فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد في تحسين السلوك الاجتماعي لدى الأطفال مجهولي النسب

إعداد

دكتور / محمد مصطفى محمد شاهين
أستاذ مساعد بقسم خدمة الفرد
بالمعهد العالي للخدمة الاجتماعية ببنها

ملخص الدراسة

استهدفت هذه الدراسة اختبار تأثير برنامج للتدخل المهني ينطلق من المعطيات النظرية للعلاج بالتقبل والالتزام كأحد نماذج طريقة خدمة الفرد في تنمية بعض أنماط السلوك الاجتماعي لدى الأطفال مجهولي النسب المودعين بالمؤسسات الإيوائية، والتي تم تحديد أبعاده ومكوناته في أربعة أبعاد رئيسية وهي: السلوك التعاوني، السلوك التوكيدي وسلوك الانضباط والالتزام وسلوك الاندماج.

وعليه فقد اندرجت هذه الدراسة ضمن أنواع الدراسات شبه التجريبية، واستخدمت أحد تصميمات تجربة الحالة الواحدة، وهو تصميم (أ ب) وطبقت على عينة قوامها خمسة مفردات من الأطفال مجهولي النسب الملتحقين بمؤسسة دار التربية للبنين بمدينة الزقازيق والذين يقعون في مرحلة الطفولة المتأخرة (9-12) سنة. واعتمدت الدراسة على أداة رئيسية دليل ملاحظة كأداة أساسيه لقياس معدلات تكرار وقوع المظاهر السلوكية الدالة على السلوك الاجتماعي لدى مفردات عينة الدراسة.

وقد توصلت الدراسية إلى مجموعة من النتائج التي أثبتت صحة الفرض الرئيسي كمحصله نهائية لما جاءت به نتائج اختبار الفروض الفرعية، والتي تؤكد في مجملها العام على فاعلية وجدوى العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد في تحسين السلوك الاجتماعي لدى الأطفال مجهولي النسب.

الكلمات المفتاحية:

العلاج بالتقبل والالتزام – السلوك الاجتماعي – الأطفال مجهولي النسب – المحرومين من الرعاية الاسرية

ABSTRACT

The current study aimed to investigate the effectiveness of a professional intervention program based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in social casework method in developing social behavior for children of unknown parentage. Its dimensions and components determined in four main dimensions: Cooperation Affirmative behavior. Discipline and commitment behavior behavior, and Integrated behavior.

So, the current study is an Quasi experimental study that used the single case experimentation design that's The AB design, It was applied to a sample of five children of unknown parentage enrolled in the Education Home for Boys in Zagazig aged (9-12) years. The study depended on the observing social behavior manual for children of unknown parentage that considered to be the key study tool through which the researcher could measure the frequency ratings of the behavioral traits represented social behavior for participated ..

Among the most important results of the study: the validity of the sub-hypotheses of the study and thus the validity of the main hypothesis of the study. Therefore, the study concluded that acceptance and commitment therapy in social case work method has effectiveness in improving the social behavior for children of unknown parentage

Keywords:

Social behavior - Acceptance and Commitment Therapy (ACT) - Children of unknown parentage - Deprived of family car

مشكلة الدارسة:

يجسد واقع حياة الأطفال مجهولي النسب مفهوم الاستبعاد القصرى بفعل عوامل ثقافية تستهجن الممارسات الجنسية خارج إطار الزواج الشرعي، اذ يحرم الطفل من الانتساب لاب يصونه من الضياع او التشرد والانتماء لأسرة وعائلة يفتخر بها أمام مجتمعه، وجماعة قرابيه تقدم له الدعم النفسي والاجتماعي، بل يحظى بوضع اجتماعي متدني في إطار نسق ثقافي يعلى من المكانة الموروثة المستمدة من الأصل والنسب، كما تلاحقه النظرات القاسية التي تحمل في كثير من الأحيان الاحتقار والدونية (كمال، كامل،2013،2)

وفى ظل حرمان هذا الطفل من أسرته الطبيعة من جانب، وامام حالة التهميش والاقصاء التي تلاحقه منذ ميلاده من جانب آخر فانه يتعرض كما اجمع العديد من الباحثين إلى أنماط عديدة من المشكلات الاجتماعية والنفسية والسلوكية والتعليمية، والتي تأتى بأضرار بالغة وعواقب وخيمة على مختلف جوانب شخصيته

ففي هذا الإطار وعلى سبيل المثال لا الحصر اشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن الأطفال المحرومين من الرعاية الاسرية عامة بما في ذلك الأطفال مجهولي ينخفض لديهم مستوى الصحة النفسية حيث يكونون أكثر عرضة للمعاناة من الاضطرابات النفسية الحادة وخاصة اضطراب القلق والاكتئاب (Liang, S. & Sung F.: 2020) ، كما تبين أن هؤلاء الأطفال يعانون من الاحساس الدائم بعدم الامن أو فقد الطمأنينة والخوف الشديد من المستقبل (فريج،عزازى،2012) ، ويزداد لديهم الشعور بالنقص والدونية والخجل ، وتسيطر عليهم النظرة التشاؤمية للحياة (أصلان، فاتن،2017)

وبالإضافة إلى ذلك أوضحت الدراسات العلمية أيضاً أن هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى مشاعر العطف والحب الذي حرموا منه ويعانون من ضعف الثقة بالنفس نتيجة عدم وضوح الهوية الشخصية والتي يستمد منها الفرد تقديره لذاته (دليلة، لقوقى،2016) وينخفض لدى الغالبية العظمى منهم مستوى التحصيل الدراسي ومستوى الطموح Bjorklund A., et al.:2011)، ويبدو عليهم بوضوح مظاهر الانسحاب الاجتماعي والتي تتضمن عادة اللجوء للعزلة والانطوائية وعدم المشاركة في الانشطة المدرسية Abdel Aal, E.: (2018) ومن ثم تضعف لديهم القدرة إلى حد كبير على التكيف والتعايش الاجتماعي مع

الاشخاص المحطين بهم داخل دور الرعاية الاجتماعية ، وينتاب العديد منهم الاحساس بعدم الرضا عن الحياة (El-Sakka, E. & et. al.:2018)

وفيما يتصل بالمشكلات السلوكية الأكثر ظهوراً وانتشارًا لدى هؤلاء الأطفال فقد أشارت نتائج بعض البحوث و الدراسات إلى أنهم يكتسبون صفة العناد والتمرد على التعليمات والتي تسبب ازعاجاً مستمراً للعاملين بالمؤسسات الإيوائية ، ويرتفع لديهم وخاصة في مرحلة الطفولة المتأخرة والمراهقة معدلات النشاط الزائد و السلوك العدواني (إسماعيل،ياسر،2009)، وقد يلجأ البعض منهم إلى السرقة و الكذب والتحايل الامر الذى قد يعرضهم إلى الوقوع في براثن الانحراف (السيد ،سميرة،2014)

والجدير بالانتباه أن كل هذ المشكلات والضغوط الحادة أو على الاحرى الحالة النفسية والاجتماعية اللاتوافقية التي يعايشها الأطفال مجهولي النسب داخل المؤسسة الإيوائية تنعكس بصورة سلبية سواء بشكل مباشر أو غير مباشر على سلوكهم الاجتماعي، والذي يتصل بتفاعلهم عامة مع الانساق الاجتماعية المحيطة بهم وتعاملهم مع المواقف الصعبة والاحداث المختلفة التي تعترض مسيرة حياتهم.

وفى هذ السياق على وجه التحديد أشار (زهران، حامد،2005) إلى أن وجود الطفل في بيت أسرى أفضل من وجوده في أي مؤسسة من المؤسسات الإيوائية، حيث تفتقر غالباً تلك المؤسسات إلى العلاقات التي يوفرها الجو الاسرى ، ولا يمكنها تزويد الطفل بالإشباع العاطفي الكافي وتنمية الحس المناسب ومن ثم تعلم أنواع السلوك الاجتماعي والانفعالي المطلوب ، وبالفعل انتهت نتائج دراسة (العجمي، خالد ،2018) إلى تدنى مستوى السلوك التوافقي عامة بما في ذلك السلوك الاجتماعي لدى الأطفال مجهولي النسب المودعين بدور ومؤسسات الرعاية الاجتماعية مقارنة بأقرانهم من مجهولي النسب الذين يعيشون خارج تلك المؤسسات مع الاسر الحاضنة.

وبالإضافة إلى ما تقدم فقد تبين أيضاً أن المشكلات الاجتماعية التي تواجه مجهولي الابوين ولا سيما ما يتصل منها بعد خوضهم لتجربة الاندماج في المجتمع وانعزالهم داخل المؤسسات الإيوائية تفقدهم القدرة على التواصل الناجح وتكوين علاقات سوية مع أفراد المجتمع، ومن ثم فان هذه العزلة تقلل لديهم فرص اكتساب وممارسة المهارات والسلوكيات الاجتماعية الإيجابية والتي تكفل لهم القبول الاجتماعي (القلهاتية ، بلقيس، 2015)

وتشير المعطيات السابقة في مجملها إلى أن تدنى مستوى السلوك الاجتماعي لدى الطفل مجهولي النسب يرجع الى العديد من العوامل والمتغيرات الذاتية والبيئية ، وأن جانب كبير منها يتصل بالمكافحة المستمرة التي يقوم بها هذا الطفل ضد المشاعر السلبية و المعاناة الداخلية التي يعيش فيها وذلك نتيجة عدم تقبله لحقيقة كونه مجهول الوالدين ، بجانب الظروف غير المواتية أو على الاحرى حاله العزلة المؤسسية التي تفرض عليه، وهو الامر الذي يفقده المرونة النفسية التي تدفع الفرد عامة للإقبال على الحياة وممارسة السلوكيات الاجتماعية الإيجابية.

ولما كان العلاج بالتقبل والالتزام Acceptance and Commitment Therapy (ACT) – كأحد النماذج العلاجية الحديثة نسبيا في طريقة العمل مع الافراد والاسر – يرتكز أساسا على مساعدة العميل على تقبل مشاعره السلبية وخبراته المؤلمة دون تجنبها، وادراك ذاته في سياق جديد بعيداً عن تلك المشاعر والخبرات والظروف والمواقف الصعبة التي يعايشها بما يتسنى له اكتساب المهارات والسلوكيات الايجابية اللازمة للتكيف مع متطلبات الحياة ومواجهة تعقيداتها المختلفة، فانه يمكن لهذا النموذج العلاجي تحقيق نتائج فعالة في تنمية وتحسين السلوك الاجتماعي لدى الأطفال مجهولي النسب.

والعلاج بالتقبل والالتزام في الخدمة الاجتماعية هو علاج سلوكي إدراكي قائم على اليقظة العقيلة ويعتمد على فهم التجارب والخبرات الإنسانية وعلى تعليم العملاء كيفية الاستجابة بشكل مختلف للألم والمعاناة ومختلف الانفعالات السلبية (Boone, M.S. ,2014,28) ويتمثل هدفه الرئيسي في تحسين المرونة النفسية أو القدرة على تعديل السلوك بما يتماشى مع القيم الشخصية والتي يختارها العميل بكل حرية (Zettle R.Z. ,2016,52). كما يسعى هذا النوع من العلاج إلى زيادة المشاركة في الاعمال والأنشطة التي تجلب المعنى والحيوية والقيمة لحياة الأفراد ولاسيما أولئك الذين يعانون من الألم المستمر أو يمرون بمحن ومواقف صعبة (Burke K., & et.al. 2014,122).

ومن جانب آخر فان هذا النموذج لا يهدف إلى تخليص العميل بشكل مباشر من مشاعر الضيق أو الغضب التي تصاحب مشكلاته ، ولكنه يسعى بدلاً من ذلك إلى تمكين العميل من التعامل مع صعوبات ومنغصات الحياة من خلال مساعدته على تقلبها وعدم

تجنبها، والالتزام في ذات الوقت بأداء مجموعة متنوعة من الأفعال والسلوكيات الإيجابية التي تثرى حياته وتحقق له التغيير المنشود .(Hayes S C. & et. al.,2012,240).

وقد اكتسب العلاج بالتقبل والالتزام في الوقت الحاضر اعترافاً دولياً من قبل المشغلين بمهن المساعدة الإنسانية – بما في ذلك مهنة الخدمة الاجتماعية – كنموذج علاجي فريد يتسم بالفعالية والشمولية ، وذلك بعدما أكدت العديد من الشواهد الميدانية والدراسات الامبريقية على أنه يصلح للتطبيق الفعلي مع أنوع مختلفة من المشكلات، ويتسع نطاق تعامله مع أنماط عدة من العملاء، وخاصة أولئك الذين يعيشون في ظروف قاسية ومؤلمة ويواجهون مواقف صعبة وحادة.

ففي هذا الإطار أكدت دراسة بورك وآخرون .(2014) Burke K.& et. al على فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في تحقيق التكيف النفسي لدى آباء الأطفال المرضى بأمراض مهددة للحياة وتحديداً الأطفال مرضى السرطان والأطفال الذين يعانون من أمراض القلب المزمنة، كما كشفت نتائج دراسة زارلنج وآخرون (2015) Zarling, A & et. al. عن فاعليته في تقليل معدلات وقوع السلوك العدواني بين الأزواج والزوجات ، واستمرارية تأثيره الإيجابي بعد انتهاء برنامج العلاج وخاصة في تقليل المظاهر والاعراض المتصلة بالعنف الجسدي والنفسي لدى المبحوثين ، وأثبتت نتائج دراسة سنتورى وآخرون Sianturi R. & et al. (2018) أن العلاج بالتقبل والالتزام يساهم بدرجة كبيرة وفاعلة في تقليل مستوى القلق لدى مرضى السكتة الدماغية وذلك أثناء المرحلة الأولى من التعافي. وانتهت نتائج دراسة جارفيلا وآخرون (2018) Jarvela-R., E., et al. إلى إمكانية استخدام أساليبه العلاجية في تعديل وتغيير سلوك تناول الطعام والعادات غير الصحية لدى البالغين من أصحاب الوزن الزائد أو السمنة المفرطة

وحول مدى فاعلية هذا العلاج عبر الوسائل والتطبيقات الالكترونية الحديثة أسفرت نتائج دراسة أرنوط (2019) عن نجاح عملياته و أساليبه العلاجية في تنمية مقومات الشخصية القوية و الهناء النفسي لدى معلمات المرحلة الثانوية سواء بالطريقة التقليدية (المباشرة) والتي تتم وجهاً لوجه أو عبر الانترنت ، وبرهنت نتائج دراسة رحيمي وآخرون (2019) Rahimi E.& et. al. على فعاليته وجدواه أيضا في تحسين نوعية الحياة لدى النساء العقيمات وذلك اثناء فترة العلاج الطبي ، كما أظهرت نتائج دراسة عليوة (2019)

أن برنامج التدخل المهني المبنى على أسس وعمليات العلاج بالقبول والالتزام قد تمكن بشكل فعال من تنمية الشفقة بالذات لدى أمهات الأطفال مرضى الصرع ، وهو الامر الذي ساهم أيضاً في تخفيف مستوى الاجهاد المدرك لدى هؤلاء الأمهات

وفى نفس السياق أيضاً أكدت دراسة لاراساتي وآخرون Larasati, P.D. & et. al. (2019) على نجاح العلاج بالتقبل والالتزام في تخفيف مستوى الاجهاد المدرك لدى أمهات الأطفال التوحديين ، وتمكينهن من السيطرة على مشاعرهن السلبية والتعامل مع المواقف والاحداث غير السارة التي تعترض مسيرة حياتهن ، وخلصت نتائج دراسة موشر وآخرون Mosher, C. E.& et. al. (2019) إلى تأثيره الفعال في التخفيف من حدة الانفعالات السلبية لدى مرضى سرطان الرئة المتقدم ، ولاسيما المشاعر المتصلة بالضيق والتوتر والنفور من هذا المرض ، كما انتهت نتائج دراسة ذهينغ وآخرون Zhenggang B. & et. al. (2020) إلى نجاح عمليات واساليب العلاج بالتقبل والالتزام في الحد من أعراض الاكتئاب البسيط لدى الأشخاص البالغين.

واذا كانت تلك الدراسات السابقة قد اتصلت جميعها بفئات العملاء البالغين أو الراشدين فقد شهدت السنوات القليلة الماضية نتيجة إتساق ووضوح العمليات العلاجية لهذا النموذج العلاجي وسهولة ممارستها وتطبيقها ظهور بعض الدراسات التجريبية الأخرى التي برهنت أيضا على فاعليته في التصدي لمشكلات الأطفال والمراهقين.

فعلى سبيل المثال لا الحصر أثبتت نتائج دراسة إينوك .Enoch M. R. (2017) أن العلاج بالتقبل والالتزام يساعد في زيادة درجة انتباه الأطفال وذلك من خلال التركيز على ممارسة إحدى عملياته الأساسية وهي عملية الاتصال باللحظة الانية، والتي تنطوي أساساً على تحويل انتباه وتركيز العميل إلى ما يحدث في الوقت الحاضر، وخلصت نتائج دراسة توسفان وسابيت .Towsyfyan N.and Sabet E. H.(2017) إلى أن العلاج بالتقبل والالتزام له تأثير كبير في تحسين المرونة النفسة ودرجة التفاؤل لدى المراهقين الذين يعانون من الاضطراب الاكتئابي الحاد، كما أكدت دراسة سيد (2018) على نجاح أساليبه العلاجية في خفض كرب ما بعد الصدمة لدى المراهقين المعاقين بصرياً وقد اشتمل ذلك على تقليل معدلات الاعراض الخاصة بإعادة المعايشة وسلوكيات التجنب بجانب تقليل أعراض الاكتئاب المترتبة على الصدمة ، وأسفرت نتائج دراسة تريسى وآخرون Tracey D. & et.

al. (2018) عن نجاح أساليب هذا العلاج في تعزيز الصحة النفسية وتنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعرضين للخطر والمقيدين بالمرحلة الابتدائية العليا وتحديداً فئات الأطفال ذوى السلوكيات العدائية والصعبة ، وكشفت نتائج دراسة عبد الرشيد وشعبان (2019) عن فاعليته في خفض مستوى ممارسة المراهقين للألعاب الالكترونية وقد تضمن ذلك تقليل معدلات وقوع المظاهر الاجتماعية والانفعالية لممارسة تلك الألعاب والحد من الاثار البدنية والأكاديمية المترتبة على طول المدة الزمنية لممارستها، وفى الآونة الأخيرة برهنت نتائج دراسة تاكاهاشي وآخرون Takahash F. & et. al. (2020) على نجاح عمليات وأساليب العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من حدة بعض أنماط المشكلات الانفعالية السلوكية لدى المراهقين ولاسيما المظاهر السلوكية المتصلة بتجنب التفاعل الاجتماعي مع الاقران والمحيطين.

وفى إطار الطرح السابق والذى استبان من خلاله بوضوح ضعف مستوى السلوك الاجتماعي لدى الاطفال مجهولي النسب وفى ضوء ما خلصت اليه الدراسات السابقة بشان فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام مع العملاء الذين يعيشون في ظروف قاسية ومؤلمة ، وكذلك ملائمته وجدواه في التصدي لمشكلات الأطفال والمراهقين على وجه التحديد، يرى الباحث امكانية الاعتماد على عمليات وأساليب هذا النموذج العلاجي في تحسين مستوى السلوك الاجتماعي لدى الأطفال مجهولي النسب ، وذلك من خلال مساعدتهم وفق معطيات هذا النموذج على تقبل الخبرات والمشاعر المؤلمة التي يدركونها نتيجة كونهم مجهول النسب ، وتمكينهم من الوصول إلى درجة مقبولة من المرونة النفسية والتي يمكن أن تساهم في زيادة ارتباطهم بقيمهم الشخصية وأهدافهم المستقبلة ، ومن ثم زيادة اقبالهم على ممارسة المهارات و السلوكيات الاجتماعية الايجابية والتي تتطلبها طبيعة الحياة داخل المؤسسات الإيوائية ، وبناء على ذلك يمكن تحديد مشكلة الدراسة الراهنة في التساؤل التالي :

"ما مدى فاعلية برنامج التدخل المهني المنطلق من معطيات العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد في تحسين مستوى السلوك الاجتماعي لدى الاطفال مجهولي النسب؟"

أهداف الدارسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق الهدفين التاليين:

1- التحقق من مدى فاعلية برنامج للتدخل المهني ينطلق من المعطيات النظرية للعلاج بالتقبل والالتزام كأحد نماذج طريقة خدمة الفرد في تنمية بعض أنماط السلوك الاجتماعي لدى الأطفال مجهولي النسب المودعين بالمؤسسات الإيوائية
2- محاولة استنباط مجموعة من الأساليب والتكنيكيات العلاجية والتي يمكن للأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمؤسسات الإيوائية استخدامها في عملهم المهني من أجل زيادة معدلات وقوع السلوك الاجتماعي لدى الأطفال مجهولي النسب.

أهمية الدراسة وأسباب اختيارها:

تتضح أهمية الدراسة والأسباب والمبررات التي دعت الباحث إلى تناول هذا الموضوع بالدراسة والبحث في الجوانب التالية:

1- تتناول الدراسة الحالية أحد المتغيرات والجوانب الهامة في حياة الأطفال مجهولي النسب وهو متغير "السلوك الاجتماعي" والتي أوصت العديد من الدراسات العلمية بضرورة قيام المهنين بمساعدة هذه الفئة من الاطفال على زيادة معدلات وقوعه، لأهميته القصوى في بناء شخصياتهم وتعزيز توافقهم الاجتماعي والنفسي.
2- تأكيد العديد من الكتابات النظرية الحديثة ونتائج البحوث والدراسات السابقة على إمكانية الاعتماد على معطيات العلاج بالتقبل والالتزام في مواجهة أنواع عدة من المشكلات الاجتماعية والنفسية وزيادة الفعالية السلوكية للعملاء، ولاسيما أنماط العملاء الذين يعيشون في ظروف صعبة ومؤلمة كما هو الحال للأطفال مجهولي النسب.
3- تبرز الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة من جانب آخر في إمكانية استعانة الاخصائيين الاجتماعيين العاملين في دور الرعاية الاجتماعية بمعطيات برنامج التدخل المهني الحالي لمساعدة الاطفال مجهولي النسب على تحسين سلوكهم الاجتماعي وتحديداً كل من السلوك التعاوني- السلوك التوكيدي- سلوك الانضباط والالتزام- بالإضافة إلى سلوك الاندماج مع الاقران والمحيطين داخل المؤسسة.

مفاهيم الدراسة:

1- العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) :

يعرف العلاج بالقبول والالتزام على أنه تدخل نفسي يرتكز على أسس ومبادئ علم النفس السلوكي الحديث، بما في ذلك نظرية الإطار العلاقي Relational Frame

Theory التي تطبق عمليات اليقظة والقبول، جنباً إلى جنب مع عمليات الالتزام وتغيير السلوك وذلك من أجل خلق المرونة النفسية (Hayes, S. C., & Lillis, J., 2012,137)

ويرى البعض الآخر ان العلاج بالتقبل والالتزام هو عبارة عن علاج عملي يقوم على استخدام الأمثلة والخبرات الراهنة للحالات، ويعتمد على أساليب المواجهة والتقبل للخبرات والأفكار والاعتقادات الخاطئة، وصولاً للتقليل من الخطر المعرفي والتعامل مع الذات كسياق، والتصرف الالتزامى بما تم إنجازه في المراحل العلاجية السابقة (الفقى، أمال،2016،99).

وفى نطاق الخدمة الاجتماعية يعرف العلاج بالتقبل والالتزام على أنه أسلوب للتدخل المهني للأخصائي الاجتماعي مع الافراد والاسر والجماعات الصغيرة، يستند إلى نظرية الإطار العلاقي، ويرتكز على السياق الوظيفي في تقدير الموقف الإشكالي للعميل، ويهدف الى تحسين المرونة النفسية للعميل، وذلك من خلال ممارسة عمليات رئيسية للعلاج تقدم من خلالها الأساليب والرسائل العلاجية للعميل (عبد الرحمن، رأفت،2013،437).

ويعرف أيضاً مدحت أبو النصر (2020) العلاج بالتقبل والالتزام في الخدمة الاجتماعية بأنه نوع من العلاج المعرفي والسلوكي يقوم علي:

- فكرة تقبل العميل بواسطة الأخصائي الاجتماعي (الاهتمام والانصات والتعاطف وعدم التمييز السلبي)
- وتقبل العميل لنفسه وللأخصائي الاجتماعي
- والمرونة الفكرية والنفسية
- وتوضيح الاعتقادات الخاطئة لتقليل الخطر المعرفي
- وتفهم الخبرات الراهنة وخاصة الخبرات السلبية
- والتعامل الايجابي مع الذات
- والالتزام بمبادئ وقواعد السلوك السليمة

وفى ضوء التعريفات السابقة يمكن للباحث تعريف العلاج بالتقبل والالتزام في الدراسة الحالية على أنه: أحد نماذج التدخلات العلاجية الحديثة في خدمة الفرد، والذي يمكن بممارسته تحقيق المرونة النفسية للأطفال مجهولي النسب ومن ثم تحسين وتعديل

سلوكياتهم الاجتماعية، وذلك من خلال مجموعة من العمليات العلاجية التي تبدأ بتقبل الأفكار والمشاعر السلبية والخبرات والاحداث الحياتية المؤلمة، وتنتهى بالالتزام بأداء التصرفات والأفعال التي تتوائم مع القيم الإنسانية.

2- السلوك الاجتماعي Social Behavior :

يعد السلوك الاجتماعي أحد فروع السوك الإنساني والذي يهتم بدراسة التأثير المتبادل بين الفرد وكل من الأشخاص الآخرين والجماعات الصغيرة ومختلف ومكونات عناصر البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، وهو سلوك يضبطه في أساس الامر التنظيم الاجتماعي حيث يتأثر بوجود الآخرين

ومن هذا المنطلق فقد عرفه البعض على أنه محصلة لمجموعة من القوى المتفاعلة للفرد والتي تنتج عن اتصاله بالآخرين، والمؤثرة بصورة مباشرة وغير مباشرة على تكوينه النفسي وعلى تلك القوى المتفاعلة في البيئة التي يعيش فيها بشكل دائم، والتي تمثل مجاله الاجتماعي (سلطان، منهل،2011،78).وينظر أيضاً إلى السلوك الاجتماعي على أنه يمثل تعبير الفرد عن ذاته من خلال سلوكه التفاعلي الموجه نحو الآخرين بما يحقق له الاندماج معهم، والتأثير فيهم والتأثر بهم (الاغا، ريهام،2011،23) كما يعتبر نتاج العلاقات الدينامية والأنشطة والتفاعلات الاجتماعية التي يقوم بها الفرد، والتي تعكس مدى قدراته على إقامة علاقات وصلات اجتماعية ناجحة ومرضية مع الآخرين (Cloyd, H. & Rosalind, B., 2014,164).

وفى إطار ما تقدم يعنى الباحث بمفهوم السلوك الاجتماعي في الدراسة الحالية: الأفعال والتصرفات والانماط السلوكية التفاعلية التي تصدر من الطفل مجهول النسب خلال تواصله مع الانساق الاجتماعية المحيطة به، وتعامله مع المواقف والاحداث المختلفة التي يتعرض لها داخل نطاق المؤسسة الإيوائية . ويتضمن مفهوم السلوك الاجتماعي أربعة أبعاد رئيسية يتم من خلالها قياس معدلات وقوع هذا السلوك وهي:

(أ) السلوك التعاوني: Cooperation behavior,

ويشير إلي قيام الطفل مجهول النسب بتقديم المساعدة لزملائه والتعاون معهم من أجل اتمام حاجاتهم الشخصية، ومشاركتهم في إنجاز المهام اليومية، وعند إعداد وتنفيذ الأنشطة الجماعية داخل المؤسسة.

(ب) السلوك التوكيدي: Affirmative behavior

ويشير إلي قدرة الطفل مجهول النسب على التعبير الملائم والصريح عن أفكاره وآرائه ، والافصاح عن مشاعره نحو بيئته الاجتماعية، وتجاه الاوضاع المواقف المختلفة من حوله.

(ج) سلوك الانضباط والالتزام: Discipline and commitment behavior

ويقصد به امتثال الطفل مجهولي النسب لتوجيهات المشرفين والمسئولين، واتباعه للنظم والقواعد المعتمدة والتعليمات الدورية المنظمة لأوجه الحياة المعيشية داخل المؤسسة.

(د) سلوك الاندماج: Integrated behavior

ويقصد به قيام الطفل بعقد علاقات وصلات اجتماعية ناضجة مع أقرانه والجماعة التي ينتمي إليها بالمؤسسة وحرصه على الارتباط بهم والتواجد والتالف الدائم معهم.

3- الطفل مجهول النسب Unknown Parentages :

تعددت وتنوعت المصطلحات والمسميات المترادفة لمصطلح الأطفال مجهولي النسب والتي تطلق عامة على هذه الفئة النوعية من الأطفال مثل: اللقطاء - غير الشرعيين - مجهولي الهوية - المحرمين من الرعاية الاسرية - ذوي الظروف الصعبة أو الخاصة. وبصورة موجزة يستخدم مصطلح مجهولي النسب أو مجهولي الوالدين أو اللقيط للإشارة إلى الطفل الذي لا يُعرف أبوه ولا أمه، أو كل صبي ضائع ولا كافل له (السدحان، عبد الله،12،2002) كما يقصد به أيضا كل طفل ضلَ أو طرحه أهله خوفاً من العيلة أو فراراً من تهمة الريبة (أبو معليق، وجيه ،7،2006).

ويعرف الطفل مجهول النسب أيضا على أنه الطفل الذى تم الحمل فيه خارج أو قبل الزواج، أو المولود نتيجة لقاء محرم من رجل وامرأة لا يربطهما عقد نكاح شرعي (لقوقى، دليلة،89،2016) وهذ الطفل عادة ما يكون إما مجهول الابوين اذا تخليا عنه ، وإما أن يكون مجهول الاب فقط في حال ما إذا احتفظت به أمه ، والتي لا تتمكن بعد من إعطائه الاسم والنسب (بوطبال وعشوى،218،2016).

وفى ضوء التعريفات السابقة يمكن للباحث تعريف الطفل مجهول النسب في هذه الدراسة على أنه: الطفل الذي لم يُستدل على اهله وذويه، وتم إيداعه بمعرفة السلطات المختصة في إحدى دو الرعاية الاجتماعية لتتولى رعايته وتنشئته كبديل عن أسرته الطبيعية.

المنطلقات النظرية للدراسة:

العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد

1- ماهية العلاج بالتقبل والالتزام

تبلور هذا النموذج العلاجي على يد العالم الشهير" ستيفن هايز Steven Hayes " وهو أحد رواد الجيل الثالث من العلاج النفسي والذي قدم مجموعة من المفاهيم والعمليات العلاجية الحديثة للتعامل مع مشكلات العملاء، وذلك بعد أن أعاد النظر في الافتراضات النظرية التي يقوم عليها كل من الجيل الأول من العلاج والمتمثل في العلاج السلوكي التقليدي (TBT)، والجيل الثاني والذى يمثله العلاج المعرفي السلوكي (CBT).

وبصفة عامة فقد ظهرت في إطار الجيل الثالث، او ما يعرف ايضاً بالموجة الثالثة للعلاج النفسي مجموعة من النماذج العلاجية المتطورة ، ومن أبرزها وأكثرها شيوعاً واستخداماً في الوقت الحاضر العلاج بالتقبل والالتزام ، والعلاج الجدلي السلوكي ، بجانب نموذج العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية ، وتنطلق هذه النماذج الثلاث من فرضية أساسية مؤداها " أنه يمكن للفرد من خلال تقبل أفكاره ومشاعره وخبراته المؤلمة أن يعيش حياة مستقرة ومتوافقة بحيث يصاحب ذلك الالتزام بأداء الأفعال التي تتوافق مع قيمه الإنسانية والأنشطة اللازمة لتحقيق أهدافه المختلفة في الحياة (Thomlison ,.2017,55 .(R, J. & Thomlison B

ويعد العلاج بالتقبل والالتزام من بين أنماط العلاج قصير الأمد أو التدخلات العلاجية الموجزة والمكثفة والتي تهتم بالوقت الحاضر، ويتم تطبيقه سواء بشكل مباشر مع العملاء أو عن بعد عبر الوسائل الالكترونية .et.al & Dindo, L (2017,551). ويشار إليه اختصاراً بمصطلح (ACT) ، والذى تعبر مكوناته عن الطريقة الجديدة في التفكير والتي يقدمها هذا النموذج العلاجي من أجل تحقيق التوافق والتعايش الإيجابي مع أحداث الحياة

الصعبة ، وتتبلور تلك الطريقة بإيجاز فيما يلى: (Strosahl , K .D. & Robinson, P. J. ,2017,5).

A = القبول (Accept)

C = الاختيار (Choose)

T = اتخذ الاجراء المناسب (Take action)

ويستد العلاج بالتقبل والالتزام أساساً إلى نظرية الأطر العلاقية (RFT)، وهي نظرية تحليلية سلوكية تصف الحالة الذهنية الاتصالية، وتوضح طبيعة التفاعلات المعقدة لعمليات التفكير وتفسر علاقتها بالسلوك الإنساني، كما توفر إطار مفاهيماً لفهم القدرة المكتسبة/المتعلمة على ربط الاحداث التي تعتري حياة الفرد بصورة محكمة (Larmar, S. & et. al.,2014,217). كما يركز هذا العلاج على تغيير الطريقة التي يتفاعل بها الفرد مع اللغة ، ويؤسس كذلك على سياق الاحداث والمواقف الحياتية وفقاً لوظيفتها، وهو الامر الذى يدعم فكرة تقبل الفرد للخبرات والانفعالات غير المرغوبة والخارجة عن قدرته على التحكم فيها، ومن ثم الالتزام الإرادي بالمبادرة بأفعال سلوكية جديدة تثرى حياته وتجودها (عليوة،سهام،2018،153).

وقد احتل العلاج بالتقبل والالتزام في الوقت الحاضر أهمية كبيرة في ممارسة الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية وذلك على اعتبار انه من بين نماذج التدخل المهني التي تتوافق مع قيم ومبادئ المهنة والقابلة كذلك للتطبيق الفعلي مع أنواع متعددة من مشكلات العملاء وفى بيئات وسياقات متنوعة .(Boone, M.S. & et. al.,2015,643) ومن أهم ما يتميز به (ACT) أنه يمكن الأخصائيين الاجتماعيين من مساعدة العملاء على إدراك ومعرفة الجوانب الأكثر أهمية بالنسبة لهم وعلى التحرك قدماً نحو هذا الاتجاه، بجانب تمكينهم من تقبل وتوجيه أفكارهم ومشاعرهم ودوافعهم في الحياة (Boone, M.S. 2014,28).

وفى إطار هذا النموذج يسعى الأخصائي الاجتماعي المعالج إلى الوصول بالعميل إلى درجة مقبولة من المرونة النفسية التي تمكنه من التغلب على مشكلاته أو تحقيق التقدم والتغير المطلوب، وذلك من خلال تنمية وعي العميل باللحظة الراهنة، ومساعدته على تفهم وإدراك ذاته في سياق جديد بعيداً عن الخبرات المؤلمة أو الاحداث والمواقف الصعبة التي تعترض مسيرة حياته.

وبالجملة يمكن القول بإيجاز أن العلاج بالتقبل والالتزام يندرج ضمن أنماط النماذج العلاجية المعاصرة في خدمة الفرد والتي تعرف بالنماذج السياقية الوظيفية functional conceptualism وهى نماذج قصيرة المدى تركز في تدخلاتها المهنية أساساً على زيادة الفعالية السلوكية واثراء الإمكانات الذاتية للعملاء ، مع مساعدتهم على تقبل الأفكار والمشاعر السلبية المصاحبة للمشكلات التي يعانون منها بغض النظر عن محاولة إزالتها أو تعديلها كما في النماذج المعرفية الأخرى.

2- فلسفة العلاج وافتراضاته النظرية

يقوم نموذج العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد على مجموعة من المبادئ الفلسفية والافتراضات النظرية التي تحاول وصف وتفسير مشكلات العملاء، والحقائق المتصلة بكل من الذات الإنسانية والمعارف واللغة وعمليات التفكير، وطبيعة علاقتها بالسلوك الإنساني وتتلخص أهم تلك الافتراضات فيما يلي:

(أ) ترجع المعاناة الإنسانية إلى نقص المرونة والفعالية السلوكية والتي تنشأ هي الأخرى نتيجة تجنب المشكلات والهروب منها، والاندماج في المشاعر السلبية وفقدان الاتصال بالحاضر، والسلبية في اتخاذ الخطوات السلوكية اللازمة للتقدم والنمو الإنساني والتي تتفق مع القيم والغايات الأساسية في الحياة (Hayes S.C.et al., 2012,60-62).

(ب) تشكل البنية غير الواعية في اللحظة الراهنة والتي يطلق عليها الذات كمحتوى أو الذات الوهمية، ركيزة المشكلات والاضطرابات النفسية والاجتماعية، نظراً لما تتسبب به من تصلب نفسي وانخفاض كفاءات الانسان على التكيف.

(ج) السلوك البشرى محكوم بشبكة من الارتباطات يحصل من خلالها ترميز العالم الحقيقي في الدماغ البشرى وذلك ضمن عملية تعلم السلوك ، وهنالك إمكانية مستمرة للدماغ البشرى في توليد سلسلة من الأفكار وتتابعها خلال الزمن وهذه الأفكار لا تعتبر عن الذات خلال اللحظة الراهنة.

(د) يؤدى تجنب الفرد لأفكاره السلبية إلى معاناة مضاعفة، حيث يعاني نتيجة ذلك إلى ما يعرف بألم الحضور وألم الغياب، ويتصل الأول بألم حضور الفكرة السلبية سواء تعلقت بالماضي أو الحاضر، بينما ينتج الثاني عن عجز الفرد بفعل تحكم التفكير عن بلوغ مستوى الراحة النفسية المنشودة (جلودي، أسمهان،2017،274-278).

(هـ) تتيح القدرات اللفظية للفرد أن يحل مشكلاته اليومية وفى نفس الوقت تسمح له أن يستحضر خبرات الماضي الأليمة في الحاضر، وان يقارن نفسه بالمثالية غير الواقعية، وكذلك أن يستحضر المخاوف المرتبطة بالمستقبل.

(و) لا يعتبر التقليل من مستويات وتكرارات الأفكار والانفعالات السلبية أمر ضروري لتحقيق الصحة النفسية للعملاء، والتي يمكن تصورها على انها القدرة المتزايدة لتحقيق القيم والاهداف الشخصية بصورة فعالة بغض النظر عن وجود أو عدم وجود الأفكار والانفعالات السلبية المتداخلة (عطية، أشرف ،2011،432- 477).

3- أهداف العلاج بالتقبل والالتزام

يتمثل الهدف الرئيسي للعلاج بالتقبل والالتزام في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في تحقيق المرونة النفسية Psychological flexibility والتي تتضمن باختصار " قدرة العميل على الارتباط أو عدم الارتباط بالسلوك، واختيار وتحديد القيم الإنسانية، والاتصال كذلك بالواقع الحاضر أو باللحظة الانية".(Levin, M.E. et al.,2012,467).

ويسعى الأخصائي الاجتماعي المعالج للوصول لهذا الهدف الرئيسي من خلال مجموعة الأهداف الفرعية التالية:

(أ) مساعدة العميل على أدراك وتقبل أفكاره ومشاعره ودوافعه كما هي دون تجنبها

(ب) توجيه العميل إلى تغيير علاقته بالعواطف والانفعالات من خلال تنمية وعيه باللحظة الراهنة والتعامل معها بمرونة وإيجابية

(ج) مساعدة العميل على استيضاح القيم التي يتمسك بها، وتحديد تطلعاته وأهدافه القصيرة والبعيدة المدى التي يحاول تحقيقها بصورة شخصية

(د) معاونة العميل على تطوير أدائه الاجتماعي والوظيفي وتدعيم قدرته الذاتية على اتخاذ القرارات ووضع الحلول اللازمة لحل مشكلاته وتحمل مسئولية تنفيذها

(هـ) اكساب العميل مهارات اليقظة الذهنية والمهارات اللازمة للتعامل مع أحداث الحياة الضاغطة بطريقة تتوافق مع قيمه وميوله وأهدافه المستقبلية

4-مراحل وعمليات التدخل المهني

يتضمن التدخل المهني في إطار العلاج بالتقبل والالتزام ست عمليات أساسية والتي تقود إلى الوصول للهدف النهائي للعلاج والذي يتصل كما سبق الإشارة بتحقيق المرونة النفسية، وتتمثل هذه العمليات العلاجية فيما يلي:

(أ) التقبل Acceptance

يبدأ الأخصائي الاجتماعي تدخله المهني بمساعدة العميل على تقبل أفكاره ومشاعره التلقائية وخبراته وتجاربه المؤلمة والأحداث المضجرة التي يتعرض إليها، ولا يعنى التقبل هنا الاستسلام للمشكلات التي يعاني منها العميل ولكنه يعنى عم تجنب تلك المشكلات واتخاذ الإجراءات اللازمة لمواجهتها والتغلب عليها

ويتم تنفيذ عملية التقبل من في بداية مرحلة التدخل وذلك من خلال التعريض للخبرات بشكل كامل في الوقت الحالي، وينبغي مراعاة عدة أمور عند ممارسة التقبل منها (الفقى، أمال،2016،109)

- إدراك الأنماط التي يستخدمها العقل أثناء تقبله للحدث
- الوعي بما يدور حول الفرد على المستوى الفسيولوجي
- تنمية الإحساس بالتعاطف والشفقة بالذات تجاه ما يدور حول الفرد من تفاصيل

ولا يعتبر التقبل في إطار هذا النوع من العلاج بالنسبة للأخصائي الاجتماعي والعميل هدف نهائي في حداته ولكنه يمثل وسليه يتم من خلالها مساعدة العميل على التوجه نحو فهم وادراك الواقع ومن ثم البدأ في الأفعال والتصرفات التي تكفل له تحقيق التغيير المطلوب في موقفه الإشكالي

(ب) تقليل /إزالة الخطر المعرفي Cognitive Defusion

تركز هذه العملية العلاجية على محاولة تغيير وتبديل الوظائف غير المرغوب فيها لكل من الأفكار والمشاعر والاحداث والمواقف الخاصة الأخرى ، وذلك بدلاً من محاولة تغيير شكلها أو تكرارها أو حساسيتها الموقفية ، وبمعنى آخر فانه يتم تغيير الطريقة التي يتفاعل أو يرتبط بها العميل عامة مع الأفكار (Hayes S.C.et al.,2008,83-84) حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي المعالج خلال هذه العملية بتوجيه العميل بشكل مباشر إلى

الاستجابة للتجارب الداخلية (الأفكار والتصورات والمشاعر والذكريات) على انها مجرد أحداث أو وقائع تدور في العقل بدلا من التمسك والتركيز على المحتوى والمعنى الحرفي لتلك الاحداث والوقائع ، ولذا يمكن أن يكون هذا النوع من التدخل العلاجي مفيداً بشكل خاص مع أنماط العملاء الذين يكافحون بشدة خلال تعاملهم مع الاحداث الداخلية التي يصعب السيطرة عليها (Donoghue E. K.et al., 2018,11)

(ج) التواصل مع اللحظة الراهنة Contact With The Present Moment

تنطوي هذه العملية العلاجية باختصار على قيام الأخصائي الاجتماعي بإرشاد وتوجيه عميله للاتصال باللحظة الحالية وإقناعه بأهمية التواصل المستمر مع المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه، وذلك بدلا من التعلق بالماضي، أو التفكير الزائد في المستقبل.

ومن اجل الوصول لهذا الهدف يقوم المعالج ببذل مزيداً من الجهد لإكساب العميل مجموعة متنوعة من المهارات المعرفية التي تزيد من درجة ادراكه للواقع وتساعده على سرعة الاتصال باللحظة الراهنة ، ومن أهمها مهارات اليقظة العقلية والتي تتطلب من العميل تدريب وممارسة مستمرة اثناء وبعد المقابلات المهنية Stoddard J.A. & Afari (N.,2014.78-88) كما يتم تطوير الاتصال بالوقت الحاضر من خلال تشجيع العميل على الا يتعامل مع الوقائع والأحداث التي تواجهه بالحكم عليها، وانما من خلال اختبار هذه الوقائع مباشرة ، وهو الامر الى يساهم بشكل كبير في تنمية المرونة النفسية (عقاب، سامية،2017،226)

(د) التعرف على الذات (كسياق) Self-As-Context

وهى عملية علاجية رئيسية في ممارسة العلاج بالتقبل والالتزام وتهدف إلى مساعدة العميل على إدراك الفروق بين محتوى التجارب الخاصة الإنسانية والسياق الذى تحدث فيه هذه التجارب، حيث يواجه معظم العملاء صعوبة في تحقيق هذا الانفصال لعدم أمتلاكم مهارات كافية في الاتصال بالذات (عبد الرحمن، رأفت،2013،460) ويستعين المعالج خلال هذه العملية بالعديد من الأساليب العلاجية والتي تساعد العميل على التمييز بين الحواس المختلفة للذات ، وتحديداً التمييز بين الذات كمحتوى Self-As-Content والذات كسياق Self-As-Context مما يمكنه من التخلص تدريجياً من أفكاره ومعتقداته المتجذرة التي تؤثر سلباً على مفهومه ورؤيته لذاته (Walser, R. D.et al., 2012,66-67)

(هـ) توضيح القيم Clarifying values

يقوم الأخصائي الاجتماعي خلال هذه المرحلة العلاجية بمساعدة العميل على تحديد القيم الإنسانية والاهداف والتطلعات المستقبلية التي تجعل لحياته الشخصية معنى ومغزى، وتمكنه من جانب آخر من تحديد توجهاته الاساسية في الحياة ، كما تساعده على مراقبة تجاربه الداخلية غير المرغوبة (Wilson S. et al., 2019,41) ويتيح الأخصائي الاجتماعي خلال هذه العملية الحرية الكاملة للعميل في التعبير عن آرائه وتصوراته الشخصية حول ما يناسبه من القيم والسلوكيات الايجابية دون أن ينتقى أو يفرض عليه أي منها، حيث ينحصر دوره على تقديم التوضيح والشرح الكاف الذي يسهل من مهمة العميل في اختيار وتحديد تلك القيم الإنسانية

(و) الالتزام والتعهد Commitment

تتضمن هذه العملية تحفيز العميل للالتزام بأداء الافعال التي تتلائم مع القيم الانسانية التي قام بتحديدها في المرحلة السابقة، أو بالمعنى الادق الانخراط في الأفعال والأنشطة البناءة والسلوكيات الإيجابية اللازمة لتحقيق الاهداف المستقبلية وكذلك الالتزام بالقيام بمختلف المهام والإجراءات التي تكفل وضع أهداف التدخل المهني موضوع التنفيذ الفعلي

الإطار المنهجي للدراسة:

1- نوع الدراسة والتصميم المستخدم:

تنتمى هذه الدراسة إلى نمط الدراسات شبه التجريبية Quasi-experimental studies ، حيث تستهدف التحقق من مدى تأثير برنامج للتدخل المهني ينطلق من المعطيات النظرية للعلاج بالتقبل والالتزام (كمتغير مستقل) في تنمية بعض أنماط السلوك الاجتماعي لدى الأطفال مجهولي النسب (كمتغير تابع) ، واتساقا مع نوع الدراسة فقد استخدم الباحث تصميم (أ ب) The AB Design وهو أحد تصميمات تجربة الحالة الواحدة Single Case Experimentation ، وقد تضمن هذا التصميم مرحلتين أولهما : مرحلة خط الأساس (أ) وتم خلالها إجراء ثلاثة قياسات متتالية لمعدلات تكرار وقوع السلوك الاجتماعي لدى كل مفردة من مفردات العينة دون أي تدخل مهني ، أما المرحلة الثانية وهى مرحلة التدخل المهني(ب) وقد تم خلالها إجراء "تسعة قياسات حتى تم الانتهاء من تنفيذ خطوات وعمليات برامج التدخل المهني

2- فروض الدراسة:

تحاول الدراسة الحالية اختبار صحة فرض رئيس مؤداه :

" يؤدى برنامج التدخل المهني المنطلق من معطيات العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد إلى تحسين السلوك الاجتماعي للأطفال مجهولي النسب المودعين بالمؤسسات الإيوائية ".

ويتم التحقق من صحة هذه الفرض من خلال الفروض الفرعية التالية:

(أ) – توجد فروق دالة إحصائياً بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني لكل حالة في متغير السلوك التعاوني عند مستوى معنوية 0.05

(ب) – توجد فروق دالة إحصائياً بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني لكل حالة في متغير السلوك التوكيدي عند مستوى معنوية 0.05

(ج) – توجد فروق دالة إحصائياً بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني لكل حالة في متغير سلوك الانضباط والالتزام عند مستوى معنوية 0.05

(د) – توجد فروق دالة إحصائياً بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني لكل حالة في متغير سلوك الاندماج عند مستوى معنوية 0.05

3- أدوات الدراسة:

(أ) – المقابلات الفردية والجماعية: والتي تم القيام بها مع الأخصائيين والمشرفين الاجتماعيين قبل البدا في تطبيق البرنامج بجانب المقابلات التي قام بها الاخصائيين الاجتماعيين مع مفردات العينة خلال مختلف مراحل وخطوات برنامج التدخل المهني

(ب) – دليل ملاحظة مظاهر السلوك الاجتماعي للأطفال مجهولي النسب " إعداد الباحث "

يهدف هذا الدليل إلى قياس معدلات تكرار وقوع أنماط السلوك الاجتماعي لدى الأطفال مجهولي النسب عينة الدراسة، وقد تم إعداده وبنائه وفقاً للمراحل والخطوات التالية:

المرحلة الأولى: أطلع الباحث على التراث النظري المتوافر الذى تناول السلوك الاجتماعي عامة إلى جانب البحوث والدراسات السابقة التي ألقت الضوء بشكل مباشر وغير مباشر على هذا المتغير تحديداً لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الاسرية، وفى ضوء ذلك أمكن تحديد المكونات الأساسية للسلوك الاجتماعي والتي مثلت بدورها أبعاد الدليل الحالي

وهـى : (السـلوك التعـاوني – السـلوك التوكيـدي – سـلوك الالتـزام والانضـباط – سـلوك الاندماج).

المرحلـة الثانيـة: قـام الباحـث خـلال هـذه المرحلـة صـياغة العبـارات (المظـاهر السـلوكية) المكونـة لكـل نمـط مـن الأنمـاط السـلوكية السـابقة وراعـى الباحـث أن تتناسـب العبـارات مـع المرحلـة العمريـة المدروسـة، وقـد بلـغ عددها (20) مظهـر بواقـع (5) مظـاهر لكـل نمـط مـن أنمـاط السـوك الاجتمـاعي ثـم قـام الباحـث بوضـع وتحديـد القواعـد والإجـراءات التنظيميـة التـي ينبغي الإلمام التام بها قبل البدء في تطبيق الدليل والتي تتضمن ما يلي:

- **أسلوب الملاحظة:** تتم عملية الملاحظة من خلال الأسلوب المباشر والذي لا يشارك فيه القـائم بالملاحظـة فـي المواقـف التـي يـتم ملاحظتهـا ولا يـتم إشـعار الطفـل بخضـوعه للملاحظة
- **المواقـف التـي تـتم فيهـا الملاحظـة:** تبـدو المظـاهر المرتبطـة بالسـلوك الاجتمـاعي لـدى الأطفال المبحوثين أثناء كل من (ممارسة الأنشطة الاجتماعية– تناول الواجبات الغذائية – فترات الراحة/ مشاهدة التلفاز – فترات اللعب).
- **القائم بالملاحظة:** يتولـى القيام بالملاحظـة الاخصـائيين الاجتمـاعيين بالمؤسسـة، والـذين يتواجدون وفق طبيعة عملهم بشكل دائم مع الأطفال عينة الدراسة
- **عدد مرات ملاحظة الطفل:** يتم ملاحظة المظاهر السلوكية الخاصة بكل نمط من أنماط السلوك الاجتماعي لمدة ثلاث مرات أسبوعياً، حيث يتم قياس معدلات وقوع المظاهر السلوكية الخاصة بكل من (السلوك التعاوني –السلوك التوكيدي) خلال الأيام الثلاثة الأولـى مـن الأسـبوع ، ثـم قيـاس معـدلات وقـوع المظـاهر السـلوكية المرتبطـة (بسـلوك الالتزام والانضباط – سلوك الاندماج) خـلال الأيـام الثلاثـة التاليـة ، علـى أن تتوقـف عملية الملاحظة في يوم الجمعة وذلك نظراً لاختلاف نمط الحياة المعيشية في هذا اليوم عن بقية أيام الأسبوع
- **أسلوب التسجيل:** يقوم القائم بالملاحظة (المشرف) بوضع علامة مائلة (/) في الخانة المقابلة لكل مظهر من المظاهر السلوكية المستهدفة على حسب تكراره .
- **زمن الملاحظة:** يتطلب تطبيق الدليل فترة زمنية تتراوح ما بين (20 –25) دقيقة، وهي فترة كافية تماماً للإلمام بكافة المظاهر السلوكية المحددة بالدليل

المرحلة الثالثة: تضمنت هذه المرحلة التحقق من مدى صدق وثبات الدليل من خلال الطرق العلمية المتعارف عليها في هذا الشأن وهي: (وقد قام الباحث

- **صدق المحتوى** : تم التحقق من صدق المحتوى من خلال مراجعة وتحليل الكتابات النظرية التي تناولت عامة مظاهر السلوك الاجتماعي وأنماطه المختلفة إلى جانب بعض الأدوات العلمية التي وضعت لقياسه لدى فئات الأطفال تحديداً ، ومن أهم هذه الأدوات ما يلى:

- دليل ملاحظة السلوك التوافقي لدى الأطفال الأيتام إعداد هناء إسماعيل (2010)
- دليل ملاحظة مظاهر الكفاءة الاجتماعية للأطفال الأيتام " إعداد محمد شاهين (2011)
- مقياس مهارات السلوك الاجتماعي والانفعالي لدى الأطفال إعداد سبيكة البالول (2014)
- مقياس السلوك الاجتماعي الإيجابي إعداد صدام راتب وآخرون (2017)
- مقياس السلوك الاجتماعي للطلاب إعداد خشمان الجرجى ومحمد المشهدانى (2018)

- **الصدق الظاهري:** تم عرض الدليل على خمسة محكمين من الأساتذة المتخصصين فى الخدمة الاجتماعية لإبداء الرأي والحكم حول مدى صلاحية ووضوح المظاهر السلوكية ، وقد أسفرت نتائج التحكيم عن تعديل الصياغة اللغوية لعدد ثلاثة مظاهر فقط والإبقاء على بقية المظاهر السلوكية والتي حظيت على نسبة اتفاق مرتفعة تراوحت ما بين (80% : 100 %) من استجابات المحكمين . حيث اعتبرت نسبة الاتفاق بين المحكمين على عبارات الدليل معياراً دالاً على صدقه، ومن ثم على قابليته للتطبيق الفعلي على مفردات الدراسة

- **ثبات الدليل:** تولى ثلاثة مشرفين ملاحظة طفل واحد من الأطفال مجهولي النسب (خارج إطار العينة) وذلك بعد أن تم تدريبهم على كيفية تطبيق الدليل، وقد تكررت عملية الملاحظة ثلاث مرات للطفل نفسه بفاصل زمني قدره خمسة أيام بين كل تطبيق حتى يتم استبعاد أثر الذاكرة في تسجيل معدلات وقوع الأنماط السلوكية المستهدفة، وفى ضوء النتائج التي أسفرت عنها عمليات الملاحظة تم التحقق من ثبات الدليل ، وذلك

باستخدام معادلة نسبة الاتفاق ، وقد تراوحت نسب الاتفاق بين أبعاد الدليل ما بين ما بين (88.9% : 100 %) مما يؤكد على تمتع الدليل بقدر مناسب من الثبات .

4- مجالات الدراسة:

(أ) المجال المكاني: طبقت هذه الدراسة بمؤسسة دار التربية للبنين بمدينة الزقازيق، وذلك نظراً لتوافر مفردات العينة المطلوبة من الأطفال مجهولي النسب، وكذلك توافر الاخصائيين والمشرفين الاجتماعيين الذي تم تدريبهم على تطبيق دليل الملاحظة وتنفيذ مراحل وخطوات برنامج التدخل المهني

(ب) المجال البشرى: بلغ العدد الكلى "إطار المعاينة " للأطفال المحرومين من الرعاية الاسرية عامة و المودعين بالمؤسسة " (40) طفل ، وقد تبين أن عدد الأطفال مجهولي النسب تحديداً قد بلغ (16) طفل ، وقد انطبقت شروط ومحددات اختيار عينة الدراسة على عدد (9) حالات ، وتماشياً مع متطلبات التصميم التجريبي السابق الإشارة اليه ، تم اختيار عينة مكونة من (5) حالات بطريقة عشوائية لتشكل المجال البشرى للدراسة وقدتم اختيار هذه العينة وفقاً للشروط والمحددات التالية :

- أن يكون من بين الأطفال الذي لم يُستدل على اهلهم وذويهم، وتم إيداعه بمؤسسة الرعاية الاجتماعية ببنها بمعرفة الجهات والسلطات المختصة
- أن يتراوح عمره ما بين (9 – 12) سنة أي يقع في مرحلة الطفولة المتأخرة
- أن يكون صحيح البنية أي لا يعاني من أي نوع من الأمراض المزمنة أو الإعاقات الجسدية، أو أي نوع من المشكلات أو الاضطرابات النفسية الحادة.
- أن يحصل على درجة منخفضة على أبعاد دليل ملاحظة مظاهر السلوك الاجتماعي للأطفال مجهولي النسب المستخدم في هذه الدراسة.
- أن يبدى موافقته على التعاون الجاد مع الأخصائيين الاجتماعيين من أجل تنفيذ البرنامج

(ج) المجال الزمنى: استغرقت هذه الدراسة بجانبيها النظري والميداني مدة عشرة أشهر، وقد استغرقت المرحلة الأولى من الدراسة الميدانية والمتصلة بتحديد خط الأساس (أ) مدة ثلاثة أسابيع والتي تم خلالها قياس معدلات وقوع المظاهر السلوكية المحددة بدليل الملاحظة ،

وذلك في الفترة من 2020/10/3 إلى 20/10/22 ، ثم استمرت مرحلة التدخل المهني (ب) لمدة تسعة أسابيع ، وذلك في الفترة من 2020/10/24 إلى 12/24 /2020

برنامج التدخل المهني:

يمثل هذا البرنامج منظومة من العمليات والإجراءات المهنية المخططة والمنظمة والتي تقدم من خلالها المساعدة المهنية المتخصصة للأطفال مجهولي النسب ممن يقل لديهم معدلات وقوع السلوك الاجتماعي، ويمكن استعراض عناصر ومكونات هذا البرنامج على النحو التالي:

1 – أهد ف البرنامج:

يتمثل الهدف العام لهذا البرنامج في " "تنمية وتحسين بعض أنماط السلوك الاجتماعي لدى الأطفال مجهولي النسب" وذلك من خلال استخدام عمليات وأساليب العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد، ويرتبط بهذا الهدف مجموعة من التغيرات العلاجية المستهدفة من البرنامج وهي:

(أ) تنمية قدرة الأطفال مجهولي النسب على التعاون الإيجابي مع الآخرين، وتدعيم مشاركتهم في إنجاز المهام والاعمال اليومية، وتنفيذ الأنشطة الجماعية.

(ب) تقوية قدرة الاطفال مجهولي النسب على التعبير الملائم والصريح عن أفكارهم وآرائهم، وعن مشاعرهم الداخلية نحو الأشخاص المحيطيين بهم في بيئتهم الاجتماعية.

(ج) تدريب الأطفال مجهولي النسب على كيفية الامتثال لتوجيهات المشرفين والمسئولين، وتطبيق القواعد والتعليمات الدورية داخل المؤسسة.

(د) تنمية قدرة الأطفال عينة الدراسة على التعامل والتفاعل الإيجابي مع أقرانهم وزملائهم وإقامة علاقات اجتماعيه ناجحة تكفل لهم الاندماج والتالف مع الآخرين.

2– مصادر إعداد البرنامج:

أعتمد الباحث عند بنائه وتصميم هذا البرنامج على الأسس والمصادر التالية:

(أ) التراث النظري المتوافر الذي تناول سيكولوجية الأطفال المحرومين من الرعاية الاسرية وطبيعة ومحددات سلوكهم الاجتماعي بما في ذلك الاطفال مجهولي النسب بوجه خاص

(ب) المعطيات النظرية لنموذج العلاج بالتقبل والالتزام من منظور خدمة الفرد وما تضمنه هذا النموذج من مبادئ وعمليات مهنية وأساليب علاجية حديثة ومتنوعة

(ج) الدراسات السابقة التي قدمت وصف وتحليل لمشكلات أطفال المؤسسات الايوائية وما اشتملت عليه من برامج ارشادية وعلاجية ولاسيما البرامج التي صممت من أجل تعديل وتحسين الأنماط السلوكية المختلفة لدى هذه الفئة من الاطفال

3- مراحل وخطوات البرنامج:

يمر هذا البرنامج بأربعة مراحل أساسية يتم في إطارها العمل على تحقيق تلك التغيرات العلاجية المستهدفة وتتمثل هذه المراحل فيما يلى:

المرحلة الأولى: مرحلة الاعداد

وقد تضمنت هذه المرحلة القيام بمجموعة من الإجراءات المهنية الأولية وهي:

- تكوين تصور علمي متكامل حول عناصر ومحددات السلوك الاجتماعي لدى الأطفال عينة الدراسة والعوامل والمتغيرات المؤثرة فيه أو تلك التي تساهم في زيادة ونقصان معدلات وقوعه.
- إعداد دليل ملاحظة مظاهر السلوك الاجتماعي للأطفال مجهولي النسب ووضع القواعد والإجراءات التنظيمية الخاصة بتطبيقه بجانب التحقق من صدقه وثباته.
- تدريب بعض الأخصائيين الاجتماعين وهيئة الإشراف بالمؤسسة على كيفية تطبيق برنامج التدخل المهني ودليل ملاحظة السلوك الاجتماعي على المبحوثين
- اختيار عينة الدراسة من الأطفال مجهولي النسب وفق الشروط والمحددات التي سبق الإشارة إليها وتعريفهم بمحتويات البرنامج وأهدافه والمدة الزمنية اللازمة لتطبيقه

المرحلة الثانية: مرحلة تقدير الموقف

تستهدف هذه المرحلة تكوين صورة واضحة عن شخصية الطفل بمختلف جوانبها الجسمية والاجتماعية والنفسية والمعرفية والإلمام الكافي بالمعلومات والحقائق المتصلة بموقفه الحالي بما في ذلك التعرف على نوعية المشكلات والاضطرابات السلوكية التي يعانى منها ، مع التركيز على طبيعة علاقاته وتفاعلاته مع أقرانه ومدى توافقه مع البيئة الاجتماعية المحيطة به داخل المؤسسة ، وتنتهى هذه المرحلة بتحديد معدلات تكرار وقوع مظاهر السلوك الاجتماعي والذى يمثل خط الأساس القاعدي الذى ينطلق منه البرنامج ، ويتم ذلك من خلال إجراء ثلاثة قياسات متتالية والتي تستغرق ثلاثة أسابيع .

المرحلة الثالثة: مرحلة التدخل المهني:

تتصل هذه المرحلة بتطبيق عمليات وأساليب العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد ، مع الاستمرار فى إجراء القياسات بصورة دورية وذلك لمدة تسعة أسابيع متتالية ، وقد تمثلت تلك العمليات والأساليب العلاجية فيما يلى :

- **التقبل:** وتبدأ هذه العملية بالتعرف على المشاعر السلبية والخبرات المؤلمة ومختلف أوجه المعاناة التي يدركها الطفل بوجه عام ، ثم مساعدته على تقبلها دون محاولة تجنبها أو قمعها، وتشجيعه على اتخاذ الإجراءات اللازمة للتصدي لها والتعامل معها بمرونة وإيجابية
- **تقليل الخطر المعرفي:** تتجه هذه العملية ة بشكل مباشر إلى مساعدة الطفل مجهول النسب على تغيير الطريقة التي يتفاعل بها مع الأفكار والاعتقادات الخاطئة أو غير الصحيحة أو اللامنطقية المهيمنة على حياته، وكذلك مساعدته على تغيير الوظائف غير المرغوبة لتلك الأفكار والمعتقدات
- **التواصل مع اللحظة الراهنة:** تضمن هذه العملية القيام بتوجيه وارشاد الطفل للاتصال باللحظة الحالية والتعامل مع الواقع الحاضر الذي يعيش فيه وذلك بدلا من التفكير الزائد بما سوف يحمله المستقبل وخاصة الانشغال بالأحداث المتوقعة بعد خروجه من المؤسسة.
- **التعرف على الذات:** وتركز هذه العملية العلاجية على تدريب الطفل مجهولي النسب على إدراك ذاته كسياق منفصل عن الشعور والتفكير والاحداث والمواقف الصعبة التي تجرى من حوله داخل المؤسسة، بجانب مساعدته أيضا على إدراك الفروق بين محتوى خبراته وتجاربه الخاصة التي قد مر بها في حياته والسياق الذي تحدث فيه هذه التجارب
- **توضيح القيم:** تتصل هذه العملية العلاجية بمساعدة الطفل مجهولي النسب على تحديد قيمه الإنسانية التي يتمسك بها، وكذلك وضع وتحديد أهدافه المستقبلية (القريبة والبعيدة المدى) والتي تجعل لحياته معنى ومغزى، وذلك بما يتفق مع إمكاناته وقدراته الذاتية
- **الالتزام والتعهد:** تشمل هذه العملية تشجيع الطفل على القيام بالسلوكيات الإيجابية والتصرفات الفعالة والبناءة المرتبطة بالقيم الانسانية التي قام باختيارها، وتدعيم قدرته على أداء الاعمال والأنشطة المختلفة وكل ما من شانه أن يساهم في تنمية مهاراته

الاجتماعية من جانب والاقتراب من تحقيق أهدافه وطموحاته المستقبلية من جانب آخر

ويصاحب تطبيق العمليات السابقة مجموعة متنوعة أيضاً من الأساليب والفنيات العلاجية والتي يمكن من خلالها تحقيق أهداف التدخل المهني أو على الاحرى زيادة معدلات وقوع السلوك الاجتماعي لدى الأطفال عينة الدراسة وتتمثل تلك الأساليب بإيجاز فيما يلى :

- **المناقشة والحوار**: يتضمن هذا الأسلوب مساعدة الطفل على تفهم وإدراك الأسباب التي تقلل من تفاعله واندماجه مع أقرانه ومحاولة احداث تغيير إيجابي في اتجاهاته نحو ذاته ونحو الاخرين، وتعديل آرائه وتفسيراته غير المنطقية التي تحول دون تقبله للتطور والتغيير بوجه عام
- **التوظيف**: ويتضمن مساعدة الطفل مجهول النسب على اكتشاف وتقدير جوانب القوة لديه والتي يمكن استثمارها في تحسين مهاراته وسلوكياته الاجتماعية، بجانب مساعدته على تحرير طاقاته الكامنة التي يمكن توظيفها في تحسين مستوى تفاعله مع الأشخاص المحيطين به داخل المؤسسة
- **التدعيم الإيجابي**: يتضمن هذا الاسلوب تقديم بعض المدعمات المادية (كالألعاب) والمدعمات الاجتماعية (كالمدح والثناء) عقب قيام الطفل مباشرة باي نمط من أنماط السلوكيات المستهدفة والمتصلة بالتفاعل الإيجابي مع الانساق الاجتماعية المحيطة به
- **النمذجة**: يساعد هذا الأسلوب في تشكيل بعض الاتجاهات الاجتماعية المرغوبة لدى الطفل مجهول النسب وإكسابه مهارات وسلوكيات اجتماعية جديدة وذلك من خلال عرض نماذج لبعض الشخصيات الاجتماعية المؤثرة في المجتمع حتى يقتضي الطفل بهم في تعاملهم الإيجابي ومساعدتهم للآخرين وتغلبهم على تحديات الحياة بوجه عام
- **اليقظة العقلية**: يتضمن هذا الأسلوب توجيه انتباه الطفل إلى كل لحظة يمر بها سواء داخلياً على مستوى الأفكار والمشاعر أو خارجياً على مستوى بيئة المؤسسة التي يعيش فيها، وذلك من اجل زيادة قدرته على التركيز والتأمل المعرفي والتفكير

الإيجابي والفعال ومن ثم الانفتاح على المعلومات والخبرات الجديدة التي تدفعه لاكتساب السلوكيات الاجتماعية المستهدفة

- **الواجبات المنزلية:** يرتكز هذا الأسلوب على تكليف الطفل بمجموعة من الواجبات المنزلية والمهام التفاعلية التي ينبغي أن يمارسها في مواقف الحياة اليومية بالمؤسسة مع التركيز على المهام الجماعية التي تزيد من درجة تواصله وتعاونه مع أقرانه ، ويتم تحديد تلك المهام في نهاية كل مقابلة ومناقشة وتقييم مدى إنجازها في بداية المقابلة التالية لها

المرحلة الرابعة: التقويم والانهاء

تنصب المرحلة الأخيرة على تقييم التدخلات المهنية من خلال المقارنة بين نتائج قياسات خط الأساس التي أجريت في مرحلة تقدير الموقف ونتائج قياسات التدخل المهني التي أجريت في المرحلة التالية لها ، وذلك بهدف تحديد حجم التغيرات العلاجية التي طرأت على أنماط السلوك الاجتماعي ومن ثم التعرف على مدى نجاح عمليات وأساليب العلاج بالتقبل والالتزام في تحقيق أهداف البرنامج ، وبعد التأكد ،من عدم حاجة الطفل إلى مزيد من الجهود العلاجية يتم البدا في إجراءات إنهاء العلاقة المهنية ، وذلك من خلال تقصير مدة المقابلات المهنية الأخيرة والمباعدة بينها ، وتذكير الطفل خلال هذه المقابلات بالمهام التي ينبغي عليه القيام بها في المستقبل حتى يعتمد على نفسه بصورة تدريجية ويستمر في القيام بالسلوك الاجتماعي المطلوب

4- آليات تنفيذ البرنامج

قام الباحث بداية بتدريب أحد الباحثين الحاصلين على درجة الدكتوراه في الخدمة الاجتماعية تخصص خدمة الفرد وذلك بعد ان تم تزويده بالأطر النظرية والتطبيقية المتاحة للعلاج بالتقبل والالتزام ، وقد قام بدوره فيما بعد بتدريب عدد ثلاثة من الأخصائيين الاجتماعيين من العاملين بشكل مباشر مع الأطفال مجهولي النسب عينة الدراسة ، وقد استغرقت فترة التدريب مدة أربعة أسابيع واشتملت على عشرة ورش تدريبيه، وانتهت بالاتفاق على أن يقوم كل من الأخصائي الأول والثاني بتطبيق مراحل وعمليات البرنامج على حالتين من مفردات العينة ، وأن يتولى الأخصائي الثالث تطبيق البرنامج على حالة واحدة، ويوضح الجدول التالي محتوى البرنامج التدريبي

جدول رقم (1)

محتوى البرنامج التدريبي

رقم الورشة	اليوم/التاريخ	الموضوع	الأهداف
الورشة الاولى	السبت 2020/9/26	التعريف ببرنامج التدخل المهني	– التعرف على الهدف الرئيسي والاهداف الفرعية للبرنامج – التعرف على مصادر بناء البرنامج – التعرف على مراحل تطبيق البرنامج
الورشة الثانية	الاثنين 2020/9/28	تقدير موقف الطفل مجهول النسب	التدريب على كيفية القيام بكل من: – جمع وتحليل البيانات الخاصة بشخصية الطفل وبيئة الاجتماعية – حصر وتحديد مشكلات الطفل واحتياجاته الفعلية
الورشة الثالثة	الخميس 2020/10/1	قياس وتحديد مستوى السلوك الاجتماعي للطفل مجهول النسب	– الالمام بالقواعد والإجراءات التنظيمية لدليل ملاحظة السلوك الاجتماعي – إدراك الفروق بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني – التدريب على تسجيل مظاهر السلوك الاجتماعي وحساب معدلات تكراره –

الورشة الرابعة	السبت 2020/10/3	الإطار النظري للعلاج بالتقبل والالتزام	– التعرف على ماهية وأهداف العلاج – توضيح ماهية المرونة النفسية – تفهم الافتراضات النظرية للعلاج – الالمام بالعمليات الأساسية للعلاج – الالمام بالفنيات والأساليب العلاجية
الورشة الخامسة	الاثنين 2020/10/5	تطبيق عمليات التدخل المهني	التدريب على كيفية تطبيق كل من: – عملية التقبل – عملية تقليل الخطر المعرفي – عملية التواصل مع اللحظة الراهنة
الورشة السادسة	الخميس 2020/10/8	تطبيق عمليات التدخل المهني	التدريب على كيفية تطبيق كل من: – عملية التعرف على الذات التدريب – عملية توضيح القيم – عملية الالتزام والتعهد
الورشة السابعة	الاحد 2020/10/11	تطبيق الأساليب والفنيات العلاجية	التدريب على كيفية تطبيق كل من: – أسلوب المناقشة والحوار – أسلوب التوظيف
الورشة	الاربعاء	تطبيق الأساليب	التدريب على كيفية تطبيق كل

التامة	2020/10/14	والفنيات العلاجية	من: - أسلوب التدعيم الإيجابي - أسلوب النمذجة
الورشة التاسعة	الأحد 2020/10/18	تطبيق الأساليب والفنيات العلاجية	التدريب على كيفية تطبيق كل من: - أسلوب اليقظة العقلية - أسلوب الواجبات المنزلية
الورشة العاشرة	الاربعاء 2020/10/21	تقويم وانهاء التدخل المهني	- التعريف بعوامل ومؤشرات الانهاء - التدريب على تطبيق أساليب الانهاء - تحديد الصعوبات المتوقعة وسبل التعامل معها

عرض وتفسير نتائج الدراسة:

يتم عرض وتفسير نتائج الدراسة الميدانية من خلال المحاور الثلاث التالية:

(1) – نتائج التدخل المهني مع حالات الدراسة:

جدول رقم (2)

معدلات تكرار مظاهر السلوك التعاوني لدى عينة الدراسة خلال مرحلتي خط الأساس والتدخل المهني

مرحلة القياس / رقم الأسبوع	خط الأساس Baseline					التدخل المهني intervention				
	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)
1	7	6	6	8	8	9	7	7	9	11
2	7	4	5	8	6	8	8	7	7	9
3	8	5	6	7	8	10	11	10	9	11
4						11	12	9	11	9
5						13	15	11	9	10
6						14	17	10	12	11
7						12	19	11	11	12
8						15	20	12	14	11
9						18	20	15	17	14
المجموع	22	15	17	23	22	110	129	92	99	98
المتوسط	7.3	5	5.6	7.6	7.3	12.2	14.3	10.2	11	10.8

تكشف معطيات الجدول رقم (2) عن زيادة متوسط معدلات تكرار وقوع مظاهر السلوك التعاوني لدى مفردات عينة الدراسة ، حيث بلغت بداية (7.3، 5، 5.6، 7.6، 7.3) مرة أسبوعياً، وقد ارتفعت تلك المعدلات خلال مرحلة التدخل المهني ، حيث بلغت على الترتيب (12.2، 14.3، 10.2، 11، 10.8) مرة أسبوعياً ، ويدل هذا الارتفاع على أن عمليات وأساليب البرنامج والمنطلقة من معطيات العلاج بالتقبل والالتزام قد تمكنت من تنمية قدرة الأطفال عينة الدراسة على التعاون الإيجابي مع الآخرين، وتدعيم مشاركتهم الفعلية في إنجاز المهام والاعمال اليومية

جدول رقم (3)

معدلات تكرار مظاهر السلوك التوكيدي لدى عينة الدراسة خلال مرحلتي خط الأساس والتدخل المهني

مرحلة القياس / رقم الأسبوع	خط الأساس Baseline					التدخل المهني intervention				
	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)
1	6	5	6	7	8	7	7	7	11	8
2	7	4	6	6	6	9	5	10	9	9
3	6	5	6	8	6	9	7	9	12	11
4						11	8	11	10	14
5						13	7	12	11	15
6						16	9	10	14	16
7						19	7	13	12	17
8						19	10	14	14	19
9						22	14	16	17	21
المجموع	19	14	18	21	20	125	74	102	110	130
المتوسط	6.3	4.6	6	7	6.6	13.8	8.2	11.3	12.2	14.4

يتبين من معطيات الجدول رقم (3) أن متوسط معدلات تكرار وقوع مظاهر السلوك التوكيدي خلال مرحلة خط الأساس قد بلغت بالنسبة لكل حالة من حالات الدراسة على الترتيب (6.3، 4.6، 6، 7، 6.6) مرة أسبوعياً، ، وبعد تطبيق برنامج التدخل المهني زادت بشكل ملحوظ ، حيث بلغت على الترتيب (13.8، 8.2، 11.3، 12.2، 14.4) مرة أسبوعياً ، ويؤكد ذلك على أن العمليات المهنية والأساليب العلاجية الخاصة بالعلاج بالتقبل والالتزام و التي تضمنها برنامج التدخل المهني للدراسة الحالية قد ساهمت في حدوث تغييرات إيجابية فعلية وتمثلت تحديداً في تقوية قدرة الاطفال مجهولي النسب عينة الدراسة على التعبير الملائم والصريح عن أفكارهم وآرائهم الشخصية ، وعن مشاعرهم الداخلية نحو الأشخاص المحيطين بهم في بيئتهم الاجتماعية ونحو المواقف والاحداث التي يتعرضون لها داخل المؤسسة الايوائية

جدول رقم (4)

معدلات تكرار مظاهر سلوك الانضباط والالتزام لدى عينة الدراسة خلال مرحلتي خط الأساس والتدخل المهني

مرحلة القياس / رقم الأسبوع	خط الأساس Baseline					التدخل المهني intervention				
	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)
1	6	5	8	9	6	7	8	7	11	9
2	8	5	8	10	5	9	10	9	10	10
3	6	7	7	8	7	7	12	7	9	12
4						10	13	10	10	14
5						8	15	8	12	16

6					11	18	8	13	19
7					14	19	7	12	21
8					16	22	9	13	23
9					18	22	12	15	23
المجموع	20	17	23	27	18	100	139	77	105	147
المتوسط	6.7	5.6	7.6	9	6	11.1	15.4	8.5	11.6	16.3

تشير نتائج الجدول رقم (4) إلى أن متوسط معدلات تكرار وقوع مظاهر سلوك الانضباط والالتزام خلال مرحلة خط الأساس قد بلغت بالنسبة لكل مفردة من مفردات الدراسة على (6.7، 5.6، 7.6، 9، 6) مرة أسبوعياً ، وبعد تطبيق برنامج التدخل المهني ارتفع (11.1، 15.4، 8.5، 11.6، 16.3) مرة أسبوعياً ، واذا كان هذا الارتفاع قد كان بدرجة طفيفة للحالة رقم (3) وذلك مقارنة بالتحسن الايجابى الذى طر- على هذا البعد بالنسبة للحالات الأربع الأخرى ، لكن هذه النتائج تؤكد عامة على أن برنامج التدخل المهني بما تضمنه من عمليات وأساليب مهنية حديثة قد ساهم في تدريب الأطفال مجهولي النسب عينة الدراسة على كيفية الامتثال لتوجيهات المشرفين والمسئولين، وتطبيق القواعد والتعليمات الدورية داخل المؤسسة

جدول رقم (5)

معدلات تكرار مظاهر سلوك الاندماج لدى عينة الدراسة خلال مرحلتي خط الأساس والتدخل المهني

مرحلة القياس / رقم الأسبوع	خط الأساس Baseline					التدخل المهني intervention				
	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)
1	8	9	7	9	7	10	11	9	10	8
2	7	8	7	7	6	12	9	11	10	7
3	8	10	8	9	8	13	11	13	13	9
4						16	9	14	10	11
5						18	11	16	13	9
6						22	13	18	15	11
7						25	11	20	15	14
8						27	14	22	16	13
9						29	16	23	18	17
المجموع	23	27	22	25	21	172	105	146	120	99
المتوسط	7.6	9	7.3	8.3	7	19.1	11.6	16.2	13.3	9

أسفرت نتائج الجدول رقم (5) عن أن متوسط معدلات تكرار مظاهر سلوك الاندماج خلال مرحلة خط الأساس قد بلغت بالنسبة لكل طفل من أطفال العينة على الترتيب (7.6، 7.3،9، 7،8.3) مرة أسبوعياً ، وبعد تطبيق برنامج التدخل المهني ارتفعت بشكل ملحوظ ، حيث بلغت (19.1، 11.6، 16.2، 13.3، 9) مرة أسبوعياً ، ويؤكد ذلك على نجاح

برنامج التدخل المهني في في تنمية قدرة الأطفال المبحوثين على التعامل الإيجابي مع أقرانهم وزملائهم وإقامة علاقات اجتماعيه ناجحة تكفل لهم الاندماج والتالف مع الآخرين.

(2) – نتائج اختبار فروض الدراسة

(أ) نتائج اختبار الفرض الفرعي الأول: " توجد فروق دالة إحصائياً بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني لكل حالة في متغير السلوك التعاوني عند مستوى معنوية 0.05" وتتضح نتائج اختبار هذا الفرض من خلال الجدول التالي :

جدول رقم (6)

دلالة الفروق بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني لكل حالة في متغير السلوك التعاوني

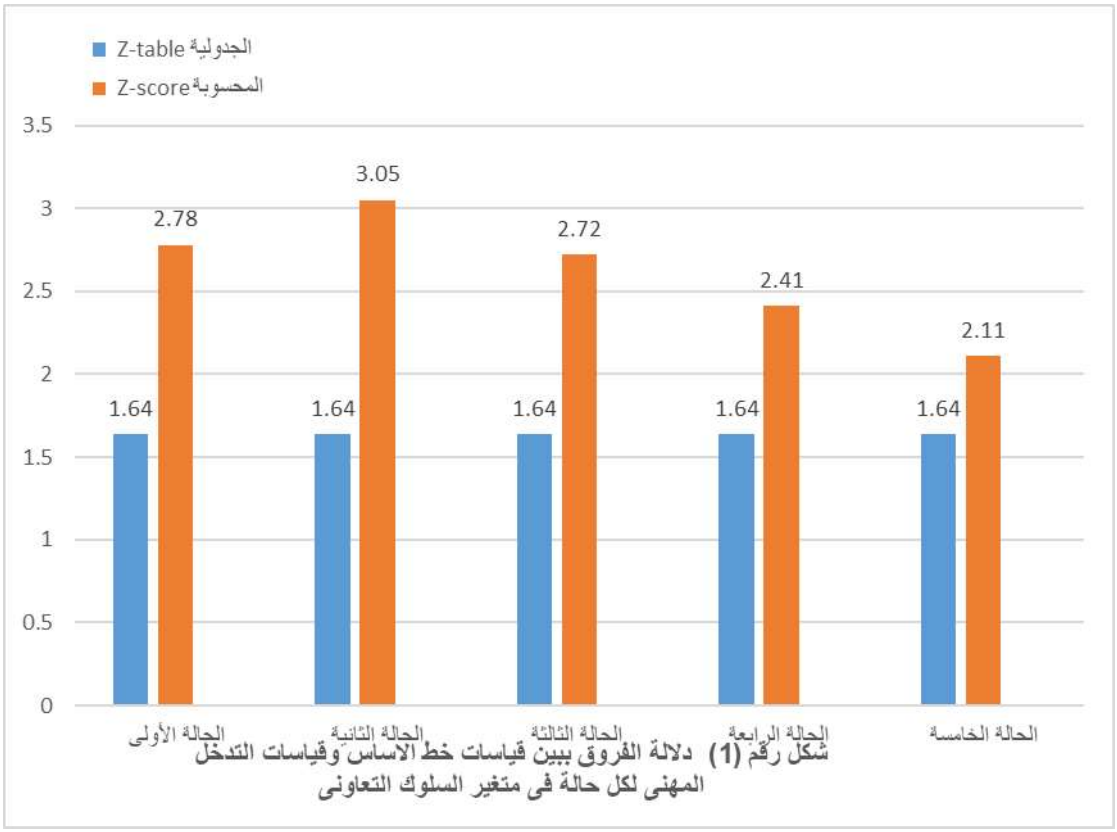
N	X					u – X					2(u – X)					Xa– X					^{2}(Xa– X)				
	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)
1	7	6	6	8	8	4	3	6	2	3	16	9	4	9	36	0	−2	−1	0	−2	0	4	1	0	4
2	7	4	5	8	6	4	8	4	2	5	16	16	4	16	64	1	1	1	−1	2	1	1	1	1	4
3	8	5	6	7	8	3	6	3	3	3	9	9	9	9	36	1	2	1	2	3	1	4	1	4	9
4	9	7	7	9	11	2	5	2	1	0	4	1	4	25	4	−1	−2	0	−2	−2	1	1	1	4	4
5	8	8	7	7	9	3	4	2	3	2	9	4	9	16	9	2	2	3	2	2	4	4	9	9	4
6	10	11	10	9	11	1	1	−1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	−1	1	−2	1	1	1	1	1
7	11	12	9	11	9	0	0	0	−1	2	0	4	1	0	0	2	−2	3	2	1	4	4	9	4	1
8	13	15	11	9	10	−2	−3	−2	1	1	4	1	1	4	9	1	3	−1	2	1	1	9	1	4	1
9	14	17	10	12	11	−3	−5	−1	−1	0	9	25	1	4	0	2	−1	2	−2	2	4	1	4	4	4
1	12	19	11	11	12	−1	−7	−2	−1	−1	1	49	4	1	1	3	1	1	−1	3	9	1	1	9	1

9	9	9	0	9	3	3	3	0	3	0	16	9	64	16	0	−4	−3	−8	−4	11	14	12	20	15
42	49	29	38	35	= 2 d					9	49	36	64	49	3	−7	−6	−8	−7	14	17	15	20	18
2.11	2.41	2.72	3.05	2.78	= Z score					62	100	97	389	134						11	10	9	12	11

0
11
12
u =

- معامل (Z) الجدولية = 1.64
- (X) معدل تكرار وقوع السلوك – (U) الوسط الحسابي – (Xa) القيمة التالية لقيمة X

تشير بيانات الجدول رقم (6) إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني لجميع حالات الدراسة في متغير السلوك التعاوني ، حيث تراوحت قيمة معامل (Z) المحسوبة ما بين (2.11 : 3.05) وجميع هذه القيم > قيمة معامل (Z) الجدولية (1.64) عند مستوى معنوية (0.05) مما يدل على نجاح برنامج التدخل المهني المنطلق من معطيات العلاج بالتقبل والالتزام من منظور خدمة الفرد في زيادة معدلات تكرار وقوع مظاهر السلوك التعاوني لدى الأطفال مجهولي النسب عينة الدراسة ، وبناء على هذه النتائج يمكن قبول الفرض الفرعي الأول للدراسة



شكل رقم (1) دلالة الفروق بين قياسات خط الاساس وقياسات التدخل المهنى لكل حالة فى متغير السلوك التعاونى

(ب) نتائج اختبار الفرض الفرعي الثاني:" توجد فروق دالة إحصائياً بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني لكل حالة في متغير السلوك التوكيدي عند مستوى معنوية 0.05 " ، ويتم التحقق من صحة هذا الفرض من خلال الجدول اللاحق:

جدول رقم (7)

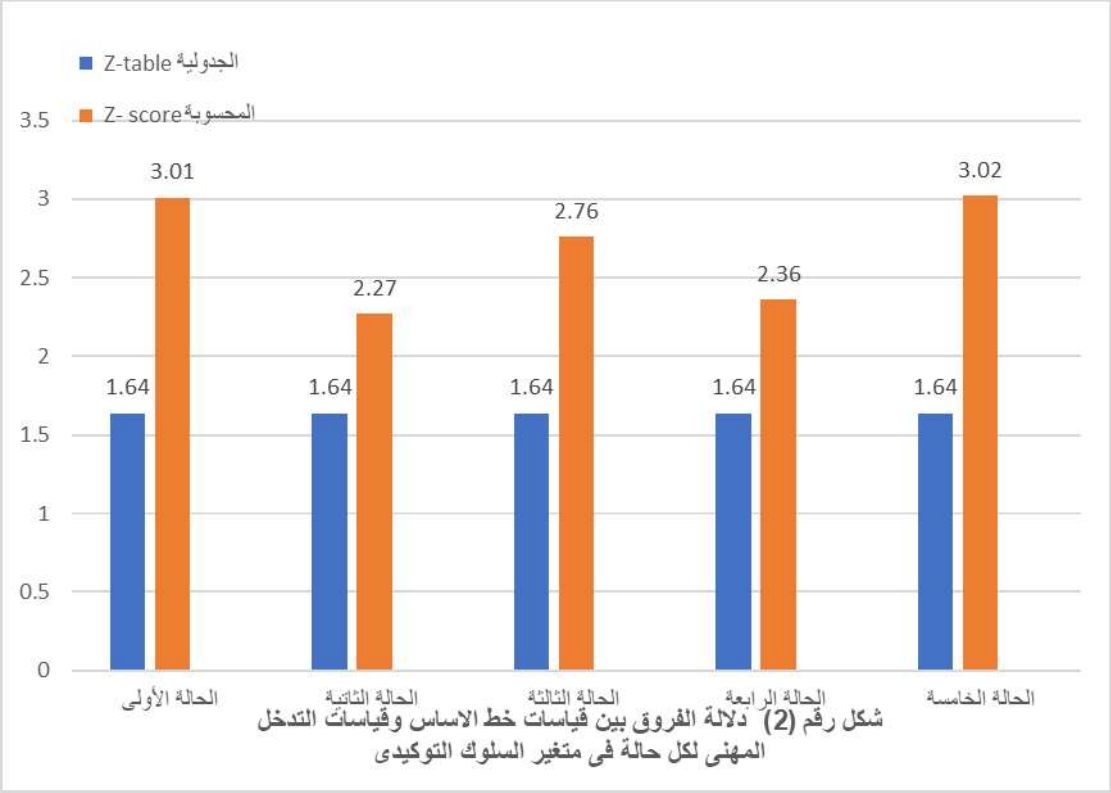
دلالة الفروق بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني لكل حالة في متغير السلوك التوكيدي

N	X					u – X					2(u – X)					Xa– X					^{2}(Xa– X)				
	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)
1	6	5	6	7	8	6	2	4	4	4.5	36	4	16	16	20.2	1	-1	0	-1	-2	1	1	0	1	4
2	7	4	6	6	6	5	3	4	5	6.5	25	9	16	25	42.2	-1	1	0	2	0	1	1	0	4	0
3	6	5	6	8	6	6	2	4	3	6.5	36	4	16	9	42.2	1	2	1	3	2	1	4	1	9	4
4	7	7	7	11	8	5	0	3	0	4.5	25	0	9	0	20.2	2	-2	3	-2	1	4	4	9	4	1
5	9	5	10	9	9	3	-2	0	2	3.5	9	4	0	4	12.2	0	2	-1	3	2	4	0	1	4	4
6	9	7	9	12	11	3	0	1	-1	1.5	9	0	1	1	2.2	2	1	2	-2	3	4	4	4	1	9
7	11	8	11	10	14	1	-1	-1	1	-1.5	1	1	1	1	2.2	2	-1	1	-1	1	4	1	1	1	1
8	13	7	12	11	15	-1	0	-2	0	-	1	0	4	0	6.2	3	-2	2	-2	1	9	4	4	9	1

															2.5										
1	4	9	4	9	1	−2	3	−2	3	12.2	9	0	4	16	−3.5	−3	−0	−2	−4	16	14	10	9	16	**9**
4	4	1	9	0	2	2	1	3	0	20.2	1	9	0	49	−4.5	−1	−3	0	−7	17	12	13	7	19	**10**
4	9	4	16	9	2	3	2	4	3	42.2	9	16	9	49	−6.5	−3	−4	−3	−7	19	14	14	10	19	**11**
33	58	34	49	42	= 2 d					72.2	36	36	49	100	−8.5	−6	−6	−7	−10	21	17	16	14	22	**12**
3.02	2.36	2.76	2.27	3.01	**= Z score**					294.4	111	124	84	356						12.5	11	10	7	12	**u =**

- **معامل (Z) الجدولية = 1.64**

تكشف معطيات الجدول رقم (7) عن وجود فروق دالة إحصائياً بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني لجميع حالات الدراسة في متغير السلوك التوكيدي، حيث تراوحت قيمة معامل (Z) المحسوبة ما بين (2.27 : 3.02) وجميع هذه القيم > قيمة معامل (Z) الجدولية (1.64) عند مستوى معنوية (0.05) مما يبرهن على ان العمليات المهنية والأساليب العلاجية الخاصة بالعلاج بالتقبل والالتزام قد تمكنت من زيادة معدلات تكرار وقوع المظاهر المعبرة عن السلوك التوكيدي لدى الأطفال مجهولي النسب عينة الدراسة ، وبناء على هذه المعطيات يمكن قبول الفرض الفرعي الثاني للدراسة



شكل رقم (2) دلالة الفروق بين قياسات خط الاساس وقياسات التدخل المهنى لكل حالة فى متغير السلوك التوكيدى

(ج) – نتائج اختبار الفرض الفرعي الثالث:" توجد فروق دالة إحصائياً بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني لكل حالة في متغير سلوك الانضباط والالتزام عند مستوى معنوية 0.05 " ويتم التحقق من صحة هذا الفرض من خلال الجدول اللاحق:

جدول رقم (8)

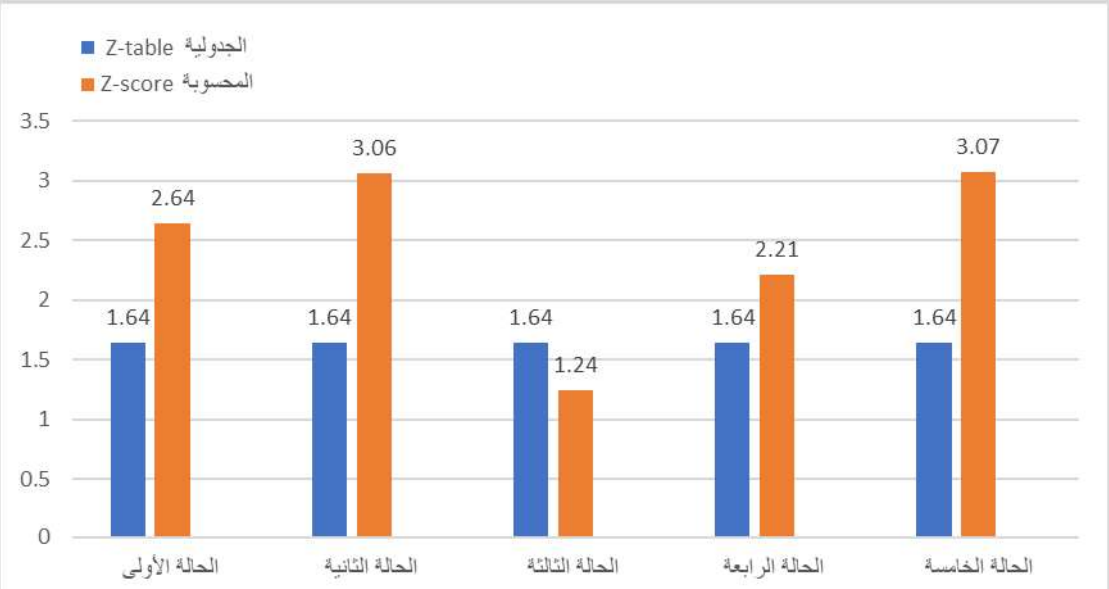
دلالة الفروق بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني لكل حالة في متغير الانضباط والالتزام

N	X					u – X					2(u – X)					Xa– X					^{2}(Xa– X)				
	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)
1	6	5	8	9	6	4	8	0	2	7.7	16	64	0	4	59.3	2	0	0	1	−1	4	0	0	1	1
2	8	5	8	10	5	2	8	0	1	8.7	4	64	0	1	75.7	−2	2	−1	−2	2	4	4	1	4	4
3	6	7	7	8	7	4	6	1	3	6.7	16	36	1	9	44.9	1	1	0	3	2	1	1	0	9	4
4	7	8	7	11	9	3	5	1	0	4.7	9	25	1	0	22.1	2	2	2	−1	1	4	4	4	1	1
5	9	10	9	10	10	1	3	−1	1	3.7	1	9	1	1	13.7	−2	2	−2	−1	2	4	4	4	1	4
6	7	12	7	9	12	3	1	1	2	1.7	9	1	1	4	2.9	3	1	3	1	2	9	1	9	1	4
7	10	13	10	10	14	0	0	−2	1	−	0	0	4	1	0.1	−2	2	−2	2	2	4	4	4	4	4

															0.3									
9	1	0	9	9	3	1	0	3	3	5.3	1	0	4	4	−2.3	−1	0	−2	2	16	12	8	15	8	**8**
4	1	1	1	9	−1	−1	−1	1	3	28.1	4	0	25	1	−5.3	−2	0	−5	−1	19	13	8	18	11	**9**
4	1	4	9	4	1	1	2	3	2	53.3	1	1	36	16	−7.3	−1	1	−6	−4	21	12	7	19	14	**10**
0	4	9	0	9	2	2	3	0	3	86.5	4	1	81	36	−9.3	−2	−1	−9	−6	23	13	9	22	16	**11**
39	28	32	37	61	= 2 d					86.5	16	16	81	64	−9.3	−4	4	9	−8	23	15	12	22	18	**12**
3.07	2.21	1.24	3.06	2.64	**= Z score**					478	46	26	426	176						13.7	11	8	13	10	**u =**

- **معامل (Z) الجدولية = 1.64**

أظهرت نتائج الجدول رقم (8) وجود فروق دالة إحصائياً بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني للحالات أرقام (1، 2، 3 ، 5) في المتغير المتصل بسلوك الانضباط والالتزام ، حيث بلغت قيمة معامل (Z) المحسوبة لكل حالة من تلك الحالات على الترتيب (2.64 ، 3.06 ، 2.21 ، 3.07) وجميع هذه القيم > قيمة معامل (Z) الجدولية (1.64) عند مستوى معنوية (0.05) ، كما أسفرت نتائج الجدول عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني للحالة الثالثة في نفس المتغير ، حيث بلغت قيمة معامل (Z) المحسوبة لهذه الحالة (1.2) وهى < معامل (Z) الجدولية (1.64) عند مستوى معنوية (0.05) ، واذا كان البرنامج لم يتمكن من تحقيق التغيير الإيجابي المطلوب مع هذه الحالة لكن النتائج الكلية تؤكد في مجملها على فاعلية البرنامج في زيادة معدلات تكرار وقوع سلوك الانضباط والالتزام لدى الأطفال عينة الدراسة ، وبناء على ذلك يمكن قبول الفرض الفرعي الثالث للدراسة بالنسبة للحالات الأربع السابق الإشارة إليها ، كما يتم رفض هذا الفرض بالنسبة للحالة الثالثة فقط



شكل رقم (3) دلالة الفروق بين قياسات خط الاساس وقياسات التدخل المهنى لكل حالة فى متغير الانضباط والالتزام

(د) نتائج اختبار الفرض الفرعي الرابع:" توجد فروق دالة إحصائياً بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهنئ لكل حالة في متغير سلوك الاندماج عند مستوى معنوية 0.05 " وتتضح نتائج اختبار هذا الفرض من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (9)

دلالة الفروق بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني لكل حالة في متغير الاندماج

N	X					u – X					2(u – X)					Xa– X					^{2}(Xa– X)				
	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)	حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)	حالة (5)
1	8	9	7	9	7	8.2	2	7	3	3	67.2	4	49	9	9	-1	-1	0	-2	-1	1	1	0	4	1
2	7	8	7	7	6	9.2	3	7	5	4	84.6	9	49	25	16	1	2	1	2	2	4	1	1	4	4
3	8	10	8	9	8	8.2	1	6	3	2	67.2	1	36	9	4	2	1	1	1	0	4	1	1	1	0
4	10	11	9	10	8	6.2	0	5	2	2	38.4	0	25	4	4	2	-2	2	0	-1	4	4	4	0	1
5	12	9	11	10	7	4.2	2	3	2	3	17.6	4	9	4	9	1	2	2	3	2	1	4	4	9	4

4	9	1	4	9	2	−3	1	−2	3	1	1	1	0	10.2	1	−1	1	0	3.2	9	13	13	11	13	**6**
4	9	4	4	0	−2	3	2	2	0	1	4	0	4	0.04	−1	−2	0	2	0.2	11	10	14	9	16	**7**
4	4	4	4	16	2	2	2	2	4	1	1	4	0	3.2	1	−1	−2	0	1.8−	9	13	16	11	18	**8**
9	0	4	4	9	3	0	2	−2	3	1	9	16	4	33.6	−1	−3	−4	−2	5.8−	11	15	18	13	22	**9**
1	1	4	9	4	−1	1	2	3	2	16	9	36	0	77.4	−4	−3	−6	0	8.8−	14	15	20	11	25	**10**
16	4	1	4	4	4	2	1	2	2	9	16	64	9	116.6	−3	−4	−8	−3	10.−8	13	16	22	14	27	**11**
48	45	28	43	53	= 2 d					49	36	81	25	163.8	−7	−6	−9	−5	12.−8	17	18	23	16	29	**12**
2.56	2.63	3.08	2.05	3.07	= Z score					120	127	370	60	679.8	ok					10	12	14	11	16.2	**u**

																	=

- **معامل (Z) الجدولية = 1.64**

باستقراء معطيات الجدول رقم (9) يتضح وجود فروق دالة إحصائياً بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني لجميع حالات الدراسة في متغير الاندماج ، حيث تراوحت قيمة معامل (Z) المحسوبة ما بين (2.05 : 3.07) وجميع هذه القيم > قيمة معامل (Z) الجدولية (1.64) عند مستوى معنوية (0.05) مما يوكد على فاعلية برنامج التدخل المهني المنطلق من معطيات العلاج بالتقبل والالتزام في زيادة معدلات تكرار وقوع المظاهر الخاصة بسلوك الاندماج لدى الأطفال مجهولي النسب عينة الدراسة ، وبناء على هذه النتائج الإيجابية يمكن قبول الفرض الفرعي الرابع للدراسة.

شكل رقم (4) دلالة الفروق بين قياسات خط الاساس وقياسات التدخل المهنى لكل حالة في متغير الاندماج

(3) تفسير نتائج الدراسة:

سعت هذه الدراسة إلى إعداد وبناء برنامج للتدخل المهني من منظور العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد واختبار مدى فاعليته وجدواه في تحسين السوك الاجتماعي لدى

الأطفال مجهولي النسب والذى تحددت أنماطه وأبعاده الرئيسة في كل من (السلوك التعاوني – السلوك التوكيدي – سلوك الانضباط والالتزام – سلوك الاندماج) ، وقد تبنى هذا البرنامج فرضية أساسية مؤداها " أن انخفاض مستوى السلوك الاجتماعي لدى هذه الفئة من الاطفال قد يرجع بدرجة كبيرة إلى المكافحة المستمرة التي يقومون بها في سبيل التغلب على حالة سوء التوافق أو المعاناة الداخلية التي يعيشون فيها نتيجة الحرمان من الحياة الاسرية الطبيعية وعدم وضوح هويتهم الشخصية وعدم تقبلهم لحقيقة كونهم مجهولي النسب وشعورهم بالنقص والدونية، والتهميش من قبل المجتمع وهو الامر الذى يفقدهم المرونة النفسية التي تساعدهم على اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل والتالف مع الآخرين وممارسة السلوكيات الاجتماعية الإيجابية " وبناء على ذلك فقد احتوى برنامج التدخل المهني الحالي على مجموعة متنوعة من العمليات المهنية والأساليب والفنيات العلاجية الخاصة بالعلاج بالتقبل والالتزام والتي تركز في المقام الأول على تحسين المرونة النفسية للعملاء وزيادة تقبلهم لأنفسهم كممهد ضروري وكوسيلة أساسية لتنمية مهاراتهم وسلوكياتهم الاجتماعية .

وقد أظهرت نتائج المعالجات الإحصائية وجود فروق دالة إحصائياً بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني لجميع مفردات العينة على بعد (السلوك التعاوني) ، وترجع هذه الفروق بشكل أساسي إلى جهود التدخل المهني باستخدام عمليات وأساليب العلاج بالتقبل والالتزام والتي أمكن من خلالها ومنذ البدايات الأولى من التدخل مساعدة الطفل على تقبل أفكاره ومشاعره ودوافعه كما هي دون تجنبها وإقناعه بأهمية التواصل المستمر مع المحيط الاجتماعي الذى يعيش فيه داخل المؤسسة ، وزيادة استبصاره بموقفه من اقرنه وزملائه واتجاهاته السلبية نحوهم حتى يدرك بنفسه العوامل والأسباب التي تقلل من تعاونه معهم و تدفعه إلى العزوف عن تقديم المساعدة الممكنة لهم ، ثم اعقب ذلك تقديم التدعيم الاجتماعي المستمر عند أبداء الطفل أي محاولات من جانبه للمشاركة مع زملائه في الأنشطة الجماعية وخلال إنجاز المهام والاعمال اليومية داخل المؤسسة ولعل هذه النتيجة تدعم ما أشار إليه باس وآخرون Bass, C., et al. (2015) " من ان النماذج العلاجية الحديثة والخاصة بالموجة الثالثة عامة بما في ذلك نموذج العلاج بالتقبل والالتزام تعتبر من اهم

التدخلات التي ينبغي الاعتماد عليها بشكل أساسي عند التعامل مع المشكلات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين.

وقد تمكن برنامج التدخل المهني من جانب آخر من زيادة معدلات وقوع مظاهر السلوك التوكيدي لدى الأطفال عينة الدراسة ، حيث اظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني لجميع مفردات العينة على هذا البعد ، وقد تحقق هذا الهدف العلاجي من خلال تدريب الطفل مجهولي النسب على إدراك ذاته كسياق منفصل عن الشعور والتفكير والاحداث والمواقف الصعبة التي تجرى من حوله داخل المؤسسة، مما ادى إلى زيادة قدرته على التعبير الملائم والصريح عن أفكاره وآرائه ، كما أدت معايشة الطفل لتجربة اليقظة الذهنية أيضاً إلى زيادة مستوى إدراكه ووعيه بذاته وهو الامر الذى ساعد بشكل كبير في قيامه بالإفصاح تباعاً عن مشاعره الداخلية نحو بيئته الاجتماعية، وتجاه الاوضاع والمواقف المختلفة من حوله. ولعل هذه النتيجة تدعم ما أشار اليه هايس وآخرون Hayes S.C. & et. al. (2012) من أن العلاج بالتقبل والالتزام يعد من النماذج الفاعلة في الوقت الحاضر، وذلك بعدما ثبتت جدواه في تحقيق التنمية الذاتية عامة بما في ذلك تحسين مهارات توكيد الذات لدى أنماط مختلفة من العملاء.

وعلى عكس ما تقدم فقد بينت نتائج الدراسة أن برنامج التدخل المهنئ لم يتمكن من مساعدة كافة مفردات العينة على الامتثال لتوجيهات المشرفين والمسئولين، وتطبيق القواعد والتعليمات الدورية داخل المؤسسة، حيث تحقق هذا الهدف بالنسبة للحالات أرقام (1، 2، 4، 5)، في حين لم يتحقق بالنسبة للحالة رقم (3) فعلى الرغم من زيادة عدد مرات وقوع المظاهر الخاصة بهذا السلوك (الانضباط والالتزام) إلا أن نتائج المقارنة بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني قد أوضحت أن هذا الارتفاع الطفيف لا يعد نمواً إحصائياً حقيقياً، ومن ثم لم يمثل فروق ذات دلالة إحصائية ، وبوجه عام قد ترجع التغييرات الإيجابية التي طرأت على هذا المتغير بالنسبة للحالات الأربع السابق الإشارة اليها إلى نجاح عمليات وأساليب العلاج بالتقبل والالتزام في اكساب الأطفال القدرة على التحكم السياقى والمرونة النفسية واقناعهم بالالتزام عامة بأداء الأفعال والسلوكيات التي تتوافق مع قيمهم الانسانية ،

وهو الامر الذى جعلهم يتخلون عن سلوك العناد ويتجهون إلى التفاعل بإيجابية مع المشرفين والاخصائيين الاجتماعيين والمسئولين بالمؤسسة ، بل ويحرصون كذلك على الحفاظ على علاقتهم الطيبة بهم من خلال استمرارية التزامهم باتباع النظم والقواعد المنظمة للحياة المعيشية داخل المؤسسة.

واستكمالاً للتغييرات الإيجابية العديدة التي حققها برنامج التدخل المهني فقد أظهرت نتائج الدراسة ايضاً وجود فروق دالة إحصائياً بين قياسات خط الأساس وقياسات التدخل المهني لكافة حالات الدراسة في بعد الاندماج مما يؤكد على نجاح البرنامج في زيادة معدلات وقوع هذا السلوك لدى مفردات عينة الدراسة ، ويرجع ذلك إلى أن عمليات وأساليب العلاج بالتقبل والالتزام والتي استند اليها البرامج تتجه أساساً الى رفع مستوى التفاعلات والتبادلات بين الفرد وبيئته الاجتماعية للوصول إلى مستويات أعلى من التالف والترابط الاجتماعي، وعليه فقد أمكن بالفعل مساعدة الطفل على تحديد مختلف الجوانب والمتغيرات الخارجة عن سيطرته والتي لا يستطيع تغييرها ثم توجيه الى تقبلها وعدم بذل محاولات لتغييرها وقد كان لذلك دور إيجابي في تخلص الطفل من حالة الإحباط التي كانت تنتابه بمجرد التفكير في محاولة تغيير هذه الجوانب ثم امكن مساعدته على التخلص تدريجيا من حالة الانعزال عن أقرانه والمشاعر السلبية التي كانت مصاحبة لها ولاسيما ما يتصل منها بفقدان الرغبة في التعامل والتواصل مع الآخرين ، وقد جاءت هذه النتيجة متفقة مع دراسة فهيد وآخرون Vahid A. M. & et. al. (2015) والتي اسفرت نتائجها عن فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تخفيف اعراض الاكتئاب وزيادة الرفاهية النفسية لدى الأطفال المصابين بالسكري وقد تضمن ذلك مساعدة هؤلاء الأطفال على التالف والاندماج مع اقرانهم والأشخاص المحيطين بهم في بيئتهم الاجتماعية.

وبوجه عام تؤكد كافة التغيرات الإيجابية السابقة على صحة الفرض الرئيسي للدراسة كمحصلة نهائية لما جاءت به نتائج اختبار الفروض الفرعية، وهو الامر الذى يبرهن بوضوح على فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام من منظور خدمة الفرد في تحسين السلوك الاجتماعي لدى الأطفال مجهولي النسب ، وقد جاءت هذه النتيجة متفقه فى مجملها مع نتائج العديد من

الدراسات السابقة مثل دراسات كل من سواين وآخرون (2015) Swain, J.& et. al. و إينوك Enoch M. R. (2017). وتريسى وآخرون (2018) Tracey D.& et. al. وفانج ودينج Fang, F. & , Ding, D., (2020) وذهينغ وآخرون Zhenggang B. & et. al. (2020) والتي اكدت جميعها على فاعلية وجدوى نموذج العلاج بالتقبل والالتزام في التصدي لأنواع مختلفة من المشكلات الاجتماعية والنفسية لدى الأطفال ، ونجاحه في تنمية وتحسين مهاراتهم وسلوكياتهم الاجتماعية ، ولاسيما فئات الأطفال الذين يعيشون في ظروف صعبة أويمرون بمواقف واحداث مؤلمة.

وختاماً تجدر الإشارة الى وجود بعض الجوانب التي ينبغي على الاخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمؤسسات الايوائية اخذها في الاعتبار عن الشروع في تطبيق برنامج التدخل المهني للدراسة الحالية وتتمثل بإيجاز فيما يلى:

1- يتوقف نجاح هذا البرنامج إلى حد كبير على درجة تعاون الانساق الاجتماعية الموجودة بالمؤسسة مع الطفل ومع الممارس المهني القائم بتنفيذ البرنامج، وخاصة الاخصائيين والمشرفين الاجتماعيين والذين يتواجدون بشكل دائم ومستمر في حياة الطفل، ويمكنهم المساهمة في إحداث تغييرات ايجابية في موقفه الاشكالى وتهيئة المناخ المناسب أمامه لممارسة السلوكيات الاجتماعية المطلوبة

2- يلعب أسلوب اليقظة العقلية بوجه خاص دوراً أساسياً في تحقيق اهداف التدخل، حيث يساهم في زيادة قدرة الاطفال على الانتباه والتركيز على الخبرات الحاضرة، وتمكينهم من مراقبة أفكارهم ومشاعرهم السلبية والانفتاح عليها ، ومن ثم الاقبال على ممارسة السلوكيات الاجتماعية المستهدفة

3- يصاحب التحسن أو التغير الإيجابي الذي يطرأ على نمط سلوكي معين خلال مرحلة التدخل المهني زيادة معدلات وقوع نمط سلوكي آخر، وذلك نتيجة التكامل والترابط الوثيق بين أبعاد ومكونات السلوك الاجتماعي

4- بالرغم من الدور الهام الذي تساهم به كل عملية من العمليات العلاجية الست للعلاج بالتقبل والالتزام في نجاح التدخل المهني إلا ان عملية إزالة الخطر المعرفي تعتبر حجز الزاوية في تحقيق أي تقدم، حيث ان تغيير الطريقة التي يتفاعل بها الأطفال مع مشاعرهم وافكارهم السلبية تعد بمثابة الركيزة الأساسية التي تدفعهم نحو تحقيق اهداف التدخل.

مراجع الدراسة

أولاً: المراجع العربية

1. أبو النصر، مدحت محمد (2020) نموذج العلاج بالتقبل والالتزام، البرنامج التدريبي للأخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي عن تنمية مهارات السعادة لديهم ، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ببورسعيد ، بورسعيد : 7-9 ديسمبر.
2. أرنوط، بشرى إسماعيل (2019). تنمية مقومات الشخصية القوية والهناء النفسي لدى معلمات المرحلة الثانوية دراسة مقارنة بين التطبيقين (التقليدي وعبر الانترنت) للبرنامج، المجلة التربوية لكلية التربية بجامعة سوهاج، العدد (63).
3. إسماعيل، ياسر يوسف (2009). المشكلات السلوكية لدى الأطفال المحرومين من بيئتهم الاسرية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة.
4. أصلان، فاتن (2017). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالسلوك الاستقلالي للأيتام مجهولي النسب: دراسة من منظور العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، العدد (57) الجزء (4).
5. الاغا، ريهام (2011). التنبؤ بالسلوك الاجتماعي للنساء الارامل في ضوء بعض المتغيرات النفسية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة.
6. البالول، سبيكة (2014). العلاقة بين صعوبات التعلم الاكاديمية ومهارات السلوك الانفعالي لدى تلاميذ الصفين الرابع والسادس بدولة الكويت، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، جامعة الخليج العربي.
7. الجرجى ، خشمان والمشهداني ، محمد (2018). اثر الألعاب الجماعية على تنمية السلوك الاجتماعي لدى أطفال الرياض، مجلة كلية التربية الأساسية، المجلد (15)، العدد(1).

8. السدحان، عبد الله (2002). الرعاية الاجتماعية للأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية، الرياض، مركز بحوث كلية الآداب، جامعة الملك سعود.

9. السيد، سميرة الله جابو خير (2014). المشكلات السلوكية وسط الأطفال مجهولي النسب من قرى الأطفال النموذجية وعلاقتها بكفاءة دور الايواء، رسالة دكتوره غير منشورة، كلية التربية، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا

10. العجمي، خالد عامر (2018). تقدير السلوك التوافقي لدى عينة من الأطفال مجهولي النسب في دولة الكويت: دراسة مقارنة، مجلة الثقافة والتمية، جمعية الثقافة من اجل التنمية، المجلد (19) العدد (134).

11. الفقى، أمال (2016). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات الاطفال الاوتيزم، مجلة الارشاد النفسي، العدد (47) الجزء(2).

12. القلهاتية، بلقيس بنت عبد الله (2017). المشكلات الاجتماعية التي تواجه مجهولي الابوين في الاسر البديلة بمحافظة مسقط في سلطنة عمان، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب والعلوم، جامعة السلطان قابوس.

13. المشهداني ، محمد(2018).أثر الألعاب الجماعية في تنمية السلوك الاجتماعي لدى أطفال الرياض ، بمجلة أبحاث كلية التربية الأساسية ، جامعة الموصل، المجلد(15) العدد(1).

14. بوطبال، سعد الدين وعشوي، عبد الحميد (2016). العنف الوجه نحو الطفل مجهول النسب من منظور إجتماعي إسلامي، مجلة البحوث الإسلامية، المجلد(1) العدد(7).

15. جلوى ، أسمهان(2017).دور العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية الوعى بالذات لدى المجرم العصابي العائد، المؤتمر الدولي المحكم: الجريمة والمجتمع ، السناسل ، مركز البحث وتطوير الموارد البشرية.

16. راتب، صدام و آخرون (2017). السلوك الاجتماعي الإيجابي لدى عينة من المجتمع الأردني في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، مجلة المدينة العالمية (مجمع) ، العدد(21).

17. زهران، حامد (2005).علم نفس النمو" الطفولة والمراهقة" ، دار عالم الكتب، القاهرة.

18. سلطان، منهل خطاب (2011). السلوك الاجتماعي وعلاقته بقوة الانا لدى طلاب قسم التربية الرياضية، مجلة أبحاث كلية التربية، جامعة الموصل، المجلد (1)، العدد (2) .

19. سليمان، وجيه (2006). أحكام اللقيط في الفقه الإسلامي مقارنة بالأحوال الشخصية المعمول بها في قطاع عزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية بغزة.

20. سيد، محمد عبد العظيم (2018). فاعلية برنامج للعلاج بالتقبل والالتزام في خفض كرب ما بعد الصدمة لدى المراهقين المعاقين بصرياً، دراسة سيكومترية إكلينيكية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة أسيوط .

21. شاهين، محمد (2011). العلاقة بين ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد و تنمية الكفاءة الاجتماعية للأطفال الأيتام، المؤتمر العلمي الدولي الرابع والعشرون للخدمة الاجتماعية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان العدد (5).

22. شلبي، هناء (2010). فعالية برنامج للتدخل المهني في إطار الممارسة العامة لتعديل السلوك اللاتوافقى لدى الأطفال الأيتام، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان .

23. عبد الرحمن، رأفت (2013). الخدمة الاجتماعية العيادية : نحو نظرية للتدخل المهني مع الافراد والاسر، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث .

24. عبد الرشيد، ناصر وشعبان، منى (2019)، فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض مستوى ممارسة الألعاب الالكترونية لدى المراهقين، مجلة دراسات تربوية ونفسية، كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد (105)، الجزء(2).

25. عطية، أشرف (2011). فاعلية العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال الاوتيزم، مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد (10) العدد(3) .

26. عقاب، سامية (2017). التقبل والالتزام وعلاقته بسير الحالة الصحية للمصابات بسرطان الثدي، مجلة دفاتر البحوث العلمية، المركز الجامعي مرسلي عبد الله بتيبازة، العدد (10).

27. عليوة، سهام (2019). فعالية برنامج علاجي بالتقبل والالتزام في تنمية الشفقة بالذات لتخفيف الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضى الصرع، مجلة التربية الخاصة، كلية علوم الإعاقة، جامعة الزقازيق، العدد (26).

28. فريح، عزارى اسماعيل (2012). الحاجات النفسية والاجتماعية المرتبطة بقلق المستقبل لدى الاطفال مجهولي النسب من المنظور التربوي، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.

29. كمال، كامل (2013). الأطفال مجهولي النسب بين الاستبعاد والاندماج الاجتماعي، ورقة عمل مقدمة للمؤتمر السنوي الخامس عشر (قضايا الطفولة ومستقبل مصر)، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

30. لقوقى، دليلة (2016). مستوى تقدير الذات لدى المراهق مجهول النسب المكفول في أسرة بديلة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية العلوم الاجتماعية ،جامعة محمد خيضر بسكرة.

ثانيا : المراجع الأجنبية

1. Abdel Aal, Elsayed Mansour.(2019). The effectiveness of multisystem therapy in social casework to alleviate the problem of social withdrawal in children of unknown parentage. Egyptian Journal of Social Work (EJSW), 8(1):179-200.
2. Bass, C., van Nevel, J., & Swart, J. (2014). A comparison between dialectical behavior therapy, mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy in the treatment of adolescents. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 9(2):4-8.
3. Bjorklund A., Eriksson K., and Sundström M.(2011). Children of unknown fathers: Prevalence and outcomes in Sweden, Swedish Institute for Social Research, Stockholm University.
4. Boone, M. S. (2014). Acceptance and commitment therapy in social work. In M. S. Boone (Ed.), Mindfulness and acceptance in social work: Evidence-based interventions and emerging applications. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
5. Boone, M. S., Mundy, B., Stahl, K. M., & Genrich, B. E. (2015). Acceptance and commitment therapy, functional contextualism, and clinical social work., Journal of Human Behavior in the Social Environment, 25(6):643-656.
6. Burke, K., Muscara, F., McCarthy, M., Dimovski, A., Hearps, S., Anderson, V., & Walser, R. (2014). Adapting acceptance

and commitment therapy for parents of children with life-threatening illness: Pilot study. Families, Systems, & Health, 32(1):122-129.

7. Cloyd, H. & Rosalind, B. (2014).Relations and Social Behavior : in Reese,H.W. & parrott,L.J. : Behavior Science: Philosophical, Methodological, and Empirical Advance, New York, Psychology Press.
8. Dindo L.; Van Liew J.R. & Arch J.J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions, Neurotherapeutics,14(3):546-553
9. Donoghue E. K., Morris E.M., Oliver J.E., & Johns L.C. (2018). ACT for Psychosis Recovery: A Practical Manual for Group-Based Interventions Using Acceptance and Commitment Therapy, Oakland, New Harbinger Publications, Inc.
10. El-Sakka, E., El-Wahed, M., Amin, D., Kassem, F., & Helal, H. (2018). Quality Of Life Among Children Deprived From Family Care In Residential Institutions In El-Beheira Governorate- Egypt, Journal of Nursing and Health Science,7(5):16-31.
11. Enoch M. R. (2017). The Use of a Child-Based Acceptance and Commitment Therapy Curriculum to Increase Attention, Child & Family Behavior Therapy, 39(3):200-224

12. Fang, F., & Ding, D., (2020) A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for children, Journal of Contextual Behavioral Science,(15):225-234.

13. Hayes S.C., Pistorello J. & Biglan A., (2008.). Acceptance and Commitment Therapy: model, data, and extension to the prevention of suicide, Brazilian Journal of Behavioral. and Cognitive. Therapy.,10(1):81-102.

14. Hayes S.C., Strosahl K.S. & Wilson K.G., (2012). Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change, New York, Guilford Press.

15. Hayes, S. C., & Lillis, J. (2012). Acceptance and commitment therapy: Theories of psychotherapy series. Washington, DC: American Psychological Association.

16. Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. The Counseling Psychologist, 40(7):976-1002.

17. -Jarvel-Reijonen, E., Karhunen, L., Sairanen, E., Muotka, J., Lindroos, S., Laitinen, J., & Kolehmainen, M. (2018). The effects of acceptance and commitment therapy on eating behavior and diet delivered through face-to-face contact and a mobile app: a randomized controlled trial. International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity, 15 (1)

18. Larasati, P.D., Asih,S,R. & Saraswati, I. (2019). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to Reduce

Caregiver Strain in Mothers of Autistic Children, Advances in Social Science, Education and Humanities Research,(229):237-251.

19. Larmar, S., Wiatrowski, S. & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. Journal of Service Science& Management, 7(3):216-221

20. Levin, M.E., Hayes S.C., & Vicarage R. (2012). Acceptance and Commitment Therapy: Applying an iterative translational research strategy in Behavior Analysis. Madden, G., Handley, G.P& Dube W.: APA Handbook of Behavior Analysis, Vol. (2), American Psychological Association.

21. Liang, Sophie Hsin-Yi & Sung - Lo, Fu.(2020). Mental Health of Children and Adolescents in Foster Care Residential Institutions in Northern,Taiwan Taiwanese Journal of Psychiatry,(34):15-24.

22. Mosher, C. E., Secinti, E., Hirsh, A. T., Hanna, N., Einhorn, L. H., Jalal, S. I., & Johns, S. A. (2019). Acceptance and Commitment Therapy for Symptom Interference in Advanced Lung Cancer and Caregiver Distress: A Pilot Randomized Trial. Journal of Pain and Symptom Management ,58(4):632-644.

23. Rahimi E., Attarha M., & Majidi A.(2019). Effect of Acceptance and Commitment Therapy on the Quality of Life in Infertile Women During Treatment: A Randomized Control Trial,

International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences,7(4):483–489.

24. Sianturi R, Anna Keliat B, & Yulia Wardani I. (2018).The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke ,Enfermeria Clinica Journal, 28(1):94–97.

25. Stoddard J.A. & Afari N.(2014). The Big Book of ACT Metaphors: A Practitioner's Guide to Experiential Exercises & Metaphors in Acceptance & Commitment Therapy, Oakland, New Harbinger Publications, Inc.

26. Strosahl , K .D. & Robinson, P. J (2017). The Mindfulness and Acceptance Workbook for Depression: Using Acceptance and Commitment Therapy to Move Through Depression and Create a Life Worth Living (A New Harbinger Self-Help Workbook, Canada, Raincoast Books .

27. Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., & Bowman, J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for children: A systematic review of intervention studies., Journal of Contextual Behavioral Science,4(2):73–85.

28. Takahashia, F., Ishizub K., Matsubaraa K ., Ohtsukic T., & Shimodad Y.(2020). Acceptance and commitment therapy as a school-based group intervention for adolescents: An open-label trial, Journal of Contextual Behavioral Science. (16):71–79.

29. Thomlison R, J. & Thomlison B.(2017). Cognitive Behavior Theory and Social Work Treatment in Turner, F.J.:

Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approaches, New York, oxford university press.

30. Towsyfyan N. & Sabet E. H.(2017).The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Improving of Resilience and Optimism in Adolescents with Major Depressive Disorder ,International Journal of Humanities and Social Science, 7(3):239-245.

31. Tracey D., Gray T., Truong S., & Ward K.(2018). Combining Acceptance and Commitment Therapy With Adventure Therapy to Promote Psychological Wellbeing for Children At-Risk, front, psychology journal, (9):1565-157.

32. Vahid A. M., Roghayyeh A. M., and Mousa M. (2015). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for depression, psychological well-being and feeling of Guilt in 7 - 15 Years old diabetic children, Iranian Journal of pediatrics, 25(4):243.

33. Walser, R. D., Sears, K., Chartier, M., & Karlin, B. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for Depression in Veterans: Therapist manual. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs.

34. Wilson S., Crayton B. & Williams L.(2019). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) an Important Evidenced Based Practice for Social Work Practice.,1(1):38-44.

35. Zarling, A., Lawrence, E., & Marchman, J. (2015). A randomized controlled trial of acceptance and commitment

therapy for aggressive behavior., Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83(1):199-212.

36. Zettle R.Z. (2016). The self in acceptance and commitment therapy: in Kyrios M., Moulding R., Doron G., Bhar S., Nedeljkovic N. & Mikulincer M., The Self in Understanding and Treating Psychological Disorders, United Kingdom, Cambridge University Press.

37. Zhengganga B., Shigaa L., Luyaoa Z., Sijiea W., & Iris.C., (2020) Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis, Journal of Affective Disorders, (260) :728-737