعلى الرغم من ندرتها وعدم انتشارها، إلا أنها تعد من المتلازمات الأكثر خطورة إذا أهملت حاجات المصاب بها وذويه، خاصة الأم العنصر المنوط في المقام الأول بتربيته وتحمل مسؤولياته وتلبية احتياجاته.
- قدرة الباحث على مساعدة الأمهات على تكوين علاقات اجتماعية قوية مع بعضهن البعض وتوجيههن على توظيف ما لديهن من قدرات وإمكانات في تقبل الابن المعاق وتلبية حاجاته ومساعدته على تنمية استعداداته وقدراته.
- حاجة الأمهات إلى الإرشاد النفسي ومساعدتها على تقبل ابنها ذوي الإعاقة ومساعدته على إشباع حاجاته وتحقيق النمو السوي بعد ضرورة شعور الأم بأهمية دورها ومهامها في أسرتها وتنظيم الذات لديها.
- حرص الباحث على مدى تحقيق الجلسات لأهدافها والوقوف على السلوكيات والمعارف المكتسبة وتحديد نقاط القوة والضعف في الجلسات من خلال آراء الأمهات، والعمل على تحسينها والتخلص من جوانب القصور.
- نظراً لظروف أمهات الأبناء المصابين بمتلازمة أشر وما يتعرضن إليه من مشكلات وتحديات، فهن في أمس الحاجة للوعي الذاتي وبرامج تنظيم الذات ومراقبة أفكارهن وتحديدتها، وما قبل ذلك من ضرورة التخلص من مشاعر اضطراب كرب ما بعد الصدمة.
- تعدد الفنيات الإرشادية المستخدمة والمنتكمية إلى المدخل السلوكي الجدلي وفعاليتها في تحقيق أهداف الجلسات ودورها في تخفيف مشاعر اضطراب كرب ما بعد الصدمة من فنيات مناقشة الحوار الداخلي وجدل المتناقضات والتعقل التأملي العميق والاسترخاء وحل المتناقضات وإيقاف التفكير.

توصيات البحث: بناء على ما أسفر عنه البحث الحالي من نتائج يقدم الباحث التوصيات الآتية:

- (١) التدخل المبكر وتقديم البرامج العلاجية والتأهيلية المناسبة _ كمدخل وقائي_ للأطفال ذوي المتلازمات النادرة.
- (٢) مساعدة أولياء أمور الأطفال المصابين بالمتلازمات من خلال البرامج الإرشادية في مواجهة الضغوطات والتحديات التي تفرضها طبيعة الإعاقة واتجاهات المجتمع السالبة.
- (٣) نشر الوعي عبر وسائل و قنوات الإعلام المتنوعة حول المتلازمات النادرة بضرورة التقييم والتشخيص المبكرين لحالة الطفل إذا تأخر نمو حاسة ما، وذلك لتفادي إصابة الطفل بإعاقات أخرى.

دراسات مقترحة: من البحوث المقترحة والمرتبطة بنتائج البحث الحالي:

- (١) فعالية برنامج إرشادي قائم على استراتيجيات المواجهة الفعالة في تخفيف الضغوط النفسية لدى أمهات الأبناء المصابين بمتلازمة أشر.
- (٢) فعالية برنامج عقلائي انفعالي سلوكي في تحسين تحقيق الذات وأثره على الرضا عن الحياة لدى أمهات الأبناء المصابين بمتلازمة أشر.
- (٣) فعالية برنامج قائم على المدخل السلوكي التطبيقي (ABA) في تحسين مهارات التواصل لدى الأطفال المصابين بمتلازمة أشر.

المراجع

- أبو زيد، أحمد (٢٠٢٠). **العلاج النفسي (العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي- العلاج السلوكي الجدلي)**. القاهرة، دار الزهراء.
- حسن، علي (٢٠٢٠): الخصائص السيكومترية لمقياسي تنظيم الذات والسلوك الفوضوي لطلاب كلية التربية جامعة أسيوط، **مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس**، ٤٥ (٣)، ٦٩-١٥.
- خطاب، محمد (٢٠١٤). **تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية**. عمان، دار وائل.
- زهران، حامد (١٩٩٧). **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط (١٣). القاهرة، دار عالم الكتب.
- سواز، ميشيلا، هيرد، هايدي. ترجمة: محمود عيد مصطفى (٢٠١٧). **العلاج السلوكي الجدلي الفلسفة والأساليب**. القاهرة، إيتراك.
- شقير، زينب (٢٠١٦). **أسرتي، مدرستي أنا ابنكم المعاق**، سلسلة سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، ط٣، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- عبد الله، عادل (٢٠١٤). **الإعاقة الحسية**. سلسلة ذوى الاحتياجات الخاصة، ط (٣)، القاهرة، دار الرشاد.
- عبد الهادي، سامر (٢٠١٨). **تنظيم الذات لدى أعضاء هيئة التدريس في جامعة أبو ظبي في دولة الإمارات العربية المتحدة**. **مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية**، ١٥١ (٧)، ٢١-١٦٤.
- عكاشة، أحمد (٢٠٠٨). **الطب النفسي المعاصر**. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عكاشة، أحمد وطارق، عكاشة (٢٠١٩). **الطب النفسي**، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عامر، طارق (٢٠٢٠). **الذاكرة والتذكر والنسيان- طرق تنشيط الذاكرة وأنواعها**. القاهرة: المجموعة العربية.
- ماتا، كريستي (٢٠١٤). **التجاوب مع الضغوط كيف يمكن أن يخلصك العلاج السلوكي الجدلي من التوتر والقلق والغضب وغيرها من الأعراض غير الضرورية للضغوط؟**. المملكة العربية السعودية، مكتبة جريير.

-
- ماثيو، مكي ؛ جيفري، سي وود، جيفري، ب ارتنلي. ترجمة: ألفت كحلة (٢٠٢٠). كتاب عملي لمهارات العلاج السلوكي الجدلي: تمارين العلاج السلوكي الجدلي العملية لتعلم اليقظة الذهنية، والفعالية البين شخصية وتنظيم المشاعر وتحمل الكرب النفسي. القاهرة، إيتراك.
 - مارشا، لينهان. ترجمة: سامي العرجان وتيسير شواش (٢٠٢٠). التدريب على مهارات العلاج السلوكي الجدلي (DBT) الأدلة وأوراق العمل. عمان، دار الفكر.
 - مراد، صلاح (٢٠٠٠). الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والعلوم التربوية والاجتماعية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
 - موسى، محمد (٢٠٠٦). فعالية برنامج إرشادي تدريبي لأمهات الأطفال التوحديين لتنمية بعض مهارات السلوك الاستقلالي لهؤلاء الأطفال باستخدام جداول النشاط المصورة. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
 - Aflakseir, A. & Manafi, F. (2021) Posttraumatic growth and its relationship with cognitive emotion regulation strategies in multiple sclerosis patients in Shiraz. **Journal of Practice in Clinical Psychology**, 6(1), 5-62.
 - Akbar, Z. & Witruk, E. (2020). Coping mediates the relationship between gender and posttraumatic growth. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, 217(3), 1036- 1043.
 - Alizadehfard, S. (2020). The effectiveness of dialectical behavior therapy on depression, stress, anxiety and symptoms of Migraine. **International Journal of Psychology**, 13(2), 229-257
 - Bembenutty, D. (2018) .The Relationship between PTSD and self – regulation on students motivation and learning. **The Annual Meeting of the American Psychological Society Washington, DC**. May, in Eric.
 - Caffo, E.; Forresi, P. & Lievers, L. (2018). Impact, psychological sequel and management of trauma affecting children. **Current Opinion in Psychiatry**, 17(4), 422-428
 - Cohen, S. & Wills, T. (2015). Stress, social support, and the buffering hypothesis, **Psychological Bulletin**, 98(2), 310–327.
 - Cook, N. & Gorraiz, M. (2016). Dialectical behavior therapy for non suicidal self-injury and depression among adolescents: preliminary meta-analytic evidence. **Child and Adolescent Mental Health**, 21(2), 81-89.
 - Feinberg, J. (2020). **Identification and management of children with Usher Syndrome**. Audiology Online, Article 14162. Retrieved from <http://www.audiologyonline.com>.
 - Fitzsimons G. & Bargh, J. (2018). **Automatic self- regulation in R.F. Baumeister. Handbook of Social regulation. Research, theory and application**. New York, The Guilford Press.
-

-
- Hamanka, S.; Asukai, N. & Tamijo, Y. (2020). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms among severely injured in motor vehicle accidents in Japan, **General Hospital Psychiatry**, 28(2), 234-241.
 - Harley, R.; Sprich, S.; Safren, S.; Jacobo, M. & Fava, M. (2018). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 196(2), 136-143.
 - Haslam, D.; Mejia, A.; Thomson, D. & Betancourt, T. (2019). Self-regulation in low- and Middle income Countries: Challenges and Future Directions. **Clinical Child and Family Psychology Review**, 22(2), 104-117.
 - Hitlin, S. & Elder, G. (2020). Time, Self and the curiously abstract concept of agency. **Journal of Sociological Theory**. 25(5), 170- 191.
 - Hogner, N. (2021). Psychological stress in people with dual sensory impairment through Usher syndrome type II. **Journal of Visual Impairment and Blindness**. 36(2), 185-197.
 - Khadijeh, A.; Morteza, M.; Amir, A. & Javad, S. (2021). Effectiveness of group Dialectical Behavior Therapy (Based on Core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university Students. **Journal of Fundamentals of Mental Health**, 13(2), 124-135.
 - Larsen, R. & Prizmic, Z. (2014). Affect regulation. In R.F.Baumeister K.D. Vohs (Eds). **Handbook of Social regulation research, theory and application**. New York, The Guilford Press.
 - Liberman, L. (2018). **Fitness for individual who are visually and hearing impaired or Deaf blind**, Review (on – line) 3U Available at File."A: EBS Co hast. HTML.
 - Lin, J.; Ko, C.; Wu, W.; Oei, P.; Lane, Y. & Chen, H. (2019). The effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group vs cognitive therapy group on reducing depression and suicide attempts for borderline personality disorder in Taiwan. **Archives of Suicide Research**, 23(1), 82-99
 - Mathew, K.; Varghese, A.; Vivek, D.; Santosh, G.; Loganathan, I. & Kirpeker, H. (2020). Aiming inetervension: Basic priciples and techniques. **Ndian Psychiatry**. 62(2), 192- 200. Published online 2021 Jan18. Doi: 10.4103/psychiatry.Indian Psychiatry_770_19.
 - Mezuke, B.; Ratliff, S.; Concha, J.; Abdou, C.; Rafferty, J. Lee, H. & Jackson, J.(2019). Stress, self-regulation and context: Evidence from the health and retirement survey. **SSM-Population Health**, 12(3), 155-163.
-

-
- Middendorp, H.; Greenen, R.; Sobri, M.; Hox, J.; Vingerhoets, A.; Doornen, V. & Bijlsma. (2018). Gender differences in emotion regulation and relationships with perceived health patients with rheumatoid arthritis. **Women & Health**, 42(3), 75-97.
 - Ozhiganova, G. (2020). Self- regulation and self- regulatory capacity: components, levels, models. **RUDN Journal of Psychology and Pedagogics**, 15(3), 225-270.
 - Öngen, D. (2020). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. **Procedia Social and Behavioral Sciences**, 15(9), 116-123.
 - Park, J.; Ju, S.; Young, M. & Kang, G. (2020). The effects of dialectical behavior Therapy (DBT) skill training on depression and alcohol abstinence self-efficacy of patients with alcohol use disorder. **Medicolegal Update an International Journal**, 1-15. DOI: <https://doi.org/10.37506/mlu.v20i1.587>
 - Rayan, S. & Ahmad, M. (2022). Mindfulness and parenting distress among parents of children with disabilities: a literature review. **Perspectives in Psychiatric Care**, 54(2), 324–330.
 - Samantha, B. & Rebecca, D. (2019). Latest developments in post-traumatic stress disorder: diagnosis and treatment, **The National Institute for Health Research (NIHR)**. Weston Education Centre, British Medical Bulletin, N, Greenberg, 13(1), 11-24.
 - Steinberg, M.; Brymer, M.; Kim, S.; Ghosh, C.; Ostrowski, S.; Gulley, K.; Briges, E. & Pynoos, R. (2016). Psychometric properties of the UCLA PTSD Reaction Index: Part 1. **Journal of Traumatic Stress**, 26(2), 1-9.
 - Strauman, T.; Kolden, G.; Stromquist, V.; Davis, N.; Kwapil, L. & Heerey, E. (2011). The effects of treatments for depression on perceived failure in self-regulation. **Cognitive Therapy and Research**, 25(6), 694-712.
 - Strauser, D.; Lusting, D. & Uruk, A. (2017). Differences in self-reported trauma symptomatology between individuals with and without Disability: An Exploratory Analysis, **Rehabilitation Counseling Bulletin**, 50(4), 216-225
 - Taylor, S. (2014). Social support: a review,” in Oxford Library of Psychology, H. S. Friedman, Ed., pp. 189–214, The Oxford Handbook of Health Psychology, Oxford University Press.
 - Vostanis, P. (2014). The impact, psychological sequel and management of trauma affecting children. **Current Opinion in Psychiatry**, 17(4), 269-273.
-

-
- Yang, J. & Cho, I. (2019). The moderating effects of ego-identity and social support on the relation between life-stress and depression in college freshmen. **Journal of Humanities and Social Science**, 10(1), 717–730.
 - Yang, S. & Retting, K. (2018). The value tension in Korean- American mother- child relationships while facilitang academic success. **Personal Relationships**. 10(3), 349- 355
 - Wahlqvist, M.; Moller, C.; Moller, K.; Danermark, B. (2019). Physical and psychological health in persons with deafblindness that is due to Usher Syndrome type II. **Journal of Visual Impairment & Blondness**, 107(3), 207-220.
 - Weathers, F.; Blake, D.; Schnurr, P.; Kaloupek, D.; Marx, B. & Keane, T. (2013). **The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)**. Interview available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov
 - Weidner, G.; Sieverding, M. &Chensey, L. (2019). The role of self-regulaton in health and illness. **Psychology Health & Medicine**, 21(3), 135- 143.
 - Winne, P. & Hadwin, A. (2018). Studying as self-regulated learning. In D. J. Hacker, J. Dunlosky, & A. C. Greaesser (Eds.), **The educational psychology series. Metacognition in educational theory and practices**. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
 - Wills, T. (2022). **Social support and interpersonal relationships**. Sage, Newbury Park, CA.
 - Yang, S. & Rettig, D. (2023). The value tensions in Korean– American mother– child relationships while facilitating academic success. **Personal Relationships**, 10(3), 349– 369.
 - Zimmerman, B. (1990). Self-regulated learning and academic achievement: An overview. **Educational Psychologist**, 25(1), 3–17.
 - Zoellner, T. & Maercker, A. (2019). Posttraumatic growth in clinical psychology- critical review and introduction of a two component model. **Clinical Psychology Review**, 26(3), 626- 653.