Journal of Al-Quds Open University for Educational & Psychological Research & Studies No – (46) .March 2025
https://journals.qou.edu/index.php/nafsia
E-ISSN: 2307-4655 / P-ISSN: 2307-4647

The Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Program to Reduce Maladaptive Behavior Associated with Prolonged Grief in Children

Mrs. Iman Hamed Almuqbali[1], Prof. Abdullah Ahmed Al-Zahrani[2]*

1PhD student. Iman Hamed Almuqbali, PhD, King Saud University, Kingdom of Saudi Arabia

2Professor Doctor, Clinical Psychology, King Saud University, Kingdom of Saudi Arabia

Oricd No: 0009-0005-9122-9613
Email: Iman.muqbali@gmail.com

Oricd No: 0009-0006-9046-3501
Email: Aalzahrani1@ksu.edu.sa

Received:
27/05/2024

Revised:
27/05/2024

Accepted:
7/8/2024

***Corresponding Author**: Iman.muqbali@gmail.com

Citation: Almuqbali, I. H., & Al-Zahrani, A. A. A.-Z. The Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Program to Reduce Maladaptive Behavior Associated with Prolonged Grief in Children. Journal of Al-Quds Open University for Educational & Psychological Research & Studies. https://doi.org/10.33977/1182-016-046-004

2023©jrresstudy. Graduate Studies & Scientific Research/Al-Quds Open University, Palestine, all rights reserved.

- **Open Access**

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Abstract

Objectives: The current study aims to reveal the effectiveness of a cognitive-behavioral therapeutic program based on trauma treatment in reducing maladaptive behavior associated with prolonged grief among children who lost a father aged 6-12 years.

Methodology: The researcher uses the quasi-experimental method based on the design of the experimental group and the control group.

Results: First: There was statistically significant differences between the experimental and control groups in the post-measurement of maladaptive behavior after controlling the effect of the pre-measurement. Second: The results of the pre-measurement, post-measurement, and follow-up measurement two weeks after the maladaptive behavior scale indicated that there was statistically significant differences between the average of the pre-measurement and the post-measurement and follow-up measurements, and these differences were in favor of the pre-measurement. The results also indicates that there were no statistically significant differences between the post-measurement and follow-up measurements, despite the low level of maladaptive behavior in the follow-up measurement.

Conclusions: Repeat the study with different age groups, longer follow-up periods, and repeat similar future studies on larger samples so that the credibility of the scientific results can be proven.

Keywords: Prolonged grief, maladaptive behavior, Cognitive Behavioral Therapy Trauma-Focused, orphans.

فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي يرتكز على علاج الصدمات في خفض السلوك غير التكيفي المصاحب للحزن المطول لدى الأطفال

أ. إيمان بنت حمد المقبالية[1] ، أ.د. عبدالله بن أحمد الزهراني[2]*

[1]طالبة دكتوراة، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.

[2]استاذ علم النفس الإكلينيكي، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.

الملخص

الأهداف: هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي يرتكز على علاج الصدمات في خفض السلوك غير التكيفي المصاحب للحزن المطول لدى الأطفال فاقِدِي الأب في المرحلة العُمُرِيَّة (6–12) عاماً.

المنهجية: استخدمت الباحثة المنهج شبْه التجريبي المعْتمد على تصميم المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

النتائج: أولاً– وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للسلوك غير التكيفي بعد ضبط أثر القياس القبلي. ثانياً– أشارت نتائج القياس القبلي والبعدي والقياس التتبعي بعد مرور أسبوعين على مقياس السلوك غير التكيفي إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط القياس القبلي والقياسين البعدي والتتبعي، وكانت هذه الفروق لصالح القياس القبلي؛ كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي على الرغم من انخفاض مستوى السلوك غير التكيفي في القياس التتبعي.

الخلاصة: إعادة الدراسة مع فئات عمرية مختلفة، وفترات متابعة أطول، وتكرار دراسات مستقبلية مماثله على عينات أكبر حتى يتسنى إثبات مصداقية النتائج العلمية.

الكلمات المفتاحية: الحزن المطول، السلوك غير التكيفي، العلاج المعرفي السلوكي المرتكز على علاج الصدمات، الأيتام.

المقدمة

الحزن بعد وفاة أحد أفراد الأسرة، هو تجربة إنسانية طبيعية وعالمية، ومدة الحزن والتعبير عنه وتأثيره على الثكلى يختلف بشكل كبير داخل الثقافات وعبرها، لذلك ليس من المستغرب أن يكون التمييز بين الحزن الطبيعي (التكيفي) والحزن غير الطبيعي (غير التكيفي) مثيرًا للجدل (Margoob et al., 2024). فمن المهم في البداية النظر إلى الحزن على أنه رد فعل طبيعي للفقد، وليس كحالة مرضية، وأن أسبابه ومظاهره مختلفة لدى لكل فرد وقد تتغير بمرور الوقت، ومعظم الأشخاص الذين يواجهون موت أحبائهم يتكيفون دون الحاجة إلى مساعدة مهنية (Galatzer-Levy, Huang, & Bonanno, 2018). وكما هو الحال مع البالغين فإن فقدان الطفل أحد أفراد أسرته، والشعور بالحزن هو تجربة وجودية أساسية، وبالتالي يبدو الأمر في غير محله للممارسين التعدي على هذه التجربة. والغالبية العظمى من الأطفال الذين يمرون بحزن الفقد مرنون ويحققون أداءً جيداً بشكل عام، وتكيف إيجابي في سياق الشدائد، (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). ومع ذلك أثبتت بعض تجارب الفجيعة أنها أكثر تعقيداً، عن طريق شدتها أو مدتها أو عدم قدرة الطفل على إعادة الاندماج بشكل مرضٍ في الحياة الاجتماعية والعاطفية، يمكن أن تبرر هذه التجارب التدخلات النفسية (Revet et al., 2020).

وأثناء البحث عن أفضل البرامج العلاجية المُستنِدة إلى الأدلة لعلاج حزن الأطفال المطوَّل، وسلوكاتهم غير التَّكَيُّفِيَّة؛ اتَّضَحَ أَنَّ العلاج المعرفي السلوكي المرتكز على علاج الصدمات Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) قد تم تقييمُهُ جيِّدًا، ويَظْهَرُ أَنَّهُ فعَّال في الحَدِّ من أعراض الإجهاد اللاحق للصَّدمة، وأعراض الاكتئاب والقلق والحزن لدى الأطفال بعد التَّعرُّض لأنواع مختلفة من الصَّدمات (Deblinger et al., 2006; Dorsey et al., 2020).

السلوك غير التَّكَيُّفِي لدى الأطفال وفقًا لنظرية الحزن متعدِّد الأبعاد Multidimensional Grief Therapy

إن انتشارُ السلوك غير التَّكَيُّفي المُصَاحِب للحُزْنِ وأهمِّيَّته السريرية أدى إلى تطور النظريات التي تُحَدِّدُ الخطوط العريضة لطبيعتِهِ وبِنْيَتِهِ وترابُطِهِ، واختاراتِ الباحثةُ تفسيرَ حزنِ الأطفال والسُّلُوكَات غير التَّكَيُّفِيَّة المُصَاحِبَة له بواسطة عدسة نظرية الحزن متعدِّد الأبعاد، وتقترح نظرية الحزن متعدد الأبعاد أن ردود أفعال حزن الأطفال يمكن أن تتميز بثلاثة أبعاد واسعة: ضائقة الانفصال، ضيق الوجود أو الهوية، والضيق المرتبط بالظروف، والتالي شرح مفصل لكل بعد من أبعاد نظرية الحزن متعدد الأبعاد:

ضائقة الانفصال Separation Distress

هي ردود فعل طبيعية للخسارة وفقدان المُتَوَفَّى، كالشوق إلى لَمِّ شَمْلِهِ جَسَدِيًّا، والاحتجاج أو الغضب أو اليأس من الانفصال المستمر. قد تظْهَرُ ضائقة الانفصال لدى الأطفال على شكل تباطُؤ في النُّمُوِّ أو تَرَاجُع مدفوع بالرغبة في البقاء على اتصال مع المُتَوَفَّى من خلال البقاء عالقين في نفس مرحلة النُّمُوِّ أو أنماط السلوك غير الناضجة/ المُدَمِّرَة للذَّات (Layne et al., 2017). وقد ينطوي ذلك على تراجُعات سلوكية؛ منها نوبات الغضب وزيادة التَّهَيُّج أو تَأَخُّر اللغة، ونظرًا لفهم الأطفال الناشئ لطبيعة الموت وديمومتِهِ، قد يستمرون في توقُّعَاتِهم لرُؤْيَة أحبَّائهم المُتَوَفِّين مرة أخرى؛ كالانتظار عند الباب أملًا في أَنْ يعود المُتَوَفَّون إلى البيت (Kaplow et al, 2012). وعند الأطفال الأكبر سِنًّا (الذين هُمْ بشكل عام أكثر قدرة على فَهْمِ ديمومة الوفاة)؛ يُعَدُّ الشَّوْقُ والتَّوقُ الشَّديد عامل خَطَرٍ مُحْتَمَل لتجربة تخيُّلات لَمِّ الشَّمْلِ مع الشخص المُتَوَفَّى مرة أخرى في الحياة الآخرة، ويتجلَّى ذلك في شكل تَمَنِّي الموت، أو أفكار انتحارية، أو سلوك انتحاري (Dyregov, 1990).

الضيق الوجودي/ الهُوِيَّة Existential/ Identity Distress

تتجلى مظاهر الضيق الوجودي/الهوية في فقدان الهوية الشخصية (أشعر وكأن جزءًا كبيرًا مني مات معه)، العدمية (لقد فقدت أكثر ما كنت أهتم به، لذا لا شيء آخر يهم)، الشعور بالذنب بسبب البقاء حياً (كان يجب أن أموت مع والدي)، أو اليأس، (بدون أبي، سأكون دائمًا وحدي دون أن يساعدني أحد) (Rando, 1993). ونظرًا لأنَّ الأطفال يُوَاجِهُون صعوبة في التعبير أو فَهْمِ المفاهيم الوجودية؛ فقد يَظْهَرُ الضيق الوجودي سلوكيًّا في شكل خمول أو انعدام التَّلَذُّذ أو الانسحاب الاجتماعي (Kaplow et al., 2012). وقد يكون الدافع وراء الألم العاطفي الشديد لدى الطفل هو الإحباط والغضب من الاستجابة لاحتياجاته التنموية، خاصة عندما يفقد الطفل شخصية الارتباط الأساسية (Layne et al., 2020). فقد يُوَاجِهُ الأطفالُ الصغار مَخَاوِفَ تتعلق بالحياة اليومية كالتفكير فِيمَنْ سيأخذُهُ للمدرسة، أو يُمَشِّطُ شَعْرَهُ، أو يساعدُهُ في واجباته المدرسية، وقد يُعَبِّرُونَ عن انقطاع الهُوِيَّة بمشاعر الاختلاف عن الآخرين لأنَّهُم لا يَملِكُون أَبًا؛ فيَشعرُونَ بالخجل من أنفسهم (Kroger , 2006). وقد تتَّخِذُ الضائقةُ الوجودية شكلَ الغيرة أو الاستياء تِجَاهَ الأطفال الآخرين الذين لم يَفْقِدُوا آباءَهُم (Kaplow et al., 2012)؛ أو مخاوف تتعلق بالاقتراب من الآخرين

أو تكوين علاقات جديدة؛ حتى لا يشعرَ بألمِ فقدان شخصٍ ما مرَّةً أخرى (Saltzman et al., 2017). علاوة على ذلك، قد يظهر الغضب سلوكيًا لدى الأطفال الصغار في صورة التهيج، أو السلوك الاحتجاجي، أو نوبات الغضب، أو السلوك المعارض، أو مشاكل السلوك، وغالبًا ما يكون ذلك استجابة للتغيرات في الروتين اليومي أو للآخرين الذين يتصرفون في دور الشخص المتوفى (Kaplow et al., 2012).

الضائقة المرتبطة بالظروف Circumstance- Related Distress

تتضمن الضائقة المرتبطة بالظروف أفكارًا مزعجة وألمًا عاطفيًا حول الطريقة التي حدث بها الوفاة، وقد يتم التعبير عنها عند الأطفال من خلال موضوعات اللعب والسلوك وقد يمتد إلى الانشغال باحتمال وفاة المقربين الآخرين منهم، فقد يتلقّى الأطفال معلوماتٍ أقلَّ لمساعدتهم في فَهْمِ ظروف الوفاة بسبب افتراضات البالغين بشأن قدرة الاطفال المحدودة على الفهم. وقد يؤدي ذلك إلى جَعْلِ الأطفال عُرْضَةً للاعتقادات بشأن المسؤولية المُحتَمَلَة في التَّسَبُّب في الوفاة أو عدم القدرة على مَنْعِ حدوثها؛ ما قد يُثيرُ مشاعر الذنب ويُديمُ الضيق (Cohen et al., 1977; Raveis et al., 1999). وقد يكون لدى الطفل تَجَنُّبٌ لذكرياتِ الفقدِ كالأماكن التي اعتادُوا الذهاب إليها، أو الصُّوَر الفوتوغرافية، أو الأشخاص الذين يَرْوُونَ قِصَصًا عن المُتَوَفَّى، وقد يَظْهَرُ الضِّيقُ المرتبط بالظروف في صورة إعادة تمثيل الموت من خلال اللعب أو الرسومات المتكرِّرة لمشهد الموت المُتَخَيَّل، وقد يشمل اللَّعِبَ أيضًا تخيُّلات متكرِّرة بشأن الوقاية أو الحماية؛ فيتخيَّلُون ما كان بإمكانهم أو غيرهم فِعْلُهُ لمنعِ الوفاة (Kaplow et al., 2012). وقد يرفض الأطفال الذهاب إلى النوم خوفًا من وجود كابوس بشأن كيفية وفاة الشخص (Salloum, 2015).

العلاج المعرفي السلوكي المرتكز على علاج الصَّدمات Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy

يُعَدُّ العلاجُ السلوكي المعرفي المرتكز على علاج الصَّدمات نَهْجًا علاجيًّا قصيرَ الأمد قائم على الأدلة؛ تم تطويرُهُ في الأصل من قِبَل جوديث أ كوهين، واستير ديبلينجر، وأنتونيبي مانارينو، Judith A. Cohen, and Esther Deblinger, and Anthony P. Mannarino. وقد تم تطويره لتقليل اضطراب الحزن المطوّل والاعتلالات النفسية المرتبطة به (Cohen et al., 2006). وهو نهج علاجي قصير يستغرق عادةً من ثمان إلى ست عشرة جلسة لإكماله (Mannarino et al., 2014). يتكون العلاج المعرفي السلوكي المركز على علاج الصدمات من ثماني مكونات: التثقيف النفسي، مهارات الاسترخاء، التشكيل العاطفي، التأقلم المعرفي، سرد الصدمة، التعرض التدريجي في الواقع، جلسات مشتركة بين الوالد الباقي على قيد الحياة أو مقدم الرعاية والطفل، تعزيز السلامة، عنصر الوالدية.

هنالك دراسات عدة تناولت السلوكيات غير التكيفية المصاحبة للحزن المطول لدى الأطفال وآلية علاجها، وستستعرض الدراسات من الأقدم للأحدث، حيث قامت دورسي وآخرون (Dorsey et al., 2020) بتجربة سريرية أُجْرِيَتْ في في تنزانيا وكينيا قارنت بين TF-CBT والرعاية المعتادة التي يحصل عليها المُرَاجِعُون، وتم تقييم الصُّعُوبات السلوكية باستخدام مقياس (Achenbach et al., 2001)، كان عدد المشاركين (n=640) طفلًا تعرَّضُوا لوفاة الوالدَيْن وتتراوح أعمارهم بين (7-13) سنة، وعانوا جميعهم من وفاة أحد الوالدَيْن أو كِلَيْهِمَا، وأظهرتِ النتائجُ أَنَّ TF-CBT أكثر فعَّالية من الرعاية المعتادة في تحسين السُّلُوكَات غير التَّكَيُّفِيَّة المُصَاحِبَة للحزن المطول. وفي دراسة بويلين وآخرين (Boelen et al., 2021) تمَّت مقارنة العلاج المعرفي السلوكي للحزن (n=74) مع الاستشارة الداعمة (n=60) للأطفال والمراهقين الذين يُعَانُون من اضطراب الحزن المطوّل والذين تتراوح أعمارُهُم بين (8-18) سنة، واسْتُخدِمَتْ قائمة مراجعة سلوك الطفل Child behavior checklist (CBCL). (Achenbach & Edelbrock, 1991) وأدَّى العلاج المعرفي السلوكي للحزن إلى خفضِ المشكلات السلوكية. وفي حين كان الغرض من دراسة راضي وآخرين (Rezaei et al., 2023) هو التحقق من مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي المرتكز على علاج الصدمات على أعراض الفجيعة والمشكلات السلوكية لدى الأطفال الثكالى في مدينة كرج الذين فقدوا أحد الوالدين خلال الأشهر الستة الماضية، وتألفت عينة البحث من ثلاثة قاصرين تتراوح أعمارهم بين (10-11) سنة، واستخدمت هذه الدراسة قائمة التحقق من سلوك الطفل (CBCL) Child Behaviour Checklist، واشارت النتائج إلى أن العلاج السلوكي المعرفي هو وسيلة فعالة للحد من مشاكل الفجيعة والمشكلات السلوكية لدى الأطفال. ويتضح من خلال الدراسات السابقة بأنها لم تُركِّز بشكل مباشر على قياس السُّلُوكَات غير التَّكَيُّفِيَّة؛ وكان قياسُها جزءًا ثانويًّا من أهداف الدراسة، واسْتُخْدِمَتْ قائمة مراجعة سلوك الأطفال (CBCL) من إعداد آخنباخ وآخرين (Achenbach et al., 2001)، والنسخة الأقدم منه من إعداد (Achenbach & Edelbrock, 1991)، كما اسْتُخْدِمَ مقياس التقييم العالمي Global Assessment Scale (GAS)، وفَضَّلَتِ الباحثةُ استخدامَ مقياس فاينلاند للسلوك غير التَّكَيُّفي بسببِ تقنينِهِ في البيئة

السعودية ومناسبتِهِ للأطفال العاديِّين الذين تتجاوزُ أعمارُهُم السنوات الخمس، والذين يُعَانُونَ من مشكلات سلوكية، ولسهولة الاستعانة به لوضع الخُطَطِ العلاجية.

مشكلة الدراسة

لاحظت الباحثة من خلال عملها في وحدة الخدمات النفسية في جامعة الملك سعود ظهور بعض السلوكيات غير التكيفية المصاحبة للحزن المطول لدى الأطفال فاقدي الأب والمسجلين لدى جمعية انسان، وبالعودة للأدبيات السابقة وُجد أن 10% من الأطفال الثكالى بسبب وفاة الوالدين لديهم ردود فعل حزن عالية ومستمرة وطويلة الأمد بعد حوالي ثلاث سنوات من الوفاة، وارتبط الحزن المطول بزيادة حالات الاكتئاب بمقدار ثلاثة أضعاف وتفاقم الضعف الوظيفي في المنزل أو المدرسة أو مع أقران الطفل مع مرور الوقت (Melhem et al., 2011).

وبعد اطلاع الباحثة على نتائج مراجعة منهجية للعلاج المعرفي السلوكي المرتكز على علاج الصدمات قام بها تيليمان (Thielemann et al., 2022) وجدت أن معظم الدراسات القائمة على هذا العلاج نُفذت على السكان الغربيين، وأكد على ذلك توماس (Thomas et al., 2022) كما ورد في دراسته، فتتضح الفجوة البحثية في ندرة الدراسات العربية، حيث توصلت الباحثة إلى دراستين فقط، وهي دراسة (ضمرة وأبوعيطة، 2014؛ ضمرة ونصار، 2014). وفي ضوء ما توصلت له الباحثة من خلال البحث، والأدبيَّات السابقة تتحدَّدُ مشكلة الدراسة الحاليَّة في التَّساؤُل التَّالي: ما مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مرتكز على علاج الصَّدمات في خفضِ السلوك غير التَّكَيُّفِي المصاحب للحزن المطول لدى الأطفال؟

أسئلة الدراسة

سعت الدراسة الحاليَّة إلى الإجابة عن السؤالين التاليين:

السؤال الأول: هل تُوْجَدُ فروق ذات دلالة إحصائية في درجات مقياس السلوك غير التَّكَيُّفِي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيقِ البَعْدِي؟

السؤال الثاني: هل تُوْجَدُ فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي والتَّتَبُّعِي؛ في درجات مقياس السلوك غير التَّكَيُّفي لدى المجموعة التجريبية؟

أهمية الدراسة

تَكْمُنُ أهمية الدراسة الحالية على الصعيد النظري من كونها إضافةً علميَّةً إلى التراث السيكولوجي في السلوك غير التَّكَيُّفي؛ وقد تسهم في إفادة المسؤولين والقائمين على البرامج العلاجية في التخطيط لبرامج تعود فائدتها للأطفال بشكل عام، ويمكن أَنْ تساعد في تطوير الكفاءة المهنية للعاملين مع الأيتام، وخِدْمَات الطوارئ؛ من خلال توفير معلومات بشأن فعَّاليَّة التَّدخُّلات ذات الكفاءة الثقافية المناسبة للمجتمعات العربية، كما يمكن أَنْ تُوَضِّحَ هذه الدراسة لِمُقَدِّمِي الرعاية الطُّرائق التي يستطيعون من خلالِها تعزيزُ الحزن التَّكَيُّفِي لدى الأطفال، والحَدُّ من الحزن غير التَّكَيُّفِي.

حدود الدراسة

تتحددت الدراسة الحالية بالحدود الآتية:

الحدود الموضوعية: اقتصرتِ الدراسة الحاليَّة على بحثِ فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي مرتكز على علاج الصَّدمات في خفضِ السلوك غير التَّكَيُّفِي المصاحب للحزن المطول لدى الأطفال.

الحدود الزمانية: طُبق البرنامج العلاجي ميدانيًّا في الفصل الدراسي الثاني للعام الجامعي (2024 -2023).

الحدود المكانية: اقتصرتِ الدراسة الحاليَّة على الأطفال فاقِدِي الأب المُسَجَّلين في جمعية إنسان في مدينة الرياض، وطُبق البرنامج في وحدة الخِدْمَات النفسية بجامعة الملك سعود.

مصطلحات الدراسة

السلوك غير التَّكَيُّفِي Maladaptive Behavior

يعرف العتيبي (2005) السلوك غير التكيفي بأنه "مظاهر السلوك غير المرغوب فيها التي تتداخَلُ مع الأداء الوظيفي للفرد".

التعريف الإجرائي: الدرجة التي يحصل عليها الأطفال فاقِدِي الأب من الفئة العُمُرِيَّة (12-6) سنة، بأسلوب تقدير مقدِّم الرعاية على الأداة المُستخدَمة في قياس السلوك غير التَّكَيُّفِي في الدراسة الحاليَّة.

اضطراب الحزن المطول Prolonged Grief Disorder

تُعرِّف الجمعية الأمريكية لعلم النفس اضطراب الحزن المطوّل أنَّه: رَدُّ فعلٍ حُزن غير متكيف طويل لا يمكن تشخيصه إلَّا بعد انقضاء 12 شهرًا على الأقل (ستة أشهر مع الأطفال والمراهقين) منذ وفاة شخص كان للفاقد علاقة وثيقة معه (APA, 2020).

أمَّا إجرائيًّا فهو: الدرجة التي يحصل عليها الأطفال فاقدي الأب من الفئة العمرية (12-6) عام، بأسلوب تقدير مقدِّم الرعاية على الأداة المُستخدَمة في قياس الحزن المطول في الدراسة الحالية.

العلاج المعرفي السلوكي المرتكز على علاج الصَّدمات Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy

عرفت كوهين وآخرون (Cohen et al., 2006) العلاج المعرفي السلوكي المرتكز على علاج الصدمات بأنه: هو نَهْجٌ علاجي قصير الأمد قائم على الأدلة؛ لعلاج الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و12 عامًا الذين عانَوْا من أحداث مُؤلِمَة كالحزن والصَّدمات، ويستغرق عادةً من (16-8) جلسة لإكمالِهِ.

التعريف الإجرائي: أنشطة ومهارات تُقَدَّمُ بشكل فرديٍ مَبْنِيَّة على أُسُسٍ علمية وأساليب علاجية؛ بهدفِ خفضِ الحزن المطوّل، والسلوك غير التَّكَيُّفي لدى الأطفال فاقِدِي الأب من الفئة العُمُرِيَّة (12-6) عاماً.

الأيتام Orphans

عرف زهران اليتيم بأنه: " الطفل الفاقد أحد أبويه أو كليهما ويطلق على الطفل الفاقد أحد أبويه الأم فقط أو الأب فقط يتيم منفرد، والفاقد كليهما يتيم مزدوج (زهران، 1977، ص.283).

التعريف الإجرائي: الأطفال فاقِدِي الأب من الفئة العُمُرِيَّة (12-6) عام، والمسجلين لدى جمعية إنسان، والذين طبق عليهم العلاج المعرفي السلوكي المرتكز على علاج الصدمات.

إجراءات الدراسة

منهج الدراسة:

بناءً على مشكلة الدراسة الحاليَّة وتساؤُلاتها استخدمت الباحثة المنهج شبْه التجريبي المعتَمد على تصميم المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة؛ وذلك لِمُلَاءَمَتِهِ لأغراض الدراسة وظروفها التجريبية.

جدول (1): التصميم شبه التجريبي للمجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة	القياس القبلي	البرنامج العلاجي	القياس البعدي	التتبعي
المجموعة التجريبية (n=15)	#	#	#	#
المجموعة الضابطة (n=15)	#	–	#	–

مجتمع الدراسة:

يتكوَّن مجتمع الدراسة الحاليَّة من الأطفال فاقِدِي الأب في المرحلة العُمُرِيَّة (12-6) سنة، والمُسَجَّلين في جمعية إنسان، خلال الفصل الدراسي الثاني من السنة الدراسة (2024-2023)، والبالغ عددهم (3673) طفلاً منهم (1790) بنتاً، و (1883) ولداً وفقاً للإحصائية التي حصلت عليها الباحثة من الجمعية.

عينة الدراسة:

استخدمت الباحثة الطريقة القصدية Purposive Sampling في اختيار العينة لمناسبتها لطبيعة الدراسة الحالية ومنهجها؛ فقد تم اختيار العينة وفق مرحلتين:

المرحلة الأولى: كانت لتطبيق (مقياس الحزن المطول من اعداد الباحثة)، وتم التعاون مع جمعية "إنسان" لإرسال رسالة عبر الواتساب للأسر جميعها المسجلة لديهم في الرياض، وعُرِضَ عليهم المشاركة في الإجابة عن أداة الدراسة عبر التسجيل في رابط؛ احتوى الرابط على بيانات عمر الطفل، وطريقة التواصل، واستجابت (143) أسرة، وقامت الباحثة بفرز الاستجابات المسجلة، واستبعاد الاستجابات التي يكون فيها عمر الطفل أقل من ست أعوام أو أكبر من (12) عام؛ حتى وصل العدد إلى (120) استجابة، تواصلت الباحثة معهم الاتصال لتطبيق مقياس الحزن المطول على أطفالهم أَيْ (120) طفلًا بواسطة تقدير مقدم الرعاية (الذي كان الأم)، ثم استخرجت خصائص المقياس السيكومترية.

المرحلة الثانية: كانت لاختيار العينة الأساسية (n=30)، وبما أنَّ البرنامج الحالي هو برنامج شبه تجريبي لم يُوزَّع فيه الأفراد بطريقة عشوائية وقد تم توضيح ذلك مُسبَّقًا، إنَّما بطريقة قصدية؛ قامت الباحثة بعرض المشاركة في البرنامج العلاجي على الأُسَر التي شاركت في المرحلة الأولى في الإجابة عن أداة الدراسة، ووافقت (18) أسرة على المشاركة، عادت الباحثة لمراجعة نتائج استجابتهم لمقياس الحزن المطول، فاتَّضح أنَّ ثلاثة أطفال منهم حصلوا على درجة منخفضة جداً توضح بأنهم لا يعانون من الحزن المطول إنَّما مشكلات سلوكية؛ لذلك قُدِّمَ لهم خدمات علاجية أخرى من دون الدخول في البرنامج العلاجي للدراسة الحالية، وأمَّا الآخرون (n=15) فتم اختيارهم ليكونوا ضمن المجموعة التجريبية؛ بعد أَنْ وافقوا هُمْ وأولياء أمورهم على المشاركة في البرنامج وسمحت ظروفهم بذلك، وتألفت المجموعة الضابطة (n=15) من الأطفال الذين شاركت أُسَرهم في المرحلة الأولى في الإجابة عن مقياس الحزن المطول؛ غير أنَّه لم تسمح ظروفهم للمشاركة في البرنامج، بل وافق أولياء أمورهم على مشاركة أطفالهم بِعَدِّهم عينة ضابطة في التطبيقين القبلي والبعدي، وطُبِّقَ على أفراد المجموعتين الأداة الثانية التي لم تُطبَّق في المرحلة الأولى التي هي مقياس السلوك غير التكيفي (العتيبي، 2005).

التحقق من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة

للتحقق تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للحزن المطوّل والسلوك غير التكيفي، تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة والجدول (2) يوضح النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (2) نتائج اختبار ت للعينات المستقلة للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للحزن المطوّل والسلوك غير التكيفي

المقياس	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	قيمة الدلالة
السلوك غير التكيفي	التجريبية	15	.97	.45	2.23	28	.034
	الضابطة	15	.64	.35			

يتضح من خلال جدول (2) وجود فروق دالة احصائياَ بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للسلوك غير التكيفي حيث كانت قيمة ت الاحتمالية أصغر من مستوى الدلالة (α= .05)، ولضبط أثر الفرق في القياس القبلي تم عزله باستخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA).

أدوات الدراسة

أولاً: مقياس الحزن المطول لدى الأطفال

قامت الباحثة بإعداد مقياس الحزن المطول لدى الأطفال، وتكوَّن المقياس في صورته النهائية من (22) فقرة، وتم تطبيقه على عينة مكونة من (120) طفلًا من الأطفال فاقدي الأب المسجلين لدى جمعية إنسان، الذين تتراوح أعمارهم بين (6-12) سنة، ومثلت فقرات المقياس بنية أحادية البُعد، وتمتعت فقرات مقياس الحزن المطول جميعها بمعامل ارتباط مرتفع ودال إحصائيًّا عند مستوى دلالة (01.)، وكذلك معامل ثبات جيد ويبلغ (ألفا كرونباخ =743.)، وتكون الاستجابة على الفقرات وفقًا لمقياس ثلاثي، وتُمنَح الدرجات الآتية: (1= أبدًا، 2= أحيانًا، و3= دائمًا).

صدق الاتساق الداخلي

تم حساب الاتساق الداخلي بمعاملات الارتباط بين الفقرة ودرجة المقياس ككل، وذلك من خلال معامل ارتباط بيرسون؛ للتعرف إلى مدى دلالة هذه الارتباطات، ويبوضح الجدول (3) نتائج الاختبار.

جدول (3) معاملات الارتباط (بيرسون) بين فقرات المقياس والدرجة الكلية لمقياس الحزن المطول لدى الأطفال

رقم الفقرة	معامل الارتباط
1	.426**
2	.479**
3	.402**
4	.602**

رقم الفقرة	معامل الارتباط
5	.338**
6	.523**
7	.453**
8	.489**
9	.415**
10	.402**
11	.580**
12	.512**
13	.616**
14	.526**
15	.597**
16	.614**
17	.625**
18	.555**
19	.743**
20	.640**
21	.606**
22	.678**

**دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0.01)

يتضح من جدول (3) أنَّ فقرات مقياس الحزن المطول للأطفال جميعها تتمتع بمعامل ارتباط مرتفع ودال إحصائيًّا عند مستوى دلالة (0.01)؛ ما يشير إلى معامل ارتباط مناسب للفقرات.

ثبات المقياس

للتحقق من ثبات مقياس الحزن المطول لدى الأطفال في صيغته النهائية؛ استُخدِم معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha، وجدول (4) يوضح هذه النتائج:

جدول (4) معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس الحزن المطول لدى الأطفال

المقياس	الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
المقياس الكلي	23	.743

يتضح من جدول (4) أنَّ معامل الثبات الكلي لمقياس الحزن المطول بطريقة ألفا كرونباخ قد بلغ (.743) وهذا المؤشر يدل على أنَّ المقياس يتمتع بمستوى جيد من الثبات.

ثانيًا مقياس السلوك غير التكيفي

استخدمت الباحثة مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي، ويتكون المقياس من خمسة أبعاد، وعند استخدام هذا المقياس لا يُشْتَرَطُ تطبيق الأبعاد كافَّةً؛ لذلك طبقت الباحثة بُعْدُ السلوك غير التَّكَيُّفي فقط والذي عُرب وقنن بواسطة (العتيبي، 2005)، وقُنِّنَ المقياس على (100) طفل في مناطق المملكة المختلفة، تراوحت أعمارُهُم بين أقل من سنة، و(17) سنة؛ منهم: (95) فردًا عاديًّا وخمسة أفراد من ذَوِي التَّخلُّف العقلي، وأظهرتِ النَّتائجُ تَمَتُّعَ الصورة السعودية بدلالاتِ صدقٍ كافية؛ فَتَرَاوَحَ ارتباط بيرسون بين أبعاد المقياس المختلفة بين(.90-.80)، وتراوحت معاملات الثبات بواسطة ألفا كرونباخ بين (.97 -.86)، أما بالنسبة لبعد السلوك غير التكيفي والذي سيطبق في الدراسة الحالية فكان معامل ثباته بواسطة ألفا كرونباخ يساوي (.90).

ثبات المقياس

للتحقق من ثبات المقياس قامت الباحثة باختبار معامل الثبات ألفا لكرونباخ لبعد السلوك غير التكيفي (n=30) وكانت النتيجة (.892) كما يوضحها الجدول (5).

جدول (5) معامل ثبات ألفا لكرونباخ لبعد السلوك غير التكيفي

المقياس	الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
المقياس الكلي	27	.892

ثانياً برنامج علاجي معرفي سلوكي مرتكز على علاج الصَّدمات

قامت الباحثة بإعداد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المرتكز على علاج الصدمات، والذي تكون من تسع جلسات، وكانت مدة كل جلسة (60) دقيقة.

مصادر إعداد البرنامج

تم بناء البرنامج بالاستناد إلى الإطار النظري المعرفي السلوكي المرتكز على علاج الصدمات من خلال الأدبيات (Cohen et al., 2006; Hendricks et al., 2014)، كما تم الاستناد على نظرية علاج الحزن متعدد الأبعد، لتركز الفنيات على الأبعاد الثلاثة حسب النظرية، وكذلك استند البرنامج على علم نفس النمو لتتناسب الفنيات مع الفئة المستهدفة، وتم استخدام فنيات العلاج باللعب لتغطية جميع مكونات البرنامج.

جدول (6) التخطيط العام للبرنامج

رقم الجلسة	العنوان	أهداف الجلسة	الفنيات	المدة	
1	بناء علاقة قبول وأمان مع الحالة والتقييم القبلي	التعارف وبناء علاقة إرشادية بين المرشد والطفل ومقدم الرعاية	اللعب غير الموجه، التعبير الفني	60 دقيقة	مهارات الوالدية Parenting Skills التعرض التدريجي In vivo mastery of trauma reminders
2	التعليم النفسي Psychoeducation	تثقيف الطفل ومقدم الرعاية حول الحزن المطول والأحداث المؤلمة ودعم الإدراك الدقيق حول ما حدث.	الشرح والمناقشة، اللعب غير الموجه.	60 دقيقة	
3	الاسترخاء Relaxation	تمكين الطفل من استخدام مهارات محددة للحد من المظاهر الفسيولوجية للحزن، والخوف، والقلق، والإجهاد	التنفس البطني، الاسترخاء العضلي	60 دقيقة	
4	التنظيم الانفعالي Affect Identification and Regulation	مساعدة الطفل ومقدم الرعاية على تعلم المهارات اللازمة لتحديد العواطف وتصنيفها ومعالجتها والتعبير عنها وتنظيمها بدقة	الرسم، الشرح والمناقشة	60 دقيقة	
5	التأقلم المعرفي Cognitive Coping	تعليم الطفل ومقدم الرعاية طرقا لتحديد أفكار المشاعر المؤلمة والسلوكيات غير الفعالة، وتعليمه كيفية تحدي الأفكار غير الدقيقة وغير المفيدة واستبدالها بأفكار دقيقة ومفيدة تؤدي إلى مشاعر أكثر إيجابية وسلوك فعال	الرسم، الشرح والمناقشة	60 دقيقة	
6	سرد الصدمات ومعالجتها Trauma Narration and Processing	مساعدة الطفل على سرد الحزن، وكيفية التفكير والتحدث عن الأحداث المؤلمة دون الشعور بالحزن المفرط، من خلال تعريض الطفل مراراً وتكراراً لذكريات الفقد والمشاعر المرتبطة به ومعالجتها بشكل صحيح	سرد القصص، الرسم	60 دقيقة	

7	جلسات مشتركة بين الطفل والوالد Conjoint Child-Parent Sessions	تعزيز التواصل الإيجابي والصحي بين مقدم الرعاية والطفل حول الأحداث المحزنة والمؤلمة	سرد القصص	60 دقيقة
8	تعزيز السلامة والتنمية المستقبلية Enhancing Safety and Future Development	تحديد المخاوف ونقاط الخطر المحتمل أن تؤثر على سلامة الطفل في المستقبل، ومساعدته على بناء المهارات اللازمة لوضع خطط السلامة	تعلم المهارات	60 دقيقة
9	إنهاء البرنامج والتقييم البعدي	التقييم البعدي، اطلاع مقدم الرعاية على النتائج، والإجابة على التساؤلات، التوديع وإنهاء البرنامج	الشرح، وتطبيق المقاييس	60 دقيقة

صدق البرنامج

غُرض البرنامج في صورته الأولية على عشرة من المحكمين في مجال علم النفس، والطفولة المبكرة، وذلك للحكم على البرنامج من ناحية مناسبة محتواه وصدقه في تحقيق الأهداف التي وضع من أجلها، وقدد حددت الباحثة نسبة 80% فأكثر للإبقاء على الجلسات والفنيات ضمن البرنامج، ونتيجة لذلك تم الإبقاء على جميع الجلسات والفنيات بعد تعديلها من قبل ملاحظات ومقترحات المحكمين لتتناسب مع الثقافة والعمر للفئة المستهدفة.

إجراءات الدراسة:

بعد تحديد مشكلة الدراسة وأهدافها؛ قامت الباحثة بمراجعة الأدب النظري والدراسات السابقة، وتم اعتماد مقياس السلوك غير التَّكَيُّفِي للعتيبي (2005)، بعد أخذ موافقتُهُ الكتابية للتطبيق، كما أعدت الباحثة برنامج علاجي معرفي سلوكي مرتكز على علاج الصَّدمات، وقامت بعرضه للتحكيم من قِبَلِ مجموعة من المُختَصِّين في علمِ النفس، ثم أخذت الباحثة موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي، قبل البدء بتنفيذ جلسات البرنامج جهزت الباحثة غرفة العلاج باللعب في وحدة الخدمات النفسية، بعد ذلك طبقت أداة الدراسة على العيِّنة، وحددت الجلسات الفردية لكل طفل مع مقدم الرعاية حسب المواعيد المناسبة له، وأُخذت موافقة الطفل ومقدم الرعاية على المشاركة في البرنامج، ثم نفذت جلسات البرنامج العلاجي وعددها تسع جلسات بشكل فردي، مع إشراك مقدم الرعاية في بعض الجلسات، وبواقع جلسة كل أسبوع، ماعدا الأسبوع الأخير نفذ فيه الجلسة الثامنة والأخيرة. وتم الانتهاء من البرنامج في ثمانية أسابيع، وطبقت الباحثة خلال البرنامج العديد من الفنيات والتدخلات العلاجية التي مثلت المكونات التسع للبرنامج العلاجي. وكان سير الجلسات منتظماً، وحرص الجميع على الانتظام والحضور، حيث تواجد أغلبية الأطفال ومقدمو الرعاية قبل موعد الجلسات، وانتهى البرنامج العلاجي بالجلسة الختامية، وعرض فيها ملخص للجلسات وطبقت أداة الدراسة (التطبيق البعدي)، وتم اطلاع مقدم الرعاية على النتائج، والإجابة على التساؤلات، التوديع وإنهاء البرنامج، ثم قُيم البرنامج العلاجي بعد الانتهاء من جميع الجلسات عن طريق تطبيق أداة الدراسة على المجموعة التجريبية (التقييم التتبعي)، وحللت نتائج استجابات العيِّنة وفرغتها على برنامج الحزمة الإحصائية (spss)، ثم عَرْضتها وفسترتها وقارنتها بالدراسات السابقة، وخرجت بالتوصيات والمقترحات.

الأساليب الإحصائية:

تم استخدام برنامج SPSS لتحليل بيانات الدراسة من خلال استخدام الأساليب الإحصائية الآتية:

1. للإجابة عن السُّؤَالَ الأول؛ طبَّقُ تحليل التباين المشترك الأحادي (ANCOVA).
2. للإجابة عن السُّؤَالَ الثاني؛ طبَّقُ تحليل التباين للقياسات المكررة (One way Anova-Repeated Measures).

نتائج الدراسة وتفسيرها ومناقشتها

قبل البدء في عرض النتائج قامت الباحثة بالتحقق من اعتدالية توزيع البيانات لمتغيرات الدارسة؛ وذلك من أجل تحديد الأساليب الإحصائية المناسبة سواء كانت بارا مترية أو لا بارا مترية، حيث تم استخدام اختبار كولموجروف–سميرنوف (Kolmogorov - Smirnov) للتحقق من اعتدالية التوزيع، والجدول (7) يوضح هذه النتائج.

جدول (7) نتائج اختبار كولمجروف–سميرانوف للتحقق من اعتدالية التوزيع لبيانات متغيري الحزن المطول والسلوك غير التكيفي

المتغير	القياس	قيمة إحصائي الاختبار	درجات الحرية	Sig.
السلوك غير التكيفي	قبلي	0.159	15	.200
	بعدي	0.150	15	.200
	تتبعي	0.175	15	.200

يتضح من الجدول (7) ان القيمة الاحتمالية لاختبار كلومجروف–سميرنوف لكلا المتغيرين أعلى من مستوى الدلالة (α=0.05)، مما يدل ذلك على أن بيانات العينة تتبع التوزيع الطبيعي، وفي ضوء ذلك ستستخدم الباحثة الاختبارات الإحصاءات البارامترية للإجابة عن أسئلة الدراسة.

نتائج السؤال الأول: هل تُوْجَدُ فروق ذات دلالة إحصائية في درجات مقياس السلوك غير التَّكَيُّفِي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق البَعْدِي؟

للإجابة عن السؤال تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لمعرفة ما إذا كانت تُوْجَدُ فروق ذات دلالة إحصائية في درجات مقياس السلوك غير التَّكَيُّفِي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق البَعْدِي بعد ضبط أثر القياس القبلي، ويوضح الجدول (8) المتوسطات الحسابية الفعلية والمعدّلة بعد ضبط أثر القياس القبلي للسلوك غير التكيفي.

جدول (8) المتوسطات الحسابية الفعلية والمعدّلة بعد ضبط أثر القياس القبلي والانحراف المعيارية للسلوك غير التكيفي

المجوعة	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي المعدل
تجريبية	15	0.44	0.30	0.32
ضابطة	15	0.66	0.37	0.78

كما يوضح الجدول (9) ملخص نتائج تحليل التباين المشترك للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للسلوك غير التكيفي بعد ضبط أثر القياس القبلي.

جدول (9) نتائج تحليل التباين المشترك للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للسلوك غير التكيفي بعد ضبط أثر القياس القبلي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	F	مستوى الدلالة	حجم الأثر إيتا(η^2)
القياس القبلي	2.55	1	2.55	117.31	0.000	–
المجموعة	1.35	1	1.35	62.23	0.000	0.70
الخطأ	0.59	27	0.02			–

يتضح من الجدول (9) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للسلوك غير التكيفي بعد ضبط أثر القياس القبلي، حيث كانت قيمة ف الاحتمالية أقل من مستوى الدلالة (α=0.05)، وبالعودة للمتوسطات الحسابية المعدلة في جدول (8) يتضح أن مستوى السلوك غير التكيفي للمجموعة التجريبية أقل بدلالة إحصائية من أفراد المجموعة الضابطة. وقد بلغ حجم الأثر إيتا ($\eta^2 = 0.70$) ووفقا لهذه القيمة فإن حجم الأثر يعد كبيرا حسب تصنيف كوهن (Cohen,1988)، الذي أشار فيه أن حجم الأثر يعد كبيرا إذا زادت قيمة إيتا عن (0.14)، مما يدل ذلك على أن البرنامج العلاجي الذي تم تطبيقه على المجموعة التجريبية أسهم بشكل كبير في انخفاض مستوى السلوك غير التكيفي لدى أفراد العينة.

واتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة التي أظهرت نتائجها كيف ساهم TF-CBT في خفض السلوكيات غير التكيفية مثل (Brown et al., 2019; Boelen et al., 2021; Dorsey et al., 2020; Rezaei et al., 2023).

تعزو الباحثة النتائج إلى فنيات البرنامج التي ركزت على السلوك غير التكيفي، حيث ساعد مقياس السلوك غير التكيفي على وضع خطط فردية لكل طفل حسب سلوكياته التي تحتاج إلى تدخل، وتم التركيز على فنيات الاسترخاء منذ الجلسات الأولى للبرنامج، وكذلك تم تعريض الأطفال تدريجياً طوال جلسات البرنامج للمواقف والأشياء التي يتعاملون معها بالتجنب، مثل تجنب الذهاب للمدرسة وقلق الانفصال، وتجنب المواقف والأشياء التي تذكرهم بحادثة الوفاة، وحتى يستمر أثر التدخل في البيت تم التركيز على المهارات الوالدية لمقدمي الرعاية لإدارة السلوك طوال جلسات البرنامج، وتم تصميم سرد الصدمة لمساعدة الأطفال

على التعود على إشارات الصدمة المخيفة (على سبيل المثال، الصور والمشاهد والأشياء المرتبطة بالوفاة) دون العواقب المخيفة. علاوة على ذلك، في TF-CBT يتم تشجيع نظام المكافأة الإيجابية للسلوك الجيد بشكل عام، وتضمنت مكافآت الالتزام بالعلاج أشياء محببه للطفل، وفي مقدور مقدم الرعاية توفيرها مثل طبخ وجبة محببة مع الأم، والخروج للتنزه، وقضاء وقت إضافي مع الأصدقاء، أو دعوة صديق إلى المنزل للعب، وترى الباحثة بأن الاهتمام بسؤال الطفل ومقدم الرعاية حول المكافئات الممكن تقديمها مناسب نظرًا للوضع الاقتصادي المتدني للأسر.

نتائج السؤال الثاني: هل تُوْجَدُ فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي والتَّتَبُّعِي؛ في درجات مقياس السلوك غير التَّكَيُّفي لدى المجموعة التجريبية؟

للإجابة عن السؤال تم استخدام تحليل التباين ذي القياسات المتكررة (One way Anova-Repeated Measures) للتعرف إلى الفروق بين القياسيات المتكررة القبلي والبعدي والتتبعي، والجدول (10) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وفقا لكل قياس.

جدول (10) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياسات القبلي والبعدي والتتبعي للحزن المطول لدى أفراد المجموعة التجريبية

القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
القبلي	1.36	.10
البعدي	.50	.06
التتبعي	.47	.05

كما يوضح الجدول (11) نتائج تحليل التباين ذي القياسات المتكررة لدلالة الفروق بين القياسات لدى أفراد المجموعة التجريبية اعتمادا على نتائج اختبار Greenhouse-Geisser نظرا لعدم تحقق شرط الكروية Sphericity.

الجدول (11) نتائج تحليل التباين الاحادي ذي القياسات المتكررة لقياسات الحزن المطول

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	القيمة الاحتمالية	حجم الأثر
بين المعالجات	7.70	1.13	6.81	195.96	.000	.93
الخطأ	0.55	15.84	.03			

يتضح من خلال الجدول (11) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (α=0.05) بين القياسات المتكررة حيث يشير حجم الأثر إلى أن (80%) من التباين في القياسات المتكررة يعزى إلى البرنامج العلاجي، ولمعرفة اتجاهات هذه الفروق تم إجراء المقارنات الثنائية باستخدام اختبار بون فيروني (Bonferroni) والجدول (12) يوضح ذلك.

الجدول (12):نتائج اختبار بون فيروني (Bonferroni) للمقارنات الثنائية بين متوسطات القياسات المتكررة

المقارنات الزوجية		الفرق بين ازواج المتوسطات	مستوى الدلالة Sig
القبلي	البعدي	.861*	.000
	التتبعي	.894*	.000
البعدي	التتبعي	.033	.111

يتضح من الجدول (12) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط القياس القبلي والقياسين البعدي والتتبعي وكانت هذه الفروق لصالح القياس القبلي للسلوك غير التكيفي، كما يتضح أيضا من الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي على الرغم من انخفاض من مستوى السلوك غير التكيفي في القياس التتبعي، وهذا مؤشر على بقاء إثر البرنامج ولملاحظة مقدار التحسن الذي احدثه البرنامج في خفض مستوى السلوك غير التكيفي.

وتتفق النتيجة الحالية مع الدراسات السابقة التي قيمت استمرار أثر البرنامج في القياس التتبعي مثل (Boelen et al., 2021). وتعزو الباحثة استمرار أثر البرنامج في وجود مقدم الرعاية الذي استمر في توفير بيئة مناسبة للطفل حيث اظهرت الادبيات السابقة أن استخدام مقدم الرعاية للتعزيز الإيجابي، والأحداث الإيجابية المستقرة في الأسرة، وإشعار الطفل بأنه مفهوم، والتواصل

المفتوح يؤدي إلى غرس الشعور باستمرارية بيئة منزلية محبة ورعاية ومستقرة (Kwok et al., 2005). فالتواصل الإيجابي من قبل الوالدين أو مقدمي مع أطفالهم بشأن الخسارة يؤدي إلى انخفاض الأعراض غير القادرة على التكيف (Shapiro et al., 2014). فالطفل الذي يعاني من الحزن الشديد غير المتكيف يلتمس التواصل المستمر من الوالد غير المتوفى. وتيسير الوالد أو مقدم الرعاية للحزن يرتبط إيجابياً بالتكيف.

التوصيات

بناء على ما خلصت إلية نتائج الدراسة، توصي الباحثة بالآتي:

- إعادة الدراسة مع فئات عمرية مختلفة، وفترات متابعة أطول.
- تكرار دراسات مستقبلية مماثله على عينات أكبر حتى يتسنى إثبات مصداقية النتائج العلمية.

قائمة المصادر والمراجع العربية

- أبو علام، رجاء. (2009). *مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية*. (ط6). القاهرة: دار النشر للجامعات.
- زهران، حامد. (1977). علم نفس النمو (ط.4). عالم الكتب.
- ضمرة، جلال؛ أبو عيطة، سهام. (2014) أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال الحروب. *مجلة دراسات العلوم التربوية*، (41)، 101– 114.
- ضمرة، جلال؛ نصار، يحى. (2014). أثر نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من أطفال الحروب. *مجلة دراسات العلوم التربوية*، (41)، 445– 461.
- العتيبي، بندر. (2005). مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي المعايير السعودية. *المجلة العربية للتربية الخاصة*، (7)، 131–165.

Referencs

- Abu Allam, R. (2009). *Research methods in psychological and educational sciences*. (6th edition). (in Arabic) Cairo: Universities Publishing House.
- Al-Otaibi, B. (2005). Vineland Adaptive Behavior Scale, Saudi standards (in Arabic). *Arab Journal of Special Education*, (7), 131-165.
- Damra, J; Abu Aita, S., (2014) The effect of trauma-focused cognitive-behavioral therapy and music therapy in reducing symptoms of post-traumatic stress anxiety among a sample of war children (in Arabic). *Journal of Educational Science Studies*, (41), 101-114.
- Damra, J; Nassar, Y. (2014). The effect of the trauma-focused cognitive-behavioral therapy model in reducing depressive symptoms among a sample of war children (in Arabic). *Journal of Educational Science Studies*, (41), 445-461.
- Zahran, Hamed. (1977). Developmental Psychology (4th ed.). The world of books.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C., (1991). Child behavior checklist. Burlington. *University of Vermont, 7*, 371-392.
- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L., A., (2001). Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. Burlington, *University of Vermont*, 1-9.
- American Psychiatric Association (APA). (2020). *Board approves new prolonged grief disorder for DSM*. Available at: gk7tr7 (Accessed 20 September 2021).
- Boelen, P. A., Lenferink, L. I., & Spuij, M. (2021). CBT for prolonged grief in children and adolescents: A randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry, 178*(4), 294-304.
- Brown, E. J., Goodman, R. F., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Chaplin, W. F. (2019). An exploratory trial of cognitive-behavioral vs client- centered therapies for child–mother dyads bereaved from terrorism. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 13*(1), 113–125.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Staron, V. R. (2006). A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(12), 1465–1473.
- Cohen, P., Dizenhuz, I. M., & Winget, C. (1977). Family adaptation to terminal illness and death of a parent. *Social Casework, 58*(4), 223–228.

- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45*(12), 1474-1484.
- Dorsey, S., Lucid, L., Martin, P., King, K. M., O'Donnell, K., Murray, L. K., Wasonga, A. I., Itemba, D. K., Cohen, J. A., Manongi, R., & Whetten, K. (2020). Effectiveness of task-shifted trauma-focused cognitive behavioral therapy for children who experienced parental death and posttraumatic stress in Kenya and Tanzania. *JAMA Psychiatry*, *77*(5), 464–473.
- Galatzer-Levy, I. R., Huang, S. H., & Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical psychology review*, *63*, 41-55.
- Hendricks, A., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2014). *Your very own TF-CBT workbook*.
- Kaplow, J. B., Layne, C. M., Pynoos, R. S., Cohen, J., & Lieberman, A. (2012). DSM-V diagnostic criteria for bereavement-related disorders in children and adolescents: Developmental considerations. *Psychiatry*, *75*(3), 242–265.
- Kwok, O. M., Haine, R. A., Sandler, I. N., Ayers, T. S., Wolchik, S. A., & Tein, J. Y. (2005). Positive parenting as a mediator of the relations between parental psychological distress and mental health problems of parentally bereaved children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *34*(2), 260–271.
- Layne, C. M., Kaplow, J. B., Oosterhoff, B., Hill, R. M., & S Pynoos, R. (2017). The interplay between posttraumatic stress and grief reactions in traumatically bereaved adolescents: When trauma, bereavement, and adolescence converge. *Adolescent Psychiatry*, *7*(4), 266-285.
- Layne, C. M., Oosterhoff, B., Pynoos, R. S., & Kaplow, J. B. (2020). Developmental analysis of draft of DSM 5-TR criteria for Prolonged Grief Disorder: Report from the Child and Adolescent Bereavement Subgroup. Report submitted to the Panel on Developing Criteria for a Disorder of Pathological Grieving for DSM 5-TR (P. Applebaum, Chair). *American Psychiatric Association*.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, *71*(3), 543–562.
- Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaigne, IL: Research Press.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Deblinger, E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy. *Evidence-based approaches for the treatment of maltreated children: Considering core components and treatment effectiveness*, 165-185.
- Margoob, M., Firdosi, M., & Katshu, M. Z. U. H. (2024). Prolonged grief disorder: vulnerability and resilience. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1387937.
- Melhem, N. M., Porta, G., Shamseddeen, W., Payne, M. W., & Brent, D. A. (2011). Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Archives of general psychiatry*, *68*(9), 911-919.
- Raveis, V. H., Siegel, K., & Karus, D. (1999). Children's psychological distress following the death of a parent. *Journal of Youth and Adolescence*, *28*(2), 165–180.
- Revet, A., Bui, E., Benvegnu, G., Suc, A., Mesquida, L., & Raynaud, J. P. (2020). Bereavement and reactions of grief among children and adolescents: *Present data and perspectives. L'encephale*, *46*(5), 356-363.
- Rezaei Kangarshahi, G., Shahbazi, M., Koraei, A., & Alavi, S. Z. (2023). Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy on the Grief Symptoms and Behavioral Problems of Bereaved Children (One-Month Follow-Up). *Journal of Applied Psychological Research*, *14*(1), 161-177.
- Salloum, A. (2015). *Grief and trauma in children: An evidence-based treatment manual*. Routledge.
- Saltzman, W., Layne, C., Pynoos, R., Olafson, E., Kaplow, J., & Boat, B. (2017). *Trauma and grief component therapy for adolescents: A modular approach to treating traumatized and bereaved youth*. Cambridge University.
- Shapiro, D., N., Howell, K., H., & Kaplow, J., B., (2014). Associations among mother–child communication quality, childhood maladaptive grief, and depressive symptoms. *Death Studies*, *38*(3), 172–178.
- Thielemann, J., F., B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzenberger, J., & Rosner, R., (2022). A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child abuse & neglect*, *134*, 105899.
- Thomas, F., C., Puente-Duran, S., Mutschler, C., & Monson, C. M. (2022). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and youth in low and middle-income countries: A systematic review. *Child and adolescent mental health*, *27*(2), 146-160.