

فاعلية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في تحسين التعاطف الذاتي وخفض أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى المعتنفات بمدينة الرياض*

نوف غازي حسن عرفشة

جامعة المعرفة

أُسْتُلم بتاريخ ٢٠٢٣/٥/٢٤ وقُبِل للنشر بتاريخ ٢٠٢٣/٨/١٥

المستخلص: هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في تحسين التعاطف الذاتي، وخفض أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى المعتنفات، وقد أُعْتُمد المنهج شبه التجريبي، وتصميم المجموعة الواحدة بقياسات متكررة. كما أُسْتُخدمت الطريقة القصديّة (الغرضية) في سحب عينة الدراسة المكوّنة من (١١) مشاركة، وكان من أبرز نتائج الدراسة: وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة على كل من مقياسي التعاطف الذاتي وأعراض كرب ما بعد الصدمة في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، وبحجم أثر كبير، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة على أبعاد مقياس التعاطف الذاتي، وكذلك على المقياس ككل في القياسين البعدي والتبعية، وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة في الدرجة على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة في القياسين البعدي والتبعية لصالح القياس التبعية بحجم أثر كبير، وبناء عليه؛ خلصت الدراسة إلى فاعلية البرنامج القائم على العلاج بالقبول والالتزام في تحسين التعاطف الذاتي وخفض أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى المعتنفات، وأوصت الدراسة بالاستفادة من البرنامج المعد في الدراسة الحالية من قبل المرشدين والأخصائيين النفسيين العاملين في المؤسسات المعنية، مثل: دور الحماية الاجتماعية، ومراكز التوجيه، والإرشاد الأسري، والمستشفيات وغيرها، وكذلك الاستفادة منه في تطوير برامج جديدة قائمة على العلاج بالقبول والالتزام، تتلاءم مع البيئة المحلية؛ كونه من الأساليب العلاجية الحديثة التي تحتاج لمزيد من التفعيل في البيئات العربية في ظل ندرة ممارسته والدراسات التي تُعنى به.

الكلمات المفتاحية: العلاج بالقبول والالتزام، التعاطف الذاتي، اضطراب كرب ما بعد الصدمة، المعتنفات.

The effectiveness of a program based on acceptance and commitment therapy in improving self-compassion and reducing symptoms of post-traumatic stress disorder among abused females in Riyadh

Nouf Ghazi Hassan Arafshah

AlMaarefa University

Received on 24/5/2023 prior to publication on 15/8/2023

Abstract: The study aims to investigate the effectiveness of a counseling program based on acceptance and commitment therapy to improve self-compassion and reduce symptoms of post-traumatic stress

بحث مستل من رسالة دكتوراه*
nouf.g.h.a@gmail.com

disorder among abused females. The study relied on the semi-experimental method and one-group design with repeated measurements (pretest-posttest-follow-up test) applied to a purposive sample consisting of 11 participants. The study found a series of findings, most notably:

There are significant differences between the mean ranks of the experimental group's scores on both the self-compassion scale (as dimensions and the total score) and the post-traumatic stress disorder symptoms scale in the pre- and post-measurements, in favor of the post-measurement with an effect size that falls within the large effect size range according to effect size levels. Accordingly, the study concluded that the program based on acceptance and commitment therapy effectively improved self-compassion and reduced post-traumatic stress symptoms among abused females. The study recommended that counselors and psychologists working in relevant institutions, such as social protection homes, guidance centers, family counseling centers, hospitals, and others, make use of the program prepared in the current study. As well as benefiting from it to develop new programs based on acceptance and commitment therapy that are adapted to the local culture.

Keywords: acceptance and commitment therapy; self-compassion; post-traumatic stress disorder; abused females.

المقدمة

يُعدُّ العنف الأسري ظاهرة عالمية، لا تقتصر على مجتمع بعينه دون آخر، ورغم وجود مؤشرات تدل على ارتباطه بالظروف الاقتصادية والثقافية المتدنية وبالعلاقات السلبية السائدة داخل الأسرة (ضمرة، ٢٠١١)، إلا أن التقديرات العالمية التي نُشرت من قبل منظمة الصحة العالمية تفيد بأن واحدة من كل ثلاث نساء؛ أي: ما يقارب (٣٥٪) من النساء في أنحاء العالم كافة يتعرضن خلال حياتهن للعنف، حيث إن (٣٠٪) من النساء المرتبطات يفدن بأنهن يتعرضن لشكل معين من أشكال العنف الجسدي أو الجنسي على يد شركائهن في جميع أنحاء العالم، كما أفادت التقديرات أن نسبة تصل إلى (٣٨٪) من جرائم قتل النساء يرتكبها الشركاء الحميمون (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢١).

وبالنظر إلى الإحصاءات التي استطاعت الباحثة الحصول عليها؛ فإن نسب العنف الأسري ليست مما يمكن تجاهله أو الاستهانة به؛ فقد تلقت وزارة الشؤون الاجتماعية - سابقاً - في عام (١٤٣٨ هـ) ما يقارب (٧٢٣٤) بلاغاً للعنف الأسري، يتضمن (٨٠١٦) حالة تعرضت للإيذاء ما بين نساء وأطفال، وسجلت منطقة الرياض العدد الأعلى ليصل عددها إلى (١٩٢٤) بلاغاً حسب ما أورده المركز الإعلامي لوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية (مساران لبلاغات العنف الأسري، ٢٠١٥).

وبعد مراجعة التقارير الصادرة عن الجمعية الوطنية لحقوق الإنسان تبين في التقرير السنوي الخامس عشر أن قضايا العنف الأسري الواردة للجمعية في عام (٢٠١٨) فقط (١٨٠) قضية (الجمعية الوطنية

لحقوق الإنسان، ٢٠١٨)، وفي عام (٢٠١٩) بلغ عدد القضايا (٣٧٨) قضية عنف أسري (الجمعية الوطنية لحقوق الإنسان، ٢٠١٩).

كما يشير التقرير السنوي لبرنامج الأمان الأسري إلى أن عدد حالات العنف المسجلة بالسجل الوطني لعام (٢٠١٨) حوالي (١٠٠٦) حالات، والمبلغ عنها من قبل جهات، مثل الشرطة والحماية الاجتماعية (برنامج الأمان الأسري الوطني، ٢٠١٨).

وبالرجوع إلى السجل الوطني لحالات العنف والإيذاء المسجلة في آخر ثلاث سنوات (٢٠١٩-٢٠٢٢) نجد أن العدد يصل إلى (٥٥٤٠) حالة من الإناث، تتراوح أعمارهن بين (١٨ إلى ما بعد ٨٠) عاماً، وفي منطقة الرياض تحديداً كان عدد الحالات (١٣٢١) حالة، (١٢٦١) منهن إناث، أما بالنسبة لصلة المعتدي بالضحية فتبين أن العدد الأكبر كان من الأزواج، يليه الأخوة، ومن ثم الآباء (السجل الوطني لتسجيل حالات العنف والإيذاء ضد الأطفال والبالغين، ٢٠٢٢).

ولما كان العنف ينطوي على الكثير من الأحداث المهددة، وتراكم المواقف المحبطة التي تؤثر سلباً على الصحة النفسية للمُعنفَّة، وعلى جودة الحياة الخاصة بها؛ فإن العديد من الدراسات حاولت توضيح الأثر الذي يخلفه العنف الموجه ضد المرأة على العديد من الجوانب النفسية لها.

كما بيّن عدد غير قليل من الدراسات ارتباط العنف الذي يقع على المرأة بعدد من الاضطرابات النفسية، لا سيما اضطراب كرب ما بعد الصدمة، ففي دراسات مثل: (ضمرة، ٢٠١١؛ ضمرة وغباري، ٢٠١٥؛ المقبل، ٢٠١٩) تبين شيوعه بشكل متوسط لدى النساء المُعنفَّات.

إن الدراسات التي تركز على العواقب النفسية للعنف الأسري خلصت إلى أن النساء المُعنفَّات كثيراً ما يتم تشخيصهن باضطراب كرب ما بعد الصدمة؛ كون الأعراض التي يعانين منها تتسق مع المحكات الأساسية للاضطراب كما نصَّ عليها الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية (DSM-3-R). وأظهرت هذه الدراسات أن معدلات الإصابة تتراوح ما بين (٣١٪ - ٦٠٪) لدى المُعنفَّات اللاتي يطلبن المساعدة وهن يقطن منازلهن، وترتفع هذه النسب إلى (٤٠٪ - ٨٩٪) بين المُعنفَّات اللاتي يسكن دور الحماية (Dutton & Goodman, 1994).

ومن جملة الأضرار التي قد تنجم عن التعنيف: الشعور بفقدان الأهمية التي قد تتطور إلى رغبة في إيذاء الذات (الزهرة، ٢٠١٠)، وتدني قيمة الذات المرتبط بمشاعر اليأس والعجز (Aguilar & Nightingale, 1994) أو مستويات عالية من لوم الذات والتكيف المتجنب (Clements & Sawhney, 2000).

في حين أن مفهوم التعاطف الذاتي (Self-Compassion) كما وضعته نيف (Neff, 2003) يعبر عن اتجاه صحي نحو الذات، يتضمن معاملة الفرد لذاته بلطف وتفهم في حالات الألم والفشل بدلاً من النقد القاسي ولوم الذات، كما يتضمن إدراك الفرد لخبراته المؤلمة وانفتاحه عليها كجزء من واقع الخبرة الإنسانية المشتركة بدلاً من رؤيتها بمعزل من ذلك - كمعاناة تخص الفرد وحده - بالإضافة إلى تعامله مع الأفكار والمشاعر بوعي يقظ بدلاً من التوحد معها وتحديد الهوية من خلالها (أحمد، ٢٠١٧).

وعليه فإن المستويات المرتفعة من التعاطف الذاتي من شأنها أن تحسّن من شعور الاستحقاق وتقلّل من الشعور بفقدان الأهمية ولوم الذات وما يرتبط به من شعور بالإثم والعار، كما تساعد على تخفيف حدة الشعور بالوحدة والانعزال، وتساعد على الانفتاح على الخبرات المؤلمة بدلاً من تجنبها أو التوحد معها، وهذا ما يجعله مفهوماً جوهرياً يسهم في محاولة مساعدة المُعنفات وغيرهم من المتضررين على تجاوز معاناتهم والشفاء من تبعاتها (Tesh, Learman, & Pulliam, 2015; Braehler & Neff, 2020).

ومن جانب آخر؛ يعدّ العلاج بالقبول والالتزام (Acceptance and Commitment Therapy (ACT) نموذجاً علاجياً، تطوّر عن العلاج السلوكي المعرفي الذي يُعدّ من التدخلات العلاجية الحديثة التي احتلت مكانة بارزة، وجذبت الانتباه في الآونة الأخيرة، وهو تدخل أسسه ستيفن هايز وزملاؤه (Steven Hayes, 1986) يقوم على تدريب الشخص على تقبّل أحاسيسه وأفكاره السلبية كما هي دون محاولة تجنبها أو مقاومتها، بل السماح لها بأخذ مساحتها الطبيعية في داخله، ثم يدعوه إلى تحديد ما يهمه من قيم وأهداف، والتحرّك نحوها والالتزام بما من شأنه أن يقرّبه منها؛ لخلق حياة مليئة بالمعنى رغم المعاناة (واكلي وصحراوي، ٢٠١٦).

ولخطورة موضوع العنف عموماً والعنف ضد المرأة خصوصاً؛ فقد كان مثاراً للعديد من الدراسات، ومنها: دراسة الريالات (٢٠١٢) التي هدفت إلى التحقّق من فاعلية برنامج علاجي في تخفيف حدة اضطراب ما بعد الصدمة وأعراض القلق لدى عينة من الإناث اللاتي تعرضن للعنف، وتكوّنت عينة الدراسة من (١٠) فتيات معنّفات لفظياً أو جسدياً في مركز لحماية الأسرة، وقد أظهرت النتائج فروقاً دالة بين القياس القبلي والبعدى تُعزى للبرنامج ولصالح القياس البعدى.

كما قام جبريل ومحمد (٢٠١٣) بدراسة هدفت إلى التعرّف على أثر برنامج علاجي لخفض أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى النساء المُعنفات في الأردن، وتكوّنت عينة الدراسة من (١٨) امرأة معنّقة، تم تقسيمهن إلى مجموعتين: تجريبية، وضابطة، وأظهرت النتائج فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى أعراض ضغط ما بعد الصدمة، حيث انخفض مستوى أعراض ضغط ما بعد الصدمة لدى المشاركات.

وفي دراسة إكلينيكية تجريبية تُعدُّ الأولى من نوعها لبولز ومورل (Boals & Murrell, 2016)، هدفت إلى تقليل مركزية الحدث الصادم باستخدام نسخة معدلة من العلاج بالقبول والالتزام على عينة قوامها (٤٨) مشاركًا مصابًا بصدمة نفسية؛ جراء العنف والإساءة أو الفقد في مركز توعية مجتمعية بأمريكا، معظمهم من النساء بنسبة (٩٧٪) من العينة الذين تعرضوا للعنف الجسدي أو الاستغلال الجنسي، بمتوسط عمري (٣٥) عامًا، وأظهر المشاركون الذين تلقوا العلاج في المجموعة التجريبية انخفاضًا كبيرًا في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب ومركزية الحدث، كما كشفت النتائج عن أن تأثير الظروف التجريبية على انخفاض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة يتوسطه الانخفاض في مركزية الحدث، وامتد تأثير التجربة على الاكتئاب حتى ستة أسابيع بعد العلاج.

بينما هدفت دراسة كراكاسيدو وستاليكاس (Karakasidou & Stalikas, 2017) إلى تقييم فعالية برنامج للتعاطف الذاتي في تحسين التعاطف الذاتي وتعزيز الرفاه النفسي للنساء المُعتنَّفات، وتكونت العينة من (٢١) مُعتنفة، أُخضعن للبرنامج الذي استمر لمدة ستة أسابيع، وأظهرت النتائج تحسنًا دالًا إحصائيًا في كل من التعاطف الذاتي والمرونة، والسعادة الذاتية، بالإضافة إلى انخفاض في التأثير السلبي للاكتئاب والقلق والضغط النفسي.

أما دراسة آشفيلد وزملاؤها (Ashfield, Chan, & Deborah, 2020) فقد هدفت إلى فحص دور التعاطف الذاتي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة المُعتد؛ بغرض تجهيز المشاركات للخضوع إلى العلاج بالتعرض وزيادة فرص نجاحه، واشتملت العينة على (١١) امرأة مُعتنفة مُشخَّصة باضطراب ما بعد الصدمة المُعتد، وأظهرت النتائج تحسن الشعور بالاستحقاق وتأكيد الذات، وتحسُّن في علاقات المشاركات الشخصية، وتحسُّن التعاطف الذاتي والعناية بالذات، وانخفاض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، ورفع الجاهزية والاستعداد للمرحلة التالية من العلاج، وهي العلاج بالتعرض للذكريات الصادمة.

ولقد قامت ألين وزملاؤها (Allen, Robertson, & Patin, 2021) بدراسة هدفت إلى التحقق من فعالية كلٍّ من الإقامة في ملجأ للمُعتنَّفات، بالإضافة إلى الانضمام إلى مجموعة دعم للتعاطف الذاتي في تحسين بعض المخرجات الانفعالية والمعرفية، وبلغ عدد المشاركات (٢٥١) مُعتنفة مقيمة في الملجأ، وأظهرت النتائج فعالية الإقامة في تحسين الرفاه وجودة حياة المُعتنَّفات بدرجة مساوية لفعالية الانضمام إلى مجموعة الدعم، بالإضافة إلى أن النساء اللائي مكثن في المأوى لفترات أطول حصلن على درجات أكثر إيجابية في القياس البعدي بغض النظر عن الانضمام إلى مجموعة الدعم من عدمه.

من العرض السابق يلحظ خطورة موضوع العنف الموجه ضد النساء، وضرورة الاهتمام بتقديم الدعم والعلاج لهذه الفئة، وهذا ما تهدف إليه الدراسة الحالية في ظل محدودية الدراسات العربية التي تناولت هذا الجانب.

مشكلة الدراسة

إن لتعرض المرأة إلى الإيذاء أو التعنيف الكثير من العواقب السلبية المترتبة على البناء النفسي لها وصحتها النفسية، فالعنف ينال من تقديرها لذاتها وكرامتها وحرمتها وحقوقها في أن تحيا حياة كريمة تنعم فيها بحقوقها الطبيعي من السعادة والسكينة والكرامة الإنسانية (عبدالستار، ٢٠١٧).

وهذا ما أكدته مختلف الدراسات، حيث تشير النتائج إلى أن المُعنفات أكثر عرضة للاضطرابات النفسية وسوء التوافق، وانخفاض مستوى الصحة النفسية مقارنة بغيرهن من غير المُعنفات (حسن، ٢٠١٨)، بالإضافة إلى إمكانية تطوير أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (ضمرة، ٢٠١١؛ Miguel, 2019).

كما أُنهن أكثر عرضة إلى الاكتئاب (Miguel, 2019; Mitchell & Hodson, 1983)، والقلق (السعيدة، ٢٠١٠؛ الشافعي، ٢٠٢٠)، وأكثر ميلاً للتفكير الاجتراري الذي يرتبط عكسياً بالتسامح (عبدالستار، ٢٠١٧)، وتدني قيمة الذات والشعور بالعجز واليأس وقلة الحيلة (Aguilar & Nightingale, 1994)، وأكثر عرضة للاضطرابات النفس-جسمية psychosomatic (خطاطبة والعتيبي، ٢٠١٨؛ الزهرة، ٢٠١٠)، وأكثر طلباً للرعاية الصحية بالمستشفيات، ليس فقط من أجل علاج الإصابات؛ جراء العنف، ولكن لمختلف الأمراض والاضطرابات النفسية، وكذلك الجسدية كأمراض النساء والسكر وأمراض القلب وغيرها، إضافة إلى محاولات الانتحار (Bergman & Brisma, 1991; Weitzman & Goosby, 2021).

ونتيجة للآثار النفسية السلبية، والمعاناة المترتبة على التعنيف، والتي قد تخلق أعراضاً ينظر إليها العاملون في مجال الصحة النفسية على أنها صدمة ناتجة عن التعرض الشديد أو المتكرر للعنف الأسري؛ على اعتبار أن السلوكيات والانفعالات المرتبطة بموقف العنف بمثابة ردود فعل على كرب الصدمة (جبريل ومحمد، ٢٠١٣)، بالإضافة إلى ما تعانيه بعض المُعنفات من شعور بتدني قيمة الذات، وأُنهن أقل استحقاقاً للتقدير والاحترام، كما قد تسيطر عليهن مشاعر عدم التقبُّل لذواتهن والقسوة في نقدها وإصدار الأحكام عليها (لوم الذات).

هذا ويعدُّ العلاج بالقبول والالتزام (ACT) من النماذج العلاجية الحديثة المنتمية للموجة الثالثة في العلاج النفسي، وله نتائج واعدة مع اضطراب كرب ما بعد الصدمة تحديداً (راجا، ٢٠١٩)، وما يترافق

معه من ذكريات وصور ذهنية مؤلمة، مرتبطة بالأحداث الصادمة أو المسيئة والكوابيس والكرب النفسي، ومعتقدات لوم الذات، والشعور بالذنب، والحزي واليأس والكآبة.

والمُعْتَفَات -شأنهن في ذلك شأن أي شخص يتعرض للأذى- كثيراً ما يسعين إلى تجنّب أو قمع الأفكار والمشاعر والذكريات غير المرغوبة المرتبطة بالتعنيف (تجنّب خيراتي وهروب انفعالي) أو ما يُسمّى بالتكّيّف المتجنّب (Clements & Sawhney, 2000; Mitchell & Hodson, 1983)؛ وقد يؤدي إلى مزيد من الإحباط والإنهاك النفسي، كما أن هذا السلوك التجنّبي يشيع عند المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة، وهو أحد أعراضه أو محكات تشخيصية، وهذا ما يجعل العلاج بالقبول والالتزام مناسباً؛ كونه يستهدف التجنّب الخيراتي خصيصاً ويعمل على تقليله.

ورغم حداثة استخدام هذا النوع من التدخّل في علاج اضطرابات ما بعد الصدمة، إلا أنه قد تبيّنت كفاءته في التعامل مع جوانب معينة؛ كتخفيف أعراض القلق كجزء رئيس من الاضطرابات المرتبطة بالصدمة؛ كونه يدعو الفرد إلى تقبّل أفكاره وانفعالاته، وقبول ما لا يمكن تغييره، والالتزام بالعمل على التحسين وتغيير ما يمكن تغييره (راجا، ٢٠١٩).

ولقد تناولت عدد من الدراسات فعالية (ACT) مع عينات مختلفة في علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة، مثل دراسة (Gharadaghi & Mirzaei, 2020)، وكذلك تقليل مركزية الحدث الصادم (Boals & Murrell, 2016) وتقليل التجنّب الخيراتي (Meyer, et al., 2018). كما يعمل (ACT) على تحسين أشكال متعددة من المفاهيم الإيجابية (علم النفس الإيجابي)، ومن ضمنها التعاطف الذاتي، كما في دراستي (Yadavaia, Hayes, & Vilardaga, 2014; Molavi, Abedi, amiri, & Esmaeili, 2018)

أما على مستوى الدراسات العربية التي تناولت العلاج بالقبول والالتزام عمومًا فيلاحظ محدودية الدراسات التي استخدمت هذا النوع من العلاج، إضافة إلى غياب الدراسات العربية -في حدود اطلاع الباحثة- التي تناولته لاستهداف أعراض (PTSD) بالعلاج خصوصاً.

وتتعدد البرامج العلاجية أو الإرشادية التي تناولت اضطراب كرب ما بعد الصدمة أو أعراضه عند المُعْتَفَات، إلا أن الأكثر شيوعاً هي البرامج القائمة على العلاج المعرفي السلوكي كما في دراستي (جبريل ومحمد، ٢٠١٣؛ بدران، ٢٠١٠)، ولم تحظَ طريقة العلاج بالقبول والالتزام لدى المُعْتَفَات بالاستخدام إلا في دراسة واحدة -على حد علم الباحثة- هي دراسة (Boals & Murrell, 2016).

أما عن اهتمام الدراسات بمفهوم التعاطف الذاتي لدى فئة المُعْتَفَات؛ فقد تم استخدام العلاج القائم على التعاطف الذاتي كما في (Ashfield, Chan, & Deborah, 2020; Allen, Robertson, & Patin,

(2017; Karakasidou & Stalikas, 2021) وكشفت الدراسات التي تناولت دور التعاطف الذاتي عن دور إيجابي يلعبه التعاطف الذاتي على سبيل المثال -لا الحصر- في خفض الشعور بالخزي، وتحسين الشعور بالاستحقاق، وتأكيد الذات والعناية بها، وخفض أعراض (PTSD) (Ashfield, Chan, & Deborah, 2020) (Allen, Cazeau, Grace, 2020)، كما يحمي من التدايعات الانفعالية والمعرفية السلبية للتعرض للصدمة (Ashfield, Chan, & Deborah, 2020)؛ لذلك أكدت (Ashfield, Chan, & Deborah, 2020) على أهمية العمل على تحسين التعاطف الذاتي كمرحلة استباقية في علاج (PTSD)، ويتم تجهيز العملاء من خلالها للعلاج بالتعرض لزيادة فرص نجاحه والتقليل من آثاره السلبية، حيث يعمل التعاطف الذاتي على تحسين الصحة النفسية عمومًا، وفي مساعدة الأشخاص الذين تعرضوا للصدمة أو إساءة المعاملة خصوصًا، مما يستدعي تناوله بالتحسين لدى المعتنفات؛ كمحاولة لمساعدتهن على تقليل التبعات النفسية والمعرفية للتعنيف ودعم عملية التعافي.

وبناء على ما سبق؛ فإن فئة المعتنفات من الفئات التي يجب أن يوليها البحث العلمي مزيدًا من الدراسة والتركيز على الجانب العلاجي لديها، لا سيما فيما يتعلق بالتخفيف من أعراض ما بعد الصدمة، وتحسن مستوى التعاطف الذاتي، حيث أظهرت نتائج الدراسات فعالية نموذج العلاج بالقبول والالتزام في علاج اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينات مختلفة، ومحدودية استخدامه مع المعتنفات، وفي البيئات العربية والبيئة السعودية على وجه الخصوص، إضافة إلى النقص الملاحظ في البرامج التي تُقدّم للمعتنفات المودعات بدور الحماية، وقصور في جهود الرعاية اللاحقة لهن (الغريبي، ٢٠١٨)؛ فإن الدراسة الحالية تهدف إلى التحقق من فاعلية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في تحسين التعاطف الذاتي وخفض أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى المعتنفات بمدينة الرياض.

ومن هنا تتبلور مشكلة البحث في التساؤل الرئيس الآتي:

ما فاعلية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في تحسين التعاطف الذاتي، وخفض أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى المعتنفات بمدينة الرياض؟

وتتفرع منه التساؤلات الآتية:

١. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي التعاطف الذاتي المختصر، وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة في القياسين القبلي والبعدي لدى المعتنفات في مدينة الرياض؟
٢. هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي التعاطف الذاتي المختصر، وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة في القياسين البعدي والتبعي لدى المعتنفات في مدينة الرياض؟

أهداف الدراسة

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في تحسين التعاطف الذاتي، وخفض أعراض كرب ما بعد الصدمة لدى المعتنفات بمدينة الرياض، من خلال مقارنة درجات التطبيقين القبلي والبعدي، وكذلك مقارنة التطبيقين البعدي والتبقي على مقياسي التعاطف الذاتي المختصر، وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

أهمية الدراسة

الأهمية النظرية

- حداثة موضوعها، فهي من الدراسات العربية القليلة التي تناولت العلاج بالقبول والالتزام، والأولى من نوعها - في حدود علم الباحثة - من حيث محاولتها لتحسين التعاطف الذاتي؛ بوصفه متغيراً إيجابياً حديثاً يُعوّل عليه في تحسين صحة الفرد النفسية وتوافقها النفسي، وخفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المعتنفات من خلال تسليط الضوء على تبعات إساءة المعاملة والخبرات النفسية المعاشة الناتجة عنها.
- تبنثق أهمية الدراسة من أهمية الفئة المستهدفة، وهن النساء المعتنفات، اللاتي قلما يولين الاهتمام والعناية المطلوبين.
- بالنظر إلى التدخل المستخدم القائم على العلاج بالقبول والالتزام فهي محاولة لتسليط الضوء على أحد الأساليب العلاجية الحديثة التي تحتاج لمزيد من التفعيل في البيئات العربية في ظل ندرة ممارسته والدراسات التي تُعنى به.

الأهمية التطبيقية

- توفر هذه الدراسة أداة عملية؛ بوضعها العلاج بالقبول والالتزام موضع التفعيل؛ لمساعدة المعتنفات على تخفيف معاناتهن وتمكينهن وتحسين توافقهن النفسي، من خلال تحسين التعاطف الذاتي، وخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.
- إمكانية تطبيق البرنامج من قبل المرشدين والأخصائيين النفسيين العاملين في المؤسسات المعنية مثل دور الحماية الاجتماعية، كما يمكن الاستفادة من جلسات البرنامج بتنفيذه، والتحقق من فعاليته على مشكلات نفسية أخرى وعلى فئات مختلفة.
- قد تساعد الدراسة الباحثين والممارسين النفسيين على تطوير برامج قائمة على العلاج بالقبول والالتزام، تتلاءم مع البيئة المحلية.

مصطلحات الدراسة

العلاج القائم على التقبل والالتزام (ACT) Acceptance and Commitment Therapy

أحد طرق العلاج الحديثة الذي يعد اللغة كمصدر مرضي وعلاجي في ذات الوقت، وتعمل على تحريك الفرد من التصلب النفسي نحو المرونة النفسية، وتحويل التركيز على ما هو مهم وذو قيمة في حياة الفرد (خمار ونابتي، ٢٠١٩).

ويعرفه هايز وزملاؤه (٢٠٠٦) بأنه: مقارنة للتدخل النفسي، تتحدد من خلال مفاهيم نظرية معينة ولا تقتصر على تقنية بعينها، فهي تقوم على علم النفس السلوكي الحديث، وتستند نظرياً على نظرية الإطار العلائقي وتطبيقاتها العملية التي تتضمن عمليات اليقظة والقبول، والالتزام بالفعل والتغيير لخلق المرونة النفسية (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006, p. 9).

وإجرائياً: هو مجموعة الاستراتيجيات والفنيات التي يتم تقديمها للمُعنفات، وتدريبهن عليها في عدد من الجلسات بواقع جلسة أو جلستين أسبوعياً، ومنها: القبول كبديل للتجنب الخبراتي، والحضور الذهني، والذات كسياق، وتحديد القيم، والالتزام بالفعل، والواجبات المنزلية.

التعاطف الذاتي Self- Compassion^(١)

شعور ممتد بتعاطف وحنو الفرد نحو ذاته، حتى في حالات عدم الكفاءة والفشل والمعاناة التي يدركها، ويتضمن انفتاح الفرد على معاناته، وتكوين اتجاه عطوف متفهم غير مصدر للأحكام (القاسية) على قصوره وفشله، وإدراكه لمعاناته الشخصية كجزء من الخبرة الإنسانية المشتركة (Neff, 2003, p. 224).

ويتحدد مفهوم التعاطف الذاتي إجرائياً في هذه الدراسة: بالدرجة التي تحصل عليها المعنفة في مقياس التعاطف الذاتي المختصر.

أعراض كرب ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder Symptoms

رد فعل يلي التعرض لحدث مؤلم وصادم إما بشكل مباشر أو غير مباشر (مشاهدته يحدث للآخرين أو معرفة تفاصيل فاجعة حدثت لشخص مُقرب وأدت إلى وفاته مثلاً)، وكذلك التعرض المتكرر لتفاصيل الأحداث المخيفة، ويتضمن أفكاراً ومشاعر مكثفة ومربكة تتعلق بالحدث وتستمر لفترات طويلة بعده، وتكون على شكل استرجاع الذكريات وإعادة معايشة تفاصيل الموقف، والكوابيس، والشعور بالحزن والخوف والغضب والانعزال أو الانفصال عن الآخرين، وتجنب المواقف والأشخاص الذين يذكرون الشخص بالموقف

(١) له ترجمات عدة منها: الحنو على الذات، التلطف بالذات، الرحمة بالذات، التراحم الذاتي، الشفقة بالذات.

الصادم، وقد تظهر ردود فعل سلبية ومبالغ فيها تجاه أمور عادية، مثل التلامس العرضي أو الأصوات العالية (American Psychiatric Association, 2020)

وتتحدد أعراض كرب ما بعد الصدمة إجرائيًا في هذه الدراسة: بالدرجة التي تحصل عليها المعتنفة في مقياس أعراض كرب ما بعد الصدمة للمعتنفات.

المراة المعتنفة Abused or Violated Women

"المراة التي تتعرض لأبي فعل عنيف تدفع إليه عصبية الجنس، ويترتب عليه أذى أو معاناة للمراة، سواء من الناحية الجسمانية أو الجنسية أو النفسية، بما في ذلك التهديد بأفعال من هذا القبيل أو القسر أو الحرمان التعسفي من الحرية، سواء حدث ذلك في الحياة العامة أو الخاصة" (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٧).

وإجرائيًا: هن النساء المعتنفات جسديًا أو نفسيًا والمسجلات في منصة فامكير لتقديم الاستشارات والإرشاد النفسي والزواجي والأسري.

منهج وإجراءات الدراسة

منهج الدراسة

بالنظر إلى أهداف الدراسة وأسئلتها؛ فإنها تندرج تحت المنهج شبه التجريبي، واعتمد تصميم المجموعة الواحدة بقياسات متكررة؛ لملاءمته لطبيعة الدراسة، وخصائص العينة المستهدفة بالدراسة، وصعوبة الوصول إليها.

مجتمع الدراسة

جميع النساء اللاتي تعرضن للعنف الجسدي أو النفسي والمسجلات في منصة فامكير لتقديم الاستشارات والإرشاد النفسي والاجتماعي، بتأسيس وإشراف مجلس شؤون الأسرة التابع لوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية، وتمكين جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن.

ووفقًا للبيانات التي حصلت عليها الباحثة في عام ٢٠٢٢؛ فإن العدد الإجمالي للحالات في مدينة الرياض بلغ (٥٩٢) حالة خلال السنتين الأخيرتين، تتراوح أعمارهن بين (١٥-٦٠) عامًا فأكثر، والأعلى تكرارًا هو المدى العمري ما بين (٢٠-٣٠) عامًا، يليه المدى العمري ما بين (٣٠-٤٠) عامًا، وبالنسبة للحالة الاجتماعية: (١٢٠) منهن عازبات، و(١٣٢) متزوجات، و(٨) مطلقات، وبعضهن يفضل عدم الإفصاح عن أي معلومات شخصية. وأما بالنسبة لنوع العنف الواقع، فحوالي (١٧٣) حالة عنف نفسي،

وأما العنف الجسدي فكان (٥٦) حالة، وبلغ الإهمال (١٨٨) حالة، كما سُجِّلت (٨٤) حالة تحرُّش واعتداء جنسي في مرحلة الطفولة.

عينة الدراسة

أُعتمدت الطريقة القصدية (الغرضية) في سحب عينة الدراسة، فبعد التطبيق الاستطلاعي لمقاييس الدراسة على (٥٩) مُعْتَفَّة؛ تم فرز الحاصلات على درجات الإرباعي الأدنى على مقياس التعاطف الذاتي، وكذلك الإرباعي الأعلى في مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة للمُعْتَفَّات ممن تراوحت أعمارهن ما بين (٢١-٣١) عامًا، وبمستوى تعليم لا يقل عن الجامعي قدر الإمكان، بالإضافة إلى الاستعداد للمشاركة في الدراسة والتواصل مع الباحثة.

تواصلت الباحثة مع حوالي (٣٠) مُعْتَفَّة مرشحة، وكان عدد المُعْتَفَّات اللاتي أبدين استعدادًا للمشاركة في الدراسة بالخضوع للبرنامج الإرشادي (١٤) مشاركة في بادئ الأمر، من ثم انسحبت اثنتان منهن قبل البدء الفعلي للجلسات، وواحدة أخرى بعد بداية تطبيق البرنامج لأسباب تخص ظروفهن الشخصية، وعدم قدرتهن على الالتزام بحضور الجلسات. تبقى (١١) مشاركة خضعن لجلسات البرنامج وللمقياسين البعدي والتبقي، بمتوسط عمري (٢٦)، وانحراف معياري قدره (٤)، والجدول الآتي يبيِّن التكرارات والنسب لأفراد عينة الدراسة وفقًا لعدد من المتغيرات.

جدول ١ التكرارات والنسب المئوية لأفراد عينة الدراسة وفقًا لعدد من المتغيرات الوصفية (ن=١١)

المتغير	التصنيف	العدد	النسبة المئوية	المتغير	التصنيف	العدد	النسبة المئوية
عازية	العنف النفسي	٨	٪٧٢,٧	نوع التعنيف	العنف النفسي	١١	٪٣٤,٤
	والعاطفي / لفظي	٦	٪١٨,٨		العنف الجسدي	١	٪٣,١
الحالة الاجتماعية	العنف الجنسي	٣	٪٢٧,٣	العنف المالي أو الاقتصادي	٣	٪٩,٤	
	متزوجة	٢	٪٦,٣	عنف ثقافي واجتماعي	٢	٪٦,٣	
مستوى التعليم	الإهمال	٩	٪٢٨,١	الجموع	١١	٪١٠٠,٠	
	الجموع	٣٢	٪١٠٠,٠	ثانوية عامة	١	٪٩,١	
مستوى الدخل	متوسطة	٨	٪٧٢,٧	جامعية	٢	٪١٨,٢	
	دراسات عليا (ماجستير)	٥	٪٤٥,٥	دراسة عليا (ماجستير)	١	٪٩,١	
مستوى التعليم	الجموع	١١	٪١٠٠,٠	الجموع	١١	٪١٠٠,٠	
	دراسات عليا (ماجستير)	١	٪٩,١	منخفض	١	٪٩,١	
مستوى الدخل	متوسط	٩	٪٨١,٨	متوسط	٩	٪٨١,٨	
	مرتفع	١	٪٩,١	مرتفع	١	٪٩,١	

النسبة المئوية	العدد	التصنيف	المتغير	النسبة المئوية	العدد	التصنيف	المتغير
٪١٠٠,٠	١١	المجموع	حادّة أو عنف جنسي	٪١٠٠,٠	١١	المجموع	
٪٤٥,٥	٥	نعم	استمرارية التعنيف خلال فترة البرنامج	٪٤٥,٥	٥	الأب	صلة القرابة بالمعنف
٪٥٤,٥	٦	لا	البرنامج	٪٥٤,٥	٦	الأم	الأخ
٪١٠٠,٠	١١	المجموع		٪١٠٠,٠	٢٠	الزوج	آخرين
						المجموع	

أدوات الدراسة

أولاً: مقياس التعاطف الذاتي المختصر (SCS-SF) (Raes, Pommier, Neff, & Van Gucht, 2011)

طور المقياس في صورته الأساسية من قبل نيف (Neff, 2003)، وتكوّن من (٢٦) فقرة، ويضم ستة أبعاد، ثم قام كل من ريس ونيف وآخرين (Raes, Pommier, Neff, & Van Gucht, 2011) بإعداد نسخة مختصرة من المقياس تضم (١٢) فقرة، مأخوذة من المقياس الأساسي، وترتبط به ارتباطاً مرتفعاً، كما دعمت نتائج تحليل البنية العاملية للنسخة المختصرة وجود ثلاثة عوامل (أبعاد)، كما هو موجود في النسخة الأساسية، مما يجعله بديلاً، يمكن الاعتماد عليه وتم استخدام النسخة المختصرة في هذه الدراسة التي تتكون من (١٢) فقرة من نوع التقدير الذاتي، يُجاب عليها بأحد البدائل المطروحة على شكل مدرج خماسي، يأخذ التقديرات الآتية: (١-٢-٣-٤-٥)، حيث يمثّل الرقم (١) أقصى درجات النفي (لا، إطلاقاً)، ويمثّل الرقم (٥) أقصى درجات الإيجاب (دائماً).

وفيما يأتي أبعاد المقياس والتي تصحّح بعض فقراتها بالاتجاه الإيجابي، ويُصحّح البعض الآخر بطريقة عكسية على النحو الآتي:

- البعد الأول: اللطف مع الذات، ويتضمن الفقرتين (٢-٦)، ويشير إلى التعامل مع الذات برفق وحنو، يعكس التفهّم، ويقابله بعد الحكم أو لوم الذات، ويشير إلى قسوة الحكم على الذات ولومها، ويمثّله الفقرتان (١١-١٢)، والتي تُصحّح بطريقة عكسية.
- البعد الثاني: الإنسانية المشتركة، ويتضمن الفقرتين (٥-١٠)، ويشير إلى رؤية الشخص لخبراته ومعاناته الشخصية كجزء من الخبرة الإنسانية المشتركة بين معظم البشر مقابل بعد الإحساس بالعزلة، وهو إدراك الفرد لتجاربه الشخصية بمعزل عن الآخرين وفي سياق منفصل، بحيث يعتقد أنه وحيد في ألمه، ويمثّله الفقرتان (٤-٨)، والتي تُصحّح بطريقة عكسية.

■ البعد الثالث: اليقظة الذهنية، ويتضمن الفقرتين (٣-٧)، ويعبر عن وعي الفرد بخبراته الحالية في اللحظة الراهنة، وإدراك الخبرات المؤلمة بشكل متوازن بدلاً من المبالغة في التوحد معها، وهو ما يشير إليه المفهوم المقابل: التوحد المفرط، والذي يتضمن الفقرتين (١-٩)، والتي تُصحح بطريقة عكسية.

وتتراوح الدرجة على المقياس من (١٢) إلى (٦٠)، حيث تشير الدرجة المنخفضة إلى تعاطف ذاتي منخفض، وتشير الدرجة المرتفعة إلى تعاطف ذاتي عال.

ومن حيث صدق المقياس وثباته؛ فقد طور معدو المقياس (Raes, Pommier, Neff, & Van Gucht, 2011) النسخة المختصرة من خلال التطبيق على ثلاث عينات: عينتين هولنديتين، بلغت الأولى (٢٧١)، وبلغت الثانية (١٨٥)، وأما الثالثة فقد كانت عينة إنجليزية بلغت (٤١٥)؛ وذلك بهدف اختيار فقرات المقياس، واستخراج أبعاده، والتأكد من صدقه وثباته. ولقد أظهر المقياس اتساقاً داخلياً مرتفعاً، كما تم تطبيق التحليل العاملي التوكيدي ودعمت نتائج تحليل البنية العاملية وجود العوامل الستة (أبعاد) الموجودة في النسخة الأساسية.

ولأغراض الدراسة الحالية قامت الباحثة بترجمة المقياس المكون من (١٢) فقرة، وعرضه على متخصص بالترجمة، و(٥) محكمين متخصصين في العلاج النفسي وعلم النفس العيادي والإرشادي والصحة النفسية؛ بهدف التحقق من صحة صياغة الفقرات ووضوحها، ومدى مناسبتها لتمثيل السمة المراد قياسها، وملاءمتها لعينة الدراسة، ولم ينتج عن هذا الإجراء حذف أي من فقرات المقياس، وإنما تم التعديل على صياغة بعض فقرات المقياس بحيث تكون أكثر وضوحاً وبساطة.

كما تم التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس، من خلال حساب معامل ارتباط كل فقرة بالبعد الذي تنتمي له، وارتباط كل بعد بالدرجة الكلية على المقياس، وكذلك قامت الباحثة بحساب الثبات للمقياس بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، والجدول الآتي يوضح أهم النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول ٢ قيم معاملات ارتباط فقرات مقياس التعاطف الذاتي المختصر بالأبعاد (ن=٥٩)

البعد الأول (اللطيف مع الذات)		البعد الثاني (الإنسانية المشتركة)		البعد الثالث (اليقظة الذهنية)	
معامل الارتباط بالدرجة	رقم الفقرة	معامل الارتباط بالدرجة	رقم الفقرة	معامل الارتباط بالدرجة	رقم الفقرة
**٠,٦٩٨	٤	**٠,٧٧٦	٤	الكلية للبعد	٢
**٠,٦١٣	٥	**٠,٦٩٣	٥	الكلية للبعد	٦
**٠,٦٨٨	٨	**٠,٦١٩	٨	الكلية للبعد	١١
**٠,٨٢٨	١٠	**٠,٥٦٥	١٠	الكلية للبعد	١٢
**٠,٨٠٤	-	**٠,٨٢٤	-	معامل ارتباط البعد بالدرجة الكلية	-

البعد الأول (اللطيف مع الذات)	البعد الثاني (الإنسانية المشتركة)	البعد الثالث (البقطة الذهنية)
معامل الثبات للأبعاد بطريقة ألفا كرونباخ	٠,٥٨١	٠,٥٠١
معامل الثبات الكلي بطريقة لفا كرونباخ	معامل الثبات الكلي بطريقة التجزئة النصفية	٠,٨٣٧
* عند مستوى دلالة (٠,٠٥)	** عند مستوى دلالة (٠,٠١)	

يتضح من الجدول (٢) أن جميع فقرات المقياس وأبعاده حصلت على معامل ارتباط أعلى من (٠,٣٠)، كما أنها في مجملها ارتباطات دالة عند مستوى (٠,٠١).

كما يتضح من الجدول (٢) أن معاملات ثبات ألفا كرونباخ للمقياس ككل (٠,٧٧١)، ومعامل الثبات بالتجزئة النصفية (بعد التصحيح باستخدام معادلة سبيرمان براون) (٠,٨٣٧)، وهي معاملات ثبات مرتفعة تمكّن الباحثة من الاطمئنان إلى استخدام المقياس.

ثانياً: مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة PCL-5 (National Center for PTSD, 2018)

طُوّر المقياس في صورته الأولى في عام (١٩٩٣) على يد فرانك ويترز (Frank Weathers) وزملائه بالمركز الوطني لاضطراب كرب ما بعد الصدمة، واستند المقياس آنذاك على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV)، وقد كان له ثلاث نسخ: نسخة عسكرية (للجنود)، ونسخة للمدنيين، ونسخة غير محددة بحدث معين، ويترك المجال فيها للمفحوص لتحديد الحدث الصادم، بعد ذلك تم تطوير المقياس في عام (٢٠١٣) ليتوافق مع الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس (DSM-5) دون تحديد فئة مستهدفة بعينها، وإنما الإشارة للحدث الصادم والخبرات الضاغطة بشكل عام، وأخيراً تم تحديث هذه النسخة في عام (٢٠١٨).

وهو مقياس تقرير ذاتي يتكوّن في صورته الأساسية من (٢٠) فقرة؛ لقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة للمعتنفات، بالاستناد على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس (DSM-5). يجب عن فقراته باختيار بديل من خمسة بدائل مطروحة وفق مدرج ليكرت الخماسي، وهي: (نعم وبشدة - نعم إلى حد كبير - إلى حد ما - بشكل قليل - لا إطلاقاً)، وتأخذ التقديرات الآتية: (٤ - ٣ - ٢ - ١ - ٠)، وتصحّح جميع فقرات المقياس في الاتجاه الإيجابي (بمعنى أنها تدل على وجود الأعراض)، وبالتالي فإن درجات المقياس تتراوح بين (٠ - ٨٠).

وتعبّر كل مجموعة من الفقرات عن مجموعة من المعايير التشخيصية (Cluster)، حيث إن الفقرات من (١-٥) تمثّل مجموعة المعايير (ب)، والفقرتان (٦-٧) تمثّل المجموعة (ج)، والفقرات من (٨-١٤) تمثّل المجموعة (د)، والفقرات من (١٥-٢٠) تمثّل المجموعة (هـ).

كما يجدر التنويه إلى أن الصورة الحالية للمقياس في هذه الدراسة تكوّنت من (١٩) فقرة، وذلك بعد حذف الفقرة (٧) بناءً على نتائج الاتساق الداخلي، كما سيعرض في الخصائص السيكومترية للمقياس، وبذلك فإن درجات المقياس ستراوح بين (٧٦-٠) درجة.

قام مطورو المقياس (Blevins, Weathers, Davis, Witte, & Domino, 2015) بالتحقق من الصدق والثبات، من خلال التطبيق على عيّنتين من طلاب الجامعة الذين تعرّضوا لصدّات، وأظهر المقياس تمتّعه باتساق داخلي مرتفع للعينتين، وصدق تقاربي مرتفع من خلال حساب الارتباط بين المقياس الحالي وبين كل من المقاييس الآتية: اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PCL)، وكرب ما بعد الصدمة التشخيصي (PDS; Foa, 1995)، والتقييم التفصيلي لكرب ما بعد الصدمة (DABS; Briere, 2001)، وكذلك أظهر المقياس صدقًا تمييزيًا مرتفعًا مع مقياس الاكتئاب، ودرجات صدق تمييزي أقل مع المقاييس غير ذات الصلة، وهي مقياس الشخصية المضادة للمجتمع، ومقياس الهوس، كما بلغت معامل ثبات إعادة الاختبار (٠,٨٢).

ولأغراض الدراسة الحالية قامت الباحثة بترجمة المقياس، وتكييف عباراته بما يتناسب مع خصائص العينة المستهدفة بالدراسة وطبيعة الصدمات التي يتعرض لها، حيث قامت الباحثة بعرض المقياس المكون من (٢٠) فقرة على متخصص بالترجمة، و(٩) محكّمين متخصصين في العلاج النفسي وعلم النفس العيادي والإرشادي والصحة النفسية والقياس والتقويم؛ بهدف التحقق من صحة صياغة الفقرات ووضوحها، ومدى مناسبتها لتمثيل الغرض المراد قياسه، وملاءمتها لعينة الدراسة. ولم ينتج عن هذا الإجراء حذف أي من فقرات المقياس، ولكن تم التعديل على صياغة بعض فقرات المقياس، بحيث تكون أكثر وضوحًا وبساطة.

كما تم التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس بحساب معامل الارتباط لكل فقرة بالدرجة الكلية للمقياس، وكذلك قامت الباحثة بحساب الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، والجدول الآتي يوضّح أهم النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول ٣ قيم معاملات ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة للمعنفات (n=٥٩)

رقم الفقرة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس	رقم الفقرة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس
١	**٠,٥٢٠	١١	**٠,٦١٧
٢	**٠,٨٢٤	١٢	**٠,٦٣٩
٣	**٠,٥٢٦	١٣	**٠,٥٦٧
٤	**٠,٤١٢	١٤	**٠,٥٥٣
٥	**٠,٤٤٤	١٥	**٠,٥١٨
٦	**٠,٤١٩	١٦	**٠,٥٣١
٧	٢٤٣	١٧	**٠,٣٨١

رقم الفقرة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس	رقم الفقرة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس
٨	**٠,٥٢٠	١٨	**٠,٥٨٩
٩	**٠,٦٠٠	١٩	**٠,٦٧٩
١٠	**٠,٥٥٤	٢٠	**٠,٣٧٠
معامل ثبات ألفا كرونباخ	٠,٨٤٩	معامل ثبات التجزئة النصفية	٠,٨٢١

* عند مستوى دلالة (٠,٠٥) ** عند مستوى دلالة (٠,٠١)

يتضح من الجدول (٣) أن فقرات المقياس حصلت على معامل ارتباط أعلى من (٠,٣٠)، كما أنها في مجملها ارتباطات دالة عند مستوى (٠,٠١) ما عدا الفقرة رقم (٧)، حيث لم تظهر ارتباطاً بالدرجة على المقياس ككل، وعليه تم حذف الفقرة.

كما يتضح من الجدول (٣) أن معامل ثبات ألفا كرونباخ للمقياس بلغت (٠,٨٤٩)، كما بلغت معامل الثبات بالتجزئة النصفية (بعد التصحيح باستخدام معادلة سبيرمان براون) (٠,٨٢١)، وهي معاملات ثبات مرتفعة تمكن الباحثة من الاطمئنان إلى استخدام المقياس.

ثالثاً: برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام (إعداد الباحثة)

استهدف البرنامج النساء المُعنفات اللائي يظهرن انخفاضاً في مستويات التعاطف الذاتي، ويعانين من ارتفاع أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة بحسب درجاتهن على مقياسي الدراسة، حيث يهدف البرنامج إلى تحسين التعاطف الذاتي، وخفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المُعنفات، من خلال استخدام مفاهيم العلاج بالقبول والالتزام، وفيما يأتي أهم الأهداف الإجرائية للبرنامج:

- بناء علاقة إرشادية مهنية، تتسم بالتقبل والتعاطف والدفء والثقة المتبادلة.
- بناء علاقات داعمة، لها ذات السمات بين أفراد المجموعة، تيسر الانفتاح التدريجي ومشاركة التجارب، مما يقلل الشعور بالوحدة، وتعزز الشعور بالتكاتف والانتماء؛ كمحاولة لتحسين قدرة المُعنفات على إقامة العلاقات والانخراط في المجتمع.
- توعية المشاركات بالعنف الأسري وأشكاله، بالإضافة إلى توعيتهن بأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة والآثار النفسية والجسدية المرتبطة به.
- تعريفهن بمفهوم التعاطف الذاتي ومكوناته، والتدرب على ممارسته؛ للتقليل من مشاعر النقص والخزي واللوم... وغيرها من المشاعر الصعبة التي تعكس معاناتهن.
- تدريب المشاركات على المفاهيم أو العمليات الست للعلاج بالقبول والالتزام، وهي: ١- القبول والاستعداد. ٢- الحضور الذهني والاتصال باللحظة الحالية. ٣- الانفصال المعرفي. ٤- استكشاف

القيم الشخصية والاتصال بها. ٥- اتخاذ إجراءات فعلية والالتزام بها. ٦- زيادة الوعي بالذات
الملاحظة وتفعيلها؛ كل هذا من شأنه أن يقلل التجنب الخبراتي ويحسن المرونة النفسية.

وقد استندت الباحثة في بناء جلسات البرنامج وتصميمها على مجموعة من الخطوات والمصادر،

وهي:

- الاطلاع على الإطار النظري المتعلق بالعلاج بالقبول والالتزام وبمتغيرات الدراسة، وما ورد فيه من النظريات والمفاهيم والافتراضات والممارسات التطبيقية والفنيات الإرشادية.
- الاستماع إلى المحاضرات وورش العمل المسجلة لواضعي ومطوري المفاهيم موضوع الدراسة كستيفن هايز (Steven Hayes) (حول العلاج بالقبول والالتزام)، وكريستين نيف (Kristin Neff) (حول التعاطف الذاتي).
- الاطلاع على عدد من الدراسات التي احتوت برامج إرشادية أو علاجية لعلاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة، وكذلك البرامج التي تستهدف التعاطف الذاتي بالتحسين والعلاج القائم على التعاطف، والتي أثبتت فعاليتها، مثل دراسة: (بينيت وأوليفر، ٢٠٢٠)، (مكاي، سي وود، وبرانتلي، ٢٠٢١)، (Engel, 2015)، (Germer & Neff, 2019)، (Ho, 2020)، (Neff, 2019)، (Settles, Morris, & Bratkovich, 2017)، (Tesh, Learman, & Pulliam, 2015).
- عرض البرنامج على مجموعة من المحكمين المختصين في الطب النفسي، وعلم النفس العيادي والإرشادي، والصحة النفسية، والقياس النفسي؛ للتأكد من ملاءمة محتوى جلسات البرنامج؛ من أهداف وأنشطة وإجراءات لأفراد عينة الدراسة، وقابليتها للتطبيق، والقيام بما يلزم من تعديلات وفقاً لتوجيهاتهم.
- وقد تكوّن البرنامج من (١٣) جلسة، بواقع جلستين أسبوعياً، لمدة شهر وثلاثة أسابيع، تراوحت مدة الجلسة بين ساعة ونصف (٥٩٠) إلى ساعتين (١٢٠).
- كما تم تطبيق جلسات برنامج الإرشاد الجماعي عن بعد؛ لمناسبته لظروف عينة الدراسة من ناحية تسهيل الوصول إليهن، وتحسين فرص التزامهن بالحضور، وتقليل التسرّب، حيث إن بعضهن قد يجدن صعوبة في الالتزام بالحضور لمقر معين، يبقين فيه لمدة لا تقل عن ساعتين، بالإضافة إلى صعوبة توفير المواصلات، وطلب الإذن من ذويهن، مما قد يشكل عوائق تمنعهن من الموافقة على الانضمام للبرنامج أو الانتظام في الحضور، وكذلك الخصوصية العالية التي يوقرها التطبيق عن بعد تمثل عامل جذب وترغيب؛ كون بعضهن يفضلن البقاء مجهولات الهوية، وفيما يأتي توضيح لهذه الجلسات:
- الجلسة الأولى: وتهدف إلى بناء الألفة والتحالف العلاجي، والتعريف بأهداف البرنامج التطبيق القبلي لمقاييس الدراسة.

- الجلسة الثانية: مقدمة تعريفية بالبرنامج العلاجي القائم على التقبُّل والالتزام.
 - الجلسة الثالثة: التعريف بمفهوم التعاطف الذاتي ومعوقاته، وتهيئة المشاركات في البرنامج على البدء بممارسته.
 - الجلسة الرابعة: ممارسة التعاطف الذاتي في البرنامج، من خلال تمرين اليقظة الذهنية، والتدريب في المواقف الصعبة، وإيجاد الصوت الداخلي الرحيم.
 - الجلسة الخامسة: تيسير التعاطف الذاتي وتعزيز الممارسة، من خلال تمرين اليقظة الذهنية، وفهم العلاقة بين بعض السلوكيات غير التوافقية وبين مواقف العنف، والتعرُّف على الناقد اللاذع بداخلنا ومواجهته، واستحضار النماذج العظوفة.
 - الجلسة السادسة: تنمية القبول أو اليقظة والحضور الذهني، من خلال التخلّي عن مقاومة الألم والرغبة في السيطرة على الخبرات الداخلية، وإفساح المجال لها (القبول) كبديل لمحاولات التجنُّب والقمع، والتدريب على الحضور الذهني.
 - الجلسة السابعة: التدريب على التفكيك أو الانفصال المعرفي، من خلال مجموعة تمارين، تهدف إلى خلق مسافة بين الفرد وأفكاره المؤلمة بدلاً من التوحُّد معها والاستجابة الفورية لها.
 - الجلسة الثامنة: استحضار القيم الشخصية والاتصال بها من خلال المناقشة والتمارين.
 - الجلسة التاسعة: تحديد الأهداف المشتقة عن القيم، والاستعداد للفعل الملزم من خلال التدريب على بناء الأهداف، وتحديد الخطوات والإجراءات التي ينبغي اتخاذها لخدمة القيمة المختارة، والتغلُّب على معوقات تنفيذها.
 - الجلسة العاشرة: متابعة الفعل وتشجيع الالتزام، من خلال زيادة تكرار السلوكيات المنسجمة مع القيم (تطبيع الصعوبات، إعادة التوجيه، التخطيط للمهام)، والتهيئة لمفهوم الذات الملاحظة.
 - الجلسة الحادية عشرة: مراجعة التقدُّم لدى المشاركات في البرنامج، من خلال تخصيص وقت لكل مشاركة؛ لمراجعة التقدُّم بواسطة تمرين مُخصَّص، يمكنَّهن من متابعة أدائهن بأنفسهن.
 - الجلسة الثانية عشرة: تقديم مفهوم الذات الملاحظة والتعريف ورفع الوعي بها، من خلال مجموعة من التمارين والاستعارات.
 - الجلسة الثالثة عشرة: استكمال الذات الملاحظة، والمراجعة، والإنهاء، وإجراء القياس البعدي.
- الفيئات المستخدمة في البرنامج: المحاضرة، المناقشة والحوار، طرح الأسئلة، التغذية الراجعة، أوراق العمل، الواجب المنزلي، التلخيص والمراجعة، التعزيز، التفسير، إعادة الصياغة، عكس المشاعر، التنفيس الانفعالي، إظهار التعاطف والتفهُّم، التخيل، التعرض، التقييم الذاتي على متصل، المراجعة الذاتية، تمارين الاستعارات،

تمارين اليقظة الذهنية والحضور الذهني، تعديل اللغة المستخدمة، تمرين فرز القيم، تمارين التخطيط كجزء من حل المشكلات، تمرين إعادة التوجيه ومحطات الاختيار.

الأساليب الإحصائية

- اختبار ويلكوكسون: للكشف عن الفروق في متوسطات الرتب للقياسين القبلي والبعدي أو البعدي والتتابعي.
- معادلة كوهين: للكشف عن حجم الأثر للبرنامج الإرشادي في التأثير على المتغيرات التابعة.

نتائج الدراسة ومناقشتها

نتيجة ومناقشة السؤال الأول: هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي التعاطف الذاتي المختصر، وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المعتنفات في مدينة الرياض في القياسين القبلي والبعدي؟

للإجابة عن هذا السؤال: تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon)؛ لبيان دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة على مقياسي التعاطف الذاتي، وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة في القياسين القبلي والبعدي، والجدول الآتي يوضح أهم النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول ٤ نتائج اختبار (Wilcoxon) للفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة على كلا المقياسين في القياسين القبلي والبعدي، وحجم التأثير (n=11)

الأبعاد	المتغير	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة	قيمة (d) وحجم التأثير
بُعد اللطف مع الذات	الرتب السالبة	١	٦,٠٠	٦,٠٠	-٢,٢٢٣	*٠,٠٢٦	٠,٨٩
بُعد الإنسانية المشتركة	الرتب الموجبة	٩	٥,٤٤	٤٩,٠٠	-٢,٩٤٣	*٠,٠٠٣	١,٦٦
بُعد اليقظة الذهنية	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	-٢,٨١٢	*٠,٠٠٥	١,٤٥
مقياس التعاطف الذاتي ككل	الرتب الموجبة	١١	٦,٠٠	٦٦,٠٠	-٢,٨٤٧	*٠,٠٠٤	١,٥٥
مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	-٢,٧٥٨	*٠,٠٠٦	١,٣٨
	الرتب الموجبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠			
	الرتب السالبة	١	١,٠٠	١,٠٠			
	الرتب الموجبة	١٠	٦,٥٠	٦٥,٠٠			
	الرتب السالبة	١٠	٦,٤٠	٦٤,٠٠			
	الرتب الموجبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠			

* وجود دلالة عند مستوى (٠,٠٥)

يتضح من الجدول (٤) ما يلي:

- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٠٤) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على جميع أبعاد مقياس التعاطف الذاتي وعلى الدرجة الكلية في القياسين القبلي والبعدي، لصالح القياس البعدي، ولمعرفة حجم تأثير المتغير المستقل وهو البرنامج في إحداث الفرق الحاصل للمتغير التابع وهو

درجات مقياس التعاطف الذاتي؛ تم استخدام معادلة كوهين، حيث تراوحت قيمة d المحسوبة في القياس البعدي لمقياس التعاطف الذاتي (كأبعاد، وككل) بين (٠,٨٩-١,٦٦)، مما يشير إلى أن حجم تأثير المتغير المستقل وهو أثر استخدام برنامج قائم على القبول والالتزام كان مرتفعًا، ويقع في نطاق حجم التأثير الكبير على المتغير التابع (الدرجة على الأبعاد والدرجة الكلية).

■ وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٠٦) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة في القياسين القبلي والبعدي، لصالح القياس البعدي، ولمعرفة حجم تأثير المتغير المستقل وهو البرنامج في إحداث الفرق الحاصل للمتغير التابع وهو مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة؛ تم استخدام معادلة كوهين (Cohen)، حيث إن قيمة d المحسوبة في القياس البعدي لمقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة هي (١,٣٨)، مما يشير إلى أن حجم تأثير المتغير المستقل، وهو أثر استخدام برنامج قائم على القبول والالتزام، كان مرتفعًا، ويقع في نطاق حجم التأثير الكبير لمستويات حجم التأثير.

يتضح مما سبق عرضه وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس التعاطف الذاتي في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، وبالنظر إلى حجم الأثر لكل بعد وللدرجة الكلية يتبين أن البرنامج القائم على القبول والالتزام قد حقق نجاحًا وفاعلية كبيرة مع المعتنفات المشاركات في البرنامج.

وتنسجم هذه النتيجة مع نتائج دراسة أماماغايسي وأتاشبور (Emamghaisi & Atashpor, 2019) التي خلصت إلى فاعلية العلاج بالقبول والالتزام لتخفيف الشعور بالخزي، ودراسة فراري (Ferrari, et al., 2019) التي بينت أن التدخلات المبنية على التعاطف الذاتي أدت إلى تحسن دال في (١١) متغير نفسي واجتماعي، من أهمها: لوم الذات، والتفكير الاجتراري، والقلق.

كما تنسجم نتائج الدراسة مع دراسة يادافيا وهايوز وفيلارداجا (Yadavaia, Hayes, & Vilardaga, 2014) التي خلصت إلى تفوق العلاج بالقبول والالتزام في تحسين التعاطف الذاتي والتحكم في الضيق النفسي العام والقلق، كما بينت أن المرونة النفسية (وهي الهدف الرئيس لهذا الأسلوب العلاجي) تعمل كمتغير وسيط في التغيرات الحاصلة في التعاطف الذاتي والضيق النفسي العام، خصوصًا للأشخاص الذين تعرضوا بشكل أكبر من غيرهم للصدمة.

وقد حقق العلاج القائم على القبول والالتزام خلال العقد الماضي نجاحًا دعمته الأدلة الأمبريقية في التعامل مع مختلف المشاعر السلبية، مثل: الشعور بالعار، ولوم الذات، حيث إن العمليات أو المهارات الست التي يقوم عليها العلاج بالقبول والالتزام تجسّد في ذاتها التعاطف أو التراحم، ومع ذلك لا يعرف إذا

كان التعاطف الذاتي المتأصل في هذا الأسلوب العلاجي هو ما يفيسّر فعاليته في الحد من الشعور بالخزي ولوم الذات، أو ما إذا كان العمل المركز من خلاله على التعاطف الذاتي هو ما يعول عليه في تحسين النتائج مع الأشخاص الذين يميلون إلى انتقاد أنفسهم والحكم عليها بقسوة (Luoma & Platt, 2015).

وأظهرت النتائج أن اللطف مع الذات كبعد من أبعاد التعاطف الذاتي قد تحسّن بشكل دال عند المشاركات بعد تطبيق البرنامج، ويقيس هذا البعد القدرة على التعامل مع الذات برفق وحنو، يعكسان قدرًا من التفهّم، بينما يقابله الحكم على الذات أو لوم الذات الذي يشير إلى قسوة الأحكام الصادرة على الذات وتقريعها.

إن تحسين مستويات التعاطف الذاتي من شأنه - كما ترى الباحثة - أن يحقّف من مشاعر الخزي ولوم الذات، ويقلل من الشعور بفقدان الأهمية واستحقاق العقاب، وهذا ينسجم مع ما ذكره برايلر ونيف (Braehler & Neff, 2020) من أن هذا الاستدخال للمعاملة المسيئة من قبل الآخرين هو نتيجة شائعة للصدمة المزمّنة في العلاقات البين شخصية، في حين يُفترض أن زيادة التعاطف الذاتي عند الأفراد المصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة يساعدهم على تنظيم مشاعرهم بشكل أفضل، وتحسين مفهوم الذات، وإقامة العلاقات الشخصية عن طريق تقليل مشاعر الخزي، والشعور بالذنب، والفشل والهزيمة.

وأظهرت النتائج أن الإنسانية المشتركة كبعد من أبعاد التعاطف الذاتي قد تحسّن بشكل دال عند المشاركات بعد تطبيق البرنامج، ويقيس هذا البعد مدى استطاعة الفرد النظر إلى خبراته الشخصية ومعاناته كجزء من الخبرة الإنسانية المشتركة بين معظم البشر، بينما يقابله الإحساس بالعزلة والوحدة عندما ينظر الفرد إلى تجاربه الشخصية بمعزل عن الآخرين وفي سياق منفصل، بحيث يعتقد أنه وحيد في معاناته.

فالشعور بالوحدة والانفصال عن الآخرين يشكّل جزءًا من معظم أشكال الكرب والاضطراب النفسي، ويحسّن التعاطف من القدرة على التطمين والتهديئة الذاتية، وتوليد مشاعر الدفء والتراحم والتواصل مع الآخر (Boersma, Håkanson, Salomonsson, & Johansson, 2015).

وقد عملت الباحثة خلال جلسات البرنامج على ترسيخ حقيقة أن الألم والهشاشة والخطأ والنقص تجارب بشرية مشتركة، فرغم التفاوت بين الناس في درجة المعاناة ونوعها إلا أنها جزء من الحياة، ولا يستثنى من ذلك أحد، كما ركّز البرنامج على تشجيع الحديث بانفتاح، ومشاركة الخبرات المؤلمة، وتقديم تغذية راجعة متفهمة ومتعاطفة، مما ساعد على تقوية الروابط بين عضوات المجموعة، وتنمية قدرتهن على التعاطف مع آلام مشابهة لألمهن الشخصي كخطوة أولية لتحسين التعاطف الذاتي، بالإضافة إلى أن اطلعهن على

معاناة بعضهن البعض ساعدهن على الشعور بأنهن لسن وحيدات في معاناتهن، وقلل من الشعور بالعزلة والانفصال.

كما أظهرت النتائج أن اليقظة الذهنية كبعد من أبعاد التعاطف الذاتي قد تحسّنت بشكل دال عند المشاركات بعد تطبيق البرنامج، ويقيس هذا البعد قدرة الفرد على الوعي بخبراته في اللحظة الحالية، وإدراك خبراته المؤلمة، وانفتاحه عليها بشكل متوازن بدلاً من قمعها أو المبالغة في التوحد معها، وهو ما يشير إليه المفهوم المقابل: التوحد المفرط.

حيث يتطلب التعاطف الذاتي اتباع نهج متوازن تجاه مشاعرنا السلبية؛ حتى لا يتم قمعها أو المبالغة في الانجراف معها، وينبع هذا الموقف المتوازن من عمليتين، الأولى: ربط التجارب الشخصية بتجارب الآخرين الذين يعانون أيضاً، وبالتالي يتم النظر للوضع الشخصي من منظور أكبر، والثانية: الاستعداد والرغبة في ملاحظة أفكارنا وعواطفنا السلبية بانفتاح ووضوح، وهو ما يقصد باليقظة العقلية كحالة ذهنية متقبلة وغير حاكمة، يلاحظ فيها المرء أفكاره ومشاعره كما هي، فلا يمكننا أن نتجاهل ألمنا وأن نشعر بالتعاطف معه في الوقت نفسه، كما تتطلب اليقظة عدم المبالغة "في التوحد" بالأفكار والمشاعر المؤلمة؛ حتى لا تكتسح الفرد وتغرقه فيها (Neff, 2003; Neff, 2021).

وقد عملت الباحثة من خلال جلسات البرنامج على تدريب المشاركات على اليقظة الذهنية والتركيز عليها، ليس فقط كأحد مكونات التعاطف الذاتي، بل كمهارة من المهارات الست الأساسية التي يقوم عليها العلاج بالقبول والالتزام، فكان لها نصيب جيد من التدريب والممارسة، وتنوع التمارين والواجبات المنزلية الخاصة بها.

وبما أن اليقظة العقلية تتطلب عدم المبالغة في التوحد مع الأفكار والمشاعر المؤلمة، فهنا يأتي دور الانفصال المعرفي كواحدة من أهم مهارات العلاج بالقبول والالتزام، وبناء عليه فقد خصّصت الباحثة جلسة تم فيها تقديم المفهوم وشرحه وبيان أهميته والتدرّب على ممارسته، بالإضافة لتكليفهن بواجب منزلي يعزز الممارسة.

وأخيراً أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى التعاطف الذاتي ككل قد تحسّن بشكل دال لدى المشاركات بعد تطبيق البرنامج، وفي هذا تأكيد على أن البرنامج القائم على العلاج بالقبول والالتزام في هذه الدراسة قد ساهم بدرجة جيدة في رفع مستوى التعاطف الذاتي لدى عينة المُعنفات، فالتعاطف الذاتي يوفّر ملاذًا داخليًا آمنًا، يمكّن الأفراد من الرجوع إليه عند الشعور بالضييق كقاعدة آمنة تسمح لهم بالتعافي

(Braehler & Neff, 2020)، وهي مهارة يمكن للأفراد اكتسابها وتحسينها، كما أنها أداة مفيدة للممارسين خصوصًا القائمين على معالجة الناجين من إساءة المعاملة (Tesh, Learman, & Pulliam, 2015). ويؤكد كل من نيف وتريش (Neff & Tirch, 2013) على الحاجة إلى التدخلات العلاجية التي تعزز التعاطف الذاتي؛ لمساعدة الأفراد الذين يعانون من تاريخ عائلي مشكل للتكيف بفاعلية كراشدين. ومما عزز - في رأي الباحثة - من تحسين التعاطف الذاتي مجموعة من النقاط التي اشتمل عليها البرنامج، والتي استهدفت التعاطف الذاتي تحديداً بالتحسين بشكل مباشر، ومنها:

- تناول الاعتقادات التي من شأنها أن تعيق التعاطف الذاتي، مثل الاعتقاد بأن التعاطف الذاتي هو نوع من التساهل مع النفس أو الضعف أو الاعتقاد بأن التخلي أو التوقف لوم الذات ومعاقبتها وانتقادها سيجعل الشخص فاشلاً أو سيئاً، ويتمادى في ارتكاب الأخطاء، أو الاعتقاد بأنه (لا يحق لي أن أكون متعاطفة مع نفسي؛ لأن هناك آخرين يعانون أكثر مني)، وغيرها من الاعتقادات التي كانت موجودة بشكل أو بآخر لدى المشاركات، حيث أفصح عن كونهن يعتقدن بشيء منها، مما يصعب عليهن التعاطف مع ذواتهن، حيث بدت لبعضهن فكرة التعاطف الذاتي في بادئ الأمر غير منطقية أو مستساغة.
- تكليفهن بالممارسة اليومية لأنشطة يقررنها تعبيراً عن العناية بالذات بشكل أو بآخر، أيًا كان نوعها ومهما بدت الأمور بسيطة واعتيادية.
- تعليم المشاركات إمكانية استخدام التعاطف الذاتي كوسيلة للتحفيز وتحسين الدافعية للتغيير بدلاً من انتقاد الذات ولومها، وتكريس مشاعر الحزي من خلال (تمرين إيجاد الصوت الداخلي الرحيم)، والتعريف على (الناقد اللاذع) بداخلنا وتمييز صوته، والردّ عليه.
- فهم العلاقة بين بعض السلوكيات المشككة (غير توافقية) التي يعاني منها وما تم التعرض له من تعنيف، بحيث يساعد الربط بين سلوكيات المعنفة وتجربتها التي عاشتها على أن تصبح أكثر تفهؤماً لسلوكها، وبالتالي أكثر تعاطفاً وصبراً مع نفسها، وكذلك أقل غضباً ولوماً تجاه نفسها.

وفيما يتعلق بأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة؛ فقد أظهرت نتائج الدراسة الحالية وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة على الدرجة الكلية لمقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة للمُعنفات في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، وبالنظر إلى حجم الأثر يتبين أن البرنامج القائم على القبول والالتزام قد حقق نجاحاً وفاعلية كبيرة مع المُعنفات الخاضعات للبرنامج، حيث انخفضت حدة أعراض (PTSD) بشكل دال لدى المشاركات بعد تطبيق البرنامج، وفي هذا تأكيد على أن البرنامج القائم على العلاج بالقبول والالتزام في هذه الدراسة قد ساهم بدرجة جيدة في خفض الأعراض لدى عينة المُعنفات.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة بولز ومورل (Boals & Murrell, 2016) التي توصلت إلى أن المشاركات اللاتي عانين من صدمات نفسية؛ جراء العنف والإساءة أو الفقد، واللاتي تلقين العلاج بالقبول والالتزام من المجموعة التجريبية أظهرن انخفاضًا كبيرًا في أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، كذلك مع دراسة غراو وزملائه (Grau, McDonald, Clark, & Wetterneck, 2020) التي خلصت إلى تعزيز المنطق الذي تقوم عليه، وتستهدفه هذه العمليات الخاصة بالعلاج بالقبول والالتزام عند عينة المرضى باضطراب ما بعد الصدمة.

وتشيع عند المُعَنَّفَات مجموعة من ردود الفعل الناتجة عن تكرار المواقف المهددة والضاغطة، مثل: إعادة معايشة الذكريات الصادمة بشكل متكرر، والمشاعر الاكتئابية، مثل: التبدل العاطفي، وانخفاض الدافعية، وقلة الاهتمام بالعناية الشخصية، وارتفاع مستوى الاستثارة والقلق (التيقظ المبالغ فيه)، والانفصال عن الآخرين، والتطرف الانفعالي أو العواطف المتفجرة، كما أنهن يطورن عجزًا متعلمًا؛ كون محاولاتهن السابقة في تلافي العنف تؤدي إلى زيادته، وسلوكًا تجنُّبياً (Wandrei, 2019) أو ما يسمى بالتكيف المتجنب (Clements & Sawhney, 2000)

هذا السلوك التجنبي الذي هو أحد أعراض (PTSD) أو أحد المحكات التشخيصية يقصد به: سعي المُعَنَّفَة ومحاولاتها الحثيثة إلى تجنُّب أو قمع الأفكار والمشاعر والذكريات غير المرغوبة المرتبطة بالتعنيف (تجنُّب خبراتي وهروب انفعالي)، مما قد يؤدي إلى مزيد من الإحباط والانهك النفسي.

وهو من أهم ما يستهدفه العلاج بالقبول والالتزام ويعمل على تقليله، من خلال مفهوم اليأس الخلاق، وهي العملية التي يدرك الفرد من خلالها عدم جدوى جهوده في التخلص من الألم، بل إن بعض هذه الجهود تفاقمه، وعندها سيشعر الإحباط، لا ينبغي تهمين هذا الإحباط أو التعجل في تخفيفه، فهو جزء من العملية؛ حتى يتمكن من الانفتاح على تجربة جديدة؛ للتعامل مع الصدمات (Settles, Morris, & Bratkovich, 2017).

بعد استيعاب العلاقة المباشرة بين المحاولات المباشرة للسيطرة على المعاناة وتفاقمها، يأتي دور مفهومي القبول والحضور أو اليقظة الذهنية، فمن خلال إيضاح الطرق التي يتعامل بها الناجون من الصدمات بشكل يتعارض مع الحضور الذهني (إما بالانفصال والتبدُّد أو سهولة الاستثارة والتحمُّس المفرط)، وتقديم الأمثلة، وتفسير الأسباب، والاستعانة بالتمارين والاستعارات، مما ساهم في تحسين مهارتي القبول والحضور الذهني كائنين من أهم مبادئ العلاج بالقبول والالتزام، حيث إن مقاربات الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي في معظمها تستند على اليقظة الذهنية، وتسعى إلى تغيير العلاقة بين الفرد وخبراته الداخلية (انفعالات - أفكار - أحاسيس جسدية) بدلاً من تغيير محتوى هذه الخبرات.

واليقظة الذهنية نوع من التدريب الذهني والانفعالي على تغيير علاقة الفرد بانفعالاته، سواء كانت إيجابية أم لا، ومقاومة الرغبة في السيطرة على أفكاره المتطفلة، واغتنام الخبرة الحسية للحظة الراهنة، وملاحظتها وتقبلها كما هي، والقدرة على الانفصال عن التجارب الماضية أو المتوقعة، وقد وجد أن هذه المبادئ تعمل على تخفيف أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة كما اقترحت الباحثة لينارد (Lienard, 2012) خاصة أعراض التجنب وإعادة المعيشة (بلحسيني، ٢٠٢١).

لا يكفي العلاج بالقبول والالتزام عند هذا الحد، بل يسعى إلى تحويل التركيز على الأهداف والقيم الحياتية الشخصية المهمة لدى الفرد، وعلى الالتزام بالسلوكيات التي من شأنها أن تقرّب منه، فعملت الباحثة خلال بضع جلسات أخرى على مساعدة المشاركات على استحضار وتحديد قيمهن الشخصية الكبرى والاتصال بها، وتحديد الأهداف المشتقة عن هذه القيم، والاستعداد للفعل ومتابعته وتشجيع الالتزام به.

وترى الباحثة أن كل ما سبق من شأنه أن يخفّض أعراض (PTSD)، كما أن التركيز على تحسين مستوى التعاطف يساهم في خفضها أيضاً، ويدعم هذا الافتراض عدد من الدراسات مثل: (Ashfield, Chan, & Deborah, 2020) التي كشفت عن مساهمة التعاطف الذاتي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ورفع الجاهزية والاستعداد للعلاج بالتعرض للذكريات الصادمة، ودراسة بومونت وزملائها (Beaumont, Galpin, & Jenkins, 2012) التي خلصت إلى أن المستويات العالية للتعاطف الذاتي ترتبط بانخفاض القلق والاكتئاب والأعراض المرتبطة بالصددمات، ودراسة ماتوس وزملائه (Matos, Duarte, Duarte, 2018) التي بينت أن تكرار الممارسات اليومية القائمة على التعاطف والاعتقاد بأهميتها ارتبط بتجسيد التعاطف الذاتي والتطمين الذاتي (Reassured Self)، وساهم في التقليل من لوم الذات. نتيجة السؤال الثاني: هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياسي التعاطف الذاتي المختصر، وأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة لدى المُعنفات في مدينة الرياض في القياسين البعدي والتتبعي؟

ولإجابة عن التساؤل الثاني للدراسة: تم استخدام اختبار (Wilcoxon)؛ لبيان دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة على مقياسي التعاطف الذاتي، وكرب ما بعد الصدمة في القياسين البعدي والتتبعي، والجدول الآتي يوضح أهم النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول ٥ نتائج اختبار (Wilcoxon) للفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة على كلا المقياسين في القياسين البعدي والتبقي، وحجم التأثير (n=11)

الأبعاد	المتغير	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة	قيمة (d) وحجم التأثير
يُعد اللطف مع الذات	الرتب السالبة	٤	٥,٨٨	٢٣,٥٠	٠,٤١١	٠,٦٨١	
	الرتب الموجبة	٦	٥,٢٥	٣١,٥٠			
يُعد الإنسانية المشتركة	الرتب السالبة	٤	٤,٣٨	١٧,٥٠	٠,٠٧١	٠,٩٤٣	-
	الرتب الموجبة	٤	٤,٦٣	١٨,٥٠			
يُعد اليقظة الذهنية	الرتب السالبة	٤	٥,٢٥	٢١,٠٠	٠,٦٧٢	٠,٥٠١	-
	الرتب الموجبة	٦	٥,٦٧	٣٤,٠٠			
مقياس التعاطف الذاتي المختصر	الرتب السالبة	٤	٥,٨٨	٢٣,٥٠	٠,٤٠٩	٠,٦٨٣	-
	الرتب الموجبة	٦	٥,٢٥	٣١,٥٠			
مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة	الرتب السالبة	٨	٧,٣٨	٥٩,٠٠	٢,٣١٤	٠,٠٢١	٠,٧٤٤ تأثير متوسط
	الرتب الموجبة	٣	٢,٣٣	٧,٠٠			

يظهر الجدول (٥) ما يلي:

- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة على أبعاد مقياس التعاطف الذاتي، وكذلك على المقياس ككل في القياسين البعدي والتبقي، حيث كانت قيم مستوى الدلالة في اختبار (Wilcoxon) تتراوح بين (٠,٩٤٣-٠,٥٠١)، وهي قيم غير دالة عند مستوى (٠,٠٥).
- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٢) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة في الدرجة على مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة في القياسين البعدي والتبقي لصالح القياس التبقي، كما تم الكشف عن حجم تأثير المتغير المستقل (البرنامج الإرشادي) في إحداث الفرق الحاصل في المتغير التابع (درجات مقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة للمُعنفات) بواسطة معادلة (Cohen)، حيث تراوحت قيمة d المحسوبة في القياس التبقي لمقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة (٠,٧٤)، مما يشير إلى أن حجم تأثير المتغير المستقل -وهو أثر استخدام برنامج قائم على القبول والالتزام- كان مرتفعاً في المتغير التابع "درجات مقياس اضطراب كرب ما بعد الصدمة"، وهي نسبة متوسطة تقع في نطاق حجم التأثير المتوسط لمستويات حجم التأثير.

- تشير النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة على الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس التعاطف الذاتي في القياسين البعدي والتبقي، وهذا يعني أنه وبعد مرور شهر على تطبيق البرنامج (فترة المتابعة) فإن مستوى التعاطف الذاتي لم يتراجع، كما لم يرق التحسن إلى درجة الدلالة. وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى استمرار أثر التدريب، فالمهارات المكتسبة خلال البرنامج ظلت حتى بعد فترة من انتهائه؛ كون محتوى جلسات البرنامج ومعظم نقاشاته، والتفاعلات بين المشاركات جسدت معنى التعاطف بمفهومه الواسع، بالإضافة إلى التعاطف الذاتي المستهدف بالتحسين، ورسخت قيمته لدى

المشاركات وممارساتهن اليومية، مما انعكس على الطريقة التي يدركن بها أنفسهن ومعاناتهن، وكذلك على تفاعلاتهن مع الآخرين.

وتنسجم هذه النتيجة مع ما خلصت إليه دراسة ماتوس وزملائه (Matos, Duarte, Duarte, Gilbert, & Pinto-Gouveia, 2018) وهو أن رعاية وصقل ممارسات التعاطف في الحياة اليومية مفتاح لتعزيز التعاطف الذاتي، وتحسين القدرة على تلقي وتقبُّل التعاطف من الآخرين، كما تعزّز الشعور بالأمان، والشعور بالرضا، ومشاعر الهدوء.

كما تفسّر الباحثة استمرار أثر البرنامج القائم على العلاج بالقبول والالتزام؛ بسبب امتداد أثر التعلم، فالخبرات المكتسبة خلال الجلسات يتم تعميمها والاستفادة منها خارجها في الحياة الواقعية.

في حين تشير النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة على الدرجة الكلية لمقياس أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة للمُعنفات في القياسين البعدي والتبقي لصالح القياس التبقي، وهذا يعني أن أعراض (PTSD) أخذت في التناقص خلال فترة المتابعة (شهر)، وبالنظر إلى حجم الأثر يتبيّن أن البرنامج القائم على القبول والالتزام قد حقّق أثرًا ذي فاعلية مرضية مع المُعنفات المشاركات، وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى استمرار أثر التدريب، فالمهارات المكتسبة خلال البرنامج استمرت في التحسّن حتى بعد فترة من انتهائه.

كما يمكن أن تُفسّر هذه النتيجة بأن مفاهيم العلاج بالقبول والالتزام ساعدت المشاركات على تغيير موقفهن تجاه كربهن النفسي، ومكنتهن من تقليل محاولات قمع الخبرات المؤلمة وزيادة الانفتاح عليها، مما حسّن من قدرتهن على قبولها والتخلّي عن مقاومتها، والالتفات لما هو مهم وذو معنى بالنسبة إليهن على الرغم منها، مما ساهم في استمرار التحسّن خلال فترة المتابعة (شهر) حتى بعد انتهاء الجلسات.

ولعل التحسّن الذي لمسناه خلال البرنامج وبعد انتهائه دفعهن للمواصلة والاستمرار في تفعيل المفاهيم المتعلمة، وتطبيق المهارات المكتسبة وممارستها في حياتهن اليومية، مما جعلهن أكثر وعيًا بقدرتهن على التحسّن، وأكثر ثقة بذواتهن في تحديد أهدافهن حسب أولوياتهن، والمعاني المشتقة من قيمهن الشخصية، وتحمل مسؤولية العمل نحوها، وكل هذا من شأنه أن يساهم في استمرار التحسّن، وخفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

ومما يدعم التفسيرات السابقة وجود عدد من الدراسات التي توصلت إلى استمرار فاعلية العلاج بالقبول والالتزام خلال فترات المتابعة مع مختلف الأعراض، ومنها دراسة:

(خطاطبة، ٢٠٢١) (سيد، ٢٠١٩) (Molavi, (Wharton, Edwards, Juhasz, & Walser, 2019) (Abedi, amiri, & Esmaeili, 2018) (Boals & Murrell, 2016)

التوصيات

- الاستفادة من البرنامج القائم على العلاج بالقبول والالتزام المعد في الدراسة الحالية من قبل المرشدين والأخصائيين النفسيين العاملين في المؤسسات المعنية، مثل: دور الحماية الاجتماعية، ومراكز التوجيه والإرشاد الأسري، والمستشفيات، وغيرها.
- الاستفادة من البرنامج المعد في الدراسة الحالية في تطوير برامج قائمة على العلاج بالقبول والالتزام تتلاءم مع البيئة المحلية؛ كونه من الأساليب العلاجية الحديثة التي تحتاج لمزيد من التفعيل في البيئات العربية في ظل ندرة ممارسته، والدراسات التي تعنى به.
- الاستفادة من جلسات البرنامج بتنفيذه، والتحقق من فعاليته على مشكلات أو أعراض نفسية أخرى وعلى فئات مختلفة كالمرضى بأمراض مزمنة أو خطيرة، وأمهات الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة، والسجينات.
- تقديم مزيد من العناية بفترة المُعنفات كفترة قلما يولى إليها الاهتمام والعناية المطلوبين من حيث التوعية والتثقيف المجتمعي بقضية العنف الأسري، في سبيل مقاومة وصمة العار المرتبطة بالإفصاح عن حصول العنف، فالعنف ليس مسألة عائلية خاصة، وإنما قضية مجتمع ينبغي الالتفات لها بالمكافحة؛ لتبعاتها السلبية على الأفراد والمجتمعات.

الأبحاث المقترحة

- فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تحسين الصحة النفسية للمراهقين المُعنفين من كلا الجنسين.
- فعالية العلاج القائم على التعاطف الذاتي في تحسين جودة حياة المُعنفات أو صحتهن النفسية.
- فعالية العلاج القائم على التعاطف الذاتي في خفض سلوكيات إيذاء الذات.

المراجع

المراجع العربية

أحمد، داود. (٢٠١٧). القدرة التنبؤية لليقظة العقلية والتعاطف الذاتي بالخلل الوظيفي لدى مرضى الاكتئاب الرئيس [رسالة ماجستير، جامعة عمان الأهلية]. قاعدة معلومات دار المنظومة.

بدران، سعاد. (٢٠١٠). أثر برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء المعتنفات في مدينة عمان. [رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية]. قاعدة معلومات دار المنظومة.

برنامج الأمان الاسري الوطني. (٢٠١٨). التقارير السنوية. تاريخ الاسترداد ٢٠٢١، من برنامج الأمان الاسري الوطني: <https://nfsp.org.sa/ar/about/Pages/reports.aspx>

بلحسيني، وردة. (٢٠٢١). اضطراب الضغوط التالي للصدمة وجهًا لوجه أمام الايام الصعبة. دار الشروق. بينيت، ريتشارد، وأوليفر جوزيف. (٢٠٢٠). العلاج بالقبول والالتزام: ١٠٠ نقطة رئيسة وأسلوب. (عمر سيد، مترجم) مكتبة الأنجلو المصرية.

جبريل، موسى، ومحمد، أسماء. (٢٠١٣). أثر برنامج علاجي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى النساء المعتنفات في الأردن. دراسات العلوم التربوية، ٤٠ (١) ١٦٣ - ١٨٠.

الجمعية الوطنية لحقوق الإنسان. (٢٠١٩). التقرير السنوي السادس عشر. تاريخ الاسترداد ٢٠٢١، من http://nshr.org.sa/infocenter/?post_type=stats_association

الجمعية الوطنية لحقوق الإنسان. (مارس، ٢٠١٨). التقرير السنوي الخامس عشر للجمعية الوطنية لحقوق الإنسان. تاريخ الاسترداد ٢٠٢٠، من الجمعية الوطنية لحقوق الإنسان: https://nshr.org.sa/?publication_category=term5

حسن، محمد. (٢٠١٨). العنف ضد الزوجة وعلاقته بالصحة النفسية في محافظة ديالي. مجلة العلوم الاجتماعية والتربوية، ٥ (١٢) ٣٥٨-٣٧٧.

خطاطبة، يحيى، والعتيبي، موفقة. (٢٠١٨). مهارات التعبير عن الذات وعلاقتها بأعراض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المعتنفات في مدينة الرياض. المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، ٣ (١) ١٦٦-١٩٧.

خطاطبة، يحيى. (٢٠٢١). فاعلية برنامج إرشادي قائم على القبول والالتزام في خفض أعراض اضطراب الشره العصبي وتحسين الرضا عن صورة الجسم لدى النساء ذوات الوزن الزائد. مجلة الدراسات التربوية والنفسية- جامعة السلطان قابوس، ١٥ (١) ١-٢٦.

خمار، إيمان، ونابتي، فضيلة. (٢٠١٩). مدى فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الرجوعية لدى الأطفال المصابين بداء السكري. الجزائر [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة ٨ ماي ١٩٤٥ قلمة.

- راجا، شيلا. (٢٠١٩). دليل علمي تكاملي لعلاج الصدمة النفسية واضطرابات كرب ما بعد الصدمة. (محمد الصبوة، مترجم) مكتبة الانجلو المصرية.
- الريالات، سليمان. (٢٠١٢). مدى فاعلية برنامج ارشادي علاجي لتخفيف أعراض ما بعد الصدمة لدى عينة من الفتيات المعتنفات. مجلة كلية التربية، ٢٣ (٩٢) ١٣٩-١٦٠.
- الزهرة، ريجاني. (٢٠١٠). العنف الأسري ضد المرأة وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة محمد خضير-بسكرة.
- السجل الوطني لتسجيل حالات العنف والإيذاء ضد الأطفال والبالغين. (٢٠٢٢). حالات العنف والإيذاء. برنامج الأمان الأسري الوطني.
- السعيدة، خولة. (٢٠١٠). الخصائص المعرفية والانفعالية لدى عينة من الزوجات المعتنفات وغير المعتنفات. المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، ٣ (٣) ٢٧٦-٢٩٢.
- سيد، سعاد. (٢٠١٩). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض قلق المستقبل المهني لدى طلاب شعبة التربية الخاصة. مجلة كلية التربية-جامعة أسيوط، ٣٥ (٥) ٢٣٤ - ٢٨١.
- الشافعي، علاء. (٢٠٢٠). مستوى القلق لدى عينة من السيدات المعتنفات بمحافظة غزة. المجلة العربية للعلوم ونشر الأبحاث، ٤ (٢٩) ١٤٠-١٥٥.
- ضمرة، جلال، وغباري، ثائر. (٢٠١٥). مستويات ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من ضحايا العنف الأسري من النساء المعتنفات في ضوء متغيرات متعددة. مجلة العلوم التربوية والنفسية، ١٦ (١) ٢٣٧-٢٦٦.
- ضمرة، جلال. (٢٠١١). أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء المعتنفات في الأردن. دراسات العلوم التربوية، ٣٨ (٢) ٢٣٠١-٢٣١٤.
- عبدالستار، رشا. (٢٠١٧). الفروق في العلاقة بين التسامح واجترار الأفكار لدى المعتنفات وغير المعتنفات. دراسات نفسية، ٢٧ (٣) ٤١٣-٤٦٦.
- الغريبي، منال. (٢٠١٨). دور الحماية الاجتماعية في تكييف المعتنفات أسرياً: دراسة تطبيقية على دار الحماية الاجتماعية بجدة. المجلة العربية للعلوم ونشر الأبحاث، ٨ (٢)، ٢٩-٥٢.

مساران لبلاغات العنف الأسري. (مارس، ٢٠١٥). تاريخ الاسترداد ٢٠٢٠، من وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية: <https://www.hrsd.gov.sa/ar/media-center/news/3291>

المقبل، هدى. (٢٠١٩). العلاقة بين جودة الحياة وأعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات [رسالة ماجستير، جامعة عمان اليرموك]. قاعدة معلومات دار المنظومة.

مكاي، ماثيو، وسي وود جيفري، وبرانтели، جيفري. (٢٠٢١). الدليل العملي لمهارات العلاج الجدلي السلوكي. (عبدالجواد أبو زيد، مترجم) مكتبة الأنجلو المصرية.

منظمة الصحة العالمية. (٢٠٢١). العنف الممارس ضد المرأة. تاريخ الاسترداد يوليو، ٢٠٢٣، من منظمة الصحة العالمية: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

واكلي، بدیعة، وصحراوي، نسرین. (٢٠١٦). مساهمة العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من الأعراض الاكتئابية. مجلة دراسات لجامعة الأغواط، (١٤) ١١٤-١٣١.

المراجع الأجنبية

- Aguilar, R., & Nightingale, N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence*, 9, pp. 35-45.
- Allen, A., Cazeau, S., Grace, J., & Banos, A. (2020). Self-Compassionate Responses to an Imagined Sexual Assault. *Violence Against Women*, 1-23.
- Allen, A., Robertson, E., & Patin, G. (2021). Improving Emotional and Cognitive Outcomes for Domestic Violence Survivors: The Impact of Shelter Stay and Self-Compassion Support Groups. *JOURNAL OF INTERPERSONAL VIOLENCE*, 36, 598-624.
- American Psychiatric Association. (2020). *What Is Posttraumatic Stress Disorder?* Retrieved 2021, from American Psychiatric Association: <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>
- Ashfield, E., Chan, C., & Deborah, L. (2020). Building 'a compassionate armour': The journey to develop strength and self-compassion in a group treatment for complex post-traumatic stress disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1-18.
- Beaumont, E., Galpin, A., & Jenkins, P. (2012). 'Being kinder to myself': A prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either Cognitive Behaviour Therapy or Cognitive Behaviour Therapy and Compassionate Mind Training. *Counselling Psychology Review*, 27(1), 31-43.
- Bergman, B., & Brisma, B. (1991). A 5-year follow-up study of 117 battered women. *American Journal of Public Health*, 81(11), pp. 1486-1489.

- Blevins, C., Weathers, F., Davis, M., Witte, T., & Domino, J. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress, 28*(6), 489-98.
- Boals, A., & Murrell, A. (2016). I Am > Trauma: Experimentally Reducing Event Centrality and PTSD Symptoms in a Clinical Trial. *Journal of Loss and Trauma, 21*(6), pp. 471-483.
- Boersma, K., Håkanson, B., Salomonsson, E., & Johansson, I.-L. (2015). Compassion Focused Therapy to Counteract Shame, Self-Criticism and Isolation. A Replicated Single Case Experimental Study for Individuals With Social Anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 45*, 89-98.
- Braehler, C., & Neff, K. (2020). Self-compassion in PTSD: Etiology, Assessment, Neurobiology, and Treatment. In M. Tull, & N. Kimbrel, *Emotion in Posttraumatic Stress Disorder* (pp. 567-596). Elsevier Inc.
- Clements, C., & Sawhney, D. (2000). Coping with Domestic Violence: Control Attributions, Dysphoria, and Hopelessness. *Journal of Traumatic Stress, 13*, pp. 2019-240.
- Dutton, M., & Goodman, L. (1994). Posttraumatic Stress Disorder Among Battered Women: Analysis of Legal Implications. *Behavioral Sciences and the Law, 12*, pp. 215- 234.
- Emamghaisi, Z., & Atashpor, S. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on self-criticism and feeling of shame in methamphetamine users. *Journal of Substance Use, 25*(4), pp. 372-376.
- Engel, B. (2015). *It Wasn't Your Fault*. New York: New Harbinger Publications.
- Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M., Beath, A., & Einstein, D. (2019). Self-Compassion Interventions and Psychosocial Outcomes: a Meta-Analysis of RCTs. *Mindfulness, 10*(8), pp. 1455-1473.
- Germer, C., & Neff, K. (2019). *Mindful Self-Compassion(MSC): Handbook of Mindfulness-Based Programmes*. Routledge.
- Gharadaghi, A., & Mirzaei, M. (2020). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Based Therapy on the Symptoms of Emotional PTSD in Women Affected by Infidelity. *Journal of Family Research, 16*(2), pp. 217-229.
- Grau, P., McDonald, J., Clark, M., & Wetterneck, C. (2020). The relationship between three ACT core processes of change, PTSD, and depressive symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science, 16*, pp. 178-182.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *ScholarWorks at Georgia State University, 101*, 1-30.
- Ho, J. (2020). *Acceptance: how to tolerate unpleasant feelings (part 1) (part 2)*. Retrieved June 2022, from Medcircle: <https://medcircle.uscreen.io/programs/acceptance-commitment-therapy-2>
- Karakasidou, E., & Stalikas, A. (2017). Empowering the Battered Women: The Effectiveness of a Self-Compassion Program. *Psychology, 8*, 2200-2214.
- Luoma, J., & Platt, M. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy. *Current Opinion in Psychology, 2*, pp. 97-101.

- Matos, M., Duarte, J., Duarte, C., Gilbert, P., & Pinto-Gouveia, J. (2018). How One Experiences and Embodies Compassionate Mind Training Influences Its Effectiveness. *Mindfulness*, 9, 1224–1235.
- Meyer, E., Walser, R., Hermann, B., Bash, H., DeBeer, B., & Morissette, S. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for Co-Occurring Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorders in Veterans: Pilot Treatment Outcomes. *Journal of Traumatic Stress*, 31, pp. 781–789.
- Miguel, M. (2019). Psycho-social profile of battered women in Galicia, Spain: Distress as a result of intimate partner violence and child abuse. *Health Care for Women International*, 40(11), pp. 1229-1248.
- Mitchell, R., & Hodson, C. (1983). Coping with domestic violence: Social support and psychological health among battered women. *American Journal of Community Psychology*, 11, pp. 629-654.
- Molavi, H., Abedi, M., amiri, s., & Esmaeili, L. (2018). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy Focused on Self-Compassion on Social Anxiety of Adolescent Girls. *Clinical Psychology Studies*, 8(30), pp. 117-137.
- National Center for PTSD. (2018). *PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Retrieved February 2022, from PTSD: National Center for PTSD: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp#obtain>
- Neff, K. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, pp. 223-250.
- Neff, K. (2019). *Fierce Self-Compassion workshop: Unplug Your Inner Critic [Video]*. Retrieved June 2022, from YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=ayJ2q3bHc8o>
- Neff, K. (2021). *Definition of Self-Compassion*. Retrieved October 2021, from SELF-COMPASSION: <https://self-compassion.org/the-three-elements-of-self-compassion-2/>
- Neff, K., & Tirsch, D. (2013). Self-compassion and ACT. In T. Kashdan, & J. Ciarrochi, *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being* (pp. 78-106). New Harbinger Publications.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 250-255.
- Settles, R., Morris, B., & Bratkovich, K. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy for PTSD: Therapist Manual And Patient Group Manual, South Central MIRECC*. Retrieved 11 2021, from U.S Department Of Veterans Affairs: <https://www.mirecc.va.gov/visn16/act-for-ptsd-manual.asp>
- Tesh, M., Learman, J., & Pulliam, R. (2015). Mindful Self-Compassion Strategies for Survivors of Intimate Partner Abuse. *Mindfulness*, 6, 192–201.
- Wandrei, M. (2019). *Battered person syndrome*. Retrieved Decemer 2020, from Salem Press Encyclopedia of Health.: <http://search.ebscohost.com.sdl.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=ers&AN=93871794&site=eds-live>.
- Weitzman, A., & Goosby, B. (2021). *Intimate partner violence, circulating glucose, and non-communicable Disease: Adding insult to injury?* Retrieved from 10.1016/j.ssmph.2020.100701

Wharton, E., Edwards, K., Juhasz, K., & Walser, R. (2019). Acceptance-based interventions in the treatment of PTSD: Group and individual pilot data using Acceptance and Commitment Therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science, 14*, pp. 55-64.

Yadavaia, J., Hayes, S., & Vilardaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*(4), pp. 248-257.