



جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن
Princess Nourah bint Abdulrahman University



الجمعية العلمية السعودية للإرشاد النفسي
Saudi association for psychological consulting

المجلة السعودية للإرشاد النفسي Saudi Journal of Psychological Counseling

مجلة علمية محكمة نصف سنوية تصدر عن الجمعية السعودية للإرشاد النفسي
بجامعة الاميرة نورة بنت عبد الرحمن

المجلد (٣) - العدد (٦) - جمادى الأولى ١٤٤٧ هـ - نوفمبر ٢٠٢٥ م
Volume (3) - Issue (6) - Jumada al-Awwal 1447 - November 2025

ISSNP 1658-9688
ISSNE 1658-967X
DOI Prefix 10.60159



المجلة السعودية للإرشاد النفسي

تصدر عن الجمعية السعودية للإرشاد النفسي

جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن

الرياض- المملكة العربية السعودية

المجلد (٣) العدد (٦)

رقم الإيداع / 10368/1444 الرقم الدولي المعياري ورقي ISSN P - 1658- 9688

رقم الإيداع / 10296/1444 الرقم الدولي المعياري إلكتروني ISSN E - 1658- 967X

DOI Prefix 10.60159

الآراء الواردة في البحوث المنشورة تعبر عن وجهة نظر الباحثين فقط، ولا تعبر بالضرورة عن رأي المجلة. ويعتبر الباحث مسؤولاً بالكامل عن مضمون البحث.

Research published in the journal expresses the opinions of researchers and does not necessarily reflect the opinions of journal. The researcher is considered fully responsible for the content of the research

المراسلات

توجه جميع المراسلات وطلبات الاشتراك إلى رئيس التحرير على العنوان التالي:

المجلة السعودية للإرشاد النفسي

جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن

الرياض - المملكة العربية السعودية

البريد الإلكتروني :

CEHD-SJPC@PNU.EDU.SA

رقم الهاتف : ١١٨٢٢٢١٦٧ (+٩٦٦) - ١١٨٢٢٢٥١٢ (+٩٦٦)

الموقع الإلكتروني للمجلة

<https://www.pnu.edu.sa/ar/ViceRectorates/VGS/SaudiJournalOfPsychologicalCounseling/Pages/Home.aspx>

صندوق بريد ٨٤٤٢٨ - الرمز ١١٦٧١

P.O.Box 84428 - Code No11671

Contents	الصفحة Page	محتويات
Contents	1	المحتويات
Editorial issue	2	افتتاحية العدد
General information about Saudi Journal of Psychological Counseling	3	معلومات عامة عن المجلة السعودية للإرشاد النفسي
Editorial policy and publishing rules	6	سياسة التحرير وقواعد النشر
Publication ethics	15	أخلاقيات النشر
Procedures for receiving and arbitrating research	20	إجراءات استقبال البحوث وتحكيمها

DOI	الصفحات Pages	أسماء المؤلفون Author Names	عنوان البحث Article Title
DOI:10.60159/2467-003-006-001	23 -41	ديمة بنت صالح اليوسف Dimah Saleh Abduliziz Alyousef	النَّمُذَجَةُ البنائية للعلاقات بين خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة وتقدير الذات واضطراب الشخصية النَّدْبِيَّة لدى طالبات الجامعة Structural Modeling Of The Relationships Between Childhood Abuse Experiences, Self-esteem, and Borderline Personality Disorder Among University Students
DOI:10.60159/2467-003-006-002	42-65	سامي بن سعيد الزهراني Sami Saeed AL Zahrani	فاعلية برنامج علاجي تكاملي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الجنود السعوديين The Effectiveness Of an Integrative Treatment Program in Reducing Symptoms Of Post-Traumatic Stress Disorder Among Saudi Soldiers
DOI:10.60159/2467-003-006-003	66-90	علي عبد الله امبارك السويهي Ali Abdullah E Alswihri	فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض مستوى الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين The Effectiveness of A Counseling Program Based on Dialectical Behavioral Therapy in Reducing The Level Of Psychological Fragility Among Patients Of Smoking Cessation Centers
DOI:10.60159/2467-003-006-004	91-119	سحر بركات العبدلي فاطمة سمير الغامدي Sahar Barakat Al-Abdali Fatimah Sameer Al-Ghamdi	الاحتياجات التدريبية والإشرافية للأخصائيين في مؤسسات الحماية من العنف الأسري Training and Supervisory Needs Of Specialists in Family Protection Institutions
DOI:10.60159/2467-003-006-005	120-136	محسن محمد اليامي Mohsen M. Alyami	أشعر بأن وزني زائد: التباين بين مؤشر كتلة الجسم ومقياس ستونكارد والعلاقة ببعض المؤشرات النفسية لدى عينتين من البالغين السعوديين I Feel Overweight: Discrepancies Between Self-reported BMI and Stunkard Figure and Associations with Psychological Indicators Among Two Saudi Adult Samples

Saudi Journal of Psychological Counselling

Magazine Introduction

The Saudi Journal of Psychological Guidance is a biannual scientific journal published by the Saudi Scientific Society for Psychological Guidance at Princess Nourah Bint Abdulrahman University, under the supervision of the university's Agency for Postgraduate Studies and Scientific Research.

Vision, Mission, and Objectives:

Vision:

to be a leading journal and classified in the world's prestigious scientific databases in the dissemination of scientific knowledge specializing in psychological counseling.

Mission:

Dissemination of research based on international professional standards distinguished in psychological counseling

Objectives:

1. Promoting scientific, academic, and cognitive progress and adding value to society by expanding the base for the dissemination of scientific research at all local, regional, and international levels in the field of psychological counseling
2. Publishing scientific research specializing in psychological counseling, which is authentic and scientifically additional.
3. Attracting and encouraging prestigious psychological counseling researchers so that the journal becomes a scientific reference for psychological counseling researchers.

المجلة السعودية للإرشاد النفسي

التعريف بالمجلة

المجلة السعودية للإرشاد النفسي مجلة علمية مُحَكَّمة نصف سنوية، تصدر من الجمعية العلمية السعودية للإرشاد النفسي بجامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن، وتحت إشراف وكالة الجامعة للدراسات العليا والبحث العلمي.

الرؤية والرسالة والأهداف:

الرؤية:

أن تكون مجلة رائدة ومُصنَّفة ضمن قواعد البيانات العلمية العالمية المرموقة، في نشر المعرفة العلمية المتخصصة في الإرشاد النفسي.

الرسالة:

نشر البحوث المحكمة وفق معايير مهنية عالمية متميزة في الإرشاد النفسي.

الأهداف:

1. تعزيز التقدم العلمي والأكاديمي والمعرفي، وتحقيق قيمة مضافة في المجتمع، من خلال توسيع قاعدة نشر البحث العلمي على كافة المستويات المحلية والإقليمية والدولية في مجال الإرشاد النفسي.
2. نشر البحوث العلمية المتخصصة في الإرشاد النفسي، والتي تتسم بالأصالة والإضافة العلمية.
3. استقطاب باحثين مرموقين في الإرشاد النفسي وتشجيعهم، بحيث تصبح المجلة مرجعاً علمياً للباحثين في الإرشاد النفسي.

Editorial Board and Advisory Board

Editorial Board

Professor. Nourah AbdulRahman Al Gadheeb
Chairman of the Editorial Board
Princess Nourah Bint Abdulrahman University

Professor. AlJawhara Ibrahim AlSukah
Princess Nourah Bint Abdulrahman University

Professor. Fahd Abdullah AdDileym
King Saud University

Professor. Saad A. S Almoshawash
Imam Mohammad Bin Saud University

Professor. Saleh Yahya AlGhamedi
King Abdulaziz University

Professor. Fawaz Ayoub Al-Mumeni
Yarmouk University

Dr. Ebtesam Abdullah AlZeiby
Associate Professor
Princess Nourah Bint Abdulrahman University

Dr. Aesha bint Ali Hijazi
Associate Professor
Princess Nourah Bint Abdulrahman University

Dr. Shima Ezzat Basha
Associate Professor
Helwan University and Fujairah University

هيئة التحرير والهيئة الاستشارية

هيئة التحرير

أ.د نورة بنت عبد الرحمن حمد القضيبي
رئيسة هيئة التحرير
جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن

أ.د الجوهرة بنت إبراهيم حمد ألقية
جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن

أ.د فهد بن عبد الله علي الدليم
جامعة الملك سعود

أ.د. سعد بن عبد الله سعد المشوح
جامعة الامام محمد بن سعود الاسلامية

أ.د. صالح بن يحي حامد الغامدي
جامعة الملك عبد العزيز

أ.د. فواز أيوب حمدان المؤمني
جامعة اليرموك

د. ابتسام بنت عبد الله عيد الزعبي
أستاذ مشارك/جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن

د. عائشة بنت علي عبده حجازي
أستاذ مشارك/ جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن

د. شيماء عزت مصطفى باشا
أستاذ مشارك/ جامعة حلوان وجامعة الفجيرة

Advisory Board

الهيئة الاستشارية

Professor. Latifah Othman Ashaalan
Chairman of the advisory board
 Formerly Princess Nourah Bint Abdulrahman University

أ.د. لطيفة بنت عثمان الشعلان
 رئيسة الهيئة الاستشارية
 جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن سابقاً

Professor. Siham Abdulrahman Alsuwaigh
 Formerly King Saud University

أ.د. سهام بنت عبد الرحمن الصويغ
 جامعة الملك سعود سابقاً

Professor. Abdullah Mohammad Aljughaimeen
 King Faisal University

أ.د. عبد الله بن محمد الجفيمان
 جامعة الملك فيصل

Professor. Asmaa AlAttiyah
 Qatar University

أ.د. أسماء عبد الله محمد العطية
 جامعة قطر

Professor. Ahmed Smadi
 Yarmouk University

أ.د. أحمد عبد المجيد صمادي
 جامعة اليرموك

Professor. Ahmed Abo Ased
 Mutah University Jordan

أ.د. أحمد عبد اللطيف أبو أسعد
 جامعة مؤتة

Professor. Eman Fawzi Chahine
 Ain-Shams University

أ.د. إيمان فوزي شاهين
 جامعة عين شمس

Professor. Salaheldin Abdelkader Mohamed
 Banha university

أ.د. صلاح الدين عبد القادر محمد
 جامعة بنها

Professor. Amal Masoud Abu Aisha
 University of Biskra

أ.د. آمال مسعود أبو عيشة
 جامعة بسكرة

افتتاحية العدد

الحمد لله ربّ العالمين، والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين، أمّا بعد:

يأتي العدد السادس من أعداد المجلة السعودية للإرشاد النفسي ليكمل ما بدأ في الأعداد السابقة في تحقيق المجلة لدورها العلمي بتزويد الباحثين بمستجدات البحث العلمي في مجال الإرشاد النفسي، إذ يحفل هذا العدد بمجموعة متنوعة من الأبحاث تناولت طرقاً علاجية متنوعة كالعلاج التكاملية والعلاج الجدلي السلوكي، أو توجهت لاستقصاء متغيرات جديدة كالهشاشة النفسية أو متغيرات تتعلق بصورة الجسم، أو التعرف على احتياجات الأخصائيين النفسيين.

يتضمن هذا العدد خمسة أبحاث، هي: فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض مستوى الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين، فاعلية برنامج علاجي تكاملي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الجنود السعوديين، التّمدّد البنائية للعلاقات بين خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة وتقدير الذات واضطراب الشخصية الجذّية لدى طالبات الجامعة، أشعر بأن وزني زائد: التباين بين مؤشر كتلة الجسم ومقياس ستونكارد والعلاقة ببعض المؤشرات النفسية لدى عينتين من البالغين السعوديين، الاحتياجات التدريبية والإشرافية للأخصائيين في مؤسسات الحماية من العنف الأسري.

وختاماً: ندعو العلي القدير أن ينفع بأبحاث هذا العدد الباحثين و المختصين والعاملين في الميدان وأن تسهم في إثراء المعرفة العلمية، كما نوّجّد ترحيب المجلة بالباحثين ودعوتهم للنشر على صفحاتها.

والله نسأل التوفيق والسداد

رئيسة هيئة تحرير المجلة السعودية للإرشاد النفسي

أ.د. نورة بنت عبد الرحمن القضيب

Editorial policy and publishing rules

Publication Conditions:

Research presented for publication in the Saudi Journal of Psychological Counselling requires:

1. Not violating the provisions of Islamic Sharia, the applicable regulations, or the state's directions, policies, plans and initiatives.
2. Not to publish anything that calls for strife, division, or disruption of the state's security and public order, or harm its public relations, or serve foreign interests that conflict with national interests.
3. Do not publish anything that offends human dignity and rights, or leads to inciting strife, harming reputation, or defamation.
4. Research should be authentic and trend-sound.
5. The research should be in Arabic or English, and extracted in Arabic and English.
6. Research conforms to the Scientific Secretariat's standards and ethics of scientific research.
7. To achieve linguistic integrity and observe punctuation.
8. Not previously published.
9. Research assets that reach the journal are not refunded, whether published or not.
10. Search with sources, margins and tables shall not exceed 30 pages (A4), and shall not be less than 20 pages, including Arabic and English summaries and references.
11. The Journal adopts the American Psychological Society's documentation system (APA) last edition.
12. The magazine has the right to publish the research on the magazine's website or other electronic and paper publishing receptacles of the University after it has been cleared for publication.

سياسة التحرير وقواعد النشر

شروط النشر:

- يشترط في البحوث التي تُقدَّم للنشر في المجلة السعودية للإرشاد النفسي ما يلي:
1. عدم مخالفة أحكام الشريعة الإسلامية، أو الأنظمة النافذة، أو توجهات الدولة وسياساتها وخططها ومبادراتها.
 2. ألا ينشر ما يدعو للفتنة والانقسام والإخلال بأمن الدولة ونظامها العام، أو يمس بعلاقاتها العامة، أو يخدم مصالح أجنبية تتعارض مع المصالح الوطنية.
 3. عدم نشر ما يسيء إلى كرامة الإنسان وحقوقه، أو يؤدي إلى إثارة النعرات والمساس بالسمعة والتجريح.
 4. أن يتسم البحث بالأصالة وسلامة الاتجاه.
 5. أن يكون البحث باللغة العربية أو اللغة الإنجليزية، والمستخلص باللغتين العربية والإنجليزية.
 6. أن يتوافق البحث مع معايير الأمانة العلمية وأخلاقيات البحث العلمي.
 7. أن تتحقق له السلامة اللغوية، ويراعي علامات الترقيم.
 8. ألا يكون قد سبق نشره.
 9. أصول البحوث التي تصل المجلة لا تُرد سواء نُشرت أو لم تُنشر.
 10. أن لا يزيد البحث مع المصادر والهوامش والجداول عن 30 صفحة (A4)، ولا يقل عن عشرين صفحة، متضمنة الملخصين العربي والإنجليزي والمراجع.
 11. تتبنى المجلة نظام توثيق الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) آخر إصدار.

13.E-mail correspondence, submission of research is an acceptance by the researcher of (the terms of publication in the journal), and the editorial board has the right to prioritize the publication of research.

14.Each issue of the magazine shall bear the following phrase: "This issue expresses the views of its authors and does not necessarily reflect the views of the editorial board, the policy of Princess Noura bint Abdul Rahman University or the Ministry of Education of the Kingdom of Saudi Arabia".

15.The Journal retains the intellectual property rights of everything published in the Journal in paper or electronic versions.

Rules for copying researches:

1.Page margins are (3cm) from (top, bottom, right, left), and line spacing is individual.

2.The Standard English line is used for Arabic language with size (16) for metallic, size (18) for heading and size (13) for footnote and extract, and size (10) for tables and shapes.

3.The "Times New Roman" line is used for English in size (11) for metallic, size (12) for titles, size (9) for footnote and extract, size (8) for tables and shapes.

4.The pages are numbered starting from the first page, and the number is in the middle of the bottom of the page.

5.The tables are numbered sequentially, so that the number is on top of the table, then the table address is in italics.

6.The shapes number sequentially, so that the number is below the shape, then the title of the shape.

7.It is economical to write tables and margins, so that the number of tables does not exceed six tables, and to write margins in extreme necessity.

12. للمجلة الحق في نشر البحث على موقع المجلة أو غيره من أوعية النشر الإلكتروني والورقي التابع للجامعة بعد إجازته للنشر.

13.أن تكون المراسلات عبر البريد الإلكتروني، وإرسال البحث يُعد قبولاً من الباحث بـ (شروط النشر في المجلة)، ولهيئة التحرير الحق في تحديد أولويات نشر البحوث.

14.أن يحمل كل عدد من المجلة العبارة الآتية: "ما ورد في هذا العدد يعبر عن آراء كاتبه، ولا يعكس بالضرورة آراء هيئة التحرير أو سياسة جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن أو وزارة التعليم في المملكة العربية السعودية".

15.تحتفظ المجلة بحقوق الملكية الفكرية لكل ما يُنشر في المجلة في النسخ الورقية أو الإلكترونية.

قواعد نسخ البحوث:

1. هوامش الصفحة تكون (3 سم) من (أعلى، وأسفل، ويمين، ويسار)، ويكون تباعد الأسطر مفرداً.

2. يستخدم خط (Traditional Arabic) للغة العربية بحجم (16) للمتن، وبحجم (18) للعناوين الرئيسة وبحجم (13) للهامشية والمستخلص، وبحجم (10) للجداول والأشكال.

3. يستخدم خط (Times New Roman) للغة الإنجليزية بحجم (11) للمتن، وبحجم (12) للعناوين، وبحجم (9) للهامشية والمستخلص، وبحجم (8) للجداول والأشكال.

4. ترقيم الصفحات بدءاً من الصفحة الأولى، ويكون الرقم في منتصف أسفل الصفحة.

8.A common language is used in the reference to the table or figure, whether when referring to the table or shape (before the table or figure), or when commenting on the table or figure (after the table or figure is displayed).

9.Uses the following format for tables

Content Requirements

1.The researcher's name and destination should be given immediately after the title of the research in Arabic and English. He mentions his e-mail in the margin.

2.The researcher attaches two summaries: the first in Arabic and the second in English, so that the number of words of the extract does not exceed 250, and contains the following elements: (search objectives, sample, tools, most important results), with careful editing.

3.The research should include the following parts:

- **Introduction:** Includes a focused theoretical presentation of the study's variables and importance and the need to study them with a scientific logical link between the study variables, supports the introduction of statistics and the results of recent studies, concludes the introduction with a clear identification of the study's problem, and does not accept a separate theoretical framework and previous studies.

Questions: Research questions should be written carefully so that they include what will answer the question (effect or effectiveness, relationship, differences, prediction, level...), the level of statistical significance, and the sample.

curriculum and procedures include:

- **curriculum:** determines the curriculum used and the rationale for using it.

- **Society:** The study society determines precisely, with statistical mention of

5.ترقم الجداول بشكل متسلسل، بحيث يكون الرقم أعلى الجدول، ثم عنوان الجدول بخط مائل.

6. ترقم الأشكال بشكل متسلسل، بحيث يكون الرقم أسفل الشكل، ثم عنوان الشكل.

7.يقتصد في كتابة الجداول والهوامش، بحيث لا يتجاوز عدد الجداول ستة جداول، وكتابة الهوامش في الضرورة القصوى.

8.تستخدم لغة موحدة في الإشارة إلى الجدول أو الشكل، سواء عند الإشارة إلى الجدول أو الشكل (قبل عرض الجدول أو الشكل)، أو عند التعليق على الجدول أو الشكل (بعد عرض الجدول أو الشكل).

متطلبات المضمون:

1. أن يذكر الباحث اسمه وجهة عمله بعد عنوان البحث مباشرة باللغتين العربية والإنجليزية. ويذكر بريده الإلكتروني في الهامش.

2. يُرفق الباحث ملخصين: الأول باللغة العربية والثاني باللغة الإنجليزية، بحيث لا يتجاوز عدد كلمات المستخلص (250) كلمة، ويتضمن العناصر التالية: (أهداف البحث، العينة، الأدوات، أهم النتائج)، مع العناية بتحريرها بشكل دقيق.

3. يجب أن يتضمن البحث الأجزاء التالية:

- **مقدمة وخلفية نظرية:** وتتضمن عرض نظري مركز لمتغيرات الدراسة وأهميتها والحاجة إلى دراستها مع ربط منطقي علمي بين متغيرات الدراسة، كما تدعم المقدمة بالإحصاءات ونتائج الدراسات الحديثة، وتختتم المقدمة بتحديد واضح

the number of society, and the source of the statistical is documented.

• **Sample:** The sample is accurately described with mention of the average lifespan of the sample and the standard deviation of the age, mention how the sample was selected, how it was withdrawn from the community and the year in which it was applied, and no table is included as the sample description

• **tools:** the tools used are accurately described; So that the description includes the name of the original meter setter, the name of the person who expresses it or legalizes it on the Arab environment in case of us, the number of paragraphs of the instrument, the number of dimensions with its names and a brief definition of each dimension - In the solution of the existence of dimensions - distribution of paragraphs to dimensions, reference is made to negative and positive paragraphs if they exist, clarifying alternatives to response and the method of correction, then a brief mention of the tool's stability and sincerity in the metric setter or rationer, then mention the procedures for verifying the stability and correctness of the scale in the current study in the form of paragraphs and without addresses, and without inclusion of tables

• **Data analysis method:** remember the statistical methods used to answer study questions, and do not mention the statistical methods used to verify the consistency and truthfulness of tools.

• **Presentation and discussion of study results:** Each of the study's questions and the way they are answered are presented and then present the results in table form, and then comment on table information taking into account the non-repetition of words.

لمشكلة الدراسة، ولا يقبل إطار نظري ودراسات سابقة منفصلة.

الاسئلة: تكتب أسئلة الدراسة بدقة بحيث تشمل ما لذي سيجيب عن السؤال (أثر أو فاعلية، علاقة، فروق، تنبؤ، مستوى....)، ومستوى الدلالة الإحصائية، والعينة.

المنهج والإجراءات: وتتضمن:

• **المنهج:** يحدد منهج الدراسة المستخدم ومبررات استخدامه.

• **المجتمع:** يحدد مجتمع الدراسة بدقة، مع ذكر إحصائية بعدد المجتمع، ويتم توثيق مصدر الإحصائية.

• **العينة:** توصف العينة بدقة مع ذكر متوسط أعمار العينة والانحراف المعياري للعمر، وبذكر طريقة اختيار العينة، وكيف تم سحبها من المجتمع والعام الذي تم التطبيق فيه، ولا يدرج جدول بوصف العينة

• **الأدوات:** توصف الأدوات المستخدمة بشكل دقيق، بحيث يتضمن الوصف اسم معد المقياس الأصلي، واسم من قام بتعريبه أو تقنينه على البيئة العربية في حال كان مقننا، وعدد فقرات الأداة، و عدد الأبعاد مع مسمياتها وتعريف موجز لكل بعد -في حل وجود أبعاد- وتوزيع الفقرات على الأبعاد، ويشار إلى الفقرات السلبية والإيجابية في حال وجودها، مع توضيح بدائل الاستجابة وطريقة التصحيح، ثم ذكر مختصر لثبات وصدق الأداة لدى معد أو مقنن المقياس، ثم ذكر إجراءات التحقق من ثبات وصدق المقياس في الدراسة الحالية على شكل فقرات وبدون عناوين، وبدون إدراج جداول

• **Discussion:** A summary of the results is given. then linked the results to those of previous studies whether they agreed or disagreed with the result obtained, The results are then interpreted in the light of scientific theories, sample characteristics, developmental stages, community culture, and changes.

• **Determinants of the study:** mention some of the factors that the researcher experienced during the application of research, thereby limiting the results of the study, such as the researcher's inability to apply to specific samples such as males or females, age groups, certain difficult-to-reach conditions, or the length or shortness of the application period of the research, which affected the results.

• **Recommendations and proposed studies:** The most prominent recommendations and proposed studies that are directly related to the results of the current study are written without elaboration and detailed.

• **References:** Includes Arabic References and Foreign References, taking into account their writing in accordance with the American Psychological Association (APA) documentation. Last issue, with Arabic References translation and placement in foreign references.

Here are some examples of how to document:

Documentation Text:

Direct Quote:

- The page numbers from which the quotation was quoted are indicated.
- If the text is less than 40 words, enclose quotation marks.
- The text is transmitted as it is with the same words and the same wording even if there is an error in some words of the original source, and if you want to correct an error for the original source, the correction is placed in

• **طريقة تحليل البيانات:** تذكر الأساليب الإحصائية المستخدمة في الإجابة على أسئلة الدراسة، ولا تذكر الأساليب الإحصائية المستخدمة في التحقق من ثبات وصدق الأدوات.

• **النتائج:** يتم عرض كل سؤال من أسئلة الدراسة وطريقة الإجابة عليها، ثم عرض النتائج في شكل جدول، ثم التعليق على معلومات الجدول مع مراعاة عدم تكرار الكلمات.

• **المناقشة:** يتم ذكر مختصر للنتائج ثم ربط النتائج بنتائج الدراسات السابقة سواء اتفقت أو اختلفت مع النتيجة التي تم الحصول عليها، ثم يتم تفسير النتائج في ضوء النظريات العلمية، وخصائص العينة، والمراحل النمائية، وثقافة المجتمع، والتغيرات الحاصلة.

• **المحددات:** تذكر بعض العوامل التي تعرض لها الباحث أثناء تطبيق بحثه، وبالتالي حدث من نتائج الدراسة، كعدم قدرة الباحث التطبيق على عينات معينة مثل الذكور أو الإناث، أو فئات عمرية، أو حالات معينة يصعب الوصول إليها، أو طول أو قصر فترة تطبيق البحث مما أثر على النتائج.

• **التوصيات والدراسات المقترحة:** تكتب أبرز التوصيات والدراسات المقترحة ذات الارتباط المباشر مع نتائج الدراسة الحالية بدون إسهاب وذكر تفاصيل.

• **المراجع:** متضمنة المراجع العربية والمراجع لأجنبية، مع مراعاة كتابتها وفقاً لتوثيق الرابطة الأمريكية لعلم النفس

inverted brackets immediately after the error.

Indirect Quotation:

▪ Reformulate the transmitted text in the language and words of the researcher while maintaining the same meaning.

▪ Text should be placed without quotation marks.

▪ Page numbers are not indicated, and it is not forbidden to write them if the researcher so wishes.

▪ When the word studies appears in the body of the research, it is necessary to document at least three studies that can be consulted.

Documentation at the beginning of the sentence:

The last name of the researcher, then the year of publication, are written in parentheses, then the text quoted from the researcher's formulation without parentheses.

Example: The narrator (2022) states that psychological counseling is an organized process with its goals and stages.

(Narrator, 2022).

Two authors :both names are documented each time the reference is mentioned in the text and the names are separated by (f) or (and or (&))

The narrator and writer(2023)
Of three and more authors: the first author is written only and followed by a word and others (et al.)

Example: Recalls Narrator et al. (2024).....

General rules:

• The references mentioned in the research shall be written only, and it is not permissible to write any reference that is not mentioned in the body of the research.

• References are arranged by the author's last name (surname) alphabetically, not alphabetically.

• Spacing between references individually.

(APA) - آخر إصدار، مع ترجمة المراجع العربية

ووضعها ضمن المراجع الأجنبية.

فيما يلي بعض الأمثلة لطريقة التوثيق

التوثيق المتن

الاقتباس المباشر:

• يتم الإشارة لأرقام الصفحات التي تم الاقتباس منها.

• إذا كان النص أقل من 40 كلمة يوضع بين علامتي تنصيص.

• ينقل النص كما هو بنفس كلماته ونفس الصياغة حتى لو كان هناك خطأ في بعض كلمات المصدر الأصلي، وفي حال الرغبة في تصحيح خطأ للمصدر الأصلي، يتم وضع التصحيح بين قوسين معكوفين بعد الخطأ مباشرة.

الاقتباس غير المباشر:

• إعادة صياغة النص المنقول بلفظ الباحث وكلماته مع المحافظة على نفس المعنى.

• يوضع النص من غير علامتي تنصيص.

• لا يتم الإشارة إلى أرقام الصفحات، ولا يمنع كتابتها إذا أراد الباحث ذلك.

• عند ورود كلمة دراسات في متن البحث لا بد من توثيق ثلاث دراسات على الأقل يمكن الرجوع إليها.

التوثيق في أول الجملة:

يكتب الاسم الأخير للباحث ثم سنة النشر بين قوسين ثم النص المقتبس من صياغة الباحث بدون أقواس.

مثال: يذكر الراوي (2022) أن الإرشاد النفسي عملية منظمة لها أهدافها ومراحلها.

التوثيق آخر الجملة:

- Do not use an indent in the first line, while in the second line of the same reference there is an indent as much (name)
- The list of references is not numbered.

Documentation References

General rules:

- The references mentioned in the research are written only, and no reference that is not mentioned in the research body may be written.
- References are arranged according to the author's last name (title) alphabetically rather than alphabetically.
- Spacing between individual references.
- Do not use in the first line a starting distance, while in the second line of the same reference a starting distance as much as (name)
- The references list does not number.
- (Book title, master's or doctoral thesis title, conference paper title, symposium title, journal or periodical name) should be written in italics instead of deep font or words below font
- When there is more than one author's reference, there are three cases:
 1. If the year of publication varies: the references are arranged according to the date of publication (from the oldest to the latest).
 2. If the publication is in the same year: the references are arranged alphabetically according to the letters given on board.

يكتب النص المقتبس من صياغة الباحث بدون أقواس ثم اسم الباحث الأخير وسنة النشر بين قوسين.

مثال: تعد عملية الإرشاد النفسي عملية منظمة لها أهدافها ومراحلها (الراوي، 2022).
مؤلفين اثنين: يتم توثيق كلا الاسمين في كل مرة يذكر المرجع في النص ويفصل بين الاسمين بحرف (و) أو (and) أو (&)

ويذكر الراوي والكاتب (2023)
من ثلاثة مؤلفين فأكثر: يتم كتابة المؤلف الأول فقط ويتبع بكلمة وآخرون (et al).
مثال: يذكر الراوي وآخرون (2024)

التوثيق المراجع

قواعد عامة:

- تكتب المراجع التي ورد ذكرها في البحث فقط، ولا يجوز كتابة أي مرجع لم يرد ذكره في متن البحث.
- يتم ترتيب المراجع حسب الاسم الأخير للمؤلف (اللقب) هجائياً وليس أبجدياً.
- التباعد بين المراجع مفرداً.
- لا تستخدم في السطر الأول مسافة بادئة، بينما يكون في السطر الثاني من نفس المرجع مسافة بادئة بقدر (اسم) قائمة المراجع لا ترقم.
- (عنوان الكتاب، عنوان رسالة الماجستير أو الدكتوراه، عنوان الورقة البحثية في المؤتمر، عنوان النحوات، اسم المجلة أو الدورية) ينبغي أن تكتب بالخط المائل بدلا من الخط الفامق أو الكلمات التي تحتها خط

3.If there are co-authors: The author's individual references are first arranged, followed by the joint references, in accordance with the titles of the co-authors.

•When the reference has more than one author:

▪ All authors involved in the research must be named (up to 20 authors) and do not use abbreviation et al.

▪ The authors' names are separated by a comma, and the letter (f) (&) is used before writing the last author's name.

How to document each reference according to its type:

Books

Author's last name, first name. (Year of publication). Title of the book with inclined edition number if after the first (i *). Publishing House.

Translated Book

Last name of book author, first name. (Date of publication). *The title of the book is inclined (translator's name, translator)*. Publisher.

Scientific journals and periodicals

The author's last name, first name. (Year of publication). Research title. *The name of the journal or periodical in italics, volume number in italics* (issue number). Thread Range **-**.

Scientific journals and periodicals with DOI number

The author's last name, first name. (Year of publication). Research title. *The name of the journal or periodical in italics, volume number in italics* (issue number). Thread range **-**. Link

Scientific journals and periodicals without DOI number

• عندما يكون هناك أكثر من مرجع لنفس المؤلف، فهناك ثلاث حالات:

1. في حال اختلاف سنة النشر: ترتب المراجع وفقاً لتاريخ النشر (من الأقدم إلى الأحدث).

2. في حال كان النشر في نفس السنة: ترتب المراجع أبجدياً وفقاً للحروف التي أعطيت في المتن.

3. في حال وجود مؤلفين مشاركين: ترتب المراجع الفردية للمؤلف أولاً، ثم تليها المراجع المشتركة مرتبة هجائياً وفقاً لألقاب المؤلفين المشاركين.

• عندما يكون للمرجع أكثر من مؤلف:

• يجب ذكر أسماء جميع المؤلفين المشتركين في البحث (حتى 20 مؤلف) ولا يستعمل اختصار وآخرون (et al)

• تفصل أسماء المؤلفين بواسطة فاصلة، ويستخدم حرف (و) (&) قبل كتابة اسم المؤلف الأخير.

طريقة توثيق كل مرجع حسب نوعه: الكتب

الاسم الأخير للمؤلف، الاسم الأول. (سنة النشر). عنوان الكتاب بالمائل رقم الطبعة إذا كانت بعد الأولى (ط*). دار النشر. كتاب مترجم

الاسم الأخير لمؤلف الكتاب، الاسم الأول. (تاريخ النشر). عنوان الكتاب بالمائل (اسم المترجم، مُترجم). الناشر.

المجلات والدوريات العلمية
الاسم الأخير للمؤلف، الاسم الأول. (سنة النشر). عنوان البحث. اسم المجلة أو الدورية

The author's last name, first name. (Year of publication). *Research title. Journal or periodical name in italics*, volume number in italics (issue number), page range **-**. The URL of the journal and not the link to the article.

Unpublished theses

The author's last name, first name. (Year of publication). Thesis title in italics [unpublished master's thesis or doctoral thesis]. Name of the institution or university.

Documentation of published scientific messages.

Author's last name, first name. (Year of publication). The title of the thesis is inclined [master's thesis or PhD thesis published, name of institution or university]. Name database or archive. Link.

Documentation of a scientific paper presented at a conference.

Researcher's last name, first name. (Year of publication, month, conference days). The title of the paper is tilted [type of contribution]. Conference name, organizer. City, Country.

Scientific paper presented at the conference

Researcher's last name, first name. (publishing year, month, conference days). *Paper address in italics* [type of contribution]. Conference name, organizer. City, state.

بالمائل، رقم المجلد بالمائل (رقم العدد).
مدى الصفحات **-**

المجلات والدوريات العلمية التي لها رقم
DOI

الاسم الأخير للمؤلف، الاسم الأول. (سنة
النشر). عنوان البحث. اسم المجلة أو الدورية
بالمائل، رقم المجلد بالمائل (رقم العدد).
مدى الصفحات **-**. الرابط

المجلات والدوريات العلمية بدون رقم DOI
الاسم الأخير للمؤلف، الاسم الأول. (سنة
النشر). عنوان البحث. اسم المجلة أو الدورية
بالمائل، رقم المجلد بالمائل (رقم العدد).
مدى الصفحات **-**. URL الخاص بالمجلة
وليس رابط المقال.

الرسائل العلمية غير المنشورة
الاسم الأخير للمؤلف، الاسم الأول. (سنة
النشر). عنوان الرسالة بالمائل [رسالة
ماجستير أو أطروحة دكتوراه غير منشورة].
اسم المؤسسة أو الجامعة.

الرسائل العلمية المنشورة
الاسم الأخير للمؤلف، الاسم الأول. (سنة
النشر). عنوان الرسالة بالمائل [رسالة
ماجستير أو أطروحة دكتوراه منشورة، اسم
المؤسسة أو الجامعة]. اسم قاعدة البيانات
أو الأرشيف. الرابط.

ورقة علمية مقدمة في مؤتمر
الاسم الأخير للباحث، الاسم الأول. (سنة
النشر، الشهر، أيام إقامة المؤتمر). عنوان
الورقة بالمائل [نوع المساهمة]. اسم
المؤتمر، الجهة المنظمة. المدينة، الدولة.

Publication ethics

Rights of the journal

1. The editorial board may do a preliminary examination of the research and determine its eligibility for arbitration.
2. The Editor-in-Chief may inform the author of the research, which is not accepted for publication, of the peer-reviewers' opinion or its summary without mentioning the names of the peer-reviewers, and without any obligation to respond to the research author's objection.
3. The research is considered withdrawn if the researcher delays making the required amendments to the research for a period exceeding one month from the date of receiving the reply from the journal; Unless there is a compelling excuse appreciated by the journal's editorial board.
4. If the research is not accepted, the journal shall not be obligated to give the reasons.
5. Priority in publishing accepted research for publication is given based on the date of its acceptance for publication by the journal. The arrangement of research within the issue is subject to the design process.
6. It is not permissible to publish the research in any other scientific journal after approval has been given for its publication in one of the scientific journals of Princess Nourah Bint Abdulrahman University.
7. The scientific journal may republish a research - whether on paper or electronically - that it has previously published, without need for the researcher's permission, and it may allow others to include its research in various databases, whether they are paid or free.
8. No party may use the contents of the journal for commercial purposes without the written approval of its Editor-in-Chief.
9. Upon acceptance of the research for publication, the right of publication shall be transferred from the author to the journal, and copyrights are reserved to the publisher (Princess Nourah Bint Abdulrahman University). The editorial board may amend the research according to the documentation and

أخلاقيات النشر

حقوق المجلة:

1. هيئة التحرير لها حق الفحص المبدئي للبحث وتقرير أهليته للتحكيم.
2. يجوز لرئيس التحرير إفادة كاتب البحث غير المقبول للنشر برأي المحكمين أو خلاصته دون ذكر أسماء المحكمين، ودون أي التزام بالرد على اعتراض كاتب البحث.
3. يعد البحث في حكم المسحوب إذا تأخر الباحث في إجراء التعديلات المطلوبة على البحث لمدة تزيد عن شهر من تاريخ تسلمه الرد من المجلة، ما لم يكن هناك عذر قهري تقدره هيئة تحرير المجلة.
4. إذا تم الاعتذار عن قبول البحث لا تلتزم المجلة بتوضيح أسبابه.
5. تعطى الأولوية في نشر البحوث المقبولة للنشر لتاريخ قبولها في المجلة أما ترتيب الأبحاث داخل العدد فيخضع لعملية التصميم.
6. لا يجوز نشر البحث في أي مجلة علمية أخرى بعد إقرار نشره في إحدى مجلات جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن العلمية.
7. للمجلة العلمية إعادة نشر البحوث - ورقياً كان أو إلكترونياً - التي سبق لها نشرها، وذلك دون حاجة لإذن الباحث، ولها حق السماح للغير بإدراج بحوثها في قواعد البيانات المختلفة سواء كانت بمقابل أم دون مقابل.
8. لا يحق لأي جهة استخدام محتويات المجلة للأغراض التجارية دون موافقة خطية من رئيس هيئة تحريرها.
9. عند قبول البحث للنشر يتم تحويل ملكية النشر من المؤلف إلى المجلة، وتصبح حقوق الطبع محفوظة للناسر (جامعة الأميرة نورة بنت عبد

linguistic editing system, and the design of tables, graphics, images and texts, if necessary.

10. Original copies of the research that reach the journal shall not be returned, whether published or not.

The researcher's responsibility and rights

1. Upon receipt by the journal of the paper, the researcher shall be notified through the designated system on the journal's website and shall be provided with a reference number for the research.

2. The researcher shall be notified of the decision of the initial examination from the member of the editorial board specialized in the field of the submitted research, after the research eligibility for peer-reviewing has been ascertained, within two working weeks from the date of providing the researcher with the research reference number.

3. The researcher shall be notified of the peer-reviewing result by providing them with a summary of the peer-reviewer's opinion, if the research is accepted, or an apology for not publishing the research, if the research did not pass the peer-reviewing stage, two working weeks after the journal's receipt of the peer-reviewers' report.

4. The researcher is granted (a publication acceptance notification) after the comments of the peer-reviewers have been entered and being approved by the concerned member of the editorial board.

5. The journal sends an electronic copy to the researcher of the issue in which their research was published.

6. The researcher may not republish their research published in the journal in any other publication outlet, printed or electronic, without written permission from the journal in which the research or paper was published.

7. The researcher may not withdraw their research after the journal begins the peer-reviewing procedures.

الرحمن)، ويحق لهيئة التحرير التعديل على البحث وفق نظام التوثيق والتحرير اللغوي وتصميم الجداول والرسوم والصور والنصوص إذا لزم الأمر.

10. أصول البحوث التي تصل المجلة لا ترد سواء نشرت أو لم تنشر.

مسؤولية الباحث وحقوقه:

1. إفادة الباحث عند استلام بحثه عبر النظام المخصص على موقع المجلة الإلكتروني وتزويده برقم للبحث.

2. إفادة الباحث بقرار الفحص المبدئي من عضو هيئة التحرير المختص في مجال البحث المقدم، وذلك بعد التأكد من مدى أهلية البحث لإرساله للتحكيم، وذلك خلال أسبوعين عمل من تاريخ تزويد الباحث برقم البحث.

3. إفادة الباحث بنتيجة التحكيم من خلال تزويده بخلاصة رأي المحكمين في حال قبول البحث، أو الاعتذار عن نشر البحث في حال عدم اجتياز البحث لمرحلة التحكيم، وذلك بعد أسبوعين عمل من تسلم المجلة تقارير المحكمين.

4. يمنح الباحث (إفادة قبول نشر) بعد إتمام ملاحظات المحكمين، واعتمادها من قبل عضو هيئة التحرير المختص.

5. ترسل المجلة نسخة الكترونية إلى الباحث من العدد الذي صدر فيه بحثه المنشور.

6. لا يجوز للباحث إعادة نشر بحثه المنشور بالمجلة في أي منفذ نشر آخر مطبوع أو إلكتروني دون إذن كتابي من المجلة التي نشر فيها البحث أو الورقة.

7. لا يسمح للباحث بسحب بحثه بعد شروع المجلة في إجراءات التحكيم.

8. يلتزم الباحث بمعايير وإرشادات تقديم البحوث المحددة من قبل المجلة السعودية للإرشاد

8. The researcher shall abide by the standards and guidelines for submitting research specified by Journal of Psychological Counselling and shall abide by the principles and standards of scientific publishing ethics.

9. The researcher shall abide by the requirements of scientific integrity and shall respect intellectual property rights.

10. The researcher (in case of joint publication) shall obtain the consent of all researchers, in writing, and shall acknowledge the effort of everyone who participated with the researcher in the preparation of the research.

11. The researcher undertakes not to submit research that has been published, in whole or in part, in any form or any language. They also undertake not to submit the research to any other party while it is being considered by the journal. If the research is accepted for publication, the researcher undertakes not to publish it again without obtaining the prior written approval of the journal.

12. The researcher undertakes to make the amendments stipulated in the peer reviewer's reports, with justification for what has not been amended.

13. The researcher shall send the research in its final form, after making the corrections, within two weeks from the date of the modifications being requested, through the researcher's electronic page on the journal's website or the journal's e-mail.

14. The researcher undertakes to disclose any conflict of interest that may arise from the research, and they shall disclose the source of all financial support for their research.

15. The materials submitted for publication express the opinions of their authors, and the owners shall be responsible for the correctness and accuracy of the information and conclusions.

16. The research shall be sent in its final version to the researcher to review it before publication.

النفسي، والالتزام بمبادئ ومعايير أخلاقيات النشر العلمي.

9. يلتزم الباحث بمراعاة مقتضيات الأمانة العلمية، واحترام حقوق الملكية الفكرية.

10. يلتزم الباحث (حالة النشر المشترك) الحصول على موافقة جميع الباحثين خطياً، وأن يقوم ببيان جهد كل من اشترك مع الباحث في إعداد البحث.

11. يلتزم الباحث بعدم تقديم بحث سبق نشره كلياً أو جزئياً بأي صورة كانت أو أي لغة، كما يلتزم بعدم تقديم البحث لأي جهة أخرى أثناء النظر فيه من قبل المجلة، وفي حالة قبوله للنشر يلتزم الباحث بعدم نشره مرة أخرى دون الحصول على موافقة خطية مسبقة من المجلة.

12. يتعهد الباحث بالقيام بالتعديلات المنصوص عليها في تقارير المحكمين، مع تعليل ما لم يعدل.

13. يرسل الباحث البحث في شكله النهائي بعد قيامه بالتعديلات خلال أسبوعين من تاريخ طلب إجراء التعديلات، وذلك من خلال صفحة الباحث الإلكترونية على موقع المجلة أو البريد الإلكتروني للمجلة.

14. يلتزم الباحث بالإفصاح عن أي تعارض في المصالح قد ينشأ عن البحث، ويجب عليه الإفصاح عن مصدر كل دعم مالي لبحثه.

15. تُقَدَّر المواد المقدمة للنشر عن آراء مؤلفيها، ويتحمل أصحابها مسؤولية صحة المعلومات والاستنتاجات، ودقتها.

16. يرسل البحث بنسخته النهائية للباحث للاطلاع عليه قبل النشر وفي حالة وجود ملاحظات يتواصل مباشرة مع رئيس التحرير.

مسؤولية المحكم:

1. يلتزم المُحَكِّم أن يرد على خطاب القبول المبدئي للتحكيم خلال ثلاثة أيام من تاريخ وصول خطاب

If there are any comments, the researcher shall contact the Editor-in-Chief directly.

The responsibility of the peer reviewer:

1. The reviewer is obligated to respond to the initial acceptance letter to peer review within three days from the date of receiving the letter, and upon approval of review, he/she shall complete the research peer review within a maximum period of two weeks from the date of his acceptance of review.

2. The reviewer shall be committed to scientific integrity in the review of research papers without any prejudice or bias.

3. The reviewer is obliged to reject the review of any research that is outside the scope of his/her specialization or does not have sufficient experience in it.

4. The reviewer shall treat research papers received for review as confidential documents and shall not disclose or discuss them with others except as authorized by the Editor-in-Chief.

5. The reviewer may not exploit the research under review in any way to achieve personal benefit for him/herself or for others without right.

6. The reviewer is obligated to make his/her comments about the research detailed in accordance with the approved review form, and not to be satisfied with the overall examination and review, and to direct his/her remarks to the research and not to the researcher.

7. If the reviewer refers to plagiarism in the scientific material that he/she is review, the reviewer shall refer to the paragraphs in which the plagiarism occurred, along with attaching evidence of that.

8. Disclosing any conflict of interest with them before agreeing to accept the review and starting its procedures.

التحكيم إليه، وعند الموافقة على التحكيم يلتزم بالانتهاء من تحكيم البحث في مدة أقصاها أسبوعين من تاريخ قبوله للتحكيم.

2. يلتزم المحكم بالنزاهة العلمية في تحكيم البحوث دون تحيز لأي اعتبارات.

3. يلتزم المحكم بالاعتذار عن قبول تحكيم بحث خارج عن نطاق تخصصه أو ليس لديه الخبرة الكافية فيه.

4. يجب على المحكم معاملة البحوث التي تم استلامها للتحكيم كوثائق سرية، ويجب عليه عدم الكشف عنها أو مناقشتها مع الآخرين باستثناء ما يأذن به رئيس التحرير.

5. لا يجوز للمحكم استغلال البحث قيد التحكيم بأي طريقة كانت لتحقيق منفعة شخصية له أو لآخرين دون وجه حق.

6. يلتزم المحكم بأن تكون ملاحظاته حول البحث تفصيلية وفق نموذج التحكيم المعتمد، وألا يكتفي بالفحص والتحكيم الإجماليين وأن يتوجه بملاحظاته إلى البحث لا إلى شخص الباحث.

7. في حالة إشارة المحكم إلى الاستغلال أو الانتحال في المادة العلمية التي يقوم بتحكيماها، يلتزم المحكم بالإشارة إلى الفقرات التي وقع فيها الاستغلال أو الانتحال مع إرفاق ما يثبت ذلك.

8. الإفصاح عن أي تضارب في المصالح معهم قبل الموافقة على قبول المراجعة والبدء في إجراءاتها

مسؤولية هيئة التحرير:

1. تلتزم هيئة التحرير بالتحقق من جودة الأبحاث العلمية المقدمة للنشر، وإدخالها لمحكمين من ذوي الخبرة العلمية والتخصص في موضوع البحث.

2. تلتزم هيئة تحرير المجلة بالتنوع الجغرافي للمحكمين، وألا ينتمي جميعهم لمؤسسة علمية واحدة.

Responsibility of the Editorial Board:

1. The editorial board is committed to verifying the quality of scientific research submitted for publication, and referring it to arbitrators with scientific experience and specialization in the research topic.
2. The editorial board of the journal is committed to the geographical diversity of the arbitrators, and not all of them belong to one scientific institution.
3. The editorial board is committed to implementing the researcher's request to exclude any arbitrator starting before appointing arbitrators when it is convinced of the reasons and justifications provided, and the editorial board should ask all arbitrators to disclose any conflict or conflict of interest they have before agreeing to accept arbitration and start its procedures.
4. The editorial board must exercise its powers honestly, objectively and fairly, and not discriminate between researchers based on illegal considerations.
5. The editorial board is committed to giving a reasonable opportunity to researchers to answer the referees' comments about their research.
6. The editorial board is committed to confidentiality and preservation of information related to research and researchers, as long as it is in the arbitration stage.
7. The chairman of the editorial board shall inform the owner of the approved scientific material of the license to publish it and the number specified for its publication.

3. تلتزم هيئة التحرير بتنفيذ طلب الباحث باستبعاد أي محكم ابتداء قبل تعيين المحكمين متى اقتضت بالأسباب والمبررات المقدمة، كما ينبغي على هيئة التحرير أن تطلب من جميع المحكمين الإفصاح عن أي تضارب أو تعارض في المصالح لديهم قبل الموافقة على قبول التحكيم والبدء بإجراءاته.
4. يجب على هيئة التحرير أن تمارس صلاحياتها بأمانة وموضوعية وعدالة، وألا تميز بين الباحثين بناء على اعتبارات غير قانونية.
5. تلتزم هيئة التحرير بإعطاء فرصة معقولة للباحثين للإجابة عن ملاحظات المحكمين حول بحوثهم.
6. تلتزم هيئة التحرير بالسرية والمحافظة على المعلومات الخاصة بالبحوث والباحثين، مادامت في مرحلة التحكيم.
7. يلتزم رئيس هيئة التحرير بإبلاغ صاحب المادة العلمية المجازة بإجازة نشرها والعدد المحدد لنشرها فيه.

Procedures for receiving and arbitrating research

Scientific research is received, refereed, and published in the journals of Princess Nourah bint AbdulRahman University in accordance with the following mechanisms:

1. The researcher submits his research with the journal posting request form, via the journal email, with his CV attached to it.
2. The Editor-in-Chief or his/her custodian shall be informed of the research, the publication request form, and the attached CV; to consider the proportionality of research with the journal's policy and objectives, and its availability on the components of scientific research in its specialization.
3. The Editor-in-Chief shall take whatever he deems appropriate to the research in terms of the initial acceptance and guidance of his submission to the Editorial Board; for consideration or apology to the researcher.
4. Rejected research is presented to members of the editorial board, explaining the reason for the rejection.
5. If the research is disproportionate or is not available on the scientific research components of its specialization, the Editor-in-Chief shall address the researcher, in accordance with the mechanism of the journal, to apologize to him/her for not being able to publish the research in the journal.
6. In case of initial acceptance, the research shall be submitted to the editorial board; To select referees, the editorial board selects three referees in accordance with the journal's policy and regulations, two of which are basic and the third is a reserve.
7. The Editor-in-Chief shall address the principal journal's and request that they arbitrate the search in accordance with the approved referees mechanism and forms, within a period not exceeding 30 days from

إجراءات استقبال البحوث وتحكيمها

يتم استقبال الأبحاث العلمية وتحكيمها ونشرها في المجلات التابعة لجامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن وفق الآليات الآتية:

1. يقدم الباحث بحثه مع نموذج طلب النشر الخاص بالمجلة، عبر البريد الإلكتروني للمجلة، مرفقاً به السيرة الذاتية، ويكتفى بالسيرة الذاتية للباحث الرئيس والمراسل إن كان البحث مشتركاً.
2. يطلع رئيس التحرير أو من يكلفه على البحث، ونموذج طلب النشر، والسيرة الذاتية المرفقة، للنظر في مدى تناسب البحث مع سياسة المجلة وأهدافها، ومدى توافره على مقومات البحث العلمي في تخصصها.
3. يتخذ رئيس التحرير ما يراه تجاه البحث، من حيث القبول المبدئي والتوجيه بعرضه على هيئة التحرير، للنظر فيه أو الاعتذار للباحث.
4. تُعرض الأبحاث المرفوضة على أعضاء هيئة التحرير مع توضيح سبب الرفض.
5. في حال عدم تناسب البحث أو عدم توافره على مقومات البحث العلمي في تخصصها، يتولى رئيس التحرير مخاطبة الباحث، وفقاً للآلية المتبعة في المجلة، للاعتذار إليه من عدم إمكانية نشر البحث في المجلة.
6. في حال القبول المبدئي يُعرض البحث على هيئة التحرير، لاختيار المُحكِّمين، وتختار هيئة التحرير ثلاثة مُحكِّمين وفقاً لسياسة المجلة وتنظيماتها في كل بحث، اثنان منهما أساسيان، والثالث احتياطي.
7. يخاطب رئيس التحرير المُحكِّمين الأساسيين، ويطلب منهما تحكيم البحث وفقاً لآلية ونماذج التحكيم المعتمدة، خلال مدة لا تتجاوز 30 يوماً من تاريخ تسلم المُحكِّم للبحث.
8. يخاطب رئيس التحرير الباحث لإبلاغه بنتائج التحكيم:

the date of the referees receipt of the research .

8.The editor-in-chief shall address the researcher to inform him of the results of the reviewing :

a.Publishing in case the referees recommend acceptance of the research.

b.Research rejection and apologize to the researcher if the two referees recommend that the research be inadmissible; if the research is rejected , is not accepted to submit the research again.

c. Refuse to research and apologize to the researcher if one of the primary referees recommends that the research be is not accepted , and the other recommends that research be accepted after radical modification and re-control.

9.If one of the principal referees recommends that the research be is not accepted and the other recommends that it be accepted, whether there are amendments that do not require referees or without modifications, the Editor-in-Chief shall address the stand-by referees and request him to referees the research in accordance with the referees mechanism and forms approved in the Journal, within a period not exceeding 30 days from the date of the referees receipt of the research.

a. "The Editor-in-Chief shall address the researcher who recommended that the referees accept him/her research, provided that the notes of the referees are amended, and request that the Journal be provided with an amended copy by email within a period not exceeding 45 days, attaching a table showing the notes, and shading the texts amended.

b. Amended research with referees reports is presented to the editorial board; to take whatever it deems appropriate, either re-examine the referees himself/the referees themselves who have referees the research; to avoid additional opinions from

أ. النشر في حال أوصى المحكّمان بقبول البحث.

ب. رفض البحث والاعتذار إلى الباحث في حال أوصى المحكّمان بعدم قبول البحث، وفي حال رفض البحث لا يحق للباحث تقديم البحث مرة أخرى.

ج. رفض البحث والاعتذار إلى الباحث في حال أوصى أحد المحكّمين الأساسيين بعدم قبول البحث، وتوصية الآخر بإمكانية قبول البحث بعد التعديل الجذري وإعادة التحكم.

9.في حال توصية أحد المحكّمين الأساسيين بعدم قبول البحث وتوصية الآخر بقبوله، سواء بوجود تعديلات لا تتطلب إعادة تحكيم أو بدون تعديلات، يتولى رئيس التحرير مخاطبة المحكّم الاحتياطي والطلب منه تحكيم البحث وفقاً لآلية ونماذج التحكيم المعتمدة في المجلة، خلال مدة لا تتجاوز 30 يوماً من تاريخ تسلم المحكّم للبحث.

أ. يخاطب رئيس التحرير الباحث الذي أوصى المحكّمان/ المحكّمون بقبول بحثه، شريطة تعديل الملحوظات التي أبدّاها المحكّمان/ المحكّمون على البحث، وطلب موافاة المجلة بنسخة معدّلة عبر البريد الإلكتروني خلال مدة لا تتجاوز 45 يوماً، مع إرفاق جدول يبيّن الملحوظات، وتظليل النصوص التي تم تعديلها.

ب. يُعرّض البحث المعدّل مع تقارير التحكيم على هيئة التحرير، لاتخاذ ما تراه مناسباً، إما بإعادة البحث للمحكّم نفسه/ للمحكّمين أنفسهم الذين قاموا بتحكيم البحث، لتجنب ورود آراء إضافية من أي مرجع، وللتأكّد من تعديل الملحوظات، أو إلى من تراه من أعضائها أو من غيرهم، للتأكّد من اكتمال التعديلات إذا كانت بسيطة وسطحية.

ت. يخاطب رئيس التحرير الباحث وفقاً لما تتخذه الهيئة من قرارات بناء على نتائج التحكيم، لإبلاغه بقبول

any reference; to ensure that the Notes are amended; or to any of their members or others; To ensure that amendments are complete if they are simple and superficial. c.' The editor-in-chief shall address the researcher in accordance with decisions taken by the board on the basis of the arbitration results: to inform him of the acceptance of the research or to apologize to him/her for the journal's inability to publish the research.

10.The editorial board shall determine and the arrangement of researches to be published in each issue and may authorize the editorial board chairman to do so.

11.The journal's administration, in collaboration with the Scientific Journals Unit, is responsible for designing, implementing, publishing, distributing, and depositing the electronic print issue of the Journal.

البحث أو الاعتذار إليه من عدم إمكانية نشر البحث في المجلة.

10. تتولى هيئة التحرير تحديد الأبحاث التي ستُنشر في كل عدد وترتيبها، ويمكن للهيئة تفويض رئيس هيئة التحرير بذلك.

11. تتابع إدارة المجلة بالتنسيق مع وحدة المجلات العلمية عمليات تصميم العدد المطبوع الإلكتروني من المجلة، وتنفيذه، ونشره، وتوزيعه، وإيداعه.

النَّمْدَجَةُ البنائية للعلاقات بين خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة وتقدير الذات واضطراب الشخصية الحَدِيثُ لدى طالبات الجامعة

ديمة بنت صالح اليوسف

جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

أُسْتُلِمَ بتاريخ 2025/6/16 وقُبِلَ للنشر بتاريخ 2025/8/24

المُستخلص: هدفت الدراسة إلى قياس مستوى خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة، وتقدير الذات واضطراب الشخصية الحَدِيثُ، والكشف عن العلاقات فيما بينها لدى طالبات الجامعة، وإمكانية التنبؤ باضطراب الشخصية الحَدِيثُ من خلال خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة، والتحقق من الدور الوسيط لتقدير الذات في العلاقة بين خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة واضطراب الشخصية الحَدِيثُ. اتبعت الدراسة المنهج الوصفي، وتكوّنت عيّنتها من (188) طالبة من طالبات جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، وقد أستخدمت الأدوات الآتية: مقياس الإساءة في مرحلة الطفولة (Fakih-Romdhane et al., 2012)، ومقياس اضطراب الشخصية الحَدِيثُ (Zanarini et al., 2003)، ومقياس تقدير الذات (Rosenberg, 1965). وأظهرت النتائج وجود مستوى منخفض لدى الطالبات في خبرات الإساءة بمرحلة الطفولة واضطراب الشخصية الحَدِيثُ، في حين أن مستوى تقديرهن لذاتهن كان متوسطاً. كما بيّنت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة بين اضطراب الشخصية الحَدِيثُ وأبعادها المختلفة: (الاضطراب العاطفي، الاندفاعية، اضطراب الذات والعلاقات الشخصية) من جهة، والإساءة في مرحلة الطفولة وتقدير الذات من جهة أخرى. كذلك تبين أن للإساءة في مرحلة الطفولة تأثيراً موجباً ودالاً إحصائياً في اضطراب الشخصية الحَدِيثُ، وأن تقدير الذات يؤدي دوراً وسيطاً في العلاقة بين الإساءة في مرحلة الطفولة واضطراب الشخصية الحَدِيثُ.

الكلمات المفتاحية: اضطراب الشخصية الحَدِيثُ، خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة، تقدير الذات، النَّمْدَجَةُ بالمعادلات البنائية.

Structural Modeling of The Relationships Between Childhood Abuse Experiences, Self-esteem, and Borderline Personality Disorder Among University Students

Dimah Saleh Abduliziz Alyousef

Imam Muhammad ibn Saud University

Received on 16/6/2025 prior to publication on 24/8/2025

Abstract: The study aimed to measure the levels of childhood abuse experiences, self-esteem, and borderline personality disorder, and to explore the relationships between them among female students at University. It also aimed to explore the possibility of predicting borderline personality disorder through childhood abuse experiences. The study also aimed to uncover the mediating role of self-esteem in the relationship between childhood abuse experiences and borderline personality disorder. Using a descriptive approach, the study sample consisted of 188 female students from Imam Muhammad ibn Saud University. Instrumctment for the research included a child abuse experiences scale (Fakih-Romdhane et al., 2012), a borderline personality disorder scale (Zanarini et al., 2003), and Rosenberg's self-esteem

dsalyousef@imamu.edu.sa

DOI:10.60159/2467-003-006-001

scale (1965). Descriptive statistics were used to determine the levels of borderline personality disorder, childhood abuse, and self-esteem. Spearman's linear correlation coefficient was also used to detect correlations between study variables. Structural equation modeling was used to explore the impact of childhood abuse on borderline personality disorder, as well as the mediating role of self-esteem. Results showed that female students had low levels of childhood abuse and borderline personality disorder, while their self-esteem was average. The results also showed a significant correlation between borderline personality disorder and its various dimensions (emotional disturbance, impulsivity, and disturbance of self and interpersonal relationships) and childhood abuse and self-esteem. The results also showed a positive and statistically significant effect of childhood abuse on borderline personality disorder, and that self-esteem plays a mediating role in the relationship between childhood abuse and borderline personality disorder.

Keywords: Borderline personality disorder, Childhood abuse, Self-esteem, Structural equation modeling.

مقدمة وخلفية نظرية

يعدُّ اضطراب الشخصية الحَدِيثُ (BPD) borderline personality disorder أحد أبرز أنماط الشخصية المضطربة؛ إذ يشكل نحو (10%) من المرضى المتكررين على العيادات النفسية، وحوالي (20%) من المرضى المقيمين في المستشفيات النفسية (Pou, 2019, p. 4). ويعدُّ اضطراب الشخصية الحَدِيثُ اضطرابًا نفسيًا، قد يظهر بين طلاب المرحلة الجامعية، ويتسم بعدم الاستقرار في تنظيم المشاعر، وضبط الاندفاع، والعلاقات الاجتماعية، وصورة الذات (Krause, 2019). ويشيع انتشار (BPD) بشكل كبير بين طلاب الجامعات، حيث أظهرت مراجعة تحليلية حديثة شملت (40) دراسة أن معدل انتشار اضطراب الشخصية الحَدِيثُ في عينات طلاب الجامعات على مستوى العالم تراوح بين (0.5% و32.1%) (meaney, 2016).

ويُعرَّف اضطراب الشخصية الحَدِيثُ بأنه: "حالة صحية ونفسية شديدة، تنتشر بشكل كبير، وتؤثر سلبًا في الأفراد بعدة مجالات في الحياة، حيث يُظهر المُشَخَّصون بها عادة أعراضًا مُتعلّقة بالعواطف، والتفاعلات الاجتماعية، وتقلّبات اندفاعية وعاطفية ملحوظة، واضطرابات في المشاعر، وأنماط من العلاقات الشخصية غير المستقرة، وتشوّه صورة الذات" (Schurz et al., 2024, p.359).

ويندرج اضطراب الشخصية الحَدِيثُ ضمن الفئة (B) من مجموعة اضطرابات الشخصية، المُدرجة في المحور الثاني من الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للأمراض النفسية. ويتميّز هذا الاضطراب بخلل في الأداء في المجالات الأربعة الأساسية الآتية: المشاعر (الغضب الشديد، وصعوبات في السيطرة والتحكّم في الغضب، والفراغ الداخلي)، والمعرفة (اضطراب الهوية)، والسلوك (إيذاء الذات والانتحار، وسلوكيات اندفاعية)، والعلاقات الشخصية المتبادلة (علاقات غير مستقرة، والخوف من الهجر) (Kiel et al., 2011).

ويعدُّ اضطراب الشخصية الحَدِيثُ أحد اضطرابات الشخصية التي لا تظهر فجأة في مرحلة البلوغ، بل إن الأنماط والعمليات التكيفية المبكرة غير السليمة تجعل الأفراد عُرضة لمشكلات في الشخصية في فترة لاحقة، وتكون واضحة بالفعل في سن مبكرة، وغالبًا ما تظهر خلال فترة المراهقة (Steepp & Lazarus, 2018).

ويُمَثِّل اضطراب الشخصية الحَدِيثُ لصاحبه تقلُّبات انفعالية ونفسية؛ إذ يعاني من التذبذب في العلاقات الشخصية والعلاقات العاطفية غير المستقرة، حيث يبقى الفرد خائفًا من هجران أي شخص يتقرَّب أو يتعلَّق به، ويكون غير قادر على التأثير في العالم الخارجي، أما داخليًا فهو هشّ ضعيف، ولديه عدم ثبات في الهوية، ويمرّ بنوبات متقلّبة في المزاج، تؤدي إلى قيامه بسلوكيات سلبية؛ كإيذاء الذات، ومحاولات الانتحار، وتعاطي المخدرات، والاندفاعية (خوج، 2014).

ومن الفرضيات المفسّرة لانتشار اضطراب الشخصية الحَدِيثُ : غياب الدعم الأسري الملثّم من قبل الآباء لأبنائهم، والتعرُّض لخبرات الإساءة في مرحلة الطفولة (Childhood abuse)، وتعرُّف خبرات الإساءة في الطفولة بأنّها: التجارب المُجهدة أو المؤلمة التي تحدث خلال الحياة المبكّرة، وتشمل: الإساءة الجنسية، والجسدية، والعاطفية/اللفظية، والإهمال (Sheffer et al., 2019, p. 595). ويُشير مفهوم الإساءة إلى أي فعل أو فشل فعل، من شأنه تعريض صحة الطفل النفسية والجسدية وتطوُّرها للخطر (شينار، 2019، ص331).

وقد أظهرت الدراسات أن ضعف تحمّل الآباء للمسؤولية تجاه الأبناء، إضافة إلى ضعف الترابط الأسري، والمرض النفسي للوالدين أو أحدهما، تُعدُّ من العوامل المساهمة في نشوء هذا الاضطراب. كما وُجد أن الإهمال العاطفي يؤدّي إلى التقلُّب الوجداني وعدم الاستقرار النفسي. وتشير الأدبيات إلى أن العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحَدِيثُ قد أقرّوا بوجود علاقة سلبية بينهم وبين آبائهم، اتسمت بالإهمال أو الحماية الزائدة. هذه العلاقات غير المستقرة تجعل الفرد يشعر بالتناقض الوجداني، ويبحث عن الاطمئنان النفسي عند أحد الوالدين ولكنه لا يجده؛ مما يفضي إلى تكوّن شخصية مضطربة في المستقبل (البشر، 2005).

كما توصّلت نتائج دراسة كينج وآخرين (kenj et al., 2023) إلى أن الإساءة العاطفية في الطفولة تؤدي دورًا مهمًا في تطوّر اضطراب الشخصية الحَدِيثُ لدى عينة من البالغين اللبنانيين، بلغ عددهم (411) مشاركًا. وتُشير دراسة أبي هلال (2022) إلى وجود علاقة إيجابية بين صدمات الطفولة واضطراب الشخصية الحَدِيثُ لدى طلبة من جامعة القدس.

وفي السياق ذاته، توصّلت دراسة بوزاتيلو وآخرين (Bozzatello et al., 2021) إلى أن الصدمات المبكرة في الطفولة، مثل: الإساءة الجنسية والجسدية، والتعرُّض للإهمال، والتعرض للتنمّر؛ تزيد من خطر الإصابة باضطراب الشخصية الحَدِيثُ في مرحلة الشباب.

وأظهرت نتائج دراسة رضوان وغزي (2023) دور أساليب المعاملة الوالدية السلبية وأنماط التفاعل الأسري السلبية في التنبؤ بمظاهر اضطراب الشخصية الحَدِيثُ لدى عينة من مرضى اضطراب الشخصية

الحَدِيثَ ، وتوصّلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين أساليب المعاملة الوالدية السلبية، وأنماط التفاعل الأسرية السلبية، ومظاهر اضطراب الشخصية الحَدِيثَ لدى المرضى.

كما توصلت دراسة كامل وآخرين (2023) إلى وجود علاقة إيجابية قوية بين التعرّض للإساءة العاطفية في الطفولة وظهور سمات اضطراب الشخصية الحَدِيثَ في مرحلة الرُّشد لدى عينة من فئات عمرية متنوّعة.

وفي السياق المحلي، توصّلت دراسة الراشدي والعصيمي (Alrashidi & Alosaimi, 2024) التي طُبِّقَت على طلاب الجامعات السعودية إلى وجود علاقة طردية بين عدد التجارب السلبية التي تعرّض لها الفرد في الطفولة، وظهور أعراض اضطراب الشخصية الحَدِيثَ في مرحلة الشباب. كما أشارت النتائج إلى أن الإناث سجّلن درجات أعلى من الذكور في أعراض هذا الاضطراب، وكانت الإساءة العاطفية والإهمال العاطفي أبرز العوامل المسببة.

وأشارت دراسة حلمي وآخرين (2023) إلى أن أكثر أبعاد الإساءة انتشاراً لدى عينة الشباب في مدينتي الرياض وجدة كانت على الترتيب: الإساءة الجسدية، تليها الإساءة النفسية، ثم الإهمال، وجاءت الإساءة الجنسية في المرتبة الأخيرة.

وقد تؤدي العلاقات المضطربة بين الآباء والأبناء إلى تشويه نفسية الأبناء، مما يجعلهم أكثر عُرضة واستعداداً للإصابة بالاضطرابات النفسية؛ فقد أكّدت الدراسات أن السياق الأسري يؤدي دوراً مهماً في تكوين شخصية الأبناء وصحتهم النفسية، فإذا اتسم هذا السياق الأسري بالانحياز؛ فإنه يؤدي بالأبناء إلى النمو السليم، أما إذا اتسم بالاضطراب فإنه يزيد من احتمالية الإصابة النفسية لاحقاً (الدماطي، 2012).

وفي هذا السياق، أشارت دراسة أرمور وآخرين (Armour et al., 2022) إلى أن المراهقين الذين يرون أن والديهم مسيطرون أو رافضون أو يتبعون أساليب تربوية فوضوية؛ يكونون أكثر عُرضة لإظهار سمات اضطراب الشخصية الحَدِيثَ . كما كشفت دراسة أوكنيا وآيقو (Okenyi & Igo, 2024) عن ارتباط كبير بين أساليب التربية التسلّطية، والمتساهلة، والمهملة، وبين أعراض اضطراب الشخصية الحَدِيثَ لدى عينة بلغت (240) من المراهقين، حيث أوضحت النتائج أن الإهمال بدرجات مرتفعة يؤثر في تنظيم المشاعر.

وأكد الحافظي (2021) أن خبرات الإساءة التي تعرّض لها الفرد في الطفولة ولم تُعالج في وقتها؛ يكون لها تبعاتها على حياته النفسية في المراحل اللاحقة، وعلى العكس من ذلك؛ فإن الأفراد الذين يتلقون دعماً اجتماعياً من أصدقائهم أو أسرهم؛ يميلون إلى امتلاك تقدير ذات مرتفع؛ إذ يشعرون بأنهم محبوبون ومقدّرون؛ مما ينعكس إيجابياً على تصوّراتهم لذواتهم (Lakey & Cohen, 2000).

ويعتمد تقدير الذات في تطوره بشكل كبير على الاستجابات الفورية الصادرة عن الوالدين والآخرين، إلى جانب خبرة الطفل ومشاعره تجاه قيمته الذاتية وقدراته (Paul & Babu, 2018).

ويُعرف تقدير الذات (Self- Esteem) بأنه: الحكم الذي يصدره الشخص على نفسه، سواء في الاتجاه الإيجابي أو السلبي، ويُعد انعكاسًا لتقييم الفرد لذاته في المجالات الشخصية، والأسرية، والأكاديمية، والاجتماعية. كما يُعدّ نابعًا للتقديرات التي يستمدّها الفرد من الأشخاص ذوي الأهمية في حياته، إلى جانب تقييمه الذاتي لمدى كفاءته وقدراته. ويمكن القول: إن تقدير الذات يُمثّل حلقة الوصل بين تقدير الذات والواقع الاجتماعي الذي ينشأ فيه الفرد، والأحداث السلبية أو الإيجابية التي تعترض مسار حياته، ويمكن إجمال ذلك بأن الأفراد الذين لديهم تقدير ذات مرتفع يمتلكون قدرة أكبر على التفاعل الاجتماعي، في حين أن ذوي التقدير المنخفض يواجهون صعوبات في التوافق مع محيطهم (النملة، 2017).

ويرى روزنبرج (Rosenberg) أن تقدير الذات هو التقييم الذي يقوم به الفرد، ويحتفظ به لنفسه، ويُعبّر عن اتجاه الاستحسان أو الرفض. وقد ركّز روزنبرج على العوامل الاجتماعية المُتمثلة في: المستويين الاقتصادي والاجتماعي، والانتماء الديني، وأساليب المعاملة الوالدية. كما اهتم بصفة خاصة بالدور الذي تقوم به الأسرة في تقييم الفرد لذاته، موضّحًا العلاقة بين تقدير الذات الذي يتكوّن في إطار الأسرة وأساليب السلوك الاجتماعي اللاحق للفرد، حيث يعدّ تقدير الذات انعكاسًا لاتجاه الفرد نحو نفسه (آدم والجان، 2014).

وفي إطار استكشاف مستوى تقدير الذات لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحَدِيثُ، هدفت دراسة لين وآخرين (Linn et al., 2008) إلى مقارنة مستوى تقدير الذات لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحَدِيثُ بمرضى اضطراب الشخصية التجنّبية. وقد أظهرت النتائج أن كلا المجموعتين أظهرتا انخفاضًا ملحوظًا في تقدير الذات مقارنة بغير المصابين، في حين أظهرت مجموعة (BPD) تقلّبات حادّة في تقدير الذات، مما يشير إلى ارتباط التقلّب في صورة الذات بسمات الشخصية الحَدِيثُ على نحو خاص.

أما دراسة شيه وآخرين (Xie et al., 2021) فقد سعت إلى استكشاف العلاقة بين سوء المعاملة في الطفولة وتطوّر سمات اضطراب الشخصية الحَدِيثُ (BPD)، مع التركيز على الدور الوسيط لكل من المرونة النفسية وتقدير الذات. وتوصّلت نتائج الدراسة إلى أن المرونة النفسية وتقدير الذات يعملان وسيطين مهمين في العلاقة بين الاعتداء العاطفي وتطوّر سمات اضطراب الشخصية الحَدِيثُ.

وبناءً على ما سبق من عرض، يتّضح أن اضطراب الشخصية الحَدِيثُ يُعَدُّ من الاضطرابات النفسية الخطيرة الذي ينبغي الاهتمام به ومعرفة العوامل المؤثرة فيه. وبناءً عليه، تتوجّه الدراسة الحالية لدراسة اضطراب الشخصية الحَدِيثُ في ضوء التعرّض لخبرات الإساءة في الطفولة وتقدير الذات.

المشكلة

أشار المسح الوطني السعودي للصحة النفسية إلى أن ما نسبته (34%) من السعوديين تنطبق عليهم معايير تشخيص اضطرابات الصحة النفسية، في حين أن (83%) من السعوديين المشخّصين باضطرابات حادة في الصحة النفسية لم يسعوا لتلقّي العلاج، على الرغم من أن هذه الاضطرابات تؤثر في الأفراد الأكثر تعليمًا، وقد تضمّن التقرير عددًا من الاضطرابات النفسية، من بينها: اضطراب الشخصية الحَدِيثُ (مركز الملك سلمان لأبحاث الإعاقة، 2019).

ويواجه الأفراد الذين يعانون من اضطرابات في الشخصية صعوبات بالغة في التفاعل الفعّال والمناسب مع الآخرين، ويتسمون بعدم الاستقرار، والافتقار إلى المرونة، إضافة إلى محدودية مهاراتهم في التكيف والمواجهة. وتُعدّ هذه السمات بارزة لدى المصابين باضطراب الشخصية الحَدِيثُ؛ إذ يعانون من مشاعر مزمنة من الفراغ والخواء، ومحاولات الانتحار، وميل إلى تناول المنبّهات العصبية والمواد المخدرة؛ مما يجعلهم عُرضة للسلوكيات الاندفاعية وتقلّبات المزاج، وتباين الاتجاهات نحو الذات والآخرين (Kaess, 2014).

وأظهرت الدراسات أن أساليب التربية الوالدية القاسية تُعدّ من أبرز العوامل التي تتنبأ بسمات اضطراب الشخصية الحَدِيثُ؛ فقد ذكر نحو (84%) من الأفراد الذين تم تشخيصهم لاحقًا باضطراب الشخصية الحَدِيثُ، أنهم تعرّضوا قبل سن الثامنة عشرة لتجارب من الإهمال الثنائي من كلا الوالدين، أو للإساءة الانفعالية. فالتربية الوالدية القاسية تؤدي إلى إحداث خلل في جوهر العمليات النفسية، مثل: التنظيم الانفعالي والمعرفة الاجتماعية. والتجارب والخبرات المبكرة لسوء المعاملة، والإساءة، والإهمال، والعجز النفسي الناجم عن ذلك؛ مما يُعرّض الطفل إلى خطر تطوّر اضطراب نفسي ونموه، مثل: اضطراب الشخصية الحَدِيثُ في مرحلتَي المراهقة والرشد (koerting, 2015; Steele et al., 2020).

ويُشير عدد من الباحثين إلى أن تدني تقدير الذات قد يكون مُتجذّرًا بعمق في البنية النفسية للفرد، ويرتبط بأسباب ترجع إلى طفولة مؤلمة، مثل: الانعزال عن الوالدين لفترات طويلة، أو الإهمال، أو الإيذاء، سواء كان جسديًا أو عاطفيًا أو جنسيًا. كما قد يتأثر تقدير الذات أيضًا بأحداث حياتية

شديدة الوقع في المراحل المتقدمة من الحياة، مثل: الطلاق، أو فقدان الوظيفة، والشعور العام بعدم السيطرة، أو الإحباط (Burton, 2012).

وتمثل الإساءة في مرحلة الطفولة عامل خطورة لعدد من المشكلات الصحية والاضطرابات النفسية، مثل: اضطراب الشخصية الحَدِيثُ ، ومستوى تقدير الذات. ورغم أهمية هذا الموضوع؛ فإن الباحثة -بحسب علمها- لم تجد دراسات عربية بوجه عام أو سعودية على وجه الخصوص، تناولت نمذجة العلاقات البنائية لمتغيرات الدراسة ولدى عينة الدراسة، وفي المرحلة العمرية نفسها؛ مما دعا الباحثة إلى استكشاف أثر خبرات الإساءة في الطفولة وتقدير الذات في التنبؤ باضطراب الشخصية الحَدِيثُ لدى طالبات جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية في مدينة الرياض.

وفي ضوء ما سبق؛ تتلخص مشكلة الدراسة الحالية في الأسئلة الآتية:

- ما مستوى كل من: الإساءة في مرحلة الطفولة، واضطراب الشخصية الحَدِيثُ ، وتقدير الذات لدى عينة من طالبات جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية في مدينة الرياض؟
- ما العلاقة بين اضطراب الشخصية الحَدِيثُ ، والإساءة في مرحلة الطفولة، وتقدير الذات لدى طالبات جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية في مدينة الرياض؟
- إلى أي مدى يمكن التنبؤ باضطراب الشخصية الحَدِيثُ، من خلال خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة لدى طالبات جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بمدينة الرياض؟
- ما الدور الوسيط لتقدير الذات في العلاقة بين الإساءة في خبرات الطفولة واضطراب الشخصية الحَدِيثُ لدى طالبات جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية في مدينة الرياض؟

المنهج والإجراءات

المنهج

لتحقيق أهداف الدراسة، أستخدم المنهج الوصفي بشق الارتباطي والمقارن؛ لمناسبته لأسئلة الدراسة، والتي تهدف إلى وصف الظاهرة، ومعرفة العلاقات بين متغيرات الدراسة.

المجتمع

تكوّن مجتمع الدراسة من جميع طالبات مرحلة البكالوريوس في جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية خلال العام الدراسي (2024/1445)، والبالغ عددهن (28137) طالبة، وذلك وفقاً لآخر تحديث صادر عن عمادة القبول والتسجيل، كما هو منشور في الموقع الرسمي للجامعة.

العينة

جُمِعت البيانات من عينة مُتيسِّرة من طالبات جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بمدينة الرياض، وذلك باستخدام استبانة إلكترونية مُصمَّمة على نموذج (Google Forms)، ووزعت من خلال رابط إلكتروني أُرسِل عبر البريد الإلكتروني للمشاركات في الفترة من (2024/10/15) إلى (2024/11/20).

ووضَّح الهدف من الدراسة للمشاركات، وأُكِّد أن المشاركة غير إلزامية، مع ضمان سرية البيانات، والحصول على الموافقة المُسبقة إلكترونيًا. بلغ عدد المشاركات (188) طالبة، تتراوح أعمارهن بين (20-25) عامًا بمتوسط عمري قدره 22.32، وقد تم اختيارهن من كليات مختلفة، شملت: كلية اللغات والترجمة، كلية العلوم الصحية، كلية العلوم الاجتماعية، كلية اللغة العربية، كلية الإعلام والاتصال، كلية الشريعة، وكلية العلوم والاقتصاد والعلوم الإدارية.

الأدوات

مقياس الإساءة في مرحلة الطفولة، إعداد: فقيه-رمضان وآخرون (Fakih-Romdhane et al., 2012)

يتكوّن المقياس من (12) فقرة بنسختين -عربية وإنجليزية-، موزعة على أربعة أبعاد، هي: سوء المعاملة النفسية، الإهمال، الاعتداء الجسدي، الاعتداء الجنسي. تتم الإجابة عن فقراته وفقًا لمقياس ليكرت رباعي التدرج، وتبدأ بـ (0) (أبدًا)، إلى (3) (دائمًا)، وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين (0 إلى 36)، حيث تشير الدرجات المرتفعة إلى مستوى مرتفع من التعرُّض للإساءة في مرحلة الطفولة.

وقد تحقّق مُعدّو المقياس من الخصائص السيكمترية للنسخة العربية في المجتمع اللبناني، وأظهرت النتائج تَمَتُّعه بخصائص سيكمترية جيدة؛ إذ تراوحت قيم مُعَامِل أوميغا ماكدونالدز بين (0.87-0.93).

وفي الدراسة الحالية، تم التحقق من صدق المقياس من خلال حساب معاملات ارتباط الفقرات بالأبعاد التي تنتمي إليها، وبالمقياس ككل، إضافة إلى ارتباط الدرجة الكلية لكل بُعد بالدرجة الكلية للمقياس.

وأظهرت النتائج أن مقياس الإساءة في مرحلة الطفولة يتسم باتساق داخلي جيد؛ إذ تراوحت قيم مُعَامِلات ارتباط الفقرة بالبُعد الذي تنتمي إليه بين (0.52-0.94). كما تراوحت قيم مُعَامِلات الارتباط بين الفقرات بالمقياس بشكل عام بين (0.38-0.77)، وبلغت مُعَامِلات الارتباط بين الأبعاد: (سوء المعاملة النفسية، والإهمال، والاعتداء الجسدي، والاعتداء الجنسي) بالدرجة الكلية للمقياس (0.74، و0.91، و0.64، و0.56) على التوالي. كما تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام كل من مُعَامِل ألفا كرونباخ، ومُعَامِل

أوميغا ماكدونالدز، حيث بلغ مُعامل أوميغا (0.868)، في حين بلغ معامل ألفا للدرجة الكلية (0.858)، وبلغت قيم معامل الثبات ألفا للأبعاد الأربعة كالتالي: (0.784) لبعء سوء المعاملة النفسية، و (0.806) لبعء الإهمال، و (0.672) لبعء الاعتداء الجسدي، و (0.830) لبعء الاعتداء الجنسي.

مقياس اضطراب الشخصية الحَدِيثَ ، إعداد: زناريني وآخرون (Zanarini et al., 2003)

تم قياس درجات سمات اضطراب الشخصية الحَدِيثَ باستخدام مقياس MSI-BP الذي أعدّه زناريني وآخرون (Zanarini et al., 2003)، ويتكوّن من (10) فقرات، منها (8) فقرات تتعلّق بمعايير اضطراب الشخصية الحَدِيثَ كما وردت في DSM-5 وDSM-IV، وفقرتين تتعلّقان بالتفكير البارانوني. وقد تكوّن المقياس من ثلاثة أبعاد، هي: الاضطراب العاطفي، والاندفاعية، واضطراب الذات والعلاقات الشخصية. وتأخذ الإجابة بـ (نعم) درجة واحدة (1)، أما الإجابة بـ (لا) فتأخذ (صفرًا)، حيث تُشير الدرجات الأعلى إلى وجود اضطراب الشخصية الحَدِيثَ .

وقد قام الغامدي (Alghamdi, 2024) بترجمة المقياس إلى اللغة العربية، وتحقّق من خصائصه السيكمترية في المجتمع السعودي على عينة مكوّنة من (829) فردًا، تراوحت أعمارهم بين (18 و24) عامًا. وأظهرت النتائج تمتّع المقياس بخصائص سيكمترية جيدة، إذ تراوحت معاملات ألفا بين (0.88-0.97).

وفي الدراسة الحالية تم التحقّق من صدق المقياس وثباته، وأظهرت النتائج أن مقياس اضطراب الشخصية الحَدِيثَ يتسم باتساق داخلي جيد، حيث تراوحت قيم مُعاملات ارتباط الفقرة بالبعء الذي تنتمي إليه بين (0.46-0.88)، بينما تراوحت قيم مُعاملات الارتباط بين الفقرات بالمقياس بشكل عام بين (0.39-0.61)، وبلغت مُعاملات الارتباط بين الأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية للمقياس: الاضطراب العاطفي (0.55)، الاندفاعية (0.70)، اضطراب الذات والعلاقات الشخصية (0.94) على التوالي. كما أظهرت مُعاملات ثبات المقياس قيمًا مرتفعة، حيث بلغ مُعامل أوميغا (0.715). كما بلغ معامل ألفا للدرجة الكلية (0.710)، و وبلغت قيم معامل الثبات ألفا للأبعاد الثلاثة للمقياس كالتالي: (0.566) لبعء الاضطراب العاطفي، و (0.624) لبعء الاندفاعية، و (0.638) لبعء اضطراب الذات والعلاقات الشخصية.

مقياس تقدير الذات، إعداد: روزنبرغ (Rosenberg, 1965)

يتكوّن المقياس من (10) فقرات تقيس تقدير الذات العام لدى المراهقين والراشدين (خمس فقرات مُصاغة بصورة موجبة، وخمس فقرات مُصاغة بصورة سالبة)، من خلال استجابة الأفراد لفقرات مُصاغة بلغة المتكلّم تصف المشاعر العامة لدى الفرد، ويُقابلهما تدرّج لفظي رباعي يتكون من: (أوافق بشدة - أوافق - لا أوافق - لا أوافق بشدة)، ويُعبّر عنه كمياً بالدرجات (1-2-3-4) على الترتيب.

وتمثل الدرجة الكلية على المقياس: بحاصل جمع الدرجات على الفقرات العشر، بعد عكس التدرج الكمي للفقرات المُصاغة بصورة سالبة، وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين (10) و(40)، بحيث تُشير الدرجة الأعلى إلى مستوى مرتفع من تقدير الذات، في حين تُشير الدرجة الأدنى إلى تقدير ذات منخفض. وقد تحقّق الأزبي (2016) من الخصائص السيكومترية للمقياس على عينة من الطلبة في المجتمع السعودي، وأظهرت النتائج تمتّع المقياس بالاتساق الداخلي والثبات الجيد، حيث تراوحت قيمة مُعامل ألفا كرونباخ (0.73)، في حين بلغ معامل الثبات (0.82).

وفي الدراسة الحالية، تم التحقق من صدق المقياس وثباته، حيث أظهرت النتائج أن مقياس تقدير الذات يتسم باتساق داخلي جيد؛ إذ تراوحت مُعاملات الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية للمقياس بين (0.36-0.83)، وجميعها دالة إحصائيًا عند مستوى (0.001). كما بلغ مُعامل ثبات ألفا كرونباخ (0.861)، وبلغ مُعامل أوميجا ماكدونالدز (0.867)، وهي قيم تشير إلى تجانس داخلي وثبات مرتفع لمقياس تقدير الذات لدى عينة الدراسة.

تحليل البيانات

أجري التحليل باستخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار (26)، وبرنامج النمذجة بالمعادلات البنائية (AMOS) الإصدار (24). وأستخدم الإحصاء الوصفي، ممثلًا في المتوسط الحسابي والانحراف المعياري؛ لقياس مستوى كل من: اضطراب الشخصية الحَدِيث ، والإساءة في مرحلة الطفولة، وتقدير الذات. كما تم استخدام مُعامل الارتباط الخطي لسبيرمان؛ لأن البيانات رتبية؛ وذلك للكشف عن العلاقات الارتباطية بين مُتغيّرات الدراسة. كذلك تم استخدام نموذج المعادلات البنائية؛ للكشف عن تأثير الإساءة بمرحلة الطفولة في اضطراب الشخصية الحَدِيث ، والكشف عن الدور الوسيط لتقدير الذات.

النتائج

نتيجة السؤال الأول: ما مستوى كل من: الإساءة في مرحلة الطفولة، واضطراب الشخصية الحَدِيث ، وتقدير الذات لدى عينة من طالبات جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية في مدينة الرياض؟

أستخدم الإحصاء الوصفي ممثلًا في المتوسط الحسابي والانحراف المعياري؛ وذلك للكشف عن مستوى الإساءة في مرحلة الطفولة، واضطراب الشخصية الحَدِيث ، وتقدير الذات لدى طالبات جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية في مدينة الرياض، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 1 الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية للمتغيرات المدروسة (ن=188).

المقياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
الإساءة في مرحلة الطفولة	0.37	0.41	منخفض
اضطراب الشخصية الحَدِيث	0.32	0.23	منخفض
تقدير الذات	3.12	0.52	متوسط

يتضح من الجدول (1) أن مستوى الإساءة في مرحلة الطفولة لدى طالبات الجامعة كان منخفضاً، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي على مقياس الإساءة في مرحلة الطفولة (0.37)، بانحراف معياري قدره (0.41). كما أظهرت النتائج أن مستوى اضطراب الشخصية الحَدِيث كان منخفضاً أيضاً؛ إذ بلغت قيمة المتوسط الحسابي على مقياس اضطراب الشخصية الحَدِيث (0.32)، بانحراف معياري قدره (0.23). وفيما يتعلق بمستوى تقدير الذات لدى طالبات الجامعة؛ فقد أشارت النتائج إلى أنه كان في المستوى المتوسط، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي (3.12)، بانحراف معياري قدره (0.52).

نتيجة السؤال الثاني: ما العلاقة بين اضطراب الشخصية الحَدِيث والإساءة في مرحلة الطفولة وتقدير الذات لدى طالبات جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية في مدينة الرياض؟

للإجابة عن هذا السؤال: أستخدم مُعامل ارتباط سبيرمان؛ للتعرف على طبيعة العلاقة بين اضطراب الشخصية الحَدِيث والإساءة في مرحلة الطفولة وتقدير الذات، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 2 مُعاملات الارتباط بين اضطراب الشخصية الحَدِيث والإساءة في مرحلة الطفولة وتقدير الذات لدى طالبات الجامعة (ن=188).

المتغيرات	الإساءة في مرحلة الطفولة	تقدير الذات
الاضطراب العاطفي	***0.38	***-0.24
الاندفاعية	***0.49	***-0.46
اضطراب الذات والعلاقات الشخصية	***0.52	***-0.49
اضطراب الشخصية الحَدِيث	***0.60	***-0.54

*** ذو دلالة عند مستوى (0.001).

يتضح من الجدول (2) وجود علاقة ارتباطية دالة وموجبة بين اضطراب الشخصية الحَدِيث وأبعادها المختلفة: (الاضطراب العاطفي، الاندفاعية، اضطراب الذات والعلاقات الشخصية)، والإساءة في مرحلة الطفولة لدى طالبات جامعة الإمام، وكانت كلها دالة عند مستوى (0.001). كما يتضح من الجدول وجود علاقة ارتباطية دالة وسالبة بين اضطراب الشخصية الحَدِيث وأبعادها المختلفة وتقدير الذات.

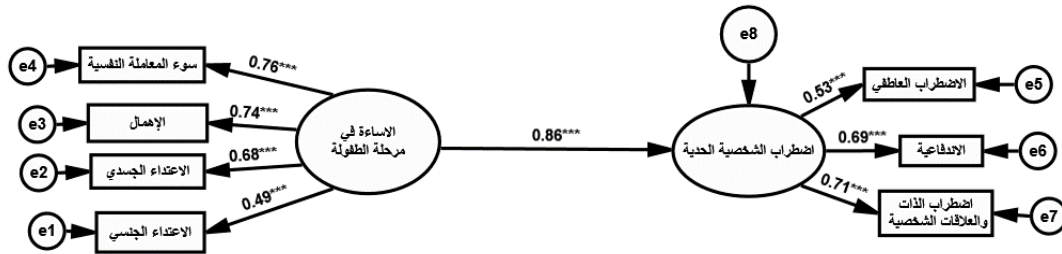
نتيجة السؤال الثالث: إلى أي مدى يمكن التنبؤ باضطراب الشخصية الحَدِيث/ من خلال خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة لدى طالبات جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية في مدينة الرياض؟

للتحقق من إمكانية التنبؤ باضطراب الشخصية الحَدِيث من خلال خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة؛ أُجري التحليل باستخدام طريقة التَّمذجة بالمعادلات البنائية باستخدام طريقة الاحتمالية القصوى،

وَحُكْم على مدى المطابقة من خلال مؤشرات حسن المطابقة الموصى بها، وهي: مؤشر جذر المطابقة المقارن (CFI)، ومؤشر جذر مربعات البواقي (RMSEA)، ومؤشر جذر متوسطات مربعات البواقي المعيارية (SRMR) (الدوسري، 2018، 2021، 2022).

وتتراوح قيمة مؤشر (CFI) بين الصفر والواحد، وتدلّ القيمة المرتفعة القريبة من الواحد على تطابق أفضل، أما القيمة القريبة من الصفر فتدلّ على مطابقة رديئة للنموذج، وتبلغ القيمة المثالية (0.90) فأكثر (Hu & Bentler, 1999). أما بالنسبة لمؤشر (RMSEA)، فإذا كانت قيمة المؤشر (0.05) فأقل؛ فإن هذا يدلّ على أن النموذج يُطابق تمامًا البيانات، وإذا كانت محصورة بين (0.05 و0.08) فيدلّ ذلك على أن النموذج يُطابق بدرجة كبيرة البيانات، وإذا كانت محصورة بين (0.08 و0.10)؛ فإن هذا يدلّ على تطابق متوسط أو مقبول، أما إذا كانت أكبر من (0.10) فيدلّ ذلك على عدم تطابق (Browne & Cudeck, 1993).

وتتراوح قيمة مؤشر (SRMR) بين الصفر والواحد، حيث تُشير القيمة القريبة من الصفر إلى تطابق أفضل للنموذج مع البيانات، وتبلغ القيمة المثالية (0.05) فأقل (Blunch, 2008). وقد أظهرت نتائج التَّمْدَجَة بالمعادلات البنائية تطابق النموذج مع البيانات (CFI = .982, SRMR = .038, RMSEA = .054). كما أظهرت النتائج أن هناك تأثيرًا موجبًا ودالًا إحصائيًا عند مستوى (0.001) للإساءة بمرحلة الطفولة في اضطراب الشخصية الحَدِيثُ؛ إذ بلغ مُعَامِل الانحدار المعياري (0.86)، والشكل الآتي يوضح ذلك.

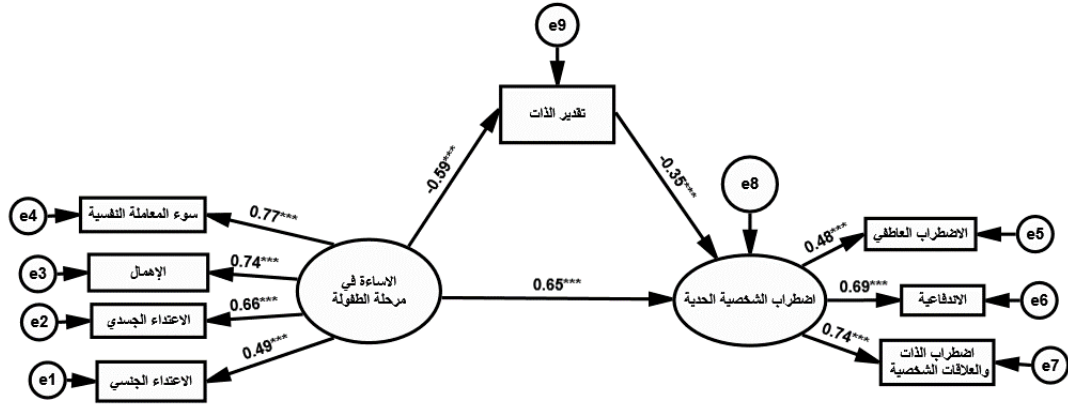


شكل 1: تأثير الإساءة بمرحلة الطفولة في اضطراب الشخصية الحَدِيثُ .

نتيجة السؤال الرابع: ما الدور الوسيط لتقدير الذات في العلاقة بين الإساءة في خبرات الطفولة واضطراب الشخصية الحَدِيثُ لدى طالبات جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية في مدينة الرياض؟

للتحقّق من الدور الوسيط لتقدير الذات في العلاقة بين الإساءة في مرحلة الطفولة واضطراب الشخصية الحَدِيثُ : أستخدمت التَّمْدَجَة بالمعادلات البنائية، وأوضحت النتائج تطابق النموذج مع البيانات (CFI = .950, SRMR = .049, RMSEA = .081). ويتبيّن من الشكل (2) أن تقدير الذات يؤثر سلبًا في اضطراب الشخصية الحَدِيثُ ، حيث بلغ مُعَامِل الانحدار المعياري (-0.35)، ويدلّ هذا على أنه كلما زاد

تقدير الذات؛ فإن هذا يؤدي إلى انخفاض مستوى الشخصية الحديّة. كما يتضح أن تقدير الذات يتأثر تأثيراً سلبياً من خلال الإساءة في مرحلة الطفولة، حيث بلغ مُعامل الانحدار المعياري (-0.59)، ومن ثمّ فإن تقدير الذات يؤدي دوراً وسيطاً في العلاقة بين الإساءة بمرحلة الطفولة واضطراب الشخصية الحديّة.



شكل 2: الدور الوسيط لتقدير الذات في العلاقة بين الإساءة في مرحلة الطفولة واضطراب الشخصية الحديّة.

المناقشة

هدفت الدراسة إلى قياس مستوى خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة، وتقدير الذات، واضطراب الشخصية الحديّة، إضافة إلى الكشف عن العلاقات بينها لدى طالبات جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، كما سعت الدراسة إلى الكشف عن إمكانية التنبؤ باضطراب الشخصية الحديّة من خلال خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة، والكشف عن الدور الوسيط لتقدير الذات في العلاقة بين خبرات الإساءة بمرحلة الطفولة واضطراب الشخصية الحديّة.

وأظهرت النتائج أن مستوى الإساءة في مرحلة الطفولة، ومستوى اضطراب الشخصية الحديّة كان منخفضاً، في حين كان مستوى تقدير الذات متوسطاً. ويمكن تفسير هذه النتيجة بطبيعة العينة التي تم التطبيق عليها، حيث تم تطبيق الدراسة على عينة غير إكلينيكية مكوّنة من طالبات جامعيّات، لذلك كان مستوى كل من اضطراب الشخصية الحديّة ومستوى الإساءة في مرحلة الطفولة منخفضاً، أما عن المستوى المتوسط لتقدير الذات فذلك يعكس التوزيع الاعتدالي لسمات الشخصية، حيث غالباً ما يملك الأفراد السمات بمستوى متوسط، إضافة إلى أن العينة من طالبات الجامعة، فهن ما زلن في مقتبل العمر وما زالت التجارب والخبرات العملية لديهن محدودة، والتي تؤثر بدورها في تقدير الذات.

كما أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة بين اضطراب الشخصية الحديّة وأبعادها المختلفة (الاضطراب العاطفي، الاندفاعية، اضطراب الذات والعلاقات الشخصية)، والإساءة في مرحلة الطفولة لدى طالبات الجامعة. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج عدد من الدراسات، مثل: (أبي هلال، 2022؛ كامل،

2023؛ 2023؛ kenj et al., 2023; Alrashidi & Alosaimi, 2024). كما توصلت الدراسة إلى أنه يمكن التنبؤ باضطراب الشخصية الحَدِيثُ من خلال خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج عدد من الدراسات، مثل: (رضوان وغزي، 2023؛ Bozzatello et al., 2021).

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الإساءة في مرحلة الطفولة والتأثير السلبي بأشكاله المختلفة (لفظي- جسدي- إهمال)؛ يؤثر في الأبناء أثناء مرحلة الطفولة، فهي مرحلة تكوين للشخصية، ويكون تأثير الوالدين فيها قوياً؛ لما لتلك المرحلة من تأثير عاطفي مع الوالدين، فالأساليب المُستخدمة لتربية الأبناء أو التعامل مع الأخطاء التي تصدر من الأبناء وإهمال مشاعرهم بعدم التشجيع أو عدم مشاركتهم أو البُعد عنهم؛ يجعلهم أكثر عُرضة للتذبذب في مشاعرهم تجاه الآخرين؛ بسبب سوء العلاقة الوالدية التي تعدُّ مؤشراً واضحاً في تطوّر سمات الشخصية الحَدِيثُ، وربما يتكوّن الاضطراب في مرحلة المراهقة. ويمكن تفسير هذه النتيجة بالتأثير طويل الأمد لتجارب الطفولة السلبية في ظهور اضطراب الشخصية.

كما أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية سلبية دالة بين اضطراب الشخصية الحَدِيثُ وأبعادها المختلفة (الاضطراب العاطفي، الاندفاعية، اضطراب الذات والعلاقات الشخصية) وتقدير الذات لدى طالبات الجامعة، كما تم التحقق من الدور الوسيط لتقدير الذات في العلاقة بين الإساءة في مرحلة الطفولة واضطراب الشخصية الحَدِيثُ باستخدام النَمْدَجَة بالمعادلات البنائية، وبيّنت النتائج تطابق النموذج مع البيانات، وأن تقدير الذات يؤثر سلباً في اضطراب الشخصية الحَدِيثُ. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج عدد من الدراسات، مثل: (Xie et al., 2021; Linn et al., 2008).

ويمكن تفسير هذه النتيجة بالدور المهم لتقدير الذات في حماية الشخصية من الاضطراب، حيث يذكر بيرتون (Burton, 2012) أن تدني تقدير الذات يكون مُتَجَذِّراً بعمق في الشخصية مع أسباب ترجع إلى الطفولة المؤلمة، مثل: الانعزال عن الوالدين لفترات طويلة، أو الإهمال، أو الإيذاء، سواء كان جسدياً أو عاطفياً أو جنسياً. كما قد يتأثر تقدير الذات أيضاً بأحداث حياتية شديدة الوقع في المراحل المتقدمة من الحياة، مثل: الطلاق أو فقدان الوظيفة والشعور العام بعدم السيطرة أو الإحباط.

وبذلك يظهر دور تقدير الذات الوقائي -إذا ما أصبح في بعض الحالات علاجياً- في الحدّ من تطور سمات اضطراب الشخصية الحَدِيثُ لدى الأفراد الذين تعرّضوا لسوء المعاملة في الطفولة، وتُساعد هذه النتيجة العاملين في المجال الإكلينيكي على تعزيز دور تقدير الذات في الخطة العلاجية لدى الأشخاص المُشَخَّصين باضطراب الشخصية الحَدِيثُ، ومساعدتهم على رفع مستوى تقديرهم لذواتهم، كما تُساعد على تقديم الدعم لدى الوالدين في معرفة كيفية التعامل مع أبنائهم؛ للوقاية من الاضطرابات النفسية وتعزيز الصحة النفسية.

المحددات

- اقتصرت عينة الدراسة على الإناث في جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، وهذا القيد يحد من إمكانية تعميم النتائج على الذكور أو على شرائح أخرى من الجامعات السعودية.
- اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، واستخدام الاستبانة لجمع البيانات، ورغم أن هذا المنهج يوفّر رؤية قيمة حول الظاهرة المدروسة، لكنه لا يسمح بتحديد العلاقات السببية بشكل قاطع.
- اقتصر نطاق الدراسة على مدينة الرياض؛ مما قد يحد من إمكانية تعميم النتائج على مناطق أخرى في المملكة العربية السعودية أو في الدول العربية الأخرى.
- رغم الجهود المبذولة لاستعراض الأدبيات، فلا تزال الدراسات العربية التي تتناول العلاقة بين أساليب التربية واضطراب الشخصية الحَدِيثَ محدودة، وقد تؤثر هذه الفجوة في الأدبيات على المقارنة المرجعية وتفسير النتائج في سياق ثقافي عربي.

التوصيات

- تقديم برامج علاجية؛ لرفع مستوى تقدير الذات للأفراد المشخصين باضطراب الشخصية الحَدِيثَ .
- تقديم منهج نمائي للوالدين، قائم على أهمية فترة الطفولة وتأثيرها في نشوء بعض الاضطرابات النفسية مثل: اضطراب الشخصية الحَدِيثَ .
- تدريب الآباء والمعلمين والممارسين الصحيين على دعم تنمية تقدير الذات لدى الأطفال والمراهقين؛ لتقليل احتمالية سمات اضطراب الشخصية الحَدِيثَ .
- ضرورة الاهتمام بالأفراد الذين يعانون أو عانوا في فترة الطفولة من الإهمال أو أحد أشكال الإيذاء النفسي أو الجسدي، حيث أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية لسوء المعاملة في الطفولة باختلاف أشكالها وظهور سمات اضطراب الشخصية الحَدِيثَ .

المراجع

المراجع العربية

- أبو هلال، سوزان محمد. (2022). صدمات الطفولة العاطفية والجسدية وعلاقتها باضطراب الشخصية الحَدِيثَ لدى طلبة من جامعة القدس. *المجلة التربوية الأردنية، الجمعية الأردنية للعلوم التربوية، 9* (عدد خاص)، 260-283.

- آدم، بسماء والجاجان، ياسر. (2014). جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات: دراسة ميدانية على عينة من طلبة قسمي علم النفس والإرشاد النفسي في كلية التربية بجامعة دمشق. *مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية*، 36(5)، 345-361.
- الأزبي، خالد عبد الله. (2016). *الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير الذات لروزنبرغ لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة الطائف [رسالة ماجستير، جامعة أم القرى]*. قاعدة دار المنظومة.
- البشر، سعاد عبد الله. (2005). *مظاهر اضطراب الشخصية الحَدِيث وعلاقتها ببعض المُتَغَيِّرات النفسية الاجتماعية [رسالة دكتوراه غير منشورة]*. جامعة القاهرة.
- الحافظي، هدى رجاء والضبيان، نوال عبد الله. (2021). خبرات الإساءة في الطفولة وعلاقتها بمهارات التفاعل الاجتماعية لدى عينة من المراهقات الموهوبات. *المجلة الإلكترونية الشاملة متعددة التخصصات*، 34(34)، 110-102.
- حلمي، بسمة بنت عبد العزيز وحيد الدين، رضية. (2023). خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة لدى عينة من الشباب في مدينتي الرياض وجدة. *العلوم التربوية*، 31(2)، 345-319.
- خوج، حنان. (2014). اضطراب الشخصية الحَدِيث : دراسة مقارنة بين طالبات المرحلة الثانوية وطالبات الجامعة بالتخصصات العلمية والأدبية في المملكة العربية السعودية. *المجلة التربوية*، 28(111)، 144-107.
- الدماطي، إيمان جابر. (2012). *التفاعل بين الطفل والأم وعلاقته بالنمو الاجتماعي في مرحلة الطفولة المبكرة [رسالة دكتوراه غير منشورة]*. جامعة عين شمس.
- الدوسري، سعيد بن عبد الله. (2018). *النَّمذجة بالمعادلات البنائية باستخدام البرنامج الإحصائي AMOS: مفاهيم وتطبيقات*. أمازون كيندل.
- الدوسري، سعيد بن عبد الله. (2021). استخدام النَّمذجة بالمعادلات البنائية في البحوث النفسية العربية: مراجعة وتوصيات. *المجلة السعودية للعلوم النفسية بجامعة الملك سعود*، 67(67)، 61-43.
- الدوسري، سعيد بن عبد الله. (2022). طريقة استخدام النَّمذجة بالمعادلات البنائية في البحوث النفسية. *المجلة الدولية للأبحاث التربوية بجامعة الإمارات*، 46(3)، 401-371.
- رضوان، شعبان جاب الله وغزي، هبة الله محمد. (2023). دور أساليب المعاملة الوالدية السلبية وأنماط التفاعل الأسري السلبية في التنبؤ بمظاهر اضطراب الشخصية الحَدِيث لدى عينة من مرضى اضطراب الشخصية الحَدِيث. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، 11(3)، 555-614.

شينار، سامية. (2019). خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة وعلاقتها بالسلوك العدواني لدى الأحداث الجانحين. *مجلة الفنون والآداب وعلوم الإنسانيات والاجتماع*، (37)، 329-347.

مركز الملك سلمان لأبحاث الإعاقة. (2019). *المسح الوطني السعودي للصحة النفسية في المملكة العربية السعودية: التقرير الفني*. <https://2u.pw/JOd44>

النملة، عبد الرحمن. (2017). تقدير الذات. *مجلة فكر الثقافية*. <http://www.fikrmag.com/article-detail.php>

المراجع الأجنبية

Abu Hilal, S. M. (2022). Emotional and physical childhood trauma and its relation to borderline personality disorder in students from Al-Quds University. *Jordanian Educational Journal* 9(Special Issue), 260–283. <https://doi.org/10.46515/jaes.v9iSpecial/20Issue.1281>

Adam, B., & Al-Jajan, Y. (2014). Quality of life and its relation to self-esteem: A field study on a sample of students from the Departments of Psychology and Psychological Counseling at the Faculty of Education, Damascus University. *Tishreen University Journal of Research and Scientific Studies*, 36(5), 345–361.

Aldmāty, I. J. (2012). The interaction between the child and the mother and its relationship with social development in early childhood [Unpublished doctoral dissertation]. Ain Shams University.

AL-Dossary, S. (2018). Structural equation modeling using AMOS statistical software: Concepts and applications. Amazon Kindle.

AL-Dossary, S. (2021). The use of structural equation modeling in Arabic psychological research in 2000-2020: Review and recommendations. *Saudi Journal of Psychological Sciences*, King Saud University, (67), 43-61.

AL-Dossary, S. (2022). How to use structural equation modeling in psychological research. *International Journal of Educational Research*, UAE University, 46(3), 371-401.

Alghamdi, F. S. (2024). Borderline personality disorder in Saudi Arabia: The psychometric properties of the Arabic version of the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Research in Curriculum, Instruction and Educational Technology*, 10(1), 245–261.

Al-Hafaji, H. R., & Al-Dhubyan, N. A. (2021). Childhood abuse experiences and their relation to social interaction skills among a sample of gifted adolescent girls. *Electronic Journal of Comprehensive Multidisciplinary Studies*, (34), 102–110.

Al-Namlah, A. (2017). Self-esteem. *Fikr Cultural Journal*. Retrieved from <http://www.fikrmag.com/article-detail.php>.

Alrashidi, F., & Alosaimi, D. (2024). The relationship between adverse childhood experiences and borderline personality disorder among university students in Saudi Arabia. *International Journal of Child and Human Development*, 17(1). <https://lifescienceglobal.com/pms/index.php/ijchn/article/view/9915>

Armour, J. A., Joussemet, M., Mageau, G. A., & Varin, R. (2022). Perceived parenting and borderline personality features during adolescence. *Child Psychiatry & Human Development*, 53(5), 1041-1054. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01295-3>

Blunch, N. (2008). *Introduction to structural equation modelling using SPSS and AMOS*. Sage.

- Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M., & Bellino, S. (2021). The role of trauma in early onset borderline personality disorder: A biopsychosocial perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 721361. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.721361>
- Browne, M., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 445–455). Sage.
- Burton. (2012). *Psychology today*. <http://www.psychologytoday.com/us> blog.
- El-Bashir, S. A. (2005). *Manifestations of borderline personality disorder and their relation to some psychosocial variables* [Unpublished doctoral dissertation]. Cairo University.
- Fekih-Romdhane F, Obeid S, Malaeb D, Hallit R, Hallit S. Validation of a shortened version of the eating attitude test (EAT-7) in the Arabic language. *J Eat Disord*. 2022;10(1):127.
- Hu, L., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, (6), 1-55.
- Hulmi, B. B. A., & Humaid Al-Din, R. (2023). Childhood abuse experiences among a sample of youth in Riyadh and Jeddah. *Educational Sciences*, 31(2), 319–345. <https://doi.org/10.21608/ssj.2023.309124>
- Kaess, M. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134(4), 782-793.
- Kamel, N., Sleilaty, C., Haddad, C., Hallit, R., Obeid, S., & Hallit, S. (2023). The association between emotional abuse in childhood and borderline personality disorder: The mediating role of emotion dysregulation. *BMC Psychiatry*, (23), Article 745. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05107-w>
- Kenj, G., Hallit, S., & Obeid, S. (2023). The relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder: The mediating role of difficulties in emotion regulation among Lebanese adults. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10(34). <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00241-0>
- Khog, H. (2014). Borderline personality disorder: A comparative study between high school female students and female university students in scientific and literary disciplines in Saudi Arabia. *Educational Journal*, 28(111), 107–144.
- Kiel, E., Gratz, K., Moore, S., Latzman, R., & Tull, M. (2011). The Impact of Borderline Personality Pathology on Mothers Responses to infant Distress. *Journal of Family Psychology*, 25(6), 907-918.
- King Salman Center for Disability Research. (2019). *Saudi National Mental Health Survey in the Kingdom of Saudi Arabia: Technical Report*. <https://2u.pw/JOd44>
- Koerting, J. (2015). *Childhood predictors of personality disorder* [Unpublished Doctoral Dissertation]. University of Southampton.
- Krause-Utz, A., Erol, E., Brousianou, A. V., Cackowski, S., Paret, C., Ende, G., & Schmahl, C. (2019). Self-reported impulsivity in women with borderline personality disorder: The role of childhood maltreatment severity and emotion regulation difficulties. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6(1), Article 6. <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0101-8>
- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 29–52). Oxford University Press.

- Lynum, L. I., Wilberg, T., & Karterud, S. (2008). Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(6), 469–477. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00655.x>
- Meaney, R., Hasking, P., & Reupert, A. (2016). Prevalence of borderline personality disorder in university samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *PLoS ONE*, 11(5), e0155439. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155439>
- Okenyi, O. S., & Igo, J. (2024, December). Influence of parenting styles on the development of borderline personality among adolescent on Enugu metropolis. *Global Journal of Applied, Management and Social Sciences (GOJAMSS)*, (30), 33-44.
- Paul, N., & Babu, J. (2018). Role of Parents for the life Skill Development of children with learning Disability. *Indian journal of Applied Reserch*, 8(8), 17-20.
- Pou, J. (2019). *Dialectical behavior therapy and mentalization based treatment for borderline personality disorder: Similarities, differences, and clinical implications* [Doctoral dissertation, Biola University].
- Rizwan, S. G., & Ghazy, H. M. (2023). The role of negative parental treatment styles and negative family interaction patterns in predicting borderline personality disorder symptoms among a sample of patients with borderline personality disorder. *Egyptian Journal of Psychological Science*, 11(3), 614–655.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.
- Schurz, M., Berenz, J., Maerz, J., Perla, R., Buchheim, A., & Labek, K. (2024). Brain activation for social cognition and emotion processing tasks in borderline personality disorder: A meta-analysis of neuroimaging studies. *Brain Sciences*, 14(4), 395–411. <https://doi.org/10.3390/brainsci14040395>.
- Sheffer, J., Piazza, J., Quinn, J., Sachs-Ericsson, N., & Stanley, I. (2019). Adverse childhood experiences and coping strategies: Identifying pathways to resiliency in adulthood. *Journal of Anxiety, Stress, & Coping*, 32(5), 594–609. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1638699>
- Shenaar, S. (2019). Childhood abuse experiences and their relationship to aggressive behavior among delinquents. *Journal of Arts, Humanities, Social Sciences, and Social Work*, (37), 329–347.
- Steele, K. R., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. S. (2020). Parenting stress and competence in borderline personality disorder is associated with mental health, trauma history, attachment and reflective capacity. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7(8). <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00124-8>
- Stepp, S. D., & Lazarus, S. A. (2018). Identifying a borderline personality disorder prodrome: Implications for community screening. *Personality and Mental Health*, (11), 195–205. <https://doi.org/10.1002/pmh.1389>
- Xie, G., Chang, J., Yuan, M., Wang, G., He, Y., Chen, S., & Su, P. (2021). Childhood abuse and borderline personality disorder features in Chinese undergraduates: The role of self-esteem and resilience. *BMC Psychiatry*, 21(1), 326. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03332-w>
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17(6), 568–573. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.6.568.25355>

فاعلية برنامج علاجي تكاملي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة

لدى الجنود السعوديين

سامي بن سعيد الزهراني

جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

أُسْتُلِمَ بتاريخ 2025/7/20 وقُبِلَ للنشر بتاريخ 2025/8/26

المستخلص: هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية برنامج علاجي تكاملي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الجنود السعوديين. تَكَوَّنَت عينة الدراسة من (22) مشاركاً، تم تشخيصهم مسبقاً باضطراب كرب ما بعد الصدمة في مستشفى الأمير سلطان بن عبد العزيز الطبية العسكرية، ووافقوا على المشاركة في الدراسة. وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية بناءً على حصولهم على أعلى الدرجات في مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة. تم تقسيم العينة إلى مجموعتين متكافئتين: تجريبية، وضابطة، بواقع (11) مشاركاً في كل مجموعة. استخدم الباحث مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة (ترجمة الباحث وتعريبه)، وبرنامج علاجي تكاملي من إعداد الباحث. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح لصالح المجموعة الضابطة، ووجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح لصالح التطبيق القبلي، بينما لم تظهر النتائج فروقاً دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة في القياس البعدي والقياس التبعي (بعد توقف تطبيق البرنامج العلاجي التكاملي بشهرين).

الكلمات المفتاحية: العلاج التكاملي، اضطراب كرب ما بعد الكرب، الصدمة، الجنود.

The Effectiveness Of an Integrative Treatment Program in Reducing Symptoms Of Post-Traumatic Stress Disorder Among Saudi Soldiers

Sami Saeed AL Zahrani

Imam Muhammad Ibn Saud Islamic University

Received on 20/7/2025 prior to publication on 26/8/2025

Abstract: The current study sought to confirm that an integrative treatment program was successful in lowering PTSD symptoms in Saudi soldiers. The study sample consisted of 22 researchers, specifically chosen based on their highest PTSD scale score. Eleven researchers who had previously received a PTSD diagnosis from Prince Sultan Bin Abdulaziz Military Medical Hospital made up each of the two equal experimental and control groups. Their application to the study was accepted. The researcher used an integrative therapy program that she developed and translated and modified, as well as the Post-Traumatic Stress Disorder Scale. According to the study, the experimental group's scores on the PTSD Symptoms Scale before and after the suggested treatment program were put into place differed significantly in the pre-application direction. Additionally, the experimental and control groups' scores on the PTSD scale show statistically significant differences in favor of the control group following the implementation of the suggested treatment program. When comparing the experimental group on the PTSD scale between the dimension measurement and the follow-up measurement (two months after the integrative therapeutic program's implementation ended), no statistically significant differences were found.

Keywords: Integrative Therapy, Post-Traumatic Stress Disorder, Soldiers

مقدمة وخلفية نظرية

بدأ استخدام مصطلح اضطراب كرب ما بعد الصدمة تدريجيًا عقب انتهاء الحرب العالمية الثانية، حيث لوحظت مجموعة من الأعراض النفسية المشتركة التي تظهر على بعض الجنود المقاتلين أثناء مشاركتهم في الحرب، ثم اكتملت الملاحظة لتشمل ظهور الأعراض بصفة عامة على الذين يشاهدون أو يتعرضون لمواقف، مثل: التهديدات والقتل والتعذيب والاغتصاب، أو الهجرة والنزوح، أو المجازر وانتهاك القيم، أو فقدان المقومات الأساسية، والقصور الجسدي والوظيفي، والحرمان من الحاجات الضرورية. وقد تم لاحقًا تعميم المصطلح على كل الذين تظهر عليهم الأعراض؛ جراء تعرضهم للكوارث الطبيعية الصادمة، مثل: الزلازل والفيضانات والبراكين والأعاصير والحرائق التي تهدد حياة الإنسان، وتتجاوز قدراته على الاحتمال والمقاومة والتكيف، وتجعله في حالة من الهلع واختلال البناء النفسي والبدني (Nader & Aldouri, 2019).

ومن جهة أخرى، تُبين المسوحات العالمية للصحة النفسية وجود أدلة قوية على العبء العالمي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة، حيث أظهرت دراسة أجريت في (24) دولة، وشارك فيها (71,083) مشاركًا، باستخدام المقاييس نفسها، أن معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بين عامة السكان بلغ (3.9%)، وقد تفاوتت نسب الانتشار حسب مستوى الدخل؛ إذ بلغ في الدول ذات الدخل المرتفع (5.0%)، وفي الدول ذات الدخل المتوسط المرتفع (2.3%)، بينما بلغ (2.1%) في الدول ذات الدخل المنخفض؛ إذ سجل في إنجلترا معدل انتشار بلغ (2.9%)، وهو مماثل لـ (2.4%) المبلغ عنها في كندا وإيطاليا، بينما كانت النسبة أقل في أستراليا، حيث بلغت (1.3%). وفي المقابل، أفادت مراجعة منهجية لدول إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أن معدل انتشار الاضطراب فيها بلغ نحو (22%) (Brewin et al., 2025). وعلى المستوى المحلي، يشير تقرير المسح الوطني السعودي للصحة النفسية عام 2019 إلى أن معدل انتشار اضطراب كرب ما بعد الصدمة في المملكة العربية السعودية بلغ حوالي (3,4%) (التوحيدي وآخرون، 2019).

ومن الجدير بالذكر أن الصدمة تُحدث تأثيرات معرفية ووجدانية وسلوكية لدى الفرد، وقد أُطلق على هذه الحالة مصطلح اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وهو اضطراب نفسي يتعلّق بظهور مجموعة من الأعراض النفسية بعد تعرّض الشخص لأحداث صادمة تؤدي لأعراض، تستمر معه أشهرًا وأحيانًا سنوات، مما يؤثر في توافقه وأدائه الوظيفي وعلى ممارسة أنشطته اليومية. وعادة ما تظهر الأعراض بوضوح بعد مرور شهر أو أكثر من التعرّض للأحداث الصادمة، وفي بعض الحالات النادرة قد لا تظهر الأعراض إلا بعد سنوات. كما قد تزداد حدة الأعراض فترافقها نوبات من الهلع، خاصة عند زيادة الضغوط النفسية أو عند تعرّض الشخص لموقف يعيد ذكريات الموقف الصادم (Venereau et al., 2013).

ومن الجدير بالذكر أن للجهاز العصبي اللاإرادي دورًا في الاستجابات للتوتر، لا سيما في حالة اضطراب كرب ما بعد الصدمة، فغالبًا ما يكون الجهاز العصبي السمبثاوي هو المسؤول عن استجابة الجسم "للقتال أو الهروب" المفرط النشاط، مما يؤدي إلى حالة فرط الإثارة المزمنة. ويتجلى هذا النشاط المفرط في ارتفاع معدل ضربات القلب، وزيادة ضغط الدم، وتسارع التنفس، فضلًا عن شدة الاستجابات المفاجئة وصعوبة تنظيم العواطف، حيث يسيء الجسم تفسير المواقف اليومية غير الخطرة على أنها تهديدات، مما يؤدي إلى استجابة التوتر حتى عندما لا يكون هناك خطر حقيقي (Siciliano et al., 2022).

ورغم أن أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة قد تنجم عن معظم الأحداث الصادمة بحسب قابلية الأفراد، إلا أن الحروب تعدُّ أشد أشكال العدوان على الإنسان، ومن أبرز أمثلتها الحربان العالميتان الأولى والثانية، اللتان لا تزال آثارهما قائمة حتى اليوم (Amro, 2024).

ومن الشائع أن يعود الجنود من الحرب وهم يعانون من اضطراب كرب ما بعد الصدمة، فأتثناء الحرب تكون حالة التأهب القصوى ملازمة لهم طوال الوقت؛ نظرًا لما يواجهونه من مخاطر الموت أو الإصابة، ورؤيتهم للآخرين وهم يُصابون أو يُقتلون، وقد يضطرون إلى قتل أو إصابة الآخرين. فجميع هذه المواقف تزيد من احتمالية إصابتهم باضطراب كرب ما بعد الصدمة أو باضطرابات أخرى تتعلق بالصحة النفسية (Wittchen et al., 2012).

وتجدر الإشارة إلى أن اضطراب كرب ما بعد الصدمة يُعد من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا بين المحاربين القدامى وأفراد الخدمة. وتشير الأبحاث إلى أن ما بين (14-16%) من أفراد الخدمة الأمريكية المنتشرين في أفغانستان والعراق قد تأثروا بهذا الاضطراب، والذي غالبًا ما يترافق مع مشكلات نفسية وجسدية أخرى، مثل: الانتحار، وإصابات الدماغ، واضطراب تعاطي المخدرات، والعنف (Inoue et al., 2023).

وتشير بعض الإحصاءات إلى ارتفاع معدلات اضطراب ما بعد الصدمة بين رجال الشرطة والعسكريين؛ إذ تتراوح النسبة بين ثلث إلى أكثر من نصف المعرضين لأحداث صادمة محتملة. ويتراوح معدل انتشار الاضطراب بين المحاربين القدامى بين (10-15%). وكشفت مراجعة نقدية أجراها ريتشاردسون وآخرون (Richardson et al., 2010) في كل من الولايات المتحدة والمملكة المتحدة أن معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأفراد العسكريين يتراوح بين (2-17%). كما أظهرت دراسة لأوبوبي-دونكور وآخرين (Obuobi-Donkoret al., 2022) أن ما بين (10-35%) من المستجيبين الأوائل بما في ذلك رجال

الشرطة يعانون من اضطرابات نفسية، حيث بلغت نسبة انتشار كرب ما بعد الصدمة بين أفراد سيارات الإسعاف (11%)، ولدى رجال الإطفاء (6.5-37%).

وقد أكدت العديد من الدراسات أن تأثير اضطراب كرب ما بعد الصدمة لا يقتصر على الشخص المصاب فقط، بل يمتد إلى أسرته أيضاً؛ لأن الأسرة نظاماً مترابطاً ووحدة متكاملة، يتأثر أفرادها ببعضهم بعضاً بشكل متبادل، ولذلك فعند تعرض الأسرة لأزمة أو حدث ما يتوقع أن يمتد تأثير هذا الحدث إلى جميع أفرادها سواء بدرجة مباشرة أم غير مباشرة (عبد المسيح، 2024).

كما يتضمن اضطراب كرب ما بعد الصدمة مجموعة من الأعراض التي يمكن أن تؤثر في أفراد الأسرة، فعندما يُصاب شخص ما باضطراب كرب ما بعد الصدمة، يمكن أن تتأثر قدرته على العمل كأب أو كزوج، ويؤدي إلى تغيير في أدائه وقدرته على تلبية احتياجات الأسرة، وبالتالي يزيد من التوتر والعنف داخل الإطار الأسري (Steenkamp et al., 2013).

إضافة إلى ذلك؛ فإن الشخص الذي يعاني من اضطراب كرب ما بعد الصدمة لديه مشكلة في علاقاته العائلية والاجتماعية، حيث إن هذا الاضطراب يتسبب في حدوث مشكلات تتعلق بالثقة، وتكوين علاقات اجتماعية جديدة، والتواصل مع الآخرين وحل المشكلات، والتي بدورها تؤثر في الطريقة التي يتعامل بها مع الأسرة وأفراد المجتمع (عبد الرحمن وآخرون، 2022).

ويمكن الحدّ من أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، من خلال مجموعة من الاستراتيجيات والفنيات العلاجية التي يتم اختيارها بناءً على تقييم المعالج للصدمة والأعراض (الكرد، 2015). وتعدد أنواع العلاج المستخدمة في علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة، منها العلاج التكاملي والذي يُعرف بأنه اتجاه يسعى إلى التكامل بين النظريات العلاجية المختلفة، من حيث انتقاء الفنيات العلاجية أو العوامل المشتركة بين النظريات المختلفة، ويتجاوز حدود النظرية الواحدة، مستفيداً من إسهامات النظريات العلاجية، من خلال دمجها في نموذج علاجي تكاملي شرط أن يكون هناك انسجام وتناسق وعدم تناقض بين ما يختاره هذا النموذج التكاملي من نظريات أو فنيات مختلفة (Castonguay et al., 2015).

وأوضح عزب (2016) أن النظرية التكاملية تمثل منظومة ذات طابع متسق ومترابط، تتناسب مع خصائص المسترشدين ونوعية الاضطرابات والمشكلات ودرجتها، فكل نظرية تُسهم في مواجهة بعض الاضطرابات، وتتلاءم مع الفروقات الفردية، بعيداً عن التمسك بنظرية واحدة قد لا تحقق فنياتها الأثر الذي يجعل من العلاج فاعلاً في معالجة المشكلات.

وهناك اتفاق متزايد بين المعالجين النفسيين والباحثين على أنه لا يوجد نهج علاجي واحد يمكن أن يكون فعالاً ومناسباً لجميع المرضى والمشكلات والسياقات، ففي دراسة استقصائية شملت أكثر من ألف معالج، أشار (15%) فقط إلى أنهم استخدموا توجُّهًا نظريًا واحدًا فقط في ممارستهم، في حين كان متوسط عدد التوجُّهات النظرية المستخدمة في الممارسة العملية أربعة (Tasca et al., 2015).

يهدف العلاج التكاملي إلى معرفة ما يمكن تعلُّمه وتقديمه من وجهات نظر مختلفة في الممارسة، يتضمن التكامل في العلاج النفسي أربعة مناهج محتملة: التكامل النظري (أي: تجاوز النماذج المتنوعة من خلال إنشاء نهج واحد ولكنه مختلف)، والانتقائية التقنية (أي: استخدام المكونات الفعالة من مناهج مختلفة)، والتكامل الاستيعابي (أي: العمل بشكل أساسي من داخل نموذج واحد ولكن بدمج جوانب الآخرين عند الحاجة)، ونهج العوامل المشتركة (أي: التركيز على الممارسات العلاجية الفعالة المشتركة بين جميع المناهج) (Zarbo et al., 2016).

كما يمكن دمج مناهج العلاج النفسي التكاملي في أي نوع من الأعمال العلاجية طويلة الأجل أو قصيرة الأجل مع الأطفال والمراهقين والبالغين، سواء كان فرديًا أو مع الأزواج أو مع العائلات أو في بيئات جماعية؛ إذ يمكن استخدام نهج تكاملي لعلاج مجموعة من المخاوف النفسية، بما في ذلك الاكتئاب والقلق واضطرابات الشخصية والحزن، وتدني احترام الذات، وإيذاء النفس والصدمات، واضطراب ما بعد الصدمة، ومشكلات العلاقات ومخاوف النوم، والتحدّيات الجنسية، واضطرابات تعاطي المخدرات، واضطرابات الأكل (Zarbo et al., 2015).

وتوجُّه عدد من الدراسات لاستخدام العلاج التكاملي في علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة، منها دراسة أوتس وآخرين (Otis et al., 2009) التي طُبِّقت على ستة من المحاربين القدامى بمتوسط عمري (51) عامًا، والذين يعانون من الألم المزمن وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وخلصت الدراسة إلى قدرة البرنامج العلاجي التكاملي على خفض الآلام المزمنة الناتجة من اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وأعراض الاكتئاب والضغط، والضيق النفسي لدى من أكملوا البرنامج العلاجي.

وتوصَّلت دراسة ليريتو وآخرين (Libretto et al., 2015) إلى مقارنة أثر برامج علاجية تكاملية مع مجموعات علاج أخرى، مثل: العلاج بالموسيقى، والعلاج المركز على الصدمة، في خفض مستويات أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى (48) محاربًا، يبلغ متوسط أعمارهم (39) عامًا. وأظهرت النتائج فعالية البرامج العلاجية التكاملية في خفض أعراض إعادة اختبار الحدث الصادم، والتجنُّب والإثارة الانفعالية الزائدة، إضافة إلى خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة مقارنة بمجموعة العلاج المركز على الصدمة ومجموعة العلاج بالموسيقى، ولم تظهر النتائج فروقًا ذات دلالة إحصائية بين المجموعات في بعض الأعراض النفسية الأخرى.

وقام سورنبورجر وآخرون (Sornborger et al., 2017) بمراجعة الأدلة الخاصة بالطرق العلاجية التكاملية الواعدة لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة، مع التركيز بشكل خاص على علاج المحاربين القدامى، من خلال تحليل (51) دراسة في الفترة الواقعة بين (2001-2020). وتوصّلت النتائج إلى أن الدراسات التي تقيم النشاط البدني باعتباره علاقة مباشرة أو تنبؤًا باضطراب كرب ما بعد الصدمة لها نتائج غير متسقة، وأشارت بعض دراسات التدخل الأولية التي تمت مراجعتها إلى وجود تأثير إيجابي للنشاط البدني على أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، مثل القلق والاكتئاب. كما انخفضت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وأعراض الاكتئاب، وتحسن جودة النوم لدى المجموعات التجريبية من المحاربين، وعاملي الخدمة العسكرية المصابين باضطراب ما بعد الصدمة، وأظهرت أبحاث أخرى عدم وجود انخفاض ملحوظ في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب باستخدام العلاج التكاملي.

وكشفت دراسة كورنج وآخرين (Koenig et al., 2017) عن فاعلية برنامج علاجي تكاملي لتخفيف الاضطرابات المجعدة، مثل الاكتئاب وتعاطي المخدرات؛ الناتجة عن الإصابة باضطرابات كرب ما بعد الصدمة لدى (81) من المحاربين القدامى من الذكور والإناث، بمتوسط عمري بلغ (39) سنة.

كما توصّلت دراسة ميثوفر وآخرين (Mithoefer et al., 2018) إلى فاعلية برنامج علاجي تكاملي لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة المزمن لدى (26) من المحاربين القدامى في الولايات المتحدة الأمريكية الذين يعانون من هذا من الاضطراب. وأشارت النتائج إلى أن فنيات العلاج التكاملي كانت فعالة في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، بما في ذلك الاكتئاب والتفكير والسلوك الانتحاري، وأنه كلما زادت عدد جلسات العلاج زاد مستوى التحسن، كما أظهرت النتائج تقليل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بشكل كبير في المتابعة التي استمرت (12) شهرًا.

وتوصّلت دراسة هارفي وآخرين (Harvey et al., 2019) إلى فاعلية برنامج تدخل علاجي تكاملي مكثف وشامل، يجمع بين عدة فنيات علاجية، منها: العلاج العقلاني الانفعالي، والعلاج الأسري، ومقاربات الصحة التكاملية مع الرعاية الفردية المسندة بالبيّنات لدى (18) مشاركًا من العسكريين والذين تعرضوا لصدمة أحداث الحادي عشر من سبتمبر، كانوا يعانون من مشكلات صحية نفسية معقدة، مثل: اضطراب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، وإساءة استخدام المواد، وإصابات الدماغ. وأشارت النتائج الأولية إلى انخفاض بنسبة (97%) في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والسلوك العصبي، وشدة الاكتئاب لدى عينة الدراسة، في حين أن (21%) ممن أكملوا البرنامج كانوا يعانون من إصابات دماغية.

استمر استخدام العلاج التكاملي كأحد الأساليب الفعّالة في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى المحاربين القدامى. وقد أكّد ذلك عدد من الدراسات، مثل: (Kehle-Forbes et al., 2019; Dausch et al., 2024; Lioupi, 2025; Tedeschi & Moore, 2021).

ونظرًا لخطورة اضطراب كرب ما بعد الصدمة وامتداد آثاره لسنوات طويلة من عمر الإنسان، وتأثر المحيطين بالفرد بهذا الاضطراب، وحيث إن الجنود هم من أكثر الفئات عرضة للتعرّض لمثل هذا الاضطراب؛ نتيجة لمشاركتهم في الحروب والقتال، ولكون الجنود هم حماة الوطن والمدافعين عنه؛ فإنه من الأهمية بمكان إجراء التدخّلات العلاجية المناسبة؛ لخفض هذا الاضطراب لديهم. ولكون العلاج التكاملي أحد أنواع الطرق العلاجية التي أكّدت الأدلة القائمة على البراهين فعاليتها في العديد من الدراسات العلمية والممارسات الإكلينيكية، وفي ظل ندرة الدراسات العربية والمحلية -في حدود اطلاع الباحث-؛ فإن الدراسة الحالية تسعى للتحقق من فاعلية البرنامج العلاجي التكاملي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الجنود السعوديين.

الأسئلة

تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن السؤال الرئيس الآتي:
ما فاعلية البرنامج العلاجي التكاملي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الجنود السعوديين؟

ويتفرع من السؤال الرئيس عدد من الأسئلة الفرعية التي تسعى الدراسة للإجابة عنها، وهي:

1. ما الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح لدى عينة من الجنود؟
2. ما الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح لدى عينة من الجنود؟
3. ما الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من الجنود؟

المنهج والإجراءات

المنهج

تم استخدام المنهج شبه التجريبي القائم على تصميم المجموعتين (الضابطة والتجريبية)، والقياس بالقياس القبلي، ثم إدخال برنامج المعالجة، تلاه القياس البعدي لقياس الأثر الناتج من المعالجة، والقياس بالقياس التتبعي بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي.

المجتمع

جميع المراجعين من الجنود الذين تم تشخيصهم سابقاً باضطراب كُرب ما بعد الصدمة من قبل مستشفى الأمير سلطان بن عبد العزيز الطبية العسكرية في مدينة الرياض. والبالغ عددهم (56) مراجعاً من واقع ملفات مستشفى الأمير سلطان بن عبد العزيز الطبية العسكرية من عام 1445/1446هـ.

العينة

تم اختيار عينة الدراسة من المراجعين في مستشفى الأمير سلطان بن عبد العزيز الطبية العسكرية بمدينة الرياض على مدار عام كامل، وبمساعدة الأخصائيين النفسيين. بلغ عدد أفراد العينة (36) جندياً، تم اختيارهم بالطريقة القصدية ممن تم تشخيصهم سابقاً باضطراب كُرب ما بعد الصدمة، وطُبق عليهم مقياس اضطراب كُرب ما بعد الصدمة عليهم بشكل فردي، وتراوح أعمار المشاركين بين (26-35) سنة، بمتوسط عمري بلغ (31) سنة، وانحراف معياري (3.5). أما من حيث الحالة الاجتماعية؛ فقد بلغت نسبة المتزوجين (8.3%) وغير المتزوجين (91.7%)، وكان جميع أفراد العينة من الحاصلين على مؤهل الثانوية العامة.

وبناء على درجات أفراد العينة وفقاً للإربعي الأعلى للدرجات على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة؛ فقد بلغ عدد مرتفعي درجات اضطراب ما بعد الصدمة (22) فرداً، تم تقسيمهم إلى مجموعتين متكافئتين: تجريبية، وضابطة، وبلغ عدد أفراد كل مجموعة (11) جندياً، وتم التحقق من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب كُرب ما بعد الصدمة قبل تنفيذ البرنامج؛ وذلك باستخدام اختبار مان ويتني Mann-Whitney للفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين المستقلتين، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 1 اختبار مان ويتني للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج (ن=22)

البعد	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الأعراض الاكتئابية	المجموعة التجريبية	11	9.55	105.00	-1.432	.171
	المجموعة الضابطة	11	13.45	148.00		
	الكلية	22				
الأعراض التجنبية	المجموعة التجريبية	11	10.77	118.50	-0.543	.606
	المجموعة الضابطة	11	12.23	134.50		
	الكلية	22				
أعراض التشوهات المعرفية والإدراكية	المجموعة التجريبية	11	10.91	120.00	-0.429	.699
	المجموعة الضابطة	11	12.09	133.00		
	الكلية	22				
أعراض سرعة الاستشارة	المجموعة التجريبية	11	10.18	112.00	-0.962	.365
	المجموعة الضابطة	11	12.82	141.00		

البعد	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
	الكلي	22				
	المجموعة التجريبية	11	9.23	101.50		
الدرجة الكلية	المجموعة الضابطة	11	13.77	151.50	-1.645	.101
	الكلي	22				

يتبين من نتائج الجدول (1) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي والمتمثلة في قيمة (Z) على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة وجميع أبعاد المقياس، مما يدل على تكافؤ المجموعتين.

الأدوات

مقياس اضطرابات كرب ما بعد الصدمة Clinical Administered PTSD Scale for DSM, إعداد: ويدرز وآخرين (Weathers et al., 2018)

يتكون المقياس من (20) عبارة تماثل الصيغة التشخيصية الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الأمريكي DSM-5 موزعة على خمسة أبعاد كما يلي:

- الأعراض أو الذكريات الاقتحامية أو استعادة الخبرة الصادمة، ويشمل العبارات من (1-5).
 - الأعراض التجنبية، ويشمل العبارات: (6، 7، 11، 13، 20).
 - أعراض التشوهات المعرفية والإدراكية أو التغيرات السلبية في التفكير والحالة المزاجية، ويشمل العبارات: (8، 9، 12، 14، 19).
 - أعراض سرعة الاستشارة والتغيرات في ردود الأفعال البدنية والانفعالية، ويشمل العبارات: (10، 15، 16، 17، 18).
- تتم الإجابة عن عبارات المقياس وفقاً لتقديرات مقياس ليكرت الخماسي، وهي: (دائمًا = 4، غالبًا = 3، أحيانًا = 2، نادرًا = 1، أبدًا = 0). وبذلك يكون المجموع الكلي لدرجات المقياس (80)، وتكون الدرجة الفاصلة التي تم التشخيص بناء عليها (30-33).

قام الباحث بترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، وللتحقق من تكافؤ ترجمة المقياس بين النص الإنجليزي والعربي؛ عرض الباحث المقياس بصورته الإنجليزية على أربعة من أعضاء هيئة التدريس في كلية اللغات والترجمة في جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية من الناطقين باللغتين الإنجليزية والعربية، وطلب منهم ترجمته إلى اللغة العربية، ثم طلب من خمسة أعضاء آخرين من القسم نفسه ترجمته إلى اللغة الإنجليزية، ثم قام الباحث بفحص نتائج الترجمتين؛ للحصول على تكافؤ بينهما، حيث وجد أن نسبة

الاتفاق بين الترجمتين للمقياس بلغت (90%)، بينما بلغت نسبة الاتفاق بين مترجمي المقياس من العربية إلى الإنجليزية (85%). وبالنظر إلى نتائج الترجمتين تبين للباحث أن الترجمتين لم تخرجا عن مضمون بنود المقياس.

ومن ثم عُرض المقياس بصورته الأولية على عشرة من المحكمين الأكاديميين ذوي الخبرة والاختصاص من أعضاء هيئة التدريس في الجامعات السعودية ووزارة الصحة، وطلب منهم إبداء رأيهم في الأدوات، من حيث: مدى وضوح الفقرات، ودقة صياغتها، وملاءمة بدائلها، وقد استفاد الباحث من ملاحظات المحكمين، واقتراحاتهم، وأُجريت التعديلات في ضوء آرائهم، فتمت إعادة صياغة العبارات غير الواضحة، وطُبقت معادلة كوبر Cooper لحساب نسبة الاتفاق بين المحكمين، وتم الإبقاء على العبارات التي حازت على نسبة قبول (80%) من آراء المحكمين.

كما تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المقياس بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، باستخدام معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation، وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.41-0.71)، وكانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) فأقل.

كما تم حساب الثبات عن طريق حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha، حيث بلغت معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ للأعراض الاقتحامية (0,769) وللأعراض التجنبية (0,778)، ولأعراض التشوهات المعرفية والإدراكية (0,805)، ولأعراض سرعة الاستثارة (0,815)، وللمقياس ككل (0,842).

وبلغت قيم معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية باستخدام سبيرمان-براون Spearman-Brown للأعراض الاقتحامية (0,759)، وللأعراض التجنبية (0,762)، ولأعراض التشوهات المعرفية والإدراكية (0,801)، ولأعراض سرعة الاستثارة (0,812)، وللمقياس ككل (0,901).

في حين بلغت قيم معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة جوتمان Guttman Split-Half للأعراض الاقتحامية (0,752)، وللأعراض التجنبية (0,758)، ولأعراض التشوهات المعرفية والإدراكية (0,800)، ولأعراض سرعة الاستثارة (0,810)، وللمقياس ككل (0,821).

البرنامج العلاجي التكاملي، إعداد: الباحث

يعتمد البرنامج على العلاج التكاملي، ويُعرّف باتمان (Bateman, 2002) بأنه: "الأسلوب المرن القابل للتكيف باستخدام طرق وأساليب مختلفة على مستويات التطبيقات العلاجية، في إطار عملية العلاقات الشخصية" (ص11). كما يُعرّف الباحث العلاج التكاملي بأنه: النظام الذي يسمح للباحث باستخدام

الفنيات التي تتناسب مع موضوع الدراسة، وتتناسب مع العينة المستخدمة، عن طريق جمع عدد من النظريات، والذي قام الباحث ببنائه عن طريق دمج المدرسة السلوكية المعرفية والإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي والعلاج بالمعنى. وفيما يلي تعريف لأنواع العلاج المستخدمة ضمن العلاج التكاملي:

■ العلاج المعرفي السلوكي: "مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تشترك في افتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك، وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية" (حسن، 2024، ص 50).

■ العلاج العقلاني الانفعالي: "أسلوب من أساليب العلاج النفسي، وهو علاج مباشر وتوجيهي يستخدم فنيات معرفية وانفعالية؛ لمساعدة المريض على تصحيح معتقداته اللاعقلانية وما يصاحبها من خلل انفعالي وسلوكي، وتحويلها إلى معتقدات عقلانية، يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي" (أبو السعود، 2017، ص 3).

■ العلاج بالمعنى: "يعدُّ العلاج بالمعنى أحد المدارس العلاجية في التوجه الإنساني، والتي تركز على المستقبل ومعنى الوجود الإنساني، ويُقصد به العلاج الموجّه روحياً من خلال أميل فيكتور" (محمد، 2016، ص 404).

وقد استخدم الباحثون العلاج السلوكي المعرفي والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والعلاج بالمعنى؛ للحدّ من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وهذه العلاجات النَّفسية تستهدف معالجة الأفكار والسلوكيات وأنماط التفكير المرتبطة بالصدمة، إضافة إلى استكشاف المعنى والهدف في الحياة، مما يساعد على تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (Dossa & Hatem, 2012).

يتكون البرنامج العلاجي من (18) جلسة، تتراوح مدة كل جلسة بين (40-50) دقيقة.

الهدف العام للبرنامج

خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة استناداً إلى البرنامج العلاجي التكاملي (العقلاني الانفعالي السلوكي، المعرفي السلوكي، العلاج بالمعنى).

الأهداف الإجرائية الخاصة

وهي الأهداف اليومية التي يتم تناولها بجلسات العلاج، من خلال الواجبات المنزلية، ومن خلال الإجراءات العلاجية، والتي تعمل على مساعدة العميل في:

- تثقيف العميل باضطراب كرب ما بعد الصدمة.
- إدراك تأثير الصدمة على الحياة الخاصة.
- تغيير الأفكار السلبية.

- تطوير أساليب وطرق معرفية، تساعد العميل على الحفاظ والسيطرة على نفسه في جميع الأوقات، ومعرفة المهارات والأدوات اللازمة للقيام بذلك.
- اكتساب مهارات علاجية، تمكنهم من مواجهة الأعراض والتغلب عليها.
- تقديم المساندة والدعم من خلال المواجهة الضرورية لخبرات الألم والحزن.
- تغيير صورة الذات التي تأثرت بالصدمة، من خلال فهم الأعراض، وإعادة التقييم المعرفي للصدمة.
- تنمية معنى الحياة والأمل.
- الاستبصار حول أشياء قيمة في حياة العميل، والتخطيط والحديث عن المستقبل.
- وقد قام الباحث بالخطوات الآتية في سبيل إعداد البرنامج العلاجي التكاملي:
- استقراء الأسس النظرية والمفاهيم العلمية الخاصة بالعلاج التكاملي.
- الاستفادة من الدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات العلاقة بالعلاج التكاملي.
- الاطلاع على البرامج العلاجية ذات العلاقة بموضوع الدراسة.
- التعرف على خصائص العينة ومدى حاجتهم للبرنامج العلاجي.
- تحديد أهداف البرنامج العلاجي وصياغتها.
- تصميم جلسات البرنامج وفقاً للأعراض التي يعاني منها أفراد العينة.
- تحديد المهارات التي سيتم تدريب أفراد العينة عليها من خلال جلسات البرنامج العلاجي.
- والجدول الآتي يوضح تفاصيل جلسات البرنامج.

جدول 2 التخطيط العام لجلسات البرنامج العلاجي التكاملي

الجلسة	الهدف الخاص	الاتجاه العلاجي	الفنيات المستخدمة
الأولى	التقييم النفسي الشامل عن العميل، وتحديد شدة الاضطراب وترسيخ التكاتف النشط في العلاقة العلاجية مع العميل. خلق نوع من الود والثقة المتبادلة، ومحاولة التعرف على العميل والتفريق إليه، وكسر حاجز الخوف والرهبة. وضع القواعد الضرورية لتنفيذ البرنامج. التدريب على فنيات الاسترخاء. مهارات الحوار الذاتي.	معرفي سلوكي عقلاني انفعالي سلوكي المعنى	إعطاء التعليمات، المناقشة والحوار، تطبيق مقياس اضطراب كُرب ما بعد الصدمة.
الثانية	التثقيف النفسي، وذلك من خلال الحديث عن اضطراب كُرب ما بعد الصدمة (مفهومه وأسبابه). والحديث عن تأثير الصدمة على الصحة الجسدية. والتعريف بالبرنامج العلاجي وأهدافه وشرح الخطة العلاجية. استبصار العميل بالأفكار الخاطئة الناجمة عن الصدمة، وشرح الأفكار التلقائية المرتبطة بالموقف الصادم.	معرفي سلوكي عقلاني انفعالي سلوكي المعنى	المناقشة والحوار، التنفيس، الواجب المنزلي، سجل الأفكار التلقائية.
الثالثة	إعادة البناء المعرفي ومعالجة الأفكار السالبة واللاعقلانية، وزيادة وعي العميل بإدراك الذات والآخرين. واجب: سجل الأفكار اليومي، إعادة الهيكلة المعرفية.	عقلاني انفعالي سلوكي	التنفيس، المناقشة، حوار ذاتي، الواجب المنزلي، التغذية الراجعة.

الجلسة	الهدف الخاص	الاتجاه العلاجي	الفنيات المستخدمة
الرابعة	مناقشة الأفكار السلبية ABC. واجب: سجل التعامل مع الأفكار التلقائية. تطبيق مقياس PCL5؛ وذلك لقياس مدى التحسن خلال الجلسات العلاجية.	معرفي سلوكي	التنفس، التغذية الراجعة، المناقشة والحوار، تطبيق مقياس PCL5.
الخامسة	آليات المواجهة والتصدي.	معرفي سلوكي	التنفس، الواجب المنزلي، التغذية الراجعة.
السادسة	الكشف عن مثيرات الحدث الصادم.	معرفي سلوكي	التنفس، المناقشة والحوار، تغذية راجعة، الواجب المنزلي.
السابعة	مساعدة العميل على إدراك ومعرفة سلوكيات التجنب، والشعور بالأمان، وأن التجنب ليس الحل. تطبيق مقياس الكرب الذاتي.	معرفي سلوكي	التنفس، المناقشة والحوار، تغذية راجعة، واجب منزلي.
الثامنة	التدريب على التنظيم الذاتي الانفعالي، والتدريب على إدارة الغضب.	عقلاني انفعالي سلوكي	التنفس، المناقشة والحوار، تغذية راجعة، الواجب المنزلي.
التاسعة	تثقيف العميل عن فنيات التعرض، ومنع الاستجابة، وما الأهداف المرجوة من هذه الفنية. تطبيق مدرج المخاوف، والذي من خلاله يتم تحديد سلوكيات التجنب وشذوئها.	معرفي سلوكي	التنفس، الواجب المنزلي، التغذية الراجعة، أشكال توضيحية.
العاشر- الرابعة عشرة	التدرج للتعرض التخيلي - واقعي. مع رصد مدة التعرض وشدة الضيق المصاحب (سجل التعرض).	معرفي سلوكي	التنفس، التدريب، الواجب المنزلي، تغذية راجعة.
الخامسة عشرة	تطبيق مقياس PCL5؛ وذلك لقياس مدى التحسن خلال الجلسات العلاجية. تنمية معنى الحياة والأمل.	العلاج بالمعنى	التنفس، المناقشة والحوار، تغذية راجعة، الواجب المنزلي، تطبيق مقياس PCL5.
السادسة عشرة	الاستبصار حول أشياء قيمة في حياة العميل. التخطيط والحديث عن المستقبل.	العلاج بالمعنى	التنفس، المناقشة والحوار، تغذية راجعة، الواجب المنزلي.
السابعة عشرة	التثقيف حول مفهوم التعافي والانتكاس والصمود النفسي والتعامل مع الانتكاسة. تطبيق مقياس PCL5.	معرفي سلوكي العلاج بالمعنى	المناقشة والحوار، تغذية راجعة.
الجلسة الختامية (الثامنة عشرة)	- إنهاء البرنامج وتقويمه. - تقويم الجلسات العلاجية، والوقوف على نقاط القوة ونقاط الضعف في البرنامج. - معرفة النتائج التي توصل إليها العميل بعد الانتهاء من الجلسات. - معرفة مدى التحسن الذي شعر به العميل بعد الانتهاء من الجلسات. - إرشاد العميل إلى ضرورة الاستمرار في تنفيذ ما تم اكتسابه وتوظيفه لاحقاً بعد البرنامج. - شكر العميل على تعاونه، وعلى المجهود الذي بذله من أجل نجاح البرنامج. - الاتفاق مع أفراد عينة الدراسة على إجراء القياس التبعي بعد شهرين؛ للتأكد من مدى استفادتهم من تطبيق البرنامج العلاجي.	معرفي سلوكي	المناقشة والحوار، تطبيق مقياس PCL5.
القياس التبعي	بعد مرور شهرين؛ لتتبع أثر البرنامج المستخدم في الدراسة.		المناقشة والحوار، تطبيق مقياس PCL5.

تم عرض البرنامج على مجموعة مكونة من (12) أكاديمياً من ذوي الخبرة والاختصاص من أعضاء هيئة التدريس في الجامعات السعودية ووزارة الصحة؛ للوقوف على مدى ملاءمة محتوى البرنامج العلاجي للفئة المستهدفة، والتحقق من أهدافه، ومناسبة الفنيات والأنشطة والأدوات المستخدمة. وبناءً عليه تم

التعديل على البرنامج العلاجي في ضوء آراء المحكمين وتعليماتهم. وقد تم إجراء التطبيق القبلي لمقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة على أفراد العينة قبل بدء البرنامج، ومن ثم التطبيق البعدي بعد نهاية البرنامج، وأخيرًا التطبيق التتبعي بعد مرور شهرين من التطبيق.

تحليل البيانات

تم استخدام عدد من الأساليب الإحصائية الالابارامترية، حيث تم استخدام اختبار مان وتني Mann-Whitney Test للفروق بين مجموعتين مستقلتين؛ لاختبار الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل البرنامج وبعده، كما تم استخدام اختبار ويلكوكسون للرتب Wilcoxon Signed Ranks Test؛ وذلك لاختبار الفروق في الاختبارين القبلي والبعدي، واختبار الفروق في الاختبارين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية.

النتائج

نتيجة السؤال الأول: ما الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح لدى عينة من الجنود؟ للإجابة عن هذا السؤال: تم استخدام اختبار مان وتني؛ لمعرفة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 3 اختبار مان وتني للفروق بين رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة بعد تطبيق البرنامج (ن=22)

البعـد	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الأعراض الاقتحامية	المجموعة التجريبية	11	7.32	91.00	-3.058	**.001
	المجموعة الضابطة الكلي	22	15.68	162.00		
الأعراض التجنبية	المجموعة التجريبية	11	7.91	91.50	-2.640	**.008
	المجموعة الضابطة الكلي	22	15.09	161.50		
أعراض التشوهات المعرفية والإدراكية	المجموعة التجريبية	11	6.09	67.00	-3.921	**,000
	المجموعة الضابطة الكلي	22	16.91	186.00		
أعراض سرعة الاستثارة	المجموعة التجريبية	11	7.27	80.00	-3.066	**.002
	المجموعة الضابطة الكلي	22	15.73	173.00		
الدرجة الكلية	المجموعة التجريبية	11	6.23	68.00	-3.066	**,000
	المجموعة الضابطة الكلي	22	16.77	184.5		

** دال عند مستوى (0.01) * دال عند مستوى (0.05)

يتبين من الجدول (3) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية، وهي: (الأعراض الاقتحامية، الأعراض التجنبية، أعراض التشوهات المعرفية، أعراض سرعة الاستشارة) بعد تطبيق البرنامج العلاجي التكاملي في اتجاه المجموعة الضابطة، بمعنى أن درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة كانت أعلى من درجات المجموعة التجريبية، مما يدل على فاعلية البرنامج العلاجي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية.

نتيجة السؤال الثاني: ما الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح لدى عينة من الجنود؟

للإجابة عن هذا السؤال: تم استخدام اختبار ويلكوكسون للرتب؛ لمعرفة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 4 نتائج اختبار ويلكوكسون للفروق بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة قبل وبعد تطبيق البرنامج (N=11)

البعد	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الأعراض الاقتحامية	الرتب السالبة	8	4.50	36.00	-2.527	*,012
	الرتب الموجبة	0	,00	,00		
	التداخلات الإجمالي	11				
الأعراض التجنبية	الرتب السالبة	8	4.50	36.00	-2.565	**,010
	الرتب الموجبة	0	,00	,00		
	التداخلات الإجمالي	11				
أعراض التشوهات المعرفية والإدراكية	الرتب السالبة	11	6.00	66.00	-2.940	**,003
	الرتب الموجبة	0	,00	,00		
	التداخلات الإجمالي	11				
أعراض سرعة الاستشارة	الرتب السالبة	11	6.00	66.00	-2.947	**,003
	الرتب الموجبة	0	,00	,00		
	التداخلات الإجمالي	11				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	11	6.00	66.00	-2.937	**,003
	الرتب الموجبة	0	,00	,00		
	التداخلات الإجمالي	11				

** دال عند مستوى (0.01) * دال عند مستوى (0.05)

يتبين من الجدول (4) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) فأقل بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية، وهي: (الأعراض الاقتحامية، الأعراض التجنبية، أعراض التشوهات المعرفية، سرعة الاستثارة) قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، بمعنى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي القائم على خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وتتمثل هذه الفروق باتجاه التطبيق القبلي، ويظهر ذلك في الرتب السالبة (11)، والتي تعني أنه بالنسبة للمجموع الكلي ولجميع أبعاد المقياس كان القبلي أعلى من البعدي.

نتيجة السؤال الثالث: ما الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبقي على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى عينة من الجنود؟

للإجابة عن هذا السؤال: تم استخدام اختبار ويلكوكسون للرتب؛ لمعرفة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة في القياسين البعدي والتبقي على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة بعد توقف تطبيق البرنامج العلاجي بشهرين، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 5 المقارنة بين القياسين البعدي والتبقي على المجموعة التجريبية (N=11)

البعـد	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الأعراض الاقتحامية	الرتب السالبة	5	5.40	27.00	-1.299	.194
	الرتب الموجبة	3	3.00	9.00		
	التداخلات	3				
	الإجمالي	11				
الأعراض التجنبية	الرتب السالبة	2	3.25	6.50	-.276	.783
	الرتب الموجبة	3	2.83	8.50		
	التداخلات	6				
	الإجمالي	11				
أعراض التشوهات	الرتب السالبة	2	2.25	4.50	-.816	.414
	الرتب الموجبة	1	1.50	1.50		
	التداخلات	8				
	الإجمالي	11				
أعراض سرعة الاستثارة	الرتب السالبة	5	4.50	22.50	-.707	.480
	الرتب الموجبة	3	4.50	13.50		
	التداخلات	3				
	الإجمالي	11				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	4	4.25	17.00	-1.382	.167
	الرتب الموجبة	2	2.00	4.00		
	التداخلات	5				
	الإجمالي	11				

** دال عند مستوى (0.01) * دال عند مستوى (0.05)

يتبين من الجدول (5) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة (الدرجة الكلية وجميع الأبعاد الفرعية، وهي: الأعراض الاقتحامية، الأعراض التجنبية، أعراض التشوهات المعرفية، أعراض سرعة الاستثارة) بين القياسين البعدي والتتبعي، مما يدل على استمرار تأثير البرنامج في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والدرجة الكلية لدى أفراد المجموعة التجريبية، وعدم زوال هذا التأثير بين التطبيقين البعدي والتتبعي.

المناقشة

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج علاجي تكاملي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الجنود السعوديين، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج، حيث أظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لصالح المجموعة الضابطة، ووجود فروق دالة إحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لصالح التطبيق القبلي، كما لم تظهر النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية.

وتدل هذه النتائج على فاعلية البرنامج العلاجي التكاملي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبية، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج عدد من الدراسات التي تشير نتائجها إلى فاعلية العلاج التكاملي في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الجنود، مثل:

(Otis et al.,2009; Libretto et al.,2015; Koenig et al.,2017; Mithoefer et al.,2018; Harvey et al.,2019; Kehle-Forbes et.,2019; Dausch et al.,2024; Lioupi, 2025;Tedeschi & Moore,2021).

وتختلف جزئياً مع نتائج دراسة المراجعة التي أجراها سورنبورغر وآخرون (Sornborger et al., 2017)، التي توصلت إلى أن بعض الأبحاث أظهرت عدم وجود انخفاض ملحوظ في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب باستخدام العلاج التكاملي.

ويمكن أن تُعزى هذه النتيجة في ضوء الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي التكاملي المعتمد على مجموعة من الجلسات المخططة والمنظمة والمتابعة زمنياً، والمستندة إلى مدارس مختلفة من العلاج النفسي، وهي: (العلاج السلوكي، العلاج المعرفي، العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، العلاج بالمعنى)، ومستخدمة عدة فنيات؛ بهدف خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وهذه الفنيات، مثل: (الاسترخاء التنفسي والعضلي، لعب الأدوار، النمذجة، التدريب على التوكيدية "توكيد الذات"، التدعيم الإيجابي، التخيل الإيجابي، استراتيجيات العلاج المتمركز حول المخطوطة المعرفية "إعادة البناء المعرفي"، الدحض والتفنيد، الحديث الإيجابي مع الذات، المواجهة، التغذية الراجعة، العصف الذهني، أساليب حل المشكلات، تعزيز

وسائل الدفاع والتكيف الإيجابية، التخطيط للمستقبل، المحاضرة، الحوار، المناقشة الجماعية، الواجب المنزلي والحوار السقراطي وإيقاف الإيمعان).

وتميز البرنامج العلاجي التكاملي المستخدم في الدراسة الحالية باحتوائه على فنيات العلاج العقلاني الانفعالي من جهة مناسبة للمشكلة وموضوع الدراسة، حيث عمل على تغيير انفعال وسلوك الجنود المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة من أفراد العينة التجريبية بتغيير البناء المعرفي لهم، وتدعيم الفهم والإدراك السوي، وتوضيح المعتقدات الإيجابية التي حالت دون عودة التأثيرات السلبية النفسية والاجتماعية لاضطرابات ما بعد الصدمة ومن ثم الاحتفاظ بالآثار.

كما ساعدت فنية الحوار الذاتي -عند استخدامها بكفاءة وبمساعدة الباحث- أفراد العينة في التعبير عن العديد من الأفكار السلبية المرتبطة بالخوف أو بالتوتر أو استرجاع الذكريات أو التعرض لكوابيس ومساعدتهم على التخلص منها بنجاح، وكان لهذا الأثر مردود إيجابي في خفض درجة أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

وتضمن البرنامج التكاملي أيضاً فنيات العلاج بالمعنى؛ نظراً لمناسبتها للمشكلة وموضوع الدراسة، ومن بين الفنيات المستخدمة: فنية التركيز، وفنية تحسين صورة الذات عن طريق التعويض، وفنية التحليل بالمعنى التي عملت على تحليل وعي المريض ليشمل المجال الكلي للمعنى ومحتوى القيم، ومن ثم يكون قادراً على الاختيار من بين هذه القيم ليكتشف في النهاية نظاماً داخلياً للقيم، يمنحه حياة ذات معنى.

وتجدر الإشارة إلى أن أفراد المجموعة التجريبية قد شاركوا بنشاط فعال في الجلسات العلاجية، ولم يكونوا مستقبلين فقط، بل إنهم مارسوا وتفاعلوا تفاعلاً مباشراً من خلال الأداء العلمي تحت إشراف الباحث وتوجيهه، وكانت الفنيات المستخدمة في البرنامج ذات معنى في حياة المشاركين، كما يمكن الاستدلال على النمو الحاصل في المجموعة التجريبية، من خلال استجابتهم للجلسات العلاجية، ولإجراء ما يتطلب منهم بنجاح ومتابعة تنفيذها بالمنزل.

كما أن توفير الجو الآمن داخل الجلسات العلاجية قد يكون أحد العوامل التي أدت إلى إحداث التغيير في أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، حيث يعتبر الشعور بالتهديد والخوف وعدم الاستقرار من أهم الخصائص والسمات الشخصية لجنود الحروب، وإن الفعاليات العلاجية والنشاطات التي اشتمل عليها البرنامج العلاجي تميزت بتوفير الجو الآمن للمريض ومساعدته على التعبير الآمن والحر عن خبراته وانفعالاته ومشاعره المرتبطة بمشاهدة أحداث القتال وآثار الدمار، والتي ساعدت على إعادة اختبار أعراض ما بعد الصدمة ضمن الجو الآمن الجمعي.

إن التحسن في الدراسة الحالية يتفق مع ما أشار إليه ويدرز وآخرون (Weathers et al.,2018) على أن البرامج الصحيحة يمكنها مساعدة الأفراد على التغيير من كونهم متشائمين؛ لكي يصبحوا متفائلين خلال أسابيع، حيث كانت تدريبات: الاسترخاء، والمناقشة والحوار، والواجب المنزلي، والتعزيز استراتيجيات، ساهمت في تحسين الشعور بالخوف أو بالتوتر أو استرجاع الذكريات أو التعرض لكوابيس أو مواجهة صعوبة في النوم أو غير ذلك من الأعراض.

في حين أشار بيرنس وشينج (Burns & Chung, 2011) إلى وجود أدلة كافية للتوصية بمعظم هذه العلاجات التكاملية كعلاجات أولية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة؛ فإن قاعدة الأدلة لهذه التدخلات كعلاجات مساعدة أصبحت أكبر بشكل متزايد، لا سيما لعلاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة مع المحاربين القدامى والمرضى الآخرين الذين يعانون من اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

كما يؤكّد جوتينك وآخرون (Gotink et al.,2016) على فاعلية البرامج التكاملية في علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وأن مثل هذه البرامج قليلاً ما يكون لها بعض الآثار الجانبية مقارنةً بالعلاج بالعقاقير، وهذا ما تمتاز به، وبالتالي يوصي في دراسته بأن يكون المعالج ذو خبرة كافية؛ حتى يتمكن من تقديم الفنيات بالشكل الصحيح الذي يكفل نجاح العملية العلاجية وتحسن العميل.

وفي هذا الصدد يشير فريناندز ومارشال (Fernandez & Marshall, 2003) إلى أن العلاج التكاملي يساعد الفرد عامة على تحسين عاداته ومهاراته اليومية، وتخفيف الضغوط التي تواجهه وتحسين مشاعره تجاه نفسه والآخرين، والتغلب على المشكلات التي تواجهه، وتدعيم السلوكيات الإيجابية من خلال الجلسات العلاجية.

ومن جهة أخرى، ومن خلال ما سبق من نتائج تؤكّد فاعلية البرنامج بصورة عامة في تحقيق الهدف الذي أُعد من أجله في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية، ومن ثم استمرار أثر البرنامج العلاجي التكاملي على خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، بما يشير إلى فعالية البرنامج على المدى البعيد واستمرار التأثيرات الإيجابية للبرنامج لمدة شهرين تقريباً للقياس التتبعي.

وأشارت النتائج أيضاً إلى أن هذا العلاج التكاملي أدى إلى تقليل أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والاكتئاب والأعراض السلوكية العصبية وزيادة الرضا عن المشاركة في العلاقات الاجتماعية في فترة زمنية وجيزة (خلال أربعة أسابيع من العلاج المكثف للمرضى الخارجيين). وفي مرحلة ما بعد العلاج، انخفض المرضى إلى ما دون الحد السريري لاضطراب ما بعد الصدمة، حيث كشفت نتائج القياس التتبعي عن انخفاض أعراض الاكتئاب والأعراض السلوكية العصبية، كما توصلت إلى أن زيادة تكرار تعرّض الجنود

ذوي اضطراب كرب ما بعد الصدمة لفعيات العلاج التكاملي يؤدي إلى زيادة معدل التفاعل الاجتماعي، والشعور بالثقة والكفاءة الشخصية، وانخفاض الشعور بالخوف والقلق واضطرابات النوم ونوبات البكاء، وأشارت نتائج هذه الدراسات إلى استمرار الآثار الإيجابية للبرنامج حتى بعد انتهاء فترة التعرض للجلسات العلاجية.

كما يدعم هذه النتيجة ما أشار إليه جرين (Greben, 2004) الذي وجد أن الأشخاص الذين أكملوا برنامجاً للعلاج التكاملي لديهم أعراض أقل للاضطرابات مقارنة من أولئك الذين لم يكملوا العلاج. قد تشير هذه النتيجة إلى فاعلية تأثير العلاج التكاملي، والذي يسهم في الاحتفاظ بتأثيره في خفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المجموعة التي عولجت به.

المحددات

تحدد نتائج هذه الدراسة بالعينة التي طُبِّقَ عليها، وهم الجنود المشخصون باضطراب ما بعد الصدمة وفقاً لـ DSM-5، وقد تختلف هذه النتائج إذا اختلفت طرق التشخيص، أو عند التعامل مع جنود من مجتمعات أخرى. كما قد تختلف النتائج عند استخدام أنواع أخرى من البرامج العلاجية. ومن جهة أخرى، تم إجراء الدراسة على عينة صغيرة نسبياً، مما قد يحد من القوة الإحصائية وقابلية تعميم النتائج. لذلك قد لا تكون النتائج قابلة للتطبيق على جميع المرضى أو جميع الحالات، ويجب تفسير النتائج بحذر، ويُوصى بإجراء دراسات مستقبلية على عينات أكبر لتعزيز النتائج.

التوصيات

استناداً إلى النتائج التي تم التوصل إليها؛ يوصي الباحث بالآتي:

- توظيف المدارس العلاجية في طرح طرق علاجية جديدة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى الجنود على المستويين القريب والبعيد.
- التأكيد على دور الأسرة والمجتمع حول تقبل الجنود المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة واحتوائهم، وفهم الأعراض التي يمرون بها.
- التأكيد على المتخصصين في مؤسسات الرعاية النفسية والاجتماعية في نشر التوعية حول اضطراب كرب ما بعد الصدمة خاصة لدى الأشخاص المعرضين للخطر مثل الجنود والمرضى بالأمراض الجسدية الخطيرة.
- إعداد برامج تدريبية عن كيفية مواجهة الأحداث الصادمة، والوقاية من خطر التعرض لاضطرابات كرب ما بعد الصدمة خاصة بعد الكوارث الطبيعية أو الحروب.

الدراسات المقترحة

- إجراء دراسات مماثلة على عينات مختلفة مثل العاملين في القطاع الصحي أو الطوارئ أو ضحايا حوادث المرور.
- إجراء دراسات تتناول فاعلية العلاج التكاملي في تحسين جودة الحياة لدى فئات مختلفة من ذوي الاضطرابات النفسية والصحية.
- بناء برامج علاجية تكاملية، تتبنى فنيات علاجية مختلفة، مثل العلاج الدينامي، والعلاج الجدلي، والعلاج القائم على القبول والالتزام.
- إجراء المزيد من الدراسات حول تأثير اضطراب كرب ما بعد الصدمة على البعد الأسري والاجتماعي.

المراجع

المراجع العربية

- أبو سعود، محمد. (2017). أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض الاكتئاب لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم في الطائف. *مجلة كلية التربية بجامعة الأزهر*، 5(17)، 13-36.
- التويجري، ياسمين والسبيعي، عبد الله والحبيب، عبد الحميد. (2019). المسح الوطني السعودي للصحة النفسية في المملكة العربية السعودية: التقرير التقني.
- حسن، زينب محمد. (2024). فنيات العلاج المعرفي السلوكي مع الفتيات الجانحات. *المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية*، 25(2)، 44-65.
- عبد المسيح، ميرا. (2024). العلاقة بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطراب القلق لدى أسر متوفي كورونا. *مجلة جامعة مطروح للعلوم التربوية والنفسية*، 5(7)، 289-315.
- عزب، حسام الدين محمود. (2016). فاعلية برنامج تكاملي لعلاج اضطرابات ما بعد صدمة الطلاق والخلع. *مجلة الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس*، 3(7)، 234-265.
- الكردي، أكرم. (2015). أعراض كرب ما بعد الصدمة النفسية لحرب 51 يومًا لدى العاملين في أقسام الطوارئ في قطاع غزة [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الأقصى.
- محمد، عبد العزيز محمد (2016). فاعلية برنامج قائم على العلاج بالمعنى لتحسين الهدف من الحياة لدى مجموعة من المراهقين الصم. *مجلة العلمية للبحوث التربوية والنفسية* 68 (4). 399-448.

المراجع الأجنبية

- Abdel Masih, M. (2024). The relationship between post-traumatic stress disorder and anxiety disorder in the families of the Corona deceased. *Journal of Matrouh University for Educational and Psychological Sciences*, 5(7), 289–315.
- Abu Saud, M. (2017). The effect of rational-emotional therapy on reducing depression in students with learning disabilities in Taif. *Journal of the Faculty of Education, Al-Azhar University*, 5(17), 13–36.
- Al-Kurd, A. A. (2015). *Symptoms of post-traumatic stress disorder of the 51-day war in emergency departments in the Gaza Strip* (Unpublished doctoral dissertation). Al-Aqsa University.
- Al-Tuwaijri, Y., Al-Subaie, A., & Al-Habib, A. (2019). *Saudi National Mental Health Survey in the Kingdom of Saudi Arabia: Technical report*.
- Amro, N. (2024). Post-traumatic stress disorder among nursing students at Palestine Polytechnique University during the Gaza war and the attack on the health care system. *Middle East Current Psychiatry*, 31(1), 68.
- Azab, H. E.-D. M. (2016). The effectiveness of an integrative program for the treatment of post-traumatic disorders of divorce and separation. *Journal of Psychological Counseling, Ain Shams University, Psychological Counseling Center*, 3(7), 234–265.
- Bateman, A. W. (2002). Integrative therapy from an analytic perspective. Integration in psychotherapy: *Models and methods*, 11-26.
- Brewin, C. R., Atwoli, L., Bisson, J. I., Galea, S., Koenen, K., & Lewis-Fernández, R. (2025). Post-traumatic stress disorder: Evolving conceptualization and evidence, and future research directions. *World Psychiatry*, 24(1), 52–80.
- Burns, P. B., Rohrich, R. J., & Chung, K. C. (2011). The levels of evidence and their role in evidence-based medicine. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 128(1), 305–310.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3), 365–382.
- Cooper, J. (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR). Washington, DC: American Psychiatric Association. *The British Journal of Psychiatry*, 179(1), 85.
- Dausch, B. M., Glynn, S. M., & Christensen, A. (2024). Integrative behavioral couple therapy with military and veteran couples. In D. K. Snyder & J. L. Lebow (Eds.), *What happens in couple therapy: A casebook on effective practice* (pp. 252–270). The Guilford Press.
- Dossa, N. I., & Hatem, M. (2012). Cognitive-behavioral therapy versus other PTSD psychotherapies as treatment for women victims of war-related violence: A systematic review. *The Scientific World Journal*, (1), 181847.
- Fernandez, Y. M., & Marshall, W. L. (2003). Victim empathy, social self-esteem, and psychopathy in rapists. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(1), 11–26.
- Gotink, R. A., Meijboom, R., Vernooij, M. W., Smits, M., & Hunink, M. G. M. (2016). 8-week mindfulness-based stress reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice: A systematic review. *Brain and Cognition*, (108), 32–41.
- Greben, D. H. (2004). Integrative dimensions of psychotherapy training. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(4), 238–248.

- Harvey, M. M., Petersen, T. J., Sager, J. C., Makhija-Graham, N. J., Wright, E. C., Clark, E. L., & Simon, N. M. (2019). An intensive outpatient program for veterans with posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(2), 323–334.
- Hassan, Z. M. (2024). Cognitive behavioral therapy techniques with delinquent techniques. *Scientific Journal of Social Work*, 25(2), 44–65.
- Inoue, C., Shawler, E., Jordan, C. H., Moore, M. J., & Jackson, C. A. (2023). Veteran and military mental health issues. *StatPearls*. National Center for Biotechnology Information. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572092>
- Kehle-Forbes, S. M., Chen, S., Polusny, M. A., Lynch, K. G., Koffel, E., Ingram, E., ... & Oslin, D. W. (2019). A randomized controlled trial evaluating integrated versus phased application of evidence-based psychotherapies for military veterans with comorbid PTSD and substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 205, 107647.
- Koenig, H. G., Boucher, N. A., Oliver, R. J. P., Youssef, N., Mooney, S. R., Currier, J. M., & Pearce, M. (2017). Rationale for spiritually oriented cognitive processing therapy for moral injury in active duty military and veterans with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(2), 147–153.
- Libretto, S., Hilton, L., Gordon, S., Zhang, W., & Wesch, J. (2015). Effects of integrative PTSD treatment in a military health setting. *Energy Psychology*, 7(2), 33–44.
- Lioupi, C. (2025). Integrating EMDR therapy and new technologies to enhance combat resilience. *Military Review*, 115–125.
- Mithoefer, M. C., Mithoefer, A. T., Feduccia, A. A., Jerome, L., Wagner, M., Wymer, J., & Doblin, R. (2018). 3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-assisted psychotherapy for post-traumatic stress disorder in military veterans, firefighters, and police officers: A randomised, double-blind, dose-response, phase 2 clinical trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(6), 486 – 497.
- Nader, A. M., & Aldouri, S. R. (2019). Nervous stress disorder of university. *Journal of Tikrit University for Humanities*, (1), 297–325.
- Obuobi-Donkor, G., Oluwasina, F., Nkire, N., & Agyapong, V. I. (2022). A scoping review on the prevalence and determinants of post-traumatic stress disorder among military personnel and firefighters: Implications for public policy and practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1565.
- Otis, J. D., Keane, T. M., Kerns, R. D., Monson, C., & Scioli, E. (2009). The development of an integrated treatment for veterans with comorbid chronic pain and posttraumatic stress disorder. *Pain Medicine*, 10(7), 1300–1311.
- Richardson, L. K., Frueh, B. C., & Acierio, R. (2010). Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(1), 4-19.
- Siciliano, R. E., Anderson, A. S., & Compas, B. E. (2022). Autonomic nervous system correlates of posttraumatic stress symptoms in youth: Meta-analysis and qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 92, 102125.
- Sornborger, J., Fann, A., Serpa, J. G., Ventrelle, J., RDN, M., Foynes, M. M., ... & Sylvia, L. G. (2017). Integrative therapy approaches for posttraumatic stress disorder: A special focus on treating veterans. *Focus*, 15(4), 390–398.

- Steenkamp, M. M., Nash, W. P., & Litz, B. T. (2013). Post-traumatic stress disorder: Review of the Comprehensive Soldier Fitness program. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(5), 507–512.
- Tasca, G. A., Sylvestre, J., Balfour, L., Chyurlia, L., Evans, J., Fortin-Langelier, B., ... & Wilson, B. (2015). What clinicians want: Findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy*, 52(1), 1.-27.
- Tedeschi, R. G., & Moore, B. A. (2021). Posttraumatic growth as an integrative therapeutic philosophy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(2), 180–190.
- Venereau, E., Schiraldi, M., Uguccioni, M., & Bianchi, M. E. (2013). HMGB1 and leukocyte migration during trauma and sterile inflammation. *Molecular Immunology*, 55(1), 76–82.
- Weathers, F. W., Bovin, M. J., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wittchen, H. U., Schönfeld, S., Kirschbaum, C., Thurau, C., Trautmann, S., Steudte, S., & Zimmermann, P. (2012). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in soldiers following deployment abroad: How big is the hidden problem? *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(35–36), 559–567.
- Zarbo, C., Tasca, G. A., Cattafi, F., & Compare, A. (2016). Integrative psychotherapy works. *Frontiers in Psychology*, (6), 2021.

فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض مستوى الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين

علي عبد الله امبارك السويهي

الجامعة الإسلامية

أُسْتُلِم بتاريخ 2025/6/22 وقُبِل للنشر بتاريخ 2025/8/26

المستخلص: هدفت الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج الجدلي السلوكي في خفض الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين. جرى تطبيق الدراسة على عينة مكونة من 100 مشارك، تم اختيارهم من مراجعي جمعية كفى للإقلاع عن التدخين، وقد قُسمت العينة إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية (50 مشاركاً) خضعت لتطبيق البرنامج، ومجموعة ضابطة (50 مشاركاً) لم تتلق أي تدخل. استخدم الباحث مقياس الهشاشة النفسية الذي تم إعداده بما يتناسب مع خصائص العينة، ويتكون من (25 عبارة)، تغطي أربعة أبعاد رئيسية: الاعتمادية، انخفاض تقدير الذات، ضعف المواجهة، والاضطرابات النفسية (مثل القلق والاكتئاب). أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الهشاشة النفسية؛ إذ انخفض متوسط الدرجات لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة. كما وُجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات التطبيقين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، حيث انخفض متوسط الدرجات في التطبيق البعدي، مما يدل على فعالية البرنامج في خفض مستويات الهشاشة النفسية. وأظهرت النتائج كذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي القياسين البعدي والتبقي، مما يؤكد استدامة أثر البرنامج. واستناداً إلى هذه النتائج، قدّم البحث مجموعة من التوصيات، من أبرزها: ضرورة تعزيز استمرارية الدعم الإرشادي عبر برامج متابعة طويلة المدى بعد انتهاء البرامج الأساسية؛ لضمان تثبيت التحسن وتقليل احتمالات الانتكاس، وتصميم تدخلات إرشادية ذكية وفردية، تعتمد على تقييم نفسي دقيق، مع استثمار التقنيات الحديثة مثل التطبيقات الذكية والدكاء الاصطناعي؛ لتقديم دعم نفسي مستمر ومخصص.

الكلمات المفتاحية: العلاج الجدلي السلوكي، الهشاشة النفسية، الاعتمادية، ضعف المواجهة، مراجعي مركز الإقلاع عن التدخين.

The Effectiveness of A Counseling Program Based on Dialectical Behavioral Therapy in Reducing The Level Of Psychological Fragility Among Patients Of Smoking Cessation Centers

Ali Abdullah E Alswihri

Islamic University

Received on 22/6/2025 prior to publication on 26/8/2025

Abstract: The study aimed to verify the effectiveness of a counseling program based on dialectical behavioral therapy in reducing psychological fragility among patients at a smoking cessation center. The study was applied to a sample of (100) participants selected from patients at the KAFA Association for Smoking Cessation. They were divided into two groups: an experimental group (50 participants) who underwent the program, and a control group (50 participants) who did not receive any intervention. The researcher used a psychological fragility scale, which was prepared to suit the characteristics of the sample. It consists of 25 statements covering four main dimensions: dependency, low self-esteem, weak coping, and psychological disorders (such as anxiety and depression). The results of the study showed statistically significant differences between the average scores of the experimental group and the control group on the psychological fragility scale; the average scores of the experimental group decreased compared to the control group. Statistically significant differences were also found between the average scores of the pre-application

and post-application of the experimental group; the average scores decreased in the post-application, indicating the effectiveness of the program in reducing levels of psychological fragility. The results also showed no statistically significant differences between the post-test and follow-up test averages, confirming the sustainability of the program's impact. Based on these findings, the study presented a set of recommendations, most notably: the need to enhance the continuity of counseling support through long-term follow-up programs after the end of the primary programs to ensure sustained improvement and reduce the likelihood of relapse; the need to design smart, individualized counseling interventions based on accurate psychological assessment; and the use of modern technologies such as smart applications and artificial intelligence to provide ongoing, personalized psychological support.

Keywords: Dialectical behavior therapy, psychological fragility, dependency, poor coping, smoking cessation center clients.

مقدمة وخلفية نظرية

تشهد المجتمعات المعاصرة تزايداً مضطرباً في حدة الضغوط النفسية والاجتماعية التي يواجهها الأفراد؛ وذلك نتيجة التعقيدات المتسارعة في أنماط الحياة، وتنامي التحديات المرتبطة بالتغيرات الاقتصادية، والثقافية، والتقنية. وقد أدى هذا الواقع إلى ظهور مظاهر متعددة من سوء التكيف مع الحياة، من أبرزها ما يُعرف بـ"الهشاشة النفسية" Psychological Fragility.

يعدُّ مفهوم الهشاشة النفسية من المفاهيم الحديثة نسبياً في علم النفس، وقد بدأ في الظهور والانتشار في العقدين الأخيرين من القرن الحادي والعشرين، خاصة مع ازدياد الاهتمام بالاضطرابات النفسية الخفية وغير المشخصة، مثل: القلق الاجتماعي، والتوتر المزمن، والاحتراق النفسي، وحساسية النفس للعوامل البيئية والاجتماعية (جماطي، 2021؛ Atiya, 2024).

تُعرَّف الهشاشة النفسية بأنها: حالة الضعف أو الوهن النفسي التي تنتاب الفرد، فتجعله أكثر اعتماداً على المصادر الخارجية لإحساسه بقيمته، وأقل تقديرًا لذاته، كما تضعف قدرته على المواجهة، وتجعله أقل مقاومة لعوامل الخطر أو الأحداث الضاغطة، وأكثر عرضة للاضطرابات النفسية خاصة القلق والاكتئاب، وتتضمن أربعة أبعاد، هي: الاعتمادية، وانخفاض تقدير الذات، وضعف المواجهة، والاضطرابات النفسية (Evans et al., 2024).

تشير الهشاشة النفسية إلى حالة يكون فيها الشخص شديد الحساسية وضعيف التحمل أمام الضغوط، فيضخم المشكلات، ويرى نفسه أقل قدرة على المواجهة، ويستسلم بسرعة للأفكار والمشاعر السلبية حتى لو لم تكن الأزمة كبيرة بالفعل. أما الضعف النفسي فهو مفهوم أوسع، يشير عمومًا إلى محدودية قدرة الشخص على التكيف مع المتاعب والصعوبات بشكل عام، وقد يكون مرتبطاً بوجود اضطراب نفسي دائم أو فقدان الثقة بالنفس أو قلة المهارات النفسية، لكنه لا يصل بالضرورة لمرحلة الانهيار والانكسار، والانكسار النفسي هو الحالة التي يصل فيها الشخص لـ"كسر داخلي" واضح بعد التعرض لصدمة شديدة أو تكرار الأزمات، ويشعر بعدها بعجز تام أو فقدان الأمل والدافع، وغالبًا يصعب فيها

العودة للاتزان دون تدخل ودعم متخصص، وبالتالي فإن الهشاشة بداية مرحلة الضعف العميق، والضعف النفسي أكثر عمومية وشمولية، والانكسار هو النهاية أو أخطر مرحلة من فقدان الصمود (الشهري، 2023؛ وأحمد، 2020؛ جماطي، 2021).

وتشير الأدبيات النفسية إلى أن الهشاشة النفسية ترتبط بضعف الصلابة النفسية، وانخفاض تقدير الذات، وسوء التنظيم الانفعالي (Atiya, 2024؛ الشهري، 2023). كما تؤثر في بنية الشخصية، فيزيد الاعتماد على الآخرين وتعزز أنماط التفكير السلبي، فالأفراد الضعفاء نفسياً أكثر عرضة للمشكلات النفسية والاجتماعية والجسدية والمعاناة، كما يميلون إلى ردود الفعل المبالغ فيها الأحداث الضاغطة البسيطة، والتفسير السلبي للأحداث، مما يعرضهم لخطر الإصابة بالاكتئاب وغيره من النتائج السلبية (Abdrasulovna, 2024; Keramidas, 2021; Qona'ah et al., 2020).

تؤدي الهشاشة المتزايدة إلى ضعف الصحة النفسية، ونقص الدعم الاجتماعي، كما تؤثر في السلوك والعلاقات الشخصية (Selim et al., 2022). كما أن العلاقة السلبية بين الهشاشة والكفاءة الذاتية لها تأثير سلبي على الدافع السلوكي للفرد (Tawfiq, 2023). كما ترتبط سلبياً بالكفاءة الذاتية وإيجابياً بالتسويق، حيث إن كلاً من الكفاءة الذاتية والتسويق يفسران (40%) من تباين الهشاشة النفسية لدى طلاب الجامعة (Araújo et al., 2025).

وأشارت أرسلان (Arslan et al., 2024) إلى وجود مستوى متوسط من الهشاشة النفسية لدى المراهقين غير المتوافقين دراسياً، وهناك علاقة بين مستوى الهشاشة النفسية والتوافق الدراسي؛ إذ إن المراهقين غير المتوافقين دراسياً أكثر هشاشة نفسية مقارنة بالطلاب المتوافقين دراسياً.

وتوصلت دراسة وارث وتوفيق (Wareth & Tawfiq, 2024) إلى أن البناء النفسي للطلاب ذوي الهشاشة النفسية المرتفعة اتسم بالتصدع والخلل والاضطراب، حيث صورة الذات السلبية، وانخفاض تقدير الذات وعدم الرضا عنها، وظهور نقص في إشباع الاحتياجات العاطفية الأساسية، ومعاناة الصراعات، وضعف الأنا، واللجوء إلى ميكانزمات دفاعية غير ناضجة؛ لمحاولة التكيف، وإدراك البيئة بأنها عدوانية ومحبطة وغير متعاطفة، كما اتسم النسق الأسري بالتسلط والقسوة والعنف وإحباط إشباع الحاجات الأساسية من الحب والتقبل والاهتمام.

تتبدى الهشاشة النفسية في صورة قلق دائم، وشعور مستمر بعدم الأمان، وتذبذب في تقدير الذات، وسرعة في الانفعال، وهي عوامل تزيد من احتمالية الخراط الفرد في سلوكيات غير سوية؛ كالهروب من الواقع، أو اللجوء إلى عادات ضارة، مثل التدخين، الذي يلجأ إليه الأفراد؛ بغية تخفيف التوتر أو استعادة الإحساس بالسيطرة (Awaad et al., 2023).

ويشير كل من هايدت وليوكيانوف (Haidt & Lukianoff, 2018) إلى أن التنشئة القائمة على الحماية الزائدة وانخفاض المواجهة يمكن أن تؤدي إلى إنتاج جيل يعاني من هشاشة نفسية مزمنة، يستخدم التدخين أو سلوكيات أخرى؛ للهروب من التحديات بدلاً من التعامل معها.

ويعُدُّ التدخين أحد أكثر السلوكيات انتشاراً في المجتمعات المعاصرة، وغالباً ما يُمثِّل مظهرًا من مظاهر الهروب النفسي، والضعف في آليات التكيف مع الضغوط الحياتية، لا سيَّما لدى الأفراد الذين يعانون من درجات مرتفعة من الهشاشة النفسية. وتمثِّل الهشاشة النفسية نمطاً من القابلية المرتفعة للتأثر بالضغوط والانفعالات، وتظهر في صورة قلق مزمن، وتدني في تقدير الذات، وصعوبات في تنظيم المشاعر، مما يجعل الفرد عرضة للسلوكيات الإدمانية والانعزالية (Chhatwani & Mishra, 2021).

أظهرت نتائج المسح الوطني في المملكة العربية السعودية لعام 2024 أن نسبة البالغين (15 سنة فأكثر) المدخنين لأي نوع من أنواع التبغ بلغت (12.4%). كما بيَّنت النتائج أن أغلبية المدخنين يستهلكون ما بين سيجارتين إلى خمس سجائر يوميًا (29.9%)، بينما يدخن (22.7%) ما بين (6) إلى (10) سجائر، و(20.2%) يدخنون ما بين (11) إلى (20) سيجارة يوميًا، في حين يدخن (10.4%) أكثر من 20 سيجارة في اليوم. تعكس هذه الأرقام تحديًا صحيًا لا يزال قائمًا، وتؤكد على أهمية استمرار جهود التوعية، وتفعيل التشريعات الهادفة إلى مكافحة التدخين والتقليل من آثاره داخل المجتمع السعودي (الهيئة العامة للإحصاء، 2024).

وقد أكَّد عدد من الدراسات النفسية أن التدخين لا يُعد مجرد سلوك صحي ضار، بل يحمل في طياته دلالات نفسية واجتماعية عميقة، من أبرزها ضعف الصلابة النفسية، وسوء التوافق الشخصي والاجتماعي (Beigi et al., 2022; Büyükbasmacı et al., 2024).

ففي مراجعة منهجية، أشار فلوهارتي وآخرون (Fluharty et al., 2017) إلى وجود ارتباط وثيق بين التدخين وارتفاع معدلات القلق والاكتئاب لدى الأفراد، وقد أوضحت الدراسة أن العديد من الأشخاص الذين يعانون من أعراض نفسية يميلون إلى التدخين كوسيلة لتخفيف حدة الانفعالات السلبية، إلا أن هذا السلوك ينعكس سلبًا على صحتهم النفسية على المدى الطويل، ويزيد من معاناتهم، مما يؤدي إلى ضعف التكيف مع المواقف الحياتية المختلفة.

وفي السياق ذاته، توصلت دراسة تايلور وآخرين (Taylor et al., 2014) إلى نتائج مشابهة من خلال مراجعة وتحليل عدد من الدراسات التي تناولت تأثير الإقلاع عن التدخين على الصحة النفسية، حيث كشفت أن المدخنين الذين توقفوا عن التدخين شهدوا تحسُّنًا واضحًا في مستويات الصحة النفسية العامة،

وانخفاضاً في أعراض التوتر والاكتئاب.

كما رصدت دراسة أخرى أجراها وينبرغر وآخرون (Weinberger et al., 2017) وجود علاقة بين التدخين وخلل في تنظيم الانفعالات، إلى جانب صعوبات في التكيف الاجتماعي والنفسي، وقد أوضحت الدراسة أن المدخنين يظهرون مستويات أعلى من التوتر والاضطراب مقارنة بغير المدخنين، لا سيما في أوقات الأزمات والضغوط اليومية.

أما دراسة ليفنثال وآخرين (Leventhal et al., 2010)؛ فقد تناولت العلاقة بين التدخين وبعض السمات النفسية، مثل: الاندفاعية، ضعف ضبط الذات، والانخفاض في الصلابة النفسية، وهي جميعها سمات ترتبط بالهشاشة النفسية، وقد أشار الباحثون إلى أن الأفراد الذين يعانون مما يُعرف بـ "فقدان التلذذ anhedonia" أو صعوبة في الاستمتاع بالحياة، يكونون أكثر عرضة للتدخين، في محاولة منهم للحصول على قدر من التحفيز المؤقت.

تؤثر الهشاشة النفسية سلباً في قدرة الأفراد على التكيف مع ضغوط الحياة ومواجهة التحديات اليومية، حيث تتجلى في صورة تدني القدرة على تحمل الإحباط، وسرعة الانهيار النفسي أمام المواقف الصادمة، وتضخم الاستجابة الانفعالية. وتزداد خطورة هذه الحالة لدى الأفراد المقبلين على التغيير السلوكي أو التعافي من الإدمان، مثل مراجعي جمعيات الإقلاع عن التدخين؛ لما يواجهونه من صراعات داخلية وضغوط اجتماعية وشعور بالذنب والانسحاب (Chellali et al., 2025). وقد تكون أحد العوامل المؤثرة في العودة إلى السلوك الإدماني، خاصة في المراحل الأولى من الإقلاع (West, 2017).

وأشارت دراسة باشمان وآخرين (Bachmann et al., 2018) إلى أن المستويات المرتفعة من القوى الشخصية (الحكمة والشجاعة والتفاؤل) قد يؤدي إلى انخفاض مستوى الهشاشة النفسية، كما أن تلك القوى تزيد من المرونة النفسية، والتي بدورها تقلل من الهشاشة النفسية؛ أي: أن القوى الشخصية تتوسط العلاقة بين المرونة النفسية والهشاشة النفسية، التي أُجريت على عينة من طلبة المرحلة الثانوية.

ومن هذا المنطلق، تبرز الحاجة الماسة إلى تصميم برامج إرشادية فعّالة تستهدف تعزيز التوازن النفسي لدى الأفراد المعرضين للهشاشة، ومساعدتهم على تطوير أساليب أكثر فاعلية لمواجهة الضغوط، وتشير الدراسات مثل (Atiya, 2024؛ Büyükbasmacı et al., 2024؛ Beigi et al., 2022) إلى أن ضعف التقدير الذاتي، والانخراط في سلوكيات غير صحية كالتدخين قد تكون مخارجاً مباشرة للهشاشة النفسية. لذا؛ فإن التدخل الإرشادي الفعّال، خاصة القائم على الأساليب الجدلية والسلوكية، يُعد ضرورة لتقويم هذه المشكلات، وتعزيز التوافق النفسي والاجتماعي لدى الأفراد (Al, 2024). ورغم تنوع البرامج العلاجية

المستخدمة في دعم الأفراد المتعافين أو الراغبين في الإقلاع عن التدخين، إلا أن كثيرًا منها يغفل البُعد النفسي العميق المرتبط بسلوك التدخين، وعلى رأسه الهشاشة النفسية.

وفي هذا السياق، يكتسب الإرشاد الجدلي السلوكي (Dialectical Behavioral Therapy – DBT) أهمية متزايدة في الميدان الإرشادي؛ نظرًا لفاعليته المثبتة في خفض حدة الاضطرابات الانفعالية وتحسين التنظيم الذاتي، خاصة بين الفئات الأكثر هشاشة. ويقوم هذا النوع من الإرشاد على الدمج بين المهارات المعرفية والسلوكية، وتقبل الذات، وتنظيم المشاعر، والقدرة على التحمل، وتحسين مهارات العلاقات الشخصية، وهو ما يجعله نموذجًا متكاملًا في التعامل مع مشكلات، مثل: القلق، والتوتر، والإدمان، والانفجارات الانفعالية (Chellali et al., 2025).

وقد أظهر العلاج الجدلي السلوكي فعاليته في خفض العديد من الاضطرابات النفسية المرتبطة بالانفعالات الحادة، وفقدان السيطرة، وضعف التقدير الذاتي، وجميعها مكونات أساسية للهشاشة النفسية (Chhatwani & Mishra, 2021)، وفي تحسين مهارات التنظيم الانفعالي، وتعزيز الصمود النفسي، وخفض معدلات الاندفاعية، لا سيما لدى الأفراد ذوي النزعات الإدمانية (أحمد، 2020؛ Evans et al., 2024).

كما أظهرت نتائج العديد من الدراسات (الشهري، 2023؛ أحمد، 2020؛ Chhatwani & Mishra, 2021) أن DBT يحقق نتائج إيجابية في علاج السلوكيات الإدمانية، بما فيها تعاطي المخدرات والتدخين، حيث تفوق بشكل واضح على برامج التثقيف النفسي وغيرها في تقليل معدلات الانتكاس وتحسين نسب الامتناع عن التعاطي لفترات أطول، وتنظيم الانفعالات، حيث يركز DBT بشكل أساسي على تنظيم الانفعالات، والصلابة النفسية، وإدارة الضغوط.

وبعد تطبيق هذا النوع من البرامج على مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين في البيئة العربية بشكل عام، والسعودية بشكل خاص محدودًا، مما يبرز الحاجة إلى دراسات تطبيقية، تسعى إلى اختبار فعالية هذه البرامج في خفض مستوى الهشاشة النفسية، كما أن معظم الأبحاث السابقة ركزت على علاج الإدمان التقليدي أو العلاجات الدوائية، مع إهمال برامج الدعم النفسي والإرشادي المتخصصة، وهناك نقص في الأدلة حول فعالية البرامج الجدلية السلوكية في خفض الهشاشة النفسية؛ بوصفها عامل خطر للانتكاس أو الفشل في الإقلاع، إضافة إلى محدودية الدراسات التي تقيس الأثر طويل المدى واستمرارية النتائج لهذه البرامج مع الفئات السلوكية المعرضة للهشاشة والانتكاس.

وتعدُّ جمعية "كفى" بمكة المكرمة من المؤسسات الرائدة في مجال التوعية بأضرار التدخين، وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي للمقلعين عنه، ومع تزايد أعداد المراجعين الذين يعانون من صعوبات نفسية

مرافقة، تزداد الحاجة إلى تبني برامج تدخُّلية، تعتمد على أسس علمية حديثة، لا تكفي بالتوعية، بل تتجاوزها إلى بناء نماذج تغيير معرفي وسلوكي عميق ومستدام. وتهدف هذه الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي قائم على الإرشاد الجدلي السلوكي في خفض الهشاشة النفسية لدى عينة من مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين.

الأسئلة:

1. هل يوجد فرق دال إحصائيًا بين متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين؟
2. هل يوجد فرق دال إحصائيًا بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين؟
3. هل يوجد فرق دال إحصائيًا بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبعي على مقياس الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين؟

المنهج والإجراءات

المنهج

تستند الدراسة الحالية إلى المنهج شبه التجريبي؛ بوصفه المنهج الأنسب لتحقيق أهداف البحث، والإجابة عن أسئلته، حيث يُتيح للباحث التحكم في المتغير المستقل (البرنامج الإرشادي)، وقياس أثره المباشر على المتغير التابع (الهشاشة النفسية)، وقد اعتمدت الدراسة على تصميم شبه تجريبي قائم على القياس القبلي - البعدي لمجموعتين (تجريبية وضابطة)، والقياسات المتكررة للمجموعة التجريبية (قبلي - بعدي - تبعي).

المجتمع

تكوّن مجتمع الدراسة من جميع مراجعي جمعية كفى للإقلاع عن التدخين في مكة المكرمة، وهم أفراد يلجؤون إلى خدمات الجمعية التطوعية؛ بهدف الإقلاع عن تعاطي التبغ، سواء في صورته التقليدية (السجائر، الشيشة) أو الحديثة (السجائر الإلكترونية)، ويشمل ذلك مَنْ يسعون إلى التغيير السلوكي الطوعي من خلال برامج علاجية وتوعوية متعددة، وقد بلغ عددهم (6579) مراجعًا، وفقًا لسجلات جمعية كفى للإقلاع عن التدخين بمكة المكرمة لعام 2024.

العينة

تم تطبيق الدراسة على عينة أساسية قوامها (100) مشارك من مراجعي جمعية كفى للتوعية بأضرار التدخين والمخدرات خلال عام 2025، حيث يمثل هؤلاء الأفراد الفئة المستهدفة للبرنامج الإرشادي المقترح لخفض الهشاشة النفسية. وقد تم اختيار العينة باستخدام الطريقة القصدية Purposive Sampling، حيث تم اختيار العينة من مراجعي الجمعية الذين تنطبق عليهم معايير واضحة، وهي:

1. أن يكون المشارك مدخنًا عاديًا منتظمًا منذ سنة على الأقل، ولديه رغبة أو استعداد للإقلاع عن التدخين.
2. أن يكون عمره بين 20 - 45 سنة.
3. أن يكون لديه درجة منخفضة من الهشاشة النفسية على المقياس المستخدم في الدراسة.
4. ألا يكون قد خضع لأي برنامج نفسي/إرشادي سابق في الجمعية خلال الأشهر الستة الأخيرة.
5. أفراد العينة يراجعون المراكز بمحض إرادتهم؛ بحثًا عن الدعم والمساعدة، وغالبًا لديهم محاولات سابقة للإقلاع.
6. يتم تقييم الوضع الصحي والنفسي لكل فرد بدقة، مع إجراء فحوصات أساسية.
7. يشترط توفر الدافعية والالتزام بحضور الجلسات والاستفادة من البرنامج الإرشادي.

تم توزيع أفراد العينة على مجموعتين متكافئتين باستخدام طريقة التعيين العشوائي البسيط، بعد التأكد من حصولهم على درجة مرتفعة في مقياس الهشاشة النفسية. تكونت المجموعة التجريبية من (50) مشاركًا تلقوا البرنامج الإرشادي، بينما تكونت المجموعة الضابطة من (50) مشاركًا لم يتلقوا أي تدخل خلال فترة الدراسة.

وقد تم التحقق من تكافؤ أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس الهشاشة النفسية والدرجة الكلية قبل تطبيق البرنامج باستخدام معادلة (ت) لمجموعتين غير مرتبطتين، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 1 قيم (ت) ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطي درجات المجموعتين (التجريبية والضابطة) لأبعاد مقياس الهشاشة النفسية والدرجة الكلية قبلًا

الأبعاد	مجموعتا الدراسة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	اختبار ت	الدلالة
الاعتمادية	التجريبية	50	16.14	1.27	98	0.31	غير دالة
	الضابطة	50	15.91	1.19			
انخفاض تقدير الذات	التجريبية	50	18.32	1.06	98	0.72	غير دالة
	الضابطة	50	18.19	0.94			
ضعف المواجهة	التجريبية	50	14.62	1.02	98	0.49	غير دالة
	الضابطة	50	14.25	0.89			

الأبعاد	مجموعتنا الدراسة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	اختبار ت	الدلالة
الاضطرابات النفسية	التجريبية	50	13.96	0.93	98	0.37	غير دالة
	الضابطة	50	13.79	0.86			
الدرجة الكلية	التجريبية	50	63.04	2.68	98	0.82	غير دالة
	الضابطة	50	62.14	2.17			

يوضح الجدول (1) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين (التجريبية والضابطة) في أبعاد مقياس الهشاشة النفسية، وهي: الاعتمادية، وانخفاض تقدير الذات، وضعف المواجهة، والاضطرابات النفسية، والدرجة الكلية للمقياس، حيث جاءت جميع قيم (ت) المحسوبة أقل من القيمة الجدولية، والتي تبلغ (1.98) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجات حرية (98)، مما يدل على تكافؤ المجموعتين في مقياس الهشاشة النفسية.

الأدوات

مقياس الهشاشة النفسية، إعداد: الباحث

أعدَّ الباحث مقياس الهشاشة النفسية؛ ليتناسب مع خصائص عينة البحث الحالية من مراجعي جمعية كفى، حيث لاحظ أن معظم المقاييس المتوفرة أعدت لطلاب الجامعة، وقد تم استقراء التراث السيكولوجي، والاطلاع على الأدبيات والبحوث النفسية المتاحة التي تناولت الهشاشة النفسية، إضافة لبعض المقاييس التي أعدت لقياس الهشاشة النفسية، مثل: مقياس الهشاشة الانفعالية (Yamaguchi et al, 2022)، ومقياس (Sinclair & Wallston, 2004) للهشاشة النفسية، ومقاييس الهشاشة النفسية التي أعدها كل من جماطي (2021) ودنقل (2022)، إضافة إلى مقياس الانكسار النفسي (العبيدي، 2020).

وفي ضوء الإطار النظري والاستفادة من المقاييس السابقة وخصائص مراجعي جمعية كفى؛ تم تحديد أبعاد المقياس، وهي:

■ الاعتمادية: حيث اعتماد الفرد على الآخرين؛ للتأكيد على إحساسه بقيمته الذاتية، ويتكون من ست فقرات.

■ انخفاض تقدير الذات: حيث الميل إلى التقييم السلبي للذات، ويتكون من سبع فقرات.

■ ضعف المواجهة: حيث ضعف إمكانات المواجهة والحساسية للضغوط والانسحاب من المواقف الصعبة، ويتكون من ست فقرات.

■ الاضطرابات النفسية: حيث تشير إلى مجموعة من الأعراض التي تظهر على المراهق، وتؤثر سلباً في شخصيته وتفاعله مع الآخرين وقدرته على التوافق مع المحيطين به، ومن أهمها القلق والاكتئاب، ويتكون من ست فقرات.

اشتمل المقياس في صورته الأولية على (25) مفردة، وتم تحديد بدائل الاستجابة وهي من نوع التقرير الذاتي، حيث يجب عنها المدخن في ضوء مقياس ثلاثي التدرج (تنطبق تماماً، تنطبق أحياناً، لا تنطبق).

كما تم تحكيم المقياس؛ إذ عُرض على عشرة من أساتذة علم النفس؛ لبيان مدى صلاحية المفردات لقياس المكون الذي تنتمي إليه، ومناسبتها لعينة الدراسة، فضلاً عن وضوح التعليمات، ومناسبة بدائل الاستجابة، وكان من نتائج التحكيم الإبقاء على المفردات التي حازت على نسبة اتفاق (80٪) فأكثر، مع تعديل صياغة بعض المفردات، ونتج عن ذلك الإبقاء على جميع المفردات.

تم إعداد المقياس في صورته الأولية؛ ليتم تطبيقه على العينة السيكومترية. كما تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس، حيث طُبّق على عينة استطلاعية مكونة من 120 من مراجعي جمعية كفى، روعي في اختيارهم أن لهم نفس خصائص الأفراد عينة الدراسة، والذين استطاع الباحث الوصول إليهم؛ بسبب ضعف التجاوب من المراجعين.

وتم إجراء التحليل العاملي الاستكشافي لفقرات المقياس بطريقة المكونات الأساسية (Principal Component) لهوتلينج (Hotelling)، والاعتماد على محك كايزر (Kaiser Normalization)، حيث اعتمد الباحث على التحليل العاملي الاستكشافي (Exploratory Factor Analysis - EFA)؛ بهدف التأكد من صدق البنية العاملية لأداة قياس الهشاشة النفسية خاصة أن الأداة جديدة.

وأُسفرت نتائج التحليل العاملي لعبارات المقياس عن وجود أربعة عوامل، جذرها الكامن أكبر من الواحد الصحيح، وقد فسرت هذه العوامل (58.797٪) من التباين الكلي. بلغ الجذر الكامن للعامل الأول (8.53) بنسبة تباين (24.4٪)، وتم تسميته بعامل الاعتمادية. أما العامل الثاني فبلغ الجذر الكامن له (5.94) بنسبة تباين (16.9٪)، وُسّمي عامل انخفاض تقدير الذات. وبلغ الجذر الكامن للعامل الثالث (4.34) بنسبة تباين (12.4٪)، وُسّمي عامل ضعف المواجهة، في حين بلغ الجذر الكامن للعامل الرابع (1.77) بنسبة تباين (5٪)، وُسّمي عامل الاضطرابات النفسية.

كما تم حساب الاتساق الداخلي، حيث حسبت معاملات الارتباط بين درجات المفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة، وتراوحت معاملات الارتباط بين (0.44) و (0.75). أظهرت النتائج أن جميع معاملات الارتباط بين كل مفردة من مفردات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة

دال إحصائياً عند مستوى (0.01) أو عند مستوى (0.05)، مما يدل على صدق جميع مفردات مقياس الهشاشة النفسية.

كما تم حساب ثبات المقياس معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha لكل بُعد على حدة، وذلك بعدد مفردات كل بُعد، حيث كان معامل الثبات للبُعد الأول الاعتمادية = (0.644)، وثبات البُعد الثاني انخفاض تقدير الذات = (0.701)، وثبات البُعد الثالث ضعف المواجهة = (0.671)، وثبات البُعد الرابع الاضطرابات النفسية = (0.695) وفي كل مرة يتم حذف درجة إحدى المفردات من الدرجة الكلية للبُعد الذي تنتمي إليه المفردة، وقد بلغ معامل الثبات الكلي (0.74).

وتكوّن مقياس الهشاشة النفسية في صورته النهائية من (25) مفردة، موزعة كالآتي: الاعتمادية (6)، وانخفاض تقدير الذات (7)، وضعف المواجهة (6)، والاضطرابات النفسية (6). يتم الإجابة عنه بالاختيار من البدائل (تنطبق تماماً، تنطبق أحياناً، لا تنطبق)، وعند التصحيح يأخذ البديل تنطبق تماماً الدرجة (3)، ويشير إلى درجة مرتفعة من الهشاشة النفسية، والبديل (تنطبق أحياناً) الدرجة (2)، ويشير إلى درجة متوسطة من الهشاشة النفسية، والبديل (لا تنطبق) الدرجة (2)، ويشير إلى درجة منخفضة من الهشاشة النفسية، ويعكس التصحيح في حالة المفردات السلبية وهي: (1-2-3)، وبالتالي تكون أقل درجة يحصل عليها المراجع على المقياس الدرجة (25)، وأعلى درجة هي الدرجة (75).

البرنامج الإرشادي، إعداد: الباحث

يُعرّف البرنامج الإرشادي بأنه: مجموعة جلسات إرشادية منظمة وقائمة على أسس علمية، تُقدّم للمسترشد ضمن إطار من علاقة متبادلة متفهمة مع المرشد؛ بهدف مساعدته على فهم مشكلاته والتوصل إلى حلول لها، وتنمية مهاراته وقدراته؛ لتحقيق النمو السوي، ويتألف البرنامج من (15) جلسة، تتضمن عددًا من المهارات والفنيات؛ بهدف خفض الهشاشة النفسية لدى مراجعي جمعية كفى.

الهدف العام

يتمثّل في التدريب على عدد من المهارات التي من شأنها خفض الهشاشة النفسية لدى مراجعي جمعية كفى، وينبثق عن هذا الهدف العام الأهداف الفرعية الآتية:

- أهداف معرفية: وتمثّل في المعلومات والمعارف التي تُقدّم للجماعة الإرشادية عن المفاهيم والمهارات المرتبطة بالهشاشة النفسية والتوافق الدراسي.

- أهداف سلوكية: وتمثل في التدريب على المهارات المتضمنة في البرنامج وتطبيقها في أنشطة الحياة اليومية.
- أهداف وجدانية: وتمثل في استثارة دافعية الجماعة الإرشادية؛ للمشاركة الفعالة في أنشطة وتكليفات البرنامج بدافع الرغبة في تطوير الذات.

مصادر بناء البرنامج

اعتمد الباحث في بناء البرنامج على عدد من المصادر على النحو الآتي:

- الأدب النظري الخاص بالهشاشة النفسية والتوافق النفسي، مثل مقياس (Wallston & Sinclair, 1999؛ دنقل، 2022)؛ لبناء تصور عام عن المفاهيم المرتبطة بكل منهما، وتكوين أساس معرفي لبناء أنشطة البرنامج.
- بعض البرامج الإرشادية مثل (الشهري، 2023؛ أحمد، 2020) المقدمة لدى مراجعي جمعية كفى؛ من أجل الاستفادة منها في تحديد الإطار العام للبرنامج، وعدد جلساته، والأنشطة والفنيات المناسبة.
- الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت الهشاشة النفسية والتوافق النفسي؛ للوصول إلى فهم أعمق لكليهما؛ من أجل اختيار الفنيات والأساليب المناسبة لتحقيق أهداف البرنامج الإرشادي.

الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة في البرنامج

تم الاعتماد على مجموعة من الفنيات الإرشادية والتدريبية التي تتناسب مع طبيعة موضوعات الجلسات؛ وذلك بهدف تحقيق أهداف البرنامج. وقد شملت هذه الفنيات: المحاضرة، والمناقشة والحوار، والحوار الإيجابي مع الذات، والنمذجة، والتعزيز، والتغذية الراجعة، ولعب الأدوار، واستخدام لغة الجسد التوكيدية، وحل المشكلات، إضافة إلى التكليفات المنزلية. كما تم استخدام الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي، وهي:

- سجل المشاعر والسلوك (Emotion Diary Card): يُستخدم لتتبع المشاعر اليومية، المحفزات، السلوكيات التلقائية، والاستجابات المهارية.
- فنية STOP وهي اختصار لـ:
 - S قف (Stop).
 - T تنفّس بعمق (Take a step back).
 - O راقب الموقف (Observe).

- P تابع باستجابة فعالة (Proceed mindfully).
- **التقبل الجذري (Radical Acceptance):** يتم من خلاله تعليم المشارك تقبل الواقع كما هو، دون مقاومة داخلية أو إنكار، مما يساهم في تقليل التوتر وتعزيز المرونة النفسية.
- **فنية "الذهن الواعي" للتنفس والتركيز:** وهي من تمارين اليقظة الذهنية، تساعد على تهدئة الجهاز العصبي والتقليل من تشتت الذهني والهشاشة.
- **تمارين حل المشكلات المركبة:** ويتم فيها تفكيك المشكلة إلى عناصرها الأساسية، وتوليد عدة حلول، واختيار الحل الأكثر مهارة.
- **لعاب الأدوار (Role Playing):** تُستخدم بشكل خاص في مهارات العلاقات، مثل كيفية قول "لا"، أو التعبير عن الرفض، أو طلب الدعم.
- **تدريب على "الحديث الداخلي الداعم":** لمواجهة الصوت الداخلي الناقد واستبداله بصوت تعاطفي عقلائي.
- **بطاقات المهارات (Skills Cards):** بطاقات صغيرة تحمل مهارات DBT الأساسية؛ لتذكير المشاركين بها عند الحاجة.

الملاحح الرئيسة للبرنامج

اشتمل البرنامج على (15) جلسة إرشادية بواقع جلستين أسبوعياً، حيث تمت الجلسات الإرشادية بحجرة الأخصائي النفسي بجمعية كفى، وذلك خلال الفترة من 2 فبراير 2025 إلى 24 مارس 2025. تبع ذلك التطبيق التتبعي بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج، وقد تراوحت المدة الزمنية للجلسة من 60 إلى 90 دقيقة، حسب أهداف كل جلسة وإجراءاتها، ويتضمن الجدول الآتي ملخصاً للجلسات.

جدول 2 ملخص جلسات البرنامج

رقم الجلسة وموضوعها	الأهداف	الفنيات المستخدمة	الزمن
تمهيد وتعارف	- التعارف بين الباحث والمراجعين. - إقامة علاقة مودة وألفة وتحييتهم نفسياً. - تعريف المراجعين بأهداف البرنامج وأهميته.	- المحاضرة، المناقشة والحوار. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي، تتمثل في سجل	٧٠ دقيقة
تقدير الذات	- التعرف على المشاعر والسلوك. - الأفكار والانفعالات. - التعرف على مفهوم تقدير الذات. - تمييز سمات التقدير المرتفع والمنخفض. - تشخيص مستوى التقدير الذاتي. - التعرف على إجراءات رفع تقدير الذات. - مقدمة في مهارات اليقظة الذهنية؛ لتعزيز الحضور الواعي.	- الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي، تتمثل في فنية STOP والتقبل الجذري، وفنية الذهن الواعي للتنفس والتركيز.	٦٠ دقيقة

رقم الجلسة وموضوعها	الأهداف	الفنيات المستخدمة	الزمن
الأفكار الالاعقلانية	- التعرف على الأفكار غير العقلانية وتأثيرها. - تحديد الأفكار غير المنطقية الشخصية. - تبني أفكار عقلانية بديلة. - بناء وعي ذاتي متوازن؛ لتقليل المبالغة في تقييم الضغوط.	- المحاضرة، المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، التعزيز، النمذجة، التكاليف المنزلية. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في التقبل الجذري.	٩٠ دقيقة
كيف أتخلص من القلق؟	- التعرف على القلق وتأثيره السلبي. - التدرب على طرق التخلص من القلق والتوتر. - تبني اتجاه إيجابي نحو الممارسة. - استراتيجيات تحمل الضيق والقدرة على مواجهة المواقف الصعبة. - التعرف على مفهوم توكيد الذات والتمييز بينه وبين العدوان.	- المحاضرة، المناقشة والحوار، التعزيز، التكاليف المنزلية. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي، تتمثل في التدريب على "الحديث الداخلي الداعم"، وفنية "الذهن الواعي" للتنفس والتركيز.	٩٠ دقيقة
توكيد الذات	- المقارنة بين السلوك التوكيدي وغير التوكيدي. - تعزيز الاتجاه نحو التوكيد الذاتي. - إعادة بناء الأفكار السلبية المرتبطة بالضعف النفسي.	- المحاضرة، المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، التعزيز. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في لعب الأدوار وبطاقات المهارات.	٦٠ دقيقة
مهارات توكيد الذات	- التعرف والتدريب على مهارات التوكيد. - تعزيز الاتجاه نحو ممارستها عملياً. - التدريب على قبول الذات والتسامح مع الفشل.	- المحاضرة، لعب الدور، التغذية الراجعة، التعزيز، التكاليف المنزلية. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في بطاقات المهارات.	٩٠ دقيقة
مهارات التعامل مع الآخر	- التعرف والتدريب على مهارات التعامل مع الآخر. - تعزيز الاتجاه نحو ممارستها. - مواجهة التناقضات الداخلية ومهارة التفكير الجدلي.	- المحاضرة، المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، التعزيز، النمذجة، لغة الجسد التوكيدية، التكاليف المنزلية. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في التقبل الجذري.	٩٠ دقيقة
التفاوض	- التعرف على مفهوم التفاوض وأهميته. - التعرف على طرق تعزيز التفاوض. - تبني الاتجاهات الإيجابية. - تنمية مهارات ضبط الانفعالات والتحكم العاطفي.	- المناقشة والحوار، التعزيز، النمذجة، التغذية الراجعة، التكاليف المنزلية. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في لعب الأدوار وتمارين حل المشكلات المركبة.	٦٠ دقيقة
كن مثابراً	- التعرف على مفهوم المثابرة. - التدريب على إجراءات تعززها. - تبني الاتجاه نحو المثابرة. - دعم الصمود النفسي وبناء الثقة أثناء المحن. - التعرف على خطوات حل المشكلات. - التدريب على استخدامها.	- المناقشة والحوار، التعزيز، النمذجة، التغذية الراجعة، التكاليف المنزلية. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في سجل المشاعر والسلوك وفنية "الذهن الواعي" للتنفس والتركيز.	٦٠ دقيقة
حل المشكلات	- التعرف على مفهوم إدارة الذات وأهميته. - تعزيز الاتجاه نحو تطبيقها. - التعامل مع الانتكاسة وتجنب العودة إلى العادات الضارة.	- المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، التعزيز، النمذجة، حل المشكلات، التكاليف المنزلية. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في تمارين حل المشكلات المركبة وتدريب على "الحديث الداخلي الداعم".	60 دقيقة
إدارة الذات	- التعرف على مفهوم إدارة الذات وأهميته. - اكتساب مبادئ إدارة الذات وتطبيقها. - تعزيز العلاقات والدعم الاجتماعي الفعال.	- المحاضرة، المناقشة، النمذجة، التعزيز، التكاليف المنزلية. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في لعب الأدوار والتقبل الجذري.	60 دقيقة

رقم الجلسة وموضوعها	الأهداف	الفنيات المستخدمة	الزمن
إدارة الوقت	- التعرف على مفهوم إدارة الوقت ومهاراته. - تبني الرغبة في التطبيق الواقعي. - أساليب التعبير الصحي عن المشاعر والضغوط.	- المحاضرة، المناقشة، النمذجة، التعزيز، التكاليفات المنزلية - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في فنية 60 دقيقة - STOP.	
مراجعة عامة	- بناء خطط مواجهة للمواقف الصعبة بعد الإقلاع. - مراجعة مفاهيم ومهارات الجلسات السابقة. - تعزيز الاستيعاب والتطبيق. - تعزيز الاتجاه الإيجابي نحو البرنامج وتطبيقه بالحياة اليومية.	- المناقشة والحوار، التغذية الراجعة، التعزيز. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في سجل 90 دقيقة - المشاعر والسلوك وبطاقات المهارات.	
الجلسة الختامية	- استطلاع آراء المراجعين. - إجراء القياسات البعدية. - المراجعة، التقييم، واستخلاص الدروس والتخطيط للحياة بعد التدخين.	- المناقشة والحوار، التعزيز. - الفنيات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي تتمثل في فنية 70 دقيقة - STOP.	

تحليل البيانات

استخدم الباحث برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الإصدار 25 لحساب قيمة اختبار (ت) للمجموعات المستقلة والمتربطة.

النتائج

نتيجة السؤال الأول: هل يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين؟
للإجابة عن السؤال الأول: تم استخدام اختبار (ت) للمجموعات المستقلة، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 3/ اختبار (ت) للمجموعات المستقلة للمقارنة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمقياس الهشاشة النفسية (ن=100)

الأبعاد	التطبيق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار ت	الدلالة	قيمة إيتا
الاعتمادية	ضابطة	50	15.22	2.41	7.03	0.000**	0.64
	تجريبية	50	8.46	2.35			
انخفاض تقدير الذات	ضابطة	50	17.89	2.97	6.88	0.000**	0.43
	تجريبية	50	9.42	2.88			
ضعف المواجهة	ضابطة	50	14.63	2.11	6.70	0.000**	0.42
	تجريبية	50	8.28	2.04			
الاضطرابات النفسية	ضابطة	50	13.11	1.93	5.92	0.000**	0.56
	تجريبية	50	6.84	1.87			
الدرجة الكلية	ضابطة	50	60.85	6.30	8.91	0.000*	0.47
	تجريبية	50	29.30	5.90			

يتضح من الجدول (3) نتائج اختبار (ت) للمجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الهشاشة النفسية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية، وذلك على النحو الآتي:

- وجود فروق دالة عند مستوى (0.01) ($p < 0.01$) وقيمة إيتا (0.47)، بين جميع أبعاد مقياس الهشاشة النفسية، حيث بلغت قيمة (ت) (8.91)، مما يشير إلى حجم تأثير كبير للبرنامج الإرشادي في خفض الهشاشة النفسية، حيث بلغ متوسط الدرجة الكلية للهشاشة النفسية للمجموعة التجريبية بعد التطبيق (29.30)، بينما بلغ متوسط الدرجة الكلية للهشاشة النفسية للمجموعة الضابطة (60.85).
- وجود فروق دالة عند مستوى (0.01) ($p < 0.01$) وقيمة إيتا (0.64)، بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في بُعد الاعتمادية، حيث بلغت قيمة (ت) (7.03) وهي دالة إحصائياً، مما يشير إلى حجم تأثير كبير للبرنامج الإرشادي في خفض الاعتمادية، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة في هذا البعد (15.22) مقابل (8.46) للمجموعة التجريبية.
- وجود فروق دالة عند مستوى (0.01) ($p < 0.01$) وقيمة إيتا (0.43)، بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في بُعد انخفاض تقدير الذات، حيث بلغت قيمة (ت) (6.88) وهي دالة إحصائياً، مما يشير إلى حجم تأثير كبير للبرنامج الإرشادي في خفض انخفاض تقدير الذات، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (17.89) مقابل (9.42) للمجموعة التجريبية.
- وجود فروق دالة عند مستوى (0.01) ($p < 0.01$) وقيمة إيتا (0.42)، بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في بُعد ضعف المواجهة، حيث بلغت قيمة (ت) (6.70) وهي دالة إحصائياً، مما يشير إلى حجم تأثير كبير للبرنامج الإرشادي في خفض ضعف المواجهة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (14.63) مقابل (8.28) للمجموعة التجريبية.
- وجود فروق دالة عند مستوى (0.01) ($p < 0.01$) وقيمة إيتا (5.92)، بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في بُعد الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب)، حيث بلغت قيمة (ت) (5.92) وهي دالة إحصائياً، مما يشير إلى حجم تأثير كبير للبرنامج الإرشادي في خفض المواجهة، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (13.11) مقابل (6.84) للمجموعة التجريبية.

نتيجة السؤال الثاني: هل يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين؟

للإجابة عن السؤال الثاني: تم استخدام اختبار أسلوب (ت) للمجموعات المترابطة، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 4 اختبار (ت) للمجموعات المترابطة في مقياس الهشاشة النفسية للمجموعة التجريبية (ن=50)

الأبعاد	التطبيق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار ت	الدلالة	قيمة إيتا
الاعتمادية	قبلي	50	15.38	2.65	14.88	0.001**	0.82
	بعدي	50	8.46	2.35			
انخفاض تقدير الذات	قبلي	50	17.95	3.11	13.11	0.001**	0.78
	بعدي	50	9.42	2.88			
ضعف المواجهة	قبلي	50	14.91	2.36	12.77	0.001**	0.76
	بعدي	50	8.28	2.04			
الاضطرابات النفسية	قبلي	50	13.85	2.25	12.22	0.001**	0.75
	بعدي	50	6.84	1.87			
الدرجة الكلية	قبلي	50	61.20	6.80	24.10	0.001	0.92
	بعدي	50	29.30	5.90			

يتضح من الجدول (4) وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي في الدرجة الكلية لمقياس الهشاشة النفسية، لصالح القياس البعدي، حيث بلغت قيمة (ت) (24.10)، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01)، كما بلغت قيمة إيتا $\eta^2 = 0.92$ ، وهي قيمة مرتفعة جداً، وهي نسبة تؤكد فعالية البرنامج الإرشادي بدرجة عالية، حيث بلغ المتوسط الحسابي للتطبيق البعدي للمجموعة التجريبية (61.20)، في حين كان المتوسط الحسابي للتطبيق القبلي للمجموعة التجريبية (29.30). كما يظهر الجدول (4) وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي في جميع أبعاد الهشاشة النفسية، لصالح القياس البعدي، حيث كانت قيم (ت) لجميع الأبعاد دالة عند مستوى دلالة (0.01)، كما تراوحت قيمة إيتا للأبعاد بين (0.75-0.82)، وهي قيم مرتفعة جداً، حيث يلاحظ انخفاض واضح للمتوسطات الحسابية لجميع الأبعاد في التطبيق البعدي مقارنة بالتطبيق القبلي.

نتيجة السؤال الثالث: هل يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبقي على مقياس الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين؟ للإجابة عن السؤال الثالث: تم استخدام اختبار (ت) للمجموعات المترابطة، والجدول الآتي يوضح ذلك.

جدول 5 اختبار (ت) للمجموعات المترابطة للمقارنة بين التطبيقين البعدي والتبقي لمقياس الهشاشة النفسية للمجموعة التجريبية (ن=50)

الأبعاد	التطبيق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار ت	الدلالة	قيمة إيتا
الاعتمادية	بعدي	50	8.46	2.35	0.38	0.705	0.003
	تبقي	50	8.58	2.44			
انخفاض تقدير الذات	بعدي	50	9.42	2.88	0.44	0.663	0.004
	تبقي	50	9.50	2.91			
ضعف المواجهة	بعدي	50	8.28	2.04	0.31	0.756	0.002
	تبقي	50	8.36	2.10			

الأبعاد	التطبيق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار ت	الدلالة	قيمة إيتا
الاضطرابات النفسية	بعدي	50	6.84	1.87	0.61	0.543	0.007
	تتبعي	50	6.98	1.89			
الدرجة الكلية	بعدي	50	29.30	5.90	0.15	0.885	0.01
	تتبعي	50	29.90	6.10			

يتضح من الجدول (5) نتائج اختبار (ت) للمجموعات المترابطة بين القياسين البعدي والتتبعي، والذي تم بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج، حيث يشير الاختبار إلى عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات الهشاشة النفسية على مستوى الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية بعد انتهاء البرنامج الإرشادي (29.30)، ومتوسط درجات الهشاشة النفسية في فترة المتابعة (29.90)، وكانت قيمة $t = 0.15$ وقيمة الدلالة ($p = 0.885$)، وهي أعلى بكثير من مستوى الدلالة التقليدي (0.05).

هذا يعني أن تأثير البرنامج الإرشادي في خفض الهشاشة النفسية لا يزال مستمراً في فترة المتابعة، ولا توجد تغيرات ذات دلالة إحصائية في درجات الهشاشة النفسية بين القياسين، مما يدل على استقرار النتائج وتأثير البرنامج طويل الأمد، كما أن قيمة إيتا الصغيرة (0.01) تؤكد على أن الفرق بين القياسين غير ذي تأثير عملي يُذكر.

المناقشة

هدفت الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي جدلي سلوكي لخفض الهشاشة النفسية لدى مراجعي مراكز الإقلاع عن التدخين، وتوصلت النتائج إلى فعالية البرنامج، من خلال وجود فروق دالة إحصائية في التطبيق البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة، ووجود فروق دالة إحصائية بين التطبيق القبلي والبعدي، والتطبيق البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية.

تدل هذه النتيجة على أن مراجعي جمعية كفى المشاركين في البرنامج قد حققوا تحسناً جوهرياً في الجوانب المرتبطة بالهشاشة النفسية (الاعتمادية، وانخفاض تقدير الذات، وضعف المواجهة، والاضطرابات النفسية)، حيث تراجع متوسط الدرجات بشكل واضح من مستوى مرتفع (يميل إلى الهشاشة النفسية الشديدة) إلى مستوى منخفض يعكس اتزاناً نفسياً أفضل. كما أنه يمكن القول: إن البرنامج الإرشادي الحالي قد نجح ليس فقط في خفض الهشاشة النفسية لدى المشاركين، بل حافظ أيضاً على هذا التحسن لفترة متباعدة بعد انتهاء التطبيق، مما يعزز من أهميته كأداة وقائية وعلاجية.

من ناحية أخرى، لم تُظهر المجموعة الضابطة أي تغير ملحوظ، مما يعزز قوة الدليل على أن التغيرات الإيجابية كانت نتيجة مباشرة لتطبيق البرنامج وليس نتيجة عوامل أخرى، وبالتالي يمكن التأكيد على أن

البرنامج الإرشادي الحالي يمثل أداة فعالة وقابلة للتطبيق؛ لمساعدة الأفراد على تقليل الهشاشة النفسية وتحسين جودة حياتهم النفسية.

تتسق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة (Barros et al., 2020) التي أكدت فاعلية البرامج المعرفية السلوكية في خفض مؤشرات الضعف النفسي لدى طلاب المرحلة الثانوية، كما تدعمها نتائج دراسة (Bechard et al., 2017) التي توصلت إلى أن التدريب على مهارات توكيد الذات والتفأول والمثابة يسهم في تحسين التوازن النفسي وتقليل الاعتمادية والانفعالات السلبية، كذلك تتوافق النتائج مع ما أشار إليه (Benincasa et al., 2022) بأن التدخلات الإرشادية القائمة على المهارات الحياتية تعزز من قدرة الفرد على التعامل الإيجابي مع ضغوط الحياة، وتقلل من مشاعر القلق والانسحاب والانفعالية، وهي مؤشرات أساسية للهشاشة النفسية.

كما تتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسات السابقة التي أكدت فاعلية البرامج الإرشادية والتدريبية في تقليل مظاهر الهشاشة النفسية، خصوصاً من خلال استهداف أبعاد مثل الاعتمادية، وانخفاض تقدير الذات، وضعف المواجهة، والاضطرابات النفسية؛ فقد أوضح عدد من الباحثين (Bertelli et al., 2022; Bidstrup et al., 2023) أن التدخلات النفسية المنظمة التي تستخدم التقنيات الإرشادية المتنوعة تعزز من مرونة الفرد النفسية وقدرته على مواجهة الضغوط، مما يؤدي إلى انخفاض واضح في معدلات الهشاشة.

وتتفق هذه النتائج كذلك مع الدراسات السابقة التي أكدت على أهمية البرامج الإرشادية في تحقيق تحسن نفسي مستدام، كما أشار إليها (أحمد، 2020؛ Boudoukha et al., 2016; Charbonnier et al., 2021) الذين أكدوا أن البرامج الإرشادية التي تعتمد على تقنيات التعزيز الإيجابي والحوار الذاتي تظهر نتائج مستقرة لفترات طويلة بعد انتهاء البرنامج.

ويُعزى التحسن الملحوظ في خفض مستوى الهشاشة النفسية إلى طبيعة البرنامج الجدلي السلوكي الذي جمع بين القبول والتغيير، وهو ما يُميز DBT عن البرامج المعرفية التقليدية، حيث سعى إلى تعزيز مهارات المشاركين في مواجهة الذات والانفعالات دون حكم، بالتزامن مع تعديل أنماط التفكير والسلوك غير الفعالة. وإلى استخدام البرنامج على عدد من الفنيات الإرشادية المتنوعة المستمدة من العلاج الجدلي السلوكي، مثل: الحوار الإيجابي مع الذات، وتحمل الضيق، وتنظيم الانفعالات، والنمذجة، ولعب الأدوار، والتكليفات المنزلية. وقد أظهرت النتائج أن هذه الأساليب تُمكن الفرد من تحقيق توازن جدلي بين تقبل الذات والعمل على تغييرها، وهو ما يُعد جوهر العلاج الجدلي السلوكي، مما ساعد المشاركين على خفض حساسيتهم النفسية وتعزيز قدرتهم على المواجهة النفسية والتكيف الإيجابي مع ضغوط الحياة.

تُظهر نتائج الدراسة أن الانخفاض الكبير في درجات الهشاشة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية يعكس فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على العلاج الجدلي السلوكي، ليس فقط في خفض المستوى العام للهشاشة، بل في التأثير النوعي على كل بُعد من أبعادها، حيث انخفضت مستويات الاعتمادية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد البرنامج، ويعود ذلك إلى فنيات، مثل: الحوار الإيجابي مع الذات، الذي شجّع المشاركين على إعادة بناء إحساسهم بالقيمة الذاتية دون الحاجة إلى تأكيد خارجي، وكذلك استخدام مهارات اليقظة الذهنية، والتي درّبت المشاركين على ملاحظة أفكارهم ومشاعرهم دون الخضوع لها أو طلب ضمانات دائمة من الآخرين. هذا التحسن يعكس انتقال المشاركين من الاعتمادية المفرطة إلى الاستقلال العاطفي والقدرة على ضبط الذات داخليًا، وهو تحول مهم خصوصًا لفئة المدخنين الذين اعتادوا البحث عن الإشباع أو التهدئة من الخارج.

أما عن بُعد انخفاض تقدير الذات، فيُعزى التحسن في هذا البعد إلى استخدام التعزيز الإيجابي في الجلسات لتسليط الضوء على التقدم الفردي، وكذلك استخدام النمذجة، حيث عرض البرنامج شخصيات إيجابية واجهت التحديات بنجاح، مما أتاح للمشاركين تكوين تصورات بديلة لأنفسهم.

ويُعزى التحسن في بُعد المواجهة إلى استخدام تدريبات تحمل الضيق، التي هدفت إلى تدريب المشاركين على البقاء في الموقف الصعب دون أن ينهاروا أو يعودوا لسلوكيات تجنبية كالتدخين. كما ساهمت فنية حلّ المشكلات؛ باعتبارها أحد المكونات السلوكية في تعزيز المهارات العملية في التعامل مع الضغوط، ويعدّ هذا التحسن ذا أهمية خاصة لفئة المدخنين؛ لكون الكثير منهم يلجؤون للتدخين كردّ فعل على الضيق أو التوتر، وبالتالي فإن تقوية آليات المواجهة تُمكنهم من إدارة المواقف الضاغطة دون انهيار.

ويمكن تفسير التحسن في بعد الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) باستخدام فنية التنظيم الانفعالي كعنصر أساسي في DBT، حيث تعلّم المشاركون كيفية التعرف على مشاعرهم وتقبّلها دون أن تغمرهم أو تدفعهم نحو سلوكيات هروبية، وكذلك استخدام فنية الوعي بالذات من خلال التمارين الذهنية التي ساعدتهم على قطع دوائر التفكير السلبي والتشاؤمي. وفي ضوء طبيعة العينة؛ فإن المشاركين الراغبين في الإقلاع عن التدخين كثيرًا ما يعانون من أعراض اكتئاب خفي وشعور بالعجز أو الذنب؛ لذا فإن التخفيف من هذه الأعراض يُعد إنجازًا نفسيًا يمهد لتعافٍ حقيقي ومستدام.

كما أن نتائج الدراسة تدعم نظرية التعلم الاجتماعي التي تؤكد أهمية النمذجة والتعزيز الإيجابي في تعديل السلوكيات النفسية السلبية، حيث يظهر تأثير البرنامج جليًا في انخفاض درجات الهشاشة النفسية للمجموعة التجريبية. هذا الانخفاض يعكس تطورًا إيجابيًا في مكونات المقياس المختلفة، خصوصًا تقدير الذات الذي يعدّ من أهم المؤشرات النفسية المرتبطة بالصحة النفسية والاستقرار الذاتي.

كما يمكن تفسير الانخفاض العام في الهشاشة النفسية لدى أفراد العينة بطبيعة الفئة المستهدفة وهم مراجعو مراكز الإقلاع عن التدخين، إذ يُعدّ التدخين سلوكًا إدمانيًا، يرتبط غالبًا بضعف القدرة على التحمل والتعامل مع الضغوط؛ لذا فإن توجيه البرنامج نحو المهارات النفسية الأساسية، مثل: (تنظيم الانفعالات، والقدرة على المواجهة، وتقدير الذات)، وليس فقط نحو وقف التدخين؛ جعل التحسن أكثر جذرية وشمولاً. كما أن وجود دافعية ذاتية لدى العينة (الرغبة في التغيير) ساهم في تعزيز استجابة المشاركين للبرنامج، وزاد من فعاليته.

المحددات

رغم النتائج الإيجابية التي أسفرت عنها الدراسة، إلا أن تعميم هذه النتائج يتحدد بعدد من المحددات، هي:

- اقتصرَت الدراسة على أفراد راغبين في الإقلاع عن التدخين من مراجعي مراكز متخصصة، وهي فئة تتميز بوجود أعراض نفسية ولديها الدافعية للعلاج، وهو ما قد لا يتوفر لدى المدخنين غير الراغبين في الإقلاع أو الذين لا يترددون على مراكز الدعم، مما قد يؤثر على مدى قابلية النتائج للتعميم على فئات أخرى من المدخنين.

- اقتصرَت العينة على فئة عمرية معينة وجنس محدد (الذكور)، مما لا يسمح بالتعميم على الفئات العمرية الأصغر أو الأكبر سنًا، أو على الإناث.

- اقتصرَت الدراسة على التقييم البعدي والتتبعي على مدى زمني محدود، دون تتبع التغيرات لفترات أطول (مثل ستة أشهر أو عام كامل)، مما يجعل من الصعب الجزم بمدى استدامة أثر البرنامج على المدى البعيد في ظل ضغوط الحياة المستمرة.

- طبقت الدراسة في سياق ثقافي واجتماعي محدد، قد لا تنطبق نتائجه على مجتمعات أخرى تختلف في أنماط التنشئة، والدعم الأسري، ومستوى الوصمة المرتبط بالإدمان أو المشكلات النفسية.

التوصيات

- إدماج العلاج الجدلي السلوكي في برامج الإقلاع عن التدخين؛ لما له من فعالية في خفض أبعاد الهشاشة النفسية المختلفة.

- تطوير برامج إرشادية فردية تستند إلى تقييم نفسي دقيق، وتستثمر في إمكانيات التقنيات الحديثة، مثل: التطبيقات الذكية والمنصات الرقمية والذكاء الاصطناعي؛ بهدف تقديم دعم نفسي مخصص، ومتجدد، وتفاعلي يلئم احتياجات كل مستفيد.

- إنشاء برامج متابعة نفسية طويلة المدى بعد انتهاء البرامج الإرشادية الأساسية؛ وذلك لضمان استمرارية الأثر العلاجي، وتقليل احتمالات الانتكاس لدى المستفيدين، خصوصاً في فئة المدخنين الذين يعانون من هشاشة نفسية مرتفعة.
- بناء شبكة دعم بيئية متكاملة من خلال إشراك الأسرة والمجتمع المحلي في العملية الإرشادية؛ لتقليل من العوامل البيئية المسببة للهشاشة النفسية والعودة إلى سلوك التدخين.
- تصميم برامج وقائية موجهة للفئات المعرضة للسلوكيات الإدمانية، تستهدف تعزيز مهارات الصلابة النفسية والتكيف الإيجابي وتقدير الذات، قبل الدخول في دوائر الاعتماد النفسي أو التدخين.
- تشجيع البحث العلمي في مجال الهشاشة النفسية بتوسيع نطاق البحوث في مجال الهشاشة النفسية لدى الفئات المختلفة، واستكشاف فاعلية نماذج علاجية متعددة، مع التركيز على الدراسات الطولية التي تقيّم أثر التدخلات على المدى البعيد.

المراجع

المراجع العربية

- أحمد، معتز محمد. (2020). فاعلية برنامج إرشادي سلوكي جدلي في خفض حدة اجترار الذات لدى عينة من طلاب الجامعة. *مجلة كلية التربية بجامعة عين شمس*، 4(44)، 113-188.
- جماطي، أحمد. (2021). *الهشاشة النفسية: المفهوم والتطبيقات العلاجية*. دار الفكر العربي.
- دنقل، منى علي. (2022). تأثير البرامج الإرشادية على تقليل الهشاشة النفسية لدى المدخنين. *مجلة العلوم النفسية التطبيقية*، 12(3)، 112-130.
- الشهري، يزيد بن محمد. (2023). فاعلية برنامج إرشادي نفسي جمعي قائم على تنمية العلاج السلوكي الجدلي في تعزيز الأمن الفكري لدى طلاب الجامعة. *مجلة العصر للعلوم الإنسانية والاجتماع*، (10)، 154-198.
- العبيدي، ريم أحمد. (2020). مقاييس الهشاشة النفسية: مراجعة نظرية وتحليل تقني. *مجلة البحوث النفسية*، 9(1)، 45-68.
- الهيئة العامة للإحصاء. (2024). *نشرة إحصاءات المحددات الصحية لعام 2024*.

المراجع الأجنبية

- Abdrasulovna, I. N. (2024). Psychological vulnerability of students in general education school as a risk factor for personal psychological health. *London Journal of Research in Humanities & Social Science*, 24(11), Compilation 1.0 <https://journalspress.uk/index.php/LJRHSS/article/view/939>

- Ahmad, Mu'tazz Muhammad. (2020) fā'ilīyat Barnāmaj Arshadī sulūkī jadalī fī khafḍ ḥiddat ajtrār al-dhāt ladā 'ayyinaḥ min ṭullāb al-Jāmi'ah, Majallat Kullīyat al-Tarbiyah bi-Jāmi'at 'Ayn Shams, 4 (44), 113-188.
- Al, L. (2024). *Building and applying a psychological fragility scale to female students of the College of Physical Education and Sports Sciences at the University of Babylon University* (Unpublished manuscript or article – publisher/source not provided)
- Al-Hay'ah al-Āmmah lil-Iḥṣā'. (2024). nashrah Iḥṣā'āt al-Muḥaddidāt al-ṣiḥḥīyah li-'ām 2024.
- Al-Shahrī, Yazīd ibn Muḥammad. (2023). fā'ilīyat Barnāmaj Arshadī nafsī Jam'ī qā'im 'alā Tanmiyat al-'ilāj al-sulūkī al-jadalī fī ta'zīz al-amn al-fikrī ladā ṭullāb al-Jāmi'ah, Majallat al-'aṣr lil-'Ulūm al-Insāniyah wa-al-ijtimā', (10), 154-198.
- Al-'Ubaydī, Rīm Ahmad. (2020). Maqāyīs al-hshāshh al-nafsīyah : murāja'at Naẓariyat wa-taḥlīl tqny. Majallat al-Buḥūth al-nafsīyah, 9 (1), 45-68.
- Araújo, O., Freitas, O., Sousa, G., Ribeiro, I., Carvalho, J., & Martins, S. (2025). Psychometric proprieties analyses of psychological vulnerability scale for secondary school students. *Frontiers in Psychology*, (15), 1462830. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1462830>
- Arslan, G., Türk, N., & Kaya, A. (2024). Psychological vulnerability, emotional problems, and quality-of-life: Validation of the brief suicide cognitions scale for Turkish college students. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05913-w>
- Atiya, M. (2024). *Psychological fragility among a sample of journalists and photographers while covering hot events (mixed methods)*. *Al-Balqa Journal for Research and Studies*. <https://ajrs.ammanu.edu.jo/ojs/index.php/albalqajournal/article/view/482>
- Awaad, F., Alfay, S. E., & Saleh, A. (2023). The relationship between parental efficiency and psychological fragility among university students. *Educational Research and Innovation Journal*, 3(8), 161–191. https://journals.ekb.eg/article_268620.html
- Bachmann, A., Zaunbauer, A., & Tolke, A. (2018). Well-being and quality of life among oral cancer patients – Psychological vulnerability and coping responses upon entering initial treatment. *Journal of the Formosan Medical Association*, 46(9), 1637–1644. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S101051821830310X>
- Barros, J., Morales, S., García, A., Echávarri, O., & Fischman, R. (2020). Recognizing states of psychological vulnerability to suicidal behavior: A Bayesian network of artificial intelligence applied to a clinical sample. *BMC Psychiatry*, (20), Article 535. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02535-x>
- Bechard, M., VanderLaan, D., & Wood, H. (2017). Psychosocial and psychological vulnerability in adolescents with gender dysphoria: A “proof of principle” study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(7). <https://doi.org/10.1080/0092623x.2016.1232325>
- Beigi, D. M. R., Pellegrino, G., Cadar, M., & Bisconti, L. (2022, July). Psychological fragility in an Italian cohort of systemic sclerosis patients during COVID-19 pandemic. *Open Access Rheumatology: Research and Reviews*, (14), 133–139. <https://doi.org/10.2147/oarr.S367424>
- Benincasa, V., Passannante, M., Perrini, F., Carpinelli, L., Moccia, G., Marinaci, T., Capunzo, M., Pironti, C., Genovese, A., Savarese, G., & De, F. (2022). Burnout and psychological vulnerability in first responders: Monitoring depersonalization and phobic anxiety during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2794. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/5/2794>
- Bertelli, M. O., Fletcher, R., Weber, G., Schuengel, C., Scuticchio, D., Bianco, A., Rondini, E., Perera, B., & Courtenay, K. (2022). Psychological distress and physical vulnerability. In

- M. O. Bertelli, S. (S.) Deb, K. Munir, A. Hassiotis, & L. Salvador-Carulla (Eds.), *Textbook of psychiatry for intellectual disability and autism spectrum disorder* (pp. 71–94). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-319-95720-3_3
- Bidstrup, P. E., Johansen, C., Kroman, N., Belmonte, F., Duriand, H., Dalton, S. O., Andersen, K. G., & Mertz, B. (2023). Effect of a nurse navigation intervention on mental symptoms in patients with psychological vulnerability and breast cancer: The REBECCA randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 6(6), e2319591. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.19591>
- Boudoukha, A. H., Przygodzki-Lionet, N., & Hautekeete, M. (2016). Traumatic events and early maladaptive schemas (EMS): Prison guard psychological vulnerability. *European Review of Applied Psychology*, 66(4), 181–187. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1162908811000247>
- Büyükbasmacı, Y. E., Erdoğan, M., & Öz, E. B. (2024). Effect of psychological fragility on motivation in sports. *Turkish Journal of Sport and Exercise*, 26(2), 329–336. <https://doi.org/10.15314/tsed.1401666>
- Charbonnier, E., Le Vigouroux, S., & Goncalves, A. (2021). Psychological vulnerability of French university students during the COVID-19 pandemic: A four-wave longitudinal survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9699. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189699>
- Chellali, L., Safi, M., & Ammara, C. (2024). Psychological Fragility And Its Relationship To The Family Upbringing Methods Among The Adolescent Student -A Field Study At Mohamed Boudiaf Secondary School In Aflou, *Journal of Positive School Psychology*, 8(1), 274–288, http://journalppw.com_
- Chhatwani, M., & Mishra, S. (2021). Does financial literacy reduce financial fragility during COVID-19? The moderation effect of psychological, economic and social factors. *International Journal of Bank Marketing*. <https://doi.org/10.1108/ijbm-11-2020-0536>
- Dunqul, Munā ‘Alī. (2022). Ta’thīr al-barāmij al-irshādīyah ‘alā Taqlīl al-hshāshh al-nafsīyah ladā almdkhny. *Majallat al-‘Ulūm al-nafsīyah al-taṭbīqīyah*, 12 (3), 112–130.
- Evans, I., Sharpley, C., Bitsika, V., & Vessey, K. (2024). Functional network connectivity for components of depression-related psychological fragility. *MDPI*. <https://www.mdpi.com/845/8/14/3425-2076>
- Fluharty, M., Taylor, A. E., Grabski, M., & Munafò, M. R. (2017). The association of cigarette smoking with depression and anxiety: A systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(1), 3–13. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw140>
- Haidt, J., & Lukianoff, G. (2018). *The coddling of the American mind: How good intentions and bad ideas are setting up a generation for failure*. Penguin Press.
- Jmāty, Aḥmad. (2021). al-hshāshh al-nafsīyah : al-mafhūm wa-al-taṭbīqāt al-‘ilājīyah. al-Qāhirah : Dār al-Fikr al-‘Arabī.
- Keramidas, A. (2021). Protecting the self, protecting White supremacy: Exploring the relationship between psychological defense, gender, and white fragility. *ProQuest Dissertations and Theses*. <https://search.proquest.com/openview/c0075505992b8cbfd715d89323b16691/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Leventhal, A. M., Waters, A. J., Kahler, C. W., Ray, L. A., & Sussman, S. (2010). Associations between anhedonia and smoking behavior in adolescents. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(3), 246–254. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq001>

- Qona'ah, A., Rachmawati, S., & Chan, C. (2020). Families' psychological fragility during an emergency. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/341508724_Families'_Psychological_Fragility_during_an_Emergency
- Sinclair, Vaughn & Wallston, Kenneth. (2004). Sinclair, V. G. & Wallston, K. A. The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment* 11, 94-101. *Assessment*. 11. 94-101. 10.1177/1073191103258144.
- Selim, Y., Lena, É. D., Abu-Omar, N., Baig, Z., & Verhoeff, K. (2022). ... Canada: a public health crisis. Attitudes of Canadian general surgery staff and residents toward point-of-care ultrasound. *Canadian Journal of Surgery*, 65(6_Suppl_2), S33.https://www.canjsurg.ca/content/65/6_Suppl_2/S33.abstract
- Tawfiq, L. (2023). The impact of guidance programme with mindfulness style to reduce psychological fragility among students at preparatory stage. *Nasaq*, 38(1), 554–581.
- Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., & Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, (348), g1151. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1151>
- Wareth, I., & Tawfiq, M. (2024). Self-defeat and psychological fragility as predictors of psychosomatic disorders: In light of climate changes among university students in Egypt and the Emirates. In *Global perspectives on climate change*. IGI Global. <https://www.igi-global.com/chapter/self-defeat-and-psychological-fragility-as-predictors-of-omatic-psychosdisorders/336302>
- Weinberger, A. H., Pilver, C. E., Desai, R. A., Mazure, C. M., & McKee, S. A. (2017). The relationship of major depressive disorder and gender to changes in smoking for current and former smokers: Longitudinal evaluation in the U.S. population. *Addiction*, 112(8), 1397–1406. <https://doi.org/10.1111/add.13805>
- Yamaguchi S, Kawata Y, Murofushi Y and Ota T .(2022). The development and validation of an emotional vulnerability scale for university students. *Front. Psychol.* 13:941250. <https://doi:10.3389/fpsyg.2022.941250>.

الاحتياجات التدريبية والإشرافية للأخصائيين في مؤسسات الحماية من العنف الأسري

فاطمة سمير الغامدي

سحر بركات العبدلي

جامعة الملك عبد العزيز

أُسْتُلِمَ بتاريخ 2025/9/9 وقِيلَ للنشر بتاريخ 2025/10/23

المستخلص: هدفت الدراسة الحالية إلى استكشاف الاحتياجات التدريبية والإشرافية لدى الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين العاملين مع حالات العنف الأسري في المملكة العربية السعودية، وذلك لتحديد جوانب القوة والقصور، وتقديم مقترحات عملية لتطوير المهني. تكونت عينة الدراسة من ثمانية مشاركين من الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين العاملين في مجال الحماية الأسرية بمدينة جدة والمدينة المنورة. اعتمدت الدراسة على المنهج النوعي الأساسي. جمعت البيانات باستخدام المقابلات شبه المقتنة (من إعداد الباحثتان)، التي استهدفت الكشف عن الخبرات المهنية، والاحتياجات التدريبية والإشرافية، والتحديات المرتبطة بالتدريب والإشراف داخل بيئة عملهم. وأظهرت النتائج أن احتياجات الأخصائيين التدريبية تمثلت في تنمية المهارات المهنية والشخصية الأساسية للتعامل مع ضحايا العنف، وتوفير برامج متخصصة في أساليب التدخلات العلاجية، والتأهيل قبل مباشرة العمل الميداني، إلى جانب التدريب المستمر لمواكبة المستجدات النظامية والممارسات واستخدام أدوات مهنية مقننة تساهم في توحيد أساليب الممارسة المهنية. أما فيما يتعلق بالإشراف، فقد تبين غياب الإشراف الإكلينيكي المباشر، مما أدى إلى زيادة الضغوط النفسية لدى الأخصائيين وشعورهم بالحاجة إلى دعم مهني ونفسي منتظم. كما أكد المشاركون أهمية توفير إشراف متخصص يجمع بين التوجيه المهني والدعم النفسي، بما يساهم في تعزيز مهارات الضبط الذاتي والرفاهية المهنية. خلصت النتائج إلى التأكيد على أهمية تطوير برامج تدريبية وإشرافية ممتدة تدمج بين الجانب النظري والتطبيقي، واستحداث نظام إشراف إكلينيكي متخصص يعزز الكفاءة المهنية وجودة الخدمات.

الكلمات المفتاحية: الاحتياجات التدريبية، الإشراف الإكلينيكي، الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، مؤسسات الحماية الأسرية.

Training and Supervisory Needs Of Specialists in Family Protection Institutions

Sahar Barakat Al-Abdali

Fatimah Sameer Al-Ghamdi

King Abdulaziz University

Received on 9/9/2025 prior to publication on 23/10/2025

Abstract: This study aimed to explore the training and supervisory needs of psychologists and social workers working with domestic violence cases in Saudi Arabia. The study sought to identify areas of strength and weakness and to provide practical recommendations for professional development. The study sample consisted of eight participants, including psychologists and social workers working in Family Protection Centers in Jeddah and Medina. The study adopted a basic qualitative design, and data were collected through semi-structured interviews developed by the researchers, which explored participants' professional experiences, training and supervisory needs, and the challenges associated with training and supervision within their work environment. The findings revealed that the specialists' training needs were reflected in developing essential professional and personal skills necessary for dealing with victims of violence, providing specialized programs in therapeutic intervention methods and professional preparation prior to fieldwork, as well as ensuring continuous training to keep pace with regulatory developments and contemporary professional practices, and employing standardized professional tools that contribute to unifying professional practice methods. Regarding supervision, the study found a lack of direct clinical supervision, which led

¹ salabdali0034@stu.kau.edu.sa

Fsaalghamdi2@kau.edu.sa

DOI:10.60159/2467-003-006-004

to increased psychological stress among specialists and a greater need for regular professional and emotional support. Participants also highlighted the importance of providing specialized supervision that combines professional guidance with psychological support, thus enhancing self-regulation skills and professional well-being. The results underscored the importance of developing structured training and supervision programs that integrate theoretical and practical components, as well as establishing specialized clinical supervision systems to strengthen professional competence and improve service quality.

Keywords: training needs, clinical supervision, psychologists and social workers, family protection institutions.

مقدمة وخلفية نظرية

إلى أي مدى يمكن للأسرة أن تتحول من بيئة للحماية والدعم إلى بيئة يتعرض فيها الأفراد للإيذاء؟ وكيف ينعكس ذلك على الأفراد وعلى المجتمع؟ إن هذه التساؤلات تضع العنف الأسري في صدارة القضايا التي تستدعي البحث والدراسة، نظرًا لما يترتب عليه من آثار نفسية واجتماعية عميقة على الأفراد بشكل مباشر وتمتد لتؤثر في بنية المجتمع واستقراره.

تكمّن خطورة هذه الظاهرة في وقوعها داخل الأسرة، كونها البيئة الأولى للفرد، مما يجعل التدخل فيها أكثر حساسية وتعقيدًا. وهو ما يتطلب من العاملين في هذا المجال مسؤولية مهنية وإنسانية كبرى، وامتلاك مهارات متخصصة، ومعرفة علمية عميقة، ودعمًا مستمرًا، ولا سيما الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، باعتبارهم خط الدفاع الأول في تقديم الدعم والتدخل المناسب لحماية الأفراد المعرضين للعنف الأسري ومساعدتهم على التعافي (Najmabadi et al., 2023).

إلا أن التساؤل يبقى قائمًا حول مدى استعدادهم للقيام بهذا الدور، ومدى توافر المهارات المهنية التي تمكّنهم من التعامل بكفاءة مع هذه الفئة.

تأتي ظاهرة العنف الأسري ضمن أولويات الرعاية الصحية؛ لما يترتب عليها من انعكاسات بالغة تتنوع بين الإصابات الجسدية، وتدهور الأداء الوظيفي والمهني، والخسائر المالية، وصولًا إلى المشكلات المتعلقة بالصحة النفسية كالقلق والاكتئاب والصدمات النفسية وفقدان الأمن النفسي (Murray et al., 2016).

وأشارت التقديرات الأمامية إلى أن 736 مليون امرأة على مستوى العالم – أي واحدة من كل ثلاث نساء تقريبًا – تعرضن لشكل من أشكال العنف الجسدي أو الجنسي مرة واحدة على الأقل في حياتهن (World Health Organization [WHO], 2021) كما أفاد تقرير حديث لمنظمة الصحة العالمية أن أكثر من مليار قاصر، تتراوح أعمارهم بين عامين و17 عامًا، يتعرضون سنويًا للعنف الجسدي والجنسي (WHO, 2024).

وعلى الصعيد المحلي، أظهر تقرير السجل الوطني لحالات العنف والإيذاء في المملكة العربية السعودية لعام 2021م أن حجم الظاهرة لا يقل خطورة عما هو مرصود عالميًا؛ إذ تم توثيق 3025 حالة عنف ضد الأطفال و2636 حالة عنف ضد البالغين في مختلف مناطق المملكة. وقد بيّنت النتائج أن العنف الجسدي

يُعد الأكثر شيوعاً، يليه الإهمال، ثم العنف النفسي، في حين شكّل العنف الجنسي النسبة الأقل من بينها (المجلس الصحي السعودي، 2021).

كما كشف تقرير حديث لمركز الحماية بجمعية المودة للتنمية الأسرية في عام 2023 عن تسجيل نحو 15225 بلاغاً، بزيادة بلغت 60% عن العام السابق (المدينة، 2024). وتعكس هذه الأرقام حجم المسؤولية الملقاة على عاتق الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، الأمر الذي يفرض ضرورة تطوير قدراتهم وتفعيل البرامج الوقائية والتدريبية والإشرافية لرفع مستوى جاهزيتهم في مواجهة هذه الحالات.

وقد سعت المملكة إلى مواجهة هذه التحديات بجهود تشريعية ومؤسسية، شملت إصدار نظام الحماية من الإيذاء عام 2013م ونظام حماية الطفل عام 2015م، بما يتماشى مع مبادئ الشريعة الإسلامية ورؤية المملكة 2030 التي تهدف إلى بناء مجتمع آمن ومستقر (العنزي، 2025؛ هيئة الخبراء، 2025).

وانسجاماً مع أهداف رؤية المملكة 2030 وبرنامج التحول الوطني 2020، الذي يسعى إلى تمكين الأسرة وتعزيز استقرارها من خلال مبادرات تنموية مستدامة، تعمل وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية، بالتعاون مع جمعيات الحماية الأسرية، على تنفيذ مشاريع وبرامج تهدف إلى توفير بيئة آمنة وداعمة للأسر والأطفال (رؤية المملكة، 2016).

ورغم هذه الجهود التشريعية والتنموية، ما زالت بيئات الحماية تواجه تحديات مهنية ونفسية معقدة، تؤثر على الأخصائيين العاملين فيها، وهو ما أبرزته الأدبيات الحديثة، فقد بيّنت مراجعة منهجية لـ Bromley et al. (2024) أن الأخصائيين يتعرضون لضغوط مزمنة وصدمات ثانوية نتيجة التعامل المستمر مع قصص الضحايا، مما يؤدي إلى ارتفاع مستويات الاحتراق النفسي. وفي السياق ذاته، أوضحت دراسة أجراها Ferreira et al. (2023) أن الأخصائيين يعانون من إحباط وتعب نفسي نتيجة طبيعة الحالات المؤلمة، وهو ما يؤكد أهمية توفير دعم نفسي ومهني منتظم وحمايتهم من الاحتراق النفسي والإجهاد العاطفي.

واستناداً إلى ما سبق، يتجلى دور التدريب المهني كأحد أهم العناصر في رفع كفاءة الأخصائيين العاملين في بيئات العمل عالية الضغط. فقد أوضحت دراسة (Pelkowitz et al., 2023) أن الأخصائيين بحاجة إلى تعليم مستمر وتطوير مهني، لا سيما في مجال التخطيط للسلامة وتنمية مهارات التدخل. كما بينت دراسة (Fjeldheim et al., 2025) أن التدريب القائم على التكامل بين النظرية والتطبيق العملي يسهم في سد الفجوات المعرفية والمهارية لدى الأخصائيين.

وفي هذا السياق، يبرز التدريب المتخصص في مجال العنف الأسري بوصفه محوراً رئيساً للتأهيل، نظراً لخصوصية هذا النوع من العمل وحساسيته العالية. فقد أوضحت دراسة (Murray et al., 2016) أن

الأخصائيين الذين تلقوا تدريباً متخصصاً (وإن كان محدوداً) قدّموا تقييمات أكثر شمولية للحالات. كما بينت دراسة (Fisher et al., 2024) فاعلية البرامج التدريبية القائمة على الأدلة العلمية، إذ أسهمت في تطوير مهارات المشاركين في التقييم النفسي والاجتماعي والتدخل العلاجي، مما انعكس إيجاباً على جودة الخدمات وتقليل الأخطاء المهنية.

فقد بيّن تقرير حديث صادر عن التحالف الوطني للصحة النفسية (National Alliance on Mental Illness [NAMI], 2024) أن بناء كفاءة الأخصائيين في الاستجابة للأزمات لا يقتصر على المعارف النظرية، بل يتطلب تدريباً شاملاً يجمع بين التعليم الأكاديمي والتجربة الميدانية، ويعزز مهارات عملية مثل التقييم الدقيق، وإدارة المخاطر، وحل النزاعات، والتهدئة في المواقف الحرجة، إضافة إلى ترسيخ قيم إنسانية أساسية كال تعاطف، والاحترام وعدم التحيز. وهو ما يؤكد أن هذه المكونات التدريبية المتكاملة تمثل أساساً لضمان استجابات آمنة وفعالة في سياق الأزمات النفسية والاجتماعية، ويبرز أهمية توجيه برامج التدريب نحو تعزيز المهارات بكفاءة.

وعلى الرغم من أهمية التدريب، فإنه يظل غير كافٍ ما لم يقترن بإشراف إكلينيكي فعال يوفر بيئة آمنة للتوجيه والتطوير المهني. وقد عرّفته الجمعية الأمريكية لعلم النفس بأنه ممارسة مهنية متخصصة تقوم على علاقة تعاونية تتضمن عناصر داعمة وتقييمية ممتدة عبر الزمن، تهدف إلى تنمية كفاءة المتدرب وتعزيز ممارساته المستندة إلى المعرفة العلمية، ومتابعة جودة الخدمات المقدمة، وضمان حماية المستفيدين، والاضطلاع بدور الضبط المهني المنظم لعملية الالتحاق بالمهنة (American Psychological Association [APA], 2014).

وأوضحت مراجعة حديثة أعدها (Rothwell et al., 2021) الدور الفعال للإشراف الإكلينيكي في تقليل التوتر النفسي وزيادة الرضا الوظيفي وتعزيز الكفاءة المهنية، مؤكدة أن فعاليته ترتبط بوجود بيئة داعمة وعلاقات قائمة على الثقة ووضوح الأهداف وانتظام الجلسات وتأهيل مستمر للمشرفين.

علاوة على ذلك، يبرز الإشراف الإكلينيكي كبيئة مهنية محمية تُعزز التفكير النقدي والنمو الذاتي؛ إذ بيّنت دراستا (Edgar, 2024; Millington, 2024) إلى أن الإشراف المنظم والدوري لا يدعم الكفاءة المهنية فقط، بل يساهم أيضاً في رفاهية الأخصائيين وتعزيز استقلاليتهم.

ومن جهة أخرى، بيّنت الأدبيات أن التدريب والإشراف يُعدّان مدخلاً متكاملًا لتطوير كفاءة الأخصائيين العاملين مع حالات العنف الأسري، فقد أوضحت دراسة (Beddoe et al., 2022) أن الدمج بين التدريب والإشراف الإكلينيكي يعزز قدرة الأخصائيين على مواجهة الضغوط الانفعالية وتطوير مهاراتهم

المهنية في آنٍ واحد، في حين أن الاختصار على التدريب دون إشراف منتظم يؤدي إلى ضعف الاحتواء النفسي والمهني.

وفي الاتجاه ذاته، أكدت دراسة (Rothwell et al., 2021) أن التدريب والإشراف يمثلان وجهين متكاملين لعملية التطوير المهني، إذ يوفر التدريب التأسيس المعرفي والمهاري، بينما يتيح الإشراف فرصاً للتأمل والتغذية الراجعة والتطبيق العملي المستمر، مما يسهم في استمرارية التعلم وتحقيق جودة أعلى في الممارسة.

كما تؤكد الأدبيات الحديثة أهمية تبني نماذج تدريبية وإشرافية معاصرة تعزز فاعلية إعداد الأخصائيين والممارسة المهنية. وفي هذا السياق، برز نموذج التدريب القائم على الكفاءة (Competency-Based Training) باعتباره أحد الاتجاهات الحديثة في إعداد الأخصائيين، إذ يركز على تنمية معارف ومهارات وقيم مهنية محددة وقابلة للتقييم من خلال الدمج بين الجانب النظري والتطبيق العملي، واعتماد آليات قياس معيارية تضمن تحقق مخرجات التدريب بصورة موضوعية (Kaslow et al., 2009 ; APA, 2014).

وفي هذا الإطار، تبنت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) نموذج الإشراف القائم على الكفاءة (Competency-Based Supervision Model)، الذي يركز على بناء كفاءات مهنية قابلة للقياس تشمل الالتزام بالمعايير الأخلاقية والقدرة على التقييم والتدخل ومراعاة التنوع الثقافي (Falender & Shafranske, 2004; APA, 2014).

ومن خلال العرض السابق للأدبيات والنماذج النظرية، ترى الباحثتان أن الجمع بين هذين النموذجين يوفر إطاراً مرجعياً متكاملًا لفهم احتياجات الأخصائيين العاملين في مجال الحماية الأسرية، يسهم في صياغة برامج تدريبية وإشرافية أكثر فاعلية وملاءمة لخصوصية السياق المحلي.

وبناءً على ما سبق، تبرز الحاجة إلى التدريب المتخصص والإشراف الإكلينيكي كمركزيين أساسيين لضمان جودة الخدمات وحماية الممارسين. إلا أنه (في حدود اطلاع الباحثتين) لا تزال الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت الاحتياجات التدريبية والإشرافية معاً محدودة، وهو ما يستدعي إجراء دراسات معمقة تكشف هذه الاحتياجات في السياق المحلي. وانطلاقاً من ذلك، هدفت هذه الدراسة إلى فهم وتحديد الاحتياجات التدريبية والإشرافية للأخصائيين العاملين مع حالات العنف الأسري، ورصد التحديات المهنية والنفسية التي يواجهونها، والتعرف على مقترحاتهم التطويرية، بما يسهم في تزويد صانعي القرار برؤية أوضح لتطوير برامج الدعم المهني وتعزيز جودة الممارسة داخل مؤسسات الحماية الأسرية.

الأسئلة

1. ما الاحتياجات التدريبية والإشرافية لدى الأخصائيين العاملين مع حالات العنف الأسري من وجهة نظرهم؟
2. ما أبرز التحديات التي يواجهها الأخصائيون العاملون مع حالات العنف الأسري في مجال التدريب والإشراف داخل بيئة عملهم؟
3. ما المقترحات التي يقدمها الأخصائيون العاملون مع حالات العنف الأسري لتحسين جودة التدريب والإشراف في مؤسسات الحماية الأسرية؟

المنهج والإجراءات

المنهج

استخدمت الدراسة الحالية المنهج النوعي، باعتباره منهجًا وصفيًا تفسيريًا يهدف إلى فهم الظواهر الاجتماعية من خلال تحليل تجارب الأفراد واستكشاف المعاني التي يضيفونها على خبراتهم. ويتميز هذا المنهج بالتركيز على دراسة الظواهر في سياقاتها الطبيعية، والسعي إلى بناء فهم معمق وشامل عبر التفاعل المباشر مع المشاركين في بيئاتهم الواقعية (Creswell, 2018).

وفي هذا الإطار، تبنت الدراسة الحالية التصميم النوعي الأساسي (Basic Interpretive Research)، الذي يُعنى بالكشف عن تجارب المشاركين وتفسيراتهم لواقعهم، لتقديم صورة ثرية ومعمقة للظواهر المدروسة من خلال منظور الأفراد أنفسهم. ويُعد هذا التصميم من أكثر التصاميم شيوعًا في الأبحاث التربوية والاجتماعية (Patton, 2014).

المجتمع

يتمثل مجتمع الدراسة في جميع الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين العاملين مع حالات العنف الأسري في مؤسسات الحماية الأسرية التابعة لوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية بالمملكة العربية السعودية.

العينة

تكونت عينة الدراسة من (8) أخصائيين يعملون مع حالات العنف الأسري في كل من جمعية حماية الأسرة الأهلية بمدينة جدة ومركز الحماية الأسرية بمدينة المدينة المنورة. وقد تم جمع البيانات خلال العام 2025م. اشتملت العينة على (4) أخصائيين نفسيين و(4) أخصائيين اجتماعيين، بواقع (6) إناث و(2) ذكور.

ومن بين المشاركين (4) يشغلون حاليًا مناصب إشرافية بعد أن تمت ترقيتهم حديثًا من دور الأخصائي، الأمر الذي مكّنهم من الجمع بين خبرتهم السابقة كأخصائيين وخبرتهم الحالية كمشرفين. تراوحت أعمار المشاركين بين (32- 49 عامًا)، بمتوسط عمري قدره (40.25) سنة، وانحراف معياري ($7.07 \pm$). وقد تم اختيار عينة الدراسة باستخدام أسلوب العينة القصدية (Purposive Sampling) نظرًا لملاءمته لطبيعة البحث النوعي الذي يهدف إلى استكشاف تجارب وخبرات محددة.

ورغم أن حجم العينة يبدو محدودًا، إلا أن الاكتفاء بهذا العدد جاء بعد ملاحظة الوصول إلى الإشباع النظري (Theoretical Saturation) أي عند تكرار الأفكار الرئيسة وعدم ظهور معطيات جديدة تثري التحليل. أما من الناحية الجغرافية، فقد اقتصرَت العينة على مدينتي جدة والمدينة المنورة، حيث تضم هاتان المدينتان مؤسسات حماية نشطة تستقبل أعدادًا كبيرة من الحالات، وتمثلان نطاقًا مهمًا في المنطقة الغربية. كما أن اختيار هذين الموقعين ارتبط بعوامل عملية، منها سهولة الوصول إلى المشاركين، واستجابتهم للمشاركة عبر المقابلات الحضورية والافتراضية، إضافة إلى محدودية الوقت والإمكانات الميدانية.

الأدوات

المقابلة الشخصية شبه المقتنة، اعداد: الباحثتان

تم استخدام المقابلات الفردية شبه المقتنة كأداة رئيسية لجمع البيانات، لما توفره من إمكانية فهم معمق لتجارب المشاركين، ومرونة في استكشاف وجهات نظرهم مقارنة بغيرها من الأدوات (Peräkylä & Ruusuuvuori, 2011) واعتمدت الدراسة على دليل أسئلة مُعد مسبقًا لتوجيه الحوار دون التقيد الحرفي به، مع السماح بطرح أسئلة إضافية تبعًا لمجريات الحديث، الأمر الذي أتاح الوصول إلى بيانات أكثر تفصيلًا وثرًا (Adams, 2015; Brinkmann & Kvale, 2018). كما قامت الباحثتان ببناء أداة المقابلة بما يتوافق مع أهداف الدراسة النوعية، وذلك من خلال اتباع الخطوات التالية:

- مراجعة الأدبيات والدراسات السابقة ذات الصلة بالاحتياجات التدريبية والإشرافية للأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، خاصة في بيئات العمل مع الفئات المستهدفة.
- الاطلاع على المصادر العلمية التي تناولت آليات تصميم أدوات المقابلة في البحث النوعي.
- بناء دليل المقابلة بصورته الأولية ومراجعته من قبل الباحثتين وباحثة متخصصة في المنهج النوعي، وفي هذه المرحلة جرى وضع الهيكل الأساسي لأداة المقابلة من خلال تحديد المحاور الرئيسة المرتبطة بخبرات الأخصائيين في التعامل مع حالات العنف، واحتياجاتهم التدريبية والإشرافية، والتحديات التي يواجهونها إضافة إلى مقترحاتهم لتطوير التدريب والإشراف. ثم صيغت الأسئلة الأساسية والفرعية استنادًا إلى هذه المحاور، وتمت مراجعتها وتنقيحها بما يخدم أهداف الدراسة.

■ إعداد الصورة النهائية لدليل المقابلة واعتماده بعد التأكد من شموليته ووضوحه وارتباطه بمحاور البحث الأساسية.

ومن أمثلة الأسئلة التي تضمنها الدليل:

- حدثني عن أبرز الدورات أو البرامج التدريبية التي ترى أنك تحتاج إليها في عملك اليومي، وكيف يمكن أن تسهم في تطوير أدائك المهني؟
- صف لي طبيعة الإشراف المهني الذي تحصل عليه حاليًا، وكيف ينعكس على عملك اليومي مع الحالات؟
- ما أبرز الصعوبات أو التحديات التي واجهتك فيما يتعلق بالتدريب والإشراف في بيئة عملك؟
- من وجهة نظرك، ما المقترحات العملية التي يمكن أن تُسهم في تحسين برامج التدريب والإشراف المقدمة في مراكز الحماية الأسرية؟

إجراءات المقابلة

بعد اعتماد دليل المقابلة بصورته النهائية والانتهاء من إعداد خطابات الموافقة الرسمية، تم التواصل مع العينة المستهدفة، وإتاحة حرية اختيار مكان وطريقة إجراء المقابلة بما يتناسب مع ظروفهم وتفضيلاتهم؛ حيث أُجريت (5) مقابلات حضورية داخل مقر العمل، و(3) مقابلات أخرى عن بُعد من خلال مكالمات صوتية عبر منصة اتصال مرئي آمنة، نظرًا لوجود بعض المشاركين في مدينة مختلفة. مما أتاح تنوعًا في أنماط المقابلات وأسهم في إثراء البيانات، وهو ما ساعد على تعزيز التفاعل المباشر وملاحظة الإشارات غير اللفظية في المقابلات الحضورية، مقابل مرونة زمنية وسهولة وصول أكبر في المقابلات الافتراضية.

تم إبلاغ جميع المشاركين بالغرض الأساسي من الدراسة، وطبيعة المقابلة، وحقوقهم الكاملة خلال المشاركة، بما في ذلك حقهم في الامتناع عن الإجابة على أي سؤال، وحقهم في الانسحاب في أي وقت دون أي تبعات. كما تم الحصول على موافقة خطية وشفهية من جميع المشاركين على إجراء المقابلات وتسجيلها صوتيًا. تراوحت مدة المقابلات بين 40 دقيقة وساعة وربع، بمتوسط 50 دقيقة، لضمان الحصول على معلومات كافية وشاملة تدعم أهداف الدراسة. وقد أُجريت جميع المقابلات من قبل باحث واحد، لضمان الاتساق في أسلوب إدارة الحوار وتفاذي أي اختلاف محتمل في طرح الأسئلة.

سُجلت جميع المقابلات صوتيًا، وبعد كل مقابلة قامت الباحثة بتدوين الملاحظات المرتبطة بها، ثم تفرغ التسجيلات الصوتية إلى نصوص مكتوبة، مع مراجعتها أكثر من مرة لضمان الدقة وعدم إغفال أي بيانات مهمة، وقد ساعد ذلك في تهيئة البيانات للتحليل النوعي بطريقة منظمة ودقيقة.

تحليل البيانات

تم اتباع استراتيجيتين لتحليل البيانات، كما يلي:

- استراتيجية تحليل سطر بسطر (Line by line coding): جرى تحليل كل مقابلة وترميزها بالكامل قبل الانتقال إلى المقابلة التالية. وقد تمت هذه العملية بشكل متوازٍ مع إجراء المقابلات بهدف ترميز البيانات. وبعد الانتهاء من جمع البيانات، أُعيدت هذه العملية مرة أخرى لضمان دقة الترميز والتحقق من ارتباطه بكافة البيانات التي تم جمعها.
- استراتيجية مقارنة الحالة بالحالة (Case by case comparison): بعد الانتهاء من الترميز الأولي، تم تحليل جميع المقابلات بشكل مقارن، من خلال مقارنة البيانات التي طرحها المشاركون وفقًا لكل عنصر أو سؤال محدد. بدأت هذه العملية بعد تطبيق الاستراتيجية الأولى، واستمرت حتى مرحلة كتابة النتائج.
- بالإضافة إلى ذلك استخدمت الدراسة طريقة التحليل الموضوعي (Thematic Analysis) التي وضعها براون وكلاارك (Braun & Clarke, 2006)، والتي تُعد من أكثر الطرق شيوعًا وموثوقية في تحليل البيانات النوعية. وقد طبقت هذه الطريقة عبر ست مراحل مترابطة على النحو الآتي:
- التعرف على البيانات (Familiarizing with the data): من خلال تفرغ المقابلات وإعادة قراءتها عدة مرات للتألف معها بشكل كامل. كما تم في هذه المرحلة تطبيق الاستراتيجيتين السابقتين لتعزيز الانغماس الكامل في محتوى البيانات، مع تدوين الملاحظات التحليلية أثناء القراءة.
- إنشاء الرموز الأولية (Generating initial codes): جرى تطبيق استراتيجية التحليل سطرًا بسطر لاستخلاص المعاني الأساسية التي تُسهم في الإجابة عن أسئلة الدراسة، ومن ثم ترميزها. وخلال هذه المرحلة، تولدت العديد من الرموز الرئيسة والفرعية، كما استُخدم برنامج مساعد لتحليل البيانات النوعية لتسهيل عملية التنظيم والتحليل.
- البحث عن السمات والأنماط (Searching for themes): تم في هذه المرحلة تحديد الموضوعات الرئيسة وربطها بالموضوعات الفرعية التي تم استخراجها في الخطوة السابقة، بما يسمح ببناء شبكة مفهومية تعكس العلاقات بين الرموز.
- مراجعة المواضيع (Reviewing themes): تمت مراجعة الموضوعات للتحقق من اتساقها، وذلك باتباع استراتيجية التحليل سطرًا بسطر (Line by line coding) للتأكد من انتماء كل ترميز إلى الموضوع الرئيسي الذي ربط به، ثم التحقق من التجانس الداخلي.

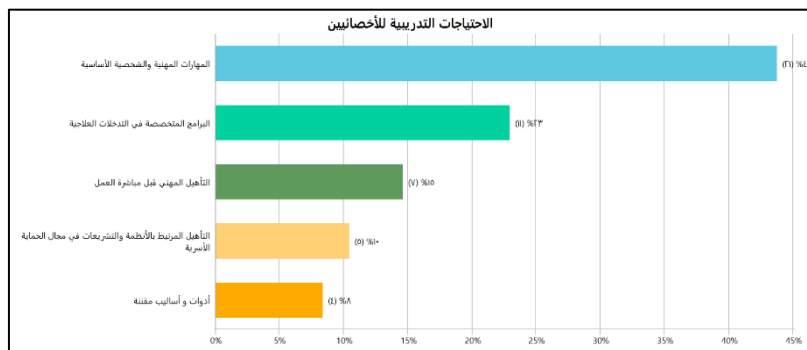
- تحديد المواضيع وتسميتها (Defining and naming themes): في هذه المرحلة، جرى تحديد السمات المميزة لكل موضوع رئيس وفرعي، وصياغة تسميات دقيقة تعكس جوهرها، مع ضمان وجود تمايز واضح بين جميع الموضوعات.
- إعداد التقرير النهائي المتضمن لنتائج البحث (Producing the report): تُعد هذه المرحلة النهائية في عملية التحليل، حيث تمت كتابة النتائج النهائية التي توصلت إليها الباحثتان بشكل متسق، معمق، ودقيق، ثم تفسيرها في ضوء الأدبيات البحثية السابقة، مع ربط النتائج بالسياق النظري والدراسات ذات الصلة.

النتائج

نتيجة السؤال الأول: ما الاحتياجات التدريبية والإشرافية لدى لأخصائيين العاملين مع حالات العنف الأسري من وجهة نظرهم؟

تم تحليل محتوى إجابات المشاركين على السؤال الأول بصورة منهجية، وذلك من خلال تصنيف الاستجابات وفقاً للموضوعات الرئيسة والفرعية المستخلصة من المقابلات. واعتمد التحليل على البيانات النوعية التي تم جمعها، مع ترميز المشاركين بحرف (م) متبوعاً برقم (مثل: م.3) عند الاستشهاد بالاقتباسات. أولاً: الاحتياجات التدريبية

أظهرت نتائج المقابلات أن الأخصائيين العاملين في مجال الحماية الأسرية يواجهون فجوة بين متطلبات العمل وما يتوفر لهم من تدريب مهني. وقد برزت هذه الفجوة من خلال وصفهم لعدد من الاحتياجات التدريبية المتنوعة، التي يمكن إجمالها في خمسة محاور رئيسة، كما هو موضح في الشكل رقم 1 وسيُعرض فيما يلي تقديم تفصيلي لأهم النتائج التي برزت في كل محور، مدعوماً باقتباسات مباشرة من المشاركين.



شكل رقم 1: يوضح توزيع الاحتياجات التدريبية للأخصائيين العاملين في مجال الحماية

• المهارات المهنية والشخصية الأساسية

يُعدّ امتلاك الأخصائيين لمجموعةٍ من المهارات المهنية والشخصية أحد المتطلبات الأساسية، باعتبارها نقطة الانطلاق لأي ممارسة ميدانية فعّالة في مختلف المجالات، ولا سيّما مجال الحماية الأسرية. وتأتي في مقدّمة المهارات المهنية: مهارة الإنصات، وبناء الثقة، وإدارة الحوار، وطرح الأسئلة الاستيضاحية، والتعامل مع الأطفال؛ وهي مهارات تُعدّ مدخلاً رئيسياً لفهم الحالة وتحديد خطط التدخل المناسبة. أمّا على صعيد المهارات الشخصية، فقد برزت الحاجة إلى مهارات ضبط الانفعالي، وإدارة المشاعر، وإدارة الضغوط، باعتبارها أدوات جوهرية تساعد الأخصائي على الحفاظ على توازنه النفسي، والتعامل بكفاءة مع التحديات المرتبطة بطبيعة العمل في قضايا العنف الأسري.

كما عبّر المشارك (م.2) قائلاً: "من أهم المهارات الأساسية مهارة الإنصات، وعدم المقاطعة، وتجنّب إطلاق الأحكام المسبقة، وبناء الثقة مع العميل". وفي السياق ذاته، أكّد على ذلك مشارك آخر (م.6) بقوله: "الحاجة إلى تدريب العاملين على بناء الثقة مع الحالة، ومهارة الإصغاء، وطرح الأسئلة السقراطية للاستيضاح، وضرورة تدريب الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين على أساليب مقابلة المتعرضين للإيذاء، وفهم دوافع السلوك المؤذي، سواء كان مقصوداً للإضرار أو استجابةً لمشاعر سلبية بطريقة خاطئة". كما ذكر المشارك (م.7): ضرورة تمكين الأخصائيين من إدارة الحالة منذ المقابلة الأولى، عبر معرفة المتطلبات الأساسية، واستخلاص المعلومات المهمة، ووضع خطة مناسبة للتدخل".

وأشار المشارك (م.6) إلى غياب مهارة إدارة الضغوط لدى بعض الأخصائيين، موضحاً أن عدم امتلاك هذه المهارة قد يؤدي إلى انتقال الضغوط المهنية إلى حياتهم الأسرية، قائلاً: بعض الأخصائيين لا يكملون شهراً أو شهرين حتى يصّرّحوا بعدم قدرتهم على الاستمرار، لأنهم يواجهون يومياً حالات عنف، وأحياناً تنتقل آثار هذه الحالات معهم إلى المنزل فتنعكس على حياتهم الأسرية".

كما أوضحت المشاركة (م.8) أن أصعب ما واجهته في بداية عملها هو التأثير النفسي الناتج عن مشاهدة ضحايا العنف الأسري، حيث ذكرت: "أنفاجاً بأسر لديها أطفال صغار تظهر عليهم آثار عنف شديدة، أو تأتي أم باكية بسبب اعتداء أحد الأبناء على والدته... مواقف كثيرة من هذا النوع. وأكثر ما تعلمته هو الإصغاء وضبط انفعالاتي، وقد استغرق مني الأمر وقتاً حتى تمكنت من التحكم في نفسي في مثل هذه المواقف".

ومن بين هذه المهارات أيضاً ما يتعلّق بالتعامل مع فئة الأطفال، حيث عبّر المشارك (م.6) قائلاً: "من أكثر الجوانب التي يحتاج الأخصائيون إلى تدريب فيها هي كيفية مقابلة الأطفال والتعامل معهم". وفي السياق

ذاته، ذكر المشارك (م.7): " هناك بعض الحالات التي أجد نفسي بحاجة فيها إلى تدريب إضافي، خصوصاً مع فئة الأطفال. فالتعامل مع الطفل في عمر ما بين سبع سنوات وثلاث عشرة سنة يتطلب برامج تدريبية خاصة تؤهل الأخصائي للتعامل مع هذه الفئة العمرية".

• البرامج المتخصصة في التدخلات العلاجية

ظهر من إفادات المشاركين احتياج واضح إلى برامج تدريبية متخصصة في أساليب التدخلات العلاجية الحديثة، بما في ذلك البرامج المعتمدة مثل العلاج المعرفي السلوكي وتعديل السلوك. كما أوضح المشارك (م.1) أهمية التدريب المستمر على هذه الأساليب، قائلاً: "من المهم جداً أن يحصل الأخصائي بشكل دوري على البرامج العلاجية التي تُطوّر من أدائه". وفي السياق ذاته، أكّد المشارك (م.6) على ضرورة توفير برامج نوعية طويلة الأمد، قائلاً: "من المهم أن تُقدّم للعاملين في مجال الحماية برامج نوعية كالعلاج المعرفي السلوكي وغيره، بحيث لا تقل مدتها عن سنة، ولها أثر واضح على الموظف".

كما أبرزت إفادات المشاركين الحاجة إلى تدريب نوعي متخصص في التعامل مع بعض الحالات الحساسة مثل التحرش الجنسي وذوي الاحتياجات الخاصة. فقد أوضح المشارك (م.6) قائلاً: "أنا أتوقع أن تأهيل العاملين في مجال الحماية الأسرية للتعامل مع بعض الحالات مثل حالات الاعتداء الجنسي، أو أيضاً ذوي الاحتياجات الخاصة المتعرضين للإيذاء... أمر ضروري جداً". وعبر المشارك (م.5) عن أن التعامل مع ضحايا الاعتداء الجنسي يفترض أن يتسم بدرجة عالية من الحساسية مقارنةً بضحايا أشكال العنف الأخرى، موضحاً أن الضحية تُنهك نفسياً نتيجة اضطرابها لتكرار سرد تفاصيل الحادثة أمام جهات متعددة كالأخصائي، والشرطة، والنيابة، والطبيب الشرعي، والمحكمة، قائلاً: "الضحية تُنهك نفسياً ولا تستطيع أن تكرر الحديث عن حادثة شديدة الحساسية أكثر من مرة، إذ إن تكرار استرجاعها قد يدفعها إلى محاولة الانتحار نتيجة استحضار تفاصيل الحدث في كل مرة".

• التأهيل المهني قبل مباشرة العمل

إنّ التأهيل والإعداد المهني للأخصائيين قبل مباشرة العمل الميداني في مجال الحماية يُعدّ ضرورة أساسية نظراً لحساسية الحالات التي يتعاملون معها وتعقيد طبيعتها. فقد أكد المشارك (م.3) على أن يكون "الكادر مؤهلاً قبل البدء في مهام عمله، وأن يخضع لدورات تدريبية مكثفة وضرورة قياس مهاراته الشخصية في المقابلات"، لتفادي وقوع أخطاء مهنية قد تضر بالضحايا. وفي السياق ذاته، أشار المشارك (م.6) إلى أهمية هذا النوع من التدريب قائلاً: "الشخص لا بد أن يلحق في برامج تدريبية قبل أن يتسلّم البلاغ أو قبل إجراء المقابلة مع الحالات"، موضحاً أن هذه البرامج نادرة في الواقع الحالي.

• التأهيل المرتبط بالأنظمة والتشريعات في مجال الحماية الأسرية

برزت الحاجة أيضًا إلى تدريب يُركّز على متابعة التحديثات التشريعية والتنظيمية في مجال الحماية الأسرية، حيث ذكر المشارك (م.2): "أهمية تضمين التدريب لآخر المستجدات النظامية في اللوائح والأنظمة، مثل التعديلات في لائحة إيذاء الطفل، ولائحة حماية المرأة والرجل، ولائحة الاحتياجات الخاصة وكبار السن، باعتبارها مرجعيات أساسية في العمل الميداني." وأضاف موضحًا: "إن بعض الأخصائيين لا يدركون ما هي التحديثات التي طرأت، وما هو الإجراء المناسب للتدخل"، مما يعيق التطبيق السليم للوائح.

وفي السياق ذاته، أشار المشارك (م.6) إلى أن المؤهل الأكاديمي وحده لا يكفي لإعداد الأخصائيين للتعامل مع حالات العنف الأسري، مؤكدًا أن هذه الحالات تتطلب إلمامًا بالنظام والإجراءات القانونية ذات الصلة، قائلًا: "من المهم أن يكون لدى الأخصائي معرفة بالنظام: متى يُحال البلاغ إلى الجهات الأمنية؟ ومتى تُحال الحالة إلى الإيواء؟ ومتى تُحال إلى الصحة النفسية أو النيابة العامة؟ ... هذه جميعها تحتاج إلى تدريب وتأهيل على كيفية التعامل مع البلاغات وتصنيفها، لأنها ليست مرتبطة بالخلفية الأكاديمية أو الدرجة العلمية للأخصائي".

• أدوات وأساليب مقننة

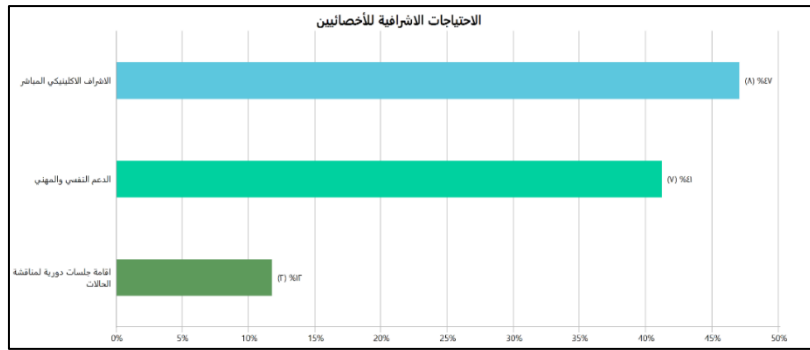
كشفت النتائج أيضًا عن ضرورة توفير بعض الأدوات والنماذج المهنية المقننة التي تضمن توحيد الإجراءات وتحقيق الدقة في التعامل مع الحالات. كما أوضح المشارك (م.6) عدّة أمور، من بينها أهمية توفير نماذج موحدة للتعامل مع حالات العنف الأسري، بحيث تراعي الفروقات الفردية بين المستفيدين، وتجنّب تطبيق الأسلوب نفسه مع الحالات المختلفة، قائلًا: "قد أقابل ضحية عنف أسري، ثم يأتيني بعده مستفيد يعاني من الاكتئاب، فلا يصح أن أتعامل معهما بالطريقة نفسها". وأضاف أن هذا النقص يؤدي إلى اختلافات واضحة في طرق التقييم والتدخل بين الأخصائيين، ويجعلها قائمة على الاجتهادات الفردية أكثر من اعتمادها على أسس علمية.

وإلى جانب ذلك، شدّد المشارك على أهمية تقنين إجراءات المقابلات بما يضمن توحيد الممارسة، قائلًا: "يجب تقنين مقابلات الأطفال بحيث لا يخرج الأخصائي عن السياق المحدّد، فلا مجال للاجتهادات أو الآراء الشخصية". كما أشار إلى ضرورة ضبط وقت المقابلات بما يتيح جمع معلومات شاملة حول المستفيد، موضحًا: "عندما تُجرى مقابلة في عشر دقائق فقط، ويكتفى بأخذ إفادة سطحية، فهذا لا يُعدّ ذا قيمة، بل يصبح إجراءً روتينيًا فارغًا".

وذكر المشاركون (م.4) أهمية توفير مقاييس نفسية دقيقة تمكن الأخصائيين من التمييز بين السلوكيات الطبيعية لدى الأطفال والمؤشرات الدالة على وجود مشكلة، موضحاً أنَّ هذا الأمر يتطلب مقاييس نفسية يُطبَّقها شخص ذو خبرة واسعة فيها، وهذا يُعدّ احتياجاً أساسياً، بل ومفصلياً حتى في إعداد التقرير النفسي".

ثانياً: الاحتياجات الإشرافية

أظهرت نتائج المقابلات أن عملية الإشراف الحالية تقتصر في معظم الأحيان على الجوانب الإدارية والتنظيمية، بينما يغيب عنها البعد الإكلينيكي المتخصص. ومن خلال إفاداتهم برزت عدة جوانب تُشكل احتياجات أساسية في هذا المجال، التي يمكن إجمالها في ثلاثة محاور رئيسة، كما هو موضح في الشكل رقم 2 وسيُعرض فيما يلي تقديم تفصيلي لأهم النتائج التي برزت في كل محور، مدعوماً باقتباسات مباشرة من المشاركين.



شكل رقم 2: يوضح توزيع الاحتياجات الإشرافية للأخصائيين العاملين في مجال الحماية

■ الإشراف الإكلينيكي المباشر

أشار المشاركون إلى حاجتهم إلى إشراف إكلينيكي مباشر يوفر لهم التوجيه العملي والدعم المهني أثناء التعامل مع الحالات، بدلاً من الاقتصار على المتابعة الإدارية. كما عبّر أحد المشاركين عن ذلك بقوله (م.1): "أتمنى وجود مشرف متخصص، لأن مجال العنف الأسري ليس سهلاً"، فيما أكد على ذلك المشاركون (م.5) بقوله: "أتمنى أن يتواجد مشرف ميداني يُعد مرجعية مهنية، خصوصاً أن المجتمع متغير ويحتاج إلى متابعة".

■ الدعم النفسي والمهني للأخصائيين

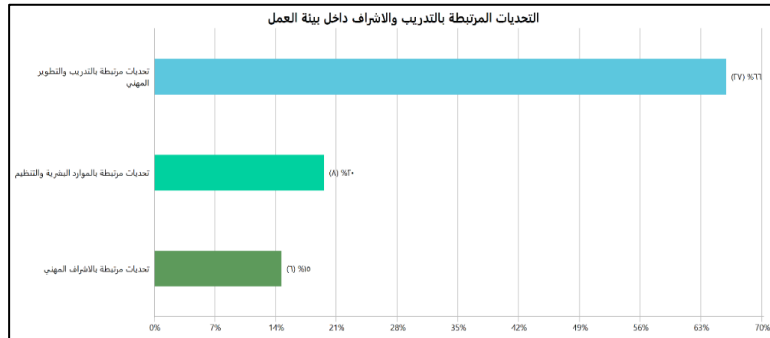
كما برزت الحاجة إلى بيئة إشرافية داعمة تساعد الأخصائيين على مواجهة الضغوط النفسية الناتجة عن التعامل مع حالات العنف. فقد أشار المشاركون (م.1) إلى أهمية توفير برامج تفريغ ضغوط مهنية، قائلاً: "قد يكون من المفيد أن تُنفذ برامج دورية تساعد الأخصائيين على تنفيس ضغوط العمل تحت إشراف مختصين". كما أوضح مشارك آخر (م.2) أن غياب هذه البرامج قد يدفعه أحياناً إلى أخذ إجازة للتعافي بعد مواجهة حالات صعبة، قائلاً: "في إحدى المرات شعرت كما لو أنني مريضة، لكن لم يكن مرضاً جسدياً، بل إنهماكاً داخلياً بسبب طبيعة العمل".

■ إقامة جلسات دورية لمناقشة الحالات المعقدة

كما عبّر بعض المشاركين عن حاجتهم إلى عقد جلسات إشرافية منتظمة تتيح لهم مناقشة الحالات المعقدة مع مشرفين ذوي خبرة، بهدف تبادل الخبرات وتلقي التوجيه المناسب. وقد عبّر عن ذلك المشارك (م.2) بقوله: "نتمنى وجود مجموعات أو لقاءات دورية، شبيهة بالمؤتمرات، نتبادل فيها الخبرات ونتناقش حول الحالات، ولكن ذلك غير متوفر". وأكد على ذلك المشارك (م.8) بقوله: "أتمنى وجود لقاءات دورية منتظمة، للمناقشة وتبادل الحلول العملية"، مؤكدين أن مثل هذه الاجتماعات تساهم في تعزيز الخبرة المشتركة وتطوير الأداء المهني.

نتيجة السؤال الثاني: ما أبرز التحديات التي يواجهها الأخصائيون العاملون مع حالات العنف الأسري في مجال التدريب والإشراف داخل بيئة عملهم؟

أظهرت نتائج المقابلات أن واقع التدريب والإشراف داخل بيئات الحماية لا يخلو من صعوبات تحد من فاعلية الأخصائيين في أداء أدوارهم، حيث برزت التحديات في ثلاثة أبعاد رئيسية كما هو موضح في الشكل رقم 3 وسيُعرض فيما يلي تقديم تفصيلي لأهم النتائج التي برزت في كل بعد، مدعومًا باقتباسات مباشرة من المشاركين.



شكل رقم 3: يوضح طبيعة التحديات المرتبطة بالتدريب والإشراف داخل بيئة العمل

• تحديات تتعلق بالموارد البشرية والتنظيم

أشار المشاركون إلى وجود نقص واضح في الكوادر المؤهلة داخل بيئات الحماية، خصوصًا في الجانب النفسي، فقد أوضح المشارك (م.7): "لدينا عدد كبير من الأخصائيين الاجتماعيين، لكن في المقابل، الأخصائيون النفسيون قليلون جدًا"، كما أكد المشارك (م.4) هذا التحدي بقوله: "الحالات كثيرة مقارنة بعدد الأخصائيين، مما يضطرنا للعمل تحت ضغط شديد". ومن جانب آخر، أشار المشارك (م.2) إلى ضعف التعاون والتنظيم المؤسسي بين الجهات ذات العلاقة (التعليم، الصحة، الحماية) قائلاً: "نفتقد وجود شركات وتعاون منظم بين الجهات المعنية".

وإضافة إلى ذلك، ذكر بعض الأخصائيين أنهم يُكلفون أحياناً بالتعامل مع حالات تقع خارج نطاق تخصصهم نتيجة نقص الكوادر وغياب التوزيع الأمثل للمهام، لا سيما فيما يتعلق بالأطفال، فقد أوضح المشارك (م.3): "أنا لست متخصصاً في الأطفال، ومع ذلك أُكلف بإدارة حالات خاصة بهم"، كما أضاف المشارك (م.4) قائلاً: "تخصصي مع البالغين، وأفضل العمل معهم، لكن أحياناً أُكلف بحالات أطفال". وأفاد المشارك (م.2) أن ارتفاع معدل الحالات يشكل تحدياً آخر، موضحاً: "من المفترض أن أتابع عددًا محددًا من الحالات سنويًا، لكن في الواقع يصل العدد إلى مستوى كبير جدًا، وبعضها معقد ويحتاج وقتًا وجهدًا مضاعفًا".

• تحديات تتعلق بالتدريب المتخصص

أوضح المشاركون أن البرامج التدريبية المتاحة أسهمت في تزويدهم بقاعدة معرفية أولية، إلا أن أثرها ظل محدودًا بسبب أوجه قصور تتعلق بالمحتوى وآليات التنفيذ وجودة التدريب. فقد عبّر المشارك (م.2) عن ذلك بقوله: "دخلنا إحدى الدورات فوجدنا أن المحتوى لا يتوافق مع عناونها"، وأفاد المشارك (م.5): "بعض الدورات ما زالت تُقدّم بنفس الطرق التي تلقيناها قبل عشر سنوات"، بينما أشار المشارك (م.6) إلى محدودية الجانب التطبيقي قائلاً: "99% من الدورات والبرامج نظرية، ولا أذكر أن هناك تطبيقًا عمليًا". كما أشار المشاركون إلى أن بعض الدورات التدريبية لا تراعي تفاوت مستويات الخبرة بين الأخصائيين، فقد قال المشارك (م.5): "من الصعب أن أحضر دورة عن استقبال العملاء ولدي خبرة تتجاوز عشر سنوات، بينما يحصل الأخصائي المبتدئ على دورات متقدمة جدًا". وانتقد بعضهم قصر مدة البرامج التدريبية، حيث ذكر المشارك (م.6): "الدورات التي لا تتجاوز ثلاثة أو أربعة أيام لا تكسب الموظف شيئًا جوهريًا مهما كان اسمها أو الجهة المنفذة لها".

أما فيما يتعلق بجودة التدريب، فقد أشار عدد من المشاركين إلى أن بعض المدربين يفتقرون إلى الإلمام الكافي بالميدان، كما قال المشارك (م.2): "بعض المدربين أنفسهم يحتاجون إلى تدريب، لذلك لم أعد أشارك في هذه الدورات"، وأكد المشارك (م.6): "المشكلة تكمن في مدى إلمام المدرب بالميدان من عدمه"، فيما أشار المشارك (م.3) إلى ضعف تأهيل العاملين غير المختصين مثل المراقبات، موضحاً: "المراقبات بحاجة إلى دورات مكثفة، فهن أكثر من يحتك بالحالات نظرًا لعملهن المستمر معهن، ومع ذلك يفتقرن إلى الخلفية النفسية أو الاجتماعية".

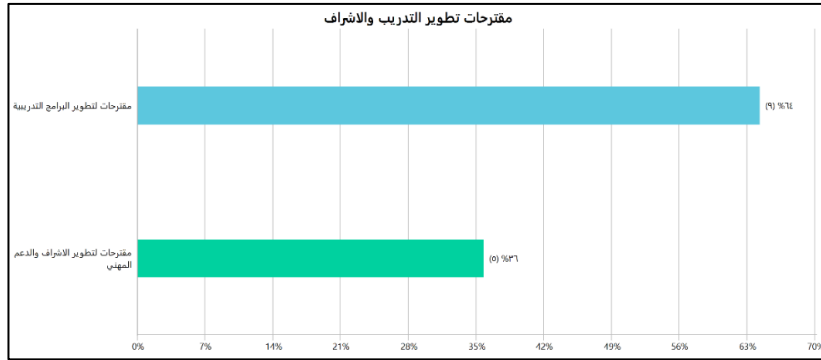
• تحديات متعلقة بالإشراف الاكلينيكي

أفاد المشاركون بأن غياب الإشراف المتخصص يشكل أحد أبرز التحديات داخل بيئات الحماية الأسرية، فقد قال المشاركون (م.1): "أتمنى وجود مشرف دائم، خصوصاً أن مجالنا متخصص في العنف"، كما أشار المشاركون (م.2) إلى غياب خدمات إشرافية داعمة تساعد الأخصائيين على مواجهة الضغوط النفسية المرتبطة بطبيعة عملهم، موضحاً: "نفتقد إلى خدمات إشرافية داعمة تساعدنا على مواجهة الضغوط النفسية، شاهدنا هذا النوع من البرامج في الخارج، مثل الولايات المتحدة، حيث توجد برامج للتفريغ النفسي تحت إشراف مختصين، لكنها غير متوفرة لدينا"، وهو ما يعكس تحدياً جوهرياً يتمثل في افتقار بيئات الحماية لبرامج إشرافية منتظمة تعزز الدعم النفسي والمهني للأخصائيين.

وفي ظل غياب هذا النوع من الإشراف، يلجأ الأخصائيون إلى بدائل فردية مثل الاستعانة بزملاء العمل أو مختصين من خارج المؤسسة أو حتى المشرفين الإداريين، كما أوضح المشاركون (م.1): "ألجأ إلى مختصين خارج المؤسسة للاستشارة"، وأوضح المشاركون (م.6): "أستشير زملائي في الفريق لثقتي بخبرتهم". كما أشار بعض المشاركين إلى أنهم واجهوا في بداية عملهم صعوبات كبيرة نتيجة غياب الإشراف المتخصص، الأمر الذي صعب عليهم التكيف مع طبيعة العمل في مجال الحماية الأسرية، فقد ذكر المشاركون (م.6): "في البداية كانت التحديات كبيرة جداً، خاصة عندما يكون الأخصائي النفسي أو الأسري جديداً بين زملاء أغلبهم أخصائيون اجتماعيون". ورغم وجود إشراف في الوقت الحالي، إلا أن غالبية المشاركين أكدوا أن هذا الإشراف يتركز على الجوانب الإدارية والتنظيمية أكثر من تركيزه على تطوير الممارسات المهنية والدعم النفسي، كما أوضح المشاركون (م.8): "الإشراف الحالي إداري بالدرجة الأولى، يركز على سلامة إجراء البلاغ، وسرعة الاستجابة، وعدد الحالات، والتقييم الشهري".

نتيجة السؤال الثالث: ما المقترحات التي يقدمها الأخصائيون العاملون مع حالات العنف الأسري لتحسين جودة التدريب والإشراف في مؤسسات الحماية الأسرية؟

أظهرت نتائج المقابلات أن المشاركين لديهم العديد من المقترحات التي تهدف إلى تطوير بيئات التدريب والإشراف داخل مؤسسات الحماية، بما يساهم في رفع كفاءة الأخصائيين وتعزيز جودة الخدمات المقدمة، كما هو موضح في الشكل رقم 4 وسيُعرض فيما يلي عرض تفصيلي لأبرزها، مدعوماً باقتباسات مباشرة من المشاركين.



شكل رقم 4: يوضح تصنيف المقترحات التطويرية التي طرحها المشاركون

• مقترحات لتطوير البرامج التدريبية

وفي إطار تحسين التدريب، طرح المشاركون عدة مقترحات لتجويد البرامج التدريبية ورفع كفاءتها. فقد أشار المشاركون (م.5) إلى أهمية تصنيف الدورات التدريبية بطريقة متدرجة وفق مستوى الخبرة، موضحاً ذلك بقوله: "من ناحية الدورات التدريبية، أتمنى أن يتم تصنيفها حسب مستوى خبرة الأخصائي؛ بحيث تكون هناك برامج تأسيسية للمبتدئين، ودورات متقدمة للأخصائيين ذوي الخبرة، حتى يستفيد كل ممارس من التدريب بما يتناسب مع مرحلته المهنية".

ومن جانب تأهيل الأخصائيين قبل مباشرة العمل، ذكر المشاركون (م.6) ضرورة "ألا يُسمح للأخصائي بمباشرة العمل إلا بعد مقابلة أولية من قبل فريق مختص، يعقبها التحاقه بدورات وبرامج تأهيلية إلزامية". كما أشار المشاركون (م.7) إلى أن الاعتماد على التدريب النظري وحده غير كافٍ، مؤكداً حاجة الأخصائيين الجدد إلى برامج عملية تتضمن محاكاة للمواقف الواقعية، بحيث يشاهد الأخصائيون نماذج حقيقية عن كيفية استقبال الحالات والتعامل معها، معبراً عن ذلك بقوله: "كنت أتمنى أن أشاهد أخصائياً أو دكتوراً يطبق أمامي عملياً: كيف يستقبل الحالة؟ كيف يقف لها؟ كيف يتعامل معها منذ دخولها".

ومن حيث مدة البرامج التدريبية، شدد المشاركون (م.6) على أهمية أن تكون البرامج المتخصصة في التدخلات العلاجية ذات طابع طويل المدى، بحيث تتجاوز الدورات القصيرة المعتادة وتُبنى على خطة تقييم واضحة، موضحاً: "تقام برامج نوعية لا تقل مدتها عن سنة، وفيها اختبار قبلي واختبار بعدي"، كما اقترح أيضاً "وضع إطار زمني مقنن للمقابلة مع الحالات، مقسماً إلى ثلاث مراحل: عشر دقائق للاستماع، عشر دقائق للاستيضاح والمناقشة، وعشر دقائق أخيرة لعرض مآل البلاغ والإجراءات المتخذة".

• مقترحات لتطوير الإشراف والدعم المهني

أكد المشاركون أهمية وجود إشراف إكلينيكي دوري يوفر مرجعية مهنية وميدانية للأخصائيين، بحيث يكون قائماً على التوجيه العملي وتبادل الخبرة المباشر. فقد عبّر المشاركون (م.5) عن ذلك بقوله: "أتمنى أن يتواجد مشرف يكون مرجعية مهنية ميدانية؛ فحتى وإن نقلت خبرتي لغيري، ستظل محدودة، وقد يواجه من

يأتي بعدي تحديات جديدة". كما ذكر المشاركون (م.6) ضرورة تنوع المشرفين بحسب التخصص، قائلاً: "يفترض أن يكون لدينا مشرفون من قبل القسم النفسي ومن قبل القسم الاجتماعي، مشرفون من قلب الميدان".

وطرح المشاركون أيضاً مقترحاً يتمثل في دمج برامج دعم نفسي منتظمة ضمن آليات الإشراف، بحيث تساعد الأخصائيين على التعامل مع الضغوط المستمرة وتحد من الاحتراق المهني، فقد أوضح المشاركون (م.2): "هذه الخدمة غير موجودة لدينا... نحن لا نريد رحلات أو امتيازات، لكن على الأقل فترات راحة رسمية للتعافي من الضغوط، من دون أن تُخصم من رصيد الإجازات".

كما أكد المشاركون (م.1) أهمية تنظيم برامج تفريغ نفسي متخصصة، قائلاً: "قد يكون من المفيد وجود برامج دورية للتفريغ النفسي يشرف عليها مختصون، بحيث تساعد الأخصائيين على التعامل مع ضغوطات العمل".

وأوصى المشاركون كذلك بضرورة إنشاء برامج لتبادل الخبرات الإشرافية على المستويات المحلي والإقليمي والعالمي، بما يتيح للأخصائيين الاطلاع المستمر على تجارب متنوعة وممارسات متقدمة في التعامل مع حالات العنف الأسري، وهو ما عبّر عنه المشاركون (م.2) بقوله: "نحتاج إلى تبادل خبرات على المستويات المحلي والإقليمي والعالمي".

المناقشة

أظهرت نتائج الدراسة أن الأخصائيين العاملين في مؤسسات الحماية يواجهون احتياجات متعددة في مجالي التدريب والإشراف. فعلى مستوى التدريب، أبرز المشاركون حاجتهم إلى تطوير المهارات المهنية والشخصية الأساسية، مثل مهارات الإنصات الفعال، وبناء الثقة، وضبط الانفعالات، وإدارة الضغوط، بوصفها مهارات جوهرية تمكّنهم من أداء أدوارهم بكفاءة. كما أشاروا إلى أهمية توفير برامج تدريبية متخصصة في أساليب التدخل العلاجي لمساعدتهم على التعامل مع الحالات المعقدة، إلى جانب تصميم برامج تأهيلية تسبق مباشرة العمل، تهيئ الأخصائيين لفهم طبيعة الحالات وإدارة المقابلات الأولى بفعالية. وبرزت كذلك الحاجة إلى التدريب على أدوات وأساليب مهنية مقننة في التقييم والتشخيص تضمن اتساق الممارسات مع المعايير المهنية، إضافة إلى تأكيد المشاركين على ضرورة أن يتضمن التدريب مكوناً تشريعياً ونظامياً يرتبط بالأنظمة واللوائح الخاصة بمجال الحماية الأسرية، بما يضمن ممارسة مهنية تنسجم مع الإطار القانوني المنظم للعمل.

أما على مستوى الإشراف، فقد كشفت النتائج أن الممارسات الإشرافية الحالية تقتصر في معظم الأحيان على الجوانب الإدارية والتنظيمية، في حين يفتقد الأخصائيون إلى الإشراف الإكلينيكي المباشر الذي يوفر

لهم التوجيه العملي والدعم النفسي أثناء التعامل مع الحالات. وأكد المشاركون على أهمية وجود نظام إشراف إكلينيكي منتظم يركز على تطوير الممارسة المهنية، ويربط بين المعرفة النظرية والتطبيق العملي، ويؤدي في الوقت نفسه دورًا داعمًا للأخصائيين على المستويين النفسي والمهني، بما يساهم في تعزيز جودة العمل والحد من الاحتراق النفسي الناتج عن ضغوط الممارسة اليومية.

تتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة (Fisher et al. (2024، التي أكدت أن التدريب المتخصص في التدخلات العلاجية المستندة إلى الصدمات يساهم في تحسين كفاءة الأخصائيين ورفع جودة الخدمات المقدمة للأطفال والأسر. كما أظهرت نتائج الدراسة الحالية أهمية وجود أدوات وأساليب مقننة للتقييم، وهو ما تدعمه دراسة (Murray et al. (2016، التي بينت أن الاعتماد على أدوات تقييم معيارية يضمن دقة التشخيص ويعزز الاتساق بين الممارسين. أما فيما يتعلق بالاحتياجات الإشرافية، فإن نتائج هذه الدراسة تتوافق مع ما أشار إليه (Cowan et al. (2020، من أن التدريب وحده لا يكفي في بيئات الحماية عالية الضغوط، بل يجب أن يقترن بإشراف إكلينيكي ممنهج يوفر التغذية الراجعة والدعم النفسي للأخصائيين. كما تتسق هذه النتيجة مع ما أظهرته دراسة (Demirtzidou & Tragantzopoulou (2025، التي تناولت تجارب الأخصائيين الجدد، حيث أوضحت أن الإشراف الإكلينيكي المنتظم يوفر دعمًا عاطفيًا وتوجيهًا مهنيًا يساهمان في الحد من الاحتراق النفسي وتعزيز الموارد النفسية للأخصائيين.

ويمكن فهم الاحتياجات التدريبية والإشرافية التي عبّر عنها المشاركون في ضوء الأطر الحديثة القائمة على الكفاءة. فوفقًا لنموذج التدريب القائم على الكفاءة (Competency-Based Training)، فإن إعداد الأخصائيين ينبغي أن يستند إلى تنمية معارف ومهارات وقيم مهنية محددة وقابلة للتقييم، من خلال الدمج المتوازن بين الجانبين النظري والتطبيقي (Kaslow et al., 2009; APA, 2014) ويُفسر هذا الإطار ما عبّر عنه المشاركون من حاجة إلى برامج تدريبية تأسيسية ومتخصصة لا تقتصر على الجانب النظري، بل تمتد لتشمل إكسابهم المهارات المهنية والشخصية الأساسية، بما يعزز كفاءتهم العملية ويضمن جاهزيتهم لمواجهة التحديات الميدانية بفاعلية وكفاءة.

كما يوضح نموذج الإشراف القائم على الكفاءة (Competency-Based Supervision Model) أن الإشراف يُعد عملية منهجية تهدف إلى بناء كفاءات مهنية محددة وقابلة للقياس، تشمل الالتزام بالمعايير الأخلاقية، والقدرة على التقييم والتدخل، ومراعاة التنوع الثقافي (Falender & Shafranske, 2004; APA, 2014).

ويُفسّر هذا الإطار تأكيد الأخصائيين على أهمية وجود إشراف إكلينيكي منتظم لا يقتصر على المتابعة الإدارية، بل يوفر دعمًا مهنيًا ونفسيًا يساهم في تطوير مهاراتهم وتعزيز جودة ممارستهم مع الحالات الصادمة. وتُظهر هذه النتائج أن التدريب والإشراف يمثلان مسارين متكاملين في بناء الكفاءة المهنية للأخصائيين؛

فالتدريب يوفر القاعدة المعرفية والمهارية، بينما يقوم الإشراف بتحويل هذه المعارف إلى ممارسات عملية متجددة. وإن الاقتصار على أحد الجانبين دون الآخر قد يقلل من فاعلية برامج التأهيل، في حين أن الدمج بينهما يضمن نموًا مهنيًا مستدامًا. ومن هذا المنطلق، فإن تطوير الأخصائيين في مؤسسات الحماية ينبغي أن يستند إلى إطار موحد يوازن بين التدريب المستمر والإشراف الإكلينيكي المنظم، بما يعزز جودة الخدمات المقدمة للفئات المستفيدة.

أظهرت نتائج الدراسة أيضًا أن الأخصائيين العاملين في مؤسسات الحماية يواجهون تحديات مهنية متعددة، من أبرزها غياب خدمات إشرافية داعمة، وقصر مدة البرامج التدريبية، وعدم مراعاة تفاوت مستويات الخبرة بين الأخصائيين، وضعف تأهيل العاملين غير المتخصصين مثل المراقبات. وتعكس هذه التحديات فجوة واضحة بين المتطلبات الميدانية الفعلية وبين ما توفره المؤسسات من دعم وتدريب وإشراف. وتتسق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة (Najmabadi et al. (2023، التي أوضحت أن غياب التدريب الكافي وضعف الإشراف المنتظم يُعدان من أبرز مسببات الضغوط المهنية لدى مقدمي الرعاية المستندة إلى الصدمات، وأن توفير الإشراف الداعم يمثل أحد العوامل الوقائية الأساسية. كما تدعمها دراسة (Cowan et al. (2020، التي أشارت إلى أن عدم التمييز بين مستويات الخبرة في تصميم البرامج التدريبية يحد من فعاليتها، إذ يجد الأخصائيون المبتدئون صعوبة في استيعاب محتوى متقدم، بينما لا يحقق الأخصائيون ذوو الخبرة استفادة من الدورات التأسيسية. ومن جانب آخر، تختلف نتائج هذه الدراسة جزئيًا عما توصلت إليه دراسة (Niimura et al. (2019، التي وجدت أن التدريب قصير المدى (يوم واحد فقط) كان كافيًا لإحداث تحسن ملحوظ في اتجاهات العاملين في المستشفيات النفسية نحو الرعاية المستندة إلى الصدمات، في حين أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن التدريب قصير المدى غير كافٍ في بيئات الحماية الأسرية، نظرًا لتعقيد الحالات وارتفاع مستوى الضغوط، مما يجعل الحاجة إلى برامج أطول وأكثر عمقًا، مدعومة بإشراف منتظم، أمرًا جوهريًا لضمان جودة الممارسة.

ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء نموذج التدريب القائم على الكفاءة (Competency-Based Training)، إذ ينبغي أن تُصمم البرامج التدريبية بطريقة تدريجية تراعي مستويات الخبرة المختلفة، وتركز على تنمية مهارات معرفية وعملية وشخصية قابلة للتقييم (Kaslow et al., 2009; APA, 2014). أما غياب هذا البعد في البرامج الحالية - كما أشار المشاركون - فيفسر شعورهم بعدم كفاية التدريب لمواجهة متطلبات العمل الفعلية، كما أن قصر مدة الدورات التدريبية وافتقارها إلى الجانب التطبيقي والمحاكاة الميدانية يعكس عدم اتساقها مع مبادئ التدريب القائم على الكفاءة، الذي يؤكد على أهمية الممارسة العملية والتغذية الراجعة المنظمة لضمان ترسيخ المهارات وتحويلها إلى كفاءات مهنية قابلة للقياس.

ومن منظور الإشراف القائم على الكفاءة (Competency-Based Supervision Model)، فإن الإشراف الفعال لا يقتصر على المتابعة الإدارية، بل يتطلب إطاراً منهجياً لبناء كفاءات مهنية محددة تشمل الالتزام بالمعايير الأخلاقية، وتعزيز القدرة على التقييم والتدخل، ومراعاة الفروق الثقافية (Falender & Shafranske, 2014; APA, 2004) ويُفسر غياب هذا النوع من الإشراف الصعوبات التي عرّ عنها المشاركون والمتمثلة في نقص الدعم النفسي والمهني، وغياب آليات تغذية راجعة منظمة تساعد على إدارة ضغوط العمل والحد من الاحتراق المهني.

وبناءً على ذلك، يمكن القول إن التحديات التي كشفتها نتائج الدراسة تعكس فجوة بين الواقع الحالي وبين ما توصي به النماذج القائمة على الكفاءة، الأمر الذي يبرز الحاجة إلى تبني إصلاحات منهجية في كل من التدريب والإشراف، بما يضمن رفع كفاءة الأخصائيين وجودة الخدمات المقدمة في مؤسسات الحماية.

أشارت نتائج الدراسة إلى عدد من المقترحات لتطوير التدريب والإشراف من منظور الأخصائيين أنفسهم. فعلى صعيد التدريب، ركّز المشاركون على أهمية تصنيف البرامج إلى تأسيسية للمبتدئين وأخرى متقدمة لذوي الخبرة، مع ضرورة تأهيل الأخصائيين قبل مباشرة العمل، واعتماد التدريب العملي والمحاكاة، وتصميم برامج طويلة المدى قائمة على تقييم مستمر بدلاً من الاكتفاء بالدورات القصيرة النظرية. أما في جانب الإشراف، فأكدوا الحاجة إلى إشراف إكلينيكي دوري بمرجعية ميدانية واضحة، ودمج الدعم النفسي ضمن آليات الإشراف، إضافة إلى إنشاء برامج لتبادل الخبرات على المستويات المحلي والإقليمي والعالمي. وتتفق هذه المقترحات مع ما أوضحتته دراسة (Cook et al. 2019)، التي بيّنت أن التدريب في مجال الصدمات ينبغي أن يدمج بين الكفاءات المعرفية والمهارية والوجدانية لضمان فاعلية الممارسة، كما تلتقي مع ما خلصت إليه (Fisher et al. 2024)، من أن زيادة ساعات التدريب واستمراريتها ترتبط بارتفاع مستوى الثقة والمهارة لدى الممارسين في التعامل مع حالات العنف الأسري، مما يعزز الحاجة إلى برامج تدريبية مكثفة وطويلة المدى. وفيما يتعلق بالإشراف، فإن النتائج تتسق مع ما أشار إليه (Beddoe 2021)، من أن فاعلية الإشراف تعتمد على كونه مساحة للتأمل والدعم النفسي، وهو ما يتطلب بيئة تنظيمية داعمة. كما تتفق توصيات المشاركين مع نتائج دراسة (Friesema 2016)، التي أظهرت أن الإشراف الإكلينيكي يُعد عاملاً وقائياً مهماً تمكّن من خلاله مرشدو العنف المنزلي من مواجهة تأثيرات العمل الصدمية بفاعلية. وقد بيّنت هذه الدراسة أن الإشراف لا يقتصر على المتابعة فقط، بل يشمل دعماً نفسياً ومهنيّاً يمكن العاملين من ممارسة تدخلاتهم بأمان وثقة.

ويمكن تفسير مقترحات المشاركين في ضوء نموذج التدريب القائم على الكفاءة (Competency-Based Training)، الذي يؤكد أن التدريب لا يحقق أهدافه إذا اقتصر على الجوانب النظرية أو الدورات القصيرة،

بل ينبغي أن يُصمم بطريقة تدريجية تراعي مستويات الخبرة المختلفة، وتركز على تنمية معارف ومهارات وقيم مهنية محددة وقابلة للتقييم (Kaslow et al., 2009; APA, 2014). ويُفسر هذا الإطار إصرار المشاركين على الحاجة إلى برامج تدريبية تأسيسية ومتقدمة تُكسبهم المهارات المهنية والشخصية الأساسية، مثل الإنصات، وبناء الثقة، وإدارة الحوار، والضبط الانفعالي، بما يعزز جاهزيتهم للتعامل مع تحديات العمل الميداني في بيئات الحماية من العنف الأسري.

ومن جانب مقترحات تطوير الإشراف، ركّز المشاركون على ضرورة عقد جلسات إشراف إكلينيكي منتظمة تتجاوز الإشراف الإداري نحو مساحة للتأمل والدعم النفسي والمهني. ويمكن تفسير ذلك في ضوء نموذج الإشراف القائم على الكفاءة (Competency-Based Supervision Model)، الذي يرى أن الإشراف الفعال لا يقتصر على المتابعة الإدارية، بل يهدف إلى بناء كفاءات مهنية قابلة للتقييم تشمل الالتزام بالمعايير الأخلاقية، والقدرة على التقييم والتدخل، ومراعاة الفروق الثقافية (Falender & Shafranske, 2004; APA, 2014) وعليه، فإن مقترحات المشاركين تعكس إدراكًا عمليًا لغياب هذا النوع من الإشراف البناء، وحاجتهم إلى إشراف إكلينيكي منظم يقدم تغذية راجعة مهنية، ويعزز ثقتهم وقدرتهم على التعامل مع الحالات المعقدة في بيئات الحماية.

وترى الباحثتان أن المقترحات التي قدّمها الأخصائيون تمثل انعكاسًا لوعيهم المهني وحرصهم على المشاركة الفاعلة في تطوير بيئة العمل، إذ لم يقتصرُوا على نقد الواقع، بل طرحوا حلولًا عملية قابلة للتطبيق، مثل تصنيف الدورات وفق مستوى الخبرة، وتفعيل جلسات إشراف دورية، وإتاحة فرص لتبادل الخبرات على المستويين المحلي والدولي. ويعكس هذا الطرح إدراكًا متقدمًا لدى الأخصائيين بأن التطوير المهني لا يمكن أن يتحقق على المستوى الفردي فحسب، بل يتطلب دعمًا مؤسسيًا وهيكلًا يوفر بيئة مهنية محفزة ومستدامة. كما أن تبني هذه المقترحات من قبل المؤسسات المعنية سيسهم في بناء نظام أكثر توازنًا، يربط بين النمو المعرفي والتطبيقي للأخصائيين، ويعزز جودة الخدمات المقدمة للفئات المعرضة للعنف الأسري.

يمكن تفسير نتائج الدراسة في ضوء الخصائص الديموغرافية للعينة. فقد كان غالبية المشاركين من ذوي الخبرة العملية، وبعضهم يشغل مواقع إشرافية، وهو ما يفسر تركيزهم على نقص البرامج التدريبية المتقدمة وغياب الإشراف المنظم الذي يدعمهم في مواجهة الأعباء المتزايدة. كما أكدوا على أن الأخصائيين الجدد يفتقرون إلى التأهيل الأساسي، الأمر الذي يستدعي تصميم برامج تدريبية عملية تسبق مباشرة العمل الميداني. ولوحظ أن المشاركات من النساء عبّرن بدرجة أكبر عن الحاجة إلى برامج دعم نفسي موجهة لهن، نظرًا لطبيعة الحالات التي يتعاملن معها، والتي غالبًا ما تخص ضحايا من النساء والأطفال، في حين ركّز الأخصائيون

الذكور على الجوانب الإجرائية والتنظيمية للعمل. ويشير ذلك إلى أن متغير الجنس لعب دورًا في تشكيل الاحتياجات التدريبية والإشرافية، ويعكس أثر الخصائص الشخصية في تفسير التحديات المهنية.

كما برز أثر التخصص العلمي في تحديد منظور المشاركين لاحتياجاتهم؛ إذ ركّز الأخصائيون النفسيون على الجوانب العلاجية والإكلينيكية، مثل الحاجة إلى برامج تدريبية متقدمة في التدخلات النفسية والإشراف الإكلينيكي المباشر، بينما عبّر الأخصائيون الاجتماعيون عن تحديات تتعلق بالجانب المؤسسي والتنظيمي، كضعف التنسيق بين الجهات ونقص النماذج الموحدة للتعامل مع الحالات. ويعكس هذا التباين الطبيعة التكاملية لمجال الحماية الأسرية باعتباره مجالاً نفسياً-اجتماعياً يحتاج إلى دمج البعدين العلاجي والتنظيمي لضمان جودة الممارسة.

كما أن طبيعة العينة – التي تعمل بشكل مباشر مع النساء والأطفال في مجتمع محافظ – تجعل مسألة الدعم النفسي والإشرافي أكثر إلحاحًا، حيث تتقاطع المتطلبات المهنية مع الضغوط الثقافية والاجتماعية المرتبطة بموضوع العنف الأسري. وتشير نتائج الدراسة الحالية إلى أن الأخصائيين العاملين في مراكز الحماية الأسرية في السعودية يواجهون تحديات مضاعفة تتعلق بوصمة الإفصاح عن العنف الأسري، وهو ما انعكس في إفاداتهم حول صعوبة التعامل مع ضحايا الاعتداء الجنسي. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة النعيم وآل الشيخ (2024)، التي أوضحت أن القيم والتوقعات الاجتماعية تشكّل حاجزًا أمام الإفصاح عن العنف في سياق ثقافي محافظ. كما تختلف هذه النتيجة عما أظهرته دراسة Caswell et al. (2025) التي أجريت في بيئة ثقافية مختلفة، حيث تركزت التحديات بشكل أكبر حول العوائق التنظيمية والإدارية بدلاً من العوامل الاجتماعية والثقافية. ويبرز هذا التباين أهمية السياق الثقافي في تفسير طبيعة التحديات المهنية والنفسية التي تواجه الأخصائيين في مجال الحماية الأسرية داخل المجتمع السعودي.

وبناءً على ما سبق، يمكن القول إن الخصائص الديموغرافية والسياقية للعينة أسهمت في تشكيل تصوراتهم للاحتياجات المهنية والتحديات التي يواجهونها، مما يؤكد أهمية تبني نموذج وطني للتدريب والإشراف يركز على الكفاءة المهنية ويراعي الأبعاد الثقافية والاجتماعية للمجتمع السعودي، ويعزز من كفاءة الأخصائيين وجودة الخدمات المقدمة للفئات الأكثر هشاشة.

المحددات

تحدد نتائج هذه الدراسة بعدة أمور، أبرزها اقتصار العينة على عدد محدود من الأخصائيين في مؤسستين بمدينة جدة والمدينة المنورة فقط، مما يحد من إمكانية تعميم النتائج على بقية مؤسسات الحماية، كما أن قصر فترة جمع البيانات وصعوبة الوصول إلى بعض الفئات حال دون تمثيل أوسع لخبرات متنوعة،

وبالنظر إلى طبيعة البحث النوعي، فإن النتائج تعكس تجارب المشاركين الذاتية ولا يمكن تعميمها إحصائياً، لكنها توفر فهماً متممًا للظاهرة المدروسة.

التوصيات

- تطوير برامج تدريبية متخصصة ومتدرجة تراعي مستويات الخبرة المهنية لدى الأخصائيين (مبتدئ - متوسط - متقدم)، من خلال وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية بالتعاون مع المراكز التدريبية المعتمدة.
- التركيز على التدريب العملي والمحاكاة الميدانية إلى جانب المعرفة النظرية، بما يعزز كفاءة الأخصائيين في الممارسة المهنية. ويمكن تحقيق ذلك من خلال ورش محاكاة داخل مؤسسات الحماية، واستخدام برامج محاكاة إلكترونية بالتعاون مع مراكز التدريب الجامعية.
- استحداث نظام إشراف إكلينيكي منتظم يجمع بين التوجيه المهني والدعم النفسي، ويُدار من خلال فرق إشرافية متخصصة بالتنسيق بين وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية والهيئة السعودية للتخصصات الصحية.
- إدماج برامج دورية للدعم النفسي المهني للحد من الاحتراق النفسي والمحافظة على الصحة النفسية للأخصائيين، على أن تُشرف عليها مؤسسات الحماية الأسرية بالتعاون مع الجمعيات المتخصصة في الصحة النفسية (مثل جمعيتي المودة وحماية) ويمكن أن تتضمن هذه البرامج جلسات دعم جماعي، ومجموعات تبادل خبرات، أو منصات إلكترونية آمنة للتفريغ النفسي.
- تفعيل آليات تبادل الخبرات محلياً ودولياً من خلال المؤتمرات والندوات الدورية التي تنظمها الجامعات ووزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية، وبرامج التبادل التدريبي مع مراكز حماية في دول أخرى، إلى جانب إنشاء منصات رقمية تفاعلية (بوابات إلكترونية أو مجتمعات مهنية عبر الإنترنت) بإشراف الوزارة وبالتعاون مع منظمة الصحة العالمية.
- إعداد دليل إجرائي وطني موحد للتعامل مع حالات العنف الأسري يتضمن خطوات واضحة وأدوات تقييم معيارية تساعد على توحيد الممارسات المهنية. ويُفضل أن تتولى وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية إعداده بالشراكة مع الجامعات السعودية، على أن يُعتمد كمرجع إلزامي لجميع الأخصائيين العاملين في مراكز الحماية الأسرية.

الدراسات المقترحة

- إجراء دراسات مستقبلية تشمل عينات أوسع في مؤسسات ومناطق مختلفة.
- التوسع في أبحاث تقيس الأثر الفعلي للتدريب والإشراف على جودة الخدمات المقدمة للضحايا.

- إجراء دراسات مقارنة بين مؤسسات الحماية في المملكة ودول أخرى، لاستخلاص أفضل الممارسات وتكييفها مع الخصوصية الثقافية المحلية.
- دراسة حول أثر الإشراف الإكلينيكي المنتظم في الحد من الاحتراق النفسي وتعزيز الصمود المهني للأخصائيين.

المراجع

المراجع العربية

- العنزي، عبد الحميد مقبل. (2024). واقع إدارة الحماية الاجتماعية من العنف الأسري في المملكة العربية السعودية. مجلة وادي النيل للدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية والتربوية، 1003-1085. https://journals.ekb.eg/article_410389.html
- النعيم، لولوه عبد الحميد، وآل الشيخ، نوف إبراهيم. (2024). الأبعاد الثقافية المرتبطة بمظاهر العنف الرمزي الممارس على المرأة السعودية: دراسة على عينة من النساء في محافظة الأحساء. المجلة الأكاديمية للأبحاث والنشر العلمي، 5(57)، 178-217. <https://doi.org/10.52132/Ajrsp/v5.57.7>
- المجلس الصحي السعودي. (2021). تقرير السجل الوطني لحالات العنف والإيذاء ضد الأطفال والبالغين لعام 2021. اللجنة الصحية الوطنية للتعامل مع حالات العنف والإيذاء، المجلس الصحي السعودي. <https://cdnc.heyzine.com/files/uploaded/v2/247877d5c93264a90fcea53780c49ccb612b8a76.pdf>
- المدينة. (2024، 25 يناير). 115 ألف خدمة لأكثر من 56 ألف مستفيد ومستفيدة من جمعية المودة. صحيفة المدينة <https://www.al-madina.com/article/872391>
- المملكة العربية السعودية. (2016). رؤية المملكة العربية السعودية 2030 <https://www.vision2030.gov.sa/ar/>
- هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. (2013). نظام الحماية من الإيذاء: مرسوم ملكي رقم م/52 بتاريخ 15-11-1434هـ <https://laws.boe.gov.sa/BoeLaws/Laws/LawDetails/83f450eb-7985-461f-b053-a9a700f2ba08/1>
- هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. (2014). نظام حماية الطفل: مرسوم ملكي رقم م/14 بتاريخ 03-02-1436هـ <https://laws.boe.gov.sa/BoeLaws/Laws/LawDetails/2d3cb83a-0379-4cde-8e0b-a9a700f272bd/1>

المراجع الأجنبية

- Adams, W. C. (2015). Conducting semi-structured interviews. In K. E. Newcomer, H. P. Hatry, & J. S. Wholey (Eds.), Handbook of Practical Program Evaluation (4th ed., pp. 492–505). Jossey-Bass. <https://www.wiley.com/enus/Handbook+of+Practical+Program+Evaluation%2C+4th+Edition-p-9781118893609>

- Al-Enezi, A. M. (2024). The reality of social protection management from domestic violence in the Kingdom of Saudi Arabia. *Nile Valley Journal of Human, Social, and Educational Studies and Research*, 1003–1058 https://journals.ekb.eg/article_410389.html
- Al-Madina Newspaper. (2024, January 25). 115,000 services provided to more than 56,000 beneficiaries from Al-Mawaddah Association. Retrieved from <https://www.al-madina.com/article/872391>
- Al-Naeem, L. A., & Alsheikh, N. I. (2024). Cultural dimensions associated with manifestations of symbolic violence practiced against Saudi women: A study on a sample of women in Al-Ahsa Governorate. *The Academic Journal of Research and Scientific Publishing*, 5(57), 178–217 <https://doi.org/10.52132/Ajrsp/v5.57.7>
- American Psychological Association. (2014). *Guidelines for clinical supervision in health service psychology* <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>
- Beddoe, L., Ferguson, H., Warwick, L., Disney, T., Leigh, J., & Cooner, T. S. (2022). Supervision in child protection: A space and place for reflection or an excruciating marathon of compliance? *European Journal of Social Work*, 25(3), 525–537 <https://doi.org/10.1080/13691457.2021.1964443>
- Board of Experts at the Council of Ministers. (2013). *Law on Protection from Abuse*, Royal Decree No. M/52 dated 15-11-1434H. Retrieved from <https://laws.boe.gov.sa/BoeLaws/Laws/LawDetails/83f450eb-7985-461f-b053-a9a700f2ba08/1>
- Board of Experts at the Council of Ministers. (2014). *Child Protection Law*, Royal Decree No. M/14 dated 03-02-1436H. Retrieved from <https://laws.boe.gov.sa/BoeLaws/Laws/LawDetails/2d3cb83a-0379-4cde-8e0b-a9a700f272bd/1>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101 <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2018). *Doing interviews* (2nd ed.). Sage Publications. <https://methods.sagepub.com/book/mono/doing-interviews-2e/toc#>
- Bromley, H., Davis, S. K., Morgan, B., & Taylor-Dunn, H. (2024). The professional quality of life of domestic and sexual violence advocates: A systematic review of possible risk and protective factors. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(2), 1113–1128 <https://doi.org/10.1177/15248380231171187>
- Caswell, R. J., Bradbury-Jones, C., & Ross, J. (2025). Supporting safe disclosure of sexual violence in healthcare settings: Findings from a realist evaluation applying candidacy theory through a trauma-focused lens. *BMJ Open*, 15 <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-097940>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications https://pubhtml5.com/enuk/cykh/Creswell_and_Poth%2C_2018%2C_Qualitative_Inquiry_4th/
- Cook, J. M., Newman, E., & Simiola, V. (2019). Trauma training: Competencies, initiatives, and resources. *Psychotherapy*, 56(3), 409–421 <https://doi.org/10.1037/pst0000233>
- Cowan, C., El-Hage, N., Green, J., Rice, L., Young, L., & Whiteside, M. (2020). Investigating the readiness of hospital social workers to respond to domestic and family violence. *Australian Social Work*, 73(3), 357–367 <https://doi.org/10.1080/0312407X.2019.1675735>
- Demirtzidou, M., & Tragantzopoulou, P. (2025). Mitigating burnout: A qualitative exploration of clinical supervision's impact on novice psychotherapists. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*. Advance online publication <https://doi.org/10.1080/13642537.2024.2438924>
- Edgar, D., Moroney, T., Middleton, R., & Wilson, V. (2024). *Clinical supervision, a reflective intervention to support new graduate nurses and midwives enhance their person-centredness: Qualitative evaluation*. *Contemporary Nurse*, 60(6), 645–658 <https://doi.org/10.1080/10376178.2024.2392575>
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2004). *Clinical supervision: A competency-based approach*. American Psychological Association <https://doi.org/10.1037/10806-000>

- Ferreira, A. S., Caridade, S., Oliveira, A., & Gonçalves, R. A. (2023). Secondary traumatic stress and burnout among professionals working with victims of domestic violence: A qualitative study. *Social Sciences*, 12(9), 490 <https://doi.org/10.3390/socsci12090490>
- Fisher, C. A., Rushan, C., & Withiel, T. D. (2024). How much training is enough? Evaluating clinician self-reported family violence response skills following a 3-year transformational change project in a major trauma hospital. *Journal of Family Violence*, 20 <https://doi.org/10.1177/17455057241286552>
- Fjeldheim, S. (2025). Facilitating the integration of theory and practice in skills education for social work students. *Social Work Education*. <https://doi.org/10.1080/13691457.2025.2485372>
- Friesema, A. (2016). *Domestic violence counselors' supervision experiences: A qualitative inquiry* (master's thesis). Northern Illinois University. Huskie Commons <https://huskiecommons.lib.niu.edu/allgraduate-thesesdissertations/2656/>
- Kaslow, N. J., Grus, C. L., Campbell, L. F., Fouad, N. A., Hatcher, R. L., & Rodolfa, E. R. (2009). Competency assessment toolkit for professional psychology. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(4S), S27–S45 <https://doi.org/10.1037/a0015833>
- Kingdom of Saudi Arabia. (2016). *Saudi Vision 2030*. Retrieved from <https://www.vision2030.gov.sa/ar/>
- Millington, P. M. (2024). *Factors that influence the quality of the clinical supervision relationship: Insights from reflective practice*. *Counselling and Psychotherapy Research*. 70 <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2024.102921>
- Murray, C. E., Davis, J., Rudolph, L., Graves, K. N., Colbert, R., Fryer, M., Mason, A., & Thigpen, B. (2016). Domestic violence training experiences and needs among mental health professionals: Implications from a statewide survey. *Violence & Victims*, 31(5), 932–950 <https://connect.springerpub.com/content/sgrvv/31/5/901>
- Najmabadi, L., Agénor, M., & Tendulkar, S. (2023). “Pouring from an empty cup”: Manifestations, drivers, and protective factors of occupational stress among healthcare providers of trauma-informed care. *Journal of Interpersonal Violence*, 39(9–10), 1881–1904 <https://doi.org/10.1177/08862605231215028>
- National Alliance on Mental Illness (NAMI). (2024). *Building the community behavioral health crisis response workforce*. Author <https://www.nami.org/wp-content/uploads/2025/07/Building-the-Community-Behavioral-Health-Crisis-Response-Workforce-2024.pdf>
- Niimura, J., Nakanishi, M., Okumura, Y., Kawano, M., & Nishida, A. (2019). Effectiveness of a 1-day trauma-informed care training programme on attitudes in psychiatric hospitals: A pre-post study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 980–988 <https://doi.org/10.1111/inm.12603>
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4th ed.). Sage Publications <https://url-shortener.me/6BFBK>
- Pelkowitz, L., Crossley, C., Greville, H., & Thompson, S. C. (2023). Dealing with intimate partner violence and family violence in a regional centre of Western Australia: A study of the knowledge, attitudes, and practices of local social workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9), 5628 <https://doi.org/10.3390/ijerph20095628>
- Peräkylä, A., & Ruusuvuori, J. (2011). Analyzing talk and text. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (5th ed., pp. 1163–1201). Sage Publications [Analyzing talk and text \(PDF\)](#)
- Rothwell, C., Kehoe, A., Farook, S. F., & Illing, J. (2021). Enablers and barriers to effective clinical supervision in the workplace: A rapid evidence review. *BMJ Open*, 11(9), 952–929 <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052929>
- Saudi Health Council. (2021). *National Registry Report on Child and Adult Abuse Cases for the Year 2021*. National Health Committee for Dealing with Cases of Violence and Abuse, Saudi

Health Council. Retrieved from <https://cdnc.heyzone.com/files/uploaded/v2/247877d5c93264a90fcea53780c49ccb612b8a76.pdf>

World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*.

Author <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241564625>

World Health Organization. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: Global, regional and national prevalence for intimate partner violence against women and global and regional prevalence for non-partner sexual violence against women*. Author. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>

I Feel Overweight: Discrepancies Between Self-reported BMI and Stunkard Figure and Associations with Psychological Indicators Among Two Saudi Adult Samples

Mohsen M. Alyami

University of Ha'il

Published on 14/9/2025

Received on 6/8/2025

Abstract: Accurate weight perception is critical for both physical and psychological health, yet misperceptions remain prevalent globally. In Saudi Arabia (SA), where obesity rates are among the highest worldwide, cultural factors may uniquely shape weight perceptions. However, research on weight perception accuracy and its psychological correlates in this cultural context is limited. This study examined discrepancies between self-reported BMI and Stunkard Figure Rating Scale (FRS), associations between BMI categories, gender, group membership and weight misperception, and differences in psychological well-being indicators between individuals with accurate and inaccurate weight perceptions. A cross-sectional online survey recruited 900 SA adult participants (Sample 1: $n = 635$ students, sample 2: $n = 265$ general population) with a mean age of 24 years ($SD = 8.46$). Participants self-reported BMI, selected Stunkard FRS silhouettes, and completed validated psychological measures. Chi-square tests, Mann-Whitney U tests, and Bonferroni-corrected post hoc analyses were conducted. Stunkard FRS demonstrated a strong positive correlation ($\rho = 0.82, p < .001$.) with self-reported BMI. Overall, 45.3% of participants misperceived their weight, with rates increasing across BMI categories ($\chi^2(3) = 40.22, p < .001$). Males reported more misperceptions than females (50.3% vs. 42.3%; $OR = 1.38, 95\% CI [1.06, 1.80]$), and the general adult population exhibited higher misperceptions than students (51.7% vs. 42.7%; $OR = 1.44 [1.08, 1.92]$). Individuals with weight misperceptions reported higher weight stigma ($r = -0.23$), lower body appreciation ($r = 0.20$), and gratitude ($r = 0.11$) at adjusted $p < .0083$. No significant differences were identified in satisfaction with life or self-esteem. Overall, weight misperception is widespread in SA, particularly among males and individuals with higher BMI. Targeted interventions and integration of the Stunkard FRS into health assessments may improve early identification of at-risk groups and inform culturally tailored interventions to address weight misperceptions.

Keywords: weight perception; body image; Stunkard Figure Rating Scale (FRS); psychological health; obesity

أشعر بأن وزني زائد: التباين بين مؤشر كتلة الجسم ومقياس ستونكارد والعلاقة ببعض

المؤشرات النفسية لدى عيّنتين من البالغين السعوديين

محسن محمد اليامي

جامعة حائل

أُسْتُثِم بتاريخ 2025/8/6 وقُبِل للنشر بتاريخ 2025/9/14

المستخلص: يُعد الإدراك الدقيق للوزن حاسماً للصحة النفسية والجسدية، لكن التصورات الخاطئة تظل شائعة. هدفت هذه الدراسة لفحص الفروق بين مؤشر كتلة الجسم المبلغ عنه ذاتياً ومقياس ستونكارد الشكلي، وعلاقة ذلك بالصحة النفسية. شملت العينة 900 مشارك (635 طالباً، 265 من عامة الناس البالغين) بمتوسط عمر 24 سنة. استخدم الباحثون مقياس معتمدة لمؤشر كتلة الجسم، الصورة الذاتية، وصمة الوزن، الرضا عن الحياة، وتقدير الذات. أظهرت هذه الدراسة أن التصورات الخاطئة عن وزن الجسم منتشرة بشكل ملحوظ، حيث أساء 45.3% من المشاركين تقدير أوزانهم، مع زيادة هذه النسبة بين الأفراد ذوي مؤشر كتلة الجسم المرتفع. وكشفت النتائج وجود ارتباط ذات دلالة إحصائية بين مؤشر كتلة الجسم ومقياس ستونكارد، مع وجود فروق دالة إحصائية حيث أظهر الذكور والبالغين من عامة الناس مستويات أعلى من سوء التقدير مقارنة بالإناث وطلبة الجامعة. كما لوحظ أن الأفراد الذين يسيئون تقدير أوزانهم يعانون من مستويات أعلى من وصمة الوزن وانخفاض في تقدير الجسد والامتنان، بينما لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات تقدير الذات أو الرضا عن الحياة. وتؤكد هذه النتائج على أهمية دمج المقاييس البصرية مثل

مقياس ستونكارد في التقييمات الصحية الأولية، وضرورة تطوير برامج توعية وتدخلات نفسية تستهدف بشكل خاص الذكور وذوي الوزن المرتفع لتصحيح التصورات الخاطئة لتعزيز الصحة النفسية.

الكلمات المفتاحية: إدراك الوزن، صورة الجسد، مقياس ستونكارد، الصحة النفسية، السمعة

Introduction

Weight perception refers to the individual's subjective evaluation of their own body weight relative to objective measures such as Body Mass Index (BMI) (Grogan, 2021; Tremblay & Limbos, 2009). Research suggests that weight perceptions are associated with both weight-related behaviors such as weight gain, obesity risk, and weight loss attempts (Duncan et al., 2011; Haynes et al., 2018; Park et al., 2019; Robinson et al., 2015) and psychological well-being (Fisman et al., 2022; Fuchs et al., 2012; Patte et al., 2021). For example, perceiving oneself as overweight is associated with poorer emotional well-being and higher depression risk (Farhat et al., 2015; Haynes et al., 2019). These results appear across cultures, with individuals who misperceive their weight reporting more depressive symptoms (Thorup et al., 2024) and anxiety symptoms (Zhang et al., 2021). Furthermore, a study found that females who underestimate their weight status were less likely to engage in diet control, while those who overestimate their weight status showed significantly higher rates of extreme behaviors like fasting and diet pill use (Park et al., 2019). These behavioral and emotional outcomes can be effectively understood through cognitive-behavioral models. Specifically, Fairburn's transdiagnostic model posits that an individual's over-evaluation of their shape and weight, where self-worth is disproportionately based on these factors, is a core mechanism driving both dysfunctional behaviors (e.g., extreme weight control) and negative emotional states (Fairburn et al., 2003). These findings suggest that weight perceptions are associated with healthy behaviors and psychological well-being, underscoring the importance of having accurate weight perceptions in promoting both physical and mental health.

Despite the importance of accurate weight perception, weight misperception is widespread globally across diverse populations (Bhuiyan et al., 2003; Chung et al., 2013; Johnson et al., 2008, 2014; Park et al., 2019). For instance, among Korean women, 12.8% of those with normal BMI, 44.3% with overweight, and 17.4% with obesity underestimated their weight, while 17.9% of women with normal weight overestimated their weight (Park et al., 2019). Similarly, in a large Danish adolescent sample, 49% of adolescents misperceived their body weight (35% perceived themselves as overweight and 14% as underweight) (Thorup et al., 2024). The cognitive processes underlying these perceptual discrepancies are illuminated by Cash's cognitive-behavioral model of body image. This model suggests that weight perceptions are not simple reflections of reality but are instead shaped by historical and developmental antecedents (e.g., cultural socialization), which lead to enduring negative self-schemas and cognitive errors (e.g., selective attention to certain body parts) (Cash, 2012). Nonetheless, weight perception is influenced by societal and cultural factors and social media trends (Abdoli et al., 2024; Alqahtani et al., 2025; Merino et al., 2024), and therefore, the prevalence and patterns of weight perceptions may differ between populations, highlighting the need for context-specific research.

In Saudi Arabia (SA), where overweight and obesity rates are among the highest worldwide (World Obesity Federation, 2024), weight perceptions remain understudied. A study with 4,709 adults found that 42% misperceived their weight, with individuals with overweight particularly underestimating their weight. This study found no significant gender difference for weight misperceptions, although females were slightly more inclined to misperceive their weight compared to males (Althumiri et al., 2021). Another study of university female students revealed that over 60% of participants with overweight and obesity misperceived themselves as normal weight, whereas participants with normal weight overestimated their weight (Albeeybe et al., 2018). In this study, under and over-estimation of weight status was associated with reduced

likelihood of engaging in weight control practices higher body dissatisfaction, respectively (Albeeybe et al., 2018).

Urbanization and the adoption of Western lifestyles, alongside the influence of social trends and social media influencers, are established factors shaping how individuals perceive their weight (Abdoli et al., 2024; Alqahtani et al., 2025). Given the rapid sociocultural changes in Saudi Arabia in recent years—including increased digital connectivity and shifting beauty standards, these factors may exacerbate discrepancies between objective weight status (e.g., BMI) and subjective weight perceptions. Within a cognitive-behavioral framework, these sociocultural factors act as powerful "activating events" (Cash, 2012) that can trigger and reinforce negative cognitive schemas and perceptual biases about one's body. Therefore, more research is needed to better understand weight perceptions across different groups and the factors associated with weight misperceptions.

The present study extends previous research by providing novel data from a Saudi Arabian context and by integrating cognitive-behavioral models (Cash, 2012; Fairburn et al., 2003) to interpret weight perception discrepancies. Furthermore, it investigates understudied psychological constructs, specifically weight self-stigma and gratitude, and directly compares university students with a general adult population to explore contextual influences.

The present study aims to (1) describe weight perceptions among university students and general adult population, (2) assess whether individuals with higher BMI underestimate their weight more frequently than other BMI categories, (3) examine group membership and gender differences in weight perception status, and (4) compare psychological well-being indicators—including satisfaction with life, subjective well-being, body appreciation, weight self-stigma, and gratitude—between those with and without weight misperceptions. By framing our investigation within these cognitive-behavioral models, we can better interpret weight perception discrepancies not merely as errors in judgment, but as manifestations of underlying cognitive and self-evaluative processes with significant behavioral and emotional consequences. In line with the literature, the following hypotheses were formulated:

Hypothesis 1: Individuals with overweight/obesity would exhibit greater BMI-Stunkard discrepancies than other BMI groups.

Hypothesis 2: Individuals with overweight/obesity would underestimate their weight more frequently than those in other BMI categories.

Hypothesis 3: Females would report higher weight misperceptions than males.

Hypothesis 4: No group membership (student vs. general population) differences in weight misperceptions will exist.

Hypothesis 5: Individuals with weight misperceptions would report lower life satisfaction, subjective well-being, body appreciation, dispositional gratitude, and higher weight self-stigma compared to those with accurate weight perceptions.

Methods

Design and participants

The study utilized an anonymous online cross-sectional design and recruited two convenience samples: Sample 1 (university students) via university newsletters, flyers, and in-person invitations during lectures. Sample 2 (general adult population) via social media platforms. Eligible participants were those aged 18 or older and fluent in Arabic. All participants completed a structured online questionnaire administered via Google Forms between December 2024 to April 2025. All participants provided electronic informed consent, and no study credits or financial incentives were offered for participation. The research received approval from the

Research Ethics Committee at University of Ha'il (H-2025-580), and all procedures adhered to the Declaration of Helsinki.

Sample

A priori power analysis was conducted using GPower 3.1 (Faul et al., 2007). Based on a large correlation between weight perceptions and BMI ($r = 0.65$) from prior SA research conducted with university female participants, with $\alpha = .05$ (two-tailed) and 95% power, the minimum sample size was 21. However, to ensure robust subgroup analyses across four BMI categories and two populations (student and general adult population), and to account of Bonferroni corrections for multiple comparisons, and potential non-normal distributions, the target sample size was increased 1,000 participants. This provides sufficient power to detect medium effects ($r \geq 0.30$) in primary analyses and maintains 95% power for small effects ($r = 0.15$) in secondary analyses.

Measures

Participants were administered a multicomponent questionnaire including sociodemographic variables and psychological measures. All questionnaires were administered in Arabic. Participants provided information about their age, gender, marital status, education level, and academic major.

BMI

Participants self-reported their weight (kg) and height (cm). This information was used to calculate Body Mass Index (BMI), and group participants into four BMI categories in accordance with the World Health Organization's (WHO) standards (underweight < 18.5 ; normal 18.5 – 24.9 ; overweight 25 – 29.9 ; obese ≥ 30).

Weight perceptions

To measure weight perceptions, participants were administered the Stunkard Figure Rating Scale (FRS) (Stunkard et al., 1983). The Stunkard FRS asks participants to “*select the image that best resembles your current appearance*” and comprises 9 gender-non-specific silhouettes ranging from ‘emaciated’ to ‘morbidly obese’. The Stunkard FRS and similar analogue instruments have been shown to be reliable and valid tools of assessing perceptions of current body weight (Bulik et al., 2001; Lo et al., 2012; Lombardo et al., 2022; Parzer et al., 2021).

Weight perception status was evaluated by comparing self-reported BMI categories with FRS silhouette selections. To match the Stunkard FRS to self-reported BMI, multiple methods have been used in the literature such as assigning BMI values for each of the Stunkard silhouette based on large normative population data (Bulik et al., 2001; Parzer et al., 2021). However, other studies have classified the silhouettes as follows: 1 and 2 (underweight); 3 and 4 (normal weight); 5, 6, and 7 (slightly and moderately overweight); and 8 and 9 (obese) (Bhuiyan et al., 2003; Bjerggaard et al., 2015). Due the absence of population-based normative SA data, this method was used to identify the difference between self-reported BMI and the Stunkard FRS scores (weight perception status).

A weight misperception was present if participants' FRS selection fell outside expected ranges for their BMI group (Bhuiyan et al., 2003; Bjerggaard et al., 2015), indicating a discrepancy between self-reported BMI and body weight perceptions. Misperceptions were identified based on the following predefined criteria. For underweight individuals, the expected FRS range was 1–2; a misperception was assigned if FRS was greater than 2. For normal weight individuals, the expected range was 3–4, and a misperception was recorded if FRS was below 3 or above 4. Overweight individuals had an expected FRS range of 5–7, with misperceptions occurring if FRS was below 5 or above 7. For individuals with obesity, the expected range was

8–9, and a misperception was assigned if FRS was below 8. All other cases were coded as having accurate weight perceptions.

Satisfaction with life

Participants' satisfaction with life was assessed using the Arabic Satisfaction With Life Scale (SWLS) (Abdallah, 1998; Diener et al., 1985): The SWLS is a unidimensional measure of 5 items and is scored on a 7-point Likert-type scale with response ranging from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree). Total scores can range from 5 to 35, with higher scores indicating higher satisfaction with life (Diener et al., 1985). The SWLS has demonstrated validity and reliability and measurement invariance across various populations and languages (Ali et al., 2025; Swami et al., 2025).

Self-esteem

Self-esteem was assessed using the Arabic version of the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (Rosenberg, 1965; Zaidi et al., 2015). The Arabic version of the RSES consists of 10 items, all of which scored on a 4-point Likert scale from 0 (strongly disagree) to 3 (strongly agree). 5 items (Items 2, 5, 6, 8, 9) are negatively worded and thus must be reversed before calculating a total score. Total score ranges from 0 to 30, with higher total scores denote higher self-esteem. The RSES is a reliable and valid measure of global self-esteem (Gray-Little et al., 1997; Silber & Tippet, 1965), and has been widely used in Arabic-speaking samples (Abdel-Khalek et al., 2012; Zayed et al., 2019).

Subjective well-being

Subjective well-being was evaluated using the Arabic version of the World Health Organization Well-Being Index (WHO-5) (Alshayea, 2023). The WHO-5 is a short version of the WHO 10-item version (Bech et al., 1996). The WHO-5 consist of 5 items, and each is scored on a 6-point Likert scale ranging from 0 (at no time) to 5 (all the time). The total score ranges from 0 to 25, with higher scores indicating best possible well-being. The WHO-5 has been shown to have adequate reliability and validity in various populations, including Arabic (Alshayea, 2023; Hajos et al., 2013; Topp et al., 2015).

Weight self-stigma

Internalized weight stigma, also known as self-stigma, was assessed using the Arabic version (BinDhim et al., 2020) of the Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ) (Lillis et al., 2010): The WSSQ includes 12 items, scored on 5-point Likert scale, ranging from 1 (completely disagree) to 5 (completely agree). A total score is calculated by summing the scores for all items, with higher scores indicating greater self-stigma. BinDhim and colleagues recently developed and evaluated the Arabic version of the WSSQ and found it has robust psychometric properties including high internal consistency and factor structure (BinDhim et al., 2020).

Body appreciation

Body appreciation was assessed using the Arabic version (Fekih-Romdhane et al., 2023) of the Body Appreciation Scale (BAS-2) (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). The BAS-2 assesses the individual's positive feelings toward their body, focusing on aspects such as acceptance, respect, and overall satisfaction with one's physical appearance. BAS-2 consists of 10 items, scored on a 5-point Likert scale, ranging from 1 (never) to 5 (always). Higher scores on the BAS-2 indicates greater body appreciation. Recent validation studies have indicated the scale's appropriateness in diverse populations, including its Arabic version, which demonstrates strong psychometric properties such as internal consistency and construct validity (Fekih-Romdhane et al., 2023; Swami et al., 2023).

Gratitude

Dispositional gratitude was assessed using the Arabic version (Alyami et al., 2025) of the modified Gratitude Questionnaire (GQ4) (McCullough et al., 2002). The GQ is a 4-item self-report measure designed to assess an individual's level of gratitude. Items are rated on a 7-point Likert-type scale (where 1 = strongly disagree and 7 = strongly agree). The total score is the sum of individual items scores, with higher scores corresponding to higher levels of gratitude. The original GQ-6 version has been found to have sound psychometric properties across cultural groups (Bartholomew et al., 2022; Cowles & Medvedev, 2022; Garg et al., 2021).

Data analysis

Descriptive statistics are summarized using medians (Mdn) and interquartile ranges (IQRs) for continuous variables due to significant deviations from normality (Shapiro-Wilk $p < .001$). Categorical variables are reported as frequencies and percentages. Bonferroni corrections were applied to control for Type I error inflation in multiple comparisons while maintaining power to detect meaningful effects across the primary and secondary objectives.

For primary objectives, weight perception status (misperception vs. accurate perception) was determined by comparing self-reported BMI to Stunkard FRS scores. Chi-square tests of independence were used to assess associations between BMI category and weight perception status, with post-hoc pairwise comparisons using Bonferroni correction (adjusted $\alpha = .008$). Group membership (students vs. general adult population) and gender (male vs. female) differences in weight perceptions were examined using chi-square tests of independence comparing misperception frequencies between the groups. All effect sizes were reported as Cramer's V (interpreted per Cohen's guidelines: 0.10 = small, 0.30 = medium) (Cohen, 1988).

For the secondary objective, non-parametric Mann-Whitney U tests were used to compare psychological well-being indicators (SWLS, WHO-5, RSES, WSSQ, BAS-2, GQ4) between weight perception groups (misperception vs. accurate perception). Bonferroni correction adjusted for six comparisons ($p = .0083$). Effect sizes were calculated using rank-biserial correlations (r), with 95% confidence intervals derived from standard errors. All analyses were conducted using JASP (Version 0.19.3).

Results

Descriptive analysis

The entire sample consisted of 900 adult participants, with a mean age of 24 years ($SD = 8.46$; $Mdn = 22$, $IQR = 6$). The student sample had a mean age 20.49 year ($SD = 1.69$; $Mdn = 20$, $IQR = 3$) while the general adult population was older, with a mean age of 35.09 year ($SD = 9.26$; $Mdn = 33$, $IQR = 12$). As shown in Table 1, the sample was predominantly single females, with 90% of participants either pursuing their or having bachelor's degrees. Participants were from various academic majors, including Sciences, Humanities, Business, Computer Science, and Health Sciences.

Table 1. Demographic characteristics of participants

Characteristic	Total Sample (N = 900) n (%)	Student sample (n = 635) n (%)	Adult sample (n = 265) n (%)
Sex			
Male	338 (37.56%)	195 (30.71%)	143 (53.96%)
Female	562 (62.44%)	440 (69.29%)	122 (46.04%)
Marital Status			
Single	728 (80.89%)	606 (95.43%)	122 (46.04%)
Married	172 (19.11%)	29 (4.57%)	143 (53.96%)
Educational Level			

Characteristic	Total Sample (N = 900)	Student sample (n = 635)	Adult sample (n= 265)
Bachelor	817 (90.78%)	632 (99.53%)	185 (69.81%)
Master	44 (4.89%)	1 (0.16%)	43 (16.23%)
PhD	39 (4.33%)	2 (0.32%)	37 (13.96%)
Academic Major			
Humanities	179 (19.89%)	99 (15.59%)	80 (30.19%)
Education	311 (34.56%)	253 (39.84%)	58 (21.89%)
Computer Science	121 (13.44%)	78 (12.28%)	43 (16.23%)
Health Sciences	119 (13.22%)	89 (14.02%)	30 (11.32%)
Business	86 (9.56%)	54 (8.50%)	32 (12.07%)
Sciences	84 (9.33%)	62 (9.76%)	22 (8.30%)

Self-reported BMI and weight perceptions status

All variables demonstrated significant deviations from normality (Shapiro-Wilk $p < .001$), with most showing either substantial skewness or kurtosis (Table 2). BMI values ranged from 12.3 to 48.7, with a Mdn of 24.0 (IQR = 7.7) and a mean of 24.88 (SD = 5.91). Weight perceptions as measured by the Stunkard FRS yielded a Mdn score of 4.0 (IQR = 2, range 1-9), with a mean of 3.63 (SD = 1.76) for the entire sample (student sample [Mdn = 4, IQR = 3], and general adult population sample [Mdn = 5, IQR = 3]).

The distribution of Stunkard FRS scores revealed distinct patterns between the two samples. Among students, responses peaked at figure 3 (20.5%), with 67.9% selecting mid-range figures (2-5), while only 9.6% chose heavier figures (7-9) and 8.8% selected the leanest figure (1). In contrast, general adults showed a right-skewed distribution peaking at figure 5 (26.0%), with 42.6% selecting above-midrange figures (5-9) and only 10.9% choosing the two leanest figures (1-2).

Table 2. Descriptive statistics and reliability of the study measures (N = 900)

	BMI	Stunkard FRS	WHO-5	SWLS	RSES	WSSQ	BAS-2	GQ4
Mean	24.88	4.06	16.33	26.60	17.93	29.01	38.34	24.93
SD	5.91	1.88	5.56	6.39	5.62	10.95	11.48	3.71
Mdn	24.00	4.00	17.00	28.00	18.00	28.00	41.50	26.00
IQR	7.71	2.00	8.00	8.00	8.00	14.00	18.00	4.00
Skewness	0.83	0.43	-0.22	-0.81	-0.07	0.66	-0.86	-1.74
Kurtosis	0.85	-0.30	-0.63	0.25	-0.70	0.22	-0.27	4.10
Shapiro-Wilk	0.96	0.95	0.97	0.94	0.98	0.96	0.88	0.80
p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
α	-	-	0.91	0.87	0.77	0.92	0.96	0.85

Note: BMI, Body Mass Index; Stunkard FRS, Stunkard Figure Rating Scale; SWLS, Satisfaction With Life Scale; WHO-5, World Health Organization Well-Being Index 5-item form; RSES, Rosenberg Self-Esteem Scale; WSSQ, Weight Self-Stigma Questionnaire; BAS-2, Body Appreciation Scale 10-item form; GQ4, Gratitude Questionnaire 4-item form; SD, standard deviation; Mdn, median; IQR, interquartile range, α , Cronbach's alpha.

Overall, the prevalence of weight perception status was assessed by examining discrepancies between self-reported BMI and Stunkard FRS selections. 45.33% of participants ($n = 408$) reported weight misperceptions, while 54.67% ($n = 492$) demonstrated accurate perceptions. Table 3 demonstrates a progressive increase in weight misperceptions with higher BMI categories, ranging from 23.5% in underweight BMI group to 58.9% in obese BMI group. Spearman's correlation indicated a strong positive correlation ($\rho = 0.82$, $p < .001$.) between self-reported BMI and scores on the Stunkard FRS.

Table 3. Weight perceptions status by BMI category, gender, and group membership (N = 900)

Table 3. Weight perceptions status by BMI category, gender, and group membership (n = 665)			
	n (%)	Weight perceptions	
		Accurate n (%)	Discrepancy n (%)
BMI Category			
Underweight	102 (11.33%)	78 (76.47%)	24 (23.5%)
Normal weight	394 (43.78%)	233 (59.1%)	161 (40.9%)
Overweight	236 (26.22%)	112 (47.5%)	124 (52.5%)
Obese	168 (18.67%)	69 (41.1%)	99 (58.9%)
Total		54.67%	45.33%
Gender			
Male	338 (37.56%)	168 (49.70%)	170 (50.30%)
Female	562 (62.44%)	324 (57.65%)	238 (42.35%)
Group membership			
Student	635 (70.56%)	364 (57.32%)	271 (42.68%)
General population	265 (29.44%)	128 (48.30%)	137 (51.70%)

A chi-square test revealed a significant association between BMI category and weight perception status, $\chi^2(3, N = 900) = 40.22, p < .001$, with a small effect size (Cramer's $V = 0.21$). Standardized residuals showed underweight participants had fewer misperceptions than expected (residual = -4.70), while those with obesity had more (residual = 3.93). Normal weight individuals showed more accurate perceptions (residual = 2.38), and overweight participants showed more misperceptions (residual = 2.59) than expected. Post-hoc comparisons (Table 4) indicated higher misperceptions in obese vs. normal weight ($OR = 2.07$, 95% CI [1.51, 2.84]) and underweight ($OR = 4.67$, 95% CI [2.76, 7.89]) groups. Post-hoc comparisons also showed higher misperceptions in overweight vs. underweight ($OR = 3.60$, 95% CI [2.16, 6.00]) groups. No significant differences between obese vs. overweight or normal vs. underweight groups after Bonferroni correction ($p = .008$).

Table 4. Post-hoc comparisons of weight perception status across BMI categories (N= 900)

Comparison	$\chi^2(1)$	p-value	Adjusted p	OR [95% CI]
Obese vs. Normal weight	18.74	< .001	< .001	2.07 [1.51, 2.84]
Obese vs. Underweight	26.83	< .001	< .001	4.67 [2.76, 7.89]
Overweight vs. Underweight	15.92	< .001	< .001	3.60 [2.16, 6.00]
Obese vs. Overweight	2.15	.142	.852	1.29 [0.91, 1.83]
Normal vs. Underweight	4.81	.028	.168	2.26 [1.36, 3.76]
Normal vs. Overweight	5.37	.020	.120	1.57 [1.15, 2.14]

Note. OR, Odds Ratio; Bonferroni-adjusted $\alpha = .008$. Confidence intervals excluding 1 indicate significance. Effect sizes interpreted using Cohen's (1988) conventions for Cramer's V : 0.10 = small, 0.30 = medium, 0.50 = large.

Gender and Group membership differences in weight misperceptions

To examine gender (male vs. female) and group membership (student vs. general adult population) differences in weight perception status, chi-square tests were conducted. For gender difference, results revealed a statistically significant association between gender and weight perception status, $\chi^2(1, N = 900) = 5.38, p = .020$. Male participants (50.3% misperception rate, $n = 170/338$) demonstrated significantly higher rate of weight misperceptions compared to female participants (42.3%, $n = 238/562$). The magnitude of this association was small, as indicated by

Cramer's $V = 0.077$, with females having 1.38 times higher odds of misperceiving their weight than their female counterparts ($OR = 1.38$, 95% CI [1.06, 1.80]). Standardized residuals supported this pattern, showing males had significantly more misperceptions than expected (+2.32) while females had fewer than expected (-2.32).

For group membership, a separate chi-square test showed a significant association between group membership and weight perception status, $\chi^2(1, N = 900) = 6.14$, $p = .013$, with a small effect size (Cramer's $V = 0.08$). The general adult population sample exhibited significantly higher rate of weight misperceptions (51.7%, $n = 137/265$) compared to the university student sample (42.7%, $n = 271/635$). Standardized residuals supported the general population was overrepresented in the misperception group (+2.48), while students were underrepresented (-2.48). The odds of misperceiving their own weight were 1.44 times higher for the general population than for students ($OR = 1.44$, 95% CI [1.08, 1.92]).

Psychological outcomes by weight perception status

To test our hypothesis that individuals with weight misperception have lower scores on positive psychological measures (SWLS, WHO-5, RSES, BAS-2, and GQ4) and higher scores on the negative psychological measure (WSSQ), several Mann-Whitney U tests with a Bonferroni-adjusted alpha of .0083 were conducted (Table 5). Analysis revealed that participants with weight misperceptions reported significantly higher weight stigma ($U = 77,692$, $p < .001$, $r = -0.23$), lower body appreciation ($U = 120,139$, $p < .001$, $r = 0.20$), and lower gratitude ($U = 105,508$, $p = .003$, $r = 0.11$) compared to those with accurate weight perceptions. No significant differences were observed for satisfaction with life, subjective well-being, or self-esteem after Bonferroni correction ($p = .0083$).

Table 5. Psychological outcomes by weight perception status ($N = 900$)

Variable	Weight perception		U	p	r [95% CI]
	Accurate Mdn [IQR]	Misperception Mdn [IQR]			
SWLS	28 [9]	27 [9]	105,838	.158	0.05 [-0.01, 0.12]
WHO-5	17 [8]	16 [9]	107,006	.087	0.07 [-0.01, 0.14]
RSES	18 [9]	17 [9]	108,469	.037	0.08 [0.00, 0.15]
WSSQ	26 [13]	30 [14]	77,692	< .001*	-0.23 [-0.30, -0.16]
BAS-2	44 [17]	39 [18]	120,138	< .001*	0.20 [0.13, 0.27]
GQ4	26 [4]	25 [5]	105,508	.003*	0.11 [0.04, 0.18]

Note. SWLS, Satisfaction with Life Scale; WHO-5, World Health Organization Well-Being Index 5-item form; RSES, Rosenberg Self-Esteem Scale; WSSQ, Weight Self-Stigma Questionnaire; BAS-2, Body Appreciation Scale 10-item form; GQ4, Gratitude Questionnaire 4-item form. Mdn, median; IQR, interquartile range; U, Mann-Whitney U tests; r , rank-biserial correlation; CI, confidence interval. *Significant results ($p < .0083$) after Bonferroni corrections. CI for r calculated using standard error of 0.039 for all scales.

Discussion

The study sought to explore weight perceptions among Saudi university students and general adult population, assess whether individuals with higher BMI underestimate their own body weight more frequently, examine gender and group membership (student vs. general adult population) differences in weight misperceptions, and compare psychological indicators between those with accurate perceptions and those with weight misperceptions. Consistent with our hypotheses, weight misperceptions were common and participants with overweight/obesity exhibited significantly greater BMI-Stunkard discrepancies, with 58.9% of individuals in the obese BMI category and 52.5% of individuals in the overweight BMI category misperceiving their weight compared to 23.5% of those in the underweight category. Contrary to global trends, males demonstrated higher misperception rates than females (50.3% vs. 42.3%), while adults

from the general population showed greater misperceptions than students (51.7% vs. 42.7%). Additionally, as hypothesized, weight misperception was associated with higher weight self-stigma, reduced body appreciation, and lower gratitude, though no differences emerged for satisfaction with life or self-esteem.

The strong positive correlation observed between self-reported BMI and Stunkard FRS scores found in this study underscores the validity of this visual measuring tool for assessing weight perceptions in SA student and adult populations. This finding aligns with prior validations in Western contexts including American, Chinese, Italian, and Swedish samples (Bulik et al., 2001; Lo et al., 2012; Lombardo et al., 2022; Parzer et al., 2021; Scagliusi et al., 2006), which have shown strong associations between Stunkard FRS and objective and self-reported BMI measurements. The scale's reliability in these SA cohorts highlights its cross-cultural utility, even in contexts where sociocultural norms around body image may differ from Western ideals. This finding supports the adoption of the Stunkard FRS in clinical and public health settings to help identify individuals with distorted weight perceptions, thereby enabling tailored interventions to address psychological and behavioral outcomes linked to weight misperceptions.

A large proportion of both students (42.68%) and general adult population (51.70%) reported weight misperceptions, with participants classified as having obesity and overweight exhibiting significantly greater weight misperceptions compared to those in the other weight BMI categories. This finding is consistent with findings from a major review spanning studies from 25 countries, concluding that most weight misperceptions was based on underestimates (Freigang et al., 2020). Our findings also align with earlier research among Danish adolescents (Thorup et al., 2024), Korean women (Park et al., 2019) and Saudi participants (Albeeybe et al., 2018; Althumiri et al., 2021). For instance, in their study, (Albeeybe et al., 2018) found 60% of university female students with overweight and obesity misperceived "underestimated" their actual weight as normal weight, and such misperception was significantly associated with reduced likelihood of engaging in weight control practices. This study also found that those with normal weight who overestimated their weight reported higher body dissatisfaction (Albeeybe et al., 2018).

Similarly, Park et al. (2019) found that more women with overweight (44.3%) and obesity (17.4%) underestimated their weight status, compared to those with normal weight (17.9%) who to overestimated their weight. Underestimation of weight status was associated with lower likelihood of dieting higher likelihood to fasting and skipping meals (Park et al., 2019). These behavioral patterns can be interpreted through Fairburn's transdiagnostic model. The model suggests that the overvaluation of shape and weight is a core driver of psychopathology; conversely, an undervaluation or underestimation of weight status may reflect a cognitive avoidance strategy that protects self-worth in the short term but prevents engagement in healthy weight management, thereby perpetuating the condition (Fairburn et al., 2003). Together, these cross-cultural consistencies underscore the global prevalence of weight misperceptions as a public health concern, particularly among individuals with higher BMI, and emphasize the need for interventions that address both perceptual inaccuracies and their behavioral consequences.

Based on previous literature, it was hypothesized that more females would report weight misperceptions compared to males (Abalkhail et al., 2002; Freigang et al., 2020; Rasheed, 1998; Wardle et al., 2006). However, contrary to this hypothesis, our findings instead showed that more males reported misperceptions than females. This unexpected finding may reflect cultural normalization of larger body sizes among SA males, who may associate weight with strength, muscularity or social status, alongside potential gender differences in health literacy (Alshahrani et al., 2024) or self-reporting biases (e.g., males underreporting their weight). From a cognitive-behavioral perspective (Cash, 2012), these sociocultural norms represent powerful "developmental antecedents" that shape distinct self-schemas for men and women. For many SA males, a larger body size may be integrated into a positive self-schema associated with power and success, reducing the likelihood of negative cognitive appraisal and leading to underestimation.

For females, who are often socialized towards thin ideals, the same body size might activate a negative self-schema, leading to more accurate or overestimated perceptions. Furthermore, more general population adult participants reported weight misperceptions than did university students, with adults outside academic settings being 1.44 times more likely to inaccurately perceive their weight. University students are frequently exposed to health education through coursework and campus wellness programs, which may enhance their awareness of BMI thresholds and body composition compared to the general population.

Finally, in line with our final hypotheses, participants with weight misperceptions reported higher weight self-stigma, reduced body appreciation, and lower gratitude compared to those with accurate weight perceptions, though no significant differences emerged for satisfaction with life or self-esteem. These results provide partial support for the emotional consequences pathway outlined in Cash's (2012) cognitive-behavioral model. The act of misperceiving one's weight (a perceptual and cognitive event) appears to trigger specific negative emotional outcomes related to body shame (stigma) and an inability to appreciate the body's functionality (low body appreciation). The lower levels of gratitude further suggest a broader impairment in the capacity for positive cognitions about one's life and body. These findings align with earlier research showing inaccurate weight perceptions to correlate with compromised psychological well-being including higher depression and anxiety risk (Farhat et al., 2015; Haynes et al., 2019; Zhang et al., 2021) as well as diminished optimism and sense of coherence (Fuchs et al., 2012). The results underscore the nuanced associated psychological burden of weight misperception, emphasizing the need for interventions targeting stigma reduction and body acceptance while acknowledging cultural buffers that may protect overall well-being.

Limitations and future research directions

This study has several limitations. First, the cross-sectional design precludes causal inferences about the relationship between weight misperception and psychological indicators. While associations were identified, it remains unclear whether inaccurate weight perceptions precede compromised psychological well-being or vice versa. Second, reliance on self-reported BMI introduces measurement bias, as participants may over- or underreport weight and height, potentially misclassifying BMI categories, nonetheless self-reported measurement is widely used on research (Fayyaz et al., 2024; Ng, 2019; Nikolaou et al., 2017; Pérez et al., 2015) due to its utility, reliability, and cost-effectiveness. Future studies should incorporate objective anthropometric data (e.g., clinician-measured BMI) to enhance accuracy. Third, the use of convenience sampling limits generalizability. This sampling constraint also risks overrepresenting health-literate individuals, potentially underestimating misperception patterns in underserved groups or less literate groups. Addressing these limitations in future research through longitudinal designs, mixed-method approaches, and stratified sampling would broaden the applicability of findings.

Conclusion

This study highlights pervasive weight misperceptions among SA adults, with males and the general adult population exhibiting higher rates than females and students. The Stunkard FRS demonstrated strong validity in this SA context, supporting its utility for identifying weight perceptual inaccuracies. Cultural normalization of larger male body sizes and limited health literacy outside academic settings may drive these observed patterns. Findings underscore the urgency of culturally tailored interventions addressing weight misperceptions, particularly among high-BMI groups, through public health education and integration of validated tools like the Stunkard FRS.

Declarations

Ethics approval and consent to participate: The research received approval from the Research Ethics Committee at University of Ha'il (H-2025-580), and all procedures adhered to the Declaration of Helsinki.

Consent for publication: NA

Availability of data and material: The dataset generated and analyzed in the current study is not publicly available due to restrictions from the Ethics Committee but are available from the corresponding author (M.M.A.) upon reasonable request.

Competing interests: The author report there are no competing interests to declare.

Funding: This work was supported by Scientific Research Deanship at the University of Ha'il, Saudi Arabia through project number BA-25 001.

Authors' contributions: M.M.A., designed the study, collected data, conducted statistical analysis, interpreted the results, drafted the initial manuscript, and reviewed and edited the manuscript.

Acknowledgements: The authors would like to acknowledge and thank the Scientific Research Deanship for funding this project and all our participants for taking part in this research.

Author details: Department of Psychology, College of Education, University of Ha'il, Ha'il, Saudi Arabia

References

- Abalkhail, B., Shawky, S., & Ghabrah, T. (2002). Perception of body weight among Saudi school children. *Journal of Family & Community Medicine*, 9(3), 35–49.
- Abdallah, T. (1998). The Satisfaction with Life Scale (SWLS): Psychometric properties in an Arabic-speaking sample. *International Journal of Adolescence and Youth*, 7(2), 113–119. <https://doi.org/10.1080/02673843.1998.9747816>
- Abdel-Khalek, A. M., Korayem, A. S., & El-Nayal, M. A. (2012). Self-esteem among college students from four Arab countries. *Psychological Reports*, 110(1), 297–303.
- Abdoli, M., Scotto Rosato, M., Desousa, A., & Cotrufo, P. (2024). Cultural differences in body image: A systematic review. *Social Sciences*, 13(6), 305. <https://doi.org/10.3390/socsci13060305>
- Albeeybe, J., Alomer, A., Alahmari, T., Asiri, N., Alajaji, R., Almassoud, R., & Al-Hazaa, H. M. (2018). Body size misperception and overweight or obesity among Saudi college-aged females. *Journal of Obesity*, 2018(1), 5246915. <https://doi.org/10.1155/2018/5246915>
- Ali, A. M., Al-Dossary, S. A., Aljaberi, M. A., Atout, M., Alamer, R., Suliman, M. M. H., & Fekih-Romdhane, F. (2025). The Arabic Satisfaction with Life Scale (SWLS) and its three-item version: Factor structure and measurement invariance among university students. *Acta Psychologica*, 255, 104867. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.104867>
- Alqahtani, M., Shaikh, N., Ahmad, K., & Alhusseini, N. (2025). Social media use and negative body image perception in Saudi Arabian women. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1447563>
- Alshahrani, N. Z., Bafaraj, A. G., & Alamri, H. M. (2024). Exploring university students' nutrition literacy in Saudi Arabia: A cross-sectional survey. *Frontiers in Nutrition*, 11. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1425650>
- Alshayea, A. K. (2023). Development and validation of an Arabic version of the World Health Organization Well-Being Index (WHO-5). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. <https://doi.org/10.1007/s10862-023-10027-x>

- Althumiri, N. A., Basyouni, M. H., BinDhim, N. F., & Alqahtani, S. A. (2021). Levels and associations of weight misperception with healthy lifestyle among adults in Saudi Arabia. *Obesity Facts*, 14(6), 586–592. <https://doi.org/10.1159/000518633>
- Alyami, M. M., Alshammari, K. A., & Alzahrani, H. A. (2025). *Evaluating dispositional gratitude among Saudi adults: Reliability, factor structure and measurement invariance of the Gratitude Questionnaire (GQ6)*. Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7548318/v1>
- Bartholomew, E., Iqbal, N., & Medvedev, O. (2022). Enhancing the assessment of gratitude in mindfulness research: A Rasch Analysis of the 6-Item Gratitude Questionnaire. *Mindfulness*, 13(12), 3017–3027. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-02006-2>
- Bech, P., Gudex, C., & Johansen, K. S. (1996). The WHO (Ten) Well-Being Index: Validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(4), 183–190. <https://doi.org/10.1159/000289073>
- Bhuiyan, A. R., Gustat, J., Srinivasan, S. R., & Berenson, G. S. (2003). Differences in body shape representations among young adults from a biracial (Black-White), semirural community: The Bogalusa Heart Study. *American Journal of Epidemiology*, 158(8), 792–797. <https://doi.org/10.1093/aje/kwg218>
- BinDhim, N. F., Althumiri, N. A., Basyouni, M. H., Sims, O. T., Alhusseini, N., & Alqahtani, S. A. (2020). Arabic Translation of the Weight Self-Stigma Questionnaire: Instrument validation study of factor structure and reliability. *JMIR Formative Research*, 4(11), e24169. <https://doi.org/10.2196/24169>
- Bjerggaard, M., Philipsen, A., Jørgensen, M. E., Charles, M., Witte, D. R., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Færch, K. (2015). Association of self-perceived body image with body mass index and type 2 diabetes—The ADDITION-PRO study. *Preventive Medicine*, 75, 64–69. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.03.018>
- Bulik, C. M., Wade, T. D., Heath, A. C., Martin, N. G., Stunkard, A. J., & Eaves, L. J. (2001). Relating body mass index to figural stimuli: Population-based normative data for Caucasians. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25(10), 1517–1524. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801742>
- Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In *Encyclopedia of body image and human appearance*, Vol. 1 (pp. 334–342). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00054-7>
- Chung, A. E., Perrin, E. M., & Skinner, A. C. (2013). Accuracy of child and adolescent weight perceptions and their relationships to dieting and exercise behaviors: NHANES. *Academic Pediatrics*, 13(4), 371–378. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.04.011>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cowles, B., & Medvedev, O. N. (2022). The Gratitude Questionnaire-Six Item Form (GQ-6). In O. N. Medvedev, C. U. Krägeloh, R. J. Siegert, & N. N. Singh (Eds.), *Handbook of Assessment in Mindfulness Research* (pp. 1–15). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-77644-2_98-1
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Duncan, D. T., Wolin, K. Y., Scharoun-Lee, M., Ding, E. L., Warner, E. T., & Bennett, G. G. (2011). Does perception equal reality? Weight misperception in relation to weight-related attitudes and behaviors among overweight and obese US adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(20), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-20>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)

- Farhat, T., Iannotti, R. J., & Summersett-Ringgold, F. (2015). Weight, weight perceptions, and health-related quality of life among a national sample of US girls. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 36(5), 313–323. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000172>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Fayyaz, K., Bataineh, M. F., Ali, H. I., Al-Nawaiseh, A. M., Al-Rifai', R. H., & Shahbaz, H. M. (2024). Validity of measured vs. self-reported weight and height and practical considerations for enhancing reliability in clinical and epidemiological studies: A systematic review. *Nutrients*, 16(11), 1704. <https://doi.org/10.3390/nu16111704>
- Fekih-Romdhane, F., Azzi, V., Malaeb, D., Sarray El Dine, A., Obeid, S., & Hallit, S. (2023). Psychometric properties of an Arabic translation of the body appreciation scale (BAS-2) and its short forms (BAS-2SF) in a community sample of Lebanese adults. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00885-x>
- Fismen, A.-S., Galler, M., Klepp, K.-I., Chatelan, A., Residori, C., Ojala, K., Dzielska, A., Kelly, C., Melkumova, M., Musić Milanović, S., Nardone, P., Štefanová, E., Flodgren, G., Bakke, T., Ercan, O., Samdal, O., & Helleve, A. (2022). Weight status and mental well-being among adolescents: The mediating role of self-perceived body weight. A cross-national survey. *Journal of Adolescent Health*, 71(2), 187–195. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.02.010>
- Freigang, R., Geier, A.-K., Schmid, G. L., Frese, T., Klement, A., & Unverzagt, S. (2020). Misclassification of self-reported body mass index categories. *Deutsches Arzteblatt International*, 117(15), 253–260. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0253>
- Fuchs, T., Eschenbeck, H., Krug, S., Schlaud, M., & Kohlmann, C.-W. (2012). Perception makes the difference: The association of actual and perceived weight status with self-reported and parent-reported personal resources and well-being in adolescents. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 4(3), 321–340. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2012.01077.x>
- Garg, N., Katiyar, N., & Mehak, null. (2021). Gratitude Questionnaire (GQ-6)-Exploring Psychometric Properties in India. *Journal of Religion and Health*, 60(5), 3716–3731. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01419-y>
- Gray-Little, B., Williams, V. S. L., & Hancock, T. D. (1997). An item response theory analysis of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(5), 443–451. <https://doi.org/10.1177/0146167297235001>
- Grogan, S. (2021). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (4th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003100041>
- Hajos, T. R. S., Pouwer, F., Skovlund, S. E., Oudsten, B. L. D., Geelhoed-Duijvestijn, P. H. L. M., Tack, C. J., & Snoek, F. J. (2013). Psychometric and screening properties of the WHO-5 well-being index in adult outpatients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 30(2), e63–e69. <https://doi.org/10.1111/dme.12040>
- Haynes, A., Kersbergen, I., Sutin, A., Daly, M., & Robinson, E. (2018). A systematic review of the relationship between weight status perceptions and weight loss attempts, strategies, behaviours and outcomes. *Obesity Reviews*, 19(3), 347–363. <https://doi.org/10.1111/obr.12634>
- Haynes, A., Kersbergen, I., Sutin, A., Daly, M., & Robinson, E. (2019). Does perceived overweight increase risk of depressive symptoms and suicidality beyond objective weight status? A systematic review and meta analysis. *Clinical Psychology Review*, 73, 101753. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101753>
- Johnson, F., Beeken, R. J., Croker, H., & Wardle, J. (2014). Do weight perceptions among obese adults in Great Britain match clinical definitions? Analysis of cross-sectional surveys from 2007 and 2012. *BMJ Open*, 4(11), e005561. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005561>

- Johnson, F., Cooke, L., Croker, H., & Wardle, J. (2008). Changing perceptions of weight in Great Britain: Comparison of two population surveys. *BMJ*, 337, a494. <https://doi.org/10.1136/bmj.a494>
- Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2010). Measuring weight self-stigma: The Weight Self-Stigma Questionnaire. *Obesity*, 18(5), 971–976. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.353>
- Lo, W.-S., Ho, S.-Y., Mak, K.-K., & Lam, T.-H. (2012). The use of Stunkard's Figure Rating Scale to identify underweight and overweight in Chinese adolescents. *PLOS ONE*, 7(11), e50017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0050017>
- Lombardo, C., Cerolini, S., Esposito, R. M., & Lucidi, F. (2022). Psychometric properties of a Silhouette Rating Scale assessing current and ideal body size and body dissatisfaction in adults. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(3), 1089–1097. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01258-6>
- McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J.-A. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 112–127. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.1.112>
- Merino, M., Tornero-Aguilera, J. F., Rubio-Zarapuz, A., Villanueva-Tobaldo, C. V., Martín-Rodríguez, A., & Clemente-Suárez, V. J. (2024). Body perceptions and psychological well-being: A review of the impact of social media and physical measurements on self-esteem and mental health with a focus on body image satisfaction and its relationship with cultural and gender factors. *Healthcare*, 12(14), Article 14. <https://doi.org/10.3390/healthcare12141396>
- Ng, C. D. (2019). Biases in self-reported height and weight measurements and their effects on modeling health outcomes. *SSM - Population Health*, 7, 100405. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100405>
- Nikolaou, C. K., Hankey, C. R., & Lean, M. E. J. (2017). Accuracy of on-line self-reported weights and heights by young adults. *European Journal of Public Health*, 27(5), 898–903. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx077>
- Park, B., Cho, H. N., Choi, E., Seo, D. H., Kim, N.-S., Park, E., Kim, S., Park, Y.-R., Choi, K. S., & Rhee, Y. (2019). Weight control behaviors according to body weight status and accuracy of weight perceptions among Korean women: A nationwide population-based survey. *Scientific Reports*, 9(1), 9127. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-45596-z>
- Parzer, V., Sjöholm, K., Brix, J. M., Svensson, P.-A., Ludvik, B., & Taube, M. (2021). Development of a BMI-assigned Stunkard Scale for the evaluation of body image perception based on data of the SOS Reference Study. *Obesity Facts*, 14(4), 397–404. <https://doi.org/10.1159/000516991>
- Patte, K. A., Livermore, M., Qian, W., & Leatherdale, S. T. (2021). Do weight perception and bullying victimization account for links between weight status and mental health among adolescents? *BMC Public Health*, 21(1), 1062. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11037-8>
- Pérez, A., Gabriel, K. P., Nehme, E. K., Mandell, D. J., & Hoelscher, D. M. (2015). Measuring the bias, precision, accuracy, and validity of self-reported height and weight in assessing overweight and obesity status among adolescents using a surveillance system. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), S2. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-12-S1-S2>
- Rasheed, P. (1998). Perception of body weight and self-reported eating and exercise behaviour among obese and non-obese women in Saudi Arabia. *Public Health*, 112(6), 409–414. <https://doi.org/10.1038/sj.ph.1900479>
- Robinson, E., Hunger, J. M., & Daly, M. (2015). Perceived weight status and risk of weight gain across life in US and UK adults. *International Journal of Obesity*, 39(12), 1721–1726. <https://doi.org/10.1038/ijo.2015.143>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.

- Scagliusi, F. B., Alvarenga, M., Polacow, V. O., Cordás, T. A., de Oliveira Queiroz, G. K., Coelho, D., Philippi, S. T., & Lancha, A. H. (2006). Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. *Appetite*, 47(1), 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.02.010>
- Silber, E., & Tippet, J. S. (1965). Self-Esteem: Clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports*, 16 Suppl 3, 1017–1071. <https://doi.org/10.2466/pr0.1965.16.3c.1017>
- Stunkard, A. J., Sørensen, T., & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Research Publications - Association for Research in Nervous and Mental Disease*, 60, 115–120.
- Swami, V., Stieger, S., Voracek, M., Aavik, T., Ranjbar, H. A., Adebayo, S. O., Afhami, R., Ahmed, O., Aimé, A., Akel, M., Halbusi, H. A., Alexias, G., Ali, K. F., Alp-Dal, N., Alsalhani, A. B., Álvarez-Solas, S., Amaral, A. C. S., Andrianto, S., Aspdén, T., ... Tran, U. S. (2025). Life satisfaction around the world: Measurement invariance of the Satisfaction With Life Scale (SWLS) across 65 nations, 40 languages, gender identities, and age groups. *PLOS ONE*, 20(1), e0313107. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313107>
- Swami, V., Tran, U. S., Stieger, S., Aavik, T., Ranjbar, H. A., Adebayo, S. O., Afhami, R., Ahmed, O., Aimé, A., Akel, M., Halbusi, H. A., Alexias, G., Ali, K. F., Alp-Dal, N., Alsalhani, A. B., Álvares-Solas, S., Amaral, A. C. S., Andrianto, S., Aspdén, T., ... Voracek, M. (2023). Body appreciation around the world: Measurement invariance of the Body Appreciation Scale-2 (BAS-2) across 65 nations, 40 languages, gender identities, and age. *Body Image*, 46, 449–466. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.07.010>
- Thorup, L., Zulfikari, M., Sørensen, C. L. B., & Biering, K. (2024). Body image and depressive symptoms in Danish adolescents: A cross-sectional national study. *Journal of Affective Disorders*, 365, 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.016>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Tremblay, L., & Limbos, M. (2009). Body Image Disturbance and Psychopathology in Children: Research Evidence and Implications for Prevention and Treatment. *Current Psychiatry Reviews*, 5(1), 62–72. <https://doi.org/10.2174/157340009787315307>
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53–67. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006>
- Wardle, J., Haase, A. M., & Steptoe, A. (2006). Body image and weight control in young adults: International comparisons in university students from 22 countries. *International Journal of Obesity*, 30(4), 644–651. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803050>
- World Obesity Federation. (2024). *World Obesity Atlas 2024*. World Obesity Federation. <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=22>
- Zaidi, U., Awad, S. S., Mortada, E. M., Qasem, H. D., & Kayal, G. F. (2015). Psychometric evaluation of Arabic version of self-esteem, psychological well-being and Impact of Weight on Quality of Life Questionnaire (IWQOL-Lite) in female student sample of PNU. *European Medical, Health and Pharmaceutical Journal*, 8(2), 29–33. <https://doi.org/10.12955/emhpi.v8i2.703>
- Zayed, K., Jeyaseelan, L., Al-Adawi, S., Al-Haddabi, B., Al-Busafi, M., Tauqi, M. A., Al-Rawahi, N., Wally, M., & Thiyabat, F. (2019). Differences among self-esteem in a nationally representative sample of 15-17-year-old Omani adolescents. *Journal of Psychology Research*, 9(2), 66–76. <https://doi.org/10.17265/2159-5542/2019.02.003>
- Zhang, Y., Wang, R., Liu, B., & Sun, L. (2021). Weight in the mind: Weight perception and depressive symptoms in Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 278, 506–514. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.112>

مطابع الجامعة
press@pnu.edu.sa



المجلة السعودية للإرشاد النفسي

Saudi Journal of Psychological Counseling

مجلة علمية محكمة نصف سنوية

CEHD-SJPC@PNU.EDU.SA

