جامعة دمشق

كلية التربية

قسم التربية الخاصة

فاعلية برنامج سلوكي/معرفي في خفض أعراض اضطراب شدة ما بعد الصدمة [PTSD] لدى المراهقين المصابين بإعاقات حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية

رسالة مُعدة لنيل على درجة الدكتوراه في التربية الخاصة

إعداد الطالب:

حسام سليمان الشحاذه

إشراف الدكتور:

غسان أبو فخر

الأستاذ في قسم التربية الخاصة

مشرف مشارك الدكتورة:

منال الشيخ

الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي

العام الدراسي:

١٤٤١هـ – ١٤٤٢هـ

٢٠١٩م – ٢٠٢٠م

نوقشت هذه الرسالة بتاريخ (٢٠٢٠/٧/٢٠) من قبل السادة أعضاء لجنة الحكم التالية أسماؤهم:

الاسم	الصفة	التوقيع
أ.د. مها زحلوق	عضواً	
أ.د. غسان أبو فخر	عضواً مشرفاً	
أ.د. أحمد الزعبي	عضواً	
أ.د. درغام رحال	عضواً	
د. آذار عبد اللطيف	عضواً	

وتم إجراء التعديلات المطلوبة وأصبحت الرسالة صالحة لمنح درجة الدكتوراه في التربية الخاصة.

إهداء... شكر وتقدير

في البداية؛ أهدي هذا العمل إلى القائد المفدى.. رمز الوطن.. راعي البحث العلمي والباحثين.. المعلم الأول **الدكتور بشار حافظ الأسد.. وإلى الوطن الأم سورية.**

كما أهدي خلاصة جهدي هذا إلى كل من علّمني حرفاً، وكل من ساهم معي في إنجاح هذه الدراسة لترى النور؛ وأخصّ بالذكر:

المشرف الأستاذ الدكتور **غسان أبو فخر**، والمشرف المشارك الدكتورة **منال الشيخ**، لقبولهما الإشراف على هذه الرسالة بكامل مراحلها وخطواتها، ولما قدماه لي من توجيهات علمية وبحثية، ولما أحاطوني به من دعمٍ معنوي ورعاية أبوية.

وكل الشكر والتقدير والعرفان للأساتذة الكرام **أعضاء لجنة المناقشة** لتفضّلهم بقبول تحكيم هذه الدراسة، وإسداء النصح والملاحظات التي ستسهم في إثرائها، وتجويدها، وتجاوز ما بها من نقاطِ ضعف وهم؛ الأستاذة الدكتورة **مها زحلوق**، الأستاذ الدكتور **أحمد الزعبي**، الأستاذ الدكتور **درغام رحال**، والأستاذ المساعد الدكتور **آذار عبد اللطيف**.

كما أهدي هذا العمل إلى **جميع محكّمي** أدوات الدراسة من أساتذة جامعيين ومختصين في مستشفى المواساة/القسم النفسي، لقبولهم تحكيم أدوات الدراسة الحالية، والمساهمة في تدعيمها بالتوجيهات العلمية والأكاديمية.

وكل الشكر **لإدارة مستشفى المواساة/ القسم النفسي**، وهو المكان الذي طُبّقت فيه الدراسة الحالية، بمن فيهم من أخصائيين نفسيين، ومشرفين، وكادر إداري وتمريضي، لما قدموه من تسهيلات خلال جميع مراحل تطبيق البرنامج العلاجي.

وكل التقدير **لأفراد عينة المراهقين العاديين والمصابين بإعاقات مكتسبة وأولياء أمورهم** لتعاونهم الكامل وقبولهم في أن يكونوا جزءاً فاعلاً في هذه الدراسة.

كما أهدي هذا العمل **لجميع زملائي** في كلية التربية بجامعة دمشق من طلبة مراحل (الإجازة، الدبلوم، الماجستير، الدكتوراه).

وفي الختام أهدي خلاصة جهدي هذا إلى العيون الساهرة، وسبب صمودنا **بواسل الجيش العربي السوري**.. صُناع النصر.. حراس الياسمين.

(الباحث)

فهرس المحتويات		الصفحة
فهرس الجداول		هـ
فهرس الأشكال		و
فهرس الملاحق		و
1- الفصل الأول	**مدخل الدراسة**	**١ – ٨**
1-1- مقدمة الدراسة.		٢
1-2- مشكلة الدراسة.		٣
1-3- أهمية الدراسة.		٥
1-4- أهداف الدراسة.		٦
1-5- أسئلة الدراسة.		٦
1-6- حدود الدراسة.		٦
1-7- مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية.		٧
2- الفصل الثاني	**الإطار النظري**	**٩ – ٧٦**
توطئة.		**١٠**
2-1- المحور الأول	**الأزمة السورية وما خلفته من إعاقات حركية مكتسبة**	**١١ – ٢٤**
2-1-1- الأزمة السورية وانعكاساتها السلبية على المراهقين.		١١
2-1-2- مفهوم الإعاقة الحركية المكتسبة.		١٤
2-1-3- مراحل معايشة المراهق لصدمة البتر.		١٥
2-1-4- الاضطرابات النفسية والانفعالية الملازمة لصدمة البتر.		١٨
2-1-5- تأهيل المراهقين بعد صدمة البتر.		٢٢
2-2- المحور الثاني	**اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD)**	**٢٥ – ٤٧**
2-2-1- التطور التاريخي لمفهوم اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD).		٢٥
2-2-2- تعريف اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD).		٢٧
2-2-3- محكات تشخيص اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD):		**٣٠ – ٣٣**
2-2-3-1- محكات تشخيص اضطراب (PTSD) الواردة في دليل (ICD-10-1992).		٣٠
2-2-3-2- محكات تشخيص اضطراب (PTSD) الواردة في دليل (DSM-5-2013).		٣١
2-2-4- أعراض اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD):		**٣٤ – ٤٠**
2-2-4-1- الأعراض الرئيسية لاضطراب (PTSD).		٣٤
2-2-4-2- الأعراض الثانوية لاضطراب (PTSD).		٣٦
2-2-5- انتشار اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD) بين الأطفال والمراهقين.		٤٠
2-2-6- العوامل المساهمة في تطور أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD):		**٤٣ – ٤٧**

2-2-6-1- عوامل تتعلق بالحدث الصادم.	٤٣
2-2-6-2- عوامل تتعلق بالمُصاب.	٤٤
2-2-6-3- عوامل اجتماعية.	٤٦
2-3- المحور الثالث **المدخل السلوكي/المعرفي في الإرشاد النفسي**	**٤٨ – ٧٣**
2-3-1- لمحة تاريخية عن تطور الإرشاد السلوكي/المعرفي.	٨٤
2-3-2- مفهوم الإرشاد السلوكي/المعرفي.	٥٠
2-3-3- المرتكزات الرئيسية للعلاج السلوكي/المعرفي.	٥٢
2-3-4- بعض فنيات الإرشاد السلوكي/المعرفي.	٥٤
2-3-5- مقومات نجاح الإرشاد السلوكي/المعرفي في علاج اضطراب (PTSD).	٧٠
أوجه الاستفادة من الإطار النظري.	٧٤
3- الفصل الثالث **الدراسات السابقة**	**٧٧ – ١٠٠**
تمهيد	٧٨
3-1- الدراسات العربية	٧٨ – ٨٩
3-2- الدراسات الأجنبية.	٨٩ – ٩٨
3-3- تعقيب على الدراسات السابقة وأوجه الاستفادة منها.	٩٨
4- الفصل الرابع **منهج الدراسة وإجراءاتها**	**١٠١ – ١٢٧**
تمهيد.	١٠٢
4-1- منهج الدراسة.	**١٠٢**
4-2- أدوات الدراسة:	**١٠٣ – ١٢٥**
4-2-1- مقياس شدة ما بعد الصدمة (DSM-5-2013).	١٠٣
4-2-2- البرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي.	١١٥
4-3- عينة الدراسة الأساسية والإجراءات المتّبعة في اختيارها.	١٢٥
4-4- متغيرات الدراسة.	١٢٦
4-5- صعوبات الدراسة.	١٢٧
5- الفصل الخامس **عرض نتائج الدراسة ومناقشتها**	**١٢٨ – ١٤٣**
تمهيد.	١٢٩
5-1- المعالجة الإحصائية لأسئلة الدراسة ومناقشتها.	١٢٩
5-2- مقترحات الدراسة وتوصياتها.	١٤٢
5-3- بحوث مقترحة.	١٤٣
المراجع	١٤٥ – ١٥١
References	١٥٢ – ١٥٨

ملخص الدراسة باللغة العربية	١٦٠ – ١٦٥
ملخص الدراسة باللغة الإنكليزية (Abstract)	**I - VI**

فهرس الجداول

الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
١	إحصائيات الوضع الإنساني خلال الأزمة السورية وفق تقرير مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (أوتشا OCHA) لعام (٢٠١٦).	١٢
٢	تقرير وزارة التربية السورية حول عدد المدارس المتضررة وتقديرات الخسائر بين عامي (٢٠١١– ٢٠١٦).	١٢
٣	إحصائيات وزارة التربية السورية حول نسب التسرب الدراسي بين تلامذة التعليم الأساسي في جميع المحافظات بين عامي (٢٠١٢ – ٢٠١٦) خلال الأزمة السورية.	١٣
٤	عينة التطبيق الاستطلاعي (لمقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013).	١٠٦
٥	عينة صدق وثبات (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013).	١٠٧
٦	الصدق البنائي (لمقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013).	١٠٨
٧	الصدق المحكي (لمقياس شدة ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين المبني وفق معايير DSM-5-2013) بدلالة مقياس (دافيسون ١٩٩٥) تعريب وتقنين (ثابت ٢٠٠٥).	١٠٩
٨	تحليل تباين (أنوفا ANOVA) لأداء المجموعات الثلاث من عينة الصدق والثبات على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013).	١١٠
٩	تحليل التجانس (ليفين Levene) بين المجموعات الثلاث من عينة الصدق والثبات وفق أدائهم على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013).	١١٠
١٠	نتائج تطبيق معادلة (دونت سه Dunnet-3) لكشف الفروق في مستوى أعراض (PTSD) بين المجموعات الثلاث من الأطفال والمراهقين من وفق أدائهم على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013).	١١١
١١	مؤشرات ثبات (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013).	١١٢
١٢	توزيع فئات التقدير الوصفي لأعراض (PTSD) وفق معايير (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013).	١١٣
١٣	الصورة النهائية لمراحل البرنامج السلوكي/المعرفي لخفض أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD) لعينة مراهقين أصيبوا بإعاقات حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية.	١٢٣
١٤	خصائص عينة الدراسة المسحية من المراهقين المصابين بإعاقات حركية مكتسبة والمقيمين في مراكز الإيواء بمحافظتي دمشق واللاذقية.	١٢٩
١٥	مستوى ونسبة انتشار اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD) بين المراهقين المصابين بإعاقة حركية مكتسبة.	١٣٠

١٦	الفروق في أداء العينة التجريبية بين التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013).	١٣٣
١٧	الفروق في أداء العينة التجريبية بين التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013).	١٣٥

فهرس الأشكال

الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
١	الفروق في أداء العينة التجريبية بين التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013).	١٣٤
٢	الفروق في أداء العينة التجريبية بين التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013).	١٣٦

فهرس الملاحق

الملحق	عنوان الملحق	الصفحة
١	الموافقات الإدارية من الجهات المعنية لتطبيق أدوات الدراسة الحالية.	١٦٧
٢	الدرجات الخام التي حصل عليها أفراد المجموعة التجريبية في القياسات (القبلي – البعدي – المؤجل).	١٧٧
٣	الخصائص النفسية والانفعالية والاجتماعية والتعليمية والسكنية.. لأفراد المجموعة التجريبية، والظروف التي عاشوها خلال الأزمة السورية، ونوع البتر الذي يعاني منه كل فرد من أفراد العينة.	١٨٠
٤	أسماء السادة المحكمين واختصاصاتهم العلمية الذين قاموا بتحكيم (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013).	١٨٤
٥	الصورة النهائية (لمقياس شدة ما بعد الصدمة DSM- 5-2013).	١٨٥
٦	أسماء السادة المحكمين واختصاصاتهم العلمية الذين قاموا بتحكيم الصورة الأولى من مراحل البرنامج السلوكي/المعرفي في خفض أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD) لعينة مراهقين أصيبوا بإعاقة حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية.	١٩١
٧	الصورة النهائية لمراحل البرنامج السلوكي/المعرفي في خفض أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD) لمراهقين أصيبوا بإعاقة حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية .	١٩٢

1- الفصل الأول

(مدخل الدراسة)

1-1- مقدمة الدراسة.

1-2- مشكلة الدراسة.

1-3- أهمية الدراسة.

1-4- أهداف الدراسة.

1-5- أسئلة الدراسة.

1-6- حدود الدراسة.

1-7- مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية.

1-1- مقدمة الدراسة:

تسببت الأزمة السورية منذ بدايتها – وما رافقها من أعمال عنفٍ وإرهاب مُسلح – بتهجير أعداد كبيرة من الأسر ليغادروا أماكن إقامتهم الأصلية ويستقروا في عدة مراكز للإيواء، إذ ظهرت جماعات مُسلحة تتبنى العمل الإرهابي منهجاً للسيطرة على الحكم مُستهدفة المدنيين العُزَّل وترويعهم بتهديد السلاح مُوقعين عشرات القتلى والجرحى، كما شوهدت مناظر مُروعة لضحايا وأشلاء بشرية مُمزقة أو محترقة، وهناك من فقد أعزاء له (أب، أم، أخ، أخت، صديق..)، أو كُتبت له النجاة ولا تزال تُجرى له عمليات جراحية مُعقدة، أو أصيب بإعاقة معينة، وجميع تلك الأحداث الصادمة شهدها أبناؤنا من أطفالٍ ومراهقين، والتي لم تكن مألوفة بالنسبة لهم، وتسببت بظهور عدة اضطرابات نفسية وانفعالية كان أبرزها اضطراب شدة ما بعد الصدمة النفسية (Post- Traumatic Stress Disorder) المعروف اختصاراً (PTSD).

ويعد اضطراب (PTSD) مُستقلاً بأعراضه وخصائصه التشخيصية، ودُرس بشكل مُعمق في المناطق التي شهدت كوارث طبيعية (أعاصير، زلازل، فيضانات..) أو من صنع الإنسان (حروب ونزاعات مُسلحة، حوادث طرق أو سكك حديدية، جرائم..)؛ وقد وضعت **(ماكسود Macksoud)** تصوراً لاضطراب (PTSD) لدى الأطفال والمراهقين، فعلى المستوى المعرفي يواجهون مشكلات في التركيز تُؤثر سلباً على التحصيل الدراسي وعلى العمليات العقلية بسبب الذكريات المؤلمة للحدث الصادم، مع مزاج مُكتئب يؤدي إلى اضطرابات في التعلم، وعلى المستوى السلوكي نجد السلبية وعدم التلقائية، ومن الممكن أن يصبحوا أكثر قسوةً وعُنفاً من السابق ما قد يترك ذلك أثراً سلبياً على علاقاتهم بالأصدقاء أو إلى نوعٍ من العُزلة الاجتماعية، وبشكل جزئي هم عُرضة لتطور أعراض نفسية/جسمية (Macksoud et al, 1993, 627). كما بيّن **(دافيدسون وزملاؤه Davidson et al)** أن الشكل المُزمن لاضطراب (PTSD) يظهر بوضوح لدى الأطفال والمراهقين الذين شهدوا أعمال عنفٍ أو قتل أو أصيبوا خلال الحروب (Davidson et al, 1995, 2-6). فاضطراب (PTSD) يلي التعرض لحادث مؤلم أو شديد، ويتضمن إعادة اختبار الصدمة، وتجنب المثيرات المرتبطة بها، والانفعال المُتزايد، وقد تلعب العوامل النمائية دوراً قوياً في بروز هذه الأعراض لدى الأطفال والمراهقين – التي لا تلاحظ لدى البالغين – كالمشكلات السلوكية، وأعراض نفسية/جسدية، مع مخاوف أكثر تعميماً (Gillies et al, 2012, 3).

والمدخل السلوكي/المعرفي (Cognitive/Behavioral Approach) من أحدث مداخل الإرشاد، واستُخدم بفعالية لخفض أعراض اضطراب (PTSD) لدى المراهقين، بسبب تعدد فنياته (التفريغ الانفعالي، اختبار المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية، اختبار المشاعر الإيجابية والأفكار

العقلانية، تعزيز الصلابة النفسية والثبات الانفعالي، حل المشكلات، التحكم والسيطرة، الاسترخاء، التعايش مع الصدمة..) (Hamblem, 2003, 122). وتعود الجذور الأولى لهذا المدخل إلى أعمال (**إليس Ellis**)؛ (**بيك Beck**)؛ (**رايمي Raimy**)؛ (**كيلي Kelly**)؛ (**فرايد Fried**)؛ (**ميتشنبوم Meichenbaum**)؛ (**لازروس Lazarus**)؛ (**ولبي Wolpe**).. وآخرين نتيجة دمج الإرشاد المعرفي بالإرشاد السلوكي، والتعامل مع الاضطرابات النفسية من منظور ثلاثي (معرفي، انفعالي، سلوكي)، فعلاقة التعاون بين المرشد والمُسترشد ضرورية لتحديد مسؤوليات كلٍ منهما، فالمُرشد مسؤول عن تشخيص الاضطراب واستخدام ما يراه مناسباً من فنيات لتعديل أفكار المُسترشد وبنيته المعرفية المشوهة واللاعقلانية لتصبح بنية صحية وعقلانية، أما مسؤولية المُسترشد فتتحدد باستشعار أفكاره المشوهة ومعتقداته اللاعقلانية واستبدالها بأفكار ومعتقدات عقلانية تُسهل تكيفه الشخصي والاجتماعي، وتعديل انفعالاته وسلوكه، ومنع حدوث أي انتكاسة، ما أضاف أهمية نوعية لهذا المدخل الإرشادي (Finch et al, 1993, 210)؛ (محمد، ٢٠٠٠، ١٠-١٢)؛ (أبو زيد، ٢٠٠٣، ١١١).

إن المراهقين الذين أصيبوا بإعاقات حركية مكتسبة، وهُجروا مع أسرهم من المناطق التي شهدت أعمالاً إرهابية مُسلحة خلال الأزمة السورية، وعاشوا أحداثاً مُروعة لم تكن مألوفة بالنسبة لهم، وتسببت لهم بظهور نسب مرتفعة من أعراض اضطراب (PTSD)، هؤلاء المراهقون قد يكونون مُمانعين للبوح بتجاربهم المؤلمة وخبراتهم السلبية بسبب استمرار آثار الأحداث الصادمة على بنيتهم النفسية والمعرفية، ما قد ينعكس سلباً على توافقهم الشخصي والاجتماعي، ويحد من قدرتهم على التعايش مع الظروف الجديدة للإعاقة، أو السير خلف أفكارهم اللاعقلانية نتيجةَ شعورهم باليأس والإحباط، كذلك وغيره ساهم في بروز فكرة الدراسة الحالية.

1-2- مشكلة الدراسة:

خلَّفت الأزمة السورية كثيراً من الآلام الجسدية والنفسية سيما على المراهقين ممن أصيبوا بإعاقات حركية مُكتسبة بفعل العمليات الإرهابية (فقدان طرف علوي أو سفلي أو شلل حركي)، فتحول المُراهق من إنسان طبيعي إلى إنسان مُعاق حركياً ساهم – بالضرورة – في تطور أعراض اضطراب (PTSD) لديه، وقد لا يجد من يخفف من تلك الأعراض النفسية والانفعالية لديه لعدم الخبرة بها، وتعقد مظاهرها السلوكية المصاحبة (ذكريات مؤلمة، أحلام يقظة لاإرادية، كوابيس ليلية، تبول لاإرادي، تجنب الأشخاص والأماكن المرتبطة بالصدمة، عزلة اجتماعية، تراجع التحصيل الدراسي..).

وفي دراسة استطلاعية أولية – قام بها الباحث – في عدة مراكز للإيواء المؤقت بمحافظتي دمشق واللاذقية امتدت من (٢٠١٥/١٢/٥ إلى ٢٠١٧/٧/٧)، بهدف تحديد مستوى ونسب انتشار

اضطراب (PTSD) بين عينة قوامها (٢٤) فرداً من المراهقين المصابين بإعاقة حركية مكتسبة، اختيروا من (٩) مراكز للإيواء، ومن المهجرين وأسرهم من أماكن إقامتهم الأصلية في عدة بلدات وقرى ومحافظات (ريف دمشق، حلب، الرقة، دير الزور، إدلب، حمص، ريف حمص الشرقي..) ممن عايشوا صدمات نفسية وانفعالية بسبب صدمة الإعاقة والتهجير وإرهاب المجموعات المُسلحة، إذ بينت النتائج أن جميع أفراد العينة (أي ما نسبته ١٠٠% من مجموع أفراد العينة) عانوا مستويات مختلفة من اضطراب (PTSD) تبدأ من مستوى (اضطراب متوسط إلى اضطراب شديد إلى اضطراب حاد ومزمن). وأن نسبة كل من المراهقين المصابين بإعاقات حركية مكتسبة ممن تلقوا خدمات الدعم النفسي خلال فترة (٦) أشهر الأولى من صدمة الإعاقة كانت (.٪)، وعند سؤال إدارة مراكز الإيواء عن سبب غياب الدعم النفسي لمواجهة اضطراب (PTSD) لدى أفراد العينة، تقاطعت معظم الإجابات حول (غياب التخطيط لبرامج الدعم النفسي، نقص الكادر البشري المختص بعلاج اضطراب PTSD للمراهقين وأسرهم، معظم أشكال الدعم كانت مالية ومادية وتربوية ونفسية واجتماعية لمواجهة اضطرابات أخرى كالقلق والإحباط والخوف..). وهنا برزت حاجة هؤلاء المراهقين المُصابين بإعاقات حركية مكتسبة لتوظيف فنيات المدخل السلوكي/ المعرفي في الإرشاد النفسي لتمكينهم من التعايش مع الظروف الجديدة للإعاقة.

ومن مراجعة الأدب النظري والدراسات السابقة ذات العلاقة؛ تبين أن خفض أثر اضطراب (PTSD) على الشخصية لا ينطلق من منظور أحادي، بل يتطلب تعدد وتنوع فنيات الإرشاد النفسي لتضاهي ما ينضوي عليه اضطراب (PTSD) من خطورة في تعطيل حياة المُصاب من النواحي النفسية، والانفعالية، والعقلية، والاجتماعية، والمهنية، والأكاديمية..إلخ، لتحقيق أعلى مستوى ممكن من التوافق الشخصي والاجتماعي، والتعايش مع الأحداث الصادمة من خلال تعديل البنية المعرفية والانفعالية والسلوكية للمُصاب لمواجهة الأحداث الصادمة بشكل (مباشر، أو غير مباشر، أو آني، أو تأجيل المواجهة) لتحقيق أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية، والمدخل السلوكي/ المعرفي في الإرشاد النفسي يتيح تحقيق هذه الغايات بكفاءة وفاعلية.

فالمدخل السلوكي/المعرفي في الإرشاد النفسي حديث العهد نسبياً، وأجريت حوله عدة دراسات أجنبية وعربية ومحلية لبيان فاعليته في خفض أعراض اضطراب (PTSD) لدى الأطفال والمراهقين ممن عايشوا كوارث طبيعية أو بسبب الحروب والنزاعات المُسلحة كحربي الخليج الأولى والثانية، واحتلال الكويت، وحروب لبنان الأهلية، واعتداءات الكيان الصهيوني على أبناء لبنان وفلسطين؛ كدراسات (**جوردن وآخرين Gordon et al 2006**)؛ (**آكسي وبراون Eksi & Braun 2009**)؛ (**كاتاني وآخرين Catani 2009 et al**)؛ (**شاهين ٢٠١٤**)؛ (**الشريف ٢٠١٦**). وعدة دراسات محلية أجريت قبل الأزمة السورية على عينات من الأطفال والمراهقين بسبب حوادث الطرق أو

السكك الحديدة أو بسبب اعتداء جنسي كدراسات (**عز ٢٠٠٢**)؛ (**الشيخ ٢٠١٠**)؛ (**الشيخ ٢٠١٢**). ودراسات عربية ومحلية أجريت على عينات من أطفالٍ ومراهقين مُهجرين إلى دول عربية أو أجنبية، أو مهجرين داخلياً بين المحافظات السورية؛ كدراسات (**ضمرة وأبو عطية ٢٠١٤**)؛ (**إبراهيم ٢٠١٥**)؛ (**اسمندر ٢٠١٥**)؛ (**عسيلا ٢٠١٧**)، ودراسات أخرى عديدة.

ومما سبق؛ يُلاحظ فاعلية المدخل السلوكي/المعرفي في خفض أعراض اضطراب (PTSD) لدى الأطفال والمراهقين في عدة مناطق شهدت كوارث طبيعية أو من صنع الإنسان، لوقايتهم من تحول تلك الأعراض إلى شكل مزمن يُعطل الوظائف الاجتماعية والمهنية والتحصيل الدراسي، لمساعدة الضحية على نقل المكبوتات الانفعالية المؤلمة من مستوى اللاشعور إلى مستوى الشعور للتحكم بها ومواجهتها وتعزيز مكونات الصلابة النفسية، إلا أن الدراسة الحالية تتميز باستهداف عينة مراهقين أصيبوا بإعاقات حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف) بسبب العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية، ومما سبق يمكن تحديد المشكلة بالسؤال التالي: (**ما فاعلية برنامج سلوكي/معرفي في خفض أعراض شدة ما بعد الصدمة PTSD لدى المراهقين المصابين بإعاقات حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية ؟**).

1-3- أهمية الدراسة:

1-3-1- تكمن أهمية الدراسة في أهمية البحث في أعراض (PTSD)، وذلك من حيث التطور التاريخي، وتشكُّل المفهوم والتعريف، والبحث في أحدث مِحكَّات التشخيص، وأهم الأعراض الرئيسية والثانوية لهذا الاضطراب، وأهم المقاييس المستخدمة في روز مستواه وشدته لدى الأطفال والمراهقين.

1-3-2- أهمية دراسة أعراض (PTSD)، ونسب انتشارها، سيما بين المراهقين المصابين بإعاقات حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية، وممن ينتمون إلى الفئة العمرية (١٤ إلى ١٥) سنة.

1-3-3- المساهمة في تقديم معلومات وبيانات أولية تساعد أصحاب القرار في كل من وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل ووزارة الصحة والوزارات الأخرى المعنية لوضع برامج إرشادية لتجاوز الآثار السلبية لاضطراب (PTSD) بين المراهقين ممن عايشوا صدمات الحرب وإرهاب المجموعات المُسلحة خلال الأزمة السورية، لتحقيق أعلى مستوى ممكن من تكيفهم الشخصي والاجتماعي والتعايش مع الظروف الجديدة للإعاقة الحركية المُكتسبة، وامتلاك سمات الصلابة النفسية.

1-3-4- تعد الدراسة الأولى من نوعها في سورية (بحسب علم الباحث)، والتي أجريت للتحقق من فاعلية برنامج سلوكي/معرفي لخفض أعراض (PTSD) لعينة مراهقين أصيبوا بإعاقات حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية، ومكملة لسلسلة الدراسات التي أجريت على المستوى الأجنبي والعربي

والمحلي حول الآثار النفسية والانفعالية لمعايشة الإرهاب المرافق للحروب والأزمات في منطقة الشرق الأوسط خصوصاً، ومناطق العالم عموماً.

1-4- أهداف الدراسة:

1-4-1- تحديد مستوى ونسبة انتشار اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD) لدى عينة من المراهقين المصابين بإعاقات حركية مكتسبة والمقيمين في عدد من مراكز الإيواء بمحافظتي دمشق واللاذقية خلال الأزمة السورية.

1-4-2- تصميم برنامج قائم على بعض فنيات المدخل السلوكي/المعرفي والتحقق من فاعليته واستمرار أثره في خفض أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD) يناسب عينة مراهقين من عمر (بين ١٤،١١ إلى ١٥،١١ سنة) ممن أصيبوا بإعاقات حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف) بسبب العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية.

1-5- أسئلة الدراسة:

1-5-1- ما مستوى ونسبة انتشار اضطراب (PTSD) لدى عينة من المراهقين المصابين بإعاقات حركية مكتسبة في عدة مراكز للإيواء بمحافظتي دمشق واللاذقية خلال الأزمة السورية ؟.

1-5-2- هل من فرق في متوسط درجات العينة التجريبية بين التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013) يعود أثره إلى فاعلية البرنامج السلوكي/ المعرفي ؟.

1-5-3- هل من فرق في متوسط درجات العينة التجريبية بين التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013) يشير استمرار أثر البرنامج السلوكي/ المعرفي ؟.

1-6- حدود الدراسة:

1-6-1- الحدود الزمنية: تم التطبيق المسحي والتطبيق التجريبي للدراسة الحالية في الفترة الزمنية الواقعة بين (٢٠١٥/٢/٥) حتى (٢٠٢٠/٢/٨).

1-6-2- الحدود المكانية: تم التطبيق الدراسة المسحية في عدد من مراكز الإيواء في محافظتي دمشق واللاذقية، أما الدراسة التجريبية فقد تم اختيار عينتها من مركز إعادة التأهيل والأطراف الصناعية بدمشق التابع لوزارة الصحة، ومن جمعية خطوة للأطراف الصناعية المرخصة من وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، وتم التطبيق التجريبي للدراسة الحالية في مشفى المواساة (القسم النفسي).

1-6-3- الحدود البشرية: أجريت الدراسة المسحية على عينة قوامها (٢٤) مراهقاً من المصابين بإعاقات حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف)، أما الدراسة التجريبية فقد أجريت على عينة قوامها (١٠) مراهقين مصابين بإعاقات حركية مكتسبة.

1-6-4- أدوات الدراسة: تم تصميم أداتين هما (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013، البرنامج السلوكي/المعرفي لخفض أعراض شدة ما بعد الصدمة PTSD يناسب عينة من المراهقين المصابين بإعاقات حركية مكتسبة).

1-6-5- الحدود العلمية: تم البحث في المفاهيم التالية (اضطراب شدة ما بعد الصدمة PTSD – الإعاقة الحركية المكتسبة – المراهقين المصابين بإعاقة حركية مكتسبة – الأزمة السورية – المدخل السلوكي/المعرفي في الإرشاد النفسي).

1-7- مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية:

1-7-1- اضطراب شدة ما بعد الصدمة النفسية (Post- Traumatic Stress Disorder):
يعرف بأنه "مجموعة أعراض مميزة تتبع التعرض لصدمة شديدة تتضمن تجربة شخصية مُباشرة لحادث يتضمن الموت أو التهديد بالموت أو إصابة خطرة أو أي تهديد آخر للسلامة البدنية، أو مشاهدة حادث يتضمن الموت أو إصابة أو تهديداً للسلامة البدنية لشخص آخر، أو المعرفة بموت عنيف أو غير متوقع أو أذى خطير أو التهديد بالموت أو الإصابة التي يمر بها فرد من الأسرة أو شخص مُقرب آخر، ويجب أن تتضمن استجابة الشخص للحادث خوفاً شديداً، أو الإصابة بحالة يأس، أو رعب، والأعراض الرئيسية الناتجة عن التعرض لصدمة شديدة هي إعادة الاختبار المستمرة لحادث الصدمة، والتجنب المستمر للمثيرات المرتبطة به، وفقدان الحس بقابلية الاستجابة العامة، واستمرارية أعراض الإثارة المتزايدة، كما أن الصورة الكاملة للأعراض يجب أن تكون حاضرة لأكثر من شهر، ويجب أن يسبب الاضطراب كرباً ذا دلالة من الناحية الإكلينيكية، أو ضعفاً في المجالات الاجتماعية، أو المهنية، أو أية مجالات وظيفية أخرى ومهمة" (DSM-5, 2013, 274-276).

ويعرف اضطراب (PTSD) إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها المراهق الذي أصيب بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية على (مقياس شدة ما بعد الصدمة النفسية DSM-5-2013).

1-7-2- المراهقة (Adolescence): كل فرد يقع مداه العمري ويمتد من نهاية الطفولة المتأخرة (Childhood) عند عمر (١١،٦) سنة، إلى مرحلة ما قبل سن الرشد ونهاية مرحلة المراهقة المتأخرة (Adolescence) عند عمر (١٧،١١) سنة (الشيباني، ٢٠٠٠، ١٨١–٣٠٣).

1-7-3- الإعاقة الحركية المُكتسبة (Acquired Kinetic Handicap): تعرف بأنها "حالة عجز جسمي أو صحي تصيب الفرد في مرحلة ما بعد الولادة، بسبب التعرض لحادث أو الإصابة بمرض ما، فيصبح لديه إعاقة جسمية أو صحية مكتسبة غير موروثة، تحول دون قيامه بنشاطات الحياة اليومية التي كانت تعتبر عادية لذلك الشخص قبل تعرضه للإعاقة" (الخطيب، ١٩٩٨، ٢١).

ويعرف المراهق ذو الإعاقة الحركية المُكتسبة إجرائياً بأنه شخص من عمر (بين ١٤،١١ إلى ١٥،١١ سنة) أصيب بإعاقة حركية مكتسبة (بتر طرف أو أكثر /علوي أو سفلي/) بسبب العمليات الإرهابية المُسلحة خلال الأزمة السورية، ويحمل بطاقة إعاقة حركية وفق قانون رعاية المعوقين رقم (٣٤) لعام (٢٠٠٤) صادرة عن مديرية الشؤون الاجتماعية والعمل في إحدى المحافظات السورية خلال الفترة الممتدة حصراً (بين ٢٠١١/٣/١٥ إلى ٢٠١٩/٣/١).

1-7-4- الإرشاد النفسي السلوكي/المعرفي (Cognitive/Behavioral Psychological Guidance): يعرف بأنه "أحد أشكال الإرشاد النفسي حديثُ العهد نسبياً، والذي نتج عن دمج الإرشاد السلوكي بالإرشاد المعرفي، والذي يركز على نجاح علاقة المُرشد والمُسترشد، وقدرة الأول على تغيير البنية المعرفية المشوهة للمُسترشد وتحويلها من مستوى اللاشعور إلى مستوى الشعور، للسيطرة عليها ثم تصويبها لتكون أكثر إيجابية وعقلانية، ما يعزز قدرة المُسترشد على إدراك المثيرات المختلفة وتفسيراته لها، وإعطاء معاني لخبراته المتعددة، والتوصل إلى استجابات بديلة أكثر فاعلية وعقلانية نحو العالم المحيط بعد تصحيح معتقداته المُختلة وظيفياً ما يجعل سلوكه أكثر عقلانياً، والمُرشد السلوكي/المعرفي ينظر إلى الاضطراب النفسي على أنه اضطراب في التفكير، عندما يقوم المريض بتحريف الواقع بطريقة مُفرطة الحساسية (لاعقلانية)، ما يُنتج انحرافات في السلوك، أي تعديل السلوك المريض من تعديل التفكير اللاعقلاني (محمد، ٢٠٠٠، ٢١-٢٢).

ويعرف البرنامج السلوكي/المعرفي إجرائياً بأنه برنامج مصمم لخفض أعراض (PTSD) لعينة مراهقين من عمر (بين ١٤،١١ إلى ١٥،١١ سنة) أصيبوا بإعاقات حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية، استناداً إلى الأسس النظرية والتطبيقية لاضطراب (PTSD) الواردة في دليل (DSM-5-2013)، والأسس النظرية والتطبيقية للمدخل السلوكي/المعرفي في الإرشاد النفسي، ويضم البرنامج (١٣) مرحلة إرشادية تم فيها توظيف عدة فنيات سلوكية/معرفية (التدريب على طلب الدعم والمساندة، التفريغ الانفعالي، استيعاب الحدث الصادم، اختبار المشاعر والأفكار السلبية واللاعقلانية، اختبار المشاعر والأفكار الإيجابية والعقلانية، التعايش والتكيف مع الإعاقة، الاسترخاء والتأمل الواعي، الصلابة النفسية والثبات الانفعالي، حل المشكلات، تنمية الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة، إعادة البناء المعرفي) وباستخدام استراتيجيات تعديل السلوك (النمذجة المباشرة، النمذجة غير المباشرة، الحوار والمناقشة، الأسئلة، المحاضرة، لعب الدور، التعزيز، الواجب المنزلي).

2- الفصل الثاني

(الإطار النظري)

2-1- المحور الأول: الأزمة السورية وما خلفته من إعاقات حركية مكتسبة.

2-2- المحور الثاني: اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD).

2-3- المحور الثالث: المدخل السلوكي/المعرفي في الإرشاد والعلاج النفسي.

توطئة

تضمن المحور الأول من الإطار النظري البحث في الأزمة السورية من حيث مسارها وانعكاساتها السلبية على جميع أفراد المجتمع السوري سيما على المراهقين منهم، وما سببته من إعاقات حركية مكتسبة لهم كحالات بتر الأطراف، تلا ذلك البحث في مفهوم الإعاقة الحركية المكتسبة بفعل بتر أحد الأطراف أو أكثر، ثم استعراض أهم المراحل التي يمر بها المراهق بعد معايشته لصدمة بتر طرف أو أكثر، ثم عرض أهم الاضطرابات النفسية والانفعالية التي يخبرها المراهق بعد إصابته بالبتر، وأخيراً؛ تم البحث في إعادة تأهيل المراهقين بعد الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة (البتر) من النواحي الجسدية والنفسية والاجتماعية والتربوية والتعليمية..إلخ.

أما المحور الثاني من الإطار النظري فقد بحث في مفهوم اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD) بلمحة تاريخية، ثم عرض أهم تعاريفه الموضوعة، وتحليل مضمونها، ثم عرض مِحكَّات تشخيص اضطراب (PTSD) وفق ما ورد في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10-1992)، وفي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الأمريكي– الطبعة الخامسة (DSM-5-2013)، تلا ذلك البحث في الأعراض الرئيسية والثانوية لهذا الاضطراب لدى الأطفال والمراهقين، ثم البحث في نسب انتشاره في المناطق التي شهدت كوارث طبيعية أو من صنع الإنسان، وأخيراً؛ تمت مناقشة عوامل تطور أعراض اضطراب (PTSD) لدى الأطفال والمراهقين.

أما المحور الثالث من الإطار النظري فقد بحث في تطور مفهوم المدخل السلوكي/المعرفي في الإرشاد النفسي بلمحة تاريخية، ثم الانتقال إلى تعريف الإرشاد السلوكي/المعرفي، وأهم المرتكزات الرئيسية له، ثم البحث في بعض فنيات الإرشاد السلوكي/المعرفي، وأخيراً؛ تم استعراض أهم مقومات نجاح الإرشاد السلوكي/المعرفي في علاج اضطراب (PTSD).

2-1-1- الأزمة السورية وانعكاساتها السلبية على المراهقين:

ظهرت عدة ألفاظ للتعبير عن مفهوم الأزمة (مصيبة، نكبة، فاجعة، كرب..)، وهي مرحلة اختلال التوازن النفسي نتيجة لحادثة تُهدد حياة الإنسان، وتشكل خطورة كبيرة عليه، لتجعله غير قادر على التعامل معها أو حلها أو التخلص منها أو من آثارها، لافتقاده مصادر الدعم الداخلي أو الخارجي التي تعينه على التكيف مع الصدمة، إذ تتأثر أفعال وأحاسيس وأفكار الإنسان لحظة الأزمة النفسية، وتزداد حدتها بعد الحدث الصادم مباشرةً، وتقل تدريجياً بمرور الوقت، وهناك تباين في ردود أفعال الأفراد عند حدوث الأزمات النفسية، وعندما يتغلب الإنسان على الأزمة فهو يتعلم أساليب واستجابات تكيفية ليصبح في حالة نفسية أفضل (عثمان، ٢٠٠٣، ١٣).

وتعد منطقة الشرق الأوسط من أكثر مناطق العالم سخونةً وتوتراً، بسبب وجود الكيان الصهيوني من جهة، وبذور الفتنة الطائفية التي زرعها الاستعمار التقليدي من جهةٍ أخرى، فالمنطقة العربية تعد مرجعية للديانات السماوية (اليهودية، المسيحية، الإسلام)، ومع بروز ما يسمى بالربيع العربي كجيل ثالث من الحروب بالوكالة، حيث اتُخذ من مصطلحات (الحرية، الديمقراطية، حقوق الإنسان) ذرائع للسيطرة على الحكم ونشر الفوضى، ما تسبب بويلات على الشعوب العربية التي غُرر بها، ولم يسلم بلدٌ عربي من آثار تلك الموجة التي بدأت من تونس وانتهت بسورية.

لقد عاشت الجمهورية العربية السورية فترة استقرار ونمو تدريجي على كافة المستويات الاقتصادية والاجتماعية والتربوية والتعليمية والثقافية.. منذ ثورة (٨) آذار عام (١٩٦٣)، وقيام الحركة التصحيحية عام (١٩٧٠)، حتى بدء الأزمة السياسية والأمنية بتاريخ (٢٠١١/٣/١٥)، إذ ظهرت جماعات طائفية استغلت دين الإسلام بعباءة وهابية تكفيرية، مُتبنيةً العمل الإرهابي منهجاً للسيطرة على الحكم، ومُستهدفةً الجيش وقوى الأمن والمدنيين بالتنكيل والقتل والاغتيالات والأحزمة الناسفة وتفخيخ السيارات، مُوقعين عشرات القتلى والجرحى، ثم تخريب البنية التحتية (التربوية، السياحية، الصناعية، الزراعية، التجارية، المصرفية..) لخلق أزمة اقتصادية تقود لاحقاً لأزمة اجتماعية وسياسية وعسكرية وإثارة حالة من السُخط ضد الدولة، وكل تلك الظروف وغيرها أدت إلى تهجير آلاف العائلات من أماكن إقامتهم الأصلية في عدة قرى وبلدات ومحافظات صُنفت بأنها غير آمنة، والنزوح الداخلي إلى مناطق أكثر أمناً، أو اللجوء إلى دول عربية أو أجنبية خوفاً على أرواحهم وبحثاً عن ظروف صحية وسكنية واجتماعية وتعليمية أفضل لأبنائهم.

ويوضح الجدول (١) بعض بيانات تقرير مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (أوتشا OCHA) عام (٢٠١٦) حول أهم الانعكاسات السلبية للأزمة السورية على النواحي الإنسانية والاجتماعية والاقتصادية:

الجدول (١) إحصائيات الوضع الإنساني خلال الأزمة السورية

وفق تقرير مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (أوتشا OCHA) لعام (٢٠١٦)

الحالة البشرية	المحتاجون	مستهدفون بالمساعدات	نازح داخلي قبل عام (٢٠١٦)	نازح جديد بعد عام (٢٠١٦)	لاجئ في الدول المجاورة
العدد	(١٣،٥) مليون	(١٣،٥) مليون	(٦،١) مليون	(٩٠٠) ألف	(٤،٨) مليون

المصدر: (أوتشا OCHA، ٢٠١٦، ١)

كما بينت عدة تقارير صادرة عن وزارة التربية بين عامي (٢٠١١ – ٢٠١٨) التضرر الكلي أو الجزئي لنحو (٢٣٦٢) مدرسة في مناطق السيطرة المؤقتة للمجموعات الإرهابية (درعا، إدلب، دير الزور، ريف حلب، ريف حمص، ريف دمشق)، وبتكلفة (٥،٧ مليار ل.س)، نتيجة حرق وتدمير وسرقة محتويات المدارس وما بها من وسائط نقل، وسرقة رواتب العاملين، وتعرض الأهالي والمعلمين للإرهاب، ومنع المُتعلمين من الوصول لمدارسهم. كما أشار تقرير آخر لوزارة التربية إلى تحويل (١٩٥٦) مدرسة تقريباً كملجأ للأسر النازحة، وتسرب (٢٢،٨%) من تلامذة التعليم الأساسي والثانوي. ويوضح الجدول (٢) عدد المدارس المتضررة والخسائر بين عامي (٢٠١١ – ٢٠١٦):

الجدول (٢) تقرير وزارة التربية السورية

حول عدد المدارس المتضررة وتقديرات الخسائر بين عامي (٢٠١١– ٢٠١٦)

المحافظة	عدد المدارس المتضررة	التكلفة بالمليون الليرة السورية
دمشق	١٦٩	١٤٣
ريف دمشق	٢٠٠	٨٤٩
حلب	١٠٣	٨٢١
إدلب	٦١٠	٨٢٩
حمص	٢٢٧	١٢٥٧
حماه	١٥٧	٧٢٧
اللاذقية	٢٠	٦٧
طرطوس	٣٠	١١٧
الحسكة	٥٩	٢٦
دير الزور	٤٩	٣٧٤
الرقة	٤	١٢
درعا	٣٩٣	٤٦٦
القنيطرة	٢٤	١٢
المجموع	**٢٠٤٥**	**٥٧٠٠**

المصدر: (وزارة التربية السورية بين عامي ٢٠١١ – ٢٠١٨)

كما يُظهر الجدول (٣) نسب التسرب الدراسي بين تلامذة التعليم الأساسي وبحسب الجنس في جميع المحافظات السورية بين عامي (٢٠١٢ – ٢٠١٦) وفق أحدث تقرير صادر عن وزارة التربية:

الجدول (٣) إحصائيات وزارة التربية السورية حول نسب التسرب الدراسي
بين تلامذة التعليم الأساسي في جميع المحافظات بين عامي (٢٠١٢ – ٢٠١٦) خلال الأزمة السورية

المحافظة	٢٠١٢			٢٠١٦			التسرب الدراسي (الفرق بين عامي ٢٠١٢ – ٢٠١٦)		
	الجنس		المجموع	الجنس		المجموع	الجنس		المجموع
	إناث	ذكور		إناث	ذكور		إناث	ذكور	
دمشق	١١٩٠٨٨	١٢٥٨٢٩	٢٤٤٩١٧	١٢٤٥٣١	١٢٥٠٨٤	٢٤٩٦١٥	٥٤٤٣	٧٤٥	٤٦٩٨
ريف دمشق	٢٤٣٢٦٢	٢٤٨٩٥٨	٤٩٢٢٢٠	٢٠٧٣٠٢	٢٠٧٤٦٧	٤١٤٧٦٩	٣٥٩٦٠	٤١٤٩١	٧٧٤٥١
حلب	٥٤١٧٥١	٥٩٢٠٧١	١١٣٣٨٢٢	١١٧٩٢٥	١١٨٩٣٣	٢٣٦٨٥٨	٤٢٣٨٢٦	٤٧٣١٣٨	٨٩٦٩٦٤
إدلب	١٨٦٢١٢	٢٠٤١٦٢	٣٩٠٣٧٤	١٢٧٣٢٢	١٣٣٢٥٣	٢٦٠٥٧٥	٥٨٨٩٠	٧٠٩٠٩	١٢٩٧٩٩
حمص	١٨١٩٤٤	١٩٤٢٧١	٣٧٦٢١٥	١٣٠١٧٧	١٣٦٨٨٩	٢٦٧٠٦٦	٥١٧٥٦	٥٧٣٨٢	١٠٩١٣٨
حماه	١٧٧٣٤٨	١٩٢٤٠١	٣٦٩٧٤٩	١٦٤٥٤٣	١٧٤٢٤٢	٣٣٨٧٨٥	١٢٨٠٥	١٨١٥٩	٣٠٩٦٤
اللاذقية	٨٥١١٣	٨٨٢٩٧	١٧٣٤١٠	٩٩٠٤٤	١٠٢٨٩٧	٢٠١٩٤١	١٣٩٣١	١٤٦٠٠	٢٨٥٣١
طرطوس	٦٧٧٦٨	٧٣٢٩٢	١٤١٠٦٠	٨٣٥٤٧	٨٨١٤٦	١٧١٦٩٣	١٥٧٧٩	١٤٨٥٤	٣٠٦٣٣
الحسكة	١٥٤٧٥٣	١٧٢٧٦٧	٣٢٧٥٢٠	١٧٦٢٨٥	١٩٢٥٨٢	٣٦٨٨٦٧	٢١٥٣٢	١٩٨١٥	٤١٣٤٧
دير الزور	١٦٨٤٥٦	١٨٩٥٤٧	٣٥٠٠٣	لا بيانات	لا بيانات	لا بيانات	---	---	---
الرقة	١١٦٥٢٥	١٣٠٢٣٨	٢٤٦٧٦٣	١١١٠٧٩	١٠٩٥١٧	٢٢٠٥٩٦	٥٤٤٦	٢٠٧٢١	٢٦١٦٧
السويداء	٣١١٦٥	٣٣٣٦٧	٦٤٥٣٢	٣٨١٩٢	٤٠٢٥٧	٧٨٤٤٩	٧٠٢٧	٦٨٩٠	١٣٩١٧
درعا	١١٨٧٩١	١٢٤٧٥٣	٢٤٣٥٤٤	٨٠٢٠١	٨١٨٩٠	١٦٢٠٩١	٣٨٥٩٠	٤٢٨٦٣	٨١٤٥٣
القنيطرة	٥٢٢٤٩	٥٤٨٤١	١٠٧٠٩٠	٣٣٩٨٥	٣٥٢٩٧	٦٩٢٨٢	١٨٢٦٤	١٩٥٤٤	٣٧٨٠٨
المجموع	٢٢٤٤٤٢٥	٢٤٢٤٧٩٤	٤٣٤٦٢١٩	١٤٩٤١٣٣	١٥٤٦٤٥٧	٣٠٤٠٥٨٧	٧٥٠٢٩٢	٨٧٨٣٣٧	١٦٢٨٦٢٩

المصدر: (وزارة التربية السورية بين عامي ٢٠١١ – ٢٠١٨)

يُلاحظ؛ بأن أرقام التسرب ليست قليلة، وليس من السهل تجاهلها، فأعداد المتسربين استناداً للجدول (٣) تقدر بحوالي (١٦٢٨٦٢٩) متسرب، وهو أعلى مستوى له منذ عام (١٩٩٠)، ما يقدم مؤشرات مهمة على خطورة الأزمة السورية على واقع العمليتين التربوية والتعليمية.

وبحسب تقرير لمنظمة (**أوتشا OCHA 2016**) فإن عدد الجرحى من مختلف الفئات العمرية يُقدر بـ(٢٣٨٥٩٢) جريح معظمهم من المراهقين والشباب نتيجة نقص فرص الرعاية الصحية من مستشفيات وكادر طبي وأدوية، حتى أصبح بعض المصابين من ذوي الإعاقات المكتسبة (السمعية، البصرية، الحركية، الانفعالية)، أو أصيبوا بأمراض عقلية (أوتشا OCHA، ٢٠١٦، ٢-٧).

في حقيقة الأمر؛ ومنذ بدء الأزمة السورية عام (٢٠١١) وحتى تاريخ إعداد هذه الرسالة لا توجد إحصائيات دقيقة مقدمة بشكل رسمي من قبل الدولة، أو من قبل أي منظمة أهلية أو أي منظمة دولية تعمل ضمن أراضي الجمهورية العربية السورية حول نسب انتشار الإعاقات الحركية المكتسبة (بتر طرف علوي، بتر طرف سفلي، شلل حركي نصفي أو كامل..)، لكن يُعتقد أنها بمعدلات لا يمكن تجاهلها، وفق ما نُشر من تقارير في وسائل الإعلام المحلية.

2-1-2- مفهوم الإعاقة الحركية المكتسبة:

الإعاقة الحركية المكتسبة نوع من الإعاقة الحركية تظهر بعد فترة الحمل (خارج بيئة الرحم) نتيجة الصدمات أو الحوادث، فهي دائماً مكتسبة، وقد تحصل أثناء الولادة؛ وقد عرّف **(فهمي)** المُصاب بإعاقة حركية مكتسبة بأنه "شخص يعوق حركته ونشاطه الحيوي فقدان أو خلل أو عاهة أو مرض أصاب عضلاته أو مفاصله أو عظامه.. بطريقة تحد من وظيفتها العادية، وبالتالي تؤثر على تعليمه وإعالته لنفسه، فيصبح غير قادر على استخدام جسمه أو عضلاته بطريقة فعالة عادية، مع استبعاد حالات الإعاقة الحسية، أو التأخر العقلي، أو المرض العقلي" (فهمي، ٢٠٠٥، ٥٤).

وسيقتصر البحث في الإعاقات الحركية المكتسبة الناجمة عن بتر أحد الأطراف (يد، قدم) أو كليهما، بسبب الكوارث الطبيعية أو المصطنعة، وفي مفهوم (البتر Amputation) ظهرت عدة تعريفات أهمها؛ تعريف **(رينس Rains)** بأنها "حالة مكتسبة ناتجة عن فقد أحد أطراف الجسم بسبب الإصابات، أو الأمراض، أو الجراحة، أو الحروب، أو غياب أحد الأطراف لأسباب خلقية تحدث عند ولادة رضيع بدون أحد أطرافه" (Rains & Hardling, 1995, 41). كما عرّف **(دينيس Dennis 2014)** البتر بأنه "إزالة كلية أو جزئية لعضو من الجسم مثل طرف أو إصبع" (Dennis & Joanna & Bassert 2014, 1251). وبحسب (القاموس الطبي Medical Dictionary) فالبتر هو "إزالة جراحية مقصودة لطرف أو جزء من الجسم بهدف إزالة نسيج معطوب أو لتخفيف الألم" (نقلاً عن القرا، ٢٠١٥، ٧٧). ويلاحظ مما سبق؛ أن البتر هو استئصال أحد أطراف الجسم أو جزء منه بعد التعرض لأحد الأسباب التي تتوزع عادةً إلى ثلاث فئات؛ وهي:

2-1-2-1- أسباب صدمية: كحوادث المرور، وحوادث السكك الحديدية، وحوادث العمل، والصعقات الكهربائية، والحروب وما تخلفه من ألغام..إلخ.

2-1-2-2- الأمراض: كالسرطانات والأورام الخبيثة، والتهابات العظام والأنسجة، والقصور الشرياني للأطراف السفلية الناتج عن السكري والتبغ..إلخ.

2-1-2-3- أسباب خلقية: يؤدي الغياب الخلقي للنسيج أو للطرف إلى إصابة توازي البتر، وغالباً ما يؤدي لنشوء عضو مُشوَّه، وقد تنجم عن شذوذ أثناء تكون الجنين، أو عن أسباب طبية.

ويتم البتر عادةً في الأطراف السفلية أو العلوية أو في كليهما، كما تختلف مستوياته إذ تتراوح في الأطراف السفلية من بتر إصبع أو أكثر من أصابع القدم، إلى بتر منتصف القدم أو القدم بأكمله، ومن بتر الساق إلى فصل الركبة، وإلى بتر الفخذ وصولاً لمفصل الحوض، وفي الأطراف العلوية فقد تمتد من بتر واحد أو أكثر من أصابع اليد، أو جزء من اليد إلى المعصم، ومن بتر الساعد إلى المرفق، وإلى بتر الذراع وصولاً إلى مفصل الكتف (شادلي، ٢٠١٧، ١٩١).

وما يهمنا في الدراسة الحالية؛ هو البحث في الصدمة النفسية الناجمة عن بتر أحد الأطراف العلوية أو السفلية أو كليهما بسبب الحروب والنزاعات المسلحة.

2-1-3- مراحل معايشة المراهق لصدمة البتر:

تسببت الأزمة السورية بتزايد أعداد المراهقين المصابين بإعاقات حركية مكتسبة (بتر طرف علوي، بتر طرف سفلي) بفعل إرهاب المجموعات المسلحة، ما حرمهم من استخدام أجسادهم بشكل طبيعي، بالتزامن مع مشاعر الصدمة النفسية التي رافقت مشاعر التحول من شخص طبيعي إلى شخص معاق حركياً. إذ بيّن (**جون وريس John & Racy 2008**) أن البتر يشكل تهديداً ثلاثي الأبعاد، يتمثل الأول بفقدان الإحساس، ويتمثل الثاني بفقدان وظيفية الطرف المبتور، أما الثالث فيتمثل بحدوث خلل في صورة الجسم (نقلاً عن القرا، ٢٠١٥، ٧٧). وقد أشار بعض الباحثين إلى مجموعة مراحل نفسية وانفعالية يمر بها المراهق بعد مُعايشته لصدمة البتر، وهي:

2-1-3-1- مرحلة (الإنكار والوحدة Denial and Loneliness): هي شائعة لدى مبتوري الأطراف بإنكار ورفض الحدث الصادم، وهي ردة فعل المُصاب بعد تلقيه لخَبر البتر من شخص مُحايد (الطبيب مثلاً)، إذ يكون المُصاب رافضاً لواقع جسده الحالي لإدراكه بأن البتر نهائي لا رجعة فيه (القاضي، ٢٠٠٩، ٩١). فبعض الأفراد الذين يتقبلون وضعهم الجديد تستمر معهم حالة الإنكار وتظهر لديهم بين فترة وأخرى، ويتكلم المُصاب بواقعية شديدة عن حالته الجسدية الجديدة ليهرب من الواقع أو لينكر شدة إعاقته وتأثيرها عليه (Kohut & Strozier, 1985, 24). وهذه المرحلة تتضمن تجنب مناقشة المشكلات المتصلة بالعجز، وعدم الرغبة في بحث أي قضية تتعلق بنواحي القصور الفعلية لدى المُصاب (القرا، ٢٠١٥، ٨٢).

2-1-3-2- مرحلة (الغضب Anger): شعورٌ معاكس للمرحلة السابقة، يبدأ فيها المُصاب بإدراك ما حصل من فقدان جسدي غيَّر مجرى حياته، فيُسقط غضبه على المحيط وبكل الاتجاهات (Ross, 2014, 38). وهنا يزداد غضب المُصاب بعد اضطراب خططه المستقبلية، لتوجيه كراهيته نحو أفراد يتمتعون بجسدٍ سوي، فيكون المُصاب ذا سلوكٍ إشكالي، ويميل إلى خلق مشاكل عائلية أو مع الطاقم الطبي ليفرغ مشاعره السلبية، وقد يرفض الطرف الصناعي كتعبير عن مقاومة البيئة المحيطة أو للتعبير عن الغضب إذا شعر برفض الآخرين له، ولسوء الحظ فإن الأفراد المحيطين قد تتولد لديهم مشاعر سيئة إذا اعتقدوا أن الغضب الذي يظهره المُصاب يمثل هجوماً شخصياً عليهم، ما يزيد من إحساس المُصاب بالغضب (خلف، ٢٠١٢، ٩١).

2-1-3-3- مرحلة (المساومة Bargain): يتولد لدى المُصاب رغبة بتأجيل العودة إلى روتين الحياة بالتزامن مع رغبة المكوث فترة أطول في المستشفى، مع رغبة مُلحّة بالشفاء، أو يتمنى الرجوع

إلى حالته الطبيعية بعودة الجزء المبتور مهما عظم الثمن (خلف، ٢٠١٢، ٩٢). وتصف (**روس Ross**) هذه المرحلة بأنها "**قد تخفي شعوراً غير واعٍ بالذنب**"، إذ يبدأ المُصاب بالمساومة على شفائه مقابل شيء آخر، كأن يطلب الشفاء من الله مقابل الصلاة أو التصدق (Ross, 2014, 38).

2-1-3-4- مرحلة (الحزن والاكتئاب Grief and Depression): تتضمن شعور المُصاب بأنه ضحية صدمة غير متوقعة وتجربة مؤلمة غيرت مجرى حياته، إذ تتنوع ردود أفعاله وتصرفاته لتصبح متناقضة، ويتأثر مزاجه بتقلبات سريعة، ومن أهم مظاهر هذه المرحلة (الحزن Grief) الذي يتضمن شعور الحداد على العضو المبتور كالحزن على موت شخص عزيز، إذ يعيش الحداد بكل مراحله، ثم بروز أعراض الاكتئاب لتحل محل مشاعر الغضب والإحباط (القاضي، ٢٠٠٩، ٩٢)؛ (القرا، ٢٠١٥، ٨٢). ومن أعراض الاكتئاب؛ ما يلي:

2-1-3-4-1- عدم الاستقرار والحركة الزائدة أو التبلد العاطفي أو نقص النشاط (كل يوم تقريباً).

2-1-3-4-2- الإجهاد وفقد الطاقة والشعور بالتعب الشديد ولو بعد أقل مجهود (كل يوم تقريباً).

2-1-3-4-3- انخفاض احترام الذات وضعف الثقة بالنفس وشعور غير مناسب بالذنب (كل يوم تقريباً).

2-1-3-4-4- نقص قدرات التفكير أو التركيز أو أخذ القرار.

2-1-3-4-5- تكرار فكرة الموت – وليس الخوف من الموت – أو تكرار فكرة الانتحار (الشربيني، ٢٠٠١، ٤٥).

فالاكتئاب أهم عرض نفسي يُهاجم مبتوري الأطراف لارتباطه – غالباً – بحالة فقدان ما لا يمكن نسيانه أو تجاهل الإحساس به في كل لحظة، بالتزامن مع الإحساس بالعجز تجاه بعض الوظائف الحركية اليومية، نتيجة اليقين بعدم قدرة العودة إلى الحياة السابقة كشخص طبيعي، ولأن العضو المبتور يُذكّر صاحبه دائماً بضرورة اعتماده وحاجته للآخرين، كما لابد من التمييز بين استجابة الحزن للفقد عن اضطراب الاكتئاب الذي يحتاج لعلاج طبي ونفسي، ويتم تشخيص الاكتئاب لدى المصابين بالبتر إذا توافر لديهم (٥) أعراض رئيسية أو أكثر مما يلي (مزاج اكتئابي معظم الوقت، انخفاض كبير بالاهتمامات أو عدم الإحساس بالمتعة عند ممارسة الأنشطة المختلفة، انخفاض واضح في الوزن وفي بعض الحالات تكون هناك زيادة في الوزن، أرق في النوم أو زيادة في النوم، هياج حركي مع إحساس بعدم الاستقرار أو خمول حركي مع إحساس ببطء الإيقاع، التعب وفقد الطاقة، الإحساس بعدم القيمة ولوم الذات والإحساس بالذنب، ضعف القدرة على التفكير وضعف التركيز والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات، التفكير بالموت إما بتمني الموت أو التفكير بالانتحار أو التخطيط له أو محاولة الانتحار فعلاً) (القرا، ٢٠١٥، ٨٤).

2-1-3-5- مرحلة (التقبل Acceptance): تتحقق عندما يتمكن المُصاب من استخدام آليات التكيف وقبول الواقع دون رفض أو غضب، ويُظهر ميلاً للمواجهة (Coping) بتغيير بنيته المعرفية

بعد الصدمة يُمكِّنه من التعامل مع متطلبات الإعاقة الداخلية والخارجية، بهدف السيطرة على نواتج الصدمة، وغالباً ما يتشكل هذا التغيير من مجموعة أفكار (Thoughts) وأفعال (Actions) يتبناها المُصاب ما يُساهم التأقلم في تحقيق عدة أهداف وهي؛ تنظيم الانفعالات بتجنب التفكير بالصدمة كتوظيف الاسترخاء أو البحث عن مساندة اجتماعية، أو بإجراء مقارنات إيجابية مع تجارب الآخرين، والهدف الثاني هو التعامل العقلاني مع المشكلات التي تسبب تأزم الحالة النفسية كالبحث عن معلومات ونصائح، وحلول لمشكلات، والتعايش مع الصراعات الناتجة عن البتر، أما الهدف الثالث فهو مساعدة المُصاب لفهم المشكلات الناتجة عن الصدمة، وبأنها مشكلات مُتغيرة يمكن التحكم بها (القاضي، ٢٠٠٩، ٩٢). وهناك مجموعة عوامل تؤثر في تأقلم المُصاب مع صدمة البتر والتغلب على آثارها السلبية، لتساعده في إيجاد آليات للتكيف والتأقلم مع الصدمة؛ ومنها:

2-1-3-1-5- العمر: فالمُصاب بالبتر منذ الطفولة المبكرة يتعلم التكيف مع المشكلات النفسية والانفعالية الناجمة عن الإعاقة أسرع من الكبار، ويتكيف مع الطرف الصناعي بشكل أفضل، أما البتر في مرحلة المراهقة يعتبر خطراً حقيقياً على الصحة النفسية، لارتباط المراهقة مباشرً بمفهوم الذات والهوية الجنسية (القرا، ٢٠١٥، ص٧٩).

2-1-3-2-5- سمات الشخصية: فالشخصية النرجسية تجد في الجسد القوي أساسٌ مهمٌ للحياة، وأن بتر أحد الأطراف يُشكل إهانة شديدة للكرامة، أما الشخصية الاعتمادية قد يروق لها دور الضحية، أما الشخصية الاكتئابية قد تميل إلى معاقبة الذات والشعور بالذنب والخجل (القرا، ٢٠١٥، ٧٩).

2-1-3-3-5- مستوى البتر وحدته: سرعة تأقلم المُصاب ببتر طرف علوي تختلف عن سرعة تأقلم مُصاب آخر بُتر طرفه السفلي، لما له من تأثير على حرية الحركة والتنقل ويزيد من اعتماده على الآخرين (عثمان، ٢٠٠٠، ٢).

2-1-3-4-5- طبيعة الصدمة: التي ترتبط بمدى قدرتها على إحداث آثار ضارة لاحقاً وفق شدتها، والعوامل المصاحبة لها كالانفجار الشديد أو العتمة، وهل كانت فجائية وغير متوقعة وخارج السيطرة، أو حدثت مع الفرد ضمن جماعة، ومدى احتمال تكرار الصدمة (القاضي، ٢٠٠٩، ٩٤).

2-1-3-5-5- شبكة الدعم الاجتماعي: تعتمد سرعة تأقلم المُصاب على مدى تقبّل الأسرة والدعم المُقدم من الأقران والمجتمع، بما يحقق الانسجام مع الذات والبيئة، وامتصاص جزء كبير من آثار صدمة البتر ومواجهتها (خلف، ٢٠١٢، ١٩).

تلك كانت أهم المراحل التي يمر بها المراهق المُصاب بعد تعرضه لصدمة البتر، ولابد من التنويه؛ بأن تلك المراحل تم اقتباسها من دراسات أجنبية وعربية، سيما تلك التي أُجريت في الأطفال والمراهقين الفلسطينيين نتيجة الاعتداءات الإسرائيلية، كما أن تسلسل تلك المراحل يختلف باختلاف الفروق في البنية النفسية والثقافية والمعرفية للمراهقين، ومستوى صلابتهم النفسية وثباتهم الانفعالي.

2-1-4- الاضطرابات النفسية والانفعالي الملازمة لصدمة البتر:

إضافةً لأعراض اضطراب (PTSD) التي تظهر لدى معظم المراهقين ممن عايشوا صدمة بتر أحد الأطراف، فقد لوحظ من مراجعة الأدب النظري وعدة دراسات سابقة تلازم مجموعة من الاضطرابات النفسية والانفعالية التي يخبرها معظم هؤلاء المراهقين؛ ومن أهمها:

2-1-4-1- متلازمة الطرف الشبحي (Phantom Limb Syndrome): اضطراب نفسي وانفعالي وحالة عُصابية مُزمنة وصفها الباحثون النفسيون عام (١٩٩٠) في المجلة الكندية للطب النفسي، وتشير إلى شعور المُصاب – حديثاً – بأن طرفه المبتور لا يزالُ موجوداً بحجمه وشكله أيضاً، وتنتشر هذه المتلازمة بنسبة (٧٠% إلى ٨٠%) بين المُصابين، حيث تسود حالة إنكار وعدم تصديق لصدمة البتر (خلف، ٢٠١٢، ١٦). كما يُعاني المُصاب من آلام وأحاسيس وهمية مرتبطة بطرف وهمي (شبح)، وتبدأ تلك الأحاسيس وما يرافقها من آلام بعد البتر بوقت قصير، وقد تستمر لعدة أسابيع أو أشهر أو لعدة سنوات، وقد تزول تلك الآثار النفسية بمضادات الاكتئاب (Jeffry, 2002, 47). وبحسب **(ويلرهاهن Wellerhahn)** فإن مرد هذه المتلازمة هو استمرار الدماغ بإرسال إشارات عصبية للطرف المبتور وكأنه موجود فعلاً، بالتزامن مع عدم وجود تغذية حسية راجعة، ويستمر الدماغ في تكثيف إرساله للإشارات العصبية ما يُنتج (ألم الشبح) الذي وصفه العلماء بأنه ألم وهمي (حارق، خزي، تشنجي) ناتجٌ عن استمرار الإحساس بالطرف المبتور، ويمكن أن يتفاوت من كونه ألماً متقطعاً وخفيفاً إلى ألم مستمر وعنيف (Wellerhahn, 2003, 33).

2-1-4-2- يقين الموت (Death Imprint): أو طغيان فكرة الموت، وهي تصور يقتحم عقل الناجي ويتمحور حول فكرة الموت، ولا يمكن إزالتها، وتتمثل في خيال الناجي أثناء اليقظة والنوم بهيئة كوابيس مُزعجة، والذي يتشكل نتيجة تكثيف مُتصاعد لكل الخبرات الصادمة التي مر بها المُصاب حتى تفاصيلها الدقيقة (كتخيل ورؤية الأشلاء، توهم صوت الانفجار، توهم أصوات استغاثة، توهم شم رائحة أجساد محترقة..) (Hodgkincon & Stewart, 1991, 5).

2-1-4-3- عقدة الذنب (Survivor Guilt): شعورٌ يظهر لدى المُصابين بالبتر بهيئة سؤال "لماذا قُتل الآخرون وأنا نجوت ؟"، ويطلق عليه الباحثون النفسيون (عقدة الذنب الوجودية Existential Guilt)، إذ يبقى المُصاب رهناً لفكرة نجاته، ويرى المهتمون أن لها عدة تفسيرات:

2-1-4-3-1- يبقى الفرد رهن فكرة نجاته، وغالباً ما يسأل نفسه "لما أنا ؟، لما اختارني الله ؟، لماذا بقيت حياً وأنا مُقعد ؟".

2-1-4-3-2- قد تُفسر عقدة الذنب وفق تصرفات واقعية للضحية أثناء الصدمة، "فهل تصرفت وقمت بواجبي بما فيه الكفاية ؟، هل كان بإمكاني إنقاذ أشخاص آخرين ؟".

2-1-4-3-3- قد تكون عقدة الذنب عنيفة ومؤلمة لدى الآباء الذين فقدوا أبناءهم، كالأب الذي يلوم ذاته ويحمّلها مسؤولية قتل ابنه في انتفاضة الأقصى، ولم يحمّلها لقوات الاحتلال الإسرائيلي.

2-1-4-3-4- قد تنشأ عقدة الذنب نتيجة تقييم الضحايا لأنفسهم، فبعض الضحايا الذين فقدوا أولادهم يميلون – بعد فترة – إلى تقييم سلوكهم، ويصلون إلى قناعة بأنه لو كان لديهم خيارٌ بين حياتهم وحياة أولادهم لاختاروا التضحية بحياتهم واستثناء أولادهم (القاضي، ٢٠٠٩، ٨٥).

وتقسم عقدة الذنب إلى قسمين؛ الأول (عقدة الذنب النشطة Animating Guilt) التي تثير المُصاب لفحص نفسه وإعادة تقييم ذاته، وهذا النوع يساعد المُصاب على تحويل عقدة الذنب إلى حالة توتر ناتجة عن تحمل المسؤولية، والثاني (عقدة الذنب الساكنة Static Guilt) التي تجعل المُصاب رهينة تجربته الصادمة بحيث لا تساعده على الانتقال إلى مرحلة أخف وطأة. وقد تكون عقدة الذنب مُزمنة ومصاحبة للمُصاب، فتصبح لها وظيفة رمزية تعكس معنى الولاء للأصدقاء الذين فُقدوا في المعارك أو في معسكرات الاعتقال (Hodgkincon & Stewart, 1991, 7).

2-1-4-4- تبلد المشاعر (Psychic Numbness): مناورة دفاعية تحمي المُصاب من إعادة المرور باختبار تجربة الواقع المُدمر التي مر بها، كما يقيه من نوبات الغضب، ومن إحساس الألم الذي أصابه، ويلاحظ بعد الصدمات والأحداث المدمرة أن الناجين يمرون بتجربة الذهول الشديد، وهنا يعتقد البعض من المحيطين أن المُصاب يتصرف بهدوء وكأنه مُتحكم بتصرفاته، لكن الواقع يشير بأن المُصاب يشعر بالذهول، وقد يخدع الآخرين بأنه شخص هادئ، لكنه هدوء يسبق العاصفة، وعلى المدى القصير؛ فإن آليات الدفاع التي يستخدمها المُصاب (كبت، إنكار، عزلة) تعتبر ضرورية وطبيعية لأنها تسمح له بالتغلب على آلامه النفسية (Wellerhahn, 2003, 61).

2-1-4-5- القلق (Anxiety): أهم اضطراب نفسي يُصاحب صدمة بتر الأطراف، ويؤثر في معظم جوانب الحياة النفسية والانفعالية للمُصاب، وقد أكدت عدة دراسات أن (٢٠%) من ضحايا البتر يعانون من أعراضه التي قد تستمر لعدة سنوات، وأن القلق البسيط والمتوسط في الفترات الأولى للإصابة هو استجابة طبيعية لبيئة الاستشفاء التي تعتبر باعثة للقلق أساساً، وتجعل المُصاب يخشى فقدان السيطرة، وأن غياب استراتيجيات التكيف في فترات الإصابة الأولى تساهم في استجابة شديدة من القلق، ومن المهم أن يُعبّر المُصاب عن مشاعره، كما يلعب الدعم الاجتماعي والنفسي دوراً مهماً في خفض القلق، وفي صدمات البتر قد يرتفع مستوى القلق عندما يُدرك المُصاب حجم الفقدان الجسدي وما يرتبط به من تعقيدات، وحجم الألم واستمراره، ومستوى الشعور بفقدان السيطرة، ومدى استشراف الأمل أو فقدانه، كتوقع فقدان وظائف الحياة أو العزلة الاجتماعية، وقد يحدث القلق لدى المُصابين في مراحل انتقالية لاحقة (عند العودة للعمل، عند العودة لممارسة الأدوار الاجتماعية والعائلية، عند ممارسة الحياة الجنسية..)، ويرى كثير من الباحثين النفسيين بأن القلق يُعبر عنه

بطريق أكثر وضوحاً من الاكتئاب، وأن مستوى القلق يتأثر بعدة عوامل (العمر، الحالة الاجتماعية متزوج أو أعزب، المستوى التعليمي والثقافي، المستوى الاقتصادي..) (القرا، ٢٠١٥، ٨٤).

2-1-4-6- تصاعد الصراع الداخلي (Escalated Internal Conflict): الذي يتولد داخل الضحية، ويكون محتواه شكٌ يُبديه المُصاب تجاه مساعدة الآخرين له، ويتكون هذا الصراع غالباً من ثقة المُصاب بأن تلك المساعدة غير حقيقية، ما يجعله حساساً تجاه ردود أفعال الآخرين، وقد يؤدي تصاعد هذا الصراع إلى متلازمة (وعي الضحية Victim Consciousness)، إذ يصبح هذا الوعي حساساً ومستفزاً، أو يصل بالمُصاب إلى مرحلة الهذيان والشعور بالعظمة، وقد يسعى بعض الضحايا إلى أن يُثمِّنوا تجاربهم بصورة عالية وغير واقعية، ويخلقون عالماً خاصاً بهم، يستثنون منه من لا يستوعبونهم، وتلك المشاعر قد تخلق لديهم الإحساس بما يسمى (شخصية الضحية Victim Identity) التي يعتقدون بأنها ستمنحهم حق التصريح أو التعبير عن الغضب بحرية، وإظهار ردود أفعال سلبية تجاه الآخرين، بما يمنحهم شعور السيطرة على أنفسهم (عثمان، ٢٠٠٠، ٩).

2-1-4-7- اضطراب صورة الجسد (Body Image Disorder): بحسب **(ماكوي McCoy 2009)** فإن مفهوم صورة الجسد يشير إلى "التمثل الداخلي للمظهر الخارجي، وإدراك الفرد لصورة جسده، وهي صورة عقلية وشعورية تعكس خبرة الشخص بصور جسده". وإن تشوه صورة الجسد في إدراك الذات يتطور في مرحلة ما بعد البتر، وغالباً يرى المُصاب الجزء المبتور من جسده كجزء ميت (أي توفي فعلاً كجزء من جسده)، وفي قرارة نفسه يدرك أن هناك خللاً ما في مظهره الخارجي، ويستشعر اضطراباً ما في صورة جسده، ما يسبب لاحقاً عدم القدرة على التكيف مع تغييرات البيئة المحيطة، مما ينعكس سلباً على الصحة النفسية والانفعالية. ولصورة الجسد ثلاثة مكونات هي:

2-1-4-7-1- المكون المعرفي: إدراك الفرد لجسده (حجم، طول، وزن).

2-1-4-7-2- المكون الوجداني: مشاعر وأفكار واتجاهات الفرد نحو جسده.

2-1-4-7-3- المكون السلوكي: سلوك فحص ذاتي متكرر للجسد، كما يتضمن تجنب المواقف التي تجعل الفرد يشعر بالحرج من جسده.

وبذلك يصبح لدى المُصاب ثلاث صور للجسد (الصورة الأولى قبل البتر، الصورة الثانية أثناء عملية البتر، الصورة الثالثة بعد البتر)، وبالتالي؛ فإن صورة الجسد السلبية تشير لوجود اكتئاب وعدم رضا عن الحياة مع سوء توافق نفسي واجتماعي، لأن البتر الصدمي وألم الطرف الشبحي ساهما في جعل صورة الجسد مشوهة وغير مرُضية، وربط صورة الجسد بالتوتر والقلق، وقد يعتقد بأن الآخرين يرونه بنفس الصورة السلبية التي يرى بها ذاته، ما يقوده لاستخدام ميكانيزم التجنب، لارتباط إعاقته الحركية بوصمة اجتماعية سلبية تلعب دوراً كبيراً في عدم التوافق النفسي والاجتماعي، ثم الشعور بالخجل والإحراج، ثم الاكتئاب والعزلة وتدني مستوى توافقه النفسي (نقلاً عن القرا، ٢٠١٥، ٨٧).

2-1-4-8- البحث عن معنى (Quest for Meaning): قد لا يستوعب المصُاب صدمة البتر وما يمكن أن ينتج عنها من ضغوط نفسية، فلا يسعى للبحث عن معنى لحياته بعد التجربة التي مر بها، لذا فإن المُصاب يحتاج لإعادة صياغة تجربته الصادمة بالشكل الذي يساعده على تفسيرها، ثم التغلب على آثارها النفسية والانفعالية والاجتماعية، ولتحقيق ذلك توجد عدة مستويات للأسئلة التي تساعد المُصاب على الفهم والاستيعاب "لماذا حدثت هذه الصدمة أو هذه الكارثة ؟، كيف نجوت من الكارثة ؟، لماذا نجوت من الكارثة ؟، ما هذا الشعور الذي يتملكني ؟، ماذا يعني أن أشعر وأتصرف بهذه الطريقة ؟، كيف يمكن أن تكون حياتي في المستقبل ؟"، وقد لوحظ في سلوك بعض الضحايا اهتمامهم بما يُنشر عن الكوارث أو الضغوط التي تعرضوا لها، كتجميع الأخبار من الجرائد، أو تسجيل آثار الكارثة أو الحادثة على أشرطة فيديو من نشرات الأخبار، أو يتصرفون وكأنهم بحاجة لإعلام الرأي العام بأنهم لم يكونوا سبباً في حدوث الكارثة، ولم يكن لهم ذنب فيها، وتلك التصرفات تساعدهم في الوصول لنتائج إيجابية لاستيعاب الصدمة (Wellerhahn, 2003, 63).

2-1-4-9- الوظيفة الجنسية (Functional Sexuality): إن بتر أحد الأطراف يؤثر في مجمل حياة المُصابين ومن ضمنها الوظيفة الجنسية، وتحديداً من يعاني أمراضاً صحية أخرى كمرضي السكري والقلب أو إصابات الجهاز التناسلي، بالتزامن مع عوامل نفسية لصدمة البتر، فمعظم المُصابين يخبرون الاكتئاب الذي ينعكس سلباً – في إحدى مراحله – على الرغبة الجنسية، ما يؤدي لبروز عدة تحديات تؤثر على التكيف؛ أهمها (الشعور بتغير الهوية الجنسية، صعوبة التكيف مع رؤية الذات كمعاق مقابل الأصحاء، مواجهة فضول المجتمع، مواجهة صورة لا شعورية أو شعورية واعية بأنه مختلف عن الآخرين، قلق وخوف تجاه المستقبل)، ومن أفضل الاستجابات التكيفية التي تسهّل التوافق الإيجابي بعد البتر هي (تحديد المظاهر والجوانب الإيجابية للحياة، الاحتفاظ بروح الدعابة، التفاعل مع نماذج الدور الإيجابي) (Adrian, 2006, 81).

2-1-4-10- انخفاض تقدير الذات (Low Self- Esteem): يؤثر البتر سلبياً على قدرة الفرد لإنجاز مسؤولياته والقيام بأعباء حياته والوفاء باحتياجاته، ما يُشعر المصاب بالعجز وعدم الكفاءة الشخصية، فيزداد فقدان الثقة بالنفس وانخفاض تقدير الذات. ويقول (**أدلر Adler**) بهذا الخصوص "إن شعور الإنسان بالنقص العضوي يدفعه للبحث عن طرق ووسائل بديلة للتخفيف من شعوره بالمذلة والضيق" (نقلاً عن الداهري، ٢٠٠٥، ٧٠). كما وجد (**فارني وسيتوجوشي ١٩٩١**) من عدة ملاحظات إكلينيكية لعينة أطفال أصيبوا ببتر أحد الأطراف نتيجةً لمرض أو التعرض لحادث، أنهم عانوا من الاكتئاب والقلق ما أدى لانخفاض تقدير الذات، كما أن فئة مبتروي الأطراف يُحصِّلون درجات منخفضة وفق أداءهم على مقياس تقدير الذات، ويشعرون بالتعاسة، وهم أقل اكتفاءً ذاتياً، وأكثر قلقاً وتوهماً للمرض من المصابين بإعاقات جسدية خلقية (نقلاً عن الزعبي، ٢٠٠٣، ٢٤٠).

2-1-4-11- مشكلة الأجهزة التعويضية (Prosthetic Devices): تشوه الجسد بالبتر، والفشل في إعادة تنظيم الجسد بعد هذا التشوه يؤدي إلى مشكلات سوء التوافق النفسي واضطراب في صورة الجسد، وللطرف الصناعي دورٌ مهم في حل هذا الصراع وإعادة التوافق النفسي والاجتماعي، وبناء شخصية المُصاب لكي يكون مشاركاً وفعالاً في جميع جوانب حياته المستقبلية وفي محيطه الأسري والاجتماعي، مما يساعد على إعادة تنظيم صورة الجسد، وتقبل الإعاقة بسهولة، واستعادة المكانة الاجتماعية (خلف، ٢٠١٢، ٢٥-٣٠). فالمشكلات النفسية لدى المُصابين بالبتر لا تنجم عن استخدام الأجهزة التعويضية بحد ذاتها، بل تنجم عن سوء الأداء الوظيفي للجسد بعد تركيب الجهاز، كعدم سيطرة المُصاب الكاملة على الجهاز وأدائه، أو وجود عيوب في الجهاز ذاته، أو بسبب انعدام التآزر العصبي/العضلي في الحركة بعد تركيب الجهاز، أو لأن الجهاز سبّب اضطراباً في المظهر العام..إلخ، ونتيجة لذلك فإن المُصاب كثيراً ما يشعر بالحرج والقلق، ثم رفض استخدام الجهاز التعويضي (شاهين، ٢٠١٢، ١١).

ولابد من التنويه؛ بأن المراهقين مبتوري الأطراف بسبب الحروب والنزاعات المُسلحة يمكن أن يعانوا أنماطاً أخرى من الاضطرابات النفسية والانفعالية، وقد حاولت الدراسة الحالية الإحاطة بأكثرها بروزاً وشيوعاً لدى هذه الفئة، كما أن معظم تلك الاضطرابات النفسية والانفعالية متضمنة في اضطراب (PTSD) لدى من خبر صدمة البتر، لكن بنسب متفاوتة بحسب الفروق بين المراهقين في (العمر، نمط الشخصية، المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية، مستوى البتر وشدته وتعدده، عدد الصدمات النفسية المرافقة لصدمة البتر، التنشئة الأسرية، القدرات العقلية والمعرفية، مستوى الصلابة النفسية والثبات الانفعالي، الجنس، فجائية الحدث..إلخ).

2-1-5- تأهيل المراهقين بعد صدمة البتر:

تُعتبر إعادة تأهيل المراهقين الذين خبروا صدمة بتر طرف أو أكثر خلال الحروب والنزاعات المُسلحة من أهم الواجبات الإنسانية، ويترتب عليها الكثير من النتائج الإيجابية على المراهق المُصاب في عدة مجالات (نفسية، اجتماعية، تربوية، تعليمية، مهنية..إلخ)، ومساعدته ليعود إلى حياته الطبيعية. وقد عرّف معجم مصطلحات الطب النفسي (إعادة التأهيل Rehabilitation) بأنه "مفهوم يشير إلى الجهود المبذولة لإعادة الفرد إلى القيام بوظائفه الجسدية أو النفسية لتعود حياته إلى وضعها المعتاد عقب المرض أو الحوادث" (الشربيني، ٢٠٠١، ١٥٦).

وتكيف المُصاب بالبتر يحتاج لتأهيل طبي لاستعادة قدراته البدنية، كما يحتاج إعادة تكيفه من الناحية النفسية لتأهيل نفسي، وإذا كان الاختلال مع المهنة بسبب الإعاقة الحركية فإنه يحتاج إلى تأهيل مهني. وهنالك مجموعة مبادئ تستند إليها برنامج إعادة تأهيل مبتوري الأطراف؛ وهي احترام

وتقدير المُصاب والتعامل معه كوحدة متكاملة لها كيانها المستقل، والثقة بإمكانياته المتبقية، والعمل على تحقيق تكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع عن طريق تهيئة الفرص لهم ليعيشوا حياتهم ولا يكونوا عالة على المجتمع، وتحرير المُصاب من وصمة المجتمع السلبية، وتشجيعه على الاستقلالية والتعويض حتى يشعر بالأمن والطمأنينة (خلف، ٢٠١٢، ٣١). وأن إعادة تأهيل مبتوري الأطراف يضم عدة أهداف أهمها؛ تحسين المهارات الحركية واستعادة أنشطة الحياة اليومية، وتعزيز قوة العضلات والتحمل والسيطرة عليها، وتهيئة المُصاب بالبتر لاستخدام الأطراف الصناعية، والحد من الألم الوهمي أو (ألم الطرف الشبحي) بعد العمليات الجراحية، والمساعدة على إعادة التكيف مع هيئة وبنية جسدية جديدة، وتقديم المشورة الطبية والنفسية لتعزيز التغذية والصحة النفسية والتماثل للشفاء (Pohjolainen & Alornt, 2007, 38). كما تتضمن إعادة تأهيل المراهقين مبتوري الأطراف عدة نواحٍ طبية، وتربوية، وتعليمية، ونفسية، واجتماعية، ومهنية..إلخ، حيث يتدخل في هذه العملية فريق من المختصين (طبيب جراحة وطبيب عظمية، معالج فيزيائي، أخصائي التدريب على الأطراف الصناعية، أخصائي تغذية، أخصائي اجتماعي، مرشد نفسي..)، وفي سياق دراستنا الحالية سيتم التركيز فقط على مفهوم إعادة التأهيل النفسي والانفعالي للتخفيف من أعراض (PTSD) لدى المراهقين مبتوري الأطراف، إذ تتلخص مهام المُرشد النفسي لتأهيل المراهق الذي خبر صدمة البتر وخفض أعراض اضطراب (PTSD)؛ بما يلي:

2-1-5-1- زيادة إحساس المراهق بقدرته على التحكم بحياته بدءاً من جسده وعقله وانفعالاته، من خلال تبصيره باضطراب (PTSD)، والعوامل والأسباب التفسيرية لها، وبالطرق التي تساعده على تعلم مهارات مواجهة تلك الضغوط لتحقيق توافقه النفسي، كذلك تحتاج بعض الحالات إلى أن تعنى بالمشكلات الطبية وتعلم مبادئ رعاية الذات (عادات النوم، العادات الغذائية السليمة..).

2-1-5-2- زيادة إحساس المراهق بالأمان في منزله وعمله ومدرسته وبيئته، من خلال مساعدته على التبصر بمجالات الخطر واحتمالاتها، وتمكينه من اتخاذ خطوات فعالة نحو حماية الذات.

2-1-5-3- مساعدة المراهق للتعرف إلى الصدمة وتحديدها، وما تتضمنه من أعراض رئيسية وثانوية نتجت عن الصدمة، ومساعدته لإعادة بناء وتقييم هذه الخبرات بطرق تقلل من لوم الذات.

2-1-5-4- مساعدة المراهق لإدراك كيف أن حياته الحالية وجهوده قد تأثرت بالصدمة وعواقبها.

2-1-5-5- تقديم السند والمؤازرة للمراهق من خلال المواجهة الضرورية لخبرة الحزن واجتيازها.

2-1-5-6- تقديم السند والمؤازرة للمراهق في محاولاته وجهوده من أجل تكوين أهداف ذات معنى وروابط مع الأشخاص الآخرين (الشيخ، ٢٠١٠، ٥٥).

كما يمكن لفنيات المدخل السلوكي/المعرفي أن تحقق هذه الغايات من خلال توظيف عدة استراتيجيات إرشادية أهمها (التدريب على طلب الدعم والمساندة، التفريغ الانفعالي، استيعاب

الحدث الصادم، اختبار المشاعر والأفكار السلبية واللاعقلانية، اختبار المشاعر والأفكار الإيجابية والعقلانية، التعايش والتكيف مع الإعاقة، الاسترخاء والتأمل الواعي، الصلابة النفسية والثبات الانفعالي، حل المشكلات، تنمية الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة) باستخدام (النمذجة المباشرة، النمذجة غير المباشرة، الحوار والمناقشة، الأسئلة، المحاضرة)، وسيتم تناول تلك الفنيات بشيء من التفضيل في المحور الثالث من الفصل الثاني (الإطار النظري) للدراسة الحالية.

2-2-1- التطور التاريخي لمفهوم اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD):

تعود الأصول الأولى لعلم الصدمات (Traumatology) إلى الحضارة الفرعونية وفي الكتابات الطبية لقدماء المصريين، وينسبها آخرون للحضارة الإغريقية القديمة أثناء معركة (الماراثون) عندما أُصبح أحد الجنود كفيفاً بعد مشاهدة موتَ زميلٍ له بالقرب منه، كما ورد في كتابات (**وليم شكسبير وتشارلز ديكنز**) حالات تشير إلى بعض معالم هذا الاضطراب، وللحضارة العربية دوراً واضحاً في البحث التجريبي في أعراض (PTSD)، إذ يعد (**ابن سينا**) الأول في تاريخ الطب الذي درس الآثار النفسية والجسدية للعُصاب الصدمي بطريقة علمية تجريبية – رغم غياب التقنيات الحديثة – عندما ربط حملاً وذئباً في غرفة واحدة، فكانت النتيجة هزال الحمل، ثم موته (نقلاً عن عودة، ٢٠١٠، ٩).

وفي التاريخ المُعاصر؛ تعود الأصول الأولى للبحث في اضطراب (PTSD) إلى العالم (**دكوستا Dacosta**) عام (١٨٧١) في أعقاب الحرب الأهلية الأمريكية بين عامي (١٨٦١–١٨٦٥)، حين وصف حالات تتسارع فيها ضربات القلب مع حالة إجهاد (نقلاً عن الشربيني، ٢٠٠١، ١٧٥). كما ظهر مُصطلح (متلازمة قلب الجندي Soldier Heart Syndrome) لتشابه أعراضها مع اضطرابات القلب ووردت في دليل (DSM-1-1952) بعنوان (تفاعل الضغوط البارز Cross (Stress Reaction) (by Kaplan & Sadock, 1998, 172).

أما البحث العلمي في العُصاب الصدمي كان مع الطبيب النفسي الألماني (**هيرمان أوبنهايم Oppenheim, H**) قبل الحرب العالمية الأولى، عندما وصف هذا الاضطراب في مقالةٍ له عام (١٨٨٤) بأنه "حالة الشعور بتهديد الحياة واقتراب الموت، ويُخلف آثاراً نفسية ناجمةٌ عن الرعب المُصاحب لحوادث السكك الحديدية أو الكوارث المروعة الأخرى التي تهدد الحياة"، كما ألّف كتاباً بعنوان (الأعصبة الصدمية Traumatic Neuroses) عام (١٨٨٨) عرض فيه مفهوم الصدمة النفسية بعد دراسة (٤٢) حالة عُصابية حصلت بعد التعرض لحوادث العمل أو المرور، وعلى المستوى الإكلينيكي وصف (أبونهايم) بعضة أعراض خاصة بالأعصبة الصدمية (كوابيس، النوم المتكررة، نوبات الكبت لكل ما يُذكِّر بالحادث، تهيج وحساسية مفرطة للمنبهات الخارجية) (نقلاً عن شادلي، ٢٠١٧، ٤٥). ثم جاء (**جاركوت Charcot**) الذي عارض طرح (أوبنهايم) حول الأسباب النفسية للصدمة، وطرح إشكالية "هل أعراض (PTSD) تعود للشخصية الأساسية واضطراباتها المتفجرة بسبب الصدمة ؟، أو أن هذه الأعراض نتيجة فعلية للصدمة ؟" (نقلاً عن مومني، ٢٠٠٨، ٧).

ونتيجةً للحرب العالمية الأولى وضع (**فريدريك موت Mott, F**) عام (١٩١٩) مصطلح (صدمة القذائف Shell Shock) ليعبر عن اضطراب نفسي أصاب بعض الجنود، واتسم بفقدان الذاكرة أو الكلام أو البصر (by Peterson & Prout & Schwarz, 1991, 3). ثم جاءت أعمال (**فرويد Freud وشاركو Sharco**) عندما اعتبرا أن العُصاب الصدمي يضم أشكالاً عيادية هستيرية تتميز

بأعراض رئيسية (كوابيس، اضطرابات النوم وقت الكمون..)، إذ فسر (فرويد) هذا العُصاب بأنه ذو أصل جنسي يعود لمرحلة الطفولة، ثم أعطاه بعداً تحليلياً حين فسَّره بكمية الطاقة النفسية التي تفجرها الحوادث الخارجية وكيفية تعامل الجهاز النفسي معها (فرويد، ١٩٢٦، ١٣-٢٠).

وحتى هذه المرحلة لم يوضع تصنيف نهائي لاضطراب (PTSD)؛ وفي عام (١٩٤١) استخدم **(كاردنر Kardiner)** مصطلح (العُصاب الصدمي Traumatic Neurosis)، وبتأثير الحرب العالمية الثانية والحرب الكورية وُضعت عدة مصطلحات لهذه المتلازمة كمصطلح (استنزاف المعركة Combat Fatigue) للإشارة إلى انهيار القوة والإنهاك والإعياء والإجهاد الناجم عن الاقتتال والمعارك، وبقي تشخيص الاضطراب أمراً جدلياً، وخلال الحرب العالمية الأولى اعتبر الجيش الألماني معاناة الجنود من صدمة القذائف خروجاً عن القانون، وأن ضحاياه يجب أن يُعدموا، فلم تُسجل أية حالة، كما اتخذت السلطات الإنكليزية والفرنسية معايير عقابية ضد الجنود الذين استسلموا لصدمة القذائف دون التعرض المباشر لها (by Peterson & Prout & Schwarz, 1991, 3).

وعلى يد **(سبيزر Spizer)** أُدرج مصطلح (زملة قلب الجندي) في دليل (DSM-3-1980) بين عامي (١٩٥٤-١٩٧٥)، بعد ملاحظة أعراض (PTSD) على الجنود الأمريكيين العائدين من حرب فيتنام بعد فترة تراوحت (بين ٩ إلى ٣٠ شهراً) من نهاية الحرب (by Kaplan & Sadock, 1998, 172). واستمر بهذه التسمية في دليل (DSM-3-TR-1987) وعُرِّف اضطراب (PTSD) بأنه "حادثة خارجة عن خبرة الفرد المُعتادة، وتسبب له شعوراً بالخوف والرعب والكرب النفسي، وتتصف استجابة الضحية بالخوف الشديد والرعب والشعور بالعجز"، وتم التأكيد على منشأ الصدمة النفسية المتمثل بحادث غير مألوف يستثير حالة الكرب لدى أغلب المُصابين، وضرورة ربط أعراض (تكرار الخبرة، تجنب الخبرة، الانفصال عن الواقع، زيادة الإثارة العصبية) كخصائص تشخيصية أساسية (DSM-3-TR-1987, 284). إذ بيّن **(دافيدسون وآخرون Davidson et al 1990)** أن المناظر المروعة للأجساد المشوهة والمقطعة للأطفال والمحاربين كانت أشد وطأة على الجنود الأمريكيين العائدين من حرب فيتنام مقارنةً بالعائدين من الحرب العالمية الثانية، كما جاء تعاطي الكحول متأخراً لدى جنود الحرب العالمية الثانية بعد (٧) سنوات من نهاية الحرب مقارنةً بالجنود العائدين من حرب فيتنام، وظهرت أعراض (PTSD) بعد (٣ إلى ٦ أشهر)، وتمثلت بذكريات مؤلمة متزامنة مع تدهور الحالة الصحية، وعلامات تقدم العمر وتعاطي نهم للكحول والمخدرات، إذ لوحظت تلك أعراض (PTSD) على (٤٦%) من جنود حرب فيتنام مقابل (٣٠%) من جنود حرب كوريا، مقابل (٢٨%) من جنود الحرب العالمية الثانية (نقلاً عن مومني، ٢٠٠٨، ٨).

وفي عام (١٩٩٢) أدرجت منظمة الصحة العالمية في دليل (ICD-10) اضطراب (PTSD) عند الرمزين (F40) (F48) المتعلقين بالعُصاب واضطرابات الضغوط جسمية المظهر (Neurotic

Stress- Related and Somatoform Disorders)، وتم وصف ثلاث أعراض تشخيصية وهي (رد فعل حادة لعامل الضغط، حالة ضغط ما بعد الصدمة، التغير المزمن للشخصية عقب خبرة كارثية) (ICD-10، ١٩٩٢، ١٤٤-١٨٣). وفي عام (١٩٩٤) نبّه دليل (DSM-4) لأهمية تمييز أعراض (PTSD) عن أعراض (اضطراب الضغط الحاد Acute Stress Disorder- ASD)، إذ يُستعمل الثاني لوصف حالة يحدث فيها تماثل سريع للشفاء، أما اضطراب (PTSD) يصف حالة لا يحصل فيها تماثل سريع للشفاء، وله ثلاثة أعراض كبرى هي:

2-2-1-1- إحياء التجربة: شعورٌ بأن الصدمة يتكرر حدوثها مرة تلو الأخرى، مع كوابيس متكررة وذكريات مزعجة تتعلق بالصدمة.

2-2-1-2- التحاشي: حافز قوي لتجنب كل ما يتعلق بذكريات الخبرة الصادمة.

2-2-1-3- إثارة مفرطة: إحساس مستمر بالتأهب والعصبية وصعوبة التركيز وبسبب هذا الوضع تحدث عدة اضطرابات أثناء النوم أو فترة الكمون (الخلود للنوم) (DSM-4-1994, 248-463).

وهذا ما استقر عليه في دليل (DSM-4-TR-2000)، إذ تم تمييز اضطراب (PTSD) عن اضطراب (ASD)، فهذا الأخير يجب أن يحدث خلال (٤) أسابيع من الصدمة ويزول خلال (٤) أسابيع أخرى، وإذا استمرت الأعراض لأكثر من شهر وحققت معايير (PTSD) يتغير التشخيص من (ASD) إلى (PTSD)، إذ تم التوسع في معايير تشخيص (PTSD) (DSM-4-TR, 2000, 463-466). ومؤخراً؛ تم توسيع المعايير الرئيسية والفرعية في دليل (DSM-5-2013) لأعراض (PTSD) لدى الأطفال والمراهقين من عمر فوق (٦) سنوات (DSM-5-2013, 274-276).

يُلاحظ مما سبق؛ أن المتتبع لتاريخ البحث في اضطراب (PTSD) يستنتج أنه مفهومٌ ساهم في بلورته عدة عوامل أهمها؛ انتشار هذا الاضطراب بين الجنود والأطفال والمراهقين، سيما في فترات الكوارث الطبيعية أو المصطنعة (حوادث المرور والسكك الحديدة، حوادث العمل، الحروب والنزاعات المُسلحة..)، بالتزامن مع تعقّد الأعراض السلوكية والنفسية والانفعالية المصاحبة، وعدم قدرة الضحية على التعايش مع الصدمة باستخدام استراتيجيات التكيف التقليدية، بالتوازي مع جهود علمية وبحثية (نظرية وتطبيقية) لمجموعة روّاد في مجالي علم النفس والطب النفسي خلال الحرب العالمية الأولى حتى تاريخٍ قريب، والتي قامت على منهج الملاحظة والتجريب على عينات من مختلف الأعمار، ما أغنى التراث العلمي لمفهوم اضطراب (PTSD).

2-2-2- تعريف اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD):

منذ بداية البحث المُحكم في الضغوط النفسية عام (١٨٨٤)؛ ظهرت عدة تعاريف لاضطراب (PTSD)، وتنوعت تلك التعاريف بتنوع المداخل النظرية والتطبيقية للباحثين من جهة، وبتنوع الخلفيات العلمية والمعرفية لهم (علم نفس، علم اجتماع، طب نفسي..) من جهةٍ أخرى.

فقد عرّف (**فرويد Freud**) اضطراب (PTSD) بأنه "مجموعة اضطرابات انفعالية تظهر على الشخص عقب تعرّضه لصدمة قاسية يختبرها من الناحيتين العاطفية والجسمية، إذ يتعرض لضرر جسدي خطير التأثير على حياته، أو حين يعاني صدمة وجدانية بليغة التأثير على نفسيته ومشاعره، أو حين يعاني أزمات عنيفة – نوعاً ما – تصيبه عدة مرات أو تستمر معه زمناً طويلاً بما يفوق قدرته على التحمل، وهذه الاضطرابات الانفعالية تختلف في مظاهرها وشدتها، كما تختلف من حيث الفترة الزمنية التي تتوسط ظهور الأعراض وبين الواقعة التي تسببت فيها، وباختلاف الأفراد والصدمات ونوع الأزمات" (فرويد، ١٩٦٤، ٢٢٣).

وعرّفته منظمة الأمم المتحدة للطفولة (**اليونسيف UNICEF**) بأنه "أزمة تنتج عن التعرض لحدث صادم، ويتميز بمعاودة شعور الشخص بأنه يعيش الصدمة ويتجنب كل ما يذكّره بها، ويكون مخدّر العواطف، ويزداد لديه التوتر وردود الفعل الحادة تجاه الأحداث الضاغطة" (اليونسيف، ١٩٩٥، ٧٨). كما عرّفته منظمة الصحة العالمية في دليل (ICD-10-1992) بأنه "اضطراب ينشأ كاستجابة مرجأة أو ممتدة لحادث ضاغط يتصف بأنه ذو طبيعة مُهددة أو فاجعة، ويتحتم أن يتسبب بضيق وأسى شديدين غالباً لدى أي فرد يتعرض له مثل الكوارث الطبيعية أو التي من صنع الإنسان، أو المعارك، أو الحوادث الخطرة، أو مشاهدة موت عنيف لأشخاص آخرين، أو أن يكون ضحية التعذيب والاغتصاب، ويتصف الاضطراب بالتقلب وعدم الاستقرار بالرغم من التحسن لدى غالبية الحالات، إلا أن نسبة ضئيلة من المرضى الذين يبدون حالة من التطور المُزمن لهذا الاضطراب يستمر لديهم لسنوات كثيرة"، وفي هذا التعريف تم التأكيد على العوامل الاستعدادية المتمثلة بسمات الشخصية أو التاريخ السابق للأمراض العصبية التي ربما تساعد في تطور أو تنشيط اضطراب (PTSD)، غير أنها ليست ضرورية وغير كافية لتفسير حدوثه (ICD-10، ١٩٩٢، ١٤٧-١٨٤).

وعرّفه (**فورد Ford**) بأنه "معايشة الشخص بشكل مباشر أو يشهد تهديداً مباشراً لحياته أو حياة شخص آخر، أو انتهاكاً لسلامته الجسدية أو السلامة الجسدية لشخص آخر، بما في ذلك الإيذاء أو الإساءة الجسدية أو الاعتداء الجنسي، مع ضرورة أن تستمر أعراض الاضطراب لشهر على الأقل، ويجب أن تتضمن إعادة تطفلية لذكريات الصدمة (كالذكريات أو العوامل المزعجة وغير المرغوبة والتي تذكّر بالخبرات الصادمة أثناء الاستيقاظ أو النوم)، والتجنب والخدر العاطفي (التي تتضمن محاولات جاهدة لتجنب ذكريات الصدمة أو العوامل المذكّرة بها، أو قدرة منخفضة لاختبار العواطف)، والإثارة المفرطة (كالشعور بالتوتر الجسدي والعاطفي، والحذر المُفرط تجاه المخاطر، وسرعة الغضب، أو سهولة استثارة الغضب في النفس، أو صعوبات في النوم)، وبالرغم من عدم وجود سبب ثابت إلا أن اضطراب (PTSD) يبدو أنه يتضمن عدة تغيرات مرتبطة بنظام الاستجابة

للتوتر بالجسم، ومستويات التنظيم العاطفي للدماغ المرتبطة بالحساسية المفرطة للخطر، وبمهارات التكيف لحماية الذات وتعزيز البقاء" (Ford, 2009, 3).

وعرّفه (**المركز الوطني لاضطراب شدة ما بعد الصدمة The National Center for PTSD**) الأمريكي بأنه "اضطراب قلق يحدث بعد اختبار أو مشاهدة حدث صادم، والحدث الصادم هو حدث مهدد للحياة كمعركة حربية، أو كوارث طبيعية، أو أحداث إرهابية، أو حوادث خطيرة، أو إساءة جسدية أو جنسية في مرحلة الطفولة أو البلوغ.. هذا ويعود معظم الناجين من الصدمة إلى حياتهم الطبيعية إذا ما أعُطوا القليل من الوقت، إلا أن بعض الناس تظهر لديهم ردود فعل كرب لا تزول من تلقاء نفسها، وربما تسوء حالتهم بمرور الوقت، وبالتالي يمكن أن يتطور لدى هؤلاء الأفراد اضطراب (PTSD)" (The National Center for PTSD, 2010, 1). كما عرّفه (**معجم مصطلحات الطب النفسي ٢٠١٧**) بأنه "حالة مرضية تحدث بعد الولادة أو البلوغ أو عقب الصدمات النفسية وإصابات الرأس، والتي تعقب الضغوط النفسية الهائلة التي تفوق الاحتمال كالحروب والكوارث الطبيعية والحوادث والجرائم المقترنة بالعنف مثل الاغتصاب، وكانت الحالة تُعرف بأسماء أخرى قبل ذلك وترتبط بضحايا الحروب، وتنتشر بمعدل (١% إلى ٣%) من مجموع أفراد المجتمع، وتتميز باستعادة أحداث الصدمة في الحلم واليقظة، وتجنب كل ما يذكّر بها، مع استمرار القلق والاكتئاب والاضطراب النفسي عقب الصدمة لفترة طويلة"، كما أكد المعجم أنه تم إطلاق هذه التسمية على هذا الاضطراب في الحالات النفسية التي تحدث نتيجة للتعرض للضغوط أثناء الحروب نسبة إلى قذائف المدافع، وتعرف نفس الحالة حالياً باضطراب الكرب التالي للصدمة (PTSD) (نقلاً عن الشربيني، ٢٠٠١، ١٤١-١٧١).

وهناك عدة تعاريف لاضطراب (PTSD) تم ذكر أهمها، مع التأكيد بأن الدراسة الحالية تتبنى تعريف منظمة الصحة العالمية الوارد في دليل (ICD-10-1992)، وتعريف دليل (DSM-5-2013). ومن جهةٍ أخرى؛ وبعد تحليل مضمون التعاريف السابقة يمكن تحديد الملامح الرئيسية لاضطراب (PTSD) كما يلي:

2-2-2-1- اضطراب (PTSD) يتطلب تعرض المُصاب أو معايشته المباشرة لصدمة شديدة غير مألوفة وأكبر من قدرته على التحمل (خطر الموت المباشر، التهديد بالموت، إصابة خطرة، الاغتصاب، مشاهدة مناظر مروعة لأجساد محترقة أو مشوهة أو بقايا أجساد بشرية، مشاهدة حادث يتضمن موتاً أو إصابة أو تهديد شخص آخر كأحد أفراد الأسرة أو صديق أو قريب..)، أو بشكل غير مباشر (مشاهدة تهديد أو خطر أو ظروف حرب عبر وسائل الإعلام أو الأفلام أو الصور.. على أن ترتبط بحياة المُصاب وبيئته الأسرية أو المهنية..).

2-2-2-2- اضطراب (PTSD) يجب أن يتضمن استجابة الفرد كالخوف الشديد أو اليأس أو الرعب.

2-2-2-3- الأعراض الرئيسية لاضطراب (PTSD) يجب أن تتضمن:

2-2-2-3-1- إعادة الاختبار المستمر للحدث الصادم.

2-2-2-3-2- محاولات جاهدة للتجنب المستمر لجميع المثيرات المشابهة و/أو المرتبطة التي يمكن أن تذكّر المُصاب بالحادث الصادم.

2-2-2-3-3- الذكريات التطفلية أو الاقتحامية لذكريات مرتبطة بالصدمة (ذكريات تتطفل خلال النوم كالأحلام والكوابيس الليلية، ذكريات تتطفل من خلال أحلام اليقظة).

2-2-2-3-4- فقدان الحس بقابلية الاستجابة العامة كالخدر العاطفي أو التبلد العاطفي.

2-2-2-3-5- استمرار أعراض الإثارة المتزايدة (شعور بالتوتر الانفعالي و/أو زيادة الحذر المُفرط و/أو سرعة الغضب و/أو سهولة الاستثارة و/أو صعوبات النوم..).

2-2-2-4- يجب أن تكون الصورة الكاملة لأعراض (PTSD) حاضرة لأكثر من شهر، ويكون من النوع المتأخر إذا استمرت الأعراض لمدة تزيد على (٦) أشهر وتستمر مع المُصاب لعدة سنوات.

2-2-2-5- يجب أن يسبب اضطراب (PTSD) كرباً ذا دلالة من الناحية الإكلينيكية، أو ضعفاً في المجالات التحصيلية أو الاجتماعية أو المهنية أو أي مجالات وظيفية أخرى مهمة، بحيث تجعل بعض أو جميع تلك الأعراض أو معظمها المُصاب عاجزاً عن أداء وظائفه الأساسية كالمعتاد.

2-2-3- مِحكَّات تشخيص اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD):

من مراجعة الأدب النظري والدراسات السابقة ذات العلاقة لوحظ الكثير مما كتب عن معايير تشخيص اضطراب (PTSD)، إلا أن الدراسة الحالية ستقتصر على عرض مِحكَّات التشخيص الواردة في دليل (ICD-10-1992)، ومِحكَّات التشخيص الواردة في دليل (DSM-5-2013):

2-2-3-1- محكّات تشخيص اضطراب (PTSD) الواردة في دليل (ICD-10-1992): إذ صُنف اضطراب (PTSD) عند الرمزين (F40) (F48) الخاصتين بالعُصاب والضغوط جسمية المظهر (NSRSD)، ولتشخيص المُصاب يجب أن تتوافر لديه المعايير التالية:

2-2-3-1- التعرض لحادث ذي بعد تهديدي استثنائي أو كارثي لمدة قصيرة أو طويلة، وهذا الحادث من شأنه أن يسبب لأي شخص – تقريباً – حالة من اليأس العميق أو المزمن.

2-2-3-2- توفر واحدة أو أكثر من الأعراض التالية:

2-2-3-2-1- يتذكر المُصاب باستمرار حادث الصدمة، أو تتولد لديه مراراً حالة صدمة بسبب الأفكار الاقتحامية المتمثلة بتذكر حادث الصدمة الأول (صدى الذكريات أو اجترار الذكريات أو أحلام أو كوابيس)، أو الإحساس بالمحنة عند الولوج في الحالات التي تتصل أو التي تشبه ظروف الصدمة.

2-2-3-2-2- تجنب المُصاب لأي ظروف (قائمة فعلياً أو محتملة) تشبه ظروف الصدمة.

2-2-3-2-3- توفر واحدة على الأقل من المعايير التالية:

2-2-3-2-3-1- عجز جزئي أو كامل عن تذكر بعض الجوانب الهامة لتجربة الصدمة المُرهقة.

2-2-3-2-3-2- أو وجود أعراض مستمرة للإثارة وزيادة الحساسية النفسية يجب فيها أن تتحقق اثنتان على الأقل من الميزات التالية (صعوبات النوم أو الأرق، زيادة الإحساس بخطر مباغت، التحفز واليقظة المفرطة، صعوبات في التركيز، هيجان ونوبات غضب).

2-2-3-3- يجب أن تظهر أعراض (PTSD) خلال (٦) أشهر بعد وقوع الحدث الصادم أو المُجهد (أو بعد فترة الإجهاد)، مثلاً بعد مدة من السجن.

ويرافق بعض أو جميع تلك الأعراض – في كثير من الأحيان – الانسحاب والعزلة الاجتماعية، و/أو توفر مقدار من الشعور بالخدر العاطفي (التبلد العاطفي)، و/أو اللامبالاة إزاء الأشخاص الآخرين، و/أو تعكر المزاج، وإذا استمرت الأعراض المزمنة لاضطراب (PTSD) لعدة سنوات يمكن تشخيصه كتغيير دائم في الشخصية بعد إجهادات استثنائية (ICD-10، ١٩٩٢، ١٤٤–١٨٣).

2-2-3-2- محكّات تشخيص اضطراب (PTSD) الواردة في دليل (DSM-5-2013): ضم هذا الدليل عدة معايير رئيسية وفرعية للمراهقين والأطفال من عمر فوق عمر (٦) سنوات؛ وهي:

(**المعيار A**)– التعرض للموت الفعلي أو التهديد بالموت أو إصابة خطيرة أو العنف الجنسي (بواحدة أو أكثر) من الطرق التالية:

(المعيار A1) اختبار حادث أو أحداث الصدمة بشكل مباشر.

(المعيار A2) مشاهدة الآخرين وهم يتعرضون لحادث أو أحداث الصدمة.

(المعيار A3) معرفة أن أحد أقارب الأسرة أو صديقاً حميماً تعرض لحادث أو أحداث صدمية عنيفة وعارضة.

(المعيار A4) التعرض المتكرر أو الشديد لتفاصيل بغيضة لحادث أو أحداث الصدمة (كجمع بقايا بشرية، أو مُشاهدة ضباط الشرطة بشكل متكرر لتفاصيل إساءة معاملة الأطفال).

ملاحظة: إن المعيار (المعيار A4) لا ينطبق على مشاهدة حادث أو أحداث الصدمة عبر الوسائل الإلكترونية أو التلفاز أو الأفلام أو الصور إلا إذا كان مرتبطاً بالعمل.

(**المعيار B**)– وجود (واحد أو أكثر) من الأعراض التطفلية للذكريات التي تبدأ مباشرة بعد حادث أو أحداث الصدمة والمرتبطة بها وهي:

(المعيار B1) ذكريات متكررة لاإرادية متطفلة ومحزنة لحادث أو أحداث الصدمة.

(المعيار B2) أحلام محزنة متكررة يكون محتوى أو تأثير الحلم مرتبطاً بحادث أو أحداث الصدمة.

(المعيارB3) ردود فعل فُصامية (كالذكريات السريعة)، والتي تكون فيها مشاعر الفرد أو أفعاله كما لو أن الحادث أو أحداث الصدمة قد تكررت (حيث يمكن أن تحدث ردود فعل كهذه بشكل مُتواصل بحيث يكون التعبير الأكثر شدة هو الفقدان الكامل لإدراك البيئة المحيطة).

(المعيارB4) ضيق شديد أو مطوّل عند التعرض لنماذج داخلية أو خارجية ترمز إلى أو تشبه جانباً من حادث أو أحداث الصدمة.

(المعيارB5) ردود فعل فسيولوجية واضحة لنماذج داخلية أو خارجية ترمز إلى أو تشبه جانباً من حادث أو أحداث الصدمة.

(**المعيارC**)- التجنب المستمر للمثيرات المرتبطة بالصدمة والتي تبدأ مباشرة بعد حادث أو أحداث الصدمة، كما يظهر في (واحد أو جميع) ما يلي:

(المعيارC1) تجنب أو بذل جهود لتجنب الذكريات أو الأفكار أو المشاعر المحزنة المرتبطة بحادث أو أحداث الصدمة.

(المعيارC2) تجنب أو بذل جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الأشخاص، الأماكن، المحادثات، النشاطات، الأشياء، المواقف) التي تثير ذكريات أو أفكاراً أو مشاعر محزنة مرتبطة بحادث أو أحداث الصدمة.

(**المعيارD**)- التبديلات السلبية في الإدراك والمزاج تبدأ أو تسوء بعد التعرض لحادث أو أحداث الصدمة، كما يظهر في (اثنين أو أكثر) مما يلي:

(المعيارD1) عدم القدرة على تذكّر جانب هام من حادث أو أحداث الصدمة (بشكل نموذجي بسبب فقدان الذاكرة الفُصامي وليس نتيجة لعوامل أخرى كإصابة الرأس أو الكحول أو الأدوية).

(المعيارD2) معتقدات أو توقعات مستمرة ومبالغ فيها حول الذات أو الآخرين أو العالم (مثلاً: أنا سيئ، لا يمكن الثقة بأحد، العالم خطير بشكل كامل، جهازي العصبي مخرّب بكامله..إلخ).

(المعيارD3) حالات إدراك مشوهة ومستمرة حول أسباب أو نتائج حادث أو أحداث الصدمة التي تؤدي بالفرد لأن يلوم نفسه أو يلوم الآخرين.

(المعيارD4) حالات عاطفية سلبية مستمرة كالخوف أو الرعب أو الغضب أو الذنب أو الخجل.

(المعيارD5) اهتمام منخفض أو مشاركة منخفضة في النشاطات الهامة لدرجة كبيرة.

(المعيارD6) مشاعر الانفصال أو الابتعاد عن الآخرين.

(المعيارD7) عدم القدرة على اختبار المشاعر الإيجابية (كالسعادة أو الرضا أو الحب).

(**المعيارE**)- التبديلات الواضحة في الإثارة والنشاط التي تبدأ أو تسوء بعد التعرض لحادث أو أحداث الصدمة كما يظهر في (اثنين أو أكثر) مما يلي:

(المعيار E1) سلوك سريع للغضب وانفجارات عاطفية غاضبة (بوجود القليل من الاستفزاز أو بدونه) يتم التعبير عنها بشكل نموذجي كعدوان لفظي أو جسدي تجاه الأشخاص أو الأشياء.

(المعيار E2) سلوك مُتهور أو مُدمّر للذات.

(المعيار E3) يقظة مُفرطة.

(المعيار E4) استجابة مُباغتة مُبالغ فيها.

(المعيار E5) مشاكل في التركيز.

(المعيار E6) اضطرابات في النوم (كصعوبة النوم، أو البقاء نائماً، أو نوم قلق).

(**المعيار F**)- إن الصورة الكاملة للمعايير (E D C B) يجب أن تكون حاضرة لأكثر من شهر.

(**المعيار G**)- يجب أن يسبب الاضطراب كرباً ذا دلالة من الناحية الإكلينيكية أو ضعفاً في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو مجالات وظيفية أخرى مهمة.

(**المعيار H**)- لا يمكن إرجاع أسباب الاضطراب للآثار الفسيولوجية لمادة ما (كالدواء أو الكحول) أو أية حالة طبية أخرى.

كما أن الأحداث الصدمية التي يختبرها الفرد (طفل، مراهق، بالغ) بشكل مُباشر يجب أن تتضمن - لكنها غير مُقتصرة على - معركة عسكرية، أو اعتداء جنسي عنيف، أو بقصد السرقة، أو الاختطاف كرهينة، أو هجوم إرهابي أو تعذيب، أو احتجاز كسجين حرب أو في مُخيم، أو مواجهة كوارث طبيعية أو مُصطنعة، أو مواجهة حوادث سير شديدة، أو الاستيقاظ أثناء عمل جراحي، أو تشخيص الفرد بأنه يُعاني من مرض يُهدد الحياة، أو مشاهدة إصابة خطرة أو موت غير طبيعي لشخص آخر ناتجة عن هجوم عنيف أو حادثة أو حرب أو مشاهدة غير متوقعة لجسد ميت أو أجزاء لجسد فرد من الأسرة أو صديق حميم أو غريب، أو مشاهدة شخص انتحر أو يحاول الانتحار، أو معرفة بموت مفاجئ وغير متوقع لفرد من الأسرة أو صديق حميم، ويمكن أن تزداد احتمالية تطور هذا الاضطراب بازدياد حدّة العامل المُسبب للكرب، أو بازدياد القرب المادي منه، وتتحدد بداية ومدة أعراض (PTSD) كما يلي:

حاد: عندما تكون مدة الأعراض حاضرة لأقل من ثلاثة شهور.

مزمن: عندما تستمر مدة الأعراض لثلاثة شهور أو أكثر.

ذو بداية متأخرة: أي أن ستة شهور على الأقل قد مرت بين حادث الصدمة وبداية الأعراض (DSM-5-2013, 271-280).

ولابد من التنبيه؛ بأن المعايير السابقة لاضطراب (PTSD) الواردة في دليل (DSM-5-2013) كانت أساسية عند تصميم (مقياس اضطراب شدة ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين) ليناسب الفئات العمرية (بين ١٠،١١ إلى ١٧،١١ سنة)، وهو الأداة الرئيسية الأولى في الدراسة الحالية.

2-2-4- أعراض اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD):

يتضمن اضطراب (PTSD) مجموعة أعراض رئيسية وثانوية مُصاحبة، لكنها لا تظهر لدى جميع المُصابين، وفيما يلي شرح مفصل لتلك الأعراض:

2-2-4-1- الأعراض الرئيسية لاضطراب (PTSD) لدى المراهقين:

2-2-4-1-1- إعادة اختبار (إعادة معايشة) الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة: والذي تأخذ عدة أشكال؛ وهي:

2-2-4-1-1-1- بالاسترجاع المتكرر للحدث الصادم المصحوب بالذكريات المؤلمة كشريط سينمائي (Back Flash) من خلال اللعب التمثيلي.

2-2-4-1-1-2- الكوابيس المتكررة أثناء النوم، من خلال الاستيقاظ من النوم المصحوب بالبكاء أو الخوف (الفزع الليلي).

2-2-4-1-1-3- شعور مفاجئ مصحوب بخوف وتوتر وربما الفزع كما لو أن الحدث الصادم سيعاود الحدوث مجدداً.

2-2-4-1-1-4- شعورٌ بالضيق والألم عند مرور المُصاب بمثير يُذكّره بالحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة التي سبق له معايشتها خلال الكارثة.

2-2-4-1-1-5- يمكن أن يتم تذكر الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة عن طريق الشم، أو السمع، أو الرؤية (Sadock & Sadock, 2000, 214).

وقد ورد في دليل (DSM-5-2013) أن الأعراض التطفلية للذكريات تبدأ مباشرة بعد الحدث أو الأحداث الصادمة، وتأخذ شكل ذكريات متكررة (لاإرادية) تطفلية ومُحزنة في ذات الوقت، أو أحلام محزنة متكررة يكون فيها محتوى أو تأثير الحلم مرتبطاً بالحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة، أو من خلال ردود فعل فُصامية (كالذكريات السريعة) تكون فيها مشاعر الفرد أو أفعاله كما لو أن الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة قد تكررت فعلاً، والتي يمكن أن تكون مُتواصلة بحيث يكون التعبير الأكثر شدة عنها هو الفقدان الكامل لإدراك البيئة المحيطة، أو من خلال الشعور بضيقٍ شديدٍ أو مطوّل، أو ردود فعل فسيولوجية واضحة عند التعرض لنماذج داخلية أو خارجية ترمز إلى/أو تشبه جانباً من الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (DSM-5-2013, 272-273).

2-2-4-1-2- الخدر العاطفي (التبلد الانفعالي): إذ يحاول المُصاب – دائماً وجاهداً – الابتعاد عن المواقف التي يمكن أن تذكّره بالكارثة كتجنب الأفكار والمشاعر والأماكن والأشخاص والمواقف التي تذكّر بها، ولعل النسيان النفسي يحدث نتيجة هذا التجنب المقصود عند المراهقين والبالغين، لكنه لا يحدث عند الأطفال، كما يرافق محاولات التجنب بعض أشكال تبلد الانفعالات والعواطف والاستجابة العامة، حيث يشعر المُصاب بالتشاؤم والإحباط الشديد والغربة والابتعاد عن الآخرين

الذين كانت تربطه بهم علاقات اجتماعية قوية كالأصدقاء والزملاء، أو علاقات عاطفية كأفراد الأسرة، أو انخفاض واضح بالاهتمامات اليومية والنشاطات الاعتيادية (Turner, 1999, 642). والخدر العاطفي يبدأ بعد وقوع الصدمة بوقت قريب فيتجنب المُصاب أفراد الأسرة والأصدقاء والأنشطة والأماكن والأفكار والمشاعر المشتركة، ما يؤثر على نشاطه وعمله ومهنته، وقد يدخل بحالة تفكك لتستمر بضعة دقائق أو عدة أيام، يعتقد خلالها أنه يعيش أحداثاً صادمة، ويتصرف كما لو أن الكارثة تُعاد مرة أخرى، وقد يتضمن التفكك فقداناً للذاكرة (Durosaro et al, 2012, 193). وقد يختبر المُصاب استبعاداً للذكريات المتعلقة بالفترات المؤلمة من الكارثة، أو فقداناً جزئياً للذاكرة بطريقة لاشعورية، كأن ينسى تاريخ وفاة الزوجة، أو النسيان اللاشعوري لتاريخ الانتهاك الجنسي الذي تعرّض له في الطفولة (Schiraldi, 2009, 10). كما ورد في دليل (DSM-5-2013) أنه من الأعراض الرئيسية لاضطراب (PTSD) التجنب المستمر للمثيرات المرتبطة بالصدمة، والذي يبدأ مباشرةً بعد معايشة الطفل أو المراهق للكارثة، ويظهر في واحد أو أكثر من المظاهر السلوكية التالية (تجنب أو بذل جهود لتجنب الذكريات أو الأفكار أو المشاعر المحزنة المرتبطة بحدث أو مجموعة أحداث صادمة، تجنب أو بذل جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية كالأشخاص والأماكن والمحادثات والنشاطات والأشياء، والمواقف.. التي يمكن أن تثير ذكريات أو أفكاراً أو مشاعر مُحزنة مرتبطة بالحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة) (DSM-5-2013, 272-273).

2-2-4-1-3- الاستثارة المستمرة والمتزايدة:

2-2-4-1-3-1- صعوبة النوم: كصعوبة الدخول في النوم أو الاستغراق فيه، وفرط الحركة أثناء النوم، و/أو الاستيقاظ من النوم بحالة عدم ارتياح، وقد تُعزى مرات الاستيقاظ إلى الكوابيس الليلية التي قد تؤدي إلى الخوف من الذهاب للنوم، سيما إذا كان المُصاب قد تعرّض لانتهاك في السرير.

2-2-4-1-3-2- عدم الارتياح وانفجارات الغضب: قد تبدو بهيئة قيام المُصاب بتحطيم الأشياء من حوله، أو الجدال العنيف وعدم القدرة على معالجة المشكلات، والانتقاد العنيف للآخرين، أو حالة الغضب التي لا يسهل تهدئتها بعد التعب، وقد تمتزج تلك الأحاسيس بشعور الخزي أو أية انفعالات أخرى غير سارة تؤدي إلى تقلب المزاج وانفجارات غضب مكبوتة، أو الحرج، أو الذنب.

2-2-4-1-3-3- اليقظة الزائدة: فالمُصاب يكون مستعداً لأي ذكريات اقتحامية، وغالباً ما يكون حذراً للتأكد بأنه لن يحدث مزيد من الإصابات، أو شعور المُصاب بأنه مُستهدف، أو شعوره بالخوف غير المبرر من أشياء لا تثير مخاوف أقرانه، أو شعوره بعدم السكينة في الأماكن الآمنة.

2-2-4-1-3-4- المبالغة في الإجفال: أي سهولة الشعور بالفزع بسبب الاستجابة المُفرطة للجهاز العصبي، فقد يقفز المُصاب أو يرتجف عند ظهور أي شخص أمامه فجأةً، أو عند إيقاظه من النوم، أو عندما يلمسه أحدٌ ما في مكان هادئ، وقد تكون حركة رموش العين سريعة أكثر من المُعتاد.

2-2-4-1-3-5- تنبه الجهاز العصبي: كارتفاع هرومنات معينة بالدم، أو زيادة معدل ضربات القلب في حالة الراحة أو عند الاستجابة لضغط معين، أو ارتفاع ضغط الدم، أو التنفس السريع والعميق مع احتمال فقد الإحساس بالمكان، أو الشعور بضيق الصدر أو المعدة، أو تصبب العرق، أو شعور الوخز المؤلم، أو الشعور ببرودة الأيدي وهي مُتعرقة.. (Schiraldi, 2009, 9-10).

وقد ورد في دليل (DSM-5-2013) أن التبديلات الواضحة في الإثارة والنشاط تبدأ/أو تسوء بعد تعرّض المُصاب لحدث أو مجموعة أحداث صادمة، والتي تبدو في اثنين أو أكثر مما يلي (سلوك سريع للغضب وانفجارات عاطفية غاضبة بوجود القليل من الاستفزاز أو بدونه يتم التعبير عنها بشكل نموذجي كعدوان لفظي أو جسدي تجاه الأشخاص أو الأشياء، سلوك مُتهور أو مُدمر للذات، يقظة مُفرطة، استجابة مُباغتة مُبالغ فيها، مشاكل في التركيز، اضطرابات النوم كصعوبة النوم أو البقاء نائماً أو النوم القلق) (DSM-4-TR, 2000, 464).

2-2-4-1-4- تعطل الحياة الوظيفية: إن اضطراب (PTSD) يستمر لعدة أشهر أو لسنوات، وهذه المدة تتوقف على طبيعة الصدمة وعلى شخصية المُصاب، فمن خلال دراسته على الجنود الأمريكيين العائدين من حرب فيتنام وعلى عدد من الذين تعرضوا لاعتداءات جسدية أو جنسية شديدة، لوحظ أن أعراض (PTSD) تستمر لعدة سنوات بهيئة أعراض سيكوسوماتية أو قلق أو اكتئاب أو تعاطي مخدرات.. سيما لدى من لديهم عامل مرضي سابق (Helezer, 1987, 344). كما ورد في دليل (DSM-5-2013) أن الصورة الكاملة لأعراض (PTSD) يجب أن تكون حاضرة لأكثر من شهر، ويجب أن تسبب كرباً ذا دلالة من الناحية الإكلينيكية، أو ضعفاً في المجالات التحصيلية أو الاجتماعية أو المهنية أو أي مجالات وظيفية أخرى مهمة (DSM-5-2013, 274).

2-2-4-2- الأعراض الثانوية لاضطراب (PTSD):

تشير الأعراض الثانوية إلى حزمة أعراض مُصاحبة لاضطراب (PTSD)، مع أنها لا تشكل جزءاً من مِحكَّات التشخيص الرئيسية لهذا الاضطراب، ومن أهم الأعراض الثانوية؛ ما يلي:

2-2-4-2-1- الاكتئاب: أهم عرض ثانوي مُصاحب لاضطراب (PTSD)، فمعظم المُصابين يشعرون بالاكتئاب وعدم الرغبة بتنفيذ الأعمال التي كانت ممتعةٍ لهم في الماضي، وقد يتشكل لديهم شعورٌ بالضيق النفسي، أو يلومون أنفسهم على ما حدث، أو يحمّلون أنفسهم مسؤولية خطأ التعرض للصدمة، رغم أن هذا غير صحيح فعلياً (إبراهيم، ٢٠١٧، ٢٥). وفي تفسير اضطراب الاكتئاب مقارنةً باستجابة الحداد (Grief Reactions)، وهي استجابة طبيعية لدى ضحايا الكوارث سيما الذين نجو منها، لكنهم عانوا خسارات متعددة كفقدان شخصٍ عزيز أو الإصابة بإعاقةٍ ما، وفجع الخسارة يأخذ عدة صور (الشوق للفقيد، الحزن، أحلام يظهر فيها الفقيد)، وكلها مشاعر طبيعية تختلف شدتها من شخصٍ لآخر، ويمكن أن تمتد لعدة سنوات، وتتأثر بالتنشئة الأسرية والاجتماعية

والعادات والتقاليد والثقافة الدينية، لكنها تظل مؤلمة للغاية، لكنها تتضاءل تدريجياً وبعد فترة زمنية تطول أو تقصر، إلا أن (الحداد الصادم Traumatic Grief) أشد وطأة على المراهقين، ويتميز عن استجابة الحداد بوجود صور اقتحامية لطريقة حصول الخبرة الصادمة (وفاة شخص عزيز، بتر الأطراف)، ويعرقل الأفكار الإيجابية ويسهّل الأفكار السلبية، فيحدث انسحاب من العلاقات القوية للأسرة والأصدقاء، وتجنب مشاركتهم في الأنشطة المعتادة (الشيخ، ٢٠١٢، ٥٨).

2-2-4-2-2- القلق: إن اضطراب القلق العام وقلق ما بعد الصدمة من أهم وأكثر الأعراض شيوعاً لدى المراهقين خلال الحروب بعد معايشة أحداثٍ صادمةٍ وبشكلٍ مستمر، ورغم انخفاض مستويات قلق ما بعد الصدمة بفترة زمنية، إلا أن أعراض القلق الحاد والشديد قد تستمر بالظهور بعد مرور (١٧ سنة)، ويعتبر المراهقون اللاجئون أكثر عرضة لمستويات متباينة من القلق بعد تعرضهم للاعتداءات فترة الحروب والنزاعات المُسلحة بنسب تتراوح (بين ١١% إلى ٦٠%) (ضمرة وأبو عطية، ٢٠١٤، ١٠٢). وقد أشارت **(ماكسود Macksoud)** بأن رُبع الأطفال والمراهقين من أفراد عينتها الذين عايشوا الحرب اللبنانية عانوا من قلق المستقبل، وكانوا غير واثقين بأنهم سيعيشون مستقبلاً جيداً، وكان لديهم نظرة تشاؤمية تجاه المستقبل (Macksoud et al, 1993, 641). كما بيّن **(دافيسون ونايل Davison & Neal)** بأن نظرية العجز المكتسب يمكن أن تُفسر ما يشعر به المُصابون ممن تعرّضوا لصدمات نفسية كشعور العجز واليأس والاكتئاب والتوجس من المستقبل، إلا أن المظهر الرئيسي هو شعورهم بفقدان التحكم بأحداث حياتهم والتشاؤم تجاه المستقبل، وشعورهم المستمر بأن ما حدث في الماضي سيتكرر في الحاضر والمستقبل، وبالتالي يشعرون بعدم القدرة على التنبؤ بالشر الذي يمكن أن يواجهونه مستقبلاً (Davison & Neal, 1998, 158-161).

2-2-4-2-3- الاضطرابات السيكوسوماتية: نتيجة للتجارب الصعبة التي يمر بها المراهقون قد نجد بعضهم يشكون من آلاماً في الرأس أو المعدة، أو عدم القدرة على مغادرة السرير صباحاً، فهم يشعرون بالإرهاق والمرض، ومن المهم أخذ مثل هذه المظاهر بجدية، فهم بحاجة للاهتمام، ويمكن أن يلقى بعض الراحة إذا شعر بحاجة لها (الشيخ، ٢٠١٠، ٤٨).

2-2-4-2-4- تعاطي الكحول أو المخدرات: لكي يخفف المُصابون آلامهم، أو يكبتوا الذكريات المزعجة في عقولهم، وليتمكنوا من النوم.. قد يلجؤون لاستهلاك المشروبات الكحولية بكميات كبيرة ومُفرطة، وقد يتطور الأمر لدى البعض الآخر إلى حد تعاطي المُخدرات أو الأدوية المُهدئة دون استشارة طبية، وكل ذلك لن يحقق التأثير المنشود للعلاج، رغم تأثيرها المؤقت في تخدير الألم النفسي، لكن تلك المواد قد تفاقم الضرر الجسدي أو النفسي، ولابد للمقربين من الضحية من التصريح عن تلك المواد للمُرشد لإيجاد الحل المناسب لها (سلمان، ٢٠١٥، ١٢).

2-2-4-2-5- الأفكار اللاعقلانية: عند التعرض لحدث أو مجموعة أحداث صادمة من النوع المُركَّب، تكون كمية المعلومات كبيرة (صور، أفكار، أحداث..)، وجزءٌ من هذه المعلومات يتم استيعابه ويُعالج في الدماغ بطريقة صحيحة، وقسمٌ آخر يُعالج بطريقة خاطئة لاحتمالين؛ الأول قد يرجع لنقص المعلومات، والثاني بسبب أن الأحداث الصادمة تفوق طاقة الجهاز النفسي على استيعابها، أي أن الصدمة لا تتواءم منبهاتها الخطيرة والفجائية مع خبرات المُصاب ولا مع بنيته المعرفية لأنها تتجاوز المدى الطبيعي لتجاربه الإنسانية، وستكون معالجته للمعلومات مضطربة ومشوهة، وتبقى المعلومات أو المنبهات الصادمة نشطة، وتستمر بالعمل عند مستوى اللاشعور في ضغطها المؤلم على المُصاب، الذي يحاول تكراراً وجاهداً إخراجها من الوعي ليشعر بالأمن والراحة، وليس أمامه خيارٌ آخر سوى اللجوء إلى وسائل دفاعية سلبية تعبّر عن لاعقلانية التفكير (النكران، التبلد العاطفي، التجنب، التفكير بالانتحار..)، وجميعها أفكار لا عقلانية (مومني، ٢٠٠٨، ١٣).

2-2-4-2-6- الاضطرابات المعرفية وتراجع التحصيل الدراسي: إن الاضطرابات المعرفية تحدث كاستجابة للضغوط النفسية، وتتضمن تقييماً للموقف الصادم ومدى الضرر أو التهديد الناجم عنه، ومسبباته، وإمكانية التحكم به، والذهول، وغياب التركيز، وتشوش الأداء في المهام المعرفية، واقتحام أو الأفكار، ونقص الانتباه وضعف الملاحظة، وفقداناً نسبياً لمهارات التفكير، وتراجع الذاكرة وقدرات الاستدعاء والتعرف، وبطئ الاستجابة، وزيادة معدل الأخطاء.. (Cohen, 1990, 83). كما بينت **(ماكسود Macksoud)** أن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب (PTSD) يتراجعون في تحصيلهم الدراسي، وتقل مشاركتهم في المناقشات الصفية بين المعلم والزملاء، ويستغرقون مع أحلام اليقظة، ويعلل الأخصائيون النفسيون ذلك بسبب تدهور الجهاز النفسي والتفكير الدائم بالذكريات المؤلمة، كما أن الأطفال واليافعين المُصابين باضطراب (PTSD) من عمر (٦ إلى ١٢ سنة) يواجهون صعوباتٍ في التركيز، ما يؤثر سلباً على تحصيلهم الدراسي وعلى العمليات العقلية بسبب ذكريات الصدمة والمزاج المُكتئب (Macksoud et al, 1993, 627-641).

2-2-4-2-7- الشعور بالذنب: إن الشعور بالذنب يرافق بشكل ثانوي اضطراب (PTSD)، ويشير إلى شعور الضحية بانعدام القيمة، أو شعورٌ غير مناسب بالذنب (DSM-5-2013, 275).

2-2-4-2-8- تغير الشخصية: يمكن للإجهاد والكرب الذي يسببه اضطراب (PTSD) أن يُشعر المُصاب بالوحدة الشديدة رغم الدعم الاجتماعي، وقد يتوهم بأن الآخرين لا يتفهمون أو لا يقدّرون مشاعره فتنعدم ثقته بهم، وقد يشعر مُصابون آخرون بخداع المحيط الاجتماعي، أو يجدون صعوبة في تسيير حياتهم الطبيعية اليومية، وقد يعانون ضعفاً في التركيز أثناء العمل، أو خوفاً من مغادرة المنزل ليلاً، أو البقاء بمفردهم في الأماكن المُظلمة، ويجب التنبيه بأن أعراض الذُهان (الهلاوس) تظهر في الحالات المُزمنة من اضطراب (PTSD)، وهي نادرة الحدوث (سلمان، ٢٠١٥، ١٣).

2-2-4-2-9- اضطرابات النطق والكلام: قد يفقد المُصاب – طفلاً أو مراهقاً – نتيجة معايشته لحدث أو مجموعة أحداث صادمة قدراته الكلية أو الجزئية على النطق أو الكلام (كالتأتأة)، وقد يصبح هذا السلوك يومياً وملازماً للمُصاب (مراد، ٢٠١٥، ٢٦).

2-2-4-2-10- نوبات الغضب والعدوان والعنف: قد تظهر لدى المُصاب – طفلاً أو مراهقاً – سلوكيات عدائية موجهة نحو الآخرين أو نحو الذات، والبعض الآخر قد يدخل في ثوراتِ غضبٍ يتلعثمُ فيها، ويثور لأتفه الأسباب أو حتى دون سبب، أما العنف فيتمثل بكسر كل ما يقع تحت اليد من أشياء أو قذفها، أو ضرب الأقران، وأحياناً الاعتداء الجسدي على بعض أفراد الأسرة، أما العنف اللفظي فيظهر بصورة شتم الأشخاص أو الأشياء، ليعبّر من خلالها المُصاب عن حالة السخط التي تعم شخصيته، ويظهر العنف نحو الذات بصورة تعمّد إيذاء الذات (الشيخ، ٢٠١٠، ٤٥).

2-2-4-2-11- التبول اللاإرادي والنكوص: التي تحصل بشكل لاشعوري بعد أن كان المراهق قد تخطى ذلك بالفعل في سنين عمره السابقة، والتبول اللاإرادي كأحد الأعراض الثانوية يمكن تمييزه لدى الأطفال الأكبر سناً عند عمر (١٠ إلى ١٢ سنة) للقول بأنه يعاني من اضطراب (PTSD)، لكونهم هذه السن يشخصون – نمائياً – بأنهم لا يملكون أي مستوى من الاستعداد النفسي أو الثبات الانفعالي لاستيعاب الكارثة (غياب مستوى مقبول من الصلابة النفسية)، إلا أن الأطفال الأصغر سناً في معظمهم يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي، كما يظهر التبول اللاإرادي لدى المراهقين المُصابين باضطراب (PTSD) بغياب ولي الأمر (بربراوي، ٢٠١٠، ٧).

2-2-4-2-12- الخوف والرعب: يمكن أن تتهيج اضطرابات الخوف والرعب لدى المُصابين باضطراب (PTSD) عن طريق شيء ما يذكّر بالكارثة بغياب أي باعث ملموس للخوف (أي دون أن يتوفر للشخص المُحايد سبب مرئي ومحدد لهذا الخوف)، كما تظهر أعراض الرُعب كردود فعل جسدية مثل سرعة خفقان القلب وعدم انتظامها، أو التعرق الشديد، أو الرجفة، أو ضيق التنفس والاختناق أو آلام الصدر، أو التقيؤ والشعور بالدوار، أو تنمّل الأطراف، ويمكن في لحظات الخوف الشديد أن يسيطر على تفكير المُصاب اعتقاد الموت أو أنه سيصاب بنوبة قلبية أو أن حالته ستتطور لجنون (سلمان، ٢٠١٥، ١٢). وتظهر استجابة الخوف حين يبدو المراهق وكأنه يتوقّع حدوث مكروه له، أو أنه سيتعرض لخطر كالذي مر به سابقاً، أو يخشى النوم أو دخول الحمام بمفرده، أو التحرك عدة خطوات بعيداً عن أسرته، ودائماً ما يحاول الطفل لفت انتباه المحيطين به لشعوره بأن ضرراً ما سيصيبه كالذي حدث سابقاً، ويحاول ربط بين ما حدث (أثناء وقبل الأزمة) وبين ما يراه الآن، بمعنى؛ إذا كان القصف حدث في أثناء تناول الطعام مع الأسرة، ففي كل مرة يبدأ بتناول الطعام يؤكّد أن القصف ربما يحدث الآن، ويعبّر عن ذلك بصورة قلق يظهر على تعابيره الوجهية، أو رعشة اليدين، أو في مشكلات البلع (الشيخ، ٢٠١٠، ٤٤).

2-2-4-2-13- الاضطرابات الجنسية: تبدو لدى المراهقين – عموماً – من خلال بعض مظاهر الضعف الجنسي/النفسي بالنسبة للذكور، أو اضطراب انتظام العادة الشهرية لدى المراهقات الإناث (أبو شريفة، ٢٠١١، ٢٨). كما ورد في دليل (DSM-5-2013) أن اختلال الوظائف الجنسية شائعٌ بين المُصابين باضطراب (PTSD)، سيما لدى الناجين من التعذيب والاعتداءات الجنسية، ويتمثل بتجنب ممارسة الجنس، أو قلة الاهتمام أو عدم الرغبة بالإثارة الجنسية، أو خوف المثلية، أو عدم الثقة بالشريك، أو تشنج المهبل اللاإرادي، أو عسر الجماع..إلخ (DSM-5-2013, 275).

2-2-4-2-14- الخوف من الموت: أو قلق الموت، ويعاني منه معظم المراهقين المُصابين باضطراب (PTSD)، سميا الناجين من التعذيب أو من الكوارث أو الحروب، ويعتقدون بأن حياتهم بخطر، وأنهم سيموتون قريباً (مومني، ٢٠٠٨، ٢٣). وقلق الموت نوعٌ من أنواع القلق العام، ويصنف ضمن أنواع القلق الطليق الذي يتركز حول موضوعات متصلة بالموت والاحتضار لدى المُصاب أو ذويه (القرا، ٢٠١٦، ٣٢).

وهناك أعراضاً ثانوية أخرى تُلاحظ على المراهقين الذين خبروا حدثاً أو مجموعة أحداث صادمة، وقد تم ذكر أهمها، والأكثر شيوعاً، مع التأكيد أن تلك الأعراض الرئيسية والثانوية عند تصميم جلسات البرنامج الإرشادي (موضوع الدراسة الحالية). كما لابد من الإشارة؛ بأن أهمية الأعراض الثانوية تظهر في أنها تُمكّن المُرشد من فهم معاناة المريض، ووضع خطة علاجية مناسبة له، وإمكانية تطوير إجراءات القياس والتقدير، وفي تقديم مؤشرات حول عمق وشدة معاناة المُصاب.

2-2-5- انتشار اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD) بين الأطفال والمراهقين:

نظراً لما يحتله اضطراب (PTSD) من أهمية في الأوساط البحثية، فقد أُجريت حوله عدة دراسات على المستوى العالمي، لبحث نسب انتشاره سيما في الدول التي شهدت اضطرابات وأعمال عنف انعكست آثارها على جميع أفراد المجتمع من النواحي النفسية والانفعالية، سيما على المراهقين.

ففي دراسة تتبعية أجراها **(كنزي وزملاؤه Kinzie et al)** على أطفالٍ تعرّضوا لويلات الحرب في (كمبوديا) بينت أن (٥٠%) منهم تطورت لديه أعراض (PTSD) مع اكتئاب متواصل بعد مرور (٤) سنوات على انتهاء الحرب ومغادرة البلاد (Kinzie et al, 1986, 370). كما بينت دراسة **(شال وإلبرت Schaal & Elbert)** التي أُجريت على عينة من مراهقين نجوا من حرب التطهير العرقي في (رواندا)، أن معظم أفراد العينة تعرضوا لأحداث مؤلمة ومتعددة تتعلق بالصدمة، وأنهم أظهروا معدلات مرتفعة من اضطراب (PTSD)، وأن (٤١%) منهم قد شهدوا مقتل أحد والأبوين (Schaal & Elbert, 2006, 95). كما بينت دراسة **(سكريمين وزملائه Scrimin et al)** أن الأطفال المُصابين وأولياء أمورهم لديهم مستويات مرتفعة من أعراض (PTSD) بعد مرور (٣) أشهر من الهجوم الإرهابي على (بيسلان)، كما أظهر الأطفال إعاقات عصبية/نفسية في

الانتباه والذاكرة (Scrimin et al, 2006, 333). كما بينت دراسة **(كاتاني وزملائه Catani et al)** أن طفلاً واحداً من كل (٤) أطفال ذكور، وحوالي (١٥%) من الأطفال الإناث من عمر (٧ إلى ١٥ سنة) شخصوا بمعاناتهم من أعراض (PTSD) خلال حرب (كابل)، إضافةً للحالة الصحية السيئة للأطفال الذين تعرضوا للإساءة (Catani et al, 2009, 163).

وعلى المستوى العربي؛ تعد التجربة الفلسطينية غنية بمئات البحوث والدراسات المتعلقة باضطراب (PTSD)، لوجود الاحتلال الإسرائيلي وممارساته المتمثلة بالأسر، والاعتداء، والتعذيب، ومنع التجوال، أو رؤية الأشلاء والدماء وآلات الحرب..إلخ، وذلك بدءاً من انتفاضة عام (١٩٤٨)، مروراً بانتفاضة عام (١٩٨٧)، فانتفاضة الأقصى عام (٢٠٠٠)، وصولاً إلى الحرب الإسرائيلية على غزة أواخر عام (٢٠٠٨)؛ إذ بينت دراسة **(أبو هين)** أن (١٦%) من أطفال العينة الذكور والإناث من عمر (٨ إلى ١٥ سنة) سجلوا درجات عالية من القلق الذي يحتاج إلى تدخل علاجي، وأن هناك أطفالاً تعرضوا للعنف الشخصي من الذين شهدوا أحد أفراد أسرهم يتعرض للضرب أو الإهانة (أبو هين، ١٩٩٧، ز). كما بينت دراسة **(شعت)** أن متوسط الخبرات الصادمة التي تعرض لها الأطفال هو (٩) خبرات صادمة، وأن كل طفل على الأقل تعرّض لما لا يقل عن (٤) خبرات صادمة، وبحد أقصى (١٤) خبرة صادمة (شعت، ٢٠٠٥، ج). كما بينت دراسة **(ثابت وآخرين)** أن أشد أنواع الخبرات الصادمة وأكثرها شيوعاً لدى أطفال قطاع غزة، والناتجة عن الممارسات الإسرائيلية والاقتتال الداخلي عام (٢٠٠٧) هي (سماع القصف المدفعي ٨٥،٤%، سماع أصوات طائرات تخترق حاجز الصوت ٨١،٨%، مشاهدة صور شهداء وجرحى في التلفزيون ٧٨،٢%، سماع صوت رصاص وقصف خلال الاشتباكات الناتجة عن الفلتان الأمني ٧٦،٧%، مشاهدة الآثار الناتجة عن القصف المدفعي للقطاع ٦٨،٥%) (ثابت وآخرون، ٢٠٠٨، ٢).

وفي الكويت؛ بلغت نسبة أعراض (PTSD) لدى التلاميذ من عمر المدرسة (٦،٤٥%) بعد مرور (٤،٦ سنوات) من الغزو العراقي، وفي دراسة تجريبية أخرى تبين أن (٧٠%) من الأطفال سجلوا مستويات متوسطة إلى مرتفعة من أعراض (PTSD)، وفي دراسة ثالثة تبين أن (٦٥%) من أطفال العينة تنطبق عليهم أعراض اضطراب (PTSD)، كما بينت دراسة رابعة أن انتشار أعراض (PTSD) بين الأطفال تراوحت (بين ٤% للأعراض الشديدة إلى ٣٣% للأعراض المعتدلة، إلى ٣٤% للأعراض الطفيفة) (نقلاً عن العمار، ٢٠١٠، ٣٩).

وفي العراق؛ بينت دراسة أجرتها وكالة الأمم المتحدة للاجئين (UNECHR) عام (٢٠٠٣) على عينة عشوائية قوامها (٤٣٣٢) من مختلف مناطق العراق أن (١٦،٦%) من العراقيين يعانون من اضطرابات نفسية، حيث سجّل اضطراب القلق أعلى نسبة (١٨،٨%). وفي دراسة أخرى أجرتها منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع الحكومة العراقية – خلال سنوات الحرب – تبين فيها أن

(٧٠%) من العراقيين من مختلف الأعمار يعانون اضطرابات نفسية، وفكَّر بعضهم بالانتحار (نقلاً عن مجيد، ٢٠١١، ٣). كما بين (**العمار**) في دراسته أن انتشار اضطراب (PTSD) لدى عينة مسحية من المهجرين العراقيين إلى سورية جراء الحرب الأمريكية على العراق كانت من النوع الحاد والمزمن، وتراوحت (بين ١٤،٨% إلى ٥٢،٨%) وفق متغيرات (التعرض لأخطار الحرب والإصابة أو عدم الإصابة بأذية جسدية، الذكور والإناث الذين تعرضوا لأخطار الحرب، تدمير المنزل أو عدم تدميره، فقدان أو عدم فقدان الأقارب) (العمار، ٢٠١٠، ٩٧).

وفي الأردن؛ بينت دراسة (**مومني**) التي أجريت على عينة قوامها (٣٥٣) من الضحايا وأسرهم الذين تعرضوا للتفجيرات الإرهابية لفنادق عمّان الثلاثة عام (٢٠٠٥)، أن مستوى اضطراب (PTSD) جاء بدرجة متوسطة، وبلغت نسبة المُصابين به (٧٥،٣%) (مومني، ٢٠٠٨، ١٠).

وفي سورية؛ بينت دراسة (**بدر**) وجود مستوى متوسط من أعراض (PTSD) لدى عينة مراهقين من أبناء الشهداء في ريف جبلة بمحافظة اللاذقية (بدر، ٢٠١٥، ٢٦٥). كما بينت دراسة (**مراد**) أن مستوى اضطراب (PTSD) لدى عينة أطفال مهجرين خلال الأزمة السورية والمقيمين في مراكز الإيواء كانت عند مستوى متوسط، وكان ترتيب الأعراض (الذكريات، فرط الإثارة، التجنبية) (مراد، ٢٠١٥، ٩٥). كما بينت دراسة (**عباس**) أن انتشار الصدمة النفسية لدى عينة من المراهقين المهجرين والمقيمين في مراكز الإيواء بلغ (٥١،٤%) من العينة الكلي، وأن مستوى اضطراب (PTSD) تراوح (بين مستوى مرتفع ٣٥،٤%، إلى مستوى متوسط ٣٠،٧% إلى مستوى منخفض ٣٣،٩%) (عباس، ٢٠١٦، ٩٨-١٠١). كما بينت دراسة (**سعدي وشريبه وشاليش**) أن انتشار اضطراب (PTSD) لدى مبتوري الأطراف نتيجة الأزمة السورية تراوح (بين مستوى منخفض ٤٢،٥%، إلى مستوى متوسط ٤٢،٥%، إلى مستوى مرتفع ١٥%) (سعدي وشريبه وشاليش، ٢٠١٦، ٧٢١). كما بينت دراسة (**عسيلا**) أن انتشار اضطراب (PTSD) لدى المراهقين المهجرين خلال الأزمة السورية كان ضمن الحدود الطبيعية وبلغ (١٣،٢%)، وأن الخبرات الصادمة التي تعرضوا لها كانت مرتبة كما يلي (الاستعادة، التجنب، الاستثارة) (عسيلا، ٢٠١٧، ١٠٧-١٠٩).

إضافة إلى دراسات أخرى أُجريت في كُلَّ من إيران خلال حربي الخليج الأولى والثانية، وفي لبنان نتيجة للاعتداءات الإسرائيلية والاقتتال الداخلي، وفي أمريكا بعد الأعمال الإرهابية التي تعرّض لها برجي التجارة بعد أحداث (١١/ أيلول/٢٠٠١)، والتي بينت أن أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً والتي تُبتلى بها الشعوب المنكوبة بالحروب والأزمات هو اضطراب (PTSD)، فالآثار الجسدية للحروب والأزمات تكون واضحة دائماً، أما الآثار النفسية فهي التي تأخذ زمناً لكي تتضح.

وعلى المستوى العالمي؛ بيّن دليل (DSM-5-2013) أن انتشار اضطراب (PTSD) بين الأطفال والمراهقين خلال الكوارث الطبيعية أو المُصطنعة يتمحور حول نسبة (٨%) من مجموع

سكان الولايات المتحدة الأمريكية، وتقديرات أقل في أوروبا ومعظم آسيا وإفريقيا أمريكا اللاتينية، التي تتجمع حول نسبة تتراوح (بين ٠،٥% إلى ١%)، وذات النسبة تقريباً في أي بلد آخر، مع التحفظ على تأثير المتغيرات الديموغرافية والثقافية النوعية الخاصة بأي مجتمع، وتأثير حجم ونوع الكوارث المصطنعة، وخصائص الناجين (DSM-5-2013, 465-466).

ومما سبق؛ يمكن القول بأن تحديد نسب لانتشار اضطراب (PTSD) بين المراهقين خلال الأزمة السورية لا يزال أمراً متحفظاً عليه لعدة أسباب أهمها؛ غياب إحصائيات دقيقة ورسمية لانتشار اضطراب (PTSD) أُنجزت من قبل أي جهة حكومية أو أهلية تعمل ضمن أراضي الجمهورية العربية السورية، ووجود بيانات مبعثرة وغير منظمة لا يمكن اعتمادها لتحديد نسب انتشار الاضطراب بين المراهقين، وغياب التنسيق بين الجهات المعنية (وزارة الصحة، وزارة التربية، وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، الجمعيات الأهلية)، وندرة الكوادر البشرية المؤهلة التي تملك خبرات كافية لرصد نسب الانتشار بين المراهقين خلال الأزمة السورية، وعدم تنظيم إحصائيات دورية، إضافةً لتشابه أعراض (PTSD) مع أعراض فُصامية أو ذُهانية أخرى، وندرة الاختبارات والمقاييس المقننة التي تناسب البيئة السورية، وعدم التصريح عن الحالات من قبل أولياء الأمور أو العيادات النفسية لاعتبارات تتعلق بالسرية والخصوصية الأخلاقية والمهنية.. وأسباب أخرى عديدة، إلا أن الدراسة الحالية تتبنى النسب العالمية لانتشار اضطراب (PTSD) وفق دليل (DSM-5-2013).

2-2-6- العوامل المساهمة في تطور أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD):

ليس كل المراهقين الذين عايشوا حدثاً أو مجموعة أحداث صادمة يمكن أن يصابوا باختلال نفسي يعبّر عن إصابتهم باضطراب (PTSD)، فهناك مجموعة عوامل وسيطة تلعب دوراً حاسماً في تطور أعراض هذا الاضطراب، ويمكن تقسيمها إلى ثلاث مجموعات رئيسية، كما يلي:

2-2-6-1- عوامل تتعلق بالحدث الصادم:

2-2-6-1-1- نوع الخبرة الصادمة: فالأشخاص الذين يتعرضون لخبرات صادمة تتضمن تهديداً بالموت أو الإصابة وتهديد السلامة الجسدية الشخصية يكونون أكثر تأثراً وأكثر عرضة للاضطرابات النفسية مقارنةً بالأفراد الذين شاهدوا أو سمعوا مواقف وأحداث صادمة تتضمن تهديداً بالموت أو الإصابة وتهديد السلامة الجسدية للآخرين (Wenar & Kerig, 2000, 187-188).

2-2-6-1-2- درجة القرب من الحدث الصادم: فالشخص الذي يتعرض بيته للقصف أو إطلاق النار وهو بداخله يتأثر بالحدث الصادم أكثر من الشخص الذي لا يتعرض لتلك المواقف.

2-2-6-1-3- شدة الصدمة النفسية: من حيث استمرارية التعرض للأحداث الصادمة لفترة زمنية طويلة، والتعرض لأكثر من حدث صادم في نفس الوقت، كما أن المناطق التي تشهد حروباً تلعب دوراً في درجة استجابة الشخص للخبرة الصادمة ودرجة التأثر بها (شعت، ٢٠٠٥، ٣٣).

2-2-6-2- عوامل تتعلق بالمُصاب:

2-2-6-2-1- العوامل البيوكيميائية: رواد هذا التوجه **(كريستال وآخرون Krystal et al)** بافتراضهم أن التعرض لكارثة يؤدي إلى تلف الجهاز الغُدِّي وضرراً بالغدة الكظرية، وزيادة إفراز مادتي (نورأدرينالين Noradrenalin، دوبامين Dopamine)، ثم زيادة الإثارة الفيزيولوجية، ما يُنتج استجابات الخوف والإجفال لدى المُصاب (Krystal et al, 1989, 177). كما بيّن **(عوض)** تأكيد عدة دراسات لهذا التوجه كدراستي **(كولك وآخرين Kolk et al 1985)** **(كوباك وسكيري Kobak & Sceery 1988)**، فزيادة إفراز هاتين المادتين لدى المُصابين يسبب تسارعاً في ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم وزيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي. كما حاول باحثون آخرون في المجال البيوكيميائي أمثال **(فان ودير وكولك Van & Der & Kolk 1984)** إسناد اضطرابات الوظيفة الدماغية إلى زيادة إفراز مادتي (كاتيكولامين Catecholamine) (أنسيستيلكولين Ancistilcolin) بعد معايشة الصدمة، وهي هرمونات الهروب والقتال تُفرزها الغدة الكظرية كردة فعل للتوتر، وهي جزء من الجهاز العصبي الودي (السمبثاوي) الذي يسبب انخفاض إفراز مادتي (نورأدرينالين Noradrenalin) (دوبامين Dopamine) (نقلاً عن عوض، ٢٠١٦، ٢٢-٢٥).

2-2-6-2-2- العوامل الوراثية: من الدراسات تبنت هذا الافتراض **(سكير وآخرين Skre et al)** التي بينت وجود اتفاق دال في أعراض (PTSD) لدى التوائم المتماثلة مقارنةً بالتوائم الأخوية (Skre et al, 1993, 85). كما أشار **(عوض)** بأن دراسة **(تير Terr 1993)** أكدت أن نسبة الاتفاق كانت أكبر بين التوائم المتماثلة مقارنةً بالتوائم الأخوية في أعراض (PTSD)، إذ تراوحت معاملات الارتباط لدى التوائم المتماثلة (بين ٠،٢٨ إلى ٠،٤١)، ولدى التوائم الأخوية (بين ٠،١١ إلى ٠،٢٤) (نقلاً عن عوض، ٢٠١٦، ٢٥). كما بينت دراسة معمقة وأصيلة أجراها **(فوي ودوساتو ونيونان Foy & Dosato & Neunann 1992)** على أشخاص مرضى وعاديين، ثَبُت فيها أن الفرد الذي يعيش في أسرة فيها أعضاء يشكون من أمراض نفسية، تكون قابلية تأثره بالأحداث الصدمية عالية، وأن ثلثي الأفراد المُصابين باضطراب (PTSD) بسبب تعرضهم للمعارك ينتمون لعائلات فيها أفراد يعانون من اضطرابات نفسية (by Eysenck, 2000, 693).

2-2-6-2-3- بنية الدماغ والجملة العصبية: أشار **(جيلاث Gillath 2005)** إلى وجود ما يؤكد بأن تكوينات معينة في الدماغ والجملة العصبية تُرشّح لخطر الإصابة باضطراب (PTSD)؛ وهي:

2-2-6-2-3-1- الفصوص الجدارية (Parietal Lobes): يُظن أنها مسؤولة عن تكامل المعلومات من مختلف المناطق القشرية المرتبطة.

2-2-6-2-3-2- اللوزة (Amygdala): تتولى تقييم المعلومات المُدخلة من ناحية جاهزيتها الانفعالية، كما تبين أن منطقة اللوزة يتم تنشيطها عندما يتعرض الأفراد لما يذكّرهم بالصدمة.

2-2-6-2-3-3- قرن آمون أو حصان البحر (Hippocampus): يعتقد بأنه المسؤول عن تشكيل خطة معرفية تتيح الفرصة لتصنيف الخبرات إلى فئات، وقد تبين أن حجمه يتضاءل لدى عدد كبير من الأشخاص المتعرضين لصدمات نفسية.

2-2-6-2-3-4- الجسم الثفني (Corpus Callosum): الذي يسمح بنقل المعلومات بين نصفي الدماغ، مما يحقق التكامل بين النواحي الانفعالية والمعرفية للخبرة، وقد تبين أن حجمه أصغر لدى البالغين الذين تعرّضوا لانتهاك في مرحلة الطفولة.

2-2-6-2-3-5- التليف الحزامي (Cingulate Gyros): يُظن أنه يؤدي دور المُضخّم والمُرشّح للخبرات الصادمة من الذاكرة، ويساعد في إيجاد التكامل بين المكونات المعرفية والانفعالية للخبرة الصادمة، ويتم تنشيطه في أعقاب علاج المُصاب من اضطراب (PTSD).

2-2-6-2-3-6- لحاء مقدمة الجبهة (Prefrontal Cortex): يتولى حل المشكلات والتعلم والتمييز بين المثيرات المُعقدة، والذي تبين أن نشاطه يقل لدى مرضى (PTSD) عند تعرضهم لما يذكّرهم بالصدمة، كما اتضح زيادة نشاطه في مرحلة ما قبل العلاج، أي بعد تلقي المرضى للعلاج الفعال (نقلاً عن شاهين، ٢٠١٤، ٤٠).

2-2-6-2-4- الصلابة النفسية: فالأفراد الذين يتّسمون بصلابة نفسية عالية أكثر نشاطاً ومبادأة واقتداراً وقيادة وضبطاً داخلياً، وأكثر صموداً ومقاومة لأعباء الحياة المُجهدة، وأشد واقعية وإنجازاً وسيطرة وقدرة على تفسير الأحداث، ويجدون أن تجاربهم ممتعة وذات معنى، بعكس من هم أقل صلابة نفسية، والذين يجدون أنفسهم والبيئة من حولهم بلا معنى، ويشعرون بتهديدٍ مُستمر وضعفٍ عند مواجهة أحداثها المتغيرة، إذ يعتقدون أن الحياة تكون أفضل عندما تتميز بالثبات أو تخلو من التجديد، فهم سلبيون في تفاعلهم مع البيئة من حولهم (Singh, 2016, 1258-1259).

2-2-6-2-5- العمر: تباينت نتائج الدراسات حول تأثير متغير العمر في الاستجابة للأحداث الصادمة؛ كدراسة **(عبد الخالق وآخرون)** التي بينت أن كبار السن عادة ما يُصابون بدرجة مرتفعة من التأزم النفسي، لكنهم يستفيدون من المعالجة والتأهيل بما يقلل من تأثير الصدمة على بنيتهم النفسية والانفعالية (عبد الخالق وآخرون، ٢٠٠٠، ١٩). كما بينت **(الشيخ)** من مراجعة عدة دراسات أن أعراض (PTSD) ترتفع لدى الأطفال الأكبر سناً مقارنةً بالأطفال الأصغر سناً، بمعنى أن الأطفال الأصغر سناً قد لا يكونوا واعين تماماً بالتهديد الفعلي لذواتهم، ما قد يحميهم من ردود الفعل الانفعالية الشديدة (الشيخ، ٢٠١٠، ٢٩). أما دراسة **(كولدباك وآخرين Goldbeck et al)** فقد بينت أن عمر المريض ومستوى ما لديه من أمراض نفسية يرتبط بشكلٍ دالّ بمستوى الاستجابة للعلاج، ما يؤكد بأن المرضى الأصغر سناً ممن يعانون مستوى أقل من الاضطرابات المرضية أظهروا تحسناً أكبر واستجابة أفضل للعلاج السلوكي/المعرفي بغض النظر عن الجنس، أو نوع

الصدمة، أو مستوى التخصص المهني لمقدّمي الخدمات العلاجية (Goldbeck et al, 2016, 159-170). أما دراسة **(مراد)** بينت وجود فروق في مستوى اضطراب (PTSD) وفق متغير العمر (١٠ إلى ١١) (١٢ إلى ١٣) سنة لصالح الفئة العمرية الأكبر سناً (مراد، ٢٠١٥، ١١١). ويعود **(عبد الخالق وآخرون)** لعرض عدة دراسات تؤكد أن اليافعين الأكبر سناً أقل عرضة للتأثر باضطراب (PTSD) من الأطفال والمراهقين الأصغر سناً، نتيجة لسرعة وقدرة الأكبر سناً على التعايش مع الصدمة وآثارها، وتفسير معانيها ونتائجها (عبد الخالق وآخرون، ٢٠٠٠، ٢١-٢٢).

2-2-6-2-6- الجنس: إن الدراسات التي بحثت في تأثير متغير الجنس في شيوع اضطراب (PTSD) انطلقت باتجاهين؛ الأول يُؤكد وجود فروق في مستوى هذا الاضطراب لصالح الإناث، أي أن الإناث أكثر تأثراً بالأحداث الكارثية الصادمة مقارنةً بالذكور، كدراسات **(العطراني ١٩٩٥)**؛ **(الحواجري ٢٠٠٣)**؛ **(شال وإلبرت Schaal & Elbert 2006)**؛ **(مراد ٢٠١٥)**؛ **(عباس ٢٠١٦)**. والاتجاه الثاني يشير إلى عدم وجود فروق في مستوى اضطراب (PTSD) وفق متغير الجنس كدراسة **(بدر ٢٠١٥)**. كما حاول **(عبد الخالق وآخرون)** البحث في عدة دراسات أصيلة وأساسية جرت بين عامي (١٩٥٤-١٩٩٣) أظهرت نتائج متناقضة فيما يتعلق بتأثير عامل الجنس على مستوى اضطراب (PTSD)، سيما عند بحث التأثير المتبادل بين العمر والجنس لدى اليافعين الأصغر سناً من أطفال أو مراهقين، وأنه لابد من لحظ تأثير العمليات النمائية لكلا الجنسين (عبد الخالق وآخرون، ٢٠٠٠، ٢٢-٢٥).

2-2-6-2-7- مستوى التعليم: يرى الباحث؛ أن استجابات الأفراد في المواقف المختلفة تتأثر بمستوى التعليم لصالح الأرقى تعليمياً، وأن ردود الأفعال الانفعالية والوجدانية والسلوكية تتأثر شكلاً وموضوعاً بالمستوى التعليمي والمعرفي للفرد، فالخبرات الصادمة يتم تمثّلها في العقول بصور مختلفة بين الأفراد، فلكل إنسان وفق مستواه المعرفي والتعليمي أسلوبه الخاص في إدراك الصدمة، وتقييمها، ثم الاستجابة لها، كما أن تنظيم الذاكرة والقدرة على استعادة الحدث، والربط بينه وبين مظاهر الاضطراب النفسي يختلف باختلاف الأفراد وفق ما يتعرضون له من خبرات معرفية مكتسبة.

2-2-6-3- عوامل اجتماعية: تتأثر استجابة الطفل أو المراهق للأحداث الصادمة باستجابات الوالدين أو الأشخاص المهمين أو الذين يُعتبرون قدوة بالنسبة له، أو تربطه بهم علاقة مهمة كالمعلم أو الإخوة البالغين أو الأصدقاء والأقارب..إلخ، كما يلعب مستوى الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة والمدرسة والمجتمع دوراً مهماً في خفض آثار الخبرات الصادمة على المدى القريب والبعيد (عودة، ٢٠١٠، ١٥). كما أشار **(ديتريش Dietrich)** أن نقص الدعم الاجتماعي والتاريخ الأسري المُضطرب ربما يؤثر في تطور تلك الأعراض أيضاً (Dietrich, 2001, 26).

مما سبق؛ يمكن القول بوجود عدة عوامل متداخلة تقف خلف تطور أعراض (PTSD) لدى المراهقين، والتنويه بأن تلك العوامل ليست نهائية، وقد تم عرض أهمها والأكثر شيوعاً في الأوساط البحثية، وهناك عوامل أخرى لم يتم الإحاطة بها، وأنه لا يوجد عامل واحد يُفسر أعراض (PTSD)، بل هناك عدة عوامل قد تتداخل فيما بينها لتشكل حزمة خطر تقف خلف تطور تلك الأعراض، كما أن تلك العوامل متداخلة وغير قابلة للفصل، وإن تم الفصل بينها هو فصل شكلي لأغراض بحثية محضة، فعلى سبيل المثال لا يمكن الفصل في العوامل الشخصية بين عاملي الجنس والعمر عن العوامل البيوكيميائية، كما لا يمكن الفصل بين طبيعة الصدمة والعوامل الاجتماعية أو الشخصية.

2-3-1- لمحة تاريخية عن تطور الإرشاد السلوكي/المعرفي:

وبالنظر إلى تاريخ الإرشاد النفسي السلوكي/المعرفي؛ يمكن ملاحظة جذور السلوكية المعرفية في الفلسفة اليونانية الرواقية القديمة، سيما ما جاء عن (**ابكتيتوس Apctetos 55-134**) الذي فسَّر حدوث الاضطراب النفسي بسبب طريقة التفكير بالأحداث، يضاف إلى ذلك تأثير أعمال الفلاسفة الرومان والإغريق أمثال (**إبكتيتاس Epctetas 50-135**)؛ (**ماركوس Marcos 26-180**)؛ (**أوريليوس Orlyos 121-180**) الذين رأوا أن الناس مضطربون ليس بسبب الأشياء بل بسبب نظرتهم لهذه الأشياء، إلى أن غدت هذه الفكرة جوهر الإرشاد العقلي/السلوكي (Ellis, 1991, 97-106). ورغم الجذور الفلسفية القديمة إلا أن الجذور النظرية والتطبيقية لهذا المدخل في الإرشاد النفسي تعد حديثة العهد نسبياً، ويمكن تقسيمها إلى أربع مراحل رئيسية:

2-3-1-1- النظرية السلوكية: تعود جذورها التاريخية إلى جهود أسماء لامعة أسهموا بأبحاثهم في وضع الأسس الأولى لهذه النظرية ومن أهمهم؛ (**إيفان بافلوف Pavlov 1846-1936**) مؤسس المدرسة السلوكية، وواضع نموذج الإشراط الكلاسيكي الذي شكّل قاعدة تفسير السلوك الإنساني من خلال تجاربه على لعاب الكلب، والتي وضع خلالها تقنية (الفعل المنعكس الشرطي Conditioned Reflex) التي استند إليها لاكتشف قوانين (التعميم، التمييز، الانطفاء) (نقلاً عن كركتلي، ١٩٨٦، ٤٣-٦٠). تلاه (**إدوارد ثرندايك Thorndik 1874-1949**) صاحب النظرية الربطية، والذي استفاد من تجارب وقوانين (بافلوف) لاستنباط قوانين أخرى من تجاربه على الحيوانات في صندوق المشكلات، فتوصل إلى (قانون المحاولة والخطأ، قانون الأثر، منحى التعلم، مبدأ التدريب، مبدأ الاستعداد، مبدأ نقل الارتباط، مبدأ الانتماء، مبدأ انتشار الأثر..) (نقلاً عن ناصيف وهنا، ١٩٨٣، ١٧-٢١). تلاه (**جون واطسون Watson 1885-1978**) الذي وضع مصطلح (السلوكية Behaviorism)، وتأكيده بأن يقتصر علم النفس على دراسة السلوك القابل للملاحظة والقياس بعيداً عن الاستبطان، ودراسة السلوك بالطرق الموضوعية كمثل العلوم الأخرى، بهدف التبوُّء بسلوك الإنسان وضبطه، ودعم وجهة نظره هذه بعدة تجارب على الحيوان والإنسان، كتجربة الطفل (ألبرت) التي أكد فيها (نظرية المثير والاستجابة Stimulus & Response Theory)، وأنه لا يوجد سلوك فطري فجميع أنواع السلوك المرغوب وغير المرغوب تُعلَّم بنفس الطريقة وفق ترتيبات معينة للمثيرات والاستجابات (نقلاً عن حمصي، ٢٠٠٠، ١٥٦-١٦٠). تلاه (**سكنر Skinner 1904-1992**) الأب الفعلي لعلم النفس السلوكي، ومؤسس الإشراط الإجرائي، إذ انصبّ اهتمامه على دراسة توقّع السلوك وكيفية التحكم به، وقدّم تطبيقات دقيقة لمفاهيم التعلم، وابتكر آلات التعليمية والكتب المُبرمجة، ووضع أسس التعلم الذاتي المُبرمج، واستخدم مصطلحي السلوك الاستجابي ذي النوع اللاإرادي والسلوك الإجرائي الذي يقابل قانون الأثر عند (ثرندايك)، كما وضع عدة قوانين للسلوك

الإجرائي (قانون الشرطية، قانون المحو، قانون الارتباط بالاستجابة)، كما حدد أربعة أنواع من جداول التعزيز، كما ميّز بين التعزيز الإيجابي والتعزيز السلبي (نقلاً عن ناصيف وهنا، ١٩٨٣، ١٢٧-١٣٥). ثم ظهرت أسماء أخرى في ميدان النظرية السلوكية مثل (**كلارك هل Hull 1884-1952**)؛ (**هوبارت مورر Mowrer 1907-1982**)؛ (**إدوارد تولمان Tolman 1886-1959**)؛ (**ديون جثري Edwin Guthrie 1886-1959**) (نقلاً عن الخطيب، ٢٠٠٧، ٦٩-٧١).

2-3-1-2- نظرية التعلم الاجتماعي: حلقة الوصل بين المدخل السلوكي والمدخل المعرفي، ورائدها عالم النفس الأمريكي (**ألبرت باندورا Bandura 1925**) الذي وضع إحدى قواعد علم النفس المعاصر، مستنداً إلى النظرية السلوكية في التعلم وفي تفسير بعض مظاهر السلوك وتكوين الشخصية، وتستند الأسس الفلسفية لنظرية (باندورا) إلى تحليل كيفية حدوث التفاعل بين العوامل البيئية الخارجية المستقلة (النماذج السلوكية في البيئة سيما الاجتماعية، السلوك الناتج عن النمذجة الاجتماعية، تدعيم ذلك السلوك)، والعوامل الداخلية الذاتية للإنسان (ملاحظة، تفكير، انتباه، ذاكرة)، وعدم النظر إلى الفرد والبيئة على أنهما كيانان مستقلان، بل يتّحدان بطرق مختلفة لإحداث النتاج السلوكي بالنموذج، فكمية التغير في السلوك ومداه وعمقه في بعض المواقف الاجتماعية وليس كلها هي نتيجة لأوجه التغيرات الموقفية الاجتماعية والبيئية التي تقدم نماذج سلوكية قابلة للتقليد كجزء متكامل من سببية السلوك النهائي (Bandura, 1977, 191-200).

2-3-1-3- نظرية التحليل النفسي: التي نشأت في بدايات القرن العشرين وما تضمنته من ممارسات تطبيقية أسست قواعد مهمة لنشوء المدخل المعرفي في الإرشاد النفسي؛ وتحديداً عندما ذكر (**فرويد Freud 1856-1939**) "أن عدداً كبيراً من الظواهر الهيستيرية يُحتمل أن تكون فكرية"، وهذا ما أكد عليه (**إدلر Adler 1870-1937**) أحد تلاميذ (فرويد) المُحدثين بقوله "إن سلوك الفرد ينبع أصلاً من أفكاره"، وقوله "بأن الخبرة ليست سبب النجاح أو الفشل، ونحن لا نعاني من صدمات بسبب خبراتنا، لكننا نستخدم منها ما يلائم أغراضنا، ونحن محددون ذاتياً بواسطة المعاني التي نسقطها على خبراتنا" (نقلاً عن ملكية، ١٩٩٠، ١٩٠).

2-3-1-4- المدخل السلوكي/المعرفي: الذي نشأ كردّة فعل على التحليلي الفرويدي الذي هيمن على العلاج النفسي حتى القرن التاسع عشر وما بعده، ففي خمسينات القرن العشرين بدأ علم النفس بالشك بالاستراتيجيات الفرويدية بسبب نقص الأدلة التجريبية والتطبيقية حولها؛ أما بدايات الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي فتعود إلى الحياة الشخصية (**لألبرت أليس Ellis 1913-2007**) في عشرينيات وثلاثينيات القرن العشرين، عندما بدأ بالتكيف مع عدة مشاكل فيزيولوجية حادة لديه (التهاب الكلية الحاد، الخجل العام، خشية التحدث أمام الجمهور، مقابلة الإناث)، ثم بدأ العمل على نفسه للتغلب على مشكلاته النفسية، وفي عام (١٩٣٨) أنتج الطريقة السلوكية/المعرفية للتغلب على

قلقه الاجتماعي، وفي عام (١٩٣٩) بدأ بدراسة مشكلات الجنس والحب والزواج والعائلة بشكل أساسي، وبدأ بعلاجها رسمياً عام (١٩٤٣)، واختار التحليل النفسي معتقداً أنه الأكثر فاعلية وذلك حتى عام (١٩٥٣)، عندما غير قناعته بفعالية التحليل النفسي وأنواعه، وفي عام (١٩٥٥) أسس الإرشاد العقلاني وكتب حوله عدة مقالات، ثم لحقه عدد من علماء النفس مثل **(بيك Beck)**؛ **(ميتشنبوم Meichenbaum)** (by Ellis & Maclaren, 2007, 10-12). ومع أعمال (بيك) الأولية عام (١٩٧٩) نما الإرشاد السلوكي/المعرفي عندما حاول بناء نموذج مختصر للإرشاد النفسي كامتدادٌ طبيعي وتطبيق عيادي لأعمال **(ميتشنبوم Meichenbaum)**؛ **(كيلي Kelly)**؛ **(باندورا Bandura)**، كما كان للإسهامات النظرية والتجريبية لعلم نفس النمو تأثيرٌ قويٌ على استخدام التدخلات السلوكية/المعرفية مع الأطفال، سيما في مجالات السيطرة الذاتية والمعرفة الاجتماعية والذاكرة والمهارات المعرفية المتعددة..إلخ، ويُنسب الاستخدام الأول للإرشاد السلوكي/ المعرفي مع الأطفال إلى أعمال (ميتشنبوم)، كما أكد **(تولمان Tolman)** على وجود المتغيرات المعرفية الدخيلة والصور العقلية في العملية التعليمية، ورأى أنها مجالات حقيقية في الدراسات التجريبية، كما تُعتبر أعمال **(كيلي Killy)** الإكلينيكية في بداية الخمسينات مهمة في هذا المجال، إذ ركّز في نظريته البنائية للشخصية على تفسيرات الفرد لأحداث الحياة، وعلى أنماط السلوك التي تعكس تفسيرات الأحداث (by Finch & Nelson & Ott, 1993, 153).

وبعد ذلك التاريخ ظهرت عدة أسماء لامعة في مجال الإرشاد السلوكي/المعرفي منهم **(فيكتور رايمي Raimy)**؛ **(جولد فرايد Gold Fried)**؛ **(أرنولد لازروس Lazarus)**؛ **(جوزف ولبي Wolpe)** وأسماء أخرى كثيرة.

ومما سبق؛ يُلاحظ أن الإرشاد النفسي (السلوكي/المعرفي Cognitive/Behavioral) نشأ عن التقارب الذي حصل نتيجة إدخال العمليات المعرفية إلى حيز الإرشاد السلوكي، إذ تم التوصل إلى نتيجة مفادها "إمكانية الربط بين التفكير والانفعال والسلوك، فالإنسان حين يفكر فهو ينفعل ويسلك أيضاً، وحين ينفعل فهو يفكر ويسلك في ذات الوقت، وعندما يسلك فهو يفكر وينفعل، أي التعامل مع الاضطرابات النفسية من منظور ثلاثي الأبعاد (معرفياً، انفعالياً، سلوكياً)، بحيث يستخدم المُرشد النفسي عدة فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية لمواجهتها، ومنع حدوث أي انتكاسة.

2-3-2- مفهوم الإرشاد السلوكي/المعرفي:

غدا الإرشاد السلوكي/المعرفي – في وقتٍ قصير – نموذجاً رئيسياً للإرشاد في معظم الدول المتقدمة، وظهرت له عدة مصطلحات للتعبير عنه (العلاج العقلاني/السلوكي، العلاج التكاملي، العلاج متعدد النماذج، العلاج الانفعالي/العقلاني..)، كما ظهرت عدة تعاريف تباينت بتباين الخلفية النظرية والتطبيقية لمدارس علم النفس التي ينتمي إليها الباحثون، وفيما يلي أهم تلك التعاريف:

فالإرشاد السلوكي/المعرفي بحسب (**بيك Beck**) "يشمل كل الوسائل التي يمكن أن تخفف الضيق النفسي بتصحيح المفاهيم الذهنية والإشارات الذاتية الخاطئة، والتركيز على التفكير دون إهمال الاستجابات الانفعالية التي تعدّ المصدر المباشر للضيق عموماً، أي مقاربة انفعالات الشخص من خلال معارفه أو طريقة تفكيره، وأن تصحيح معتقداته الخاطئة يمكن إخماد استجابته الانفعالية الزائدة غير المناسبة أو تغييرها"، فالإرشاد السلوكي/المعرفي تميز منذ نشأته بتأكيده على موضوع (هنا والآن Here & Now)، وعلى ما يفعله المريض الآن لحماية أفكاره وأفعاله وعواطفه المُختلة وظيفياً، آخذاً بالاعتبار أن المعلومات التاريخية والتجارب النمائية للمُسترشد والعلاقات الاجتماعية والتاريخ المَرضي لا يتم التركيز عليها إلا لكونها مرتبطة بتكوين المشكلة واستمرارها، بخلاف التحليل النفسي الذي يغوص في ذكريات الطفولة وعالم الشعور، والاهتمام بالتفكير وعالم المُسترشد الخاص بخلاف الإرشاد السلوكي (Beck, 1976, 55-214). ويعتبر مصطلح (التدريب على التعليمات الذاتية Self- Instructional Training)، مرادفاً للإرشاد السلوكي/المعرفي لدى (**ميتشنبوم Meichenbaum 1977**) من خلال تدعيم العلاقة بين المناهج المعرفية والمناهج السلوكية، بجمع المناهج السلوكية (النمذجة، المهام المُتدرجة، التمرينات السلوكية، التدعيم الذاتي) مع المكونات المعرفية (مخاطبة النفس، الحوار الداخلي الذاتي) لإحداث التغيرات المرغوبة، ويفترض (ميتشنبوم) أن تدريب المَرضى على الحوار الذاتي يمكن أن يضبط سلوكهم، ثم تخفيف الضغط النفسي والانفعالي، ويشمل العلاج ثلاثة أوجه (ملاحظة الذات، السلوك والأفكار المتنافرة، تطوير الجوانب المعرفية المرتبطة بالتغيير)، ويتضمن توجه (ميتشنبوم) عدة فنيات إرشادية أهمها (التقدير المعرفي للسلوك، إدخال المعلومات المعرفية في تعديل السلوك، التحصين ضد الضغوط، إعادة البناء المعرفي) (نقلاً عن محمد، ٢٠٠٠، ٦٥-٦٦). أما (**أليس Ellis**) فقد بيّن في بحوثه أن التعلم الشرطي من أهم عوامل تطور أي اضطراب نفسي لدى الأطفال والمراهقين، وأن الإرشاد السلوكي والإرشاد المعرفي أكثر فعالية وشيوعاً في هذا الميدان، لاعتماده على فنيات انفعالية تهتم باستخراج المشاعر العميقة والتأثير عليها حتى يصبح الفرد أقل تشدداً في حكمه على الموقف، ويتقبل الأمر برمّته بتوظيف عدة فنيات تُعيد تشكيل بنيته المعرفية (التعرض، النمذجة، تجهيز المعلومات، الدحض، التحكم بالقلق، الاسترخاء، توكيد الذات، تصحيح الأفكار الخاطئة، تمرينات الغمر، الكف بالنقيض..) لتغيير الانفعالات، ثم تعديل السلوك السلبي إلى سلوك إيجابي (Ellis, 1994, p23).

كما عرف (**روزنهام وسيلجمان Rosenhan & Seligman**) الإرشاد السلوكي/المعرفي بأنه "نوعٌ من العلاج متعدد النماذج، ومهمة المُرشد هي تصنيف الاضطرابات النفسية بحسب مستوياتها المتمايزة، واختيار الاستراتيجيات والفنيات العلاجية المناسبة لكل مستوى والعمل بمرونة وسرعة وتخطيط واستعداد مهني رفيع المستوى" (Rosenhan & Seligman, 1989, 36). كما عرفه

(كاندال Kendall) بأنه "محاولة دمج التقنيات المستخدمة في الإرشاد السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك والجوانب المعرفية لطالب المُساعدة، لإحداث التغيرات المطلوبة في سلوكه، والاهتمام بالجانب الوجداني للمُصاب والسياق الاجتماعي من حوله" (Kendall & Ronan, 1990, 7). كما بين **(ليندين وباساتو Linden & Pasatu)** أن هذا الإرشاد "يحتوي نمطين مختلفين من الإرشاد (سلوكي ومعرفي)، لكنهما مكملين لبعضهما، فالتشوه المعرفي لابد أن يظهر في سلوكيات مُختلة، وأن التعديل المعرفي لابد أن يظهر في سلوكيات إيجابية" (Linden & Pasatu, 1998, p27).

وهناك تعريفات عديدة وللإرشاد السلوكي/المعرفي تم عرض أهمها والأكثر أصالة في هذا المجال، ومن تحليل مضمون تلك التعاريف يمكن استخلاص عدة نقاط؛ وهي:

2-3-2-1- الإرشاد السلوكي/المعرفي أحد النماذج الحديثة نسبياً في الإرشاد النفسي مقارنةً بغيرها، ونتج عن تقارب عدة مداخل إرشادية، بإدخال العمليات المعرفية إلى أساليب الإرشاد السلوكي، وبسبب النقد الموجه إلى فنيات التحليل النفسي في الإرشاد النفسي.

2-3-2-2- يتضمن الإرشاد السلوكي/المعرفي العمل على إقامة علاقة إرشادية تعاونية بين المُرشد والمُسترشد تتحدد خلالها المسؤولية الشخصية لكل منهما.

2-3-2-3- يتيح الإرشاد السلوكي/المعرفي إمكانية توظيف كل فنيات الإرشاد التي من شأنها تخفيف الضيق النفسي لدى المُسترشد، والتدرب على عدة فنيات تناسب طبيعة الاضطراب النفسي، وشخصية المُسترشد، ونوع المثير، وتركيب البيئة الاجتماعية من حوله..إلخ، لتمكينه من التبصر بما يتبناه من أفكار لاعقلانية غير منطقية (المُختلَّة وظيفياً)، وكيفيه تأثيرها بسلوكه اللاعقلاني، وتمكينه من إدراك العلاقة بين أفكاره اللاعقلانية وبين اضطراباته السلوكية (إعادة البناء المعرفي).

2-3-2-4- يتيح الإرشاد السلوكي/المعرفي الفرصة للمُسترشد لتبنّي أفكار ومعتقدات عقلانية تكون سبباً لتحقيق أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية والتوافق الاجتماعي والسلوك السوي.

2-3-2-5- يعتمد نجاح الإرشاد السلوكي/المعرفي على كفاءة المُرشد جمع معلومات تاريخية وتجارب نمائية عن المُسترشد، والبحث في العلاقات الاجتماعية وتاريخه المَرضي، وتصنيف الاضطرابات النفسية بحسب مستويات الشدة والضغط، واختيار الفنيات الإرشادية والعلاجية المناسبة لكل مستوى، والعمل بمرونة، وسرعة، وتخطيط، واستعداد مهني رفيع المستوى.

2-3-3- المرتكزات الرئيسية للإرشاد السلوكي/المعرفي:

يركّز الإرشاد النفسي السلوكي/المعرفي على كيفية إدراك المُسترشد للمثيرات المختلفة من حوله، وكيف يفسرها، وكيف يعطيها المعاني وفق خبراته السابقة، ويستند هذا النمط من الإرشاد على أنموذج التشغيل المعرفي للمعلومات (التجهيز العقلي)، الذي يرى أن الفرد خلال فترات التوتر يصبح

تفكيره أكثر جموداً أو تشوهاً، وتصبح أحكامه مُطلقة، ويسيطر عليه التعميم الزائد، كما تصبح المعتقدات الأساسية حول الذات والعالم محدودة بدرجة كبيرة، وعليه؛ فهناك مرتكزين رئيسيين ينطلق منهما أصحاب هذا النمط من الإرشاد، بافتراضهم أن كل مريض يمتلك نوعين من المعتقدات؛ وهي:

2-3-3-1- (معتقدات عقلانية Rational Beliefs): أي المعتقدات والأفكار الواقعية والمنطقية التي تساعد الفرد في تحقيق أهدافه، وهي أفكار ذات مضمون نسبي وليست حتمية، وتفضيلية وليست وجوبية، يصاحبها نتائج انفعالية وسلوكية إيجابية وسوية، وإن كلمة (عقلاني) من وجهة نظر الإرشاد السلوكي/المعرفي لا تعني عدم الانفعال، بل تعني أن الأفراد العقلانيين قد يكونون انفعاليين بدرجة عالية، وقد يشعرون بالإحباط أو الانزعاج أو الندم عندما لا تحدث الأمور بشكل جيد في حياتهم، ولابد من التذكير بأن (أليس) عبّر عن المعتقدات العقلانية بمصطلحات (منطقية، واقعية، علمية، صحية، مناسبة، فعالة، صحيحة، محققة للذات، معقولة، إيجابية، قائمة على التفضيلات..).

2-3-3-2- (معتقدات لاعقلانية Irrational Beliefs): هي معتقدات وأفكار لا واقعية، وغير منطقية، ومُطلقة، وخاطئة، وتعيق تحقيق الفرد لأهدافه، ويصاحبها نتائج سلوكية وانفعالية سلبية غير سوية، إنها معتقدات وجوبية تولّد اضطرابات نفسية، وبشكلٍ عام تأخذ شكل عبارة (لأنني أريد شيئاً ما فهو ليس أمراً مفضلاً فقط، بل يجب أن يوجد بشكل حتمي ومطلق، ومن المرعب أن لا يتحقق ذلك..)، وقد عبّر (أليس) عن تلك المعتقدات اللاعقلانية بمصطلحات (غير منطقية، خاطئة، غير صحية، غير واقعية، قاهرة للذات، مطلقة، غير فعالة، غير معقولة، غير علمية، غير صادقة واقعياً، قائمة على الينبغيات الصلبة الوجوبية، ديماغوجية، غير مناسبة، سلبية..). وقد بيّن **(ليب وآخرون Lieb et al)** أن مُنظِّرو الإرشاد السلوكي/ المعرفي سيما (بيك، أليس، ميتشنبوم) يرون أن الاضطرابات النفسية هي بُنى معرفية ناتجة عن إجراءات حياتية عادية كالتحليل الخاطئ للأحداث بسبب قلة المعلومات، أو خطئها، أو عدم التفريق الكامل بين الحقيقة والخيال، وأن أفكار الذين يعانون من اضطرابات نفسية هي مُحرّفة وغير منطقية ومشوهة، وغالباً تكون أفكارهم عن أنفسهم من نوع (يجب Must)، وأن الاضطرابات النفسية هي نتاج سلوكيات سلبية متعلمة، مع وجود أفكار واعتقادات مشوهة أو مدركات سلبية وغير منطقية (by Lieb et al, 2004, 434-p461).

ومن المنطلقات المهمة للإرشاد السلوكي/المعرفي هي "**أن الإنسان يتميز عن باقي المخلوقات غير العاقلة بامتلاك قشرة مخية تمكّنه من امتلاك اللغة، ما يجعل الإنسان حيواناً ناطقاً، والتفكير يحدث من خلال استعمال الألفاظ، والتفكير يصاحب العاطفة والسلوك، ويستمر وجود الاضطراب الانفعالي والسلوكي بوجود التفكير اللاعقلاني لدى الفرد، ولابد من مهاجمة المعتقدات والأفكار اللاعقلانية القاهرة للذات، واستبدالها بمعتقدات عقلانية**" (Palmer & Dryden, 2002, 7-9).

يُلاحظ مما سبق؛ أن الإرشاد السلوكي/المعرفي ينطلق من معتقدات المُسترشد وأفكاره (العقلانية واللاعقلانية)، ويعمل على توظيف عدة فنيات إرشادية (سلوكية ومعرفية) بما يتناسب مع نوع الاختلال الوظيفي في تلك المعتقدات والأفكار الموجودة في بنيته المعرفية، بما يساعد على تعديل السلوك ليصبح أكثر عقلانية، بافتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك.

2-3-4- بعض فنيات الإرشاد السلوكي/المعرفي:

يضم الإرشاد السلوكي/المعرفي عدداً كبيراً من فنيات تعديل السلوك غير المرغوب (المضطرب أو ضعيف التكوين)، وتثبيت السلوك المرغوب (السوي أو المقبول)، وخفض مستوى الاضطرابات النفسية والانفعالية للمُسترشدين (أطفال، مراهقين، بالغين، مسنين)، ولدى الأشخاص العاديين والمعاقين، وقد استُمدت تلك الفنيات الإرشادية من مبادئ (النظرية السلوكية، علم النفس المعرفي، الإرشاد الجماعي)، وهناك بعض الفنيات التكاملية الناتجة عن دمج مبادئ تلك المداخل الإرشادية، حتى أن البعض يطلق على الإرشاد السلوكي/المعرفي مصطلح الإرشاد التكاملي، وفي هذا السياق؛ سيتم الاقتصار على عرض الفنيات الإرشادية التي تم توظيفها في الدراسة الحالية؛ وهي:

2-3-4-1- التعزيز: من فنيات الإرشاد السلوكي، والتعزيز هو "الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع إيجابية، أو إزالة توابع سلبية، الأمر الذي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل وإلى تقويته بالمعزز"، لذلك يعرف التعزيز – وظيفياً – من خلال نتائجه التي يتركها على السلوك، فإذا أدت توابع السلوك إلى زيادة احتمال حدوثه في المستقبل تكون تلك التوابع مُعززة، ويكون ما حدث تعزيزاً، ولذلك يمكن ملاحظة أن تعريف التعزيز لم يُبين بأن توابع السلوك أشياء مرغوباً بها، فالتعزيز لا يحدث بمجرد إعطاء الفرد شيئاً نتوقع أنه يرغب به، لكن التعزيز يحدث إذا كان ما فعلناه قد ساهم في تقوية السلوك. ومن المناسب ملاحظة أن العقاب أيضاً يُعرف وظيفياً، فكل إجراء يؤدي لإضعاف السلوك فهو تعزيز لأنه مثيرات لا يرغبها الفرد، فالصراخ في وجه الطفل عند قيامه بسلوك غير مرغوب لا يُعتبر عقاباً إلا إذا أدى إلى تقليل احتمال حدوث ذلك السلوك مستقبلاً، فأحياناً لا يتوقف الطفل عن عمل سيئ غير مرغوب حتى لو تم ضربه أو الصراخ به، وفي هذه الحالة لا يمكن اعتبار الصراخ أو الضرب عقاباً، بل إن الصراخ والضرب قد يؤديان أحياناً لتقوية السلوك غير المرغوب، فيكون تعزيزاً وليس عقاباً، ويكون التعزيز هنا المناسب هو الاهتمام بالطفل، وعليه فإن التعزيز لا يحدث إلا إذا أدى المثير الذي حدث بعد السلوك إلى تقوية ذلك السلوك (الخطيب، ٢٠٠٧، ١٨٢–١٨٣). وبناءً على ذلك يمكن تقديم تصنيف للمعززات إلى:

2-3-4-1-1- التعزيز الأولي والتعزيز الثانوي: المعزز الأولي هو مُثير يؤدي إلى تقوية السلوك دون تعلم ويُسمى (مثير غير شرطي Unconditioned Reinforcer) أو معزز طبيعي غير مُتعلَّم كالطعام، الشراب، النوم، أما المعزز الثانوي هو مُثير يكتسب خاصية التعزيز لاقترانه

بمعززات أولية (معزز شرطي Conditioned Reinforcer) أو مُتعلَّم، وهي معززات حيادية أصلاً واكتسبت خاصية التعزيز لتكرار اقترانها بمعززات أولية، والمعززات الأولية محدودة التأثير في برامج تعديل السلوك واعتمادها بمفردها يقوض قدرة البرنامج في تعديل السلوك الإنساني، وهناك نوع ثالث من المعززات مرتبطٌ بالمعززات الأولية والثانوية هي (معززات معممة Generalized Reinforcer) وهي مثيرات حيادية اكتسبت خاصية التعزيز لاقترانها بمعززات أولية أو ثانوية، كالنقود التي لا تعني شيئاً للطفل لكنه لاحقاً يتعلم الحصول على أشياء كثيرة جداً بواسطتها.

2-3-4-1-2- التعزيز الإيجابي والتعزيز السلبي: التعزيز الإيجابي مُثير يَعقب السلوك مُباشرةً ويؤدي لزيادة احتمال حدوث ذلك السلوك مستقبلاً في مواقف مُماثلة، كالثناء على الطفل بعد تأدية واجبه جيداً، أو زيادة قطع الحلوى بعد حفظ دروسه..إلخ، أما التعزيز السلبي فهو إجراء يقوي السلوك بإزالة مثير بغيض أو مؤلم بعد حدوث ذلك السلوك مباشرةً، كأن يكتب التلميذ واجباته المدرسية خوفاً من تأنيب المعلم، فالأول يشير إلى تقوية السلوك بتجنب العضوية مُثير مُنفِّر وغير مرغوب، ويُشير الثاني إلى تقليل ظهور السلوك بتعريض العضوية لمثير مُنفِّر غير مرغوب.

2-3-4-1-3- شكل المعززات: المعززات المادية ذات الأثر البالغ في بداية تنفيذ برامج تعديل السلوك كالطعام والألعاب والصور..إلخ بالنسبة للأطفال والمراهقين، وهناك المعززات النشاطية التي تتضمن السماح بنشاطات معينة بعد تنفيذ السلوك المرغوب كالسماح باللعب أو الرسم..إلخ، وهناك المعززات الاجتماعية كالابتسام والثناء التي لها فاعلية كبيرة سيما إذا قدمت بعد السلوك مباشرةً، وقد بينت الدراسات أن المعزز المادي له أثر مؤقت وقصير المدى ويتأثر بالإشباع، وقد يفقد فاعليته بعد استهلاك كمية كبيرة منه، ويُعتبر من المحفز الخارجي لدى البعض الآخر مقارنةً بالمعززات النشاطية أو الاجتماعية التي نادراً ما تؤدي للإشباع (الخطيب، ٢٠٠٧، ١٨٣-١٩٠).

كما بيّن (**ناصيف وهنا**) (**الخطيب**) بعض العوامل التي تزيد من فاعلية التعزيز في تعديل السلوك غير المرغوب؛ ومنها (توقيت التعزيز، ثبات التعزيز، كمية التعزيز، الحرمان، درجة تعقيد السلوك، تنويع المعززات، التحليل الوظيفي لبيئة المُسترشد ومدى توفر المُعززات وتفضيلات المُسترشد، حداثة المعززات وجدتها) (ناصيف وهنا، ١٩٨٣، ١٢٧-١٣٥)؛ (الخطيب، ٢٠٠٧، ١٩٧-١٩٨).

2-3-4-2- النمذجة: المقتبسة من نظرية التعلم الاجتماعي، فمحاكاة النماذج السلوكية التي يحتك بها الفرد في سنوات حياته الأولى من أهم أشكال الاتصال الإنساني، فهي وسيلة لفظية وغير لفظية لاكتساب المعلومات من البيئة المحيطة، وتساعد في تشكيل السلوك بملاحظة واختزان صور ذهنية ومن ثم التقليد اللفظي والحركي باستدعاء تلك النماذج من الذاكرة، وعلى المربين استغلال الميل الفطري لتقليد النماذج السلوكية الاجتماعية والمهارات وفق القدرات الملائمة للإمكانيات (الحنفي، ١٩٩٥، ٢٩٨-٢٩٩). ويعود الفضل في إرساء قواعد إجراء النمذجة في التعلم وتعديل السلوك إلى

عالم النفس الأمريكي (**باندورا Bandura 1969**)، والأساس الفلسفي للنظرية يقوم على تحليل كيفية حدوث التفاعل بين العوامل الخارجية البيئية المستقلة (النماذج السلوكية في البيئة لاسيما الاجتماعية، السلوك الناتج عن النمذجة الاجتماعية، تدعيم ذلك السلوك)، والعوامل الداخلية الذاتية التابعة للإنسان (ملاحظة، تفكير، انتباه، ذاكرة)، وعدم النظر إلى الفرد والبيئة ككيانين مستقلين، بل يتّحدان بطرق مختلفة لإحداث النتاج السلوكي بالنموذج وفق المعادلة التالية:

السلوك (B) هو دالّة للمتغيرات الذاتية التابعة (P) والمتغيرات البيئية المستقلة (E)

$$[B = P \times E]$$

أي النظر إلى الفرد والبيئة كسببين معتمدين على بعضهما لإحداث الأثر السلوكي وليس كأسباب مستقلة، فكمية تغير السلوك ومداه وعمقه – من وجهة نظر باندورا – في بعض المواقف الاجتماعية وليس كلها هي نتيجة للتغيرات الموقفية الاجتماعية والبيئية التي تقدم نماذج سلوكية قابلة للتقليد كجزء متكامل من سببية السلوك النهائي، فهذه المصادر الثلاثة (الفرد، البيئة، الأثر السلوكي) يُنظر إليها كنظام متشابك من التأثيرات المتبادلة، لا تُعطى أياً منها مكانة متميزة على حساب المصدرين الآخرين، رغم أنه في بعض المواقف فإن أياً من العوامل الثلاثة قد تبرز كمؤثر مسيطر أو (الحتمية المتبادلة Reciprocal Determinism) أو النمذجة، التي يكون فيها السلوك الإنساني وظيفة للمحددات السابقة المتعلمة واللاحقة المحددة، وكل مجموعة محددات تحتوي على متغيرات هي في طبيعتها معرفية إلى حد كبير، وهذه الأشكال من المعرفة تحدث من خلال ملاحظة الإنسان لنتائج سلوكه هو أو ملاحظة سلوك الآخرين أو النماذج المقدمة، وهكذا فإن النمذجة تعد دالّة للأحداث السابقة (النماذج السلوكية والعاطفية والمعرفية) ودالّة للاستجابات (سلوك التقليد) ودالّة للتوقعات أو التدعيم الداخلي العاطفي السلبي والإيجابي، أو التدعيم الخارجي المادي أو العاطفي أو الاجتماعي السلبي أو الإيجابي، أو بسبب العقاب.. وهو ما يسمى (التعلم بالعمل Learning by Work). كما أكد (باندورا) وجود مجموعة متطلبات رئيسية لتتم عملية التعلم وتعديل السلوك بالنمذجة:

2-3-4-2-1- ملاحظة النموذج السلوكي: الناس يستطيعون تعلم استجابات جديدة بمجرد ملاحظة سلوك الآخرين الذين يُعتبرون من الناحية التقنية (نماذج Models)، أي يمكن تفسير النمذجة بأنها اكتساب استجابات جديدة بملاحظة سلوك الآخر.

2-3-4-2-2- حفظ النموذج السلوكي: لابد من توفر القدرة لدى العضوية لحفظ النموذج السلوكي، والذي يتوسط ملاحظة النموذج والاستجابة له بالتقليد والمحاكاة، فملاحظة النموذج قد لا تؤدي وحدها لتقليده مباشرةً، وقد لا تظهر استجابة التقليد خلال أيام أو أسابيع بل حتى في شهور.

2-3-4-2-3- القدرة على تأدية النموذج السلوكي: أي قدرة العضوية على تقليد النموذج السلوكي أو عدم قدرتها على تأديته من الناحية العقلية أو الجسدية أو الانفعالية.

2-3-4-2-4- انتقائية التعلم من النموذج السلوكي: عند تعريض الأطفال إلى نفس النموذج فإن طفلاً ما قد يتعلم جوانب معينة تختلف عما يتعلمه طفل آخر، لذلك لابد من دراسة لماذا يتم الاهتمام والاحتفاظ بجانب معين من النموذج دون غيره (Bandura, 1977, 191-215).

كما بيّن (باندورا) وجود عدة عوامل تؤثر في فعالية النموذج ولابد من أخذها بالاعتبار عند تقديم النماذج السلوكية المرغوبة للأطفال والمراهقين؛ وهي (خصائص النموذج وأهميته بالنسبة للأطفال والمراهقين، خصائص الشخص الذي يُشاهد النموذج وقدراته العقلية والمعرفية ودوافعه، خصائص الإجراءات وموقف النمذجة وعناصر البيئية التي تؤثر على النتائج كالمعززات وتكرار النمذجة في عدة مواقف) (نقلاً عن محروس وعبد الرحمن، ١٩٩٨، ١٥٨-١٥٩). كما بيّن (باندورا) وجود نوعين من النمذجة عند تعديل السلوك وهي؛ (النمذجة المباشرة Live Modeling) وفيها يقوم شخص (المعلم أو المدرب) بتأدية السلوك المستهدفة بوجود الطفل أو المراهق، ثم يطلب منه تأدية السلوك المعروض. والثاني هو (النمذجة غير المباشرة Non- Live Modeling) التي تستخدم معينات بصرية (صور، فيديو، مشاهد تلفزيونية، عروض تقدمية حاسوبية) لعرض النموذج السلوكي ثم تقليده (Bandura, 1977, 215).

2-3-4-3- لعب الدور: من الطرق المعيارية في الإرشاد السلوكي، وفي تصميم مواقف لعب الدور يتعين على المراهق استبصار ذاته في إطار الأدوار التي يقوم بها، وأدوار الآخرين، ويأخذ لعب الدور معنيين كفنية في الإرشاد النفسي؛ الأول هو تمثيل الدور لموقف يسترجعه الشخص من حياته ويكرره في الوقت الحالي، والثاني هو تمثيل الدور المتعلّق بمجموعة أنماط سلوكية تختلف عن الأنماط السلوكية المعتادة لديه، ومع ذلك، فهذين الاختلافين في معنى لعب الدور يرتبط كل منهما بالآخر، فغالباً ما يُستخدم تمثيل الدور لموقف مُشكَّل كنقطة انطلاق لتعليم الشخص طرقاً جديدة في التعامل مع الموقف، لذا تُعدّ هذه الفنية مقوماً أساسياً لبناء برامج الإرشاد (الشيخ، ٢٠١٠، ٥٩-٦٠).

2-3-4-4- المحاضرة والحوار والمناقشة: أسلوب جماعي في الإرشاد النفسي واسع الانتشار والتأثير، وذو صبغة تعليمية تعلُّمية، ويُستخدم لتلقين مختلف العلوم الإنسانية والطبيعية، ولمّا كان للإرشاد النفسي دور تعليمي رئيسي شبه تَعلُّمي تأتي أهمية المحاضرة في تقديم معلومات جديدة للمُسترشد، أو لتوضيح مفهوم مبهم بالنسبة له، أو لاستثارة دوافعه الكامنة، أو لتنظيم أفكاره غير المنظمة، أو لربط الأحداث، أو لتصحيح أفكار خاطئة في بنيته المعرفية..إلخ، ويتم تنفيذ هذا الأسلوب بتقديم معلومات واضحة المحتوى ومحددة الهدف من قائد الجلسة (المُرشد) للمجموعة (المُسترشدين) بعبارات وجمل سهلة وواضحة لتناسب قدراتهم العقلية والمستوى الثقافي والعمر الزمني، ثم تشجيع الحضور وخلق جو إيجابي تفاعلي للحوار وتبادل آراء وأفكار المحاضرة بأسلوب مُقنع لضمان تغيير الاتجاهات وتعديل الأفكار والمشاعر.. لتكون أكثر قبولاً بالنسبة للحضور

والمحيط الاجتماعي، كما يمكن أن يستعين المُرشد بأخصائيين في مجال معين لمشاركته موضوع المحاضرة والاشتراك في الحوار والنقاش (عوض، ٢٠١٦، ٨٥). وقد أشار (بيك) لأهمية الحوار السقراطي الذي يوظف أسئلة تمكن المُسترشد من اكتشاف معلومات هامة خارج نطاق وعيه، وقيام المُرشد بالإنصات وعكس المشاعر وتلخيص الأفكار (Beck, 1976, 155).

2-3-4-5- الواجب المنزلي: أشار (بيك) بأن كلمة واجب منزلي بحد ذاتها تجعل المُسترشد في وضع المُتحفز، وعلى المُرشد أن يميز بين الواجب الإرشادي الذي يُوضع بمشاركة المُسترشد وبين الواجبات التي كانت إجبارية على المتعلمين في المدارس، لذا كان لزاماً على كل من المُرشد والمُسترشد أن يبحثا عن اسم بديل أكثر قبولاً (مثلاً: أنشطة مساعدة الذات) (Beck, 1995, 30).

2-3-4-6- الاسترخاء والتأمل الواعي: يُعدّ الاسترخاء مهارة وقائية فردية/جماعية تهدف إلى خفض احتمال حدوث اضطرابات التوتر النفسي والقلق المتوقع، ويُعرّف الاسترخاء بأنه "توقّف كاملٌ لكل الانقباضات والتقلصات العضلية التي تظهر عادة مع زيادة التوتر"، إذ لا يوجد إرشاد نفسي دون استرخاء، لأنّه لا يوجد مرض دون توتر، وتتعدد فنيات الاسترخاء؛ وأهمها:

2-3-4-5-1- الاسترخاء العضلي: وضع أسسه **(جاكبسون Jacobson)** عام (١٩٢٩)، وأشار إلى فوائده في خفض التوتر والقلق، ويتضمن تدريباً كاملاً في البداية وفق توجيهات المُرشد وهي الشد المؤقت والمتتالي لأجزاء متفرقة من عضلات الذراعين والرأس والقسم العلوي من الجسد والخصر والرجلين، ثم إرخاؤها بشكل كامل قدر الإمكان، ومع تقدم التمرين يتم إلغاء طور التوتر تدريجياً خلال إيماءات الاسترخاء من قبل المُرشد، والتي تصبح بالتدريج أقصر فأقصر إلى أن تحل محلها التوجيهات الذاتية للمُسترشدين، ويمكن إجراء الاسترخاء العضلي بشكل فردي أو ضمن مجموعة، وفي الإرشاد السلوكي يمكن تنفيذه ضمن برامج موسعة، وقلّما يُستخدم بمفرده.

2-3-4-5-2- الاسترخاء بالتنفس العميق: وضّح **(بيفرا ٢٠٠٥)** هذه المهارة من خلال التدريب على التّنفس البطني والعميق لردع استجابة التوتر والقلق، واستثارة تدفق هرمون (الأندرفين) المُهدئ، إلى أن يُصبح المُسترشد أكثر وعياً بأفكاره الضاغطة، بما يسمح لكريات الدم الحمراء من تنشيط الجسم من خلال التقاط الأوكسجين من الرئتين، وحمله إلى كلّ خلية وعصب وعضلة لتلتقط ثاني أكسيد الكربون وتعيده إلى الرئتين للتخلص منه، ما يؤدي إلى تهدئة العقل والشعور بالسلام الداخلي.

2-3-4-5-3- الاسترخاء بالتخيل: أو الاسترخاء بالتأمل الواعي، يقوم على خلق صور ذهنية بواسطة الحواس، والاستخدام الإيجابي لهذه القدرة يساعد على التحكّم بالمزاج والمشاعر والسيطرة على الضغوط والتوتر وتعديل السلوك المَرضي، ويُعتبر أداة علاجية فعالة لخفض أعراض الاستثارة الزائدة لدى المُصابين باضطراب (PTSD)، حتى أن الأطفال يمكنهم تعلم هذا الاسترخاء بنجاح للتغلب على الإثارة الزائدة والمخاوف المرتبطة بالصدمة عندما يُوفر لهم تدريب فعَّال وبيئة داعمة،

حيث يتم تشجيعهم لتخيل أشياء سارّة ومحببة (حقيقية أو من صنع الخيال)، ما يؤدي لخفض التوتر والقلق وإثارة مشاعر التفاؤل (نقلاً عن الشيخ، ٢٠١٠، ٦٥-٦٦).

2-3-4-7- فنيات المدخل السلوكي/المعرفي:

2-3-4-7-1- فنية (أليس Ellis): التي أطلق عليها (العلاج العقلاني العاطفي Rational-Emotive Therapy) أو فنية (A-B-C) التي وضعها عالم النفس الأمريكي (**ألبرت أليس Ellis, A**)، وتُعد من أكثر أساليب الإرشاد السلوكي/المعرفي شيوعاً، وتقوم على افتراض مؤداه "أن الاضطرابات النفسية هي نتائجٌ للتفكير اللاعقلاني الذي يتبناه الإنسان، وأن السبيل الوحيد للتخلص من المعاناة الإنسانية هو التخلص من أنماط التفكير الخاطئة واللاعقلانية"، حيث (A) تمثل المواقف والمثيرات المحيطة بالفرد، (B) فتمثل أفكار الشخص ومعتقداته حول (A)، أما (C) فتمثل النتائج الانفعالية والسلوكية، ومن المعروف بحسب النظرية السلوكية بأن (A) تُنتج (C)، لكن وفق نظرية (A-B-C) فإن ما يُنتج (C) هو (B) وليس (A)، فمعتقدات الشخص وأفكاره (B) حول الحدث أو الموقف (A) هي التي تحدد ردود فعل الشخص الانفعالية والسلوكية (C)، فالمشكلات الإنسانية لا تنجم عن الأحداث والظروف البيئية بحد ذاتها بل تنجم عن تفسير الإنسان وتقييمه لتلك الأحداث والظروف. وقد تم توسيع أنموذج (A-B-C) ليشمل (D) أي الدحض للمعتقدات اللاعقلانية (B) ومناهضتها، للوصول إلى (E) التي ترمز إلى الأثر المعرفي أو (المعتقدات العقلانية البديلة) للوصول أخيراً إلى (F) التي ترمز إلى سلوك انفعالي صحيح، حيث يكتسب الشخص سلوكاً وانفعالاً سويين بدلاً من الاضطراب الانفعالي السلوكي، أي أن (E) (F) تساوي في قيمتها (الدحض)، وهي تقنية مشهورة في الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي لمساعدة المرضى على فهم نظام المعتقدات لديهم وتقييمها، ثم تحدّيها باكتساب معتقدات عقلانية بديلة للتخلص من الاضطراب النفسي (Ellis & Maclaren, 2007, 58-59). ويرى (أليس) أن (العلاج العقلاني العاطفي الانفعالي) يتضمن عدة خطوات:

2-3-4-7-1-1- الخطوة الأولى: تبصير المُسترشد بأنه لا منطقي ولاعقلاني، وإثبات ذلك بالأمثلة الواقعية، ولابد أن يقتنع بذلك، وبأنه ولن يتقدم خطوة واحدة إن لم يقتنع بأنه لا منطقي فعلاً.

2-3-4-7-1-2- الخطوة الثانية: تبصير المُسترشد بالعلاقة بين أفكاره اللاعقلانية واللامنطقية واضطرابه النفسي، إذ يعتمد المُرشد لإنجاز هذه الخطوة على الأسلوب المباشر الواضح الأقرب إلى الأسلوب التعليمي ليتبين للمُسترشد العلاقة بين أفكاره وأعراضه المَرضية، ويجب أن يكون المُرشد حازماً في هذه المرحلة، وعندما يقتنع المُسترشد بالعلاقة بين أفكاره اللاعقلانية وأعراضه المَرضية يكون من السهل الانتقال إلى الخطوة الثالثة.

2-3-4-7-1-3- الخطوة الثالثة: التي تتطلب من المُسترشد الاقتناع بضرورة التخلي عن أفكاره اللاعقلانية واللامنطقية التي بنى عليها تصوراته وأفكاره وسلوكه، والتحرر منها نهائياً، والنظر إلى المشكلات والمواضيع من زاوية جديدة، وتبنّي أفكار جديدة أكثر صحة وعقلانية.

2-3-4-7-1-4- الخطوة الرابعة: إن تبنّي أفكار جديدة أكثر صحة وعقلانية لا يكفي لاكتمال العلاج، بل لابد من تبنّي فلسفة عامة لربط الأفكار مع بعضها، يؤمن بها المُسترشد ويسير على هداها، (نقلاً عن الكفافي، ١٩٩٩، ٣٢٧-٣٢٨).

2-3-4-7-2- فنية (بيك Beck): التي سُميت (العلاج المعرفي Cognitive Therapy)، ورائدها (**أورن بيك Oaron Beck**) حين وظّفها في علاج الاكتئاب، بتركيزه على مهارات التحدث إلى الذات وأنماط التفكير اللامنطقية، شأنه في ذلك شأن (أليس)، وإذ يعتقد (بيك) أن الإنسان يشوه المعلومات ويدرك الأشياء بطريقة خاطئة، ما يؤدي إلى تفكير خاطئ وغير وظيفي، وميز بين أربعة أنواع من التفكير الشاذ (التفكير الثنائي المطلق كالاعتقاد بأن الإنسان الذي يرتكب خطأً واحداً هو إنسان سيئ لا يفعل إلا الأخطاء ولا يصدر عنه غير ذلك، التخمين الاعتباطي أي الخروج باستنتاجات بالاعتماد على أدلة غير كافية، الإفراط في التعميم، تضخيم الأمور)، وفيما يتعلق بالاكتئاب يرى (بيك) أنه يستمر بسبب أسلوب التفكير، فالمُكتئب هو شخص مُتشائم، ويعاني من تحيز إدراكي نحو الأبعاد السلبية للخبرات، ويخطئ في تفسير الأمور، والتفكير الاكتئابي نتاجٌ عن خلل البنية المعرفية الأساسية، الذي يُعبّر عنه عند التعامل مع مختلف الأحداث (الفشل، فقدان شيء عزيز، الرفض..)، ويعتقد (بيك) بأن الإدراك السلبي يحدث أولاً ثم تظهر أعراض الاكتئاب، واستناداً إلى ذلك يتمثل الهدف الأساسي للإرشاد المعرفي في مساعدة المُسترشد على التعامل بواقعية مع خبراته، وتغيير أنماط تفكيره وإدراكه للأمور، وتُسمى هذه العملية (التحقق من الواقع واختبار الفرضيات Reality Checking and Hypothesis Testing) وفق ثلاث مراحل:

2-3-4-7-2-1- المرحلة الأولى: تدريب المُسترشد للتعرف على أنماط التفكير التلقائية التي تنم عن فهم خاطئ للأمور والواقع.

2-3-4-7-2-2- المرحلة الثانية: تدريب المُسترشد للتعامل مع تلك الأفكار بموضوعية ومساعدته على إدراك الأمور بطرق أخرى.

2-3-4-7-2-3- المرحلة الثالثة: تشجيع المُسترشد لتصويب أفكاره الخاطئة غير التكيفية واستنتاجاته الاعتباطية والتعميمات وعدم تعظيم الأمور (نقلاً عن الخطيب، ٢٠٠٧، ٣٤٧-٣٤٨).

2-3-4-7-3- فنية (ميتشنبوم Meichenbaum): أو فنية (التدرب على التعلم الذاتي Self-Instruction Training)، والتي وضع أسسها (**دونالد ميتشنبوم Meichenbaum, D**) عام (١٩٨٥)، واعتُبرت إحدى فنيات إعادة التنظيم المعرفي، وتهدف إلى تدريب المُسترشد لإعادة

التحدث الذاتي (الاستنتاجات اللفظية الضابطة Verbal Controlling Stimuli)، بافتراض أن ذلك سيؤدي إلى تعديل سلوكه، والتدريب على التنظيم الذاتي يختلف عن فنيتي (أليس) (بيك)، بالرغم من أوجه الشبه الكبيرة بينها، فحين ينصب اهتمام (أليس وبيك) على التعامل مع الأحداث بطريقة منطقية، ينصبّ اهتمام (ميتشنبوم) على التحدث إلى الذات باعتباره عنصراً أساسياً لتوجيه السلوك وضبط الذات، وإن التخلص من المشكلة يبدأ بالتخلص من التحدث إلى الذات بطريقة انهزامية، واستبداله بالتحدث إلى الذات بطريقة إيجابية، وتعوُّد الاسترخاء في المواقف التي تبعث على القلق وعدم الراحة، والتهيؤ للتعامل والتعايش مع المواقف الصعبة يشكلان جزءاً هاماً من عملية (التحصين ضد الضغوط النفسية Stress Inoculation) التي طورها (ميتشنبوم) عام (١٩٨٥)، فتعويد المُسترشد على مواجهة المثيرات التي تبعث على القلق – ضمن عدة جلسات – يساهم في تعميم ردود أفعاله المكتسبة والإيجابية أثناء الإرشاد على مواقف جديدة يُتوقع أن يواجهها بعد العلاج (نقلاً عن الخطيب، ٢٠٠٧، ٣٥٠-٣٥٢). والتحصين ضد الضغوط النفسية ينطلق من افتراض أساسي مؤداه "**أن الأفراد يتعاملون مع المواقف المتوترة من خلال تغيير معتقداتهم عن السلوكيات والعبارات التي يحدّثون بها أنفسهم خلال تعاملهم الفعلي مع التوتر**"، ويتضمن إعطاء معلومات، والتدريب على الاسترخاء، وإعادة البناء المعرفي، وحل المشكلات، والتجريب السلوكي.. وفنيات معرفية أخرى لتمكين المُسترشد من المواجهة والتعامل الناجح مع المثيرات الباعثة على التوتر والضغط الشديدة بمستوى مُعتدل، ويتضمن نموذج (ميتشنبوم) ثلاث مراحل:

2-3-4-7-3-1- (المرحلة المفاهيمية Conceptual Phase): يتم فيها جمع المعلومات عن المُسترشد، وتعليمه كيفية التفكير بالمشكلة وبالمواقف والاهتمامات التي تسبب له التوتر والضغط، ومهمة المُرشد تكمن في توضيح كيف تقوم الأفكار والمشاعر بتطوير التوتر، وكيف تحافظ على نفسها لتزيد التوتر لدى المُسترشد، وأن الأحداث نفسها ليست سبب التوتر. وفي هذه المرحلة يُوجه الاهتمام لمراقبة العبارات الذاتية، ومراجعة الحوارات الداخلية بشأن المواقف المُثيرة للتوتر والقلق، ومراقبة السلوكيات المتوترة الناتجة عن ذلك، وغالباً ما يُوصى باستخدام سجلّ بيانات يومية بعناوين جاهزة طيلة فترة العلاج، ما يعطي فرصة للمُسترشد لتطوير طرق المواجهة والتعامل مع الخوف.

2-3-4-7-3-2- (اكتساب المهارات Skills Acquisition): لكي يتمكن المُسترشد من مواجهة الخوف والتوتر للتعامل معها بكفاءة، يتم تعليمه عدة مهارات معرفية وسلوكية كالتدريب على الاسترخاء كتلك التي طورها (ولبي ١٩٩٠) (جابكسون ١٩٨٣) لتناسب ردود فعل الاسترخاء مشاعر الخوف والقلق، إضافةً إلى تعليمهم فنيات إعادة البناء المعرفي وحل المشكلات والتعزيز الذاتي.

2-3-4-7-3-2- (التطبيق Application): عندما يتقن المُسترشد ويتعلم مهارة المواجهة يكون جاهزاً لوضعها موضع التنفيذ في مواقف حقيقية (نقلاً عن الشحادات، ٢٠١٧، ٣٨-٤٠).

2-3-4-7-4- اختبار المشاعر والأفكار اللاعقلانية: هي أفكار سيئة التكيف أو (الأفكار المختلّة وظيفياً Recognizing Maladaptive Ideation)، وبحسب (بيك) هي "مصطلح يشير إلى طريقة التفكير الذي يعطل القدرة على التكيف مع خبرات الحياة، ويفسد التوافق الداخلي بلا سبب، ويولّد استجابات انفعالية غير مناسبة أو مفرطة حتى الألم" (Beck, 1979, 235). ويتطلب ذلك من المُسترشد التركيز على الأفكار والصور التي تُنتج ألماً لا مبرر له، أو تدفعه لسلوكٍ انهزامي، أو تعوق سعادته، أو تحول دون تحقيق أهدافه الكبرى، وربما لا يعي بعض المُسترشدين هذه التصورات وعياً كاملاً، لكن بالتدريب والتعليم يصبحون واعين بها، ويُستخدم السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفياً أو أي سجل مشابه لتحديد هذه الأفكار المختلة (نقلاً عن بكيري، ٢٠١٢، ١٣٩-١٤٠).

2-3-4-7-5- اختبار المشاعر والأفكار العقلانية: الذي يتم من خلال عدة طرق؛ أهمها:

2-3-4-7-5-1- الإبعاد: يطلق على الأفراد الذين استطاعوا تعرف أفكارهم المختلة وظيفياً ووقفوا منها موقفاً موضوعياً، أي امتلكوا قدرة أن يكونوا عقلانيين، فالإبعاد هو قدرة التمييز بين (أنا أعتقد I Believe) أي أغلب الظن أن رأيي يخضع للتحقق والتأكد، وبين (أنا أعرف I Know) أي أعرف حقيقة واقعة لا تقبل الدحض، ولهذه القدرة التمييزية أهمية في تعديل طيف واسع من استجابات المُسترشدين المُعرّضة للتحريف والتشويه (Beck, 1976, 243).

2-3-4-7-5-2- تعرّف التشويهات المعرفية وتحديدها: يُفسر المريض المكتئب المواقف أو الأحداث الخارجية على نحو سلبي، رغم وجود عدة تفسيرات لها (Beck, 1976, 113)، وحين يُطلب إليه التفكير في تفسير بديل قد يعي أن تفسيره الأولي كان متحيزاً، أو أنه قام على أساس استنتاج قليل الاحتمال، وقد يساعده ذلك بأن يدرك أنه قد حاول لوي الحقائق لتتفق مع استنتاجاته الخاطئة، ويرتكب المريض عادةً عدداً من التشوهات المعرفية نذكر منها (التفكير بالكل أو لاشيء، التصفية الذهنية، فرط في التعميم، القفز إلى النتائج..) (Burns, 1991, 42).

2-3-4-7-5-3- التحقق من الاستنتاجات: يميل أكثر الناس إلى الثقة بأفكارهم واستدلالاتهم وفروضهم وقلّما يشك أحدهم بصحتها وكأنها حقائق واقعية، وفي الظروف العادية قد يحققون مستوىً جيد من التكيف لأن أفكارهم قد تتفق مع الواقع، وفي الحالات المَرضية يكون للمفاهيم المشوهة تأثيرٌ مُعيق وتؤدي إلى تفكير خاطئ في مجالات معينة من الخبرة، فقد يتجنب المريض المنطق، أو يتبنى استدلالات اعتباطية، أو يقوم بمبالغات وإفراط التعميم، ولكي يتمكن من التمييز بين عملياته الذهنية الداخلية والعالم الخارجي الذي يثير هذه العمليات يتوجب على المُرشد تعليمه أساليب الحصول على المعلومات والمعارف الدقيقة ليحدد ما إذا كانت استنتاجاته صحيحة أو خاطئة، وتفحص استنتاجات المُسترشد واختبارها بمحكّ الواقع والحقيقة، وتطبيق قواعد الاستدلال الصحيح كالتحقق من صدق الملاحظات، ثم تتبّع المسار المنطقي الذي يؤدي إلى هذه النتائج (Trower, 1999, 88).

2-3-4-7-5-4- ملء الفراغ: عندما يسجل المُسترشد الأحداث الخارجية وردود أفعاله حيالها يوجد عادةً (فراغ Blank) بين المثير والاستجابة الانفعالية، ويكون باستطاعة المُسترشد أن يفهم سرّ ضيقه الانفعالي إذا استطاع تذكّر الأفكار التي مرت بفكره خلال هذه الأحداث، ووفق أنموذج (A-B-C)، فإن (B) هي الفراغ في عقل المُسترشد، وواجب المُرشد أن يملأه بتعليم المُسترشد التركيز على التصورات والأفكار التي تحدث بين الاستجابة والمثير (Beck, 1976, 239).

2-3-4-7-5-5- تعديل المخططات: يستخدم الناس قواعد معينة (تصورات، صياغات، مخططات) لتنظيم حياتهم ومحاولة تعديل سلوك الآخرين، أو يطلقون بعض الصفات أو يفسرون الأحداث ويقيمونها وفقاً لهذه القواعد، ويحدث سوء التوافق (قلق، اكتئاب، رُهاب) عندما تكون هذه القواعد مُصاغة بشكل مُطلق أو غير واقعي أو متطرف لتُستخدم بطرق غير ملائمة، وقد أطلق (أليس) على تلك القواعد (الأفكار اللاعقلانية)، أما (بيك) سماها (مفاهيم أو مخططات)، ويحاول المُرشد استبدال تلك المخططات – المرتبطة بمشكلات المُسترشد النفسية – بأخرى أكثر واقعية وأكثر توافقية، فحين يبالغ المُسترشد في تصوير المخاطر التي تنطوي عليها المواقف العادية يكون ذلك مصدراً لمعظم مشكلاته، ويذكر (بيك) بعضاً من التقنيات لتسليط الضوء على مخططات المُسترشد المشوهة أو المُطلقة، بمساعدته أن يُقرر ما إذا كانت انهزامية قاهرة للذات أو سوية، وأودت به للتعاسة والشقاء، ولابد أن يسترشد بقواعد أكثر اعتدالاً وواقعية، وعلى المُرشد اقتراح قواعد بديلة يأخذها المُسترشد بالتأمل والتمحيص، لا أن يقوم بعملية (غسيل دماغ Brainwash Him) بأن يفرض عليه قواعده أو معتقداته (Beck, 1976, 246).

2-3-4-7-6- استيعاب الحدث الصادم: يتم ذلك من خلال عدة تقنيات أهمها:

2-3-4-7-6-1- الإسعاف النفسي: تدخّل يتم مباشرةً بعد وقوع الحدث الصادم، ويهدف إلى احتواء المشاعر الأولية التي نَتجت عن الصدمة، وإعادة التوازن النفسي للفرد قبل الشروع في عملية التفريغ الانفعالي، والوقاية من الآثار الانفعالية السلبية طويلة الأمد، وغالباً ما يحدث هذا التدخل خلال فترة قصيرة لا تتجاوز بضع ساعات إلى أسبوع من وقوع الكارثة، وبالنسبة للأطفال والمراهقين فإن هذا التدخل الإسعافي يمنحهم شعوراً بالطمأنينة والأمان، وفُرصة جيدة للتعرف على طبيعة الحدث الصادم والتعبير عن مشاعرهم تجاهه، وبالنسبة للمُرشد فإن تدخله يُعتبر فرصة لاكتشاف الأطفال والمراهقين الذين يحتاجون لتدخّل أكبر ومتابعة خاصة من قبل مهنيين في العلاج النفسي (Wraith, 2000, 199)؛ (بركات، ٢٠٠٨، ٩-١١).

2-3-4-7-6-2- التقدير الموقفي للصدمة و/أو عواقبها: إن الأفراد ذوي المستوى المرتفع من اضطراب (PTSD) لا يملكون مهارات تقييم الحدث الصادم، ويتميزون بتقديرات سالبة عنه، وعن عواقبه الخارجية أو الداخلية، ويعتمد ذلك على عدة عوامل تتعلق بالمريض (تقدير التأثيرات السلبية

وعواقب الحدث الصادم السلبية، اضطرابات الذاكرة المتعلقة بالحدث الصادم، خصائص الحدث الصادم من حيث القوة والشدة والتعدد، شخصية المُسترشد التي قد تكون ضعيفة أو مهزوزة أو تتمتع بالثبات الانفعالي والصلابة النفسية، القدرات العقلية للمُريض، خبراته السابقة..)، وكل تلك العوامل تلعب دوراً مهماً في استيعاب الصدمة وزيادة الثقة بالنفس وبالعالم المحيط (Ehlers & Clarks, 2000, 78). ومهمة المُرشد تتمثل في تبصير المُسترشد بأعراضه وطريقته المشوهة في التمثل المعرفي لخبرات الصدمة، وتوضيح أفكاره المختلة وظيفياً عند تفسير الصدمة وما يرتبط بها من مثيرات، ويبين له أن استراتيجيات تمثله للخبرة الصادمة مشوهة أيضاً ويمكن أن تساهم في استمرار اضطراباته النفسية، ويمكن من خلال إعادة تخيل الخبرة الصادمة أو (التعرض التخيلي Imaginal Exposure) تحقيق نوع من الاعتياد على الخبرة الصادمة، كما تحتل عملية المواجهة المباشرة لبعض المثيرات المرتبطة بالصدمة أهمية كبيرة في استيعابها، ثم التعايش معها تدريجياً، كما يُعتبر إعادة البناء المعرفي مهماً لاستيعاب الحدث الصادم، كتهديم سلوك التجنب وتنمية سلوك المواجهة، وتعزيز ثقة المُسترشد بنفسه للسيطرة على الأحداث من حوله (Ehlers et al, 1999, 122).

2-3-4-8- حل المشكلات: رائد هذه الفنية **(جولد فرايد وثوماس ديزوريلا Fried, G & Dzurella, T)**، وتتضمن تنمية استراتيجيات عامة للتعامل مع أي مشكلة وإيجاد الحلول المناسبة لها، ومع أن هذا الأسلوب يقترن باسم (فرايد وديزوريلا) إلا أن **(جون ديوي Dewey, J)** أشار إليه منذ عام (١٩٣٣) كإستراتيجية للتفكير في كتابه (كيف نفكر How We Think) وصفها بعدة خطوات (الاعتراف بالمشكلة وإدراكها، تعريف المشكلة وتحديدها، اقتراح الحلول الممكنة، اختيار أحد الحلول، التنفيذ، التغذية الراجعة)، ويؤكد (فرايد وديزوريلا) أن تطبيق حل المشكلات في الإرشاد السلوكي/المعرفي لا تختلف كثيراً عن مراحل (ديوي)، فالسلوك غير التكيفي ناتجٌ عن عجز المريض وعدم قدرته على حل المشكلات بطريقة مُنظمة، واقترحا أن حل أي مشكلة يشمل الخطوات التالية:

2-3-4-8-1- تشجيع المُسترشد لتعرّف المشكلة وإدراك أن بمقدوره حلها، والتعامل معها، ليس بالتسرع أو التهور، وإنما بالتخطيط والتنظيم.

2-3-4-8-2- بعد تحديد المشكلة يتم تحديد أبعادها وعناصرها بوضوح ثم تحديد ما يجب تحقيقه.

2-3-4-8-3- التفكير بجميع الحلول الممكنة.

2-3-4-8-4- تقييم نتائج تلك الحلول واختبار أحدها.

2-3-4-8-5- تنفيذ الخطة، وتقييم النتائج، وإذا لم تتحقق النتائج المتوخاة، لابد من تجريب حل آخر.. وهكذا (نقلاً عن محمد، ٢٠٠٠، ١٢٧).

2-3-4-9- التفريغ الانفعالي: كان أول ظهور تطبيقي لفنية التفريغ الانفعالي عام (١٩٤٠) لخفض تأثير الصدمة النفسية خلال الحرب العالمية الأولى على يد **(كاردنار وسبيجل Kardinar**

& Spiegel) بتصميم أسلوب في الإسعاف النفسي والتدخل قائم على السرعة لتحديد توقعات الضحايا تجاه الصدمة، وخلال الحرب العالمية الثانية عام (١٩٤٤) ظهر أسلوب **(مارشال Marshall)** للتفريغ الانفعالي بالتعاون مع جنرال في الجيش الأمريكي لجمع جنودٍ عائدين من المعارك، وإتاحة فرص مناسبة للتعبير عن تجاربهم الشخصية وتفريغ مكبوتاتهم الداخلية (by Rose & Tehrani, 2002, 2). وفي عام (١٩٤٤) استُخدام **(ليندمان Lindemann)** التفريغ الانفعالي مع المدنيين من ضحايا حريق ملهى ليلي في مدينة (غروف كوكونات Grove Coconut) بولاية (ميامي) الأمريكية، إذ حاول التدخل بالتركيز على مراحل الحِداد وتطوير طرق جماعية وفردية لمساعدة الضحايا لتجاوز الصدمة (by Dyregrov, 2003, 16). وفي عام (١٩٨٣) قام (ميتشل) بوضع نموذج للتفريغ الانفعالي ضم (٦) مراحل، وطوره عام (١٩٩٣) ليضم (٧) مراحل (التقديم، الحقائق، الأفكار والانطباعات، ردود الفعل الانفعالية، الأعراض، التعليم، الإنهاء أو الإعادة) لتخفيف تأثير الحدث الصادم على الفرد، وتسهيل عملية التعافي الطبيعي، وعودة الوظائف التكيفية (Mitchell, 2014, 3-5). وفي عام (١٩٨٩) قام **(دايريجروف Dyregrov)** بتطوير نموذج للتفريغ الانفعالي بالاعتماد على نموذج (ميتشل ١٩٨٣)، لكنه تميز عنه بإضافة مرحلة (ما قبل الحدث) والتطرق لعملية (اتخاذ القرار) خلال المرحلة المعرفية، كما ركز على عملية لوم الذات وعلى استجابات الأفراد وردود أفعالهم تجاه الحدث الصادم، وضم هذا النموذج (٨) مراحل (التقديم ووضع الخطوط العريضة، الحقائق والتوقعات، الأفكار واتخاذ القرار، الانطباعات الحسية، الاستجابات الانفعالية، التطبيع، التكيف والتخطيط المستقبلي، الإنهاء والختام) (Dyregrov, 2003, 39-40). وفي عام (١٩٨٦) قامت **(رافاييل Raphael)** بتطوير نموذج للتفريغ الانفعالي اختلف بشكل منهجي عمّا قدّمه (ميتشل ١٩٨٣-١٩٩٣) (دايريجروف ١٩٨٩)، إذ بدأت التفريغ الانفعالي من مرحلة ما قبل الحدث الصادم، واقترحت عدة مواضيع مهمة لمناقشتها خلال عملية التفريغ منها (الضغوط المتعلقة بالحدث الصادم وكيف يراها الشخص نفسه، أهم المشاعر السلبية والإيجابية المتعلقة بالحدث الصادم، ضغوط التعاطف والتوحد والإحباط والضغوط المتعلقة به، العلاقات الاجتماعية، الاستجابات الخاصة بالشخص اتجاه الحدث الصادم، الصعوبات التي تواجه الشخص عند محاولته العودة إلى مرحلة ما قبل الحدث الصادم..إلخ)، كما تم التركيز على الجوانب الإيجابية للحدث الصادم، وأهمية الاطلاع على مشاعر وتجارب الآخرين المتعلقة به، وما الذي يمكن تعلمه إيجابياً من الخبرة الصادمة، وقد ضم نموذج (رافاييل) (٨) مراحل (التقديم، ما قبل الحدث، التجارب المتعلقة بالحدث، الجوانب الإيجابية المتعلقة بالحدث، الجوانب السلبية المتعلقة بالحدث، العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، مشاعر الضحية، التحرير من المشاعر، المراجعة والإنهاء) (Raphael, 2000, 355). وفي عام (١٩٩١) صمم **(مارمار وكالاهان وآرمسترونغ**

Marmar & Callahan & Armstrong) نموذجاً أسموه (الضغوط المتعددة في التفريغ الانفعالي Multiple Pressures in Psychological Discharge) ضم (٤) مراحل هي:

2-3-4-9-1- مرحلة التقديم ووضع الخطوط العريضة وإتاحة الفرصة للمشاركين لسرد ما جرى أثناء وبعد الحدث الصادم.

2-3-4-9-2- مرحلة الحديث عن المشاعر والاستجابات التي وردت بعد وقوع الحدث الصادم.

2-3-4-9-3- مرحلة الحديث عن وسائل التكيف الصحية والمَرضية التي قام بها الشخص نفسه استجابةً للأحداث السابقة والتركيز على وسائل التكيف الصحية التي يستخدمها أفراد المجموعة.

2-3-4-9-4- مرحلة إغلاق المواضيع التي تمت مناقشتها والتحضير للعودة إلى مرحلة ما قبل الحدث الصادم (by Rose & Tehrani, 2002, p5).

2-3-4-10- التكيف والتعايش مع الأحداث الضاغطة: إحدى فنيات الإرشاد السلوكي/المعرفي، طوّرها (**ماهوني Mahoney**) عام (١٩٧٧)، وتشترك مع فنية حل المشكلات بمساعدة المُصاب لاكتساب وتطوير مهارات للتعايش مع ضغوط الحياة اليومية وتسهيل التكيف مع المواقف الصعبة مستقبلاً (Linehan, 1993, 157-158). وتبدأ الجلسة الإرشادية بتحديد ما يمتلكه أو يفتقر إليه المُصاب من مهارات للتعايش مع الصدمات، ثم تُحدد أسباب عجزه، وتنتهي بوضع خطة للتغلب على كل ذلك، وغالباً ما توظف فنيات إرشادية أخرى (النمذجة، ملاحظة الذات، الإيحاء الذاتي..)، ولا تركز هذه الفنية على تطوير مهارات محددة يؤديها المُسترشد في حالات أو مواقف معينة، بل تطوير مهارات عامة يمكن توظيفها في معظم المواقف (روجرز، ٢٠٠٠، ٤٣). وتُستخدم هذه الفنية للتعايش مع الضغوط والاضطرابات النفسية سيما عند وجود خلل في قدرة الأفراد عند التعامل مع المحيط بشكل مُلائم، وحاجتهم لامتلاك مهارات مناسبة للتعامل مع الآخرين ومع الضغوط النفسية (Lawrence & Oliver, 1999, 414). كما تشمل هذه الفنية عدة مهارات فرعية (التعامل مع الذات، الاعتزاز بالنفس، التقدير الحقيقي للإمكانيات والقدرات وكيفية استغلالها، الشعور بالسعادة لامتلاك تلك القدرات، التطلع نحو أفضل استخدام لتلك القدرات) (Hermine, 2004, 122).

2-3-4-11- تعزيز سمة الصلابة النفسية: إن مفهوم الصلابة النفسية حديث العهد نسبياً؛ ونشأ أول مرة بطريقة علمية منظمة عام (١٩٧٧) على يد الأمريكية (**سوزان كوبازا Sowzan Kobaza**) أثناء تحضيرها لرسالة الدكتوراه بجامعة (شيكاغو) بإشراف أستاذها (**سلفاتور مادي Maddi, S**)، تلا ذلك عدة دراسات موسعة قدمتها (كوبازا) في أعوام (١٩٧٩-١٩٨٢-١٩٨٣-١٩٨٥) انطلقت فيها من آراء روّاد علم النفس المعرفي وعلم النفس الإنساني (**ماسلو Maslow؛ روجرز Rogers؛ فرانكل Frankel؛ لازاروس Lazarus**)، لمعرفة المتغيرات النفسية التي تكمن وراء احتفاظ الأشخاص بصحتهم النفسية والجسدية رغم تعرضهم لأحداث حياتية ضاغطة (by

(Hasanvand & Arya & Dogaheh, 2014, 256)؛ (by Skinner, 2016, 352-355).
وقد عرّفت (كوبازا ١٩٧٩) الصلابة النفسية بأنها "سمة رئيسية من سمات الشخصية تتمثل في اعتقاد عام لدى الفرد بفاعليته وقدرته على استغلال كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة لكي يدرك بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة إدراكاً غير مُحرّف أو مُشوّه، ويفسرها بواقعية وموضوعية ومنطقية، ويتعايش معها على نحو إيجابي، ويتضمن نموذج الصلابة النفسية ثلاثة أبعاد رئيسية (الالتزام، التحكّم، التحدي)" قدمته كنموذج استنتجته بعد سلسلة دراسات أجرتها على عينات من الطلبة والمدراء والمحامين بالتعاون مع زميلها **(بوكيتيه Puccetti)**:

2-3-4-11-1- (الالتزام Commitment): اتجاه الفرد لمعرفة ذاته وتحديد أهدافه وقيمته في الحياة وتحمّل المسؤولية، وهو شعور الفرد بقيمة وفائدة العمل الذي يؤديه لذاته وللمجتمع، وله نوعان:

النوع الأول (الالتزام نحو الذات): اتجاه الفرد نحو معرفة ذاته وتحديد أهدافه وقيمه الخاصة في الحياة، وتحديد اتجاهاته الإيجابية على نحو يميزه عن الآخرين.

النوع الثاني (الالتزام تجاه العمل): اعتقاد الفرد بقيمة العمل وأهميته سواء له أو للآخرين، واعتقاده بضرورة الاندماج في محيط العمل وكفاءته فيه، وضرورة تحمّله مسؤوليات العمل.

2-3-4-11-2- (التحكّم Control): شعور الفرد بالقوة وقدرة التحكم بذاته وتأثيره بما يجري حوله من أحداث، فالأفراد ذوي المستوى المرتفع من التحكم يملكون قدرة القيام بدورٍ نشط في حياتهم اليومية، ويُظهرون مستويات عالية من الشعور بالمسؤولية تجاه حياتهم، فهم أكثر قدرة على التأثير، وينظرون إلى أنفسهم بأنهم يملكون قادرة التأثير في أحداث الحياة التي يمكن أن تؤثر عليهم.

2-3-4-11-3- (التحدي Challenge): اعتقاد الفرد بأن التغيير المتجدد في أحداث الحياة أمرٌ طبيعي، بل وحتمي، ولابد منه للارتقاء أكثر من كونه تهديداً للأمن الشخصي والسلامة النفسية، ويشير التحدي إلى النظر لجميع المواقف بإيجابية مع توقع نتائج ناجحة لها (Kobaza, 1979, 1)؛ (Kobaza & Maddi & Puccetti 1985, 525).

فالصلابة النفسية تأخذ مكان الوسيط بين التعرض للضغوط وبين نواتجها، فالأحداث الضاغطة تقود الفرد لعدة استثارات في الجهاز العصبي الذاتي، ومع الوقت تؤدي للإرهاق وما يصاحبها من أمراض جسدية واضطرابات نفسية، فالأفراد قد يتعرضون لنفس الظروف والمواقف الضاغطة والأكثر صلابة منهم لا يمرضون ولا يتأثرون بها (Kobaza, 1984, 66). إذ أكدت (كوبازا) أن تعرّضنا للضغوط يُعدّ أمراً حتمياً لا مفرَّ منه، فلا حياة دون ضغوط، وهناك أشخاص كُثر يحتفظون بمستوى عالٍ من الأمن النفسي والصحة الجسدية رغم تعرضهم للضغوط، ما يجعلنا نعطي دوراً هاماً لشخصية الفرد بكل جوانبها (Kobaza, 1982, 707). كما ربطت (كوبازا) بين الصلابة النفسية والوقاية من الأمراض، وتوضيح الأدوار الفعالة التي تؤديها هذه السمة لتقليل آثار الأحداث

الضاغطة، فالأفراد مرتفعي الصلابة النفسية أكثر نشاطاً ومبادأة واقتداراً وقيادة وضبطاً داخلياً، وأكثر مقاومة لأعباء الحياة المُجهدة، وأشد واقعية وإنجازاً وسيطرة وقدرة على تفسير الأحداث، ويجدون أن تجاربهم ممتعة وذات معنى بعكس من هم أقل صلابة نفسية (by Singh, 2016, 1258-1259).

2-3-4-12- تنمية الشعور بجودة الحياة: من المحاولات الأولى التي استهدفت دراسة الشعور بجودة الحياة تلك التي بذلها **(نيوجارتن وزملاؤه Neugarten et al 1961)**؛ **(كانتريل Cantril 1985)**؛ **(لاوتون Lawton 1975)**؛ **(دينر وزملاؤه Diener et al 1985)**؛ **(هيوبنر وزملاؤه Huebner et al 1996)**.. باعتبار أن الشعور بجودة الحياة هو "إصدار حكم عقلي عام من قبل الفرد عن الحياة التي يعيشها، بغض النظر عن الأهمية التي يعطيها كل مصدر من مصادر الرضا عن الحياة كالمال أو الصحة أو السلطة..إلخ، وهذا ما يُظهر الطبيعة الكلية لهذا الشعور واستخدامه كمفهوم متعدد الأبعاد (مخائيل، ٢٠١٠، ٦-٨). فجودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد، ونسبي، ويختلف من شخص لآخر من الناحيتين النظرية والتطبيقية، ووفق مجموعة معايير يعتمدها الأفراد لتقويم الحياة ومطالبها، وغالباً ما تتأثر بعدة عوامل تتحكم في تحديد مقومات هذا الشعور كالقدرة على التفكير واتخاذ القرار، والقدرة على التحكم، وإدارة الظروف المحيطة، والصحة الجسمية والنفسية والظروف الاقتصادية، والمعتقدات الدينية، والقيم الثقافية والحضارية.. التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة التي تحقق السعادة في الحياة (نعيسة، ٢٠١٢، ١٤٦). كما بيّن **(دافيز وزملاؤه Davis Et al 1995)**؛ **(روبرت وزملاؤه Robert et al 1996)** باتفاق شبه تام أن الشعور الإيجابي بجودة الحياة له بعدان أساسيان:

2-3-4-12-1- البعد الشخصي: يشير لرضا الفرد عن نفسه غير كاره لها أو نافر منها أو ساخط عليها أو غير واثق بها، كما تتسم حياته النفسية بالخلوّ من التوترات والصراعات النفسية التي تقترن بمشاعر الذنب، والقلق، والضيق، والنقص، والرثاء للذات.. (Robert et al, 1996, 13).

2-3-4-12-2- البعد الاجتماعي: الفرد كائن اجتماعي يعيش في مجتمع تحدث في إطاره عمليات من التأثير والتأثُّر بين أفراده، وضمن نمط ثقافي معين، ووفق مجموعة نظم وقوانين وعادات وتقاليد وقيم يضعون خلال كل ذلك حلولاً لمشكلاتهم، لاستمرار بقائهم بطريقة صحيّة نفسياً واجتماعياً، وضمن إطار الأسرة والمجتمع والمدرسة، وكل ذلك يتطلب التزام الفرد بأخلاقيات المجتمع وعاداته وقوانينه وتراثه الروحي والديني، وتقيُّده بالأوامر والنواهي والمحرمات والممنوعات، ما يُشعر الفرد بالاندماج مع الجماعة ورضاها عمّا قد يصدر عنه من أفعال وتصرفات وسلوك، ويُمكِّنه في نهاية المطاف من التحكم بالذات وضبطها من أي فكرة لاعقلانية، وما هو خلاف ذلك يجعل مفهوم الذات والأمن النفسي وجودة الحياة للفرد مهددة (Davis et al, 1995, 8).

وفي البعد الثاني يرى (روبرت وزملاؤه) أن تهديد الشعور الإيجابي بجودة الحياة يأتي من ثلاثة عناصر رئيسية هي (الشعور بالعجز، الشعور بالعداوة، الشعور بالعزلة)، وأن بعض الممارسات السيئة في الوسط الاجتماعي قد تقود إلى تهديد شعور الفرد الإيجابي بجودة الحياة كانعدام الدفء العاطفي في الأسرة، والشعور بالنبذ، وشعور الحرمان من الحب والعطف والحنان، أو الشعور بالضعف وسط عالم عدواني، أو السيطرة المباشرة وغير المباشرة من قبل الآخرين، وعدم العدالة، وأنواع التطرف الاجتماعي..إلخ (Robert et al, 1996, 13-14).

ومن جانب آخر؛ تؤثر الإعاقة الحركية المكتسبة نتيجة بتر أحد الأطراف تأثيراً سلبياً في قدرة الفرد على إنجاز مسؤولياته والقيام بأعباء حياته والوفاء باحتياجاته بشكل مقبول، ما يشعره بعدم الكفاية الشخصية والعجز، فينخفض شعوره بالثقة بالنفس وجودة الحياة، وفي هذا الصدد يقول **(أدلر Adler)** "إن شعور الإنسان بالنقص العضوي يدفعه للبحث عن طرق ووسائل بديلة للتخفيف من شعوره بالمذلة والضيق". كما يقول **(باركر Barker)** "إن شعور المعاق بأنه عضو في جماعة تعتبره من الأقليات تخضع كغيرها من الأقليات لضغوط اجتماعية واقتصادية، وهذا الشعور ينمّي مظاهر انفعالية تكافح فيها الأقليات للاحتفاظ ببقائها"، ولخّص شعور المعاق بالنقص والعجز وعدم الأمن وعدم الاتزان الانفعالي (نقلاً عن الداهري، ٢٠٠٥، ٧٠).

تعقيب: تلك كانت أهم الفنيات الإرشادية والعلاجية المستمدة من عدة مداخل (المدخل السلوكي، الإرشاد الجماعي، المدخل السلوكي/المعرفي، المدخل العقلاني/الانفعالي)، وتم شرحها بشيء من التفصيل. ومن جهةٍ أخرى؛ قد يطرح أحدهم السؤال التالي (**أي الفنيات الإرشادية السابقة أكثر نجاعة في خفض أعراض اضطراب شدة ما بعد الصدمة PTSD لدى المراهقين الذين خبروا أحداثاً صادمة خلال الأزمة السورية ؟**)، وفي حقيقة الأمر فإنه لا توجد فنية إرشادية أفضل من أخرى، أو أكثر نجاعة في خفض أعراض اضطراب (PTSD) لدى هذه الفئة من المراهقين، وإن تحديد كفاءة وفاعلية أي فنية إرشادية يتوقف على عدة عوامل؛ أهمها:

1- جنس المراهق الذي تعرض للصدمة (ذكر، أنثى).

2- عمر المراهق الذي تعرض للصدمة.

3- العوامل الشخصية للمراهق الذي تعرض للصدمة (مستوى القدرات العقلية والمعرفية، مستوى التعليم، مستوى الصلابة النفسية والثبات الانفعالي..إلخ).

4- شدة الصدمة النفسية ومداها، ونوع الأعراض الثانوية المصاحبة لها، وعددها، وفيما إذا كان اضطراب (PTSD) من النوع الآني أو المتأخر، ومدى تأثيرها على الحياة الوظيفية للمُصاب.

5- الظروف البيئية المحيطة (الاقتصادية، الاجتماعية، الأسرية، الثقافية..)، وفيما إذا كانت تلك الظروف مُعطلة أو مُيسرة لنجاح عملية الإرشاد.

6- كفاءة المُرشد النفسي ومدى قدرته على اختيار وتوظيف الفنية الإرشادية بما يراعي العوامل السابقة، وبما يناسب الموقف الإرشادي.

ولابد من الإشارة؛ إلى الممارسات الحديثة في الإرشاد النفسي والتي تتبنى المنهج التكاملي الذي يتيح توليف عدة فنيات إرشادية لتحقيق هدف جزئي وإجرائي محدد ضمن الجلسة الإرشادية.

2-3-5- مقومات نجاح الإرشاد السلوكي/المعرفي في علاج اضطراب (PTSD):

من مراجعة الأدب النظري والدراسات السابقة العربية والأجنبية، لوحظت مجموعة من المقومات التي إذا ما تم الإحاطة بها من قبل كل من المُرشد والمُسترشد، ستؤدي لنتائج إيجابية ومؤشرات مهمة لنجاح الإرشاد السلوكي/المعرفي في خفض أعراض (PTSD)؛ ومن أهم تلك المحددات:

2-3-5-1- وضوح العلاقة الإرشادية: التي تلعب دوراً مهماً في نجاح الخطة اللاحقة للإرشاد، والتي يُشترط فيها أن تكون تعاونية وقائمة على الفهم المشترك والثقة المتبادلة بين المُرشد والمُسترشد، وتحديد مهام كلٍ منهما، بما في ذلك تعهد سرية العلاج من قبل كلا الطرفين.

2-3-5-2- إبرام الاتفاقيات: لا توجد صيغة محددة لتلك الاتفاقيات تحكم العلاقة الإرشادية، لكن ما يحدث بين المُرشد والمُسترشد يُعتبر تعهد أخلاقي واجب الاحترام لكلا الطرفين، بأن يقوم كل طرف بأداء دوره المُتفق عليه لتحقيق الهدف النهائي للعملية الإرشادية، وفقد تختلف تلك الاتفاقيات باختلاف المُرشد والمُسترشد، لكنها في النهاية تسعى لتحقيق هدف إرشادي عام ومجموعة أهداف إرشادية خاصة وفق ظروف كل طرف.

2-3-5-3- تحديد الأهداف: أي تحديد التغيير المُنتظر بعد خضوع المُسترشد للجلسات الإرشادية، ما يتطلب فتح قنوات الاتصال والثقة والفهم المشترك والإفصاح والتصريح الواضح من كلا الطرفين، يُفصح خلالها المُسترشد عن توقعاته وأهدافه وطموحاته من عملية الإرشاد، ثم تحديد الأهداف وتقديم تصور أولي عنها، وكتابتها وصياغتها بشكل واضح، ومراجعتها وإعادة صياغتها بشكل دوري، والتحقق من مدى وصول كلا الطرفين لنسبة أو مقدار معين من تلك الأهداف، مع ضرورة إشراك المُسترشد في هذه المهمة لتحديد أهداف واقعية وقابلة للتنفيذ، وتعيين المدة المُفترضة لتنفيذ كل هدف، ما يساعده على تقبل الإرشاد والتهيؤ العقلي والنفسي والانفعالي.. للاستجابة له.

2-3-5-4- تحديد المهام:

2-3-5-4-1- مهام المُرشد:

2-3-5-4-1-1- تعرف المشكلات النفسية والانفعالية والاضطرابات السلوكية التي يعاني منها المُسترشد في الماضي والحاضر، وتعيين الأعراض الرئيسية والأعراض الثانوية التي يعاني منها.

2-3-5-4-1-2- تعيين الأدوات اللازمة لتشخيص الاضطرابات السلوكية أو النفسية أو الانفعالية أو المعرفية.. التي يعاني منها المُسترشد (اختبارات، استبيانات، مقابلات..إلخ).

2-3-5-4-1-3- دراسة البيئة المادية والاجتماعية والأسرية المحيطة بالمُسترشد، وتأثيرها المُيسر أو المُعطل على عمق وشدة الاضطرابات السلوكية أو النفسية أو الانفعالية أو المعرفية.. التي يعاني منها، وكيفية توظيف تلك البيئة لنجاح عملية الإرشاد.

2-3-5-4-1-4- اختيار الفنيات الإرشادية التي تناسب المُسترشد من النواحي (الشخصية، الانفعالية، المعرفية، العمر، العقلية، الجنس..)، وظروفه المحيطة (المادية، الاجتماعية، الأسرية..)، ونوع وشدة وعمق الاضطرابات النفسية والانفعالية والسلوكية والمعرفية التي يعاني منها، وتوظيفها لتحقيق الأهداف الإرشادية الموضوعة، وتبديل أو تعديل تلك الفنيات بما يناسب الموقف الإرشادي (المُسترشد، الاضطراب النفسي، السلوك، البيئة المحيطة المادية والاجتماعية والأسرية..إلخ).

2-3-5-4-1-5- تحديد مهام المُسترشد خلال خضوعه لعملية الإرشاد.

2-3-5-4-1-6- تقديم الخدمات الإرشادية للمُسترشد من خلال تعديل وتغيير بنيته المعرفية والانفعالية السلبية واللاعقلانية (المختلة وظيفياً)، بما ينعكس إيجاباً على الحالة النفسية والانفعالية والمعرفية والسلوكية له، وبما يحقق الأهداف العامة والخاصة لعملية الإرشاد (توقعات المريض).

2-3-5-4-1-7- تحديد النشاطات التي يمكن أن يؤديها المُسترشد خارج حجرة الإرشاد (في البيت، في المدرسة، مكان العمل، في المجتمع..إلخ)، والتي تلعب دوراً مهماً في مراقبة ونجاح وتقدم عملية الإرشاد.

2-3-5-4-1-8- تقييم مدى تحقيق الأهداف المتوقعة من البرنامج الإرشادي بإجراء المطابقة بين الأهداف الموضوعة والأهداف المُنجزة، وإطلاع المُسترشد على مقدار التقدم الحاصل بشكل دوري.

2-3-5-4-1-9- تمكين المُسترشد من امتلاك مهارات سلوكية ومعرفية وعقلية.. تمكّنه من مواجهة المواقف الضاغطة مستقبلاً، ومنع حدوث أي انتكاسة لاحقاً.

2-3-5-4-2- مهام المُسترشد:

2-3-5-4-2-1- التصريح عن المشكلات النفسية والانفعالية (الشعورية واللاشعورية)، وما يعانيه من تشوهات معرفية، واضطرابات سلوكية، وعد إخفاء أي معلومة مهما كانت بسيطة.

2-3-5-4-2-2- تحديد التوقعات من عملية الإرشاد، ومُشاركة المُرشد في وضع أهداف الخطة الإرشادية المقترحة.

2-3-5-4-2-3- أن يتقبل وينفذ المهام الموكلة إليه من قبل المُرشد، ويتفهم طبيعتها وغايتها النهائية، وأن تلك المهام الموكلة إليه ستحقق له توقعاته من عملية الإرشاد.

2-3-5-4-2-4- أن تكون لديه الثقة بقدرته على أداء المهام الموكلة إليه من قبل المُرشد بالشكل المطلوب، ويُدرك بأن التغير المنشود سيحدث من خلال الالتزام بإنجاز تلك المهام.

2-3-5-4-2-5- الالتزام بالجدول الزمني المحدد لعملية الإرشاد.

2-3-5-4-2-7- أن يغير المُسترشد معتقداته وأفكاره اللاعقلانية إذا ثبت له من خلال الإرشاد السلوكي/المعرفي أنها مختلة وظيفياً، وأن استمراره بالتمسك بها سيؤدي إلى تفاقم ما يعانيه من اضطرابات نفسية وسلوكية، وأن يبذل جهده – بالتعاون مع المُرشد – لتعديل بنيته المعرفية والانفعالية لتدعيم صحته النفسية والانفعالية، وتوافقه الشخصي والاجتماعي.

2-3-5-4-2-6- أن يلتزم المُسترشد بسرية عملية الإرشاد.

2-3-5-4-2-7- أن يصرّح للمُرشد عن أي مثير بيئي (مادي، اجتماعي، أسري..) يمكن أن يؤثر سلباً على نجاح عملية الإرشاد أو يحول دون تحقيق أهدافها.

ومهام أخرى عديدة يجب أن يضطلع بها كل من المُرشد والمُسترشد إذا أرادا لعملية الإرشاد أن تحقق الغايات التي وُجدت من أجلها.

2-3-5-5- بناء الخطة الإرشادية: هي المرحلة المهمة من تخطيط سير أي برنامج إرشادي، فبعد بناء علاقة الثقة، وتعيين مهام كل من المُرشد والمُسترشد، وتشخيص ما يعانيه الأخير من اضطرابات نفسية وانفعالية وسلوكية، وبعد تحديد الأهداف بمشاركة كلا الطرفين، لابد من تحديد خطوات وإجراءات تنفيذ المراحل الإرشادية، وجدولها الزمني، وسبل التحقق من فاعلية الجلسات الإرشادية، وكيفية منع حدوث الانتكاسة لاحقاً.

2-3-5-6- إشراك أولياء الأمور: عملية مهمة لنجاح أي خطة إرشادية مُقترحة وفق المدخل السلوكي/المعرفي، فلأولياء الأمور دورٌ مهم في تشجيع أبنائهم للمواظبة واستمرار الخضوع لجلسات الخطة الإرشادية، وفي تزويد المُرشد بمعلومات وبيانات لم يتمكن المُسترشد من التصريح عنها بشكل مباشر بسبب خوفه أو خجله من المُرشد، وفي تمكين المُرشد من تتبّع أثر نجاح الخطة الإرشادية وبعد تنفيذها في المنزل أو في المجتمع المحلي، ومقدار التقدم الذي تحقق لدى المُسترشد.

2-3-5-7- تنفيذ الخطة الإرشادية: بوضع الخطة الإرشادية موضع التنفيذ بالصورة التي تم التخطيط لها في المراحل السابقة، وباتفاق كل من المُرشد والمُسترشد، ولابد من الإشارة إلى إمكانية تعديل الخطة الإرشادية، وأهدافها، وفنياتها، وزمن تنفيذ كل جلسة، ووسائل التقويم.. بحسب متغيرات الموقف الإرشادي التي لم يتم لحظها أو التنبه لها، أو بحسب المتغيرات المتعلقة بالمُسترشد، أو البيئة المحيطة، أو بحسب طبيعة وشدة الأعراض الرئيسية والثانوية لاضطراب (PTSD)..إلخ.

2-3-5-8- حماية المُسترشد من الانتكاسة: غالباً ما يواجه المُسترشد مخاوف لاحتمال تكرار الخبرة الصادمة مستقبلاً، أو تكرار معاناته من الأعراض الرئيسية أو الثانوية لاضطراب (PTSD)، وهنا لابد للمُرشد من تدريب المُسترشد على مواجهة أعراض الصدمة، وكيف يُعيد صياغة الحالة التي كان يعاني منها من خلال بيان الفروق بين حالته النفسية والانفعالية والمعرفية والسلوكية.. قبل العلاج وبعده، وأنه من المحتمل أن يواجه مثل تلك الأحداث الصادمة مستقبلاً، وسؤاله عن كيفية

مواجهتها، وكيفية التعاطي العقلاني مع متغيراتها البيئية ومصادر الضغوط فيها، وتعزيز سمة الصلابة النفسية لديه، ولتعزيز قدرة المُسترشد على الوقاية الذاتية لابد من مراجعة المهارات التي تعلمها مع المُرشد في الجلسات الإرشادية، والتدريب على تعميمها في مواقف أخرى محتملة مستقبلاً.

2-3-5-9- التغذية الراجعة: العنصر الأهم في أي برنامج إرشادي قائم على المدخل السلوكي/ المعرفي، فالتغذية الراجعة بالنسبة للمُسترشد تحمل في طياتها تقييم مقدار التغير الحاصل في بنيته المعرفية وفي سلوكه (مقدار الفائدة المحققة) بعد الخضوع للجلسات الإرشادية، ومدى تحقق الأهداف والتوقعات في التحرر من أثر اضطراباته النفسية والانفعالية والسلوكية. وبالنسبة للمُرشد تعتبر التغذية الراجعة مصدراً تقييم مقدار نجاحه أو فشله في تحقيق أهداف الخطة الإرشادية، ومدى مطابقة نتائجها المتوقعة مع نتائجها الفعلية، وحجم الخبرات التي اكتسبها المُرشد من علاجه لحالة أو مجموعة حالات مرضية جديدة، وما تتضمنه من مواقف إرشادية لم يَخبرها سابقاً..إلخ.

2-3-5-10- الإنهاء التدريجي للعلاقة الإرشادية: بين كل من المُرشد والمُسترشد، وتمكين هذا الأخير من امتلاك زمام الأمور والتصرف باستقلالية حيال أية مشكلة في المحيط البيئي يمكن أن تسبب له – مستقبلاً – أي عارض نفسي أو انفعالي أو سلوكي، مع التنبيه بأن إنهاء العلاقة الإرشادية يجب ألّا يتم بشكل مفاجئ، بل تدريجياً، وهو أمر يعود لطبيعة الاضطراب النفسي ذاته من حيث الشدة والعمق، وشخصية المُسترشد ومدى قدرته على التصرف باستقلالية، ومدى ثقته بنفسه، وما يمتلكه من ثبات انفعالي وصلابة نفسية، وعمره، وجنسه، ومدى قدرته على التخلي عن توجيهات المُرشد المباشرة أو غير المباشرة، والظروف الأسرية المحيطة بالمُسترشد (نسق الاتصال الأسري)، وفاعلية المُرشد في تشجيع المُسترشد للتصرف باستقلالية حيال المواقف الضاغطة دون تدخل أو حماية زائدة، ومدى نجاح الخطة الإرشادية في تحقيق أهدافها القريبة أو المتوسطة أو البعيدة.

أوجه الاستفادة من الإطار النظري

1- أوجه الاستفادة من المحور الأول:

1-1- تعرّف حجم الأضرار التي خلفتها الأزمة السورية من النواحي الاقتصادية، والاجتماعية، والتربوية، والتعليمية، والنفسية، والانفعالية.. على مختلف شرائح المجتمع السوري، سيما المراهقين منهم، وذلك كان له أهمية كبيرة في طرح مفهوم الأزمة السورية وانعكاساتها السلبية على أفراد المجموعة التجريبية، والبحث فيها ضمن جلسات البرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي، والتفكير العقلاني بأسبابها، وكيفية التعامل معها.

1-2- التعرّف على مفهوم الإعاقة الحركية المكتسبة بفعل بتر الأطراف، سيما تلك التي نتجت عن إرهاب المجموعات المُسلحة خلال الأزمة السورية، وذلك كان له أهمية كبيرة في حصر أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين الذين أصيبوا ببتر أحد الأطراف، واستبعاد غيرهم من حالات البتر، أو أي من حالات الإعاقات الحركية الأخرى.

1-3- تعرّف المراحل التي يمر بها المراهق الذي أصيب بصدمة بتر أحد الأطراف، وذلك كان له أهمية كبيرة في محاولة تخفيف آثار تلك الاضطرابات النفسية عند تصميم جلسات البرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي.

1-4- تعرّف أهم الاضطرابات النفسية والانفعالية التي يمكن أن تصيب المراهق الذي خبر صدمة بتر أحد الأطراف خلال الأزمة السورية، سيما أعراض اضطراب (PTSD)، ما ساهم بالإحاطة بمعظم تلك الاضطرابات عند تصميم جلسات البرنامج السلوكي/المعرفي.

1-5- التعرّف على مفهوم إعادة تأهيل المصاب بإعاقة حركية مكتسبة نتيجة بتر طرف أو أكثر بسبب الحروب والنزاعات المُسلحة.

2- أوجه الاستفادة من المحور الثاني:

2-1- التعرّف على مراحل تطور مفهوم اضطراب (PTSD) بلمحة تاريخية، تبين فيها أن للحضارات القديمة والتاريخ العسكري المعاصر دورٌ مهمٌ في بلورة الركائز الأساسية لفهم أعراض هذا الاضطراب، وفي دفع العلماء للبحث في أعراض هذا الاضطراب إلى أن تشكل المفهوم بصورته الحالية، وأن الباب لازال مفتوحاً لمزيد من الإضافات العلمية لوصف وتعريف اضطراب (PTSD).

2-2- تعرف الملامح الرئيسية لاضطراب (PTSD) من خلال استعراض عدة تعاريف وردت لعدة باحثين أو جهات بحثية لها صبغة دولية.

2-3- تعرّف محكّات تشخيص اضطراب (PTSD) وأعراضه الرئيسية والثانوية، سيما تلك الواردة في دليل (ICD-10-1992)، وفي دليل (DSM-5-2013)، ما أسّس لتصميم (مقياس اضطراب شدة ما بعد الصدمة) ليناسب الفئات العمرية (بين ١٠،١١ إلى ١٧،١١ سنة)، الذي استُخدم لتشخيص أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين المُصابين بإعاقات حركية مكتسبة نتيجة بتر أحد الأطراف بفعل إرهاب المجموعات المُسلحة خلال الأزمة السورية، وفي التحقق من فاعلية البرنامج السلوكي/المعرفي المصمم في الدراسة الحالية في القياسات.

2-4- تعرف الأعراض الرئيسية والثانوية لاضطراب (PTSA) لدى المراهقين، وأخذها بالاعتبار عند تصميم جلسات البرنامج الإرشادي القائم على بعض فنيات المدخل السلوكي/المعرفي لخفض أعراض اضطراب (PTSD) لدى عينة من المراهقين المُصابين بإعاقات حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية.

2-5- تعرّف نسب انتشار اضطراب (PTSD) بين الأطفال والمراهقين في عدة دراسات سابقة رصدت تلك النسب سيما في فترات الحروب والنزاعات المُسلحة، ما ساهم في تعرّف الخطوات اللازمة لرصد نسب انتشار هذا الاضطراب في الدراسة الحالية بين المراهقين في عدة مراكز للإيواء خلال الأزمة السورية (وفق الدراسة الحالية).

2-6- تعرّف عوامل الخطر التي تقف خلف تطور أعراض (PTSD) بين المراهقين، وتحليل النتائج البحثية المتوفرة في هذا السياق ولحظها عند تصميم جلسات البرنامج السلوكي/المعرفي (موضوع الدراسة الحالية).

3- أوجه الاستفادة من المحور الثالث:

3-1- تعرّف المراحل التاريخية التي مر بها المدخل السلوكي/المعرفي في الإرشاد النفسي، فهذا المدخل نشأ من التقارب الذي حصل نتيجة إدخال العمليات المعرفية إلى حيز العلاج السلوكي، والتعامل مع الاضطرابات النفسية من منظور ثلاثي الأبعاد (معرفياً، انفعالياً، سلوكياً)، بحيث يستخدم المُرشد عدة فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية لمواجهتها، ومنع حدوث أي انتكاسة.

3-2- تعرّف أهم المنظّرين الأوائل للإرشاد السلوكي/المعرفي، سيما منظّري المدخل السلوكي وفي مقدمتهم (بافلوف، ثرندايك، واطسون، سكنر، مورر، تولمان، جثري)، إضافةً لإسهامات نظرية التعلم الاجتماعي ورائدها عالم النفس الأمريكي (باندورا)، مروراً بإسهامات نظرية التحليل النفسي ورائدها (فرويد) وتلميذه (إدلر)، وصولاً لإسهامات المدخل السلوكي/المعرفي ورواده الأصليين (أليس)، مروراً بالعالم (بيك)، ثم (ميتشنبوم)؛ (كيلي)؛ (رايمي)؛ (فرايد)؛ (لازروس)؛ (ولبي).. وأسماء أخرى كثيرة.

3-3- الاطلاع على أهم التعاريف الأصيلة للإرشاد السلوكي/المعرفي، والتي تبين أهم العناصر المكونة للمدخل السلوكي/المعرفي في الإرشاد النفسي.

3-4- تعرّف المرتكزات الرئيسية التي يقوم عليها للإرشاد السلوكي/المعرفي (معتقدات عقلانية، معتقدات لاعقلانية)، وأن الاضطراب الانفعالي والسلوكي يستمر بوجود التفكير اللاعقلاني، ويجب مهاجمة المعتقدات والأفكار اللاعقلانية القاهرة للذات واستبدالها بمعتقدات عقلانية، والتركيز على الجوانب الفلسفية والمعرفية للفرد.

3-5- تعرّف بعض فنيات الإرشاد السلوكي/المعرفي والتي صُنفت إلى ثلاث فئات؛ هي (فنيات المدخل السلوكي /التعزيز، النمذجة/، فنيات الإرشاد الجماعي /المحاضرة والحوار والمناقشة، الواجب المنزلي، الاسترخاء والتأمل الواعي/، فنيات المدخل السلوكي/المعرفي وهي فنية أليس، العلاج المعرفي لبيك، التدرب على التعلم الذاتي لميتشنبوم، اختبار المشاعر والأفكار العقلانية واللاعقلانية، فنية استيعاب الحدث الصادم، فنية حل المشكلات، فنية التفريغ الانفعالي، فنية التكيف والتعايش مع الأحداث الضاغطة، فنية تعزيز سمة الصلابة النفسية، تنمية الشعور بجودة الحياة/.

3-6- مناقشة عوامل ومحددات نجاح أي فنية إرشادية في خفض أعراض (PTSD) لدى المراهقين الذين خبروا أحداثاً صادمة؛ أهمها (جنس المُسترشد، عمره، شخصيته، مستوى قدراته العقلية والمعرفية، مستوى التعليم، الصلابة النفسية والثبات الانفعالي، شدة الصدمة النفسية ومداها، نوع الأعراض الثانوية المصاحبة للصدمة وعددها، نوع اضطراب PTSD من آني أو متأخر، مدى تأثيره على الحياة الوظيفية للمُصاب، ظروف البيئة المحيطة..)، وفيما إذا كانت تلك الظروف مُعطلة أو مُيسرة لنجاح عملية الإرشاد، وعوامل أخرى عديدة ترتبط بالمُرشد ومدى قدرته على اختيار وتوظيف الفنية الإرشادية بما يراعي العوامل السابقة، وبما يناسب الموقف الإرشادي.

3-7- تعرّف مقومات نجاح الإرشاد السلوكي/المعرفي في علاج اضطراب (PTSD) والتي يأتي في مقدمتها (وضوح العلاقة العلاجية بين المُرشد والمُسترشد، إبرام الاتفاقيات بينهما، تحديد الأهداف بوضوح ودقة، تعيين مهام كل طرف، بناء الخطة الإرشادية، إشراك أولياء الأمور، تنفيذ الخطة الإرشادية، حماية المُسترشد من الانتكاسة، التغذية الراجعة، الإنهاء التدريجي للعلاقة الإرشادية).

3- الفصل الثالث

(الدراسات السابقة)

تمهيد.

3-1- الدراسات العربية.

3-2- الدراسات الأجنبية.

3-3- تعقيب على الدراسات السابقة وأوجه الاستفادة منها.

تمهيد:

تضمن الفصل الثالث عرض مجموعة دراسات سابقة شبيهة في بعض جوانبها بالدراسة الحالية، حيث تم تنظيم تلك الدراسات إلى (عربية، أجنبية)، وتم ترتيب تلك الدراسات من الأقدم إلى الأحدث، وفي ختام هذا الفصل تم تحديد مكانة الدراسة الحالية بين تلك الدراسات السابقة، وأوجه الاستفادة منها من الناحيتين النظرية والتطبيقية.

3-1- الدراسات العربية:

3-1-1- دراسة (الحواجري ٢٠٠٣) فلسطين المحتلة.

عنوان الدراسة: مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من آثار الصدمة النفسية لدى طلبة مرحلة التعليم الأساسي في محافظة غزة.

أهداف الدراسة: تحديد أهم أعراض الصدمة النفسية لدى عينة من طلبة التعليم الأساسي بعد معايشتهم عدة اعتداءات إسرائيلية في غزة، وتحديد مستوى تلك الصدمات النفسية وانتشارها لديهم، وبحث علاقة الارتباط بين مستوى الصدمة النفسية ومستوى العُصاب، وبحث الفروق في مستوى الصدمة النفسية وفق متغيرات (الجنس، المستوى الاقتصادي، المستوى الاجتماعي) لديهم، وتصميم برنامج إرشادي للتخفيف من آثار الصدمة النفسية لدى هؤلاء الطلبة، والتحقق من فاعليته لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً بالمجموعة الضابطة، وبحث إمكانية توظيف هذا البرنامج لاحقاً على مستوى واسع ضمن البيئة الفلسطينية.

عينة الدراسة: طُبّقت الدراسة على (٣٤٠) من طلبة الصف السادس (١٩٤ ذكور، ١٤٦ إناث)، اختيروا من مدرستين للتعليم الأساسي تقع تحت إشراف وكالة الغوث الدولية بقطاع غزة، ثم وقع الاختيار على (٤٨) طالباً وطالبة حصلوا على أعلى الدرجات وفق معايير مقياس ردود فعل الأطفال للصدمة النفسية، والذين قُسّموا إلى مجموعتين (٢٤ تجريبية، ٢٤ ضابطة).

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس العُصاب (لآيزنك) تعريب وتقنين (**عبد الخالق ١٩٧٨**)، ومؤشر الضغط النفسي لدى الأطفال في مرحلة ما بعد الصدمة تصميم (**نادر Nader 1977**) يقيس أبعاد (التجنب، المشاعر المتبلدة، الإثارة الزائدة)، كما تم تصميم مقياس ردود فعل الأطفال للصدمة النفسية، كما تم تصميم استمارة لتحديد المستوى الاقتصادي والاجتماعي للطفل، كما تم تصميم برنامج إرشادي سلوكي/معرفي ضم (١٢) جلسة إرشادية فردية وجماعية.

نتائج الدراسة: بينت النتائج أن أهم أعراض الصدمة النفسية لدى أفراد العينة بعد معايشتهم لعدة اعتداءات إسرائيلية على غزة كانت مرتبة كما يلي (الريبة، الترقب، الخوف، التوتر، التشاؤم، اليأس)، أما عن مستوى تلك الصدمات النفسية وانتشارها لدى أفراد العينة فقد كانت بنسب عالية كردّة فعل طبيعية تجاه الأحداث الصادمة، إذ يتعرض الأطفال الفلسطينيون كل يوم تقريباً لكل أنواع القمع

والتنكيل والقصف والمداهمات الليلية والاعتقال من قوات الاحتلال الإسرائيلي، ما اكسب الأطفال الفلسطينيون خبرة جعلهم قادرين على التكيف، كما بينت النتائج وجود علاقة ارتباط طردية ودالة بين درجات أفراد العينة على مقياس ردة فعل الأطفال للخبرات الصادمة ومقياس العُصاب للأطفال، فالأفراد الأكثر تأثراً بالأحداث الصادمة يسجلون درجات مرتفعة على مقياس العُصاب، كما ظهرت فروق دالة في مستوى الصدمة النفسية لدى الأطفال وفق متغير الجنس لصالح الإناث، ما يؤكد أن مستوى الصدمة النفسية وحدّة الاستجابة للخبرات الصادمة لدى الإناث أعلى بفروق جوهرية مقارنةً بالذكور، كما ظهرت مثل هذه الفروق لدى أفراد العينة وفق متغير المستوى الاقتصادي/الاجتماعي لصالح الأطفال ذوي المستوى الاقتصادي/الاجتماعي المنخفض، وأن الدرجات على (مقياس ردة فعل الأطفال للصدمة النفسية، مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، مقياس العُصاب) قد انخفضت بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لدى الذكور والإناث، ما يؤكد فاعلية البرنامج الإرشادي لأنه تضمن أنشطة فردية وجماعية، وتفريغاً انفعالياً، ولعب الأدوار والتمثيل، والرسم، والمناقشات الفردية والجماعية، والتي ساهمت في خفض آثار الصدمة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

3-1-2- دراسة (الشيخ ٢٠١٠) دمشق.

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من بعض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية لدى الأطفال الذين تعرّضوا لحوادث طرق/ دراسة تجريبية في مدارس محافظة دمشق.

أهداف الدراسة: تحديد مستوى أعراض (PTSD) لدى عينة أطفال تعرّضوا لحوادث طرق بمحافظة دمشق من حيث الشدة والتكرار، وإعداد برنامج إرشادي وفق المدخل المعرفي/السلوكي للتخفيف من الآثار الناتجة عن تلك الصدمات النفسية، والتأكّد من فاعليته لدى العينة المستهدفة، من خلال سلسلة من الإجراءات المنظمة والمتضمنة في البرنامج، ومعرفة أثر تطبيق البرنامج في اكتساب الأطفال مهارات التعامل وأساليب الفهم والتفسير لمواجهة تلك الضغوط الناتجة عن الصدمة على نحو أكثر إيجابية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي مباشرةً، وبعد مرور (٤٠) يوماً من انتهاء التطبيق.

عينة الدراسة: بلغ عدد أفراد المجتمع الأصلي (٤٨٩) طفلاً ممن تعرّضوا لحوادث سير في مدينة دمشق بين عامي (٢٠٠٧-٢٠٠٨)، ووفق إحصاءات فرع مرور دمشق، أعمارهم (بين ٩ إلى ١١) سنة، اختير منهم بشكل مقصود (٢١٩) طفلاً ليمثّلوا العينة المسحية، وتم مراعاة عدة معايير عند سحب العينة (مضي أكثر من شهر على التعرّض للحادث، استبعاد من يعني إصابات جسدية بالغة كبتر أحد الأطراف أو حروق وتشوهات واضحة في الوجه، استبعاد الأطفال العراقيين، من فئات عمرية متقاربة، مستوى متوسط إلى شديد من أعراض PTSD، مراعاة التوزع الجغرافي للمدارس)، ومن الدراسة المسحية تم اختيار (٤٤) طفلاً وطفلة (٢٢ ذكور، ٢٢ إناث) قُسّموا بالتساوي إلى مجموعتين (تجريبية، ضابطة) وفق معايير (DSM-IV-TR-2000).

أدوات الدراسة: تم تصميم مقياسي (الضغوط التالية للصدمة، أساليب التعامل مع الأحداث الصادمة للأطفال)، كما تم استخدام قائمة شطب لأعراض (PTSD) موجه لأولياء الأمور تصميم (**عز ٢٠٠٣**)، كما تم تصميم برنامج سلوكي/معرفي ضم (١١) جلسة إرشادية.

نتائج الدراسة: بينت النتائج أن بعض الأطفال نتيجة تعرضهم لحوادث سير يعانون من أعراض (PTSD) بدرجات متفاوتة (خفيفة، متوسطة، شديدة)، ما يؤكد حاجة هؤلاء الأطفال لإكسابهم مهارات التعامل مع الضغوط الناتجة عن الصدمة، كما بينت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي في خفض بعض أعراض (PTSD) لدى الأطفال الذين تعرّضوا لحوادث الطرق، وتم التوصل إلى هذه النتيجة من خلال بحث الفروق بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على (مقياس PTSD، مقياس أساليب التعامل مع الأحداث الصادمة، قائمة الشطب) حيث كانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية، كما ظهرت فروق بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة وتبعاً لمتغير الجنس في القياس البعدي على (مقياس PTSD، مقياس أساليب التعامل مع الأحداث الصادمة، قائمة الشطب) لصالح المجموعة التجريبية، كما ظهرت فروق بين درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على (مقياس PTSD، مقياس أساليب التعامل مع الأحداث الصادمة) لصالح القياس البعدي، كما لم يظهر أثر لمتغير الجنس على نتائج العلاج السلوكي/المعرفي لدى أفراد المجموعة التجريبية وفق أدائهم في التطبيق البعدي على (مقياس PTSD، مقياس أساليب التعامل مع الأحداث الصادمة)، كما لم تظهر فروق بين درجات المجموعة التجريبية على (مقياس PTSD، مقياس أساليب التعامل مع الأحداث الصادمة،) بين التطبيقين البعدي والبعدي المؤجل، ما يشير إلى استمرار أثر البرنامج في خفض أعراض (PTSD) لدى الأطفال بعد مرور (٤٠) يوماً من انتهاء تطبيق البرنامج.

3-1-3- دراسة (جبريل ومحمد ٢٠١١) الأردن.

عنوان الدراسة: أثر برنامج علاجي في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة وتحسين التكيف النفسي لدى عينة من المراهقين العراقيين المقيمين في الأردن.

أهداف الدراسة: تعرّف فاعلية برنامج علاجي لخفض أعراض (PTSD) وتحسين التكيف النفسي لعينة من المراهقين العراقيين المقيمين في الأردن، من خلال بحث الفروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة (PLC).

عينة الدراسة: طُبّقت الدراسة على (١٨) مراهقاً ومراهقة اختيروا من منظمة الهلال الأحمر الأردني ومنظمة (كير) الدولية، وحصَّلوا درجاتٍ مرتفعة على مقياس ضغوط ما بعد الصدمة، وقد قُسّم أفراد العينة إلى مجموعتين (٩ تجريبية، ٩ ضابطة).

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس ضغوط ما بعد الصدمة (PCL) المصمم من قبل **(كين وآخرين Keane et al 1994)**، واستبانة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة للناجين تصميم **(وليمز Williams 2000)**، ومقياس التكيف النفسي تصميم **(جبريل ١٩٩٤)**، كما تم تصميم برنامج علاجي يهدف إلى خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة وتحسين التكيف النفسي للمراهقين العراقيين المقيمين في الأردن ضم (٢٤) جلسة جماعية.

نتائج الدراسة: بينت نتائج تحليل التباين المشترك فاعلية البرنامج العلاجي في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة، إذ ظهرت فروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي المباشر على مقياس (PCL) لأبعاد (التكرار، التجنب، الاستثارة) وللدرجة الكلية لصالح المجموعة التجريبية، كما ظهرت فروق في المجموعة التجريبية بين التطبيقين القبلي والبعدي المباشر وفق أدائهم على مقياس (PCL) لأبعاد (التكرار، التجنب، الاستثارة) وللدرجة الكلية لصالح التطبيق البعدي المباشر، كما بينت النتائج فاعلية البرنامج العلاجي في تحسين مستوى التكيف النفسي لدى أفراد العينة، إذ ظهرت فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي المباشر على مقياس التكيف النفسي للأبعاد (البعد الشخصي، البعد الانفعالي، البعد الأسري، البعد الاجتماعي) وللدرجة الكلية لصالح المجموعة التجريبية، كما ظهرت مثل تلك الفروق في أداء المجموعة التجريبية بين التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على مقياس التكيف النفسي لجميع أبعاد المقياس وللدرجة الكلية، حيث كانت الفروق لصالح التطبيق البعدي المباشر.

3-1-4- دراسة (ضمرة وأبو عطية ٢٠١٤) الأردن.

عنوان الدراسة: أثر العلاج المعرفي السلوكي المتمركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال الحروب.

أهداف الدراسة: تعرف فاعلية برامج علاجية (معرفي/سلوكي متمركز على الصدمة، العلاج بالموسيقى، العلاج المتمركز على الصدمة والموسيقى معاً) لخفض مستويات قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال الحروب.

عينة الدراسة: طُبّقت الدراسة على (٤٨) طفلاً أعمارهم (بين ١٠ إلى ١٢) سنة من اللاجئين السوريين في الأردن، ممن حصَّلوا درجاتٍ مرتفعة وفق معايير قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة بعد معايشتهم أحداث الأزمة السورية، وزعوا إلى (٤) مجموعات، مجموعة تجريبية أولى قوامها (١٢) طفلاً تلقّت علاجاً متمركزاً على الصدمة، ومجموعة تجريبية ثانية قوامها (١٢) طفلاً تلقّت علاجاً باستخدام الموسيقى، ومجموعة تجريبية ثالثة قوامها (١٢) طفلاً تلقّت علاجاً متمركزاً على الصدمة والموسيقى معاً، ومجموعة رابعة ضابطة قوامها (١٢) طفلاً لم تخضع لأي تدخل علاجي.

أدوات الدراسة: تم استخدام قائمة أعراض قلق ما بعد الصدمة للأطفال (CPSDI) المطورة من قبل (**أحمد وآخرين Ahmad et al 2000**)، كما تم تصميم (٣) برنامج علاجية؛ البرنامج الأول (العلاج السلوكي المعرفي المتمركز على الصدمة TF-CBT) ضم (١٠) جلسات علاجية تتمحور حول أنشطة متمركزة على الصدمة، والبرنامج الثاني (العلاج بالموسيقى) قائم على توظيف أساليب العلاج بالموسيقى للتعامل مع الأعراض النفسية الناجمة عن الأحداث المرعبة والصادمة، ضم (١٠) جلسات، والبرنامج الثالث (العلاج التكاملي) تم فيه دمج فنيات العلاج السلوكي/المعرفي المتمركز على الصدمة مع فنيات العلاج بالموسيقى، وضم البرنامج (١٠) جلسات علاجية.

نتائج الدراسة: بينت النتائج فعالية البرامج الإرشادية الثلاثة في خفض قلق ما بعد الصدمة لدى أفراد العينة، وأن العلاج التكاملي كان أكثر فعالية في خفض هذا الاضطراب مقارنةً بالعلاج المعرفي/السلوكي أو العلاج بالموسيقى منفردين، كما ظهرت فروق دالة بين المجموعات التجريبية الثلاث والمجموعة الضابطة وفق أدائهم على قائمة قلق ما بعد الصدمة لأبعاد (إعادة اختبار الحدث الصادم، التجنب، الإثارة الانفعالية المرتفعة)، لكن لم تظهر مثل هذه الفروق بين المجموعات التجريبية الثلاث والمجموعة الضابطة في بُعد (الأعراض النفسية الأخرى)، لعدة عوامل أهمها طبيعة البنود المتضمنة في هذا البعد كمشكلات (النوم، الأكل، المخاوف المرضية، العادات السيئة كمصّ الإبهام والحركات اللاإرادية..)، ما يشير للحاجة لأساليب علاجية أخرى، وقد تكون برامج تعديل السلوك المتخصصة أو تدريب الوالدين أكثر فاعلية لدى الأطفال، وأن توفير جو آمن خلال جلسات العلاج كان أحد أهم عوامل خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى المجموعات التجريبية الثلاث، فشعور التهديد والخوف وعدم الاستقرار من أهم سمات الشخصية لدى أطفال الحروب، وأن الفعاليات والأنشطة التي تضمنتها البرامج الثلاثة تميزت بتوفير جو آمن للتعبير الحر عن الخبرات والانفعالات والمشاعر المرتبطة بمشاهدة أحداث القتال وآثار الدمار، وبالتالي إعادة اختبار الأعراض في جو جماعي آمن، كما أكدت النتائج فاعلية البرنامج التكاملي في علاج قلق ما بعد الصدمة لتركيزه على الصدمة والعلاج بالموسيقى، واحتوائه عدة أنشطة لفظية كأساليب العلاج السردي، ومناقشة المشاعر والانفعالات الخاصة بالأحداث المرعبة، وأنشطة غير لفظية كالعلاج بالموسيقى، لتسهيل التعبير عن الانفعالات والمشاعر المرتبطة بالصدمة، كما أشارت النتائج أن مشاركة الأطفال السوريين في البرامج العلاجية هي الأولى لهم منذ لجوئهم إلى الأردن بهدف خفض أعراض القلق لديهم.

3-1-5- دراسة (شاهين ٢٠١٤) فلسطين المحتلة.

عنوان الدراسة: فاعلية برنامجي (العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم) في خفض حدّة أعراض كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة عند المراهقين في غزة/ دراسة تجريبية مقارنة.

أهداف الدراسة: تحديد أكثر أنواع الخبرات الصادمة من حيث (الشدة والمستوى) التي تعرّض لها المراهقون في شمال قطاع غزة، وتحديد (مستوى القلق كحالة وسمة، مستوى الاكتئاب النفسي، مستوى التشوهات المعرفية، درجة السلوك العدواني) لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، ومقارنة فاعلية كل من العلاج المعرفي/السلوكي وعلاج العقل والجسم في خفض أعراض (PTSD) والأعراض المصاحبة كالقلق والاكتئاب، وتتبع أثرها لدى أفراد المجموعة التجريبية، ولكلا الجنسين.

عينة الدراسة: تم اختيار عينة مسحية قوامها (٨٠٠) من طلبة الصفين العاشر والحادي عشر (٤٠٠ ذكور، ٤٠٠ إناث)، أعمارهم (بين ١٥ إلى ١٧) سنة، اختيروا من (٤) مدارس ثانوية عامة بمحافظة شمال قطاع غزة للعام الدراسي (٢٠١٢ – ٢٠١٣)، ومعظمهم عايشوا عدة خبرات صادمة بسبب اعتداءات الاحتلال الإسرائيلي منذ انتفاضة الأقصى عام (٢٠٠٠)، وفي المرحلة الثانية تم تطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة على جميع أفراد العينة المسحية، واختير (٨٠) طالباً وطالبة حصلوا على أعلى الدرجات، ثم قُسّموا بالتساوي إلى مجموعتين هما؛ (٤٠) فرداً للمجموعة التجريبية (٢٠ للبرنامج الأول، ٢٠ للبرنامج الثاني)، إضافةً إلى (٤٠) فرداً للمجموعة الضابطة.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس غزة للخبرات الصادمة تصميم (**ثابت ٢٠١٣**)، ومقياس كرب ما بعد الصدمة تصميم (**باينوس وآخرين Pynoos et al 1987**) ترجمة وتقنين (**ثابت ٢٠٠٠**)، وقائمة معارف الضغط اللاحق لصدمة (PTSD) تصميم (**فوا Foa**) ترجمة وتقنين (**أبو زيد**)، ومقياس القلق تصميم (**سبيلبرجر وجورسث ولوشين ١٩٧٠**) ترجمة وتقنين (**البحيري ١٩٤٨**)، ومقياس الاكتئاب تصميم (**بيك Beck 1948**) تقنين (**غريب**)، ومقياس السلوك العدواني العدائي للمراهقين إعداد (**أباظة ٢٠٠٣**)، كما تم تصميم برنامجين علاجيين؛ الأول برنامج معرفي/سلوكي ضم (١٥) جلسة، والثاني برنامج العقل والجسم الذي ضم (١٤) جلسة.

نتائج الدراسة: بينت النتائج أن أكثر الخبرات الصادمة التي تعرّض لها أفراد العينة كانت مرتبة كما يلي (أصوات القصف المدفعي، أصوات طائرات تخترق جدار الصوت، صور الجرحى والأشلاء والشهداء على شاشة التلفزيون، مشاهدة آثار القصف المدفعي، التهديد الشخصي بالقتل، التهديد بقتل أحد أفراد الأسرة، استخدامك كدرع بشري، التعرض لإصابة جسدية نتيجة لقصف المنزل، مشاهدة إصابة صديق بالرصاص)، وأن (٦٥%) من أفراد العينة المسحية تعرّضوا لخبرات صادمة من النوع الشديد والشديد جداً، الذي يستدعي تدخلاً علاجياً رغم مضي عدة سنوات على انتهاء الحرب بين عامي (٢٠٠٨-٢٠١٢)، مع وجود معارف مشوهة عن الذات والعالم، ومستوى مرتفع من الاكتئاب والقلق (كحالة وسمة)، والسلوك العدواني.. قبل تطبيق البرنامجين العلاجيين، كما بينت النتائج ظهور فروق بين العينات التجريبية والضابطة في (كرب ما بعد الصدمة، المعارف المشوهة، القلق كحالة وسمة، الاكتئاب، العدوان) لصالح المجموعات التجريبية، وفروق بين أفراد المجموعتين

التجريبيتين في القياسين القبلي والبعدي المباشر في (كرب ما بعد الصدمة، المعارف المشوهة، القلق كحالة وسمة، الاكتئاب، العدوان) لصالح القياس البعدي المباشر، ما يشير لفاعلية كلا البرنامجين العلاجيين (المعرفي/السلوكي، العقل والجسم) في خفض أعراض (PTSD) والأعراض النفسية المصاحبة لديهم، كما بينت النتائج استمرار أثر كلا البرنامجين (المعرفي/ السلوكي، العقل والجسم) لدى أفراد المجموعات التجريبية في خفض أعراض (كرب ما بعد الصدمة، المعارف المشوهة، القلق كحالة وسمة، الاكتئاب، العدوان) بعد انتهاء التطبيق، وأن برنامج (العقل والجسم) كان أكثر فاعلية من البرنامج (المعرفي السلوكي) في خفض أعراض (PTSD) والأعراض النفسية المصاحبة.

3-1-6- دراسة (إبراهيم ٢٠١٥) الأردن.

عنوان الدراسة: أثر برنامج إرشاد معرفي/سلوكي في خفض مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من السوريين المهجرين إلى الأردن.

أهداف الدراسة: معرفة أثر برنامج إرشاد معرفي سلوكي في خفض مستوى أعراض (PTSD) لدى عينة من السوريين المهجرين إلى الأردن والمتجمعين في مخيم (الرمثا).

عينة الدراسة: طُبّقت الدراسة على (٢٤) فرداً (١٢ ذكور، ١٢ إناث)، أعمارهم (بين ١٩ إلى ٥٧) سنة، وجميعهم من المهجرين السورين الذين تعرضوا للتعذيب من قبل المجموعات الإرهابية المُسلحة قبل نزوحهم إلى الأردن، وحصَّلوا درجاتٍ مرتفعة على مقياس الضغوط التالية للصدمة، وقد قُسّم أفراد العينة إلى مجموعتين (١٢ تجريبية، ١٢ ضابطة).

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة إعداد (**دافيدسون Davidson 1987**) ترجمة وتقنين (**ثابت ٢٠١٢**)، كما تم تصميم برنامج معرفي/سلوكي ضم (١٠) جلسات بالإضافة إلى جلسة تمهيدية في بداية البرنامج، وجلسة ختامية في نهاية البرنامج.

نتائج الدراسة: بينت نتائج تطبيق معادلة (تحليل التباين الأحادي One Way ANOVAs) على المراحل الثلاث من تطبيق البرنامج (القبلي، البعدي، المؤجل) لكلا العينيتين التجريبية والضابطة وجود فروق لصالح المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل، ما يشير إلى فاعلية وأثر إيجابي للبرنامج السلوكي/المعرفي في خفض أعراض (PTSD) لدى أفراد العينة، كما لم تظهر فروق في أداء المجموعة التجريبية بين التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل على مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة (لدافيسون)، ما يشير إلى استمرار أثر البرنامج السلوكي/المعرفي في خفض أعراض (PTSD) لدى عينة اللاجئين السوريين.

3-1-7- دراسة (اسمندر ٢٠١٥) مصر.

عنوان الدراسة: برنامج إرشادي لتخفيف ضغوط ما بعد الصدمة وأثره على بعض المتغيرات النفسية لدى عينة من الطلاب المتفوقين بسورية.

أهداف الدراسة: تعرّف فاعلية وأثر برنامج قائم على بعض المتغيرات النفسية (ضغوط ما بعد الصدمة، قوة الأنا، التوجه نحو الحياة) لخفض أعراض (PTSD) لعينة من طلبة الصف السابع المتفوقين تحصيلياً من اللاجئين السوريين في مصر، بعد تطبيق البرنامج وخلال فترة المتابعة.

عينة الدراسة: طُبّقت الدراسة على (١٠) من طلاب الصف السابع الأساسي المتفوقين تحصيلياً الذكور، وجميعهم من اللاجئين إلى مصر بسبب أحداث العنف خلال الأزمة السورية، ممن يعانون مستوى مرتفع من أعراض (PTSD)، من عمر (بين ١١ إلى ١٢ سنة)، ومتقاربين في المستوى الاقتصادي والاجتماعي.

أدوات الدراسة: تم تصميم عدة مقاييس هي (مقياس ضغوط ما بعد الصدمة، مقياس قوة الأنا، مقياس التوجه نحو الحياة، البرنامج الإرشادي)، كما تم تصميم برنامج إرشادي مقترح في خفض أعراض (PTSD) لدى أفراد العينة.

نتائج الدراسة: بينت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي المقترح في خفض أعراض (PTSD) لدى أفراد العينة، إذ ظهرت فروق في أداء المجموعة التجريبية وفق أدائهم على (مقياس ضغوط ما بعد الصدمة، مقياس قوة الأنا، مقياس التوجه نحو الحياة، البرنامج الإرشادي) في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر لصالح التطبيق البعدي المباشر، كما بينت النتائج استمرار أثر البرنامج الإرشادي المقترح في خفض أعراض (PTSD)، إذ لم تظهر فروق لدى أفراد العينة على (مقياس ضغوط ما بعد الصدمة، مقياس قوة الأنا، مقياس التوجه نحو الحياة، البرنامج الإرشادي) في التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل.

3-1-8- دراسة (الشريف ٢٠١٦) فلسطين المحتلة.

عنوان الدراسة: فعالية برنامج إرشادي لتدعيم نظام المناعة النفسية وخفض اضطرابات ما بعد الصدمة لدى مراهقي الأسر المتضررة بالعدوان الأخير على غزة (٢٠١٤).

أهداف الدراسة: تصميم برنامج إرشادي قائم على العلاج التكاملي والتحقق من فاعليته واستمرا أثره في تدعيم نظام المناعة النفسية وخفض أعراض (PTSD) لدى عينة مراهقات ينتمين للأسر المتضررة من العدوان الإسرائيلي على غزة عام (٢٠١٤)، وبعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج.

عينة الدراسة: طُبقت الدراسة على (٤٠) مراهقة ينتمين لأسر هدمت منازلها بشكل كلي أو جزئي بسبب العدوان الإسرائيلي على قطاع غزة عام (٢٠١٤)، ومن المقيمات في قطاع غزه حتى عام (٢٠١٥)، أعمارهن (بين ١٥ إلى ١٧) سنة، وسبق وأن شُخّصن بتطور أعراض (PTSD) لديهن وفق سجلات عيادية (فقدان التواصل الاجتماعي الإيجابي، الخوف المتكرر، تراجع التحصيل الدراسي، أحلام مزعجة ومتكررة، نوم غير منتظم، فقدان التركيز، التبول اللاإرادي، إغماء متكرر،

فقدان الدور الوظيفي، الحساسية الانفعالية، الاستثارة العالية، التذكر المستمر للأحداث الصادمة..)، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين (٢٠ تجريبية، ٢٠ ضابطة).

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس المناعة النفسية تصميم (**الشريف ٢٠١٥**)، كما تم تصميم مقياس اضطرابات ما بعد الصدمة ضم ثلاثة أبعاد (استعادة الخبرة الصادمة، التجنب وفقدان الدور الوظيفي، فرط الاستثارة)، كما تم تصميم مقابلة موجهة للمجموعتين التجريبية والضابطة، كما تم تصميم برنامج إرشادي ضم (٢٠) جلسة تم فيها توظيف بعض فنيات المدخل التكاملي.

نتائج الدراسة: بينت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي المصمم وفق مدخل العلاج التكاملي في تدعيم نظام المناعة النفسية وخفض أعراض (PTSD) لدى المراهقات من أفراد المجموعة التجريبية، إذ ظهرت فروق بين التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على مقياسي (المناعة النفسية، اضطرابات ما بعد الصدمة) لصالح التطبيق البعدي المباشر، كما ظهرت فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي المباشر على مقياسي (المناعة النفسية، اضطرابات ما بعد الصدمة) لصالح المجموعة التجريبية، كما بينت النتائج استمرار أثر البرنامج الإرشادي في تدعيم نظام المناعة النفسية وخفض أعراض (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث لم تظهر فروق بين القياسين البعدي المباشر والبعدي المؤجل بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج.

3-1-9- دراسة (عوض ٢٠١٦) مصر.

عنوان الدراسة: برنامج إرشادي انتقائي لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال.

أهداف الدراسة: تشخيص آثار ما بعد الصدمة لدى الطفل الفلسطيني بقطاع غزة، وبحث فاعلية وأثر برنامج إرشادي انتقائي في خفض أعراض (PTSD) لدى عينة أطفال، وعلى صعيد الجنس.

عينة الدراسة: طُبّقت الدراسة على (١٨) طفلاً فلسطينياً من عمر (بين ٩ إلى ١١) سنة، المسجلين في وزارة الصحة وفي برنامج غزة للصحة النفسية وفي مركز فلسطين للصدمات النفسية، ممن عايشوا استشهاد أحد أقاربهم (أب، أم، أخ، أخت)، وحصَّلوا درجات مرتفعة من أعراض (PTSD)، حيث قُسّموا إلى مجموعتين (٩ تجريبية، ٩ ضابطة).

أدوات الدراسة: تم تصميم دليل تقدير العوامل والظروف المؤدية لظهور أعراض (PTSD) ضم صورتين؛ الأولى تُطبّق على الطفل والثانية تُطبّق على ولي الأمر، كما تم تصميم مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، ومقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، واستمارة الواجب المنزلي، كما تم تصميم برنامج علاجي انتقائي ضم (٢١) جلسة.

نتائج الدراسة: بينت النتائج أن أعراض (PTSD) لدى أفراد العينة كانت مرتبة كما يلي (ضعف المشاركة الاجتماعية، الأعراض الجسمية، ردود الفعل العاطفية والانفعالية، تجنب الأحداث، فرط التيقظ والمهارات الحياتية)، وأن تلك الأعراض كانت من مستوى فوق المتوسط ما يستدعي تدخلات

علاجية، كما ظهرت فروق في أعراض (PTSD) لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لأبعاد (الأعراض الجسمية، المشاركة الاجتماعية، ردود الفعل العاطفية والانفعالية، إعادة الأحداث الصادمة وتأثيرها المعرفي، تجنب الأحداث، فرط التيقظ والمهارات الحياتية) لصالح المجموعة التجريبية، كما ظهرت مثل هذه الفروق في جميع تلك الأبعاد لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي، وعلى صعيد الجنس ظهرت فروق في مستوى أعراض (PTSD) لدى أفراد العينة في جميع تلك الأبعاد أيضاً، ولصالح الذكور، كونهم تعرضوا لأحداث صادمة أكثر من الإناث.

3-1-10- دراسة (إبراهيم ٢٠١٧) السودان.

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي لتخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى اللاجئين السوريين بولاية الخرطوم.

أهداف الدراسة: الكشف عن السمة العامة لأعراض (PTSD) لدى اللاجئين السوريين المقيمين بولاية الخرطوم، وبحث الفروق في هذا الاضطراب وفق متغيري الجنس والعمر، وتصميم برنامج سلوكي/معرفي (T.B.C) والتعرف على فاعليته في تخفيف أعراض (PTSD) وفق متغير العمر.

عينة الدراسة: عينة تجريبية واحدة قوامها (٢٠) فرداً من اللاجئين السوريين بولاية الخرطوم في السودان، أعمارهم بين (٢٠ إلى ٤٠) سنة، ممن يعانون من درجات مرتفعة من أعراض (PTSD).

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس **(دافيدسون Davidson 1987)** لقياس اضطراب ما بعد الصدمة تعريب وتقنين **(ثابت ٢٠١٤)**، كما تم تصميم برنامج سلوكي/معرفي (T.B.C) ضم (٦) جلسات علاجية تم تنفيذه خلال شهرين، وتم فيه توظيف عدة فنيات علاجية.

نتائج الدراسة: بينت النتائج ارتفاع مستوى اضطراب (PTSD) لدى اللاجئين السوريين بسبب معاناتهم من ويلات الحرب (تشرد الأسر، مشاهد مناظر مؤلمة، التعذيب، القتل، الاغتصاب، النهب..)، وبروز عدة اضطرابات نفسية وأمراض جسمية وضغوط انفعالية بصورة عامة وأعراض اضطراب (PTSD) بصورة خاصة، كما بينت النتائج فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي/المعرفي (T.B.C) في خفض أعراض (PTSD) لدى هؤلاء اللاجئين، إذ ظهرت فروق دالة بين التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس (دافيسون) لاضطراب ما بعد الصدمة لأبعاد (استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، الاستثارة) وللدرجة الكلية لصالح التطبيق البعدي، وانعدام أي أثر لمتغيري الجنس والعمر (بين ٢٠ إلى ٤٠ سنة، أكثر من ٤٠ سنة) على فاعلية البرنامج لدى أفراد العينة.

3-1-11- دراسة (عسيلا ٢٠١٧) دمشق.

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج معرفي/سلوكي في خفض حدّة أعراض الخبرات الصادمة/ دراسة شبه تجريبية لدى عينة من المراهقين المهجرين في محافظة دمشق.

أهداف الدراسة: التعرّف على فاعلية برنامج قائم على العلاج المعرفي/السلوكي (CBT) في خفض أعراض الخبرات الصادمة لدى عينة من طلبة الصف الثاني الثانوي، ممن يقيمون في أحد مراكز الإيواء المؤقت في محافظة دمشق وهُجّروا وذويهم من أماكن إقامتهم الأصلية، وتمكينهم من امتلاك مهارات وأساليب الفهم والتفسير التي تجعلهم قادرين على مواجهة ضغوط وصدمات الحياة على نحو أكثر إيجابية.

عينة الدراسة: عينة تجريبية واحدة قوامها (١٢) طالباً من الصف الثاني الثانوي، ممن يقيمون في أحد مراكز الإيواء المؤقت بمحافظة دمشق، وهُجّروا وذويهم من أماكن إقامتهم الأصلية، وحصلوا على أعلى الدرجات على مقياس الضغوط التالية للصدمة النفسية.

أدوات الدراسة: تم تصميم مقياس الخبرات الصادمة ضم ثلاثة أبعاد (الاستعادة، التجنب، الاستثارة)، كما تم تصميم برنامج إرشادي معرفي/سلوكي (CBT) لخفض أعراض الخبرات الصادمة ضم (١٦) جلسة تم فيها توظيف عدة فنيات إرشادية.

نتائج الدراسة: بينت النتائج أن انتشار اضطراب (PTSD) لدى المراهقين المهجرين خلال الأزمة السورية كان بنسب وقعت ضمن الحدود الطبيعية وبلغت (١٣،٢%)، وأن الخبرات الصادمة التي تعرّض لها هؤلاء المراهقون كانت مرتبة كما يلي (الاستعادة، التجنب، الاستثارة)، كما بينت النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي/السلوكي (CBT) في خفض حدّة أعراض الخبرات الصادمة لدى أفراد العينة، إذ ظهرت فروق بين التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على مقياس الخبرات الصادمة لكل بُعد فرعي (الاستعادة، التجنب، الاستثارة) وللدرجة الكلية لصالح التطبيق القبلي، كما بينت النتائج استمرار أثر البرنامج الإرشادي المعرفي/السلوكي (CBT) في خفض حدّة أعراض الخبرات الصادمة خلال فترة المتابعة والتي استمرت مدة شهر من انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي على أفراد العينة، حيث بلغ حجم الأثر (٦١%)، وهي قيمة مرتفعة ودالة، إذ ظهرت فروق في أداء العينة بين التطبيقين البعدي المباشر والبعدي التتبعي على مقياس الخبرات الصادمة لكل بُعد فرعي (الاستعادة، التجنب، الاستثارة) وللدرجة الكلية لصالح التطبيق البعدي المباشر.

3-1-12- دراسة (الحموز ٢٠١٩) فلسطين المحتلة.

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج قائم على الاسترخاء العضلي لخفض أعراض ما بعد الصدمة النفسية لدى الأطفال الفلسطينيين.

أهداف الدراسة: التحقق من فاعلية تقنيات الاسترخاء العضلي في خفض أعراض (PTSD) الناتجة عن ممارسات الاحتلال الإسرائيلي ضد الأطفال الفلسطينيين، وبحث أثر هذه التقنيات التي يمكن أن تُعزى لكل من (البرنامج، الصف الدراسي، التفاعل بين البرنامج والصف الدراسي).

عينة الدراسة: طُبّقت الدراسة على (٤٤) من تلامذة الصفين الثامن والتاسع الأساسي في محافظة الخليل، وقد اختير أفراد العينة من مدرسة تابعة لوكالة الغوث الدولية القريبة من مناطق الاحتكاك مع الاحتلال الإسرائيلي، ومن مدرسة تابعة لوزارة التربية والتعليم الفلسطينية، وقد قسم أفراد العينة إلى مجموعتين (٢٢ تجريبية، ٢٢ ضابطة).

أدوات الدراسة: تم تصميم مقياس أعراض ما بعد الصدمة النفسية ضم (٣) مجالات (إعادة اختبار الحدث الصادم، تجنب التنبيهات المرتبطة بالحدث الصادم، أعراض فرط الاستثارة)، كما تم تصميم (٨) جلسات علاجية قائمة على تقنيات الاسترخاء العضلي.

نتائج الدراسة: بينت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي القائم على تقنيات الاسترخاء العضلي في خفض أعراض (PTSD) لدى أفراد العينة، إذ ظهرت فروق بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي المباشر لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة النفسية في أبعاد (إعادة اختبار الحدث الصادم، تجنب التنبيهات المرتبطة بالحدث الصادم، أعراض فرط الاستثارة) وللدرجة الكلية لصالح المجموعة التجريبية، كما ظهرت مثل هذه الفروق في المجموعة التجريبية بين التطبيقين القبلي والبعدي المباشر وفق أدائهم على المقياس لصالح التطبيق البعدي المباشر، وبالنسبة لمتغير المدرسة (وكالة غوث أو حكومية) ظهرت فروق لصالح أفراد المجموعة التجريبية ممن ينتمون لصالح المدارس الحكومية، وبالنسبة لأثر التفاعل بين متغيري (المجموعة/المدرسة) فقد ظهرت فروق لصالح العينة التجريبية ممن ينتمون إلى المدرسة الحكومية.

3-2- الدراسات الأجنبية:

3-2-1- دراسة (إنثلوت وسميث ويول Ehntholt & Smith & Yule 2005) بريطانيا.

عنوان الدراسة: برنامج تدخل جماعي للعلاج السلوكي/المعرفي في المدرسة موجه للأطفال اللاجئين الذين خبروا صدمة مرتبطة بالحرب.

School- Based Cognitive- Behavioral Therapy Group Intervention for Refugee Children Who Have Experienced War- Related Trauma.

أهداف الدراسة: تقييم فعالية برنامج تدخل جماعي علاجي سلوكي/معرفي موجه للأطفال اللاجئين الذين خبروا صدمة حرب.

عينة الدراسة: طُبّقت الدراسة على (٢٦) طفلاً (١٧ ذكور، ٩ إناث) أعمارهم (بين ١١ إلى ١٥) سنة، من اللاجئين أو طالبي لجوء قدموا من بلدان متأثرة بالحروب (١١ طفلاً كوسوفو/ألبانيا، ١٠ أطفال سيراليون، ٣ أطفال أكراد/تركيا، ١ طفل أفغانستان، ١ طفل الصومال)، وتم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين (١٥ تجريبية، ١١ ضابطة).

أدوات الدراسة: تم استخدام استبيان صدمة الحرب– النسخة المعدلة (WTQ) تصميم (**ماكسود Macksoud 1993**)، واستبيان نقاط القوة والضعف (SDQ) تصميم (**كودمان Goodman 1994**) موجه للمعلمين، ومقياس تأثير الحدث– النسخة المعدلة (IES-R) تصميم (**سميث وآخرين Smith et al 2003**) موجه للأطفال، ومقياس القلق الظاهر لدى الأطفال– النسخة المعدلة (CMAS-R) تصميم (**رينولدز وريتشموند Reynolds & Richmond 1978**)، كما تم تصميم برنامج تدخل جماعي قائم على العلاج السلوكي/المعرفي ضم (٦) جلسات إرشادية طُبقت من قبل مُتدرب في علم النفس بإشراف اثنين من الأخصائيين بالعلاج الإكلينيكي.

نتائج الدراسة: بينت النتائج ظهور تحسن لدى أطفال المجموعة التجريبية الذين خضعوا لبرنامج العلاج السلوكي/المعرفي بحدود تجاوزت المتوسط من الناحية الإكلينيكية، إذ لوحظ انخفاض في الشدة الكلية لأعراض (PTSD)، وانخفاض في أعراض التطفل، كما أشار المعلمون إلى ظهور تحسن دال في الأعراض الانفعالية والصعوبات السلوكية الكلية لدى أطفال العينة التجريبية، كما أدى برنامج التدخل الجماعي إلى تحسن دال في الوظيفية النفسية والسلوكية لأطفال المجموعة التجريبية، وأن بيانات المتابعة أظهرت أن التحسن والمكاسب التي حققها أفراد المجموعة التجريبية بفعل العلاج السلوكي/المعرفي تم الاحتفاظ بها من قبل (٨) أطفال فقط، وهم ذات الأطفال الذين اختيروا من مدرسة شمال لندن بعد فترة متابعة مدتها شهران.

3-2-2- دراسة (جينوبولو وديكاياكو ويول Giannopoulou & Dikaiakou & Yule 2006) أثينا.

عنوان الدراسة: برنامج تدخل جماعي سلوكي/معرفي لخفض أعراض اضطراب شدة ما بعد الصدمة لدى الأطفال بعد زلزال أثينا عام (١٩٩٩)/ دراسة أولية.

Cognitive-Behavioral Group Intervention for PTSD Symptoms in Children Following the Athens 1999 Earthquake/ A Pilot Study.

أهداف الدراسة: فحص فاعلية برنامج تدخل جماعي سلوكي/معرفي قصير المدى لخفض أعراض (PTSD) لدى عينة من الأطفال الذين عايشوا زلزال (أثينا) في عام (١٩٩٩).

عينة الدراسة: طُبّقت الدراسة على (٢٠) طفلاً (٩ ذكور، ١١ إناث)، أعمارهم (بين ٨ إلى ١٢) سنة، شخصوا بواسطة فريق محلي للصحة العقلية بمعاناتهم من أعراض (PTSD) وفق معايير (DSM-IV-1994) بعد معايشتهم لزلزال أثينا، وقد قُسّم أفراد العينة إلى مجموعتين (١٠ تجريبية خضعوا للعلاج بعد شهرين من الصدمة، ١٠ ضابطة بدؤوا العلاج بعد ٤ شهور من الصدمة).

أدوات الدراسة: تم استخدام مقابلات مع الأطفال وأولياء أمورهم للتقييم الإكلينيكي الشامل بعد مرور فترة زمنية (بين ٦ إلى ١٤) أسبوعاً من وقوع الزلزال وإحالتهم إلى العيادة النفسية، ومقياس تأثير الحدث لدى الأطفال– النسخة المعدلة (CRIES) تصميم (**هورويتز وويلنر وألفارتيز**

Horowitz & Wilner & Alvarez 1979) استُخدم للتحقق من فعالية البرنامج العلاجي، واستبيان نقاط القوة والضعف (SDQ) تصميم **(كودمان Goodman 1994)** موجه لأولياء الأمور، كما تم تصميم مقياس الاكتئاب لتقييم مشاعر الاكتئاب لدى الأطفال، كما تم تصميم برنامج تدخل جماعي سلوكي/معرفي قصير المدى لخفض أعراض (PTSD)، وكانت الجلسة الأولى بمشاركة أولياء الأمور، كما شارك الأطفال في باقي جلسات البرنامج الجماعي مدة (٦) أسابيع، وتم تصميم البرنامج اعتماداً على دليل (الأطفال والكوارث تعليم تقنيات التعافي) تأليف **(سميث وديريغوف ويول Smith & Dyregov & Yule 1999)**، وقد تم تعديله ليتوافق مع فترة التطبيق، وتم في هذا البرنامج توظيف عدة فنيات إرشادية.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج وجود انخفاض في الأعراض الكلية لاضطراب (PTSD) وفق ما عبّرت عنه الدرجة الكلية لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس (CRIES) في أبعاد (التطفل، التجنب، الإثارة)، مع انخفاض في أعراض الاكتئاب، كما ساهم البرنامج العلاجي السلوكي/المعرفي في إحداث تحسن دال في الوظيفية النفسية والاجتماعية لأطفال المجموعة التجريبية، واستمرار أثر التحسن لديهم، والتي تم الاستدلال عليها بإجراء دراسة تتبعية بعد مرور (١٨) شهراً من انتهاء تطبيق البرنامج، كما تم الاحتفاظ بمكاسب ونتائج العلاج وتم الاستدلال عليها بإجراء دراسة تتبعية أخرى بعد (٤) سنوات على انتهاء تطبيق البرنامج.

3-2-3- دراسة (سميث وآخرين Smith et al 2007) بريطانيا.

عنوان الدراسة: العلاج السلوكي/المعرفي لاضطراب شدة ما بعد الصدمة لدى الأطفال والمراهقين/ تجربة أولية عشوائية مضبوطة.

Cognitive- Behavioral Therapy for PTSD in Children and Adolescents/ A Preliminary Randomized Controlled Trial.

أهداف الدراسة: تقييم فعالية برنامج علاجي سلوكي/معرفي فردي التطبيق محدد بالصدمة لخفض أعراض (PTSD) لدى عينة من الأطفال والمراهقين المشخّصين بعد تعرضهم لحوادث صادمة.

عينة الدراسة: طُبّقت الدراسة على (٢٤) طفلاً ومراهقاً (١٢ ذكور، ١٢ إناث) أعمارهم (بين ٨ إلى ١٨) سنة، شخصوا بمعاناتهم من أعراض (PTSD) وفق معايير (DSM-IV-1994) بعد تعرضهم لحدث صادم واحد على الأقل (حوادث مرور، العنف بين الأشخاص، مشاهدة العنف)، وتم تقسيم أفراد العينة وبحسب الجنس إلى مجموعتين (١٢ تجريبية، ١٢ ضابطة).

أدوات الدراسة: تم استخدام جدول مقابلة اضطرابات القلق (ADIS-C/P) تصميم **(سيلفرمان وألبونو Silverman & Albano 1996)** موجه للأطفال وأولياء أمورهم، ومقياس اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD) لدى الأطفال والمراهقين الإكلينيكي (CAPS-CA) تصميم **(نادر وآخرين Nader et al 1994)** لتقييم نتائج المعالجة، ومقياس أعراض اضطراب شدة ما بعد

الصدمة لدى الأطفال (CPSS) تصميم (**فوا وآخرين Foa et al 2001**)، ومقياس تأثير الحدث الصادم للأطفال– النسخة المعدلة (C-RIES) تصميم (**بيرين وآخرين Perrin et al 2005**)، ومقياس الاكتئاب ذاتي التقييم (DSRS) تصميم (**بيرلسون Birleson 1981**)، ومقياس القلق الظاهر لدى الأطفال– النسخة المعدلة (RCMAS) تصميم (**رينولدز وريتشموند Reynolds and Richmond 1978**)، واستبانة مدركات ما بعد الصدمة لدى الأطفال (C-PTCI) تصميم (**ستيدمان Stedman 2003**)، وجميع تلك المقاييس ذاتية التقرير، كما تم تصميم برنامج علاجي سلوكي/معرفي محدد بالصدمة وفق أنموذج (**إيلرز وكلارك Ehlers & Clark 2000**) لاضطراب (PTSD)، والذي تم تكييفه ليناسب الأطفال والمراهقين من أفراد العينة، وقد ضم البرنامج (١٠) جلسات طُبّقت خلال (١٠) أسابيع بشكل فردي على أفراد العينة أو بحضور أولياء الأمور عند الضرورة، وتم في هذا البرنامج توظيف عدة فنيات إرشادية، وقام بتطبيق جلسات البرنامج اثنان من أخصائيي علم النفس الإكلينيكي من حملة درجة الدكتوراه، وبخبرة لا تقل عن (١٠) سنوات.

نتائج الدراسة: بينت النتائج – بعد مرور (٤) أسابيع على مراقبة الأعراض – أن (٢٤%) من أفراد المجموعة التجريبية تحسّنوا لدرجة انخفضت لديهم أعراض (PTSD)، كما أظهروا تحسناً كبيراً ودالاً في خفض أعراض الاكتئاب والقلق مقارنةً بالمجموعة الضابطة، وأن (٩٢%) من أفراد المجموعة التجريبية لم يحققوا معايير اضطراب (PTSD) بعد مرور (٦ أشهر) من انتهاء التدخل العلاجي، ما يشير إلى استمرار أثر وفاعلية العلاج السلوكي/المعرفي، كما أظهرت النتائج أن آثار هذا العلاج قد تراجعت بشكل جزئي لدى نسبة ضئيلة من أفراد المجموعة التجريبية بسبب تشوهات الإدراك الناتج عن سوء التكيف وفق ما تنبأت به النماذج المعرفية لاضطراب (PTSD).

3-2-4- دراسة (جمعية خدمات ومعالجة الصدمة لدى الأطفال والمراهقين CATS Consortium 2010) الولايات المتحدة الأمريكية.

عنوان الدراسة: تطبيق العلاج السلوكي/المعرفي على الشباب الذين تأثروا بكارثة مركز التجارة العالمي: تلبية حاجة تكثيف العلاج وخفض أعراض الصدمة.

Implementation of CBT for Youth Affected by the World Trade Center Disaster: Matching Need to Treatment Intensity and Reducing Trauma Symptoms.

أهداف الدراسة: تقييم فعالية نوعين من العلاج السلوكي/المعرفي لمعالجة الصدمة لدى الأطفال والمراهقين الذين تأثروا بالهجوم الإرهابي على مركز التجارة العالمي بمدينة نيويورك في (١١/أيلول /٢٠٠١)، وهذان النوعان من العلاج يختلفان من حيث الكثافة، فالأول هو علاج سلوكي/معرفي محدد بالصدمة، والثاني علاج سلوكي/معرفي مُختصر.

عينة الدراسة: طُبّقت الدراسة على (٣٠٦) من الأطفال والمراهقين والشباب أعمارهم (بين ٥ إلى ٢١) سنة، ممن عايشوا – بشكل مباشر – العمليات الإرهابية على برجي التجارة العالميين بمدينة نيويورك بتاريخ (١١/أيلول/٢٠٠١)، وتم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين تجريبيتين (١٥٣ تجريبية أولى تلقّت العلاج المحدد بالصدمة، ١٥٣ مجموعة تجريبية ثانية تلقّت العلاج المختصر).

أدوات الدراسة: تم استخدام مؤشر رد فعل اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD-RI) تصميم **(ستيندبيرغ وآخرين Steinberg et al 2004)**، واستبيان نقاط القوة والضعف (SDQ) تصميم **(كودمان Goodman 1994)**، ومقياس التقدير السلوكي والعاطفي (BERS) تصميم **(إبستين وشارما Epstein & Sharma 1998)**، وقد استُخدم المقياسان الأخيران لتقييم القلق والاكتئاب ونقاط القوة لدى أفراد العينة، كما تم استخدام شاشة لفحص شدة الصدمة، كما تم تصميم برنامج علاج سلوكي/معرفي محدد بالصدمة ضم (بين ١٢ إلى ٢٠) جلسة، كما تم تصميم برنامج علاج سلوكي/معرفي مختصر ضم (٤) جلسات فقط.

نتائج الدراسة: تم متابعة تأثير كلا البرنامجين العلاجيين خلال فترة زمنية امتدت منذ بداية تلقّي أفراد العينة للعلاج حتى (٦) أشهر، وأظهرت النتائج أن معدل التغير عبر الزمن لم يختلف بشكل دال بالنسبة للمجموعة التجريبية الأولى التي تلقّت العلاج السلوكي/المعرفي المحدد بالصدمة، وذلك مقارنةً بالمجموعة التجريبية الثانية التي استخدمت العلاج السلوكي/المعرفي المختصر، ذلك أن أفراد كلا المجموعتين قد تحسنوا بشكل مستقل، وانخفضت لديهم أعراض (PTSD) دون تدخل علاجي بسبب تأثير الفترة الزمنية الطويلة (تأثير عامل الزمن)، إلا أن أفراد المجموعة التجريبية الأولى ظهر لديهم تحسن إكلينيكي ودال في خفض أعراض (PTSD) مقارنةً بأفراد المجموعة التجريبية الثانية.

3-2-5- دراسة (ديهل وآخرين Diehle et al 2014) هولندا.

عنوان الدراسة: العلاج السلوكي/المعرفي المحدد بالصدمة أو العلاج بإزالة الحساسية وإعادة معالجة حركة العين: أيهما أكثر فاعلية بالنسبة للأطفال الذين يعانون من أعراض شدة ما بعد الصدمة ؟، تجربة عشوائية مضبوطة.

Trauma- Focused Cognitive Behavioral Therapy or Eye Movement Desensitization and Reprocessing: What Works in Children with Posttraumatic Stress Symptoms ?. A Randomized Controlled Trial.

أهداف الدراسة: فحص فعالية ومقارنة طريقتين لمعالجة أعراض (PTSD) لدى الأطفال، تقوم الطريقة الأولى على العلاج السلوكي/المعرفي المحدد بالصدمة، وتقوم الطريقة الثانية على إزالة الحساسية وإعادة معالجة حركة العين، ومعرفة آثار كلا الطريقتين في العيادات الخارجية.

عينة الدراسة: طُبّقت الدراسة على (٤٨) طفلاً أعمارهم (بين ٨ إلى ١٨) سنة، ممن تعرضوا لحدث صادم واحد على الأقل، وقد قُسّم أفراد العينة عشوائياً إلى مجموعتين؛ مجموعة تجريبية أولى

قوامها (٢٤) فرداً خضعت للتدخل العلاجي السلوكي/المعرفي، ومجموعة تجريبية ثانية قوامها (٢٤) فرداً خضعت للعلاج بطريقة إزالة الحساسية ومعالجة حركة العين.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس اضطراب شدة ما بعد الصدمة لدى الأطفال والمراهقين (CAPS-CA) تصميم (**نادر وآخرين Nader et al 1996**)، وجدول مقابلة اضطرابات القلق (ADIS-C/P) تصميم (**سيلفرمان وألبونو Silverman & Albano 1996**) الذي طُبّق كمقابلة أولية مع الأطفال وأولياء أمورهم، ومقياس تأثير الحدث- النسخة المعدلة (IES-R) تصميم (**سميث وآخرين Smith et al 2003**)، ومقياس الاكتئاب والقلق لدى الأطفال- النسخة المعدلة (RCADS) تصميم (**شوربيتا Chorpita et al 2000**) موجه للأطفال وأولياء أمورهم، واستبيان نقاط القوة والضعف (SDQ) الصيغة المختصرة تصميم (**كودمان Goodman 1997**) موجه لأولياء الأمور، كما تم تصميم برنامج علاجي سلوكي/معرفي محدد بالصدمة وفق نموذج (**كوهن وآخرون Cohen et al 2008**)، ويضم البرنامج بنموذجه الأصلي (١٢) جلسة عُدّلت لتصبح (٨) جلسات تقوم على عدة فنيات إرشادية، كما دُعي الآباء أيضاً للمشاركة في عدة جلسات، أو أمضوا (١٥) دقيقة من الجلسة وحدهم مع المعالج النفسي، كما تم استخدام النسخة الهولندية من برنامج العلاج القائم على إزالة الحساسية ومعالجة حركة العين للأطفال والمراهقين المبني وفق أنموذج (**شابيرو Shapiro 2001**) للبالغين، وضم البرنامج بصورته المعدلة (٨) جلسات، وقد دُعي الآباء للانضمام بفترة (١٥) دقيقة من كل جلسة، أو قضوا هذا الوقت بمفردهم مع المعالج النفسي.

نتائج الدراسة: قام (٨) معالجين نفسيين خبراء في مجال العلاج السلوكي/المعرفي بالتدرب على تطبيق كلا البرنامجين قبل المشاركة في الدراسة، وأظهرت النتائج أن كلاً من العلاج السلوكي/ المعرفي المحدد بالصدمة والعلاج بإزالة الحساسية وإعادة معالجة حركة العين كانا فاعلين في خفض أعراض (PTSD) لدى الأطفال داخل أو خارج العيادات، كما بينت النتائج عدم وجود فروق دالة في مستوى أعراض (PTSD) لدى أطفال كلا المجموعتين تعود لفاعلية أي طريقة على حساب الطريقة الأخرى في العلاج، وأن العلاج القائم على إزالة الحساسية ومعالجة حركة العين لم يُقلل من المشكلات المرضية بشكل فعال، والنسبة للعلاج السلوكي/المعرفي المحدد بالصدمة فقد أشار الأطفال وأولياء أمورهم إلى وجود تحسن في المشكلات المرضية، وذكروا آثاراً إيجابية أكثر للمعالجة مقارنةً بأولياء أمور الأطفال الذين عولجوا بإزالة الحساسية ومعالجة حركة العين.

3-2-6- دراسة (چين وآخرين Chen et al 2014) الصين.

عنوان الدراسة: فعالية تجربة عشوائية مضبوطة لبرنامج تدخل مرتكز على العلاج السلوكي/ المعرفي لدى الشباب الذين فقدوا آباءهم في زلزال سيتشوان بالصين.

Effectiveness RCT of a CBT Intervention for Youths Who Lost Parents in the Sichuan China Earthquake.

أهداف الدراسة: تقييم فعالية المعالجة باستخدام برنامج تدخل علاجي سلوكي/معرفي قصير المدى لخفض أعراض (PTSD) والاكتئاب لدى عينة مراهقين ممن فقدوا آباءهم في زلزال (سيتشوان) بالصين، ومقارنة فعالية هذا البرنامج العلاجي ببرنامج دعم نفسي عام.

عينة الدراسة: طُبّقت الدراسة على (٣٢) مراهقاً صينياً ممن فقدوا أحد آبائهم على الأقل في زلزال (سيتشوان) بالصين، وسطي أعمارهم (١٤،٥) سنة، قُسّموا إلى ثلاث مجموعات؛ مجموعة تجريبية أولى قوامها (١٠) مراهقين خضعوا لبرنامج علاجي سلوكي/معرفي قصير المدى، ومجموعة تجريبية ثانية قوامها (١٠) مراهقين خضعوا لبرنامج دعم نفسي عام، مجموعة ضابطة الثالثة قوامها (١٢) مراهقاً لم يتلقوا أي علاج أو أي خدمات دعم نفسي.

أدوات الدراسة: تم استخدام النسخ الصينية من عدة مقاييس هي؛ مقياس المرونة النفسية (CD-RISC) تصميم (**كونور ودافيدسون Connor & Davidson 2003**)، ومقياس تأثير الأحداث على الأطفال– النسخة المعدلة (CRIES-13) تعديل (**فينغ وآخرين Feng et al 2009**)، ومقياس الاكتئاب لمركز الدراسات المرضية (CES-D) تصميم (**فاولستيش Faulstich et al 1986**)، وتم استخدام تلك المقاييس لتقييم نتائج العلاج، كما تم تصميم برنامج تدخل علاجي سلوكي/معرفي قصير المدى ضم (٦) جلسات علاجية صُممت اعتماداً على دليل (الأطفال والكارثة: تعليم تقنيات التعافي) تأليف (**سميث وديريغوف ويول Smith & Dyregov & Yule 1999**)، وبالاعتماد على خبرة العمل مع ضحايا الزلازل السائدة في الثقافة الصينية، وتم في هذا البرنامج توظيف عدة فنيات إرشادية، كما تم تصميم برنامج تدخل للدعم النفسي العام، والذي تألف من دعم عام يُقدّم بشكل فردي من قبل ثلاثة متطوعين تلقّوا تدريباً في تقنيات الاستشارة (الاستماع، التفكير، التعاطف)، حيث قام المتطوعون بزيارة المراهقين من أفراد العينة في منازلهم لمدة (٦) أسابيع ومساعدتهم في التعامل مع المشكلات في المنزل والمدرسة.

نتائج الدراسة: بينت النتائج أن برنامج العلاج السلوكي/المعرفي الجماعي قصير المدى كان فعالاً في خفض أعراض (PTSD) والاكتئاب لدى أفراد العينة وتحسين المرونة النفسية لديهم، وأن هذا البرنامج كان فعالاً مع ضحايا الكوارث الطبيعية، وأكثر فعالية في تحسين المرونة النفسية وخفض أعراض (PTSD) والاكتئاب لدى المراهقين الذين فقدوا آباءهم في الزلزال مقارنةً بالمجموعة التجريبية الثانية التي خضعت لبرنامج دعم نفسي عام، وبالمقارنة مع المجموعة الضابطة التي لم تخضع لأي تدخل علاجي، كما أظهرت النتائج أن برنامج الدعم النفسي العام كان فعالاً في تحسين المرونة النفسية فقط لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية، وأن برنامج الدعم النفسي العام كان أكثر فعالية في تحسين المرونة النفسية وخفض أعراض (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية الثانية مقارنةً بالمجموعة الضابطة التي لم تخضع لأي تدخل علاجي.

3-2-7- دراسة (كاميوكا وآخرين Kameoka et al 2015) اليابان.

عنوان الدراسة: كفاءة العلاج السلوكي/المعرفي المحدد بالصدمة لدى الأطفال الذين تعرضوا لصدمة في اليابان: دراسة أولية.

Feasibility of Trauma- Focused Cognitive Behavioral Therapy for Traumatized Children in Japan: A Pilot Study.

أهداف الدراسة: تقييم كفاءة وفعالية استخدام برنامج علاجي سلوكي/معرفي محدد بالصدمة في خفض أعراض (PTSD) لمعالجة الأطفال الذين تعرضوا لأحداث صادمة في اليابان.

عينة الدراسة: طُبّقت الدراسة على (٣٥) طفلاً (٩ ذكور، ٢٦ إناث) أعمارهم (بين ٣ إلى ١٧) سنة ممن حققوا ما لا يقل عن (٥) من أعراض (PTSD) وفق معايير دليل (DSM-IV-1994)، كما تمت الاستعانة بمجموعة قوماها (٣٥) فرداً من مقدمي الرعاية.

أدوات الدراسة: تم استخدام مؤشر رد فعل اضطراب شدة ما بعد الصدمة (TF-CBT) تصميم جامعة كاليفورنيا وفق معايير (DSM-IV-1994) وهو استبيان موجه للأطفال وأولياء الأمور لتقييم أعراض (PTSD) التي حدثت للفرد بين أعمار (٧ إلى ١٨) سنة، كما تم استخدام مقياس التقييم العالمي للأطفال لتقييم الفاعلية الاجتماعية للأطفال (النسخة اليابانية)، كما تم تصميم برنامج علاجي بُني وفق المدخل السلوكي/المعرفي المحدد بالصدمة ضم (بين ١٢ إلى ٢٥) جلسة.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج كفاءة وفاعلية برنامج العلاج السلوكي/المعرفي المحدد بالصدمة في خفض أعراض (PTSD) لدى الأطفال الذين تعرضوا لصدمة في مجتمع آسيوي، وأن أعراض اضطراب (PTSD) والوظيفية الاجتماعية قد تحسنت بشكل ذي دلالة بعد تطبيق البرنامج العلاجي لدى الأطفال من أفراد المجموعة التجريبية بعد انتهاء المعالجة.

3-2-8- دراسة (كولدباك وآخرين Goldbeck et al 2016) ألمانيا.

عنوان الدراسة: فعالية العلاج السلوكي/المعرفي المحدد بالصدمة لدى الأطفال والمراهقين: تجربة عشوائية مضبوطة في ثماني عيادات للصحة العقلية في ألمانيا.

Effectiveness of Trauma- Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents: A Randomized Controlled Trial in Eight German Mental Health Clinics.

أهداف الدراسة: التحقق من فعالية العلاج السلوكي/المعرفي المحدد بالصدمة في خفض أعراض (PTSD) لدى الأطفال والمراهقين، وبحث العوامل التي تتنبّئ بالاستجابة للعلاج.

عينة الدراسة: طُبّقت الدراسة على (١٥٩) مريضاً (٤٥ ذكور، ١١٤ إناث) مسجلين في (٨) عيادات للصحة العقلية بألمانيا، أعمارهم (بين ٧ إلى ١٧) سنة، ممن تعرضوا لحدث صادم واحد أو أكثر بعد عمر الثانية، ومضى على تلك الصدمة (٣ أشهر) على الأقل، ويعانون من أعراض (PTSD) وفق معايير (DSM-IV-1994)، وتم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين؛ المجموعة

الأولى تجريبية قوامها (٧٦) مريضاً (٢٣ ذكور، ٥٣ إناث)، والمجموعة الثانية ضابطة قوامها (٨٣) مريضاً (٢٢ ذكور، ٦١ إناث).

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD) لدى الأطفال والمراهقين الإكلينيكي (CAPS-CA) تصميم **(نادر وآخرين Nader et al 2002)** لتقييم نتائج المعالجة، ومقياس وكسلر للذكاء عن الأطفال– النسخة الرابعة (WISC-IV-2006) الألماني، ومقياس الغيبوبة (غلاسكو Glasgow) تصميم **(تاسدال وجانيت Teasdale & Jennett 1994)** لاستبعاد من يُعاني إصابة شديدة بالرأس، ومقياس التقييم العالمي للأطفال (CGAS) تصميم **(شافر وآخرين Shaffer et al 1983)**، ومؤشر رد فعل اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD-RI) تصميم **(ستيندبيرغ وآخرين Steinberg et al 2004)** موجه للقائمون على الرعاية الصحية، واستبانة مدركات ما بعد الصدمة لدى الأطفال (C-PTCI) تصميم **(ستيدمان Stedman 2009)**، واستبانة الاكتئاب لدى الأطفال (CDI) تصميم **(كوفاس Kovacs 1992)**، وبروفيل الاضطرابات الانفعالية المرتبطة بالقلق لدى الأطفال (SCARED) تصميم **(بريمر وآخرين Birmaher et al 1999)**، واستبانة جودة الحياة لدى الأطفال (ILK) تصميم **(ماتجيت وريسشميدت Mattejat & Remschmidt 2006)**، كما تم تصميم برنامج علاجي سلوكي/معرفي محدد بالصدمة قصير المدى ضم (١٢) جلسة، تم فيها توظيف عدة فنيات إرشادية.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن برنامج العلاج السلوكي/المعرفي المحدد بالصدمة كان فعالاً في خفض أعراض (PTSD) لدى الأطفال والمراهقين الذين يعانون من أنماط غير متجانسة من الصدمة، كما ساهم البرنامج في خفض المدركات المشوهة وغير الفعالة المرتبطة بالصدمة لديهم، وفي خفض مدى واسع من الأعراض المرضية كالاكتئاب والقلق.. وغيرها، وتحسين الفاعلية النفسية للمرضى، إلا أن البرنامج لم يكن فعالاً في تحسين جودة الحياة لدى أفراد العينة، وأن عمر المريض ومستوى الأمراض النفسية لديه ارتبط بشكل دال مع مستوى الاستجابة للعلاج، ما يؤكد بأن المرضى الأصغر سناً ممن يعانون مستوى أقل من الاضطرابات المرضية أظهروا تحسناً أكبر واستجابة أفضل للعلاج السلوكي/المعرفي، كما بينت النتائج فعالية العلاج السلوكي/المعرفي بصرف النظر عن متغير الجنس، أو نوع الصدمة، أو مستوى التخصص المهني ونوع الخبرة لدى المعالج النفسي.

3-2-9- دراسة (ليفا– بيانشي وآخرين Leiva- Bianchi et al 2018) تشيلي.

عنوان الدراسة: فعالية العلاج السلوكي/المعرفي لكرب ما بعد الكارثة في خفض أعراض شدة ما بعد الصدمة بعد إعصار تسونامي وزلزال تشيلي.

Effectiveness of Cognitive- Behavioral Therapy for Post- Disaster Distress in Post-Traumatic Stress Symptoms after Chilean Earthquake and Tsunami.

أهداف الدراسة: تقييم فعالية العلاج السلوكي/المعرفي لكرب ما بعد الكارثة في خفض أعراض (PTSD) بعد إعصار تسونامي وزلزال تشيلي.

عينة الدراسة: طُبّقت الدراسة على (٢٩) فرداً (٣ ذكور، ٢٦ إناث) وُزّعوا إلى ثلاث مجموعات؛ مجموعة ضابطة قوامها (١٦) فرداً (٢ ذكور، ١٤ إناث) من الأصحّاء الذين لا يعانون أي اضطراب وسطي أعمارهم (٤٨) سنة، والذين طُبق برنامج العلاج السلوكي/المعرفي عليهم رغم عدم معاناتهم من أعراض (PTSD)، والمجموعة الثانية تجريبية قوامها (٩) إناث يعانين من أعراض (PTSD) وسطي أعمارهن (٤٦) سنة تلقّين علاجاً سلوكياً/معرفياً بالكامل، ومجموعة تجريبية ثالثة قوامها (٤) أفراد (١ ذكور، ٣ إناث) يعانون من أعراض (PTSD)، وسطي أعمارهم (٥١) سنة، تلقّوا معالجة مختصرة (جلستين فقط).

أدوات الدراسة: تم تصميم مقابلة تقييم مختصرة لأعراض (PTSD) لتقييم فعالية العلاج، كما تم تصميم برنامج للعلاج السلوكي/المعرفي لكرب ما بعد الكارثة، وهو برنامج جماعي ضم (بين ١٠ إلى ١٢) جلسة، تم في هذا البرنامج توظيف عدة فنيات إرشادية، وتم تطبيق البرنامج من قبل (٦) معالجات نفسيات يحملن مؤهلاً علمياً في علم النفس.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج فعالية العلاج السلوكي/المعرفي لكرب ما بعد الكارثة في خفض أعراض (PTSD)، أما المجموعة التجريبية الثانية التي تلقّت العلاج الكامل فقد أظهرت انخفاضاً دالاً في الأعراض الكلية لاضطراب (PTSD) دون المستويات الخطيرة مقارنةً بالمجموعتين الأولى والثالثة اللتين لم يُظهر أفرادها أي تغيرات دالة في عدد من أعراض (PTSD) بعد العلاج.

3-3- تعقيب على الدراسات السابقة وأوجه الاستفادة منها:

لوحظ من العرض السابق؛ وجود عدد جيد من الدراسات السابقة (المحلية، العربية، الأجنبية) والحديثة نسبياً، والتي هدفت إلى تصميم برامج إرشادية قائمة على المدخل السلوكي/المعرفي لخفض أعراض (PTSD) لدى عينات من (الأطفال، المراهقين، الشباب) ممن تعرّضوا لخبرات صادمة بسبب معايشتهم لكوارث طبيعية (إعصار، زلزال، طوفان..) أو من صنع الإنسان (حروب، نزاعات مُسلحة، حوادث سير أو سكك حديدية، اغتصاب إساءة جنسية..). إلا أنه لم يتم رصد أي دراسة سابقة للتحقق من فاعلية برنامج سلوكي/معرفي في خفض أعراض (PTSD) لدى عينة من المراهقين المصابين بإعاقات حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية، ومن هنا تأتي أهمية الدراسة الحالية وجدّتها، رغم التقاطع الجزئي مع دراسة (**عسيلا ٢٠١٧**). أما أوجه استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة فقد تتمثل في جانبين رئيسيين؛ هما:

3-3-1- الجانب النظري:

3-3-1-1- الإحاطة بمفهوم اضطراب شدة ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) من حيث التعريف، ومعايير التشخيص، والنوع (آني، متأخر)، والشدة (بسيط، متوسط، شديد، مزمن)، وأهم المظاهر السلوكية المميزة لهذا الاضطراب من النواحي النفسية والانفعالية والاجتماعية والسلوكية (الخوف الشديد، اليأس، الرعب، العزلة الاجتماعية، الأفكار اللاعقلانية، الاختبار المستمر للحدث الصادم وتجنب المثيرات المرتبطة به، فقدان الحس بقابلية الاستجابة العامة، الإثارة المتزايدة، الكوابيس، أحلام اليقظة، التبول اللاإرادي..)، ودور هذا الاضطراب في تعطيل معظم مجالات الحياة الوظيفية (مشكلات التركيز والانتباه والتعلم، تراجع التحصيل الدراسي، تعطيل الحياة المهنية، تعطيل الحياة الاجتماعية والأسرية..) بالنسبة للفرد الذي خبر أي حدث أو مجموعة أحداث صادمة.

3-3-1-2- تعرّف أثر العوامل البيئية السلبية (غياب الدعم النفسي والاجتماعي، غياب الدعم الاقتصادي والمادي، التهجير من المنزل..) في زيادة مستوى وشدة أعراض (PTSD) لدى الأفراد الذين خبروا حدثاً أو مجموعة أحداث صادمة بسبب معايشتهم لكوارث طبيعية أو من صنع الإنسان، وأهمية التدخل الإرشادي لخفض أعراض هذا الاضطراب لدى المُصابين من الأطفال والمراهقين.

3-3-1-3- التعرُّف على مفهوم الإرشاد السلوكي/المعرفي الفردي والجماعي، من حيث النشأة التاريخية، وأهم المنظّرين لهذا المدخل (**أليس Ellis؛ بيك Beck؛ رايمي Raimy؛ كيلي Kelly؛ فرايد Fried؛ ميتشنبوم Meichenbaum؛ لازروس Lazarus؛ ولبي Wolpe**).. وغيرهم، وتعرّف الأسس النظرية والتطبيقية لهذا المدخل في الإرشاد النفسي، ودوره في خفض أعراض (PTSD) بسبب تعدد فنياته (التفريغ الانفعالي، اختبار المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية، اختبار المشاعر الإيجابية والأفكار العقلانية، تعزيز الصلابة النفسية والثبات الانفعالي، حل المشكلات، التحكم والسيطرة، الاسترخاء، التعايش مع الصدمة، الكف بالنقيض..)، وقدرته على التعامل مع الاضطرابات النفسية من منظور ثلاثي الأبعاد (معرفياً، انفعالياً، سلوكياً).

3-3-2- الجانب التطبيقي والعملي:

3-3-2-1- تعرُّف خطوات تصميم (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013) وما يتضمنه من معايير فرعية (A) (B) (C) (D) (E) (F) (G)، لروز مستوى وشدة أعراض (PTSD) ليناسب الأفراد من عمر (بين ١٠،١١ إلى ١٧،١١ سنة)، والمبني وفق أسس ومعايير دليل (DSM-5-2013)، وتعرّف خطوات التحقق من صدق وثبات هذا المقياس، وجعله الأداة الرئيسية لتشخيص أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين، وفي التحقق من فاعلية البرنامج السلوكي/المعرفي في مراحل القياس (القبلي، البعدي، المؤجل).

3-3-2-2- تعرّف خطوات تحديد مستوى ونسبة انتشار اضطراب (PTSD) لدى عينة مسحية من المراهقين المهجرين من أماكن إقامتهم الأصلية والمقيمين في عدة مراكز إيواء في محافظتي مدينة دمشق واللاذقية، وتعرّف أفضل المعادلات الإحصائية المُستخدمة لتحقيق هذا الهدف.

3-3-2-3- تعرّف خطوات تشخيص أفراد المجموعة التجريبية من المراهقين المصابين بإعاقات حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية من عمر (بين ١١،١٤ إلى ١١،١٥ سنة).

3-3-2-4- تعرّف خطوات بناء البرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي، وكيفية اختيار وتوظيف أفضل الفنيات الإرشادية (التدريب على طلب الدعم والمساندة، التفريغ الانفعالي، استيعاب الحدث الصادم، اختبار المشاعر والأفكار السلبية واللاعقلانية، اختبار المشاعر والأفكار الإيجابية والعقلانية، التعايش والتكيف مع الإعاقة، الاسترخاء والتأمل الواعي، الصلابة النفسية والثبات الانفعالي، حل المشكلات، تنمية الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة، إعادة البناء المعرفي) باستخدام (النمذجة المباشرة، النمذجة غير المباشرة، الحوار والمناقشة، الأسئلة، المحاضرة، لعب الدور، التعزيز، الواجب المنزلي)، لخفض أعراض (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية.

3-3-2-5- تعرّف خطوات التحقق من فاعلية البرنامج السلوكي/المعرفي المصمم في خفض أعراض (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية، وتعرّف خطوات التحقق من استمرار أثر هذا البرنامج ضمن فترة المتابعة (بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج).

3-3-2-6- تعرّف المنهج المناسب لتحقيق أهداف الدراسة الحالية (المنهج شبه التجريبي ذي العينة الواحدة)، وتعرّف أكثر الأساليب الإحصائية مُلاءمةً للإجابة عن أسئلة الدراسة الحالية.

3-3-2-7- تعرّف الطرق العلمية لتفسير نتائج الدراسة الحالية من الناحية الميدانية، وبالمقارنة مع الأدب النظري والدراسات السابقة الشبيهة في بعض جوانبها بالدراسة الحالية.

كما تتميز الدراسة الحالية عن معظم الدراسات السابقة بشمولها لعدة فنيات مقتبسة من الإرشاد السلوكي/المعرفي، والتي لم توظف مجتمعةً في معظم الدراسات السابقة.

كما تتميز الدراسة الحالية عن معظم الدراسات السابقة بتوظيف مجموعة من الأنشطة الاجتماعية والترويحية (زرع الأشجار، زيارة سوق الحميدية)، وهو ما لم يُلاحظ في جميع الدراسات السابقة.

4- الفصل الرابع

(منهج الدراسة وإجراءاتها)

تمهيد.

4-1- منهج الدراسة.

4-2- أدوات الدراسة.

4-3- عينة الدراسة الأساسية والإجراءات المتّبعة في اختيارها.

4-4- متغيرات الدراسة.

4-5- صعوبات الدراسة.

تمهيد:

تضمن الفصل الرابع البحث في منهج الدراسة وإجراءاتها؛ والذي عُرض فيه منهجي الدراسة الحالية (المنهج المسحي، المنهج شبه التجريبي)، تلا ذلك عرض الأدوات التي تم تصميمها وهي (مقياس شدة ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين المبني وفق معايير DSM-5-2013، البرنامج السلوكي/المعرفي لخفض أعراض شدة ما بعد الصدمة PTSD لدى المراهقين المُصابين بإعاقات حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية)، كما تم في هذا الفصل عرض عينة الدراسة والإجراءات المتّبعة في اختيارها، ثم البحث في متغيرات الدراسة (المتغيرات المستقلة، المتغير التابع)، ثم عرض خطوات تنفيذ البرنامج، وأهم صعوبات تصميم وتطبيق الدراسة الحالية.

4-1- منهج الدراسة:

استناداً إلى الهدف العام والأهداف الخاصة للدراسة الحالية، فقد تم توظيف المنهجين التاليين:

4-1-1- المنهج المسحي: الذي يسعى للحصول على بيانات حول المجتمع الأصلي، وعكسها بصورة تكرارات تعبّر عن ظاهرة ما منتشرة في مجتمع أصلي محدد، وضمن حدود زمنية ومكانية محددة بذاتها، لمساعدة الباحث من الوصول إلى استدلالات واستنتاجات حول انتشار ظاهرة ما خلال فترة زمنية محددة في بقعة جغرافية محددة (Beins & McCarthy, 2012, 91).

وفي الدراسة الحالية؛ تم توظيف هذا المنهج لتحقيق الهدف التالي: تحديد مستوى ونسبة انتشار اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD) لدى عينة من المراهقين (المصابين بإعاقات حركية مكتسبة) المقيمين في عدد من مراكز الإيواء بمحافظتي دمشق واللاذقية خلال الأزمة السورية.

4-1-2- المنهج شبه التجريبي ذو العينة الواحدة: أو المنهج شبه التجريبي ذو المتوالية الزمنية؛ وقد سُمّي شبه تجريبي لأنه جزئياً تجريبي، إذ لا يستطيع الباحث ضبط جميع متحولات الدراسة التي تهدد الصدق الداخلي ضبطاً تجريبياً تاماً، لذلك يواجه الباحث مواقف لا يستطيع توفير مُتطلبات التصميم التجريبي الحقيقي، ما يتيح للباحث القيام ببعض إجراءات الضبط ضمن الحدود المعقولة، وبالقدر الذي تسمح به الظروف الموضوعية. كما سُمّي بمنهج تصميم المتوالية الزمنية لأنه يعتمد على مجموعة تجريبية واحدة بلا مجموعة ضابطة، بالتزامن مع وجود سلسلة من الاختبارات القبلية وسلسلة من الاختبارات البعدية لتتبّع التغيرات التي طرأت على العينة (قبل، أثناء، بعد) التجربة (الكيلاني والشريفين، ٢٠٠٦، ٧٤-٧٦).

وفي الدراسة الحالية؛ تم توظيف هذا المنهج لتحقيق الهدف التالي: تصميم برنامج قائم على بعض فنيات المدخل السلوكي/المعرفي والتحقق من فاعليته في خفض أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD) يناسب عينة مراهقين من عمر (بين ١٤،١١ إلى ١٥،١١ سنة) ممن أصيبوا بإعاقات حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف) بسبب العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية.

4-2- أدوات الدراسة:

4-2-1- مقياس شدة ما بعد الصدمة (DSM-5-2013):

مر تصميم المقياس بعدة مراحل مخططة ومنظمة وفق الأصول العلمية لبناء المقاييس التشخيصية مرجعية النطاق (Diagnostic Domain- Referenced Test)، والتي أسست لصدق المحتوى وصدق التكوين، وذلك قبل أن يأخذ المقياس صورته النهائية؛ وتلك الخطوات هي:

4-2-1-1- مراجعة الأدب النظري والدراسات السابقة: بهدف تعرّف الصيرورة التاريخية لتطور معايير تشخيص اضطراب (PTSD) في الإصدارات المتعاقبة من دليل (DSM-1-1952)؛ (DSM-3-1980)؛ (DSM-3-TR-1987)؛ (DSM-4-1994)؛ (DSM-4-TR-2000)؛ (DSM-5-2013)، والمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10-1992)، كما تمت العودة إلى بعض أمهات الكتب سيما مُؤلف **(سيغموند فرويد ١٩٢٦)** الذي بحث فيه أعراض العُصاب الصدمي لدى الأطفال والمراهقين. كما تم استعراض عدة دراسات سابقة كان هدفها الرئيسي تصميم مقاييس لروز اضطراب (PTSD) لدى الأطفال والمراهقين والبالغين، ومن أهمها دراسات **(دافيدسون وزملائه Davidson et al 1995)**؛ **(ميرزماني وآخرين Mirzamani et al 2006)**؛ **(بويس وكولڤير وكاردينر Boyes & Cluver & Gardner 2012)**؛ **(دايلي وآخرين Diehle et al 2013)**؛ **(نيكسون وآخرين Nixon et al 2013)**؛ **(كاربالو وآخرين Caraballo et al 2013)**؛ **(هوليداي وآخرين Holliday et al 2015)**؛ **(سڤين وبوندجيرس وويلبراند Sveen & Bondjers & Willebrand 2016)**.

4-2-1-2- صياغة الأهداف العامة والخاصة للمقياس:

4-2-1-2-1- الهدف العام للمقياس: قياس مستوى وشدة أعراض اضطراب شدة ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) لدى الأفراد من عمر (بين ١٠،١١ إلى ١٧،١١ سنة) وفق الأسس والمعايير الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية– الطبعة الخامسة (DSM-5-2013).

4-2-1-2-2- الأهداف الفرعية للمقياس:

4-2-1-2-2-1- تحديد فيما إذا كان المفحوص قد تعرّض لحادث أو مجموعة أحداث صادمة، تحقيقاً للمعيار (A).

4-2-1-2-2-2- قياس مستوى معاناة المفحوص الناجمة عن إعادة الاختبار المستمر للأحداث المُروعة والذكريات التطفلية التالية مباشرة للحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة، تحقيقاً للمعيار (B).

4-2-1-2-2-3- قياس مستوى معاناة المفحوص الناجمة عن التجنب المستمر للمثيرات والذكريات المرتبطة بالحادث أو مجموعة أحداث صادمة، تحقيقاً للمعيار (C).

4-2-1-2-2-4- قياس مستوى معاناة المفحوص الناجمة عن التبدلات السلبية في الإدراك والمزاج بعد التعرض للحادث أو مجموعة أحداث صادمة، تحقيقاً للمعيار (D).

4-2-1-2-2-5- قياس مستوى معاناة المفحوص الناجمة عن التبدلات المستمرة في الإثارة والنشاط بعد التعرض للحادث أو مجموعة أحداث صادمة، تحقيقاً للمعيار (E).

4-2-1-2-2-6- تحديد المدة الزمنية لاستمرارية أعراض المعايير (B) (C) (D) (E) لدى المفحوص بعد التعرض للحادث أو مجموعة أحداث صادمة، تحقيقاً للمعيار (F).

4-2-1-2-2-7- تحديد مدى تأثير الأعراض (B) (C) (D) (E) على نشاطات الحياة اليومية بعد التعرض للحادث أو مجموعة أحداث صادمة، تحقيقاً للمعيار (G).

4-2-1-3- بناء المقياس بصورته الأولى: تم ذلك بإتباع الخطوات التالية:

4-2-1-3-1- حصر نطاق المجتمع الأصلي للبنود بالاعتماد على محكّات التشخيص الواردة في دليل (DSM-5-2013) التي عُرضت في الإطار النظري سابق اذ١كر، وبالعودة إلى عدد من الدراسات السابقة، ونتائجها، وما تتضمنه من مقاييس لروز اضطراب (PTSD).

4-2-1-3-2- تعيين وتسمية المعايير الفرعية للمقياس، وذلك تمهيداً لقياسها وتحديد مستوى المظاهر السلوكية المرتبطة بها لدى الفئة المستهدفة.

4-2-1-3-3- قيام الباحث بالصياغة الأولية لعينة من البنود التي تروز المظاهر السلوكية والانفعالية لاضطراب (PTSD) وذلك بما يتناسب مع المعايير (A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) الواردة في دليل (DSM-5-2013)، وتضمينها في المقياس.

4-2-1-3-4- تصميم المقياس بصورته الأولية من حيث تعليمات التطبيق، وعدد البنود لكل معيار، ومحتواها، وزمن التطبيق، ومفتاح التصحيح مُحاكاةً لبعض المقاييس الواردة في عدة دراسات سابقة لتلائم شكلاً ومضموناً الهدف العام والأهداف الفرعية للمقياس، حيث نُظّم المقياس ليضم (١٧٥) بنداً يأخذ كل منها الدرجة (∴ أو ١)، موزعة على (٧) مجالات فرعية توازي المعايير (A) (B) (C) (D) (E) (F) (G)، بمعدل (٢٥) بنداً لكل معيار، بزمن مُفترض للتطبيق (٦٠) دقيقة.

4-2-1-4- تحكيم المقياس بصورته الأولى: بالاستعانة بـ(١٨) محكّماً"[١]" هم أساتذة جامعيون ناطقون باللغة العربية من عدة جامعات في كل من سورية ومصر والولايات المتحدة الأمريكية"[٢]".

وقد أكّد المحكّمون على ضرورة تعديل بعض إجراءات تطبيق المقياس وما يتضمنه من بنود في كل معيار فرعي، وإعادة صياغتها من حيث المعنى واللغة، وأن بنوداً أخرى لا تناسب الفئة العمرية

١- يمكن العودة إلى الملحق (٤) للاطّلاع على أسماء السادة المحكّمين واختصاصاتهم العلمية.

٢- تم التواصل مع المحكّمين والأمريكيين والمصريين عبر البريد الإلكتروني (إميل E-mail) وعبر تطبيق (واتس آب WhatsApp).

المُستهدفة، ولا تناسب الهدف العام للمقياس، مع ضرورة حذف بعض البنود وإضافة بنود جديدة ليكون نطاق القياس أكثر تمثيلاً للخصائص السلوكية المرتبطة بأعراض (PTSD) لدى المراهقين، ولتكون تلك البنود أكثر تمثيلاً للمجتمع الأصلي لها، ولنطاق السلوك المطلوب قياسه، كما اقترح (٩) محكّمين إعادة توزيع بنود المقياس على ثلاثة أقسام رئيسية كما يلي:

القسم الأول: جاءت تعديلات السادة المحكّمين بأن يضم المقياس عدة بنود يُجاب عنها بتدرج ثنائي (نعم أو لا)، وأن يتمحور محتواها حول مدى (تعرّض أو عدم تعرّض) المفحوص لحادث أو مجموعة أحداث صادمة تحقيقاً للمعيار (A)، ودرجات هذا القسم يجب ألّا تُحسب ضمن المجموع الكلي لدرجات المقياس، وضرورة توقف المفحوص عن الإجابة على بنود القسمين الثاني والثالث إذا أجاب المفحوص بـ(لا) عن كامل بنود القسم الأول، فذلك يُشير إلى عدم تعرّضه لأي صدمة نفسية.

القسم الثاني: جاءت تعديلات السادة المحكّمين بأن يتضمن هذا القسم مجموعة بنود تغطي المعايير (B) (C) (D) (E)، وتعديل طريقة الإجابة عنها لتكون بتدرج خماسي التصميم (لا أبداً تأخذ الدرجة ٠.) (أحياناً تأخذ الدرجة ١) (بعض الوقت تأخذ الدرجة ٢) (غالباً تأخذ الدرجة ٣) (دائماً تأخذ الدرجة ٤)، بدلاً من التصميم الثنائي (نعم أو لا)، وإعادة توزيع بنود القسم الثاني وفق المعايير الواردة في دليل (DSM-5-2013)، وتسمية المعايير بدقة.

القسم الثالث: جاءت تعديلات السادة المحكّمين بأن يتضمن هذا القسم بنداً واحداً فقط يغطي المعيار (F)"[١]" يتطلب من المفحوص إجابة واحدة لتحديد مدى استمرار أعراض (PTSD) لديه وفق المعايير (B) (C) (D) (E)، وذلك كما يظهر في الملحق (٤). كما اقترح المحكّمون أن يتضمن القسم الثالث بنوداً تغطي المعيار (G)، وتعديل طريقة الإجابة عنها لتكون خماسية التصميم (لا أبداً تأخذ الدرجة ٠.) (أحياناً تأخذ الدرجة ١) (بعض الوقت تأخذ الدرجة ٢) (غالباً تأخذ الدرجة ٣) (دائماً تأخذ الدرجة ٤)، بدلاً من التصميم الثنائي (نعم أو لا)، وإعادة صياغة بنوده وفق معايير دليل (DSM-5-2013)، وتسمية هذا المعيار بدقة.

كما اقترح السادة المحكّمون تقليص العدد الكلي لبنود المقياس ليصبح (١٠٩) بنود، بدلاً من (١٧٥) بنداً، وإجراء تطبيق استطلاعي للمقياس (بعد إجراء جميع التعديلات السابقة وفق اقتراحات السادة المحكّمين) للتحقق من مدى وضوح البنود وتعليمات التطبيق من وجهة نظر المفحوصين، وحساب متوسط الزمن المُستهلك لتطبيق كامل بنود المقياس.

١- إن المعايير الأساسية (A) (B) (C) (D) (E) (G) (H) أسّست لما يُسمّى بالصدق (الإكلينيكي للمقياس)، وهي التي بُنِيَ عليها المقياس بشكل رئيسي، أما المعيار (F) اعتُبر عاملاً ثانوياً في نشأته وترتيبه، ويرتبط بمتغير الزمن للأعراض السبعة السابقة، ومع ذلك فالأعراض الأولية أو الثانوية ذات أثر دينامي في تشخيص أعراض اضطراب (PTSD) لدى المفحوص وفق معايير المقياس المُصمّم في الدراسة الحالية.

وقد تم إجراء التعديلات التي اقترحها السادة المحكّمون وذلك بالتنسيق مع الأستاذين المشرفين، ليظهر المقياس بصورته الثانية (تعليمات التطبيق، البنود، مفتاح التصحيح وتوزع الدرجات).

4-2-1-5- التطبيق الاستطلاعي للمقياس بصورته الثانية: تم بالتطبيق على عينة بسيطة متيسرة قوامها (٧٠) فرداً مع عمر (بين ١٠،١١ إلى ١٧،١١ سنة) اختيروا من مدرستين للتعليم الأساسي ومدرستين للتعليم الثانوي بمحافظة مدينة دمشق كما يُظهر الجدول (٤):

الجدول (٤) عينة التطبيق الاستطلاعي (لمقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)

اسم المدرسة	العنوان	الجنس		المرحلة التعليمية	المجموع
		ذكور	إناث		
إبراهيم نعامة (تعليم أساسي)	مزة فيلات غربية خلف معهد السكرتارية	٥	٥	صف خامس	١٠
عز الدين التنوخي (تعليم أساسي)	مزة فيلات غربية جانب المعهد التجاري	٥	٥	صف سادس	١٠
		٥	٥	صف سابع	١٠
		٥	٥	صف ثامن	١٠
		٥	٥	صف تاسع	١٠
عباس محمود العقاد (ثانوي عام)	كفر سوسة	٥	–	صف عاشر	١٠
		٥	–	صف حادي عشر	
العباسيين (ثانوي عام)	ساحة العباسيين خلف محطة وقود ديوانة	–	٥	صف عاشر	١٠
		–	٥	صف حادي عشر	

وكان الهدف التطبيق استطلاعي للمقياس هو التحقق من وضوح تعليمات التطبيق ووضوح البنود ضمن كل قسم ومعيار فرعي من حيث المعنى والصياغة اللغوية.. وذلك من وجهة نظر المفحوصين، وحساب متوسط الزمن المُستهلك من قبلهم.

وقد أشارت نتائج التطبيق الاستطلاعي للمقياس إلى ضرورة حذف (٥) بنود مكررة في محتواها رغم اختلافها في الصياغة اللغوية، والعمل على إعادة الصياغة اللغوية لتعليمات التطبيق وتفصيل الشرح فيها، سيما تلك التعليمات المتعلقة بالقسمين الأول والثاني، كما تمت إعادة الصياغة اللغوية لما يقارب (٢٧%) من المجموع الكلي لبنود المقياس، والتي لم تكن مفهومة بشكل واضح بالنسبة لمعظم المفحوصين، ومن نتائج هذا التطبيق الاستطلاعي حساب متوسط زمن الإجابة على كامل بنود المقياس، والذي بلغ حدود (٣٥ دقيقة) كحد أقصى.

وقد تم إجراء التعديلات السابقة التي تم الاستدلال عليها من نتائج تجريب المقياس وبالتنسيق مع الأستاذين المشرفين، حيث ظهر المقياس **بصورته الثالثة والنهائية** ليضم (١٠٤) بنود فقط.

4-2-1-5- اختيار عينة الصدق والثبات: تم التحقق من صدق وثبات المقياس بصورته النهائية من التطبيق على عينة متيسرة مقصودة قوامها (٣٠٦) فرداً أعمارهم (بين ١٠،١١ إلى ١٧،١١

سنة) اختيروا وفق متغيرات (الجنس، التهجير من المنزل، عدم التعرض لصدمة نفسية، التعرض لصدمة نفسية والإقامة في مركز إيواء مؤقت، التهجير من المنزل والإصابة بإعاقة مكتسبة سمعية أو بصرية أو حركية بسبب عمليات إرهابية) وفق التقسيم التالي، وكما يظهر في الجدول (٥):

4-2-1-5-1- العينة الأولى: قوامها (١٨٠) فرداً اختيروا بطريقة متيسرة مقصودة من (٨) مدارس حكومية، موزعين بالتساوي ضمن (٧) صفوف دراسية (من الصف الخامس حتى الصف الحادي العشر)، وبحسب الجنس (٩٠ ذكور، ٩٠ إناث)، ويقيمون في عدة مناطق آمنة بمحافظة دمشق.

4-2-1-5-2- العينة الثانية: قوامها (٨٨) فرداً أعمارهم (بين ١٠،١١ إلى ١٧،١١ سنة) اختيروا بطريقة متيسرة مقصودة من (١١) مركزاً للإيواء، موزعين بحسب الجنس (٤٠ ذكور، ٤٨ إناث)، ممن هُجّروا وأسرهم من عدة محافظات وبلدات وقرى شهدت أعمالاً إرهابية مُسلحة (دير الزور، الرقة، تدمر، ريف دمشق، حلب، درعا، إدلب، ريف حماه، حمص، ريف حمص الشرقي).

4-2-1-5-3- العينة الثالثة: قوامها (٣٨) فرداً أعمارهم (بين ١٠،١١ إلى ١٧،١١ سنة) اختيروا بطريقة متيسرة مقصودة من ذات مراكز الإيواء السابقة، لكنهم أصيبوا بإعاقات مكتسبة بسبب العمليات الإرهابية (١٤ بتر أحد الأطراف، ١١ إعاقة سمعية مكتسبة، ١٣ إعاقة بصرية مكتسبة)، وموزعين بحسب الجنس (٢٢ ذكور، ١٦ إناث)، ومن الذين هُجّروا وأسرهم من عدة محافظات وبلدات وقرى شهدت أعمالاً إرهابية مُسلحة (دير الزور، الرقة، تدمر، ريف دمشق، حلب، درعا، إدلب، ريف حماه، حمص، ريف حمص الشرقي).

الجدول (٥) عينة صدق وثبات (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)

اسم المدرسة	العنوان	الجنس		المرحلة التعليمية	المجموع
		ذكور	إناث		
ابن حزم (تعليم أساسي)	دمشق/ كفرسوسة البلد (آخر الشارع الطويل)	٥	٥	خامس	١٠
		٥	٥	سادس	١٠
ابن زهر الأندلسي (تعليم أساسي)	دمشق/ مزة فيلات غربية خلف السفارة الكويتية	٥	٥	خامس	١٠
		٥	٥	سادس	١٠
ابن زيدون (تعليم أساسي)	دمشق/ المجتهد مقابل مشفى المجتهد	٥	٥	سابع	١٠
		٥	٥	ثامن	١٠
		٥	٥	تاسع	١٠
ابن خلدون (تعليم أساسي)	دمشق/ مهاجرين مقابل فندق أمية شارع المتنبي	٥	٥	سابع	١٠
		٥	٥	ثامن	١٠
		٥	٥	تاسع	١٠
سمير حنا سلوم (ثانوي عام)	دمشق/ دويلعة	١٠	∴	عاشر	١٠
		١٠	∴	حادي عشر	١٠

بور سعيد (ثانوي عام)	دمشق/ الصالحية – العفيف جادة السنابل	١٠	∴	عاشر	١٠
		١٠	∴	حادي عشر	١٠
الشيماء السعدية (ثانوي عام)	دمشق/ الميدان– الزاهرة أوتستراد الميدان	–	١٠	عاشر	١٠
		–	١٠	حادي عشر	١٠
عبد القادر المبارك (ثانوي عام)	دمشق/ المزة فيلات شرقية	–	١٠	عاشر	١٠
		–	١٠	حادي عشر	١٠

رقم المركز	أطفال ومراهقين عاديين مقيمين في مركز الإيواء			أطفال ومراهقين معوقين مقيمين في مراكز الإيواء						المجموع
	اسم مركز الإيواء وعنوانه	الجنس		نوع الإعاقة						
		ذكور	إناث	حركية		سمعية		بصرية		
				ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	
١	معهد التربية الخاصة للإعاقة السمعية باب مصلى	٥	٣	١	١	١	∴	∴	١	١٢
٢	معهد الإعداد الحزبي/ باب مصلى	٨	٣	٢	١	٢	١	١	١	١٩
٣	مدرسة سمية المخزومية/ المزة	١	٤	∴	١	∴	∴	١	∴	٧
٤	العقار (٢٣٨)/ كفرسوسة	٦	١٤	∴	∴	١	∴	∴	١	٢٢
٥	معهد التأهيل المهني للمعوقين/برزة	٢	٥	٣	١	١	١	١	٢	١٦
٦	مدرسة المزة المحدثة/المزة	٣	٣	١	∴	∴	١	١	∴	٩
٧	برزة مسبق الصنع/مدرسة جول جمال	٢	٣	∴	∴	∴	∴	∴	∴	٥
٨	مدرسة غالية فرحات/مساكن برزة	٤	٥	∴	∴	∴	∴	٢	∴	١١
٩	معهد الأمل للإعاقة الحركية/باب مصلى	٢	٢	∴	∴	∴	∴	∴	∴	٤
١٠	دار زيد بن حارثة لرعاية الطفل/برزة	١	١	∴	∴	١	∴	∴	∴	٣
١١	مدرسة لبانة المحدثة مهاجرين/العفيف	٦	٥	١	٢	١	١	١	١	١٨

4-2-1-6- الصدق البنائي (Constructive Validity): تم التوصل إليه بحساب الارتباطات الداخلية بين درجات المعايير الفرعية للمقياس من جهة، وبينها وبين الدرجة الكلية له من جهةٍ أخرى (باستثناء المعيار A الذي لا تُحسب له درجات)، وذلك كما يُظهر الجدول (٦):

الجدول (٦) الصدق البنائي (لمقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)

ارتباط بيرسون	المعيار (B)	المعيار (C)	المعيار (D)	المعيار (E)	المعيار (F)	المعيار (G)	الدرجة الكلية
المعيار (B)	–	٠،٩١٢	٠،٨٩	٠،٩٤	٠،٩	٠،٧٦٦	٠،٨١
المعيار (C)	–	–	٠،٩٥١	٠،٩١١	٠،٩٤	٠،٧٢	٠،٨٨٧
المعيار (D)	–	–	–	٠،٨٨	٠،٩٠٩	٠،٧٤٤	٠،٨٢
المعيار (E)	–	–	–	–	٠،٩٣	٠،٧٧٢	٠،٨٢
المعيار (F)	–	–	–	–	–	٠،٦٦٨	٠،٨٧١
المعيار (G)	–	–	–	–	–	–	٠،٧٩٨
الدرجة الكلية	–	–	–	–	–	–	–

يُلاحظ من الجدول (٦) ما يلي:

إن معاملات الارتباط الداخلية فيما بين المعايير (B) (C) (D) (E) (F) (G) كانت مرتفعة وموجبة ودالة، وتراوحت بين (٠،٦٦٨ إلى ٠،٩٥١)، ولم يظهر أي ارتباط سلبي، وإن أدنى الارتباطات الداخلية كانت عند (المعيارF x المعيارG)، وإن أعلى الارتباطات الداخلية كانت عند (المعيارC x المعيارD)، ما يشير إلى الاتساق الداخلي للمعايير الفرعية للمقياس فيما بينها عند روز الظاهرة موضوع القياس (اضطراب شدة ما بعد الصدمة لدى المراهقين).

إن معاملات الارتباط الداخلية فيما بين المعايير (B) (C) (D) (E) (F) (G) والدرجة الكلية كانت مرتفعة وموجبة ودالة، وتراوحت بين (٠،٧٩٨ إلى ٠،٨٨٧)، ولم يظهر أي ارتباط سلبي، وإن أدنى الارتباطات الداخلية كانت عند (الدرجة الكلية x المعيارG)، وإن أعلى الارتباطات الداخلية كان عند (الدرجة الكلية x المعيارC)، ما يشير إلى الاتساق الداخلي للمعايير الفرعية مع الدرجة الكلية للمقياس عند روز الظاهرة موضوع القياس (اضطراب شدة ما بعد الصدمة لدى المراهقين).

إن نتائج الصدق البنائي سابقة الذكر تدعم الصدق الداخلي للمقياس وتؤسسه عموماً، وتؤكد أن بنود المقياس متجانسة داخلياً فيما بينها، وتقيس ما وُضعت لقياسه.

4-2-1-7- الصدق المحكي التلازمي (Concurrent Criterion Validity): تم التوصل إليه بدلالة مقياس **(دافدسيون ١٩٩٥)** تعريب وتقنين **(ثابت ٢٠٠٥)** الذي طُبّق مُتلازماً مع المقياس المُصمم في الدراسة الحالية، ثم حُسب ارتباط (بيرسون Pearson) لدرجات كلا المقياسين (باستثناء المعيار A الذي لا تُحسب له درجات)، كما يُظهر الجدول (٧):

الجدول (٧) الصدق المحكّي (لمقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)

المقياس	العدد (ن)	المتوسط	الانحراف المعياري	ارتباط بيرسون
درجات عينة الصدق والثبات على المقياس المصمم في الدراسة الحالية	٣٠٦	٦١،٧٥٨	٤٧،٢٧	٠،٩٢٧
درجات عينة الصدق والثبات على مقياس (دافيدسون ١٩٩٥)		٢٨،٤	١٩،٥٦٥	

يُلاحظ من الجدول (٧) أن مؤشر الصدق المحكّي التلازمي للمقياس المصمم في الدراسة الحالية بدلالة مقياس **(دافيدسون ١٩٩٥)** كان موجباً، ودالاً، ومرتفعاً، وبلغت قيمته (٠،٩٢٧)، ما يؤكد أن المقياس المصمم صادق في قياس السمة موضوع القياس، على اعتبار أن المحكّ يقيس ذات النطاق السلوكي المُستهدف تقريباً (اضطراب شدة ما بعد الصدمة النفسية PTSD)، ما يؤسس لصدق المقياس ويدعمه عموماً.

4-2-1-8- صدق المجموعات المتعارضة (Contrasted Groups Validity): تم التوصل إليه بحساب الفروق بين درجات العينات الثلاث التي تظهر في الجدول (٥) سابق الذكر بعد أدائهم على المقياس المصمم في الدراسة الحالية (باستثناء المعيار A الذي لا تُحسب له درجات)، إذ حُسب (تحليل التباين الأحادي One Way Analyses Variance) لأداء العينة على الدرجة الكلية للمقياس ضمن (٣) مجموعات، وباستخدام معادلة تحليل التباين (أنوفا ANOVA) داخل وخارج المجموعات استخلصت الدلالة الإحصائية لتجانس أو عدم تجانس أفراد العينة كما يُظهر الجدول (٨):

الجدول (٨) تحليل تباين (أنوفا ANOVA) لأداء المجموعات الثلاث
من عينة الصدق والثبات على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)

المقياس	مجموع مربعات الانحرافات	درجات الحرية	متوسط مجموع مربعات الانحرافات	قيمة (F)	الدلالة
بين المجموعات	٣٦٢٥،٢٩٥	٣ – ١ = ٢	١٨١٢،٦٤٨	٤،٨٧٣	٠،٠١١
داخل المجموعات	٢٠٤٦٠،٤٢٩	٣٠٦ – ٣ = ٣٠٣	٣٧٢،٠٠٨		
المجموع	٢٤٠٨٥،٢٧٤	٣٠٣ + ٢ = ٣٠٥			

يُلاحظ من الجدول (٨) أن قيمة (F) المحسوبة بلغت (٤،٨٧٣)، وهي أكبر من مستوى دلالة (٠،٠٥)، ما يجعلنا نقبل القول بأن العينات غير متجانسة، وأن الفروق داخل وخارج المجموعات وفق أدائهم على الدرجة الكلية للمقياس تعود للحالة النفسية الانفعالية التي يعاني منها المراهقون (أصحاء ومقيمون في مناطق آمنة، مهجرون ومقيمون في مراكز للإيواء، مُصابون بإعاقات مكتسبة ومقيمون في مركز للإيواء)، وأن تلك الفروق لا ترجع لعوامل الصدفة، وليست ناتجة عن خطأ في اختيار العينة، أو خطأ في طبيعة البنود، وللتأكد من عدم تجانس العينات تم تطبيق معادلة (ليفين Levene) بدرجة حرية (٣٠٥/٢) كما يُظهر الجدول (٩):

الجدول (٩) تحليل التجانس (ليفين Levene) بين المجموعات الثلاث
من عينة الصدق والثبات وفق أدائهم على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)

قيمة (Levene) للتجانس	درجة الحرية داخل المجموعات	درجة الحرية بين المجموعات	مستوى الدلالة
٦،٠٢٥	٣٠٥	٢	٠،٠٠٤

يُلاحظ من الجدول (٩) أن قيمة (ليفين) للتجانس بلغت (٦،٠٢٥) عند مستوى دلالة (٠،٠٠٤) التي هي أصغر من مستوى الدلالة (٠،٠٥)، وبالتالي يمكن القول بأن العينات الثلاث غير متجانسة في مستوى معاناتها من أعراض (PTSD)، ولكشف تأثير المتغير المستقل (الأحداث الصادمة) على مستوى معاناة كل عينة من أعراض (PTSD) كمتغير تابع، تم تطبيق معادلة (دونت سه Dunnet- T3) كما يُظهر الجدول (١٠):

الجدول (١٠) نتائج تطبيق معادلة (دونت سه Dunnet-3) لكشف الفروق في مستوى أعراض (PTSD) بين العينات الثلاث وفق أدائهم على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)

المقارنات ضمن ثلاث مجموعات		متوسط الفروق	مستوى الدلالة	القرار
(المجموعة الأولى) أطفال ومراهقون أصحاء ويقيمون في مناطق آمنة	**(المجموعة الثانية)** مهجرون ويقيمون في مراكز للإيواء	-١٧،٧٣٢٨٤*	٠،٠٠٦	دالّة
	(المجموعة الثالثة) مهجرون ويقيمون في مراكز للإيواء ومُصابون بإعاقات مكتسبة	-١٩،٠٨٥٧٨*	٠،٠٠٠	دالّة
(المجموعة الثانية) أطفال ومراهقون مهجرون ويقيمون في مراكز للإيواء	**(المجموعة الثالثة)** مهجرون ويقيمون في مراكز للإيواء ومُصابون بإعاقات مكتسبة	-١١،٣٥٢٩٤*	٠،٠٠٢	دالّة

يُلاحظ من الجدول (١٠) ما يلي:

ظهور فرق دال إحصائياً بين أفراد المجموعتين الأولى والثانية في مستوى معاناتهم من أعراض (PTSD)، حيث بلغت قيمة الفرق (١٧،٧٣٢٨٤)، عند مستوى دلالة (٠،٠٠٦)، التي هي أصغر من مستوى الدلالة (٠،٠٥)، حيث كان الفرق لصالح أفراد المجموعة الثانية.

ظهور فرق دال إحصائياً بين أفراد المجموعتين الأولى والثالثة في مستوى معاناتهم من أعراض (PTSD)، حيث بلغت قيمة الفرق (١٩،٠٨٥٧٨)، عند مستوى دلالة (٠،٠٠٠)، التي هي أصغر من مستوى الدلالة (٠،٠٥)، حيث كان الفرق لصالح أفراد المجموعة الثالثة.

ظهور فرق دال إحصائياً بين أفراد المجموعتين الثانية والثالثة في مستوى معاناتهم من أعراض (PTSD)، حيث بلغت قيمة الفرق (١١،٣٥٢٩٤)، عند مستوى دلالة (٠،٠٠٢)، التي هي أصغر من مستوى الدلالة (٠،٠٥)، حيث كان الفرق لصالح أفراد المجموعة الثالثة.

إن هذه النتائج تدعم الصدق التمييزي للمقياس، وتؤسسه عموماً، وتشير إلى قدرة المقياس المصمم في الدراسة الحالية على التمييز بين المراهقين في مستوى معاناتهم من أعراض (PTSD) وبحسب شدة تأثرهم بالأحداث الصادمة ومدى بعدهم أو قربهم منها.

4-2-1-9- الثبات (Reliability): تم التحقق من ثبات المقياس المُصمم في الدراسة الحالية وذلك بعدة طرق، حيث حُسب الثبات بطريقة التجزئة النصفية (فردي – زوجي)، وبطريقة الاتساق الداخلي وفق معادلة (ألفا– كرنباخ)، وبطريقة إعادة تطبيق المقياس على جميع أفراد عينة الصدق والثبات التي تظهر في الجدول (٥) سابق الذكر، وذلك بعد مرور فترة زمنية تراوحت (بين ١٥ يوماً إلى ٣٣ يوماً)، وقد حُسبت جميع أشكال الثبات تلك للمعايير الفرعية للمقياس (باستثناء المعيار A الذي لا تُحسب له درجات)، وذلك كما يُظهر الجدول (١١):

الجدول (١١) مؤشرات ثبات (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)

المعيار الفرعي	عدد البنود	الارتباط بين نصفي المقياس	التصحيح (سبيرمان – براون)	التصحيح (جتمان – فلاجان)	ثبات (ألفا– كرنباخ)	ثبات إعادة التطبيق
المعيار (A)	٢٥	لا تُحسب له درجات ولا يدخل في المجموع الكلي لدرجات المقياس				
المعيار (B)	٢٠	*٠،٧٨٢	*٠،٧١١	–	*٠،٧٢٤	*٠،٩١٦
المعيار (C)	٧	*٠،٧٥٩	–	*٠،٧٤١	*٠،٧٣٧	*٠،٩٢٨
المعيار (D)	٢٨	*٠،٧٧٧	*٠،٧٠٨	–	*٠،٧٢١	*٠،٩٥
المعيار (E)	١٥	*٠،٨٢٩	–	*٠،٨١١	*٠،٧٩٩	*٠،٩٠٦
المعيار (F)	١	لا يمكن حسابه لأنه بند واحد				*٠،٨٨٧
المعيار (G)	٨	*٠،٧٦٩	*٠،٧٥	–	*٠،٧٤٢	*٠،٩٥٧
الدرجة الكلية	٧٩	*٠،٧٨٣	–	*٠،٧٤٤	*٠،٧٠١	*٠،٩٢٤

يُلاحظ من الجدول (١١) ما يلي:

إن مؤشرات ثبات التجزئة النصفية (فردي– زوجي) للمعايير (B) (C) (D) (E) (G) والدرجة الكلية كانت مرتفعة ودالة عند مستوى الدلالة (٠،٠٥)، حيث بلغت معاملات الثبات تلك قبل التصحيح (٠،٧٨٢) (٠،٧٥٩) (٠،٧٧٧) (٠،٨٢٩) (٠،٧٦٩) (٠،٧٨٣) على التوالي، وبلغت بعد التصحيح (٠،٧١١) (٠،٧٤١) (٠،٧٠٨) (٠،٨١١) (٠،٧٥) (٠،٧٤٤)، وتلك النتائج تشير إلى اتساق بنود المقياس بالنسبة لكل معيار فرعي وللدرجة الكلية في روز الظاهرة موضوع القياس (اضطراب شدة ما بعد الصدمة PTSD).

إن مؤشرات ثبات الاتساق الداخلي وفق معادلة (ألفا– كرنباخ) للمعايير (B) (C) (D) (E) (G) والدرجة الكلية كانت مرتفعة ودالة عند مستوى الدلالة (٠،٠٥)، حيث بلغت معاملات الثبات تلك (٠،٧٢٤) (٠،٧٣٧) (٠،٧٢١) (٠،٧٩٩) (٠،٧٤٢) (٠،٧٠١) على التوالي، وتلك النتائج تشير إلى اتساق بنود المقياس داخلياً فيما بينها وضمن كل معيار فرعي وللدرجة الكلية في روز الظاهرة موضوع القياس (اضطراب شدة ما بعد الصدمة PTSD)، كما أن تلك النتائج تدعم الصدق البنائي للمقياس الذي يظهر في الجدول (٦) سابق الذكر.

إن مؤشرات ثبات إعادة التطبيق للمعايير (B) (C) (D) (E) (F) (G) والدرجة الكلية كانت مرتفعة ودالة عند مستوى الدلالة (٠،٠٥)، حيث بلغت معاملات الثبات تلك (٠،٩١٦) (٠،٩٢٨) (٠،٩٥) (٠،٩٠٦) (٠،٨٨٧) (٠،٩٥٧) (٠،٩٢٤) على التوالي، ما يشير إلى ثبات المقياس عبر الزمن في روز الظاهرة موضوع القياس (اضطراب شدة ما بعد الصدمة النفسية PTSD).

4-2-1-10- تعيير المقياس (التقدير الوصفي للأعراض): على اعتبار أن المقياس المصمم في الدراسة الحالية يُصنّف ضمن (المقاييس التشخيصية مرجعية النطاق Diagnostic Domain-

Referenced Test)، فإن أفضل أسلوب لتعيير المقاييس المصممة بهدف تشخيص الاضطرابات النفسية والانفعالية يتم من خلال حساب طول الفئة والمدى الكلي؛ وفق الخطوات التالية:

4-2-1-10-1- حساب المدى الكلي وطول الفئة وفق المعادلة التالية:

المدى الكلي = أعلى درجة – أدنى درجة

4-2-1-10-2- باعتبار وجود (٥) فئات من مستوى الإجابة، لذلك نحتاج إلى حساب طول الفئة:

طول الفئة = المدى الكلي ÷ عدد الفئات

حيث أن:

الفئة الأولى أو (لا يوجد اضطراب) = أدنى درجة على المقياس + طول الفئة.

الفئة الثانية أو (مستوى ضعيف من الاضطراب) = الفئة الأولى + طول الفئة.

الفئة الثالثة أو (مستوى متوسط من الاضطراب) = الفئة الثانية + طول الفئة.

الفئة الرابعة أو (مستوى مرتفع من الاضطراب) = الفئة الثالثة + طول الفئة.

الفئة الخامسة أو (مستوى مزمن من الاضطراب) = الفئة الرابعة + طول الفئة (المنيزل وغرايبة، ٢٠٠٥، ٦٤).

ويُظهر الجدول (١٢) توزيع فئات التقدير الوصفي لأعراض (PTSD) وفق معايير المقياس المُصمم بعد تطبيق معادلة المدى الكلي وطول الفئة:

الجدول (١٢) توزيع فئات التقدير الوصفي لأعراض (PTSD)

وفق معايير (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)

الفئة	مدى الدرجات الخام
لا يوجد اضطراب	(من ٠ إلى ٧٣ درجة)
اضطراب خفيف	(من ٧٤ إلى ١٤٦ درجة)
اضطراب متوسط	(من ١٤٧ إلى ٢٢٠ درجة)
اضطراب شديد	(من ٢٢١ إلى ٢٩٣ درجة)
اضطراب حاد ومزمن	(من ٢٩٤ إلى ٣٣٧ درجة)

يُلاحظ مما سبق؛ أن الخصائص السيكومترية (مؤشرات الصدق، مؤشرات الثبات، المعايير) سابقة الذكر تؤسس لأفضل خصائص سيكومترية ممكنة للمقياس، وتدعمه ليكون صالحاً للاستخدام على العينة الأساسية، مع التحفظ على إمكانية تعميم تلك الخصائص السيكومترية على جميع الأفراد الذين ينتمون لذات الفئات العمرية التي يغطيها المقياس، لعدة أسباب أهمها:

1- احتمال وجود مشكلات أو أخطاء معينة في القياس – لم يتم التنبه لها – أثناء تطبيق المقياس المصمم على عينة الصدق والثبات.

2- وجود أخطاء محتملة ناجمة عن صغر حجم عينة الصدق والثبات.

3- بسبب عدم تمثيل عينة الصدق والثبات لجميع الخصائص الديموغرافية للمجتمع الأصلي من المراهقين الذين ينتمون لذات الفئات العمرية التي يستهدفها المقياس المصمم.

لذلك توصي الدراسة الحالية بالتوسع في بحث الخصائص السيكومترية السابقة، من خلال تطبيق المقياس المصمم على عينات أكبر وأكثر تمثيلاً للخصائص الديموغرافية للمراهقين من ذات الفئة العمرية (بين ١٠،١١ إلى ١٧،١١ سنة)، وليكون المقياس بأعلى درجة ممكنة من الموثوقية والاعتماد في خصائصه السيكومترية ومعاييره القياسية.

4-2-1-11- وصف المقياس بصورته النهائية"[١]": المقياس من تصميم الدراسة الحالية، ويهدف إلى روز مستوى أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD) للأفراد من عمر (بين ١٠،١١ إلى ١٧،١١ سنة)، وقد بُني المقياس وفق الأسس والمعايير الواردة في دليل (DSM-5-2013)، ويُصنّف المقياس ضمن المقاييس التشخيصية مرجعية النطاق (Diagnostic Domain-Referenced Test)، لاعتماده على محكّات تشخيصية ذات نطاق سلوكي محدد مسبقاً، والمقياس فردي/جماعي التطبيق، مُقنّن، بزمن تطبيق (٣٥) دقيقة كحد أقصى، ويعتمد على أسلوب التقرير الذاتي للإجابة عن بنوده من قبل المفحوص، بوضع إشارة (✓) أمام كل بند، وأسفل الدرجة التي تُعبّر – برأيه – عن مدى انطباق محتوى البند مع ما يشعر به من أعراض سلوكية ونفسية وانفعالية..إلخ، ويتكون المقياس بصورته النهائية من (١٠٤) بنود موزعة على ثلاثة أقسام رئيسية؛ كما يلي:

القسم الأول (باللون الأحمر): يضم (٢٥) بنداً (من البند ١ إلى البند ٢٥)، يُجاب عنها من قبل المفحوص (نعم أو لا)، ويتمحور محتوى تلك البنود حول تعرّض أو عدم تعرّض المفحوص لحادث أو مجموعة أحداث صادمة، تحقيقاً للمعيار (A) المُقتبس من دليل (DSM-5-2013)، ودرجات هذا القسم لا تُحسب ضمن المجموع الكلي للدرجات، وإذا أجاب المفحوص بـ(لا) عن جميع بنود هذا القسم يوقف تطبيق المقياس فوراً، أما إن كانت لديه – على الأقل – إجابة واحدة (نعم) يمكنه الانتقال للإجابة على بنود القسمين الثاني والثالث.

القسم الثاني (باللون الرمادي): يضم (٧٠) بنداً (من البند ٢٦ إلى البند ٩٥)، والتي تغطي مجموعة أعراض نفسية وانفعالية واجتماعية وبعضاً من المظاهر السلوكية التي قد تنتاب المفحوص بعد تعرّضه لصدمة نفسية ناتجة عن معايشته لحادث أو مجموعة أحداث صادمة؛ وهي:

المعيار (B)– إعادة الاختبار المستمر للأحداث المُروعة والذكريات التطفلية التالية مباشرة للحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة، ويضم (٢٠) بنداً (من البند ٢٦ إلى البند ٤٥).

١– يمكن العودة إلى الملحق (٥) للاطّلاع على الصورة النهائية لمقياس (شدة ما بعد الصدمة PTSD للأطفال والمراهقين المبني وفق معايير DSM-5-2013) من حيث (تعليمات التطبيق، البنود، مفتاح التصحيح، جدول تقدير شدة الاضطراب).

المعيار (C)– التجنب المستمر للمثيرات والذكريات المرتبطة بالحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة، ويضم (٧) بنود (من البند ٤٦ إلى البند ٥٢).

المعيار (D)– التبدلات السلبية في الإدراك والمزاج بعد التعرض للحادث أو مجموعة أحداث صادمة، ويضم (٢٨) بنداً (من البند ٥٣ إلى البند ٨٠).

المعيار (E)– التبديلات الظاهرية في الإثارة والنشاط بعد التعرض لحادث أو مجموعة أحداث صادمة، ويضم (١٥) بنداً (من البند ٨١ إلى البند ٩٥).

وتتراوح درجات هذا القسم (بين ∴ درجة إلى ٢٨٠ درجة)، ويُجاب على بنود هذا القسم وفق تدرج خماسي التصميم كما يلي (لا أبداً تأخذ الدرجة ∴) (أحياناً تأخذ الدرجة ١) (بعض الوقت تأخذ الدرجة ٢) (غالباً تأخذ الدرجة ٣) (دائماً تأخذ الدرجة ٤).

القسم الثالث (باللون الأزرق): يضم (٩) بنود (من البند ٩٦ إلى البند ١٠٤)، موزعة كما يلي:

البند (٩٦): يشير للمدة الزمنية التي ظهرت فيها الأعراض النفسية والانفعالية والاجتماعية والمظاهر السلوكية.. التي انتابت المفحوص بعد تعرضه لصدمة ناتجة عن معايشته لحادث أو مجموعة أحداث صادمة تحقيقاً للمعيار (F)، ويضم هذا البند (٦) خيارات، وعلى المفحوص اختيار واحدة منها فقط، وتتراوح درجات هذا البند (بين ∴ درجة إلى ٢٥ درجة).

البنود (من البند ٩٧ إلى البند ١٠٤): الغرض منها تحديد مستوى تأثير الصدمة على تعطل مجالات الحياة تحقيقاً للمعيار (G)، ويُجاب عنها من قبل المفحوص وفق تدرج خماسي التصميم كما يلي (لا أبداً تأخذ الدرجة ∴) (أحياناً تأخذ الدرجة ١) (بعض الوقت تأخذ الدرجة ٢) (غالباً تأخذ الدرجة ٣) (دائماً تأخذ الدرجة ٤)، وتتراوح درجات هذه البنود (بين ∴ درجة إلى ٣٢ درجة).

وبذلك فإن الدرجة على كامل بنود المقياس تتراوح (بين ∴ إلى ٣٣٧ درجة)، كما يتضمن المقياس معلومات التطبيق الموجهة للمفحوص، وحقول لملء بياناته الشخصية، ويتمتع المقياس بمؤشرات جيدة للصدق والثبات (صدق التكوين، صدق المحتوى، صدق المحكّمين، التطبيق التجريبي، الصدق البنائي، الصدق المحكّي التلازمي، صدق المجموعات المتعارضة، ثبات التجزئة النصفية، ثبات الاتساق الداخلي /ألفا– كرنباخ/، ثبات إعادة التطبيق)، كما تم تعيير المقياس لتحديد مستوى التقدير الوصفي لشدة أعراض (PTSD) لدى الأطفال والمراهقين.

4-2-2- البرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي:

مر تصميم البرنامج بعدة خطوات منظمة ومخططة وفق الأصول العلمية قبل أن يأخذ الصورة النهائية له، وجميع تلك المراحل عملت على تدعيم الصدق الداخلي للبرنامج؛ وتلك الخطوات هي:

4-2-2-1- مراجعة الأدب النظري ذي العلاقة: بهدف تعرّف الصيرورة التاريخية لتطور مفهوم الإرشاد السلوكي/المعرفي، وأهم مرتكزاته الرئيسية، وأهم فنياته الإرشادية المستمدة من (الإرشاد

السلوكي، الإرشاد الجماعي، الإرشاد المعرفي، الإرشاد العقلاني..) التي أثبتت فاعليتها في خفض الاضطرابات النفسية والسلوكية سيما (الاكتئاب، القلق، اضطراب PTSD)، إذ تم مراجعة أعمال الروّاد الأوائل للنظرية السلوكية سيما (**إيفان بافلوف Ivan Pavlov 1846-1936**)؛ (**إدوارد ثرندايك Edward Thorndik 1874-1949**)؛ (**جون واطسون John Watson 1885-1978**)؛ (**سكنر Skinner 1904-1992**)؛ (**كلارك هل Clark Hull 1884-1952**)؛ (**هوبارت مورر Hobart Mowrer 1907-1982**)؛ (**إدوارد تولمان Edward Tolman 1886-1959**)؛ (**ديون جثري Edwin Guthrie 1886-1959**)، ونظرية التعلم الاجتماعي ورائدها عالم النفس الأمريكي (**ألبرت باندورا Albert Bandura**)، وإلى بعض مفاهيم نظرية التحليل النفسي لأعمال (**سيغموند فرويد Freud 1856-1939**)؛ (**إدلر Adler 1870-1937**)، وأعمال الروّاد الأوائل للإرشاد السلوكي/المعرفي سيما (**ألبرت أليس Ellis 1913-2007**)؛ (**أورن بيك Oaron Beck**)؛ (**دونالد ميتشنبوم Meichenbaum, D**)؛ (**جولد فرايد وثوماس ديزوريلا Fried, G & Dzurella, T**)؛ (**ميتشل Mitchell 1983**)؛ (**دايريجروف Dyregrov 1989**) (**كاردنار وسبيجل Kardinar & Spiegel 1940**)؛ (**مارشال Marshall 1944**)؛ (**رافاييل Raphael 1986**)؛ (**مارمار وكالاهان وآرمسترونغ Marmar & Callahan & Armstrong 1991**)؛ (**ماهوني Mahoney 1977**)؛ (**سوزان كوبازا Sowzan Kobaza 1977 -1979-1982-1983-1985**)؛ (**نيوجارتن وزملائه Neugarten et al 1961**)؛ (**كانتريل Cantril 1985**)؛ (**لاوتون Lawton 1975**)؛ (**دينر وزملائه Diener et al 1985**)؛ (**هيوبنر وزملائه Huebner et al 1996**)..وأسماء أخرى عديدة.

4-2-2-2- مراجعة عدد من الدراسات السابقة: كدراسات (**الحواجري ٢٠٠٣**)؛ (**إنثلوت وسميث ويول Ehntholt & Smith & Yule 2005**)؛ (**جينوبولو وديكاياكو ويول Giannopoulou & Dikaiakou & Yule 2006**)؛ (**سميث وآخرين Smith et al 2007**)؛ (**جمعية خدمات ومعالجة الصدمة لدى الأطفال والمراهقين CATS Consortium 2010**)؛ (**الشيخ ٢٠١٠**)؛ (**جبريل ومحمد ٢٠١١**)؛ (**ديهل وآخرين Diehle et al 2014**)؛ (**چين وآخرين Chen et al 2014**)؛ (**ضمرة وأبو عطية ٢٠١٤**)؛ (**شاهين ٢٠١٤**)؛ (**كاميوكا وآخرين Kameoka et al 2015**)؛ (**إبراهيم ٢٠١٥**)؛ (**اسمندر ٢٠١٥**)؛ (**كولدباك وآخرين Goldbeck et al 2016**)؛ (**الشريف ٢٠١٦**)؛ (**عوض ٢٠١٦**)؛ (**إبراهيم ٢٠١٧**)؛ (**عسيلا ٢٠١٧**)؛ (**ليفا– بيانشي وآخرين Leiva- Bianchi et al 2018**). وكان الهدف من مراجعة تلك الدراسات تعرّف خطوات توظيف فنيات الإرشاد السلوكي/المعرفي في خفض أعراض (PTSD) لدى المراهقين الذين تعرضوا لكوارث طبيعية أو مصطنعة، حيث كان الاهتمام منصبّاً على:

4-2-2-2-1- تعرّف خطوات تشخيص أعراض (PTSD) لدى عينة المراهقين المُصابين بإعاقات حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية سواءً أكانت أعراض (بسيطة، متوسطة، شديدة، مزمنة) أو من أعراض من النوع (الآني أو المتأخر).

4-2-2-2-2- تعرّف خطوات تصميم مقياس (شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)، وكيفية التحقق من صدقه وثباته، وجعله الأداة الرئيسية للتحقق من فاعلية البرنامج.

4-2-2-2-3- تحديد الأهداف العامة والخاصة للبرنامج السلوكي/المعرفي (موضوع الدراسة الحالية).

4-2-2-2-4- تعرف كيفية تحديد العلاقة العلاجية بين المُرشد وبين المُسترشدين (أفراد المجموعة التجريبية) لنجاح الخطة الإرشادية اللاحقة (التعاون، الفهم المشترك، الثقة المتبادلة، تحديد مهام كل طرف، تعهد سرية العلاقة، إبرام الاتفاق الإرشادي..إلخ).

4-2-2-2-5- تعرف خطوات دراسة البيئة المادية والاجتماعية والأسرية المحيطة بالمُسترشدين، والتي يمكن أن يكون لها تأثير مُيسّر أو مُعطّل على مستوى وعمق وشدة الأعراض الرئيسية والثانوية لاضطراب (PTSD)، وكيفية توظيف البيئة المادية والاجتماعية والأسرية لنجاح البرنامج.

4-2-2-2-6- التعرّف إلى أهم الفنيات الإرشادية المستمدّة من المدخل السلوكي/المعرفي، والتي أثبتت فاعليتها في خفض أعراض (PTSD) لدى المراهقين الذين عايشوا حدثاً أو مجموعة أحداث صادمة بسبب الكوارث الطبيعية أو المصطنعة، واختيار أفضل الفنيات التي تناسب المُسترشدين من النواحي (الجنس، السمات الشخصية والانفعالية، مستوى القدرات المعرفية، العمر، مستوى الصلابة النفسية، نوع أعراض PTSD آني أو متأخر)، وبما يتناسب مع الظروف المحيطة (المادية، الاجتماعية، الأسرية، ظروف الأزمة السورية..)، وبما يناسب نوع وشدة وعمق الاضطرابات النفسية والانفعالية والسلوكية والمعرفية.. التي عانوا منها، وبما يتناسب مع كل موقف إرشادي، حيث وقع الاختيار على الفنيات التالية (التدريب على طلب الدعم والمساندة، التفريغ الانفعالي، استيعاب الحدث الصادم، اختبار المشاعر والأفكار السلبية واللاعقلانية، اختبار المشاعر والأفكار الإيجابية والعقلانية، التعايش والتكيف مع الإعاقة، الاسترخاء والتأمل الواعي، الصلابة النفسية والثبات الانفعالي، حل المشكلات، تنمية الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة)، والتي تم توظيفها باستخدام الاستراتيجيات التدريبية التالية (النمذجة المباشرة، النمذجة غير المباشرة، الحوار والمناقشة، الأسئلة، المحاضرة).

4-2-2-2-7- تعرّف خطوات بناء البرنامج السلوكي/المعرفي من حيث (عدد جلسات البرنامج، صياغة الأهداف العامة والسلوكية لكل جلسة، تحديد إجراءات تنفيذ كل جلسة، تحديد الفنيات الإرشادية، تحديد استراتيجيات التدريب، تعيين مهام واجبات كل من المُرشد والمُسترشد، كيفية إشراك أولياء الأمور، كيفية التحقق من فاعلية البرنامج..إلخ).

4-2-2-2-8- تعرّف خطوات تنفيذ جلسات البرنامج بالصورة التي سيتم التخطيط لها، مع إمكانية تعديل البرنامج وأهدافه وفنياته الإرشادية ووسائل التقويم فيه.. بحسب التغيرات الحاصلة في المواقف الإرشادية بعد الشروع بالتنفيذ البرنامج على أرض الواقع.

4-2-2-2-9- تعرف كيفية التحقق من فاعلية البرنامج من خلال بحث الفروق في مستوى أعراض (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وبعده مباشرة.

4-2-2-2-10- تعرف كيفية التحقق من استمرار أثر البرنامج خلال فترة المتابعة (التي استمرت مدة شهر)، من خلال بحث الفروق في مستوى أعراض (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل، والتحقق من عدم حدوث أي انتكاسة.

4-2-2-2-11- تعرّف مستوى الفائدة المحققة (التغذية الراجعة) التي وصل إليها أفراد المجموعة التجريبية بعد خضوعهم للبرنامج، ومدى امتلاكهم لفلسفة عامة تمكّنهم من مواجهة أي حدث أو مجموعة أحداث صادمة مستقبلاً، والتعايش مع ظروف الإعاقة، والتخطيط للمستقبل بعقلانية..إلخ.

4-2-2-2-12- تعرّف خطوات إنهاء العلاقة الإرشادية بشكل تدريجي بين المُرشد والمُسترشدين، وتمكينهم من امتلاك زمام الأمور والتصرف باستقلالية حيال أي حدث صادم أو أي مشكلة محتملة ضمن المحيط البيئي أو الاجتماعي مستقبلاً يمكن أن تسبب لهم مشكلة نفسية أو انفعالية أو سلوكية.

4-2-2-3- صياغة الهدف العام والأهداف الخاصة للبرنامج:

4-2-2-3-1- الهدف العام للبرنامج: خفض أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD) لعينة مراهقين من عمر (بين ١٤،١١ إلى ١٥،١١ سنة) أُصيبوا بإعاقات حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية.

4-2-2-3-2- الأهداف الخاصة للبرنامج: نُظّم البرنامج ليضم عدة جلسات إرشادية، وخصص لكل جلسة إرشادية هدف خاص بالإضافة إلى مجموعة أهداف إجرائية؛ وتلك الأهداف هي:

4-2-2-3-2-1- هدف الجلسة الأولى: بناء علاقة الثقة بين المُرشد والمُسترشدين والتهيئة العامة لهم لمتابعة مراحل البرنامج السلوكي/المعرفي (تبادل التعارف، عرض الهدف العام للبرنامج، التعريف بعدد مراحل البرنامج، بناء العلاقة الإرشادية).

4-2-2-3-2-2- هدف الجلسة الثانية: تدرّب المُسترشدين على طلب الدعم والمساعدة في حال عدم القدرة على تحمّل الآثار النفسية والانفعالية الناجمة عن إصابتهم بإعاقة حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف)، أو تعرّضهم مستقبلاً لأي حدث أو مجموعة أحداث صادمة ناتجة عن كوارث طبيعية أو مُصطنعة.

4-2-2-3-2-3- هدف الجلسة الثالثة: تدريب المُسترشدين على فنية التفريغ الانفعالي حول الحياة الشخصية والاجتماعية (قبل) وقوع الإصابة والحدث الصادم (قبل الأزمة السورية، قبل بتر أحد الأطراف) وبحث جوانبها الإيجابية والسلبية.

4-2-2-3-2-4- هدف الجلسة الرابعة: تدريب المُسترشدين على فنية التفريغ الانفعالي حول الحياة الشخصية والاجتماعية (بعد) وقوع الإصابة والحدث الصادم (خلال الأزمة السورية، بعد بتر أحد الأطراف) وبحث جوانبها الإيجابية والسلبية.

4-2-2-3-2-5- هدف الجلسة الخامسة: تدريب المُسترشدين على فنية استيعاب الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة الناجمة عن معايشتهم للأزمة السورية وإصابتهم بإعاقة حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف) وتحمّل ما يما يمكن أن يرتبط بها من ضغوطه نفسية وانفعالية.

4-2-2-3-2-6- هدف الجلسة السادسة: تدريب المُسترشدين على فنية اختبار المشاعر والأفكار السلبية واللاعقلانية التي انتابتهم بعد وقوع الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (خلال الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف)، ومناقشتها، وبيان عدم عقلانيتها (إعادة البناء المعرفي).

4-2-2-3-2-7- هدف الجلسة السابعة: تدريب المُسترشدين على فنية اختبار المشاعر والأفكار الإيجابية والعقلانية التي انتابتهم بعد وقوع الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (خلال الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف)، ومناقشتها، وبيان أهميتها لتحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي.

4-2-2-3-2-8- هدف الجلسة الثامنة: تدريب المُسترشدين على فنية التعايش والتكيف مع الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (خلال الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف) ومناقشة استراتيجيات التكيف غير الآمنة واستراتيجيات التكيف الآمنة.

4-2-2-3-2-9- هدف الجلسة التاسعة: تدريب المُسترشدين على فنية الاسترخاء والتأمل الواعي للتخفيف من التوتر والضغوط النفسية والانفعالية الناجمة عن معايشتهم لحدث أو مجموعة أحداث صادمة (خلال الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف).

4-2-2-3-2-10- هدف الجلسة العاشرة: تدريب المُسترشدين على تعزيز سمة الصلابة النفسية وما تتضمنه من تكتيكات سلوكية ومعرفية (الثبات الانفعالي، الالتزام، السيطرة، التحكم، عدم الاستكانة)، لمواجهة أي حدث أو مجموعة أحداث صادمة في المستقبل.

4-2-2-3-2-11- هدف الجلسة الحادية عشرة: تدريب المُسترشدين على فنية حل المشكلات لمواجهة أي حدث أو مجموعة أحداث صادمة وما تتضمنه من تكتيكات سلوكية ومعرفية (الشعور بالمشكلة وتفريغها خطياً، تعريف المشكلة وتحديد أبعادها، وضع الحلول والافتراضات، اختيار الحل الأمثل وتجريبه، تتبّع نجاح الحل والتغذية الراجعة).

4-2-2-3-2-2-12- هدف الجلسة الثانية عشرة: تدرّب المُسترشدين على تنمية الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة بعد التكيف مع الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف).

4-2-2-3-2-2-13- هدف الجلسة الثالثة عشرة: تعرّف توقعات المُسترشدين من الفوائد المحققة من خضوعهم لجلسات البرنامج السلوكي/المعرفي والاستبصار بالتغيرات التي طرأت على حالتهم النفسية والانفعالية والبنية المعرفية ومهارات التفكير لديهم قبل البرنامج وبعده.

4-2-2-4- بناء البرنامج بصورته الأولى: بعد العودة إلى الأدب النظري وعدد من الدراسات السابقة العربية والأجنبية ذات العلاقة في مجالي (اضطراب شدة ما بعد الصدمة PTSD، الإرشاد السلوكي/المعرفي)، وبتوجيه من الأستاذين المشرفين، وبالاستناد إلى خبرة الباحث النظرية والتطبيقية، تمت صياغة الهدف العام للبرنامج والأهداف الخاصة لكل جلسة إرشادية، ليضم البرنامج بصورته الأولى (١٣) جلسة إرشادية تتطابق مع عدد الأهداف التي ذُكرت في الخطوة السابقة.

حيث تم التخطيط لتصميم البرنامج ليضم أفضل الفنيات الإرشادية المقتبسة من الإرشاد السلوكي /المعرفي وهي (التدريب على طلب الدعم والمساندة، التفريغ الانفعالي، استيعاب الحدث الصادم، اختبار المشاعر والأفكار السلبية واللاعقلانية، اختبار المشاعر والأفكار الإيجابية والعقلانية، التعايش والتكيف مع الإعاقة، الاسترخاء والتأمل الواعي، الصلابة النفسية والثبات الانفعالي، حل المشكلات، تنمية الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة) التي تم توظيفها باستخدام استراتيجيات تعديل السلوك وهي (النمذجة المباشرة، النمذجة غير المباشرة، الحوار والمناقشة، الأسئلة، المحاضرة، لعب الدور). وفي عملية تصميم البرنامج تم تعيين إجراءات تنفيذ الهدف العام لكل جلسة إرشادية وما تتضمنه من أهداف خاصة أو سلوكية، ومهام كل من المُرشد والمُسترشدين، وتعيين المعزّزات المادية والمعنوية اللازمة لتشجيع المُسترشدين على المشاركة الإيجابية والفاعلة في جميع أنشطة البرنامج وإجراءاته، كما تم تعيين الوسائل التدريبية (مقاطع الفيديو، بطاقات المهام، الواجبات المنزلية، السبورة، السرير الإكلينيكي) وتحديد إجراءات توظيفها ضمن كل جلسة إرشادية، كما تم تحديد وسيلة التقويم للتحقق من مدى إنجاز كل هدف سلوكي ضمن كل جلسة إرشادية، كما تم تحديد زمن كل جلسة، ومراعاة مشاركة أولياء الأمور في الجلسة الإرشادية الأولى.

4-2-2-5- تحكيم البرنامج بصورته الأولى: بعد التصميم الأولي للبرنامج عُرض على (٢٣) محكّماً"[١]" بهدف التحقق من مدى ملاءمة (عدد الجلسات الإرشادية، محتوى وإجراءات تنفيذ كل جلسة إرشادية، مهام كل من المُرشد والمُسترشد، زمن تطبيق كل جلسة إرشادية، الفنيات الإرشادية،

١- يمكن العودة إلى الملحق (٦) للاطّلاع على أسماء السادة المحكّمين واختصاصاتهم العلمية.

استراتيجيات تعديل السلوك، وسائل التدريب، وسائل التقييم، نسب الإنجاز..) وذلك بالنسبة لكل جلسة إرشادية وللفئة المستهدفة، وقدّم المحكّمون ملاحظاتهم التي تتمحور حول النقاط التالية:

4-2-2-5-1- إعادة تسمية (الجلسات الإرشادية للبرنامج) باسم (المراحل الإرشادية للبرنامج)، على اعتبار أن بعض المراحل لابد أن تضم عدة جلسات تتناسب مع أعداد المُسترشدين.

4-2-2-5-2- أن تكون المرحلة الإرشادية الأولى مكونة من جلسة واحدة، وأن تُنفّذ بمشاركة أولياء الأمور للتهيئة العامة لأبنائهم وضمان مشاركتهم الإيجابية والفاعلة في المراحل الإرشادية اللاحقة، وحذف ما يرتبط بالعرض التفصيلي لأهداف المراحل الإرشادية، فهو أمر غير ضروري.

4-2-2-5-3- تفصيل الشرح في إجراءات تنفيذ كل مرحلة إرشادية (من المرحلة الثانية إلى المرحلة الثالثة عشرة)، وتفصيل شرح مهام كل من المُرشد والمُسترشدين.

4-2-2-5-4- أن يُخصّص لكل مُسترشد جلسة واحدة ضمن المراحل الإرشادية التالية (المرحلة الثانية، المرحلة الثالثة، المرحلة الرابعة، المرحلة الخامسة، المرحلة السادسة، المرحلة السابعة، المرحلة الثامنة، المرحلة العاشرة، المرحلة الحادية عشرة، المرحلة الثانية عشرة) بما يتناسب مع أعدادهم، لتحقيق الفائدة المرجوة من خضوعهم للبرنامج، ولمراعاة ما بينهم من فروق فردية في الخصائص الشخصية والانفعالية والعقلية والمعرفية، وبما يتوافق مع مدى معاناتهم من الأعراض الرئيسية والثانوية لاضطراب (PTSD)، ومع مستوى صحتهم النفسية وتوافقهم الشخصي والاجتماعي، ومع الظروف البيئية المحيطة بكل مُسترشد (الاجتماعية، الثقافية، الأسرية، المادية..إلخ).

4-2-2-5-5- يجب أن تتضمن المرحلة الإرشادية التاسعة جلسة جماعية واحدة فقط.

4-2-2-5-6- يجب أن تتضمن المرحلة الإرشادية الثالثة عشرة والأخيرة جلسة جماعية واحدة، مع مراعاة مشاركة أولياء الأمور في هذه المرحلة، كما يجب أن تتضمن هذه المرحلة تهيئة المُسترشدين من الناحيتين الانفعالية والمعرفية لإنهاء العلاقة الإرشادية.

4-2-2-5-7- عدم التحديد المُسبق لزمن تنفيذ بعض مراحل البرنامج وجلساته، سيما المراحل التالية (المرحلة الثانية، المرحلة الثالثة، المرحلة الرابعة، المرحلة الخامسة، المرحلة السادسة، المرحلة السابعة، المرحلة الثامنة، المرحلة العاشرة، المرحلة الحادية عشرة، المرحلة الثانية عشرة)، وذلك لإتاحة فرص مواتية وكاملة للمُسترشدين لاكتساب خبرات البرنامج بما يتلاءم مع ما بينهم من فروق فردية، ووفق حاجاتهم الإرشادية، ووفق ظروف الموقف الإرشادي.

4-2-2-5-8- التقليل التدريجي من التعزيز المادي لصالح التعزيز المعنوي حتى المراحل المتوسطة والنهائية من البرنامج.

4-2-2-5-9- تكرار بعض الضوابط والتذكير فيها بشكل مستمر في نهاية كل مرحلة إرشادية، وهي (خصوصية وسرية الجلسة، بقاء المُرشد فترة من الزمن في غرفة الإرشاد في حال رغبة أي

مُسترشد لبحث أي موضوع خارج الجلسة، أن يتخلل كل مرحلة فترات للراحة، عدم تكرار بعض الإجراءات في المراحل الإرشادية التي تضم عدة جلسات..إلخ).

4-2-2-5-10- عزل تعليمات التطبيق الموجهة للمُرشد عن تعليمات التطبيق الموجهة للمُسترشدين ضمن كل مرحلة إرشادية.

4-2-2-5-11- إعادة توظيف استراتيجيات تعديل السلوك (النمذجة المباشرة، النمذجة غير المباشرة، الحوار والمناقشة، الأسئلة، المحاضرة، لعب الدور)، لتكون وسيلة لتنفيذ فنيات الإرشاد السلوكي/المعرفي (التدريب على طلب الدعم والمساندة، التفريغ الانفعالي، استيعاب الحدث الصادم، اختبار المشاعر والأفكار السلبية واللاعقلانية، اختبار المشاعر والأفكار الإيجابية والعقلانية، التعايش والتكيف مع الإعاقة، الاسترخاء والتأمل الواعي، الصلابة النفسية والثبات الانفعالي، حل المشكلات، تنمية الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة).

4-2-2-5-12- حُسن توظيف وسائل التدريب (سيما مقاطع الفيديو، بطاقات المهام، الواجبات المنزلية، السبورة، السرير الإكلينيكي..إلخ) ضمن كل مرحلة إرشادية، وإعادة تخطيطها لتخدم الهدف العام والأهداف الخاصة للبرنامج بشكل عام.

4-2-2-5-13- أن يضم البرنامج ويتخلله أنشطة ترويحية جماعية (زراعة الأشجار في حديقة مشفى المواساة، زيارة قلعة دمشق وسوق الحميدية).

4-2-2-5-14- تحديد وسيلة التقويم للتحقق من مدى إنجاز كل هدف سلوكي ضمن كل مرحلة إرشادية، وتعيين نسبة الإنجاز التي يجب ألّا تقل عن (٨٠%) بسحب تقدير المُرشد.

إضافةً لتعديلات أخرى تتعلق بالإخراج النهائي والناحية الشكلية للبرنامج (نوع الخط، تنسيق ألوان التعليمات، جدولة المهام..إلخ)، وقد تم الأخذ بجميع تلك الملاحظات المقدّمة من السادة المحكّمين، وتم إجراء التعديلات المطلوبة بتوجيه مع الأستاذين المُشرفين، ليظهر البرنامج بصورته الثانية.

4-2-2-6- تجريب عدة مراحل من البرنامج: بعد التصميم الأولي للبرنامج، وبعد تحكيمه من قبل الأساتذة الجامعيين في المرحلة السابقة، وبتوجيه من الأستاذين المشرفين، تم تطبيق (٣) مراحل إرشادية بشكل استطلاعي للتحقق من نجاعة ووضوح إجراءات تطبيق البرنامج، وطريقة توظيف الفنيات الإرشادية، ووسائل العرض..إلخ، حيث تم التطبيق على (٤) مراهقين مصابين بحالة بتر أحد الأطراف، ولديهم مستوى متوسط إلى فوق المتوسط من أعراض اضطراب (PTSD)"[١]"، ومن نتائج التطبيق التجريبي للبرنامج ما يلي (إعادة الصياغة اللغوية لبعض إجراءات التطبيق، حذف واختصار بعض إجراءات التطبيق غير الضرورية والتي تكشفت خلال تنفيذ الأهداف السلوكية، تمييز الإجراءات المطلوبة من أفراد العينة التجريبية باللون الأحمر، تفعيل دور استراتيجية النمذجة

١- مع ضرورة التنبيه بأن حالات المراهقين الأربعة المذكورة ليسوا من أفراد المجموعة التجريبية الأساسية.

المباشرة التي يقوم بها المُرشد بشكل موسع وأكثر عمقاً، تفعيل دور الحوار والمناقشة من جانب المُسترشدين بشكل موسع وأكثر عمقاً)، وتعديلات أخرى لها علاقة بالنواحي الشكلية لإخراج مراحل البرنامج وجلساته، وتم تنفيذ تلك التعديلات بتوجيه من الأستاذين المشرفين، ليظهر البرنامج بصورته النهائية المكونة من (١٢) مرحلة إرشادية كما يُظهر الجدول (١٣):

الجدول (١٣) الصورة النهائية لمراحل البرنامج السلوكي/المعرفي"[١]"

لخفض أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD) لعينة مراهقين أصيبوا بإعاقات حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية

رقم المرحلة	محتوى المرحلة	عدد الجلسات	عدد المستفيدين	زمن تطبيق كل جلسة
الهدف العام للبرنامج	خفض أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD) لعينة مراهقين من عمر (بين ١٤،١١ إلى ١٥،١١ سنة) أصيبوا بإعاقات حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية.			
التطبيق القبلي	التطبيق القبلي لمقياس شدة ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين المبني وفق معايير (DSM-5-2013) على جميع المُتعالجين (أفراد المجموعة التجريبية).			
هدف المرحلة الأولى	بناء علاقة الثقة بين المُرشد والمُسترشدين والتهيئة العامة لهم لمتابعة مراحل البرنامج السلوكي/المعرفي (تبادل التعارف، عرض الهدف العام للبرنامج، التعريف بعدد مراحل البرنامج، بناء العلاقة الإرشادية). فنيات الإرشاد (المحاضرة والعرض، الأسئلة، الحوار والمناقشة، العزيز)	(١) الجلسة جماعية	(١٠) مراهقين مُصابين بإعاقات حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف) (١٠) آباء (١٠) أمهات	(٦٠) دقيقة
هدف المرحلة الثانية	تدرّب المُسترشدين على طلب الدعم والمساعدة في حال عدم القدرة على تحمّل الآثار النفسية والانفعالية الناجمة عن إصابتهم بإعاقة حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف)، أو تعرضهم مستقبلاً لأي حدث أو مجموعة أحداث صادمة ناتجة عن كوارث طبيعية أو مُصطنعة. فنيات الإرشاد (فنية طلب الدعم والمساندة، المحاضرة، الحوار والمناقشة، النمذجة المباشرة، النمذجة غير المباشرة، لعب الدور، التعزيز، الواجب المنزلي).	جلسة جماعية واحدة	(١٠) مراهقين مُصابين بإعاقات حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف)	(٦٠) دقيقة
هدف المرحلة الثالثة	تدريب المُسترشدين على فنية التفريغ الانفعالي حول الحياة الشخصية والاجتماعية (قبل) وقوع الإصابة والحدث الصادم (قبل الأزمة السورية، قبل بتر أحد الأطراف) ومناقشة جوانبها الإيجابية والسلبية. فنيات الإرشاد (فنية التفريغ الانفعالي، المحاضرة، الحوار والمناقشة، النمذجة المباشرة، النمذجة غير المباشرة، لعب الدور، التعزيز، الواجب المنزلي).	(٥) جلسات	(٢) مُسترشد (٢) مُسترشد (٢) مُسترشد (٢) مُسترشد (٢) مُسترشد	الزمن غير محدد الزمن غير محدد الزمن غير محدد الزمن غير محدد الزمن غير محدد
هدف المرحلة الرابعة	تدريب المُسترشدين على فنية التفريغ الانفعالي حول الحياة الشخصية والاجتماعية (بعد) وقوع الإصابة والحدث الصادم (خلال الأزمة السورية، بعد بتر أحد الأطراف) وبحث جوانبها الإيجابية والسلبية. فنيات الإرشاد (فنية التفريغ الانفعالي، المحاضرة، الحوار والمناقشة، النمذجة المباشرة، النمذجة غير المباشرة، لعب الدور، التعزيز، الواجب المنزلي).	(٥) جلسات	(٢) مُسترشد (٢) مُسترشد (٢) مُسترشد (٢) مُسترشد (٢) مُسترشد	الزمن غير محدد الزمن غير محدد الزمن غير محدد الزمن غير محدد الزمن غير محدد
هدف المرحلة الخامسة	تدريب المُسترشدين على فنية استيعاب الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة الناجمة عن معايشتهم للأزمة السورية وإصابتهم بإعاقة حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف) وتحمّل ما يمكن أن يرتبط بها من ضغوطه نفسية وانفعالية. فنيات الإرشاد (فنية استيعاب الحدث الصادم، المحاضرة، النمذجة المباشرة، الحوار والمناقشة، لعب الدور، التعزيز، الواجب المنزلي).	(٥) جلسات	(٢) مُسترشد (٢) مُسترشد (٢) مُسترشد (٢) مُسترشد (٢) مُسترشد	الزمن غير محدد الزمن غير محدد الزمن غير محدد الزمن غير محدد الزمن غير محدد

١- يمكن العودة إلى الملحق (٧) للبرنامج السلوكي/المعرفي لخفض أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD) لدى المراهقين المُصابين بإعاقات حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية.

هدف المرحلة السادسة	تدريب المُسترشدين على فنية اختبار المشاعر والأفكار السلبية واللاعقلانية التي انتابتهم بعد وقوع الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (خلال الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف)، ومناقشتها، وبيان عدم عقلانيتها (إعادة البناء المعرفي).	(٥) جلسات	(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
	فنيات الإرشاد (فنية اختبار الأفكار والمشاعر السلبية واللاعقلانية، التفريغ الانفعالي، المحاضرة، النمذجة المباشرة، النمذجة غير المباشرة، الحوار والمناقشة، لعب الدور، التعزيز، الواجب المنزلي).		(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
			(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
			(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
			(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
هدف المرحلة السابعة	تدريب المُسترشدين على فنية اختبار المشاعر والأفكار الإيجابية والعقلانية التي انتابتهم بعد وقوع الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (خلال الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف)، ومناقشتها، وبيان أهميتها لتحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي.	(٥) جلسات	(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
	فنيات الإرشاد (فنية اختبار الأفكار والمشاعر الإيجابية والعقلانية، التفريغ الانفعالي المحاضرة، النمذجة المباشرة، النمذجة غير المباشرة، الحوار والمناقشة، إعادة البناء المعرفي، لعب الدور، التعزيز، الواجب المنزلي).		(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
			(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
			(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
			(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
نشاط جماعي	زراعة الأشجار في حديقة مشفى المواساة من قبل جميع المُتعالجين كنشاط ترويحي جماعي.			
هدف المرحلة الثامنة	تدريب المُسترشدين على فنية التعايش والتكيف مع الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (خلال الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف) ومناقشة استراتيجيات التكيف غير الآمنة واستراتيجيات التكيف الآمنة.	(٥) جلسات	(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
	فنيات الإرشاد (فنيات التكيف والتعايش الآمنة، المحاضرة، النمذجة المباشرة، الحوار والمناقشة، إعادة البناء المعرفي، لعب الدور، التعزيز، الواجب المنزلي).		(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
			(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
			(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
			(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
هدف المرحلة التاسعة	تدريب المُسترشدين على فنية الاسترخاء والتأمل الواعي للتخفيف من التوتر والضغوط النفسية والانفعالية الناجمة عن معايشتهم لحدث أو مجموعة أحداث صادمة (خلال الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف).	جلسة جماعية واحدة	(١٠) مُسترشدين	(٩٠) دقيقة يتخللها (١٠) دقائق للراحة
	فنيات الإرشاد (فنية الاسترخاء والتأمل الواعي، النمذجة المباشرة، النمذجة غير المباشرة، الحوار والمناقشة، التعزيز، الواجب المنزلي).			
هدف المرحلة العاشرة	تدريب المُسترشدين على تعزيز سمة الصلابة النفسية وما تتضمنه من تكتيكات سلوكية ومعرفية (الثبات الانفعالي، الالتزام، السيطرة، التحكم، عدم الاستكانة)، لمواجهة أي حدث أو مجموعة أحداث صادمة في المستقبل.	(٥) جلسات	(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
	فنيات الإرشاد (تعزيز سمة الصلابة النفسية، النمذجة المباشرة، الحوار والمناقشة، لعب الدور، التعزيز، الواجب المنزلي).		(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
			(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
			(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
			(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
هدف المرحلة الحادية عشرة	تدريب المُسترشدين على فنية حل المشكلات لمواجهة أي حدث أو مجموعة أحداث صادمة وما تتضمنه من تكتيكات سلوكية ومعرفية (الشعور بالمشكلة وتفريغها خطياً، تعريف المشكلة وتحديد أبعادها، وضع الحلول والافتراضات، اختيار الحل الأمثل وتجريبه، تتبّع نجاح الحل والتغذية الراجعة).	(٥) جلسات	(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
	فنيات الإرشاد (فنية حل المشكلات، المحاضرة، النمذجة المباشرة، الحوار والمناقشة، لعب الدور، التعزيز، الواجب المنزلي).		(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
			(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
			(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
			(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
هدف المرحلة الثانية عشرة	تدرّب المُسترشدين على تنمية الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة بعد التكيف مع الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف).	(٥) جلسات	(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
	فنيات الإرشاد (تنمية الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة، المحاضرة، النمذجة المباشرة، الحوار والمناقشة، إعادة البناء المعرفي، التعزيز، الواجب المنزلي).		(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
			(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
			(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
			(٢) مُسترشد	الزمن غير محدد
نشاط جماعي	زيارة قلعة دمشق وسوق الحميدية من قبل جميع المُتعالجين كنشاط ترويحي جماعي.			

هدف المرحلة الثالثة عشرة	تعرّف توقعات المُسترشدين من الفوائد المحققة من خضوعهم لمراحل البرنامج السلوكي/المعرفي والاستبصار بالتغيرات التي طرأت على حالتهم النفسية والانفعالية والبنية المعرفية ومهارات التفكير لديهم قبل البرنامج وبعده.	جلسة جماعية واحدة	(١٠) مراهقين مُصابين بإعاقات حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف) (١٠) آباء (١٠) أمهات	(٦٠) دقيقة
التطبيق البعدي المباشر	التطبيق البعدي المباشر لمقياس شدة ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين المبني وفق معايير (DSM-5-2013) على جميع المُتعالجين (أفراد المجموعة التجريبية) بعد الانتهاء من خضوعهم لجلسات البرنامج.			
التطبيق البعدي المؤجل	التطبيق البعدي المؤجل لمقياس شدة ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين المبني وفق معايير (DSM-5-2013) على جميع المُتعالجين (أفراد المجموعة التجريبية) بعد مرور شهر من الانتهاء لخضوعهم لجلسات البرنامج.			

4-3- عينة الدراسة الأساسية والإجراءات المتّبعة في اختيارها:

4-3-1- تعريف عينة الدراسة: هي من نوع العينة المقيّدة أو (المقصودة)، التي تُحدّد مسبقاً مواصفات وخصائص الأفراد الذين يجب أن تتضمّنهم العينة، وبذلك لا تكون المشكلة في الحصول على عدد كافٍ من أفراد المجتمع الأصلي، وإنما المشكلة تكمن في الحصول على أفراد لهم مواصفات معينة تنسجم مع أغراض البحث (الزراد ويحيى، ١٩٨٦، ٧٢).

4-3-2- خطوات اختيار عينة الدراسة: تكونت العينة الأساسية من مجموعة تجريبية واحدة قوامها (١٠) مراهقين مُصابين بإعاقات حركية مُكتسبة (بتر أحد الأطراف) بسبب الأعمال الإرهابية خلال الأزمة السورية، وجميعهم من الذكور، من عمر (بين ١٤،١١ إلى ١٥،١١ سنة)، كما شملت العينة جميع أولياء أمورهم (١٠ آباء، ١٠ أمهات)، وتم اختيار العينة من (مركز إعادة التأهيل والأطراف الصناعية) التابع لوزارة الصحة بمشفى ابن النفيس بدمشق، ومن جمعية خطوة للأطراف الصناعية بمشفى حاميش في منطقة برزة بدمشق، وقد تم اختيار أفراد العينة وفق الشروط التالية:

4-3-1-1- أن يكون المُصاب في مرحلة المراهقة، ويقع مداه العمري (بين ١٤،١١ إلى ١٥،١١ سنة) عند تاريخ التشخيص.

4-3-1-2- أن يعاني المُصاب إعاقة حركية مُكتسبة (بتر طرف أو أكثر من الأطراف العلوية أو السفلية) بسبب العمليات الإرهابية المُسلحة خلال الأزمة السورية، وتحديداً في الفترة الزمنية (بين ٢٠١٨/٣/١ حتى تاريخ بدء التشخيص ٢٠١٩/٩/٣٠)، ووفق التقرير الطبي لمشفى الأطفال التخصصي بدمشق، ووفق ضبط شرطة في المحافظة التي أصيب بها أو هُجّر منها.

4-3-1-3- يُفضّل أن يكون المُصاب من حاملي بطاقة إعاقة حركية وفق قانون رعاية المعوقين رقم (٣٤) لعام (٢٠٠٤) صادرة عن مديرية الشؤون الاجتماعية في إحدى المحافظات السورية (قبل تاريخ بدء التشخيص ٢٠١٩/٩/٣٠)، ووفق التصنيف الوطني للإعاقة.

4-3-1-4- أن يكون المُصاب من الذين أنهوا فترة العلاج الطبي لحالة بتر الأطراف، وتم تخريجه من مشفى الأطفال التخصصي بدمشق وفق التقارير الطبية أصولاً، ولوحظت عليه أعراض سلوكية وانفعالية غير سوية بعد التواصل المباشر مع أولياء الأمور.

4-3-1-5- أن يعاني المُصاب من أعراض (PTSD) وفق معايير (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013) المصمم في الدراسة الحالية، أي يحصل على درجات تتراوح (بين ١٤٧ درجة إلى ٣٣٧ درجة) التي تقابل (مستوى متوسط إلى مستوى مزمن) وفق معايير المقياس.

4-3-1-6- أن يُبدي المُصاب رغبته وقبوله الاختياري – غير الملزم – للخضوع لمراحل البرنامج السلوكي/المعرفي المصمم في الدراسة الحالية.

4-3-1-7- أن يُبدي ولي أمر المُصاب (الأب أو الأم أو كليهما) رغبة وقبولاً اختيارياً غير إلزامي لخضوع الابن لمراحل البرنامج السلوكي/المعرفي.

ويمكن النظر في الملحق (٣) لأخذ لمحة عامة عن الخصائص النفسية والانفعالية والاجتماعية والتعليمية والسكنية.. لأفراد المجموعة التجريبية، والظروف التي عاشوها خلال الأزمة السورية، ونوع البتر الذي يعاني منه كل فرد من أفراد العينة.

ولابد من الإشارة؛ بأن جميع أفراد العينة التجريبية يعانون معظم الأعراض الرئيسية والثانوية لاضطراب (PTSD)، والاهتمام بضبط جميع المتغيرات الدخيلة المرتبطة بالعمر والجنس ومستوى الإصابة بأعراض هذا الاضطراب، سيما ما يتعلق منها بالمعيار (F)، والذي يشير إلى (**استمرارية أعراض الصدمة النفسية الناجمة عن الحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة**)، كما لابد من الإشارة إلى أن معظم أفراد العينة عايشوا عدة صدمات نفسية وانفعالية، ليست تلك الناتجة فقط عن صدمة بتر أحد الأطراف، بل صدمات نفسية وانفعالية أخرى، تتعلّق بمشاهدة الأشلاء، وشم رائحة الدم، وسماع دويّ الانفجارات، و/أو مشاهدة أحد أفراد الأسرة وهو يتعرّض للابتزاز أو التعذيب، و/أو مشاهدة المنزل وهو يتهدّم بسبب إرهاب المجموعات المسلحة، أو مشاهدة الأب أو أحد الإخوة وهو يتعرّض للتعذيب والجلد على يد المجموعات الإرهابية..إلخ. بمعنى آخر؛ فإن جميع أفراد العينة يمكن تصنيفهم على أنهم ذوو مستوى (فوق المتوسط إلى الشديد) من أعراض (PTSD)، وأنهم متعدّدو الصدمات النفسية أو الانفعالية.

4-4- متغيرات الدراسة:

4-4-1- المتغيرات المستقلة: تضم عدة متغيرات مستقلة أثّرت على المتغير التابع (مستوى اضطراب PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية؛ وتلك المتغيرات هي:

4-4-1-1- الأزمة السورية وما خلّفته من صدمات نفسية وانفعالية لدى أفراد المجموعة التجريبية (التهجير من المنزل، العوز المادي، فقدان قريب أو صديق، بتر أحد الأطراف).

4-4-1-2- البرنامج السلوكي/المعرفي المصمم لخفض أعراض PTSD لدى أفراد المجموعة التجريبية.

4-4-2- المتغير التابع: هو التغير الحاصل في مستوى أعراض (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد خضوعهم لمراحل البرنامج السلوكي/المعرفي، ووفق ما يكشف عنه الفرق في أدائهم على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013) المصمم في الدراسة الحالية (القياس القبلي، القياس البعدي، القياس البعدي المؤجل).

4-5- صعوبات الدراسة:

برزت بعض الصعوبات والعوائق التي عرقلت – في بعض الحالات – خطة سير الدراسة الحالية قبل أن ترى النور؛ ومن أهمها:

4-5-1- تطلّب التطبيق الميداني لأدوات الدراسة الحالية (المقياس، البرنامج) الحصول على كثير من الموافقات الإدارية سواءً من وزارة التربية، ووزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، وإدارة مشفى الأطفال التخصصي بدمشق، وإدارة مشفى المواساة/القسم النفسي.

4-5-2- عدم تعاون بعض إدارات مراكز الإيواء، سيما فيما يتعلق بالوصول إلى المراهقين المهجّرين وأولياء أمورهم من محافظات أخرى قبل الحصول على الموافقات الإدارية والأمنية.

4-5-3- تأخّر إرسال نتائج التحكيم من قبل السادة المحكّمين من خارج الجمهورية العربية السورية عبر الوسائل الالكترونية.

4-5-4- عدم التزام معظم أفراد المجموعة التجريبية وأولياء أمورهم بمراحل تطبيق البرنامج، فقد أُعيد اختيار (٣) مراهقين مبتوري الأطراف بعد تسرّب (٣) غيرهم كانوا من أفراد المجموعة التجريبية في فترات سابقة، بسبب متطلبات الحياة المعيشية والمهنية لأولياء أمورهم، وبسبب عودة المُهجّرين إلى أماكن إقامتهم الأصلية خارج محافظة دمشق.

5- الفصل الخامس

(عرض نتائج الدراسة ومناقشتها)

تمهيد.

5-1- المعالجة الإحصائية لأسئلة الدراسة ومناقشتها.

5-2- مقترحات الدراسة وتوصياتها.

5-3- بحوث مقترحة.

تمهيد:

تضمّن الفصل الخامس عرض نتائج المعالجة الإحصائية لأسئلة الدراسة، ثم مناقشتها وتفسيرها في ضوء الواقع الميداني الذي أحاط بظروف الدراسة ومتغيراتها، وبالمقارنة مع الأدب النظري والدراسات السابقة الشبيهة في بعض جوانبها بالدراسة الحالية، تلا ذلك التوصل إلى بعض المقترحات والتوصيات، وأخيراً تم صياغة بعض البحوث المقترحة لتحقيق أهداف أخرى لم تتمكن الدراسة الحالية من بلوغها.

5-1- المعالجة الإحصائية لأسئلة الدراسة ومناقشتها:

5-1-1- نتائج السؤال الأول: ما مستوى ونسبة انتشار اضطراب (PTSD) لدى عينة من المراهقين المصابين بإعاقات حركية مكتسبة في عدة مراكز للإيواء بمحافظتي دمشق واللاذقية خلال الأزمة السورية ؟.

للإجابة عن هذا السؤال تم اختيار عينة متيسرة – بطريقة الحصر الشامل – من المراهقين قوامها (٢٤)"[١]" فرداً أعمارهم (بين ١٠،١١ إلى ١٧،١١ سنة)، وجميعهم من المراهقين المصابين بإعاقات حركية مكتسبة، اختيروا من (٩) مراكز للإيواء منتشرة في محافظتي دمشق واللاذقية، وجميع أفراد العينة مهجّرون وأسرهم من أماكن إقامتهم الأصلية من عدة بلدات وقرى ومحافظات (ريف دمشق، حلب، الرقة، دير الزور، إدلب، حمص، ريف حمص الشرقي..)، وعايشوا صدمات نفسية وانفعالية بسبب الإعاقة والتهجير الناتج عن إرهاب المجموعات المُسلحة خلال الأزمة السورية، ويُظهر الجدول (١٤) خصائص تلك العينة:

الجدول (١٤) خصائص عينة الدراسة المسحية من المراهقين المصابين بإعاقات حركية مكتسبة والمقيمين في مراكز الإيواء بمحافظتي دمشق واللاذقية

رقم مركز الإيواء	اسم مركز الإيواء	عنوان مركز الإيواء	الجنس		المجموع
			ذكور	إناث	
محافظة دمشق					
١	معهد التربية الخاصة للإعاقة السمعية	باب مصلى	١	١	٢
٢	معهد الإعداد الحزبي	باب مصلى	٢	١	٣
٣	مدرسة سمية المخزومية	المزة	∴	١	١
٤	معهد التأهيل المهني للمعوقين	برزة/حاميش	٣	١	٤
٥	مدرسة المزة المحدثة	المزة	١	∴	١
٦	مدرسة لبانة المُحدثة	المهاجرين	١	٢	٣

١ – تم اختيار عينة الدراسة المسحية من المراهقين (العاديين – المصابين بإعاقات مكتسبة) في الفترة الزمنية الممتدة من تاريخ (٢٠١٦/١/١ إلى ٢٠١٨/١/١).

رقم مركز الإيواء	اسم مركز الإيواء	عنوان مركز الإيواء	الجنس		المجموع
			ذكور	إناث	
محافظة اللاذقية					
٧	كلية التربية	الرمل الجنوبي	١	٠	١
٨	مركز إيواء الرمل الجنوبي	الرمل الجنوبي	٣	٠	٣
٩	مدرسة جهاد ماشي	مركز المدينة	١	٠	١

تلا هذه الخطوة تطبيق (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013) المصمم في الدراسة الحالية على جميع الأفراد الذين يظهرون في الجدول (١٤) سابق الذكر، ثم حساب الدرجات الخام لكل فرد من أفراد العينة، ومقابلة درجته الخام مع معايير المقياس، وباستخدام (العدّ البسيط ومعادلة النسب المئوية) تم حساب مستوى ونسبة انتشار اضطراب (PTSD) بين أفراد العينة المسحية، وذلك كما يُظهر الجدول (١٥):

الجدول (١٥) مستوى ونسبة انتشار

اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD) بين المراهقين المصابين بإعاقة حركية مكتسبة

مدى الدرجات	التشخيص	العدد	النسبة
(من ٠ إلى ٧٣)	لا يوجد اضطراب	-	٠%
(من ٧٤ إلى ١٤٦)	اضطراب خفيف	-	٠%
(من ١٤٧ إلى ٢٢٠)	اضطراب متوسط	-	٠%
(من ٢٢١ إلى ٢٩٣)	اضطراب شديد	٦	٢٥%
(من ٢٩٤ إلى ٣٣٧)	اضطراب حاد ومزمن	١٨	٧٥%
المجموع الكلي		٢٤	١٠٠%

لوحظ من الجدول (١٥) أن جميع أفراد العينة (أي ما نسبته ١٠٠% من مجموع أفراد العينة) عانوا مستويات مختلفة من اضطراب (PTSD) تبدأ من مستوى (اضطراب متوسط إلى اضطراب شديد إلى اضطراب حاد ومزمن)، وهي درجات فوق المتوسط وفق معايير (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)، وأن تلك الأعراض كانت مرتبة بحسب أهميتها النسبية كما يلي:

1- التجنب المستمر للمثيرات والذكريات المرتبطة بالحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة.

2- إعادة الاختبار المستمر للأحداث المُروعة والذكريات التطفلية التالية مباشرة للحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة.

3- التبدلات السلبية في الإدراك والمزاج بعد التعرض للحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة.

4- التبديلات الظاهرية في الإثارة والنشاط بعد التعرض لحادث أو مجموعة أحداث صادمة.

5- استمرارية أعراض الصدمة النفسية الناجمة عن الحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة.

6- تعطّل مجالات الحياة.

ويمكن تفسير تلك النتائج وفق مجموعة اعتبارات؛ أن تهجير أفراد عينة المراهقين ذوي الإعاقات الحركية المكتسبة من أماكن إقامتهم الأصلية، والخروج من المنزل مع أفراد الأسرة ليستقرّوا في عدة مراكز للإيواء المؤقت، وما رافق ذلك من صعوبات العيش، وتضرر الوضع الاقتصادي، والخوف على الذات والآخرين نتيجة معايشة مظاهر العنف والتنكيل بأفراد الأسرة من قبل المجموعات الإرهابية المسلحة، كل ذلك كان له وقع الصدمة غير المألوفة والمفاجئة على معظم أفراد العينة، بالتزامن مع مظاهر القتل والتدمير الذي نفّذته تلك المجموعات الإرهابية، فكل تلك الممارسات وغيرها كانت تفوق قدرة البنية المعرفية والنفسية لهؤلاء المراهقين على استيعابها، مهما كان مستوى الصلابة النفسية والانفعالية التي يتمتعون بها، ما جعلهم بحاجة ملحّة لخدمات الدعم النفسي.

كما أن صور وذكريات المشاهد المروعة لازالت تتطفل إلى ذاكرة هؤلاء المراهقين، فهي ذكريات غير مألوفة، ولازالت حية ومستحدثة في أذهانهم، لتعود وتتكرر بين الحين والآخر، وبشكل لاإرادي، إضافةً للأحلام المزعجة، والكوابيس الليلية للخراب، والدمار، ومشاهد القتل، والتفجيرات، والتنكيل.. من قبل العصابات المُسلحة. يُضاف إلى ذلك ما أصاب هؤلاء المراهقين من مظاهر السلوك التجنبي لأي مثير سمعي أو بصري – يشبه في بعض ملامحه – تلك الصور السمعية والبصرية التي خَبروها خلال حصارهم في المناطق التي خرجت بشكل مؤقت عن سيطرة الدولة السورية، ثم عاود الجيش العربي السوري ليحررها مجدداً.

ومن جهةٍ أخرى؛ فإن نتائج المعالجة الإحصائية للسؤال الأول تتوافق في بعض جوانبها مع ما أشار إليه **(دافيدسون وزملاؤه Davidson et al 1995)** بأن الشكل المُزمن لاضطراب (PTSD) يظهر بوضوح لدى الأطفال والمراهقين الذين شهدوا أعمال عنفٍ وقتل، أو الذين أصيبوا خلال الحروب. ومع دراسة **(كنزي وزملائه Kinzie et al 1986)** التي أُجريت على أطفال تعرّضوا لويلات الحرب في (كمبوديا)، إذ لوحظ أن (٥٠%) منهم تطورت لديهم أعراض (PTSD) مع اكتئاب متواصل بعد مرور (٤ سنوات) من انتهاء الحرب ومغادرة البلاد. ومع دراسة **(أبو هين** ١٩٩٧) التي بيّنت أن (١٦%) من الأطفال الذكور والإناث من عمر (بين ٨ إلى ١٥) سنة سجّلوا درجات مرتفعة من القلق المزمن الذي يحتاج إلى تدخّل علاجي، وأن معظم هؤلاء الأطفال تعرّضوا للعنف الشخصي، أو شاهدوا أحد أفراد أسرهم يتعرض للضرب أو الإهانة. ومع دراسة **(شال وإلبرت Schaal & Elbert 2006)** التي أُجريت على عينة مراهقين ناجوا من حرب التطهير العرقي في (رواندا)، إذ تبين أن معظمهم تعرّضوا لأحداث مُؤلمة، وأظهروا معدلات مُرتفعة من أعراض (PTSD)، وأن (٤١%) منهم شهدوا مقتل أحد الأبوين. ومع دراسة **(ثابت وآخرين ٢٠٠٨)** التي بينت أن أشد أنواع الخبرات الصادمة وأكثرها شيوعاً لدى أطفال قطاع غزة بسبب اعتداءات الاحتلال الإسرائيلي والاقتتال الداخلي عام (٢٠٠٧) هي (أصوات قصف مِدفعي ٨٥،٤%) (أصوات طائرات

تخترق حاجز الصوت ٨١،٨%) (مشاهد تلفزيونية لشهداء وجرحى ٧٨،٢%) (أصوات رصاص وقصف ناتجة عن اشتباكات بسبب الفلتان الأمني ٧٦،٧%) (مُشاهدة آثار القصف المدفعي على قطاع غزة ٦٨،٥%). ومع دراسة (**مومني** ٢٠٠٨) التي أُجريت على (٣٥٣) من الضحايا وأسرهم ممن تعرّضوا للتفجيرات الإرهابية لفنادق عمان الثلاثة عام (٢٠٠٥)، إذ تبين أن مستوى اضطراب (PTSD) جاء بدرجة متوسطة، وبلغت نسبة المصابين به (٧٥،٣%). ومع دراسة (**كاتاني وزملائه Catani et al 2009**) التي بينت أن طفلاً واحداً من كل (٤) أطفال ذكور، وما نسبته (١٥%) من الإناث من عمر (٧ إلى ١٥ سنة) من أفراد العينة شُخّصوا بمعاناتهم من أعراض (PTSD) خلال حرب (كابول وأفغانستان)، إضافةً للحالة الصحية السيئة لدى الأطفال المُساء إليهم. ومع دراسة (**الشيخ ٢٠١٠**) التي طُبّقت على (٢١٩) طفلاً تعرّضوا لحوادث سير بمدينة دمشق، والتي بينت معاناتهم من أعراض (PTSD) بدرجات متفاوتة الشدة (خفيفة، متوسطة، شديدة). ومع دراسة (**شاهين ٢٠١٤**) التي بينت أن أكثر الخبرات الصادمة التي تعرّض لها المراهقون الفلسطينيون كانت مرتبة كما يلي (أصوات قصف مدفعي، أصوات طائرات حربية تخترق جدار الصوت، صور جرحى وأشلاء وشهداء على شاشة التلفاز، مشاهدة آثار قصف مدفعي، التعرض الشخصي للتهديد بالقتل، التهديد بقتل أحد أفراد الأسرة، استخدامك كدرع بشري، التعرض لإصابة جسدية نتيجةَ قصف المنزل، مشاهدة إصابة صديق بالرصاص)، وأن (٦٥%) من أفراد العينة تعرّضوا لخبرات صادمة من شديدة وشديدة جداً ما يستدعي تدخلاً علاجياً. ومع دراسة (**بدر ٢٠١٥**) التي طُبّقت على (٣٨) مراهقاً ومراهقة من أبناء الشهداء في ريف جبلة، اختيروا من مدارس الحلقة الثانية للتعليم الأساسي (١٩ ذكور، ١٩ إناث)، والتي بينت وجود مستوى متوسط من أعراض (PTSD) لدى أفراد العينة. ومع دراسة (**مراد ٢٠١٥**) التي بينت أن مستوى اضطراب (PTSD) لدى عينة من الأطفال المهجّرين خلال الأزمة السورية والمقيمين في مراكز الإيواء كانت بمستوى متوسط، وكانت تلك الأعراض مرتبة كما يلي (أعراض الذكريات، فرط الإثارة، الأعراض التجنبية). ومع دراسة (**عباس ٢٠١٦**) التي بينت أن انتشار الصدمة النفسية بلغ (٥١،٤%) من أصل مجموع أفراد عينة المراهقين المهجّرين والمقيمين في مراكز الإيواء، وأن مستوى اضطراب (PTSD) لديهم تراوح بين مستوى مرتفع (٣٥،٤%)، إلى مستوى متوسط (٣٠،٧%)، إلى مستوى منخفض (٣٣،٩%). ومع دراسة (**عوض ٢٠١٦**) التي طُبّقت على (١٣٨) طفلاً فلسطينياً من عمر (٩ إلى ١١) سنة ممن خبروا استشهاد أحد أقاربهم (أب، أم، أخ، أخت)، إذ لوحظ أن أعراض (PTSD) لديهم كانت مرتبة كما يلي (ضعف المشاركة الاجتماعية، أعراض جسدية، ردود فعل عاطفية وانفعالية، تجنب الأحداث، فرط التيقظ)، والتي كانت بمستوى فوق المتوسط ما يستدعي تدخلات علاجية. ومع دراسة (**سعدي وشريبه وشاليش ٢٠١٦**) التي بينت أن انتشار اضطراب (PTSD) لدى عينة مبتوري

الأطراف من جرحى الجيش خلال الأزمة السورية كان بنسب متفاوتة، وتراوحت بين مستوى منخفض (٤٢،٥%) إلى مستوى متوسط (٤٢،٥%) إلى مستوى مرتفع (١٥%). ومع دراسة **(إبراهيم ٢٠١٧)** التي طُبّقت على (٢٠) فرداً من اللاجئين السوريين بولاية الخرطوم، أعمارهم (بين ٢٠ إلى ٤٠) سنة، ويعانون مستوى مرتفع من أعراض (PTSD)، نتيجة معايشة ويلات الحرب (تشرّد الأسر، مشاهد مناظر مؤلمة، التعذيب، القتل، الاغتصاب، النهب..)، وأدت لبروز عدة اضطرابات نفسية وأمراض جسدية وعقلية وضغوطاً انفعالية وأعراض (PTSD) بصورة خاصة. ومع دراسة **(عسيلا ٢٠١٧)** التي بينت أن انتشار اضطراب (PTSD) لدى المراهقين المهجّرين خلال الأزمة السورية وقع ضمن الحدود الطبيعية وبلغ (١٣،٢%)، وأن ترتيب الخبرات الصادمة كان (الاستعادة، التجنب، الاستثارة). ومع دراسة **(بدر ٢٠١٧)** التي بينت انتشار أعراض (PTSD) لدى عينة من إخوة وأخوات الشهداء بمنطقة جبلة في اللاذقية، وبمستوى تجاوز حدود المتوسط.

5-1-2- نتائج السؤال الثاني: هل من فرق في متوسط درجات العينة التجريبية بين التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013) يعود أثره إلى فاعلية البرنامج السلوكي/المعرفي ؟. للإجابة عن هذا السؤال تم تطبيق معادلة (ويلكوكسون Wilcoxon) للعينة الواحدة كما يُظهر الجدول (١٦):

الجدول (١٦) الفروق في أداء العينة التجريبية بين التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)

المجال	نوع التطبيق	العدد (N)	المتوسط (M)	الانحراف المعياري (Std)	متوسط الرتب (Mean Rank)	مجموع الرتب (Sum of Rank)	قيمة (Z)	الدلالة (Sig)	القرار	حجم الأثر ^{2}(ETA)
المعيار (A)	لا تُحسب له درجات ولا يدخل في المجموع الكلي لدرجات المقياس									
المعيار (B)	قبلي	١٠	٥٢،٩	٣،٠٧١	٥،٥	٥٥	-٢،٨٠٧	٠،٠٠٥	دالّة	%٨٦،٨
	بعدي مباشر		٢٦،٦	٦،٩٩	٠،٠٠	٠،٠٠				
المعيار (C)	قبلي	١٠	١٩	٢،٢١١	٥،٩٤	٥٣،٥	-٢،٦٥٧	٠،٠٠٨	دالّة	%٤٧،٦
	بعدي مباشر		١٤،٦	٢،٦٣٣	١،٥	١،٥				
المعيار (D)	قبلي	١٠	٨٥،٢	٥،٤٩	٥،٥	٥٥	-٢،٨٠٥	٠،٠٠٥	دالّة	%٩٠،٨
	بعدي مباشر		٤٥،٩	٧،١٧	٠،٠٠	٠،٠٠				
المعيار (E)	قبلي	١٠	٤٦،٩	٥،٧٤٣	٥،٥	٥٥	-٢،٨١٢	٠،٠٠٥	دالّة	%٧٨
	بعدي مباشر		٢٥،٣	٦،٣٢٥	٠،٠٠	٠،٠٠				
المعيار (F)	قبلي	١٠	٢٢	٢،٥٨١	٥،٥	٥٥	-٢،٩٧٢	٠،٠٠٢	دالّة	%٩٢،٨
	بعدي مباشر		٦	٢،١٠٨	٠،٠٠	٠،٠٠				
المعيار (G)	قبلي	١٠	٢٦،٧	٢،٨٣	٥،٥	٥٥	-٢،٨١٤	٠،٠٠٥	دالّة	%٧٧،٥
	بعدي مباشر		١٨،٣	١،٨٢٨	٠،٠٠	٠،٠٠				
الدرجة الكلية	قبلي	١٠	٢٥٢،٧	١٧،٩٠٧	٥،٥	٥٥	-٢،٨٠٥	٠،٠٠٢	دالّة	%٩١،٦
	بعدي مباشر		١٣٦،٨	١٩،١٤١	٠،٠٠	٠،٠٠				

يُلاحظ من الجدول (١٦) ظهور فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي والبعدي المباشر وفق أدائهم على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)، حيث بلغت قيم (Z) للفروق (المعيارB ٢،٨٠٧-) (المعيارC ٢،٦٥٧-) (المعيارD ٢،٨٠٥-) (المعيارE ٢،٨١٢-) (المعيارF ٢،٩٧٢-) (المعيارG ٢،٨١٤-) (الدرجة الكلية ٢،٨٠٥-) على التوالي، عند مستويات الدلالة (٠،٠٠٥) (٠،٠٠٨) (٠،٠٠٥) (٠،٠٠٥) (٠،٠٠٢) (٠،٠٠٥) (٠،٠٠٢) على التوالي أيضاً، والتي هي أصغر من مستوى الدلالة (٠،٠٥)، وبالعودة إلى حقول المتوسطات والانحرافات المعيارية لوحظ أن الفرق كان لصالح التطبيق القبلي، حيث كان مستوى معاناة أفراد العينة التجريبية من أعراض (PTSD) أعلى قبل تطبيق البرنامج مقارنةً بمعاناتهم من تلك الأعراض بعد خضوعهم للبرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي.

وما يؤكد فاعلية البرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي في خفض أعراض (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية هو قيم حجم الأثر (مربع إيتا ETA^2) والتي تراوحت (بين ٤٧،٦% إلى ٩٢،٨%) بالنسبة لجميع المعايير الفرعية المتضمنة في (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)، إذ يُلاحظ من الجدول (١٦) أن تلك القيم تجاوزت في معظمها مستوى (٥٠%) وفق توجه **(هوستن Huston 1993)** في تفسير حجم الأثر المتعلق بتأثير المتغير المستقل على المتغير التابع، وتلك القيم تشير إلى وجود تباين ذي دلالة إحصائية في مستوى أعراض (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية بين التطبيقين القبلي والبعدي المباشر.

ويمكن تتبّع التغيرات التي طرأت على أفراد المجموعة التجريبية في مستوى معاناتهم من أعراض اضطراب (PTSD) قبل خضوعهم للبرنامج وبعده مباشرةً، وذلك كما يُظهر الشكل (١):



الشكل (١) الفروق في أداء العينة التجريبية بين التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)

5-1-3- نتائج السؤال الثالث: هل من فرق في متوسط درجات العينة التجريبية بين التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013) يشير استمرار أثر البرنامج السلوكي/المعرفي ؟. للإجابة عن هذا السؤال تم تطبيق معادلة (ويلكوكسون Wilcoxon) للعينة الواحدة كما يُظهر الجدول (١٧):

الجدول (١٧) الفروق في أداء العينة التجريبية بين التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)

المجال	نوع التطبيق	العدد (N)	المتوسط (M)	الانحراف المعياري (Std)	متوسط الرتب (Mean Rank)	مجموع الرتب (Sum of Rank)	قيمة (Z)	الدلالة (Sig)	القرار	حجم الأثر ^{2}(ETA)
المعيار (A)	لا تُحسب له درجات ولا يدخل في المجموع الكلي لدرجات المقياس									
المعيار (B)	بعدي مباشر	١٠	٢٦،٦	٦،٩٩	٥	٤٥	-١،٧٩٨	٠،٠٧٥	غير دالّة	%٣
	بعدي مؤجل		٢٤،٢	٧،٢٣	١٠	١٠				
المعيار (C)	بعدي مباشر	١٠	١٤،٦	٢،٦٣٣	٦،٤٤	٥١،٥	-٢،٤٦٤	٠،٠١٤	دالّة	%٢٠
	بعدي مؤجل		١١،٨	٣،٢٢	٣،٥	١،٧٥				
المعيار (D)	بعدي مباشر	١٠	٤٥،٩	٧،١٧	٥،٥	٥٥	-٢،٨١٨	٠،٠٠٥	دالّة	%١٩
	بعدي مؤجل		٣٩،٤	٦،٧٥	٠،٠٠	٠،٠٠				
المعيار (E)	بعدي مباشر	١٠	٢٥،٣	٦،٣٢٥	٥،١٣	٤١	-١،٣٨٣	٠،١٦٧	غير دالّة	%٠،٥
	بعدي مؤجل		٢٢،٧	٥،٥٧٨	٧	١٤				
المعيار (F)	بعدي مباشر	١٠	٦	٢،١٠٨	٣،٥	٢١	-٢،٤٤٩	٠،٠١٤	دالّة	%٣١
	بعدي مؤجل		٣	٢،٨٥٢	٠،٠٠	٠،٠٠				
المعيار (G)	بعدي مباشر	١٠	١٨،٣	١،٨٢٨	١٦،١٤	٤٣	-١،٥٨٩	٠،١١٢	غير دالّة	%٠،٧٩
	بعدي مؤجل		١٦،٨	٣،٣٥٩	٤	١٢				
الدرجة الكلية	بعدي مباشر	١٠	١٣٦،٨	١٩،١٤١	٥،٥	٥٥	-٢،٨٠٥	٠،٠٠٥	دالّة	%٢٠
	بعدي مؤجل		١١٧،٩	٢٠،٥٥	٠،٠٠	٠،٠٠				

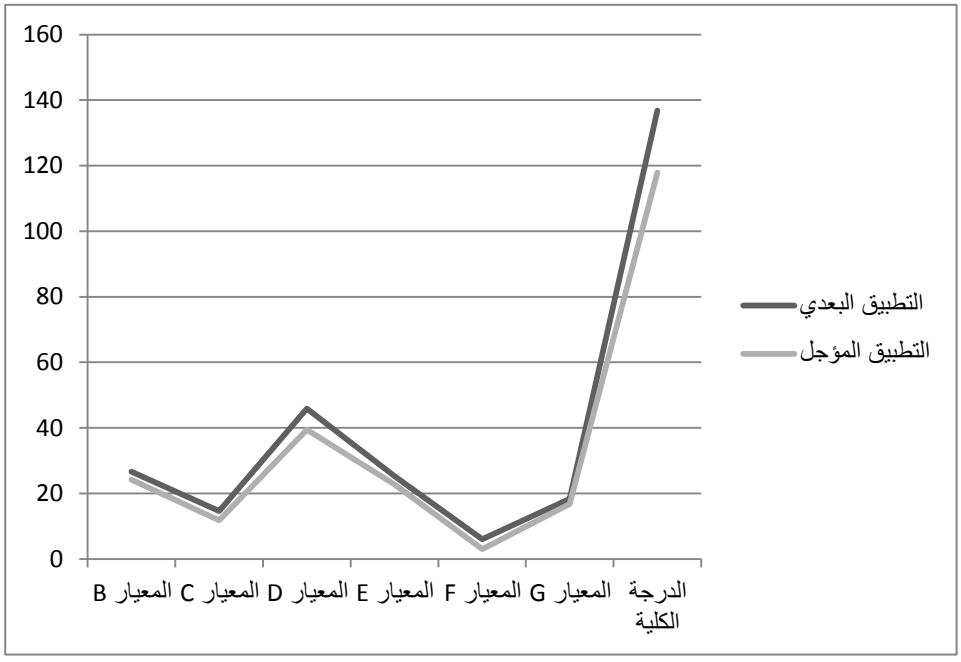
يُلاحظ من الجدول (١٧) عدم ظهور فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل وفق أدائهم على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)، وذلك عند (المعيار B) (المعيار E) (المعيار G)، إذ بلغت قيم (Z) للفروق (-١،٧٩٨) (-١،٣٨٣) (-١،٥٨٩) على التوالي، عند مستويات الدلالة (٠،٠٧٥) (٠،١٦٧) (٠،١١٢) على التوالي أيضاً، وهي مستويات دلالة أكبر من مستوى الدلالة (٠،٠٥)، ما يشير إلى استمرار أثر البرنامج السلوكي/المعرفي في خفض مستوى معاناة أفراد العينة التجريبية من أعراض (PTSD) بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج.

كما يُلاحظ من الجدول (١٧) ظهور فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل وفق أدائهم على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)، وذلك عند (المعيار C) (المعيار D) (المعيار F) (الدرجة الكلية)، إذ بلغت قيم

(Z) للفروق (٢،٤٦٤-) (٢،٨١٨-) (٢،٤٤٩-) (٢،٨٠٥-) على التوالي، عند مستويات الدلالة (٠،٠١٤) (٠،٠٠٥) (٠،٠١٤) (٠،٠٠٥) على التوالي أيضاً، وهي مستويات دلالة أصغر من مستوى الدلالة (٠،٠٥)، ما يشير إلى استمرار أثر البرنامج السلوكي/المعرفي في خفض مستوى معاناة أفراد العينة التجريبية من أعراض (PTSD) بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج.

وما يؤكد استمرار أثر فاعلية البرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي في خفض أعراض (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية هو حساب حجم الأثر (مربع إيتا ETA^2)، والذي تراوحت (بين ٠،٥% إلى ٣١%)، وذلك بالنسبة لجميع المعايير الفرعية المتضمنة في (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)، وبالرغم من أن تلك القيم دون مستوى (٥٠%) وفق توجه (**هوستن Huston 1993**) في تفسير حجم الأثر المتعلق بفاعلية المتغير المستقل على المتغير التابع، إلا أن مراجعة حقول المتوسطات والانحرافات المعيارية بين التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل تشير إلى وجود استقرار نسبي في مستوى الانخفاض في أعراض (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد مرور شهر من انتهاء التطبيق.

ويمكن تتبّع استمرار أثر البرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي في خفض أعراض (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج، وذلك كما يُظهر الشكل (٢):



الشكل (٢) الفروق في أداء العينة التجريبية بين التطبيقين
البعدي المباشر والبعدي المؤجل على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)

ويمكن تفسير تلك النتيجة المتعلقة بالسؤالين الثاني والثالث بإسنادها إلى مجموعة من عوامل؛ أهمها:

5-5-3-1- التعيين الدقيق لأعراض (PTSD) لدى أفراد العينة وفق معايير (DSM-5 2013): إذ ساهمت الدراسات السابقة إلى جانب المراجع والمصادر العربية والأجنبية بالإحاطة الواسعة والمُعمّقة بالأعراض الرئيسية والثانوية (النفسية، الانفعالية، السلوكية، الاجتماعية..إلخ) المُتضمنة في اضطراب (PTSD)، سيما لدى المراهقين الذين تعرّضوا لأحداث صادمة ناتجة عن كوارث طبيعية أو مصطنعة، والتي تُعتبر الأكثر شيوعاً وانتشاراً لدى أفراد هذه الفئة، وهذا ما مهَّد الطريق لتصميم (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013) وما يضمه من معايير (المعيار A) (المعيار B) (المعيار C) (المعيار D) (المعيار E) (المعيار F) (المعيار G)، والتحقق من صدقه وثباته، وتعييره، واستخدامه كأداة للإجابة عن أسئلة الدراسة، حيث كان الهدف الرئيسي من هذا المقياس تحديد مستوى الاضطرابات النفسية والانفعالية (قبل وبعد) خضوع أفراد المجموعة التجريبية لجلسات البرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي.

إذ بيّن التطبيق القبلي لهذا المقياس أن أفراد المجموعة التجريبية يعانون من إعادة مستمرة للأحداث المُروعة والذكريات التطفلية التالية مباشرة للحادث الصادم (بتر أحد الأطراف)، بالتزامن مع تجنب مستمر للمثيرات والذكريات المرتبطة به، وما رافقه من تبدلات سلبية وظاهرية في الإدراك والمِزاج والإثارة والنشاط المُفرط، وتعطّل مجالات الحياة الوظيفية (حياة اجتماعية، العمل، تحصيل دراسي..) بعد الإصابة، مع استمرارية تلك الأعراض لفترة تجاوزت (٦) أشهر من تاريخ التعرض لتلك الصدمة، وتحوّل تلك الاضطرابات النفسية والانفعالية إلى مكبوتات داخلية انتقلت من مستوى الشعور إلى مستوى اللاشعور، وظهرت بهيئة سلوكيات عُصابية شاذة ومضطربة (تبول لاإرادي، سلوك هيجاني، أحلام يقظة، كوابيس ليلية..)، وهذا الإجراء ساهم في تعيين المستوى المدخلي للبرنامج السلوكي/المعرفي وفق الحاجات الإرشادية لأفراد المجموعة التجريبية، وكان منطلقاً رئيسياً لتحديد أهداف وإجراءات وزمن كل جلسة إرشادية، ولكل حالة فردية على حِدة.

5-5-3-2- التعيين الدقيق لأهداف البرنامج السلوكي/المعرفي: الذي تم وفق إجراءين رئيسيين؛ الأول تمثّل بالاستعانة بالأدب النظري والدراسات السابقة الشبيهة في بعض جوانبها بالدراسة الحالية، والتي بينت أهم الحاجات الإرشادية المناسبة للأشخاص الذين خبروا أحداثاً نفسية وانفعالية صادمة ناتجةً عن تعرّضهم لكوارث طبيعية أو من صنع الإنسان. والثاني هو التطبيق القبلي (لمقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013) المُصمم في الدراسة الحالية، والذي ساهم في تعيين السلوك المدخلي لمراحل البرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي.

إذ اعتُبر هذان الإجراءان القاعدة الرئيسية لتحديد جميع مُدخلات البرنامج (أهداف عامة وخاصة لكل مرحلة إرشادية، زمن تطبيق كل جلسة، الفنيات الإرشادية، الوسائل التدريبية، المُعزّزات، المهام المطلوبة من المُرشد والمُسترشدين، وسائل تقييم مستوى الإنجاز..إلخ)، وذلك بالنسبة لكل مرحلة

إرشادية، وبما يتناسب مع الفروق الفردية في القدرات العقلية والنمائية والانفعالية والنفسية.. لكل مراهق من أفراد المجموعة التجريبية، إذ تم تعيين الأهداف العامة والخاصة لكل مرحلة إرشادية، وتجزئتها إجرائياً، والتحقق من عدم انتقال أي من فرد من العينة إلى الهدف التالي دون تحقيق الهدف السابق له بنسبة نجاح لا تقل عن (٨٠%)، سيما تلك الأهداف التي ترتبط بتشجيع المراهق – بالنمذجة المباشرة أو غير المباشرة – على التصريح بجميع المكبوتات اللاشعورية المُتعلقة بإعادة الاختبار المستمر للأحداث المُروعة والذكريات التطفلية التالية مباشرة للحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة، وتحديد أسباب التجنب المستمر للمثيرات والذكريات المرتبطة بها، والحديث عن التبدلات السلبية في الإدراك والمزاج والإثارة والنشاط المُفرط – قبل وبعد – التعرض للحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة، والتفريغ الانفعالي عن أسباب استمرارية تلك الأعراض لأكثر من (٦) أشهر، وأسباب تعطّل مجالات الحياة اليومية لديه (حياة اجتماعية، عمل، تحصيل دراسي..).

5-5-3-3- تفاوت زمن كل جلسة إرشادية: يُعدّ اختلاف زمن كل جلسة ضمن كل مرحلة إرشادية من العوامل التي ساهمت في زيادة فاعلية البرنامج في خفض أعراض (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية، وقد جاء هذا التباين في الزمن المُستهلك ليكون متناسباً مع مستوى الفروق الفردية في القدرات العقلية والانفعالية والنفسية لكل مراهق، وإتاحة فرص مواتيةٍ له لبحث مشكلاته النفسية والانفعالية بما يتلاءم مع مستوى الصلابة النفسية لديه، ومناقشة تلك المشكلات مع المُرشد ومع باقي الأقران، وهذا الإجراء اعتُبر نوعياً وتميزت به الدراسة الحالية، وإضافة جديدة لم تُلاحظ في جميع الدراسات السابقة.

5-5-3-4- تعمّق البحث النظري التطبيقي بفنيات المدخل السلوكي/المعرفي: من العوامل التي ساهمت في زيادة فاعلية البرنامج السلوكي/المعرفي في خفض أعراض (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية هو الدراسة المعمّقة من الناحيتين النظرية والتطبيقية للفنيات الإرشادية المنسوبة لأعمال الروّاد الأوائل (النظرية السلوكية، نظرية التعلم الاجتماعي، نظرية التحليل النفسي، الإرشاد السلوكي/المعرفي). ثم اختيار أفضل تلك الفنيات الإرشادية التي تناسب أفراد المجموعة التجريبية من النواحي (الشخصية، الانفعالية، المعرفية، العمر، مستوى القدرات العقلية، مستوى الصلابة النفسية، نوع أعراض PTSD آني أو متأخر، الجنس..إلخ)، وبما يتناسب مع الظروف المحيطة بهم (الظروف المادية والاجتماعية والأسرية، وظروف الأزمة السورية..)، ومع نوع وشدة وعدد الصدمات التي تعرّضوا لها، وما سببته لهم من اضطرابات نفسية وانفعالية وسلوكية ومعرفية، وبما يتناسب مع كل موقف إرشادي بشكلٍ عام.

5-5-3-5- توظيف الفنيات الإرشادية بكفاءة وفاعلية: من العوامل التي ساهمت في زيادة فاعلية البرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي في خفض أعراض (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية هي التوظيف الدقيق والمُحكم للفنيات الإرشادية عند تصميم مراحل البرنامج.

5-5-3-6- بناء علاقة الثقة مع أفراد المجموعة التجريبية: من خلال تعزيز ثقة المُرشد والمُسترشدين، والتأكيد على حريتهم الشخصية للمشاركة أو عدم المشاركة في مراحل وجلسات البرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي (موضوع الدراسة الحالية)، كما تم التأكيد على سرية المعلومات والأحداث التي تعرّضوا لها، والتي تم بحثها ومناقشتها من قبلهم وبحضور باقي الأقران، وهذا الإجراء كان مهماً وتم التأكيد عليه قبل وخلال وبعد انتهاء تطبيق مراحل البرنامج الإرشادي.

5-5-3-7- التوظيف الفعَّال للمُعزّزات: تم تدعيم إجراءات التصميم الإرشادي من خلال التوظيف الفعَّال للمُعززات المادية (بطاقات التشجيع) والمُعززات المعنوية (الاهتمام بحديث المراهق بالتعابير الوجهية والتشجيع اللفظي، الابتسام، النقاش الجماعي..) بهدف تشجيع أفراد المجموعة التجريبية على المشاركة الفعالة في جميع مراحل البرنامج، إذ تم البدء بالمُعززات المادية في المراحل الأولى للبرنامج، ليتم تدريجياً سحب التعزيز المادي لصالح التعزيز المعنوي، وهذا الإجراء اعتُبر نوعياً وتميزت به الدراسة الحالية، وإضافة جديدة لم تُلاحظ في جميع الدراسات السابقة.

5-5-3-8- نمذجة التدريب: أحد أهم العوامل التي ساهمت في زيادة فاعلية البرنامج في خفض أعراض (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية، من خلال نمذجة السلوك والتدريب عليه بشكل مباشر وغير مباشر، (كقيام المُرشد مثلاً بالتفريغ الانفعالي أمام أفراد المجموعة التجريبية، ثم نمذجة التفريغ الانفعالي بشكل غير مباشر بعرض مقطع فيديو يُظهر طفلاً أو مراهقاً يتحدث عن حدث أو مجموعة أحداث صادمة تعرّض لها)، ما ساهم بشكل فعال في تشجيع المُراهقين على التفاعل الإيجابي والمشاركة الفعالة خلال مراحل البرنامج الإرشادي، وهذا الإجراء اعتُبر نوعياً وتميزت به الدراسة الحالية، وإضافة جديدة لم تُلاحظ في جميع الدراسات السابقة.

5-5-3-9- المشاركة الجماعية للمُسترشدين: بمعنى أن أي من الفنيات الإرشادية التي تم التدرّب عليها وتقديمها من قبل المُرشد ضمن كل مرحلة إرشادية كان يُطلب من المُسترشدين ممارستها أمام باقي الأقران لإزاحة أي عامل للخوف أو القلق، وتعزيز الثقة بالنفس لدى باقي أفراد المجموعة، ما ساهم بشكل واضح في زيادة فاعلية البرنامج، وتحريض بقية الأقران للتفاعل الإيجابي والفعال في جميع المراحل الإرشادية، وهذا الإجراء كان له جدّيته وفاعليته في نجاح واستمرار أثر البرنامج.

5-5-3-10- النشاطات الترويحية: من العوامل التي ساهمت في زيادة فاعلية البرنامج في خفض أعراض (PTSD) هو مشاركة جميع أفراد المجموعة التجريبية بنشاطات ترويحية بسيطة وجماعية

(زراعة الأشجار في حديقة مشفى المواساة، زيارة قلعة دمشق وسوق الحميدية)، وهذا الإجراء اعتُبر نوعياً وتميزت به الدراسة الحالية، وإضافة جديدة لم تُلاحظ في جميع الدراسات السابقة.

5-5-3-11- مشاركة أولياء الأمور: كان لحضور أولياء الأمور في المرحلة الإرشادية الأولى أثرٌ مهم في زيادة فاعلية البرنامج في خفض أعراض (PTSD) لدى أفراد المجموعة التجريبية، إذ كان لحضورهم دور المحفّز لتشجيع أبنائهم لمتابعة حضور المراحل الإرشادية اللاحقة، ونشر الألفة فيما بينهم، وتعاونهم مع المُرشد، وحصوله على معلومات وبيانات عن شدة وعمق تأثير الإعاقة المكتسبة (الحدث الصادم) على أبنائهم، والتي من المحتمل أن (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013) لم يغطِّ جميع جوانب الاضطرابات النفسية والانفعالية لدى المراهقين، كما كان لحضور أولياء الأمور للمرحلة الإرشادية الأولى دورٌ مهم في متابعة أثر البرنامج لدى أبنائهم في المنزل، وتقديم معلومات دورية عن حجم الاضطرابات النفسية والانفعالية والاجتماعية.. التي لازال المراهق يعاني منها. كما ساعد حضور أولياء الأمور للمرحة الإرشادية الثانية عشرة (الأخيرة) في تمكين كل من المُرشد والمُسترشدين من الحصول على تغذية راجعة حول فاعلية جميع المراحل الإرشادية للبرنامج، وتعرّف توقعات المُسترشدين من الفوائد المحققة من خضوعهم للبرنامج، والاستبصار بالتغيرات التي طرأت على حالتهم النفسية والانفعالية والبنية المعرفية ومهارات التفكير لديهم قبل الخضوع للبرنامج وبعده مباشرةً، وهذا الإجراء اعتُبر نوعياً وتميزت به الدراسة الحالية، وإضافة جديدة لم تُلاحظ في جميع الدراسات السابقة.

5-5-3-12- نتائج أخرى: من النتائج الإيجابية التي تمخّض عنها البرنامج هي عودة (٩) حالات من أفراد المجموعة التجريبية إلى صفوف الدراسة وفق المنهاج (ب) المطوّر من قبل وزارة التربية، وذلك بعد تقديم طلب جماعي إلى مديرية التربية في كل من محافظتي دمشق وريف دمشق.

ومن النتائج السلبية التي تمخّض عنها البرنامج هي العجز عن إعادة (١) حالة متسرّبة إلى صفوف الدراسة، لكون المراهق المُصاب هو المعيل الوحيد لأفراد أسرته، وشهد مقتل والده على يد المجموعات الإرهابية المسلحة خلال الأزمة السورية، وذلك في منطقة (عفرين) بمحافظة حلب، ويعاني من عدة صدمات نفسية مركّبة، ولازالت الحالة قيد المتابعة من قبل الباحث، وتحت إشراف طبيب نفسي لتحقيق الأهداف المرجوة.

وبالمقابل؛ فإن نتائج المعالجة الإحصائية للسؤالين الثاني والثالث تتوافق في بعض جوانبها مع دراسة (**الحواجري ٢٠٠٣**) التي بينت فاعلية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من آثار الصدمة النفسية لعينة من طلبة التعليم الأساسي بمحافظة غزة، لاحتواء البرنامج تضمّن أنشطة فردية وجماعية، وتفريغاً انفعالياً، ولعب الأدوار والتمثيل، والرسم، والمناقشات الفردية والجماعية. ومع دراسة (**إنثلوت وسميث ويول Ehntholt & Smith & Yule 2005**) التي بينت فعالية برنامج

تدخّل جماعي علاجي سلوكي/معرفي موجّه لأطفال لاجئين خبروا صدمة حرب، إذ لوحظ انخفاض الشدة الكلية لأعراض (PTSD). ومع دراسة (**جينوبولو وديكاياكو ويول Giannopoulou & Dikaiakou & Yule 2006**) التي بينت فاعلية برنامج تدخّل جماعي سلوكي/معرفي لخفض أعراض (PTSD) وأعراض الاكتئاب وتحسّن في الوظيفية النفسية والاجتماعية لعينة أطفال عايشوا زلزال أثينا عام (١٩٩٩). ومع دراسة (**سميث وآخرين Smith et al 2007**) التي بينت فعالية برنامج علاجي سلوكي/معرفي فردي التطبيق محدد بالصدمة لخفض أعراض (PTSD) وأعراض الاكتئاب والقلق لعينة أطفال ومراهقين مشخّصين بتعرّضهم لحوادث صادمة. ومع دراسة (**الشيخ ٢٠١٠**) التي بينت فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من بعض أعراض (PTSD) لعينة أطفال تعرّضوا لحوادث طرق بمحافظة دمشق. ومع دراسة (**جبريل ومحمد ٢٠١١**) التي بينت فاعلية برنامج علاجي في خفض أعراض (PTSD) وتحسين التكيف النفسي لعينة مراهقين عراقيين مقيمين في الأردن. ومع دراسة (**ديهل وآخرين Diehle et al 2014**) التي بينت فعالية العلاج السلوكي/ المعرفي محدد بالصدمة في خفض أعراض (PTSD) والمشكلات المرضية لدى عينة من الأطفال. ومع دراسة (**چين وآخرين Chen et al 2014**) التي بينت فعالية برنامج علاجي سلوكي/معرفي قصير المدى لخفض أعراض (PTSD) والاكتئاب وتحسين المرونة النفسية لعينة مراهقين فقدوا آباءهم في زلزال (سيتشوان) في الصين. ومع دراسة (**ضمرة وأبو عطية ٢٠١٤**) التي بينت فاعلية برنامج معرفي/سلوكي في خفض أعراض (PTSD) لعينة من اللاجئين السوريين بالأردن وفي حل مشكلاتهم النفسية والاجتماعية الناجمة عن الأزمة السورية. ومع دراسة (**شاهين ٢٠١٤**) التي بينت فاعلية برنامجين علاجيين (معرفي/سلوكي، علاج العقل والجسم) في خفض أعراض (PTSD) لعينة مراهقين عايشوا عدة خبرات صادمة بسبب اعتداءات جيش الاحتلال الإسرائيلي منذ انتفاضة الأقصى عام (٢٠٠٠). ومع دراسة (**كاميوكا وآخرين Kameoka et al 2015**) التي بينت كفاءة وفاعلية برنامج سلوكي/معرفي محدد بالصدمة في خفض أعراض (PTSD) وتحسين الوظيفية الاجتماعية لعينة من الأطفال. ومع دراسة (**إبراهيم ٢٠١٥**) التي بينت فاعلية برنامج إرشادي معرفي/سلوكي في خفض أعراض (PTSD) لعينة سوريين مهجّرين بالأردن. ومع دراسة (**اسمندر ٢٠١٥**) التي بينت فاعلية برنامج مقترح قائم على بعض المتغيرات النفسية (ضغوط ما بعد الصدمة، قوة الأنا، التوجه نحو الحياة) لخفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لعينة من طلبة الصف السابع الأساسي المتفوقين تحصيلياً من اللاجئين السوريين إلى مصر. ومع دراسة (**الشريف ٢٠١٦**) التي بينت فاعلية برنامج إرشادي قائم على المدخل العلاجي التكاملي لتدعيم نظام المناعة النفسية وخفض أعراض (PTSD) لعينة مراهقات ينتمين لأسر متضررة من العدوان الإسرائيلي على غزة عام (٢٠١٤). ومع دراسة (**عوض ٢٠١٦**) التي بينت فاعلية برنامج إرشادي انتقائي في

خفض أعراض (PTSD) لعينة أطفال فلسطينيين شهدوا استشهاد أحد أقاربهم (أب، أم، أخ، أخت). ومع دراسة **(كولدباك وآخرين Goldbeck et al 2016)** التي بينت فعالية العلاج السلوكي/ المعرفي المحدد بالصدمة في خفض أعراض (PTSD) لعينة أطفال ومراهقين. ومع دراسة **(إبراهيم ٢٠١٧)** التي بينت فاعلية برنامج علاجي سلوكي/معرفي (T.B.C) في خفض أعراض (PTSD) لعينة لاجئين سوريين مقيمين بولاية الخرطوم. ومع دراسة **(عسيلا ٢٠١٧)** التي بينت فاعلية العلاج المعرفي/السلوكي (CBT) في خفض أعراض الخبرات الصادمة لعينة من طلبة الصف الثاني الثانوي المقيمين في أحد مراكز الإيواء بمحافظة دمشق، وهُجّروا مع ذويهم من أماكن إقامتهم الأصلية. ومع دراسة **(الحموز ٢٠١٩)** التي بينت فاعلية برنامج تدريبي قائم على تقنيات الاسترخاء العضلي في خفض أعراض (PTSD) لعينة أطفال فلسطينيين شهدوا أعمالاً عسكرية وعنفاً خلال الاحتكاك مع جيش الاحتلال الإسرائيلي.

5-2- مقترحات الدراسة وتوصياتها:

5-2-1- إن البرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي المصمم في الدراسة الحالية ليس صورة نهائية، بل هو مفتوحٌ لتقبّل مزيد من وجهات النظر والآراء لتطويره وتعديل محتوى جلساته الإرشادية، لتحقيق أكبر قدر ممكن من الكفاءة والفاعلية عند تطبيقه على عينات أخرى لها ذات الخصائص السلوكية والانفعالية والنفسية..إلخ.

5-2-2- اعتبار أولياء الأمور عنصراً فاعلاً لا يمكن تجاهله ضمن أي برنامج إرشادي يهدف إلى خفض أعراض (PTSD) لدى الأطفال والمراهقين ممن خبروا مجموعة أحداث صادمة خلال الكوارث الطبيعية أو المصطنعة، فأولياء الأمور لهم دورٌ مهم في مرحلة التشخيص، كما يساهمون في متابعة جلسات أي برنامج في المنزل، وتقديم معلومات دورية للمُرشد عن حالة الابن.

5-2-3- إجراء مزيد من الدراسات حول اضطراب (PTSD) لدى فئات أخرى من أفراد المجتمع خلال الأزمة السورية، ومن جميع الفئات العمرية، ممن لم يتم الوصول إليهم في الدراسة الحالية، لتعزيز معايير الوقاية والإسعاف النفسي، وتعزيز التكيف مع ظروف الحروب والكوارث.

5-2-4- تنظيم دورات تدريبية للمرشدين النفسيين العاملين في مجالات (الدعم النفسي، الإسعاف النفسي) لتنمية مهاراتهم المهنية في تشخيص وخفض أعراض (PTSD) لدى الأطفال والمراهقين ممن خبروا أحداث العنف وعمليات التهجير والإصابة بإعاقات مكتسبة خلال الأزمة السورية، تصميم دليل موسّع لاضطراب (PTSD)، وذي إجراءات مبسّطة، وجعله متاحاً لأفراد المجتمع.

5-2-5- الاستفادة من نتائج الدارسة الحالية وما تمخّض عنها من أدوات (مقياس شدة ما بعد الصدمة المبني وفق معايير DSM-5-2013، البرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي)، وتعميمها على الجهات المهتمة باضطراب (PTSD).

5-3- بحوث مقترحة:

5-3-1- دراسة مسحية لواقع خدمات الدعم والإسعاف النفسي المُقدّمة من قبل الجهات الحكومية ومنظمات المجتمع المدني خلال الأزمة السورية.

5-3-2- فاعلية برنامج إرشادي سلوكي/معرفي لتعزيز سمتي الصلابة النفسية والاستقلال لعينة مراهقين مقيمين في مراكز الإيواء ومصابين بإعاقات حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية.

5-3-3- فاعلية برنامج قائم على فنية التوكيد الذاتي في تنمية مهارات الثقة بالنفس وخفض أعراض (PTSD) لعينة مراهقين أُصيبوا بإعاقات بصرية مكتسبة خلال الأزمة السورية.

5-3-4- فاعلية برنامج إرشادي أسري موجه لأولياء الأمور لتدريبهم على تقديم خدمات الإسعاف النفسي لأبنائهم المصابين باضطراب (PTSD) نتيجة بتر أحد الأطراف خلال الأزمة السورية.

5-3-5- فاعلية برنامج إرشادي سلوكي/معرفي لخفض أعراض اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD) وتصحيح الأفكار اللاعقلانية لعينة مراهقين مصابين بإعاقات مكتسبة خلال الأزمة السورية.

قائمة المراجع

المراجع

●- إبراهيم، أماني (٢٠١٧): ***فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي لتخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى اللاجئين السوريين بولاية الخرطوم***، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة النيلين، السودان.

●- إبراهيم، موفق (٢٠١٥): ***أثر برنامج إرشاد معرفي سلوكي في خفض مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من السوريين المهجرين إلى الأردن***، بحث منشور في مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، المجلد (٣)، العدد (١١)، عمّان، الأردن.

●- أبو زيد، مدحت عبد الحميد (٢٠٠٣): ***العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، سلسلة الإرشاد والعلاج النفسي***، الجزء (٥)، منشورات دار المعرفة الجامعية، الإمارات العربية المتحدة.

●- أبو هين، فضل (١٩٩٧): ***العنف والصدمات النفسية وآثارها على الوضع النفسي للأطفال، دراسة للصحة النفسية فلسطين***، كلية التربية الحكومية، غزة، فلسطين المحتلة.

●- اسمندر، نرجس يوسف (٢٠١٥): ***برنامج إرشادي لتخفيف ضغوط ما بعد الصدمة وأثره على بعض المتغيرات النفسية لدى عينة من الطلاب المتفوقين بسورية***، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة، القاهرة، مصر.

●- بدر، إيمان (٢٠١٥): ***مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة/دراسة ميدانية لدى عينة من أبناء شهداء منطقة ريف جبلة في مرحلة المراهقة***، بحث منشور في مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، المجلد (٣٧)، العدد (٥)، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

●- بدر، إيمان (٢٠١٧): ***اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من إخوة الشهداء/ دراسة ميدانية في منطقة جبلة***، بحث منشور في مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية الأساسية، العدد (٥)، المجلد (٣٩)، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

●- بربراوي، سوزان محمد (٢٠١٠): ***أعراض ما بعد الصدمة لدى أطفال محافظة الخليل وعلاقته بالقلق والاكتئاب عند الأمهات من وجهة نظرهن***، رسالة ماجستير غير منشورة، عمادة الدراسات العليا، جامعة القدس، فلسطين المحتلة.

●- بركات، مطاع (٢٠٠٨): ***الإسعاف النفسي الأولي لضحايا الصدمات والكوارث***، منشورات مرصد نساء سورية على موقع الويب (www.nesasy.org)، دمشق، سورية.

- بكيري، نجيبة (٢٠١٢): ***أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكريين المراهقين***، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.

- ثابت، عبد العزيز، وآخرون (٢٠٠٨): ***تأثير العنف السياسي في قطاع غزة على الصحة النفسية للأطفال***، برنامج غزة للصحة النفسية، غزة، فلسطين المحتلة.

- ثابت، عبد العزيز موسى والسراج، إياد رجب وأبو طواحينة، أحمد (٢٠٠٩): ***التفريغ الانفعالي وأثره على ردود الفعل النفسية للصدمة***، بحث منشور في مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد (٢٤)، تونس.

- جبريل، موسى عبد الخالق ومحمد، أسماء عبد الحسين (٢٠١١): ***أثر برنامج علاجي في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة وتحسين التكيف النفسي لدى عينة من المراهقين العراقيين المقيمين في الأردن***، بحث منشور في مجلة كلية العلوم التربوية، جامعة الأردن، عمّان، الأردن.

- حمصي، أنطون (٢٠٠٠): **مدارس علم النفس**، ط (٥)، منشورات جامعة دمشق، دمشق، سورية.

- الحموز، عايد محمد (٢٠١٩): ***فاعلية برنامج قائم على الاسترخاء العضلي لخفض أعراض ما بعد الصدمة النفسية لدى الأطفال الفلسطينيين***، بحث منشور في مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلة العربية للعلوم والنشر والأبحاث، العدد (١٣)، المجلد (٣)، غزة، فلسطين المحتلة.

- الحنفي، عبد المنعم (١٩٩٥): ***الموسوعة النفسية علم النفس في حياتنا اليومية***، ط (١)، مكتبة مدبولي، القاهرة، مصر.

- الحواجري، أحمد محمد (٢٠٠٣): ***مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من آثار الصدمة النفسية لدى طلبة مرحلة التعليم الأساسي في محافظة غزة***، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين المحتلة.

- الخطيب، جمال (١٩٩٨): ***مقدمة في الإعاقة الصحية والجسمية***، منشورات دار الشروق للنشر والتوزيع، عمّان، الأردن.

- الخطيب، جمال (٢٠٠٧): **تعديل السلوك الإنساني**، ط (٢)، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، حولي، الكويت.

- خلف، مهيرة سهيل (٢٠١٢): ***مبتورو الأطراف خلال الحرب على غزة/ دراسة إكلينيكية***، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين المحتلة.

- الداهري، صالح حسن أحمد (٢٠٠٥): ***سيكولوجية رعاية الموهوبين والمتميزين وذوي الاحتياجات الخاصة***، ط (١)، منشورات دار وائل للنشر، عمّان، الأردن.

المراجع References

●- روجرز، جيني (٢٠٠٠): ***مهارات التأثير بالآخرين***، ترجمة عزيز الأيسر (٢٠٠٦)، ط (١)، منشورات دار شعاع، بيروت، لبنان.

●- الزراد، فيصل محمد خير ويحيى، علي محمد (١٩٨٦): ***الإحصاء النفسي والتربوي مبادئ الإحصاء والإحصاء المتقدم***، دار القلم، دبي، الإمارات العربية المتحدة.

●- الزعبي، أحمد محمد (٢٠٠٣): ***التربية الخاصة الموهوبين والمعوقين وسبل رعايتهم وإرشادهم***، ط (١)، منشورات دار الفكر العربي، دمشق، سورية.

●- سعدي، ريما وشريبه، بشرى وشاليش، اسيمة زهير (٢٠١٦): ***اضطراب ما بعد الصدمة لدى مبتوري الأطراف نتيجة الأزمة السورية في ضوء بعض المتغيرات/ دراسة ميدانية في مشفى زاهي أزرق في مدينة اللاذقية***، بحث منشور في مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، المجلد (٣٨)، العدد (٣)، جامعة تشرين، اللاذقية، سورية.

●- سلمان، رمضان (٢٠١٥): ***الاضطرابات الناتجة عن الصدمة النفسية والاضطراب المُجهد بعد الصدمة النفسية (PTSD)/ الأسباب والتداعيات والمساعدات***، دليل إرشادي بلغات عدة للمغتربات والمغتربين، منشورات المركز الطبي للشعوب والمجموعات العرقية (EMZ)، نيدارساغسين، الموقع على الشبكة: WWW.ethnomed.com

●- شادلي، عبد الرحيم (٢٠١٧): ***انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف/ دراسة حالات من منظور نفسي عيادي***، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خضير بكسرة، الجزائر.

●- شاهين، عمر (٢٠١٢): ***المعوق جسدياً ومشكلاته النفسية***، بحث منشور في مجلة كلية الطب، جامعة القاهرة، مصر.

●- شاهين، عمر (٢٠١٤): ***فاعلية برنامجي /العلاج المعرفي السلوكي وعلاج العقل والجسم/ في خفض حدة أعراض كرب ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة عند المراهقين في غزة/ دراسة تجريبية مقارنة***، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين المحتلة.

●- الشحادات، بيان محمد سالم (٢٠١٧): ***أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تحسين تقدير الذات وخفض التوتر النفسي لدى أبناء اللاجئين السوريين في الأردن***، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.

●- الشربيني، لطفي (٢٠٠١): ***معجم مصطلحات الطب النفسي***، ط (٥)، منشورات مركز تعريب العلوم الصحية ومؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت.

المراجع References

●- الشريف، رولا رمضان محمد (٢٠١٦): ***فعالية برنامج إرشادي لتدعيم نظام المناعة النفسية وخفض اضطرابات ما بعد الصدمة لدى مراهقي الأسر المتضررة بالعدوان الأخير على غزة (٢٠١٤)***، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين المحتلة.

●- شعت، ناضل (٢٠٠٥): ***تأثير الصدمة النفسية في تطور كرب ما بعد الصدمة والحزن بين الأطفال***، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس بالتعاون مع كلية الصحة العامة، فلسطين المحتلة.

●- الشيباني، بدر إبراهيم (٢٠٠٠): ***سيكولوجيا النمو تطور النمو من الإخصاب حتى المراهقة***، ط١، منشورات مركز المخطوطات والتراث والوثائق، الكويت.

●- الشيخ، منال حسن (٢٠١٠): ***أساليب التعامل مع اضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات/ دراسة ميدانية مقارنة على الأطفال الذين تعرضوا لحوادث سير (٩-١٢) سنة في محافظة دمشق***، بحث منشور في مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية، المجلد (٢٧)، العدد (٣)، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق، سورية.

●- الشيخ، منال حسن (٢٠١٠): ***فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من بعض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية لدى الأطفال الذين تعرضوا لحوادث طرق/ دراسة تجريبية في مدارس محافظة دمشق***، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق، سورية.

●- الشيخ، منال حسن (٢٠١٢): ***اضطرابات الضغوط التالية للصدمة النفسية لدى الإناث اللواتي تعرضن لحادثة غرق جماعية***، بحث منشور في مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، المجلد (١٠)، العدد (١)، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق، سورية.

●- الشيخ، منال حسن (٢٠١٢): ***فاعلية برنامج إرشادي فردي في التخفيف من أعراض الصدمة النفسية الناتجة عن إساءة المعاملة الجنسية لدى الأطفال من خلال دراسة حالة***، بحث منشور في مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية، المجلد (٢٨)، العدد (٣)، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق، سورية.

●- ضمرة، جلال كايد وأبو عطية، سهام (٢٠١٤): ***أثر العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة والعلاج بالموسيقى في خفض أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من أطفال الحروب***، بحث منشور في مجلة دراسات العلوم التربوية، المجلد (٤١)، العدد (١)، عمادة البحث العلمي، الجامعة الأردنية، عمّان، الأردن.

●- عباس، عبير أمين (٢٠١٦): ***أساليب مواجهة الصدمة النفسية وعلاقتها بالمساندة الأسرية لدى عينة من المراهقين المقيمين في مراكز الإيواء في مدينة دمشق***، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق، سورية.

المراجع References

- عبد الخالق، أحمد ورفقي، محمد وعباس، عادل والزيد، أحمد والصمصام، ريما وعبد السلام، نهلة وعجور، إيمان (٢٠٠٠): ***الاضطرابات التالية للأحداث الصدمية/ دراسة أبيديمولوجية***، ط (١)، منشورات مكتب الإنماء الاجتماعي، إدارة البحوث والدراسات، الديوان الأميري، الكويت.
- عثمان، محفوظ (٢٠٠٠): ***الصدمة النفسية وآثارها***، كلية التربية، جامعة الأقصى، غزة، فلسطين المحتلة.
- عثمان، محفوظ (٢٠٠٣): ***التدخل السريع في الأزمات ومدى قابلية التطبيق في الواقع الفلسطيني***، جامعة القدس المفتوحة، غزة، فلسطين المحتلة.
- عسيلا، رولا محمد (٢٠١٧): ***فاعلية برنامج معرفي- سلوكي في خفض حدة أعراض الخبرات الصادمة/ دراسة شبه تجريبية لدى عينة من المراهقين المهجرين في محافظة دمشق***، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق، سورية.
- العطراني، سعد سابط جابر (١٩٩٥): ***عقابيل التعرض للشدائد النفسية لدى طلبة المرحلة الإعدادية من عوائل ضحايا ملجأ العامرية والعوائل المحيطة به***، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة المستنصرية، بغداد، العراق.
- العمار، يعقوب يوسف (٢٠١٠): ***اضطرابات الضغوط التالية للصدمة النفسية الناتجة عن الحرب على العراق دراسة تشخيصية على عينة من المهجرين العراقيين في مدينة دمشق***، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق، سورية.
- عودة، محمد محمد (٢٠١٠): ***الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية في قطاع غزة***، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين المحتلة.
- عوض، يحيى علي عودة (٢٠١٦): ***برنامج إرشادي انتقائي لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال***، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، مصر.
- فرويد، سيغموند (١٩٢٦): ***الكف والعرض والقلق***، ترجمة محمد عثمان نجاتي، ط (٣)، عام (١٩٨٩)، دار الشروق، القاهرة، مصر.
- فرويد، سيغموند (١٩٦٤): ***الأمراض النفسية (علمياً – عملياً – تشخيصياً – علاجياً)***، ترجمة محمد عثمان نجاتي، دار الشروق، القاهرة، مصر.
- فهمي، محمد (٢٠٠٥): ***التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة***، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة، مصر.

- القاضي، وفاء احميدان (٢٠٠٩): ***قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة***، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين المحتلة.

- القرا، زهية خليل (٢٠١٥): ***خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتهما بقلق الموت لدى حالات البتر في الحرب الأخيرة على غزة***، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين المحتلة.

- كركتلي، عبد المجيد (١٩٨٦): ***بافلوف أبحاثه في الجهاز العصبي والتعلم والتدريب وظواهر أخرى***، ط (٣)، مطبعة الهلال، دمشق، سورية.

- الكفافي، علاء الدين (١٩٩٩): ***الإرشاد والعلاج النفسي الأسري/ المنظور النسقي الاتصالي***، ط (١)، منشورات دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.

- الكيلاني، عبد الله زيد والشريفين، نضال كمال (٢٠٠٦): ***مدخل إلى البحث في العلوم التربوية والاجتماعية /أساسياته – مناهجه – تصاميمه – أساليبه الإحصائية/***، دار المسيرة، عمّان، الأردن.

- مجيد، سوسن شاكر (٢٠١١): **اضطراب الضغوط ما بعد الصدمية التي يعاني منها أعضاء هيئة التدريس في الجامعات العراقية دراسة ميدانية**، بحث منشور على موقع:
WWW.PDFFACTORY.COM

- محروس، محمد وعبد الرحمن، محمد (١٩٩٨): ***العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته***، ط (١)، دار قباء، القاهرة، مصر.

- محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٠): ***العلاج المعرفي السلوكي/ أسس وتطبيقات***، ط (١)، دار الرشاد للطباعة والنشر، القاهرة، مصر.

- مخائيل، امطانيوس (٢٠١٠): ***الصورة السورية لمقياس الرضا عن الحياة المتعدد الأبعاد للطالب (MSLSS) البنود والتعليمات ودراسات الصدق والثبات والمعايير***، منشورات كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق، سورية.

- مراد، وحيدة محمد (٢٠١٥): ***اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالدعم النفسي دراسة على عينة من الأطفال المهجرين في محافظة دمشق***، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق، سورية.

- مكاتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الانسانية /أوتشا OCHA/ (٢٠١٦): ***الأزمة السورية- تقرير أوضاع نصف شهري رقم (١١) إصدار (٢٠١٦/٨/١٤)***، ملف (PDF) على الموقع التالي: http://www.unocha.org

References المراجع

- المكتب الإقليمي لشرق المتوسط (١٩٩٢): ***المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية (ICD-10)***، ترجمة أحمد عكاشة (١٩٩٩)، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

- المنيزل، عبد الله وغرايبة، عايش (٢٠٠٥): ***الإحصاء التربوي تطبيقات باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية***، ط (١)، منشورات دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمّان، الأردن.

- مومني، فواز أيوب حمدان (٢٠٠٨): ***أثر استراتيجيات التعامل والدعم الاجتماعي في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى ضحايا وأسر تفجيرات فنادق عمّان***، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.

- ناصيف، مصطفى وهنا، عطية محمود (١٩٨٣): ***نظريات التعلم دراسة مقارنة***، سلسلة عالم المعرفة، العدد (٧٠)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

- نعيسة، رغداء علي (٢٠١٢): ***جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين، بحث منشور في مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية***، العدد (١)، المجلد (٢٨)، منشورات جامعة دمشق، دمشق، سورية.

- وزارة التربية السورية (٢٠١١ – ٢٠١٨): ***مجموعة تقارير وبلاغات وتعاميم صادرة عن وزارة التربية السورية بين عامي (٢٠١١ – ٢٠١٨)***، أرشيف وزارة التربية، دمشق، سورية.

References

●- Adrian, C. (2006). ***Guide to Living a Quality life***. Demos Medical Publishing Lower Limb Amputation, Canada.

●- American Psychiatric Association. (1987). ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Third Edition- Text Revision (DSM-3-TR)***. Washington, DC, USA.

●- American Psychiatric Association. (1994). ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition (DSM-4)***. Washington, DC, USA.

●- American Psychiatric Association. (2000). ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition- Text Revision (DSM-4-TR)***. Washington, DC, USA.

●- American Psychiatric Association. (2013). ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Faith Edition- Text Revision (DSM-5)***. Washington, DC, USA.

●- Bandura, A. (1977). ***Modeling Theory (Social Learning)***. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, USA.

●- Beck, T. (1995): ***Depression.*** University Of Pennsylvania Press- Fourteenth Printing. Philadelphia, USA.

●- Beck, T. (1976). ***Cognitive Therapy and the Emotional Disorders***. International Universities Press, New York, USA.

●- Beins, C., & McCarthy, A. (2012). ***Research Methods and Statistics***. Boston: Pearson Education, USA.

●- Boyes, E., Cluver, D., & Gardner, F. (2012). ***Psychometric Properties of the Child PTSD Checklist in a Community Sample of South African Children and Adolescents***. PLOS ONE, Vol. (7), No. (10).

●- Burns, D.(1991). ***Feeling Good, William Morrow***. New York, USA.

●- Caraballo, N., Perez- Pedrogo, C., & Albizu- Garcia, E. (2013). ***Assessing Post-Traumatic Stress Symptoms in a Latino Prison Population***. International Journal of Prison Health, Vol. (9), No. (4), pp. 196-207.

●- Catani, C., Schauer, E., Elbert, T., Missmahl, I., Bette, J., & Neuner, F. (2009). ***War Trauma, Child Labor, and Family Violence: Life Adversities and PTSD in a Sample of School Children in Kabul***. Journal of Traumatic Stress, Vol. (22), No. (3), pp. 163-171.

●- CATS Consortium. (2010). ***Implementation of CBT for Youth Affected by the World Trade Center Disaster: Matching Need to Treatment Intensity and Reducing Trauma Symptoms***. Journal of Traumatic Stress, Vol. (23), No. (6), pp. (699-707), USA.

●- Chen, Y., Shen, W., Gao, K., Lam, S., Chang, C., & Deng, H. (2014). ***Effectiveness RCT of a CBT Intervention for Youths Who Lost Parents in the Sichuan China Earthquake***. Psychiatric Services, Vol. (65), No. (2), pp. (259-262), China.

●- Cohen, S. (1990). ***The Role of Coping in Support Provision: the Self Presentational Dilemma of Victims of Life Crises***. In (I.G.) Sarasin et al (Eds), Social Support: an Interactional View, New York, Wiley, USA.

●- Davidson, T., Book, W., & Colket, T. (1995). ***Davidson Self-Rating PTSD Scale***. Available from Multi-Health Systems, Inc., 908 Niagara Falls Boulevard, North Tonawanda, NY 14120, USA.

●- Davis, P. et al (1995). ***Children's Responses to Adult Conflict as a Function Of conflict History***. USA. Eric-No. Ed390528.

●- Davison, C., & Neal, M. (1998). ***Abnormal Psychology, Six Edition***. New York, Wiley. John Wiley & Sons Inc, USA.

●- Dennis M., Joanna M., & Bassert, M. (2014***). Clinical Textbook for Veterinary Technicians***. Missouri, Elsevier, USA.

●- Diehle, J., de Roos, C., Boer, F., & Lindauer, L. (2013). ***A Cross-Cultural Validation of the Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents in a Dutch Population.*** European Journal of Psychotraumatology. Vol. (4), Holland.

●- Diehle, J., Opmeer, C., Boer, F., Mannarino, P., & Lindauer, L. (2014). ***Trauma- Focused Cognitive Behavioral Therapy or Eye Movement Desensitization and Reprocessing: What Works in Children with Posttraumatic Stress Symptoms ? A Randomized Controlled Trial***. European Child and Adolescent Psychiatry, 2014. The Netherlands, Holland.

●- Dietrich, M. (2001). ***Risk Factors Related Disorders***. The Oretical Treatment And Research Implications, Traumatology, Vol. (7), pp. (23-50).

●- Durosaro, A., Ajiboye, K., Olawuyi, O., & Adebanke, M. (2012). ***Cognitive- Behavioral Therapy (CBT): A Counseling Intervention for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) among Internally Displaced Persons (IDPs)***. European Journal of Social Sciences, Vol. (29), No. (2), pp. 188-193.

●- Dyregrov, A. (2003). P***sychological Debriefing: A leader's for Guide small Crisis Intervention***. Chevron Publishing Corporation, USA.

●- Ehlers, A., & Clarks, M. (2000). ***A Cognitive Models of Posttraumatic Stress Disorder***. Behavior Research and Therapy, Vol. (38), pp. (319-345), USA.

●- Ehlers, A., Foa, B., Clark, M., Tolin, F., & Orsilli, M. (1999). ***The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTSD): Development and Validation***. Psychological Assessment, Vol. (11), No. (3), USA.

●- Ehntholt, A., Smith, A., & Yule, W. (2005). ***School- Based Cognitive-Behavioral Therapy Group Intervention for Refugee Children Who Have***

Experienced War- Related Trauma. Clinical Child Psychology and Psychiatry, Vol. (10), No. (2), pp. (235-250), UK.

●- Eksi, A., & Braun, K. (2009). ***Over- Time Changes in PTSD and Depression among Children Surviving the (1999) [Istanbul Earthquake],*** European Child & Adolescents Psychiatry. Vol. (18), No. (6), pp. (384-391), Turkey.

●- Ellis, A., & Maclaren, C. (2007). ***Rational Emotive Behavior Therapy***. A Therapists Guide, second edition, California, The Practical, Therapist Series –Impact Publishers, USA.

●- Ellis, A. (1991). ***The Philosophical Basis of Rational Emotive Therapy***. Psychotherapy in Private Practice, Vol. (8), No. (4), Haworth Press Inc, USA.

●- Ellis, A. (1994). ***The Essence of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)***. A Comprehensive Approach to Treatment, NY- Institute for Rational Emotive Therapy, USA.

●- Finch, J., Nelson, M., & Ott, S. (1993). ***Cognitive- Behavioral Procedures with Children and Adolescents***. A Division of Siman & Schuster, INC, USA.

●- Ford, D. (2009). ***Posttraumatic Stress Disorder: Scientific and Professional Dimensions***. Burlington: Academic Press of Elsevier, Massachusetts, USA.

●- Giannopoulou, I., Dikaiakou, A., & Yule, W. (2006). ***Cognitive-Behavioral Group Intervention for PTSD Symptoms in Children Following the Athens (1999) Earthquake: A Pilot Study***. Clinical Child Psychology and Psychiatry, Vol. (11), No. (4), pp. (543-553), Romania.

●- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'Abrew, N. (2012). ***Psychological Therapies for the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents (Review)***. The Cochrane Library, Vol. (12), pp. 1-110.

●- Goldbeck, L., Muche, R., Sachser, C., Tutus, D., & Rosner, R. (2016). ***Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents. A Randomized Controlled Trial in Eight German Mental Health Clinics.*** Psychotherapy Psychosomatics, Vol. (85), pp. (159-170), Germany.

●- Gordon, S., Staples, J., Blyta, A., & Bytyqi, M. (2006). ***Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Postwar Kosovo High School Students Using Mind-Body Skills Groups: A Pilot Study***. Journal of Traumatic Stress, Vol. (17), pp. (143-147), Russia.

●- Hamblem, J. (2003). ***PTSD in Children and Adolescents National Center For Post- Traumatic Stress Disorder***, USA.

References المراجع

●- Hasanvand, B., Arya, M., & Dogaheh, R. (2014). ***Prediction of Psychological Hardiness Based on Mental Health Emotional Intelligence in Students***. Practice in Clinical Psychology, Vol. (2), pp. (255-261), USA.

●- Helezer, J. (1987). ***Post- Traumatic Stress Disorder in the General Population***. Journal of Medicine, England.

●- Hermine, G. (2004). ***Cognitive- Behavioral Integrated Treatment***. New York, Wiled, USA.

●- Hodgkincon, p., & Stewart, M. (1991). ***Coping With Catastrophe***. A handbook Of Disaster Management Rouledge, USA.

●- Holliday, R., Smith, J., North, C., & Suris, A. (2015). ***Developing the PTSD Checklist-I/F for the DSM-IV (PCL-I/F): Assessing PTSD Symptom Frequency and Intensity in a Pilot Study of Male Veterans with Combat-Related PTSD***. Behavioral Sciences, Vol. (5), pp. 59-69.

●- Jeffry, M., & Sharon, B. (2002). ***The Mind and The Brain***. Harper Collins, USA.

●- Kameoka, S., Yagi, J., Arai, Y., Nosaka, S., Saito, A., Miyake, W., Takada, S., Yamamoto, S., Asano, Y., Tanaka, E., & Asukai, N. (2015). ***Feasibility of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Traumatized Children in Japan: A Pilot Study***. International Journal of Mental Health Systems, Vol. (9), No. (26), pp. (2-5), Japan.

●- Kaplan, H., & Sadock, B. (1998). ***Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. Eight Edition***. Egypt: Mass Publishing Co, Egypt.

●- Kendall, C., & Ronan, D. (1990). ***Assessment of Children's Anxieties Fears and Phobias: Cognitive- Behavioral Models and Methods***. In (C.R) Reynolds & (R.W) Kamphuas (Eds), Handbook of Psychological and Educational Assessment of Children: Vol. (2). Personality Behavior and Context, pp. (223-244), New York, Guilford Press, USA.

●- Kinzie, D., Sack, H., Angell, H., Manson, S., & Rath, B. (1986). ***The Psychiatric Effects of Massive Trauma on Cambodian Children***. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. (25), pp. 370-376.

●- Kobaza, S. (1979). S***tressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry into Hardiness***. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. (37), No. (1), pp. (1-11), USA.

●- Kobaza, S. (1982). ***Commitment and Coping in Stress Resistance Among Lawyers***. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. (42), No. (4), pp. (707 -717), USA.

●- Kobaza, S. (1984). ***Haw Much Stress You Survive***. Journal of American Health, Vol. (3), pp. (64 -77), USA.

References المراجع

●- Kobaza, S., Maddi, S., & Puccetti, M. (1985). ***Effectiveness of Hardiness Exercise and Social Support as Resources Against Illness***. Journal of Psychosomatic Research, Vol. (29), pp. (525-533), USA.

●- Kohut, H., & Strozier, P. (1985). ***Self Psychology and Humanities Reflections on new Psychology Approach***. New York, USA.

●- Lawrence, P., & Oliver, J. (1999). ***Personality: Theory and Research***. (7th), (ed.). New York: Wiley & Sons, USA.

●- Leiva- Bianchi, M., Cornejo, F., Fresno, A., Rojas, C., & Serrano, C. (2018). ***Effectiveness of Cognitive- Behavioral Therapy for Post- Disaster Distress in Post-Traumatic Stress Symptoms after Chilean Earthquake and Tsunami***. Gac Sanit, Vol. (32), No. (3), pp. (291-296), Chile.

●- Lieb, K., Zanarin, M., Schmahl, C., Linehan, M., & Bohus, M. (2004). ***Borderline Personality Disorder*** .American Journal of Psychiatric, (Aug 6), No. (364), pp. (453-461), USA.

●- Linehan, M. (1993). ***Cognitive- Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder***. New York, Guilford Press, USA.

●- Macksoud, M., et al. (1993). ***Traumatic War Experience and Their Effect On Children. in Wilson, J., Raphael, B. International Handbook of Traumatic Stress***. London & New York, Plenum Press, USA.

●- Mirzamani, M., Mohammadi, R., & Besharat, A. (2006). ***Application of the PTSD Symptoms Scale (PSS) for Iranian PTSD Patients***. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran, Vol. (19), No. (4), pp. 345-348.

●- Mitchell, T., & Everly, S. (1995). ***Critical Incident Stress Debriefing, CISD: An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress Among Emergency Service and Disaster Work***. Ellicott City, Chevron Publishing Corporation, 2nd Ed, USA.

●- Mitchell, T. (2014). ***Critical Incident Stress Debriefing (CISD)***. University of Maryland, Baltimore County, USA.

●- Nixon, V., Meiser- Stedman, R., Dalgleish, T., Yule, W., Clark, M., Perrin, S., & Smith, P. (2013). ***The Child PTSD Symptom Scale: An Update and Replication of Its Psychometric Properties***. Psychological Assessment.

●- Palmer, S., & Dryden, W. (2002). ***The Rational Emotive Behaviour Therapist***. Journal of the Association for Rational Emotive Behaviour Therapy, Vol. (10), No. (1), USA.

●- Peterson, C. (2000). ***Optimistic Explanatory Style and Health, In, J. Gillham (ed), The Science of Optimism and Hope: Research Essays in Hour of Martin E***. Seligman. Laws of Life Symposia Series, Philadelphia: Templeton Foundation Press, PP. 145-161, USA.

●- Pohjolainen, T., & Alornt, H. (2007). ***Physical Medicine of Rehabilitation, The Journal of Bone of Joint surgery Wetterhaha, Kristina, Hanson, Carolynn; Levy churls (2002): Effect of participation in physical***

Activity on body Image of Amputees. American Journal of physical Medicine and Rehabilitation, USA.

●- Rains, J., & Hardling, D. (1995). ***Bailey and Love Short Practice of Surgery***. Ellps.

●- Raphael, B. (2000). ***Conclusion: Debriefing- Science, Belief And Wisdom, In B, Raphael & Wilson (Eds.)***. Psychological debriefing, Theory, Practice and Evidence Cambridge, Cambridge University Press, UK.

●- Robert, J. E. et al (1996). ***Adult Attachment Security and Symptoms of Depression***. Journal of Personality and Senility and Social Psychology, Vol. |(70), No. (2), USA.

●- Rose, S., & Tehrani, N. (2002). ***History, Method and Development of Psychological Debriefing***. In Psychological Debriefing, Professional Practice Board Working Party, The British Psychological Society, UK.

●- Rosenhan. D., & Seligman, M. (1989). ***Abnormal Psychology***. (2nd), Second Edition, New York, W.W. Norton, USA.

●- Ross, E. (2014). ***On Death and Dying***. Simon Sctter, New York, USA.

●- Sadock, B., & Sadock, V. (2000). ***Comprehensive Text Book of Psychiatry***. Edition (7), Lippincott Williams & Wilkins, USA.

●- Schaal, S., & Elbert, T. (2006). ***Ten Years after the Genocide: Trauma Confrontation and Posttraumatic Stress in Rwandan Adolescents***. Journal of Traumatic Stress, Vol. (19), No. (1), pp. 95-105.

●- Schiraldi, R. (2009). ***The Post- Traumatic Stress Disorder: A Guide to Healing, Recovery and Growth: McGraw- Hill Companies***. Vol (9), New York, USA.

●- Scrimin, S., Axia, G., Capello, F., Moscardino, U., Steinberg, M., & Pynoos, S. (2006***). Posttraumatic Reactions among Injured Children and Their Caregivers 3 Months after the Terrorist Attack in Beslan.*** Psychiatry Research. Vol. (141), pp. (333-336).

●- Singh, P. (2016). ***A Study of Psychological Hardiness Across Different Professions of Kashmir (J & K)***. INDIA. International Journal of Advanced Research (2016), Vol. (4), Issue (2), pp. (1258 – 1263), ISSN (2320 – 5407), USA.

●- Skinner, A. (2016). ***Coping 2nd ed., Encyclopedia of Mental Health: The Development of Coping across Childhood and Adolescence***. New York, Elsevier Academic Press, USA.

●- Smith, P., Yule W., Perrin, S., Tranah, T., Dalhleish, T., & Clark, M. (2007). ***Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD in Children and Adolescents: A Preliminary Randomized Controlled Trial***. Journal of the American Academy of Child and adolescent Psychiatry, Vol. (46), No. (8), pp. (1051-1061), UK.

References المراجع

●- Sveen, J., Bondjers, K., & Willebrand, M. (2016). ***Psychometric Properties of the PTSD Checklist for DSM-5: A Pilot Study***. European Journal of Psychotraumatology, Vol. (7).

●- The National Center for PTSD. (2010). ***Advancing Science and Promoting Understanding of Traumatic Stress***. U.S. Department of Veteran Affairs, Washington D.C., USA.

●- Trower, P. (1999). ***Cognitive- Behavioral Counseling Action***. SAGE Publications, London, UK.

●- Turner, F. (1999). ***Adult Psychopathology***. Second Edition, the Free Press, New York, USA.

●- Wellerhahn. K. (2003). ***Effect of Participation in Physical Activity on Body Image of Amputation***. American Journal of Physical Medicine of Rehabilitation, USA.

●- Wenar, C., & Kerig, p. (2000). ***Developmental Psychopathology: from Infancy through Adolescence, 4ed***, Mc Graw- hill, Inc, New York, pp (185-188), USA.

●- Wraith, R. (2000). ***Children and Debriefing: Theory, Intervention and Outcome***. In B. Raphael & J.P. Wilson (Eds), Psychological Debriefing, Theory, Practice and Evidence, Cambridge, Cambridge University Press, UK.

ملخص الدراسة باللغة العربية

تسببت الأزمة السورية منذ بدايتها – وما رافقها من أعمال عنفٍ وإرهاب مُسلح – بتهجير أعداد كبيرة من الأُسر ليغادروا أماكن إقامتهم الأصلية ويستقروا في مراكز الإيواء، إذ ظهرت جماعات مُسلحة تتبنى العمل الإرهابي منهجاً للسيطرة على الحكم، مُستهدفة المدنيين العُزَّل وترويعهم بتهديد السلاح، مُوقعين عشرات القتلى والجرحى، كما شوهدت مناظر مُروعة لضحايا وأشلاء بشرية مُمزقة أو محترقة، وهناك من فقد أعزّاء له (أب، أم، أخ، أخت، صديق..)، أو كُتبت له النجاة ولاتزال تُجرى له عمليات جراحية مُعقدة، ما خلّف كثيراً من الآلام الجسدية والنفسية، سيما على أبنائنا المراهقين ممن أصيبوا بإعاقات حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية (فقدان طرف علوي أو سفلي، شلل حركي)، فتحوّل المُراهق من إنسان طبيعي إلى إنسان معوّق حركياً – يساهم حكماً – في تطور أعراض اضطراب (PTSD) لديه، وقد لا يجد من يخفف من الآثار النفسية والانفعالية السيئة لتلك الصدمة لعدم الخبرة بها، وتعقّد المظاهر السلوكية المصاحبة لها (ذكريات مؤلمة لاإرادية، أحلام يقظة، كوابيس ليلية، تبول لاإرادي، تجنب الأشخاص والأماكن المرتبطة بالحدث الصادم، عزلة اجتماعية، مخاوف مَرضية، تراجع التحصيل الدراسي..).

وفي دراسة استطلاعية أولية – قام بها الباحث – في عدة مراكز للإيواء المؤقت بمحافظتي دمشق واللاذقية امتدت من (٢٠١٥/١٢/٥ إلى ٢٠١٧/٧/٧)، بهدف تحديد مستوى ونسب انتشار اضطراب (PTSD) بين عينة قوامها (٢٤) فرداً من المراهقين المصابين بإعاقة حركية مكتسبة، اختيروا من (٩) مراكز للإيواء، ومن المهجرين وأسرهم من أماكن إقامتهم الأصلية في عدة بلدات وقرى ومحافظات (ريف دمشق، حلب، الرقة، دير الزور، إدلب، حمص، ريف حمص الشرقي..) ممن عايشوا صدمات نفسية وانفعالية بسبب صدمة الإعاقة والتهجير وإرهاب المجموعات المُسلحة، إذ بينت النتائج أن جميع أفراد العينة (أي ما نسبته ١٠٠% من مجموع أفراد العينة) عانوا مستويات مختلفة من اضطراب (PTSD) تبدأ من مستوى (اضطراب متوسط إلى اضطراب شديد إلى اضطراب حاد ومزمن). وأن نسبة كل من المراهقين المصابين بإعاقات حركية مكتسبة ممن تلقوا خدمات الدعم النفسي خلال فترة (٦) أشهر الأولى من صدمة الإعاقة كانت (٠.%)، وعند سؤال إدارة مراكز الإيواء عن سبب غياب الدعم النفسي لمواجهة اضطراب (PTSD) لدى أفراد العينة، تقاطعت معظم الإجابات حول (غياب التخطيط لبرامج الدعم النفسي، نقص الكادر البشري المختص بعلاج اضطراب PTSD للمراهقين وأسرهم، معظم أشكال الدعم كانت مالية ومادية وتربوية ونفسية واجتماعية لمواجهة اضطرابات أخرى كالقلق والإحباط والخوف..). وهنا برزت حاجة هؤلاء المراهقين المُصابين بإعاقات حركية مكتسبة لتوظيف فنيات المدخل السلوكي/ المعرفي في الإرشاد النفسي لتمكينهم من التعايش مع الظروف الجديدة للإعاقة.

والمدخل السلوكي/المعرفي (Cognitive/Behavior Approach) من أحدث المداخل الإرشادية، واستُخدم بفعالية لخفض أعراض اضطراب (PTSD) لدى المراهقين، بسبب تعدد فنياته (تفريغ انفعالي، اختبار المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية، اختبار المشاعر الإيجابية والأفكار العقلانية، تعزيز الصلابة النفسية والثبات الانفعالي، حل المشكلات، التحكم والسيطرة، الاسترخاء، التعايش مع الصدمة..). وتعود الجذور الأولى لهذا المدخل إلى أعمال (**أليس Ellis**)؛ (**بيك Beck**)؛ (**رايمي Raimy**)؛ (**كيلي Kelly**)؛ (**فرايد Fried**)؛ (**ميتشنبوم Meichenbaum**)؛ (**لازروس Lazarus**)؛ (**ولبي Wolpe**).. وآخرين نتيجة دمج العلاج المعرفي بالعلاج السلوكي، والتعامل مع الاضطرابات النفسية من منظور ثلاثي (معرفي، انفعالي، سلوكي).

إن المراهقين الذين أُصيبوا بإعاقات حركية مكتسبة، وهُجّروا وأسرهم من المناطق التي شهدت أعمالاً إرهابية مُسلحة، وعايشوا أحداثاً مُروعة خلال الأزمة السورية والتي لم تكن مألوفة بالنسبة لهم، تسببت بظهور معدلات مرتفعة من أعراض اضطراب (PTSD) لديهم، إن هؤلاء المراهقين قد يكونون مُمانعين للبوح بتجاربهم المؤلمة وخبراتهم السلبية بسبب استمرار آثار الأحداث الصادمة على بنيتهم النفسية والمعرفية، ما قد ينعكس سلباً على توافقهم الشخصي والاجتماعي، ويحدّ من قدرتهم على التعايش مع ظروف الإعاقة، أو يدفعهم للسير خلف أفكارهم اللاعقلانية نتيجة شعورهم باليأس والإحباط. وبالمقابل؛ فإن خفض أثر اضطراب (PTSD) على مكونات الشخصية لا يستند إلى منظور أحادي في الإرشاد النفسي، بل لابد من تعدد استراتيجيات العلاج وتنوع فنيات الإرشاد بشكل يوازي ما ينطوي عليه اضطراب (PTSD) من تعقيد وخطورة في تعطيل معظم المهارات الاجتماعية والشخصية والعقلية والمهنية والأكاديمية للمُصاب لتحقيق أعلى مستوى ممكن من توافقه الشخصي والاجتماعي، وتمكينه من التعايش مع الأحداث الصادمة بتعديل بنيته المعرفية والانفعالية والسلوكية، بما يشعره بالثقة عند مواجهة مثل تلك الأحداث الصادمة مستقبلاً.

وبالرغم من أهمية المدخل السلوكي/المعرفي وفق ما أثبتته عدة دراسات سابقة، إلا أنه لم يحظَ بالاهتمام الكافي في بيئتنا المحلية، ولم يُوظّف بجدية لخفض أعراض هذا الاضطراب لدى المراهقين الذين أصيبوا بإعاقات حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية، واستناداً إلى الحجج السابقة، ونتيجة لقلة الدراسات المحلية، جاءت فكرة الدراسة الحالية التي يمكن تحديد هدفها الرئيسي **بتصميم برنامج سلوكي/معرفي والتحقق من فاعليته في خفض أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD) لعينة مراهقين من عمر (بين ١٤،١١ إلى ١٥،١١ سنة) من المصابين بإعاقات حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف) بسبب العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية**. ويتفرع عنه الأهداف التالية:

١- تحديد مستوى ونسبة انتشار اضطراب شدة ما بعد الصدمة (PTSD) لدى عينة من المراهقين المصابين بإعاقات حركية مكتسبة والمقيمين في عدد من مراكز الإيواء بمحافظتي دمشق واللاذقية خلال الأزمة السورية.

٢- تصميم برنامج قائم على بعض فنيات المدخل السلوكي/المعرفي والتحقق من فاعليته واستمرار أثره في خفض أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD) يناسب عينة مراهقين من عمر (بين ١٤،١١ إلى ١٥،١١ سنة) ممن أصيبوا بإعاقات حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف) بسبب العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية.

ولتحقيق تلك الأهداف تم توظيف:

١- المنهج المسحي: الذي استخدم لتحديد مستوى ونسبة انتشار اضطراب (PTSD) لدى المراهقين (العاديين، المصابين بإعاقات مكتسبة) خلال الأزمة السورية، والمقيمين في عدد من مراكز الإيواء في محافظتي دمشق واللاذقية.

٢- المنهج شبه التجريبي: الذي تم توظيفه لتصميم برنامج إرشادي قائم على بعض فنيات المدخل السلوكي/المعرفي، والتحقق من فاعليته واستمرار أثره في خفض أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD)، يناسب عينة مراهقين من عمر (بين ١٤،١١ إلى ١٥،١١ سنة) ممن أصيبوا بإعاقات حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية.

وقد تم تصميم أداتين رئيسيتين لتحقيق تلك الأهداف، وهي:

١- الأداة الأولى (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)، الذي ضم (١٠٤) بنود تغطي معايير اضطراب (PTSD) كما يلي:

المعيار (A): تعرّض أو عدم تعرّض المفحوص لحادث أو مجموعة أحداث صادمة.

المعيار (B): إعادة الاختبار المستمر للأحداث المُروعة والذكريات التطفلية التالية مباشرة للحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة.

المعيار (C): التجنب المستمر للمثيرات والذكريات المرتبطة بالحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة.

المعيار (D): التبدلات السلبية في الإدراك والمزاج بعد التعرض للحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة.

المعيار (E): التبديلات الظاهرية في الإثارة والنشاط بعد التعرض لحادث أو مجموعة أحداث صادمة.

المعيار (F): المدة الزمنية التي ظهرت فيها الأعراض النفسية والانفعالية والاجتماعية والمظاهر السلوكية.. بعد التعرض لصدمة ناتجة عن معايشة حادث أو مجموعة أحداث صادمة.

المعيار (G): تأثير الصدمة على تعطّل مجالات الحياة.

ويتضمن المقياس معلومات التطبيق الموجهة للمفحوص، وحقول لملء بياناته الشخصية، ويتمتع المقياس بمؤشرات جيدة للصدق والثبات (صدق التكوين، صدق المحتوى، صدق المحكّمين، التطبيق التجريبي، الصدق البنائي، الصدق المحكّي التلازمي، صدق المجموعات المتعارضة، ثبات التجزئة النصفية، ثبات الاتساق الداخلي /ألفا- كرنباخ/، ثبات إعادة التطبيق)، كما تم تعيير المقياس لتحديد التقدير الوصفي لشدة أعراض اضطراب (PTSD) لدى الأطفال والمراهقين.

٢- الأداة الثانية: البرنامج الإرشادي القائم على بعض فنيات المدخل السلوكي/المعرفي (التدريب على طلب الدعم والمساندة، التفريغ الانفعالي، استيعاب الحدث الصادم، اختبار المشاعر والأفكار السلبية واللاعقلانية، اختبار المشاعر والأفكار الإيجابية والعقلانية، التعايش والتكيف مع الإعاقة، الاسترخاء والتأمل الواعي، الصلابة النفسية والثبات الانفعالي، حل المشكلات، تنمية الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة، إعادة البناء المعرفي)، باستخدام استراتيجيات تعديل السلوك التالية (النمذجة المباشرة، النمذجة غير المباشرة، الحوار والمناقشة، الأسئلة، المحاضرة، لعب الدور، التعزيز، الواجب المنزلي)، بهدف خفض أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD)، يناسب عينة مراهقين من عمر (بين ١٤،١١ إلى ١٥،١١ سنة) ممن أصيبوا بإعاقات حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف) بسبب العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية، ويضم البرنامج بصورته النهائية (١٢) مرحلة إرشادية، وكل مرحة مؤلفة من عدة جلسات فردية وجماعية، وبزمن تطبيق يختلف من جلسة إلى أخرى بما يتناسب مع الحاجات الخاصة بالمُتعالجين من النواحي (الشخصية، الانفعالية، المعرفية، العمر، مستوى القدرات العقلية، مستوى الصلابة النفسية، نوع أعراض اضطراب PTSD آني أو متأخر، الجنس..إلخ)، وبما يتناسب مع الظروف المحيطة بهم (المادية، الاجتماعية، الأسرية، ظروف الأزمة السورية..إلخ)، وبما يتناسب مع نوع وشدة وعمق الاضطرابات النفسية والانفعالية والسلوكية والمعرفية.. التي عانوا منها، وبما يتناسب مع كل موقف إرشادي.

ولتحقيق أهداف الدراسة الحالية تم اختيار عينتين رئيسيتين، الأولى تم توظيفها للدراسة المسحية، والثانية تم توظيفها للتحقق من فاعلية البرنامج:

١- عينة الدراسة المسحية: عينة متيسرة اختيرت بطريقة الحصر الشامل من المراهقين قوامها (٢٤) فرداً، أعمارهم (بين ١٠،١١ إلى ١٧،١١ سنة)، وجميعهم من المصابين بإعاقات حركية مكتسبة، اختيروا من (٩) مركزاً للإيواء منتشراً في محافظتي دمشق واللاذقية، وجميع أفراد العينة من المُهجّرين وأسرهم من أماكن إقامتهم الأصلية ضمن عدة بلدات وقرى ومحافظات (ريف دمشق، حلب، الرقة، دير الزور، إدلب، حمص، ريف حمص الشرقي..)، وعايشوا صدمات نفسية وانفعالية.. بسبب الإعاقة والتهجير الناتج عن إرهاب المجموعات المُسلحة خلال الأزمة السورية.

٢- العينة التجريبية: مؤلفة من مجموعة تجريبية واحدة قوامها (١٠) مراهقين مُصابين بإعاقات حركية مُكتسبة (بتر أحد الأطراف) بسبب الأعمال الإرهابية خلال الأزمة السورية، وجميع أفراد العينة من الذكور، أعمارهم بين (١١،١٤ إلى ١١،١٥ سنة)، كما شملت العينة جميع أولياء أمورهم (١٠ آباء، ١٠ أمهات)، وتم اختيار العينة من (مركز إعادة التأهيل والأطراف الصناعية) التابع لوزارة الصحة ومقرّه في مشفى ابن النفيس بدمشق، كما تم اختيار العينة من جمعية خطوة للأطراف الصناعية ومقرّها مشفى حاميش في منطقة برزة.

وبينت نتائج الدراسة أن جميع أفراد العينة المسحية (أي ما نسبته ١٠٠% من مجموع أفراد العينة) عانوا مستويات مختلفة من اضطراب (PTSD) تبدأ من مستوى (اضطراب متوسط إلى اضطراب شديد إلى اضطراب حاد ومزمن)، وهي درجات فوق المتوسط وفق معايير (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)، وأن تلك الأعراض كانت مرتبة بحسب أهميتها النسبية كما يلي:

١- التجنب المستمر للمثيرات والذكريات المرتبطة بالحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة.

٢- إعادة الاختبار المستمر للأحداث المُروعة والذكريات التطفلية التالية مباشرة للحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة.

٣- التبدلات السلبية في الإدراك والمزاج بعد التعرض للحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة.

٤- التبديلات الظاهرية في الإثارة والنشاط بعد التعرض لحادث أو مجموعة أحداث صادمة.

٥- استمرارية أعراض الصدمة النفسية الناجمة عن الحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة.

٦- تعطّل مجالات الحياة.

كما بينت النتائج ظهور فروق دالّة في أداء المجموعة التجريبية بين التطبيقين القبلي والبعدي المباشر على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)، بالنسبة لكل معيار فرعي وللدرجة الكلية، حيث كان الفرق لصالح التطبيق القبلي، إذ كان مستوى معاناة أفراد العينة من أعراض اضطراب (PTSD) أعلى قبل تطبيق البرنامج مقارنةً بمعاناتهم من تلك الأعراض بعد خضوعهم للبرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي، كما أن قيم حجم الأثر وفق معادلة (مربع إيتا ETA^2) تراوحت بين (٤٧٦% إلى ٩٢٨%) بالنسبة لجميع المعايير الفرعية المتضمنة في المقياس، والتي تجاوزت معظمها مستوى (٥٠%) وفق توجه (هوستن Huston 1993) في تفسير حجم تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع.

كما بينت النتائج عدم ظهور فروق دالّة في أداء المجموعة التجريبية بين التطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل على (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013) عند (المعيار B) (المعيار E) (المعيار G)، لكن ظهرت فروق دالّة عند (المعيار C) (المعيار D) (المعيار F) (الدرجة الكلية) لصالح التطبيق البعدي المؤجل، وتلك النتائج تشير إلى وجود استقرار نسبي لأثر

البرنامج السلوكي/المعرفي في خفض مستوى معاناة أفراد العينة من أعراض اضطراب (PTSD) بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج، كما أن قيم حجم الأثر وفق معادلة (مربع إيتا ETA^2) تراوحت بين (٠،٥% إلى ٣١%) بالنسبة لجميع المعايير الفرعية المتضمنة في المقياس، وبالرغم من كون تلك القيم دون مستوى (٥٠%) وفق توجه (**هوستن Huston 1993**) في تفسير حجم تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع، إلا أن مراجعة المتوسطات والانحرافات المعيارية للتطبيقين البعدي المباشر والبعدي المؤجل تشير لوجود استقرار نسبي في مستوى انخفاض أعراض اضطراب (PTSD) لدى أفراد العينة بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج.

وتم تفسير نتائج الدراسة الحالية بالمقارنة مع الواقع الميداني الذي أحاط بظروف الدراسة ومتغيراتها، كما تم تفسير تلك النتائج بالمقارنة مع الأدب النظري والدراسات السابقة الشبيهة في بعض جوانبها بالدراسة الحالية، وتم التوصل إلى مجموعة من التوصيات من صلب نتائج الدراسة الحالية، كما تم اقتراح مجموعة من البحوث والدراسات التي يمكن أن تغني نتائج الدراسة الحالية.

الملاحق

الملحق (١)

الموافقات الإدارية من الجهات المعنية لتطبيق أدوات الدراسة الحالية



الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
نائب رئيس الجامعة
لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا
الرقم: ٤٠٠٠/ ٢/ ٥١٠٤

إلى وزارة الصحة

يرجى السماح لطالب الدكتوراه حسام الشحادة المسجل في كلية التربية بجامعتنا باختيار عينة من المصابين بحالات بتر بسبب العمليات الإرهابية من مركز إعادة التأهيل والأطراف الاصطناعية لزوم البحث الذي يعده بعنوان "فاعلية برنامج سلوكي معرفي في خفض أعراض كرب ما بعد الصدمة النفسية(PTSD) لدى المراهقين المصابين بإعاقة حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية". وذلك بإشراف السيد الدكتور غسان أبو فخر.

شاكرين تعاونكم...

نائب رئيس جامعة دمشق
لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق

الأستاذ الدكتور رئيس جامعة دمشق

ع/ط الأستاذ الدكتور عميد كلية .....

مقدمه(١):

.....

نوع البحث: ☐ دراسات عليا ☐ ماجستير ☐ دكتوراه ☐ عضو هيئة تدريسية

عنوان البحث: .....

يرجى التفضل بالتوسط لدى (٢) ..... / السماح لنا بالحصول على أو القيام

.....

على أن (٣):

.....

المشرف أو الباحث الرئيسي رئيس قسم المختص عميد الكلية

الدكتور ..... الدكتور ..... الدكتور .....

(١) يذكر اسم الطالب في حالة أعداد طلاب الدراسات العليا واسم عضو الهيئة التدريسية في حالة اتمام أعضاء الهيئة التدريسية

(٢) يذكر اسم الجهة أو الجهات التي يرغب الطالب بالحصول منها

(٣) يجب أن يتم وضع إحدى العبارات التالية حصراً:

- لا تحصل جامعة دمشق أية مقتنيات أياً كان نوعها.
- لا تحصل جامعة دمشق أية مقتنيات سوى المواد اللازمة والتي يتم تأمينها أصولاً
- تحصل جامعة دمشق المقتنيات اللازمة من ذلك والمقابل..... ( )

مراجعة البحث العلمي:

رمز البحث: رقم قرار الاعتماد: (٥١٤ /ب ع) تاريخ: ١٥/ ١١/ ٢٠١٤

الكلفة الإجمالية المعتمدة للبحث: (.....)

.....

مدير الهيئة لشؤون البحث العلمي

أ.د. نائب رئيس جامعة دمشق
لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا

الجمهورية العربية السورية
وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل
مديرية الخدمات الاجتماعية
الرقم: خ /٣/ ٣٠٤٠ ل
التاريخ: /٩/ ٢٠١٩

إلى جمعية خطوة للأطراف الصناعية

ع/ط مديرية الشؤون الاجتماعية والعمل بدمشق

إشارة إلى كتاب جامعة دمشق رقم ٤١٠٤ / ص تاريخ ٢٠١٩/٩/١٧ المتضمن طلب الموافقة على **تسهيل مهمة** طالب الدكتوراه السيد حسام الشحاذه لديكم من أجل الحصول على بيانات حول الأشخاص المصابين بحالات البتر بسبب العمليات الارهابية لزوم البحث الذي يهدف بعنوان (فعالية برنامج سلوكي معرفي في خفض أعراض ما بعد الصدمة النفسية لدى المراهقين المصابين بإعاقة حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية.

نفيدكم بالموافقة على تسهيل مهمة الطالب المذكور في جمعيتكم ليتمكن من إتمام بحثه.

يرجى الاطلاع واجراء اللازم أصولاً

وزير الشؤون الاجتماعية والعمل

ريمه محمد رشدي قادري

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
نائب رئيس الجامعة
لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا
الرقم : ٢٠١٢/٢٠٠٠

إلى وزارة الشؤون الاجتماعية- جمعية خطوة للأطراف الصناعية

يرجى السماح لطالب الدكتوراه **حسام الشحادة** المسجل في كلية التربية بجامعتنا بالحصول على بيانات حول الأشخاص المصابين بحالات البتر بسبب العمليات الإرهابية لزوم البحث الذي يعده بعنوان "فاعلية برنامج سلوكي معرفي في خفض أعراض كرب ما بعد الصدمة النفسية(PTSD) لدى المراهقين المصابين بإعاقة حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية". وذلك بإشراف السيد الدكتور **غسان أبو فخر**.

شاكرين تعاونكم،،،

نائب رئيس جامعة دمشق
لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق

السادة الدكتور رئيس جامعة دمشق

ع/ة الاستاذ الدكتور عميد كلية الهندسة المدنية

مقدمه (١) : صلام الشماع

نوع البحث : ☐ دراسات عليا ☐ ماجستير ☑ دكتوراه ☐ عضو هيئة تدريسية

عنوان البحث : تحليل غير خطي لتأثير سلوك مواد مختلفة على أداء جدران القص المسلحة (RC) في المباني العالية تحت تأثير حركة زلزالية مكانية

يرجى التوجيه بـ سمح لدى (٢) بتسهيل خطوة الدراسة في المعهد العالي للبحوث الزلزالية والهندسية المسماح لنا بالحصول على او القيام بدعوة نبيلة تقول الدكتور سامر سعيد الصباغ

على ان (٣) :

على أن يتحمل جامعة دمشق أية نفقات

المشرف او الباحث الرئيسي
الدكتور

رئيس قسم المختص
الدكتور

عميد الكلية
الدكتور

(١) يذكر اسم الطالب في حالة ابحاث طلاب الدراسات العليا واسم عضو الهيئة التدريسية في حالة ابحاث اعضاء الهيئة التدريسية

(٢) يذكر اسم الجهة او الجهات التي يرغب الطالب بالتعاون معها

(٣) يجب ان يتم وضع إحدى العبارات التالية حصراً :

- لاتتحمل جامعة دمشق اية نفقات لقاء ذلك .
- لاتتحمل جامعة دمشق اية نفقات سوى المواد اللازمة والتي يتم تأمينها اصولاً
- تتحمل جامعة دمشق النفقات المترتبة عن ذلك والبالغة _____ ( )

مراجعة البحث العلمي:

رمز البحث: رقم قرار الاعتماد: (٥٠ / ٤٤٤٥) تاريخ ١٥/ ١١/ ٢٠١٩م

الكلفة الإجمالية المعتمدة للبحث: (/) ل.س .....

ملاحظات الموافقة على إنشاء مجلة جامعة دمشق لأبحاث الدراسات العليا .....

تأشيرة مديرية البحث العلمي

مدير البحث العلمي والدراسات

د. عبد الله [illegible]

نائب رئيس جامعة دمشق

لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا

السيد الأستاذ الدكتور عصام الأمين

المدير العام لمستشفى المواساة الجامعي

جوابا على طلب السيد حسام سليمان الشحادة بالسماح باستخدام غرفة العلاج النفسي في الشعبة النفسية يومي الجمعة و السبت خلال شهري تشرين ثاني و كانون أول عام ٢٠١٩ .

لا مانع من ذلك و يمكنه الاستفادة من الغرفة و ذلك بإشراف مراقب الدوام و رئيسة تمريض الشعبة النفسية حسب الأنظمة المرعية بالمستشفى.

٢٠١٩/١١/٦

الأستاذ الدكتور يوسف لطيفة

الدكتور
رئيس الشعبة النفسية

① رئيسة التمريض
② مكتب مراقب الدوام

معاون المدير العام للشؤون الطبية
أ.د. عمار الراعي

٥٥٩٤
٢٠١٩/١١/٦

السيد مدير الهيئة العامة لمستشفى المواساة الموقر

مقدمة حسام سليمان الشحاذه طالب دكتوراه بقسم التربية الخاصة في كلية التربية بجامعة دمشق، والموفد داخلياً للحصول على درجة الدكتوراه لصالح وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، أعرض فيما يلي:

أقوم بإنجاز بحث علمي للحصول على درجة الدكتوراه موسوم تحت عنوان (**فاعلية برنامج سلوكي/معرفي في خفض أعراض شدة ما بعد الصدمة [PTSD] لدى المراهقين المصابين بإعاقات حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية**)، وتقدمت بطلب إلى السيد رئيس جامعة دمشق لتسهيل مهمتي العلمية لتطبيق البحث العلمي المذكور أعلاه في غرفة العلاج النفسي/الشعبة النفسية ضمن مستشفى المواساة، وتم تشخيص (١٠) مراهقين مصابين بإعاقات حركية مكتسبة وبأنهم يعانون من اضطراب (PTSD)، وتم ترشيحهم من قبلي للخضوع للبرنامج العلاجي بعد موافقة السيد رئيس جامعة دمشق أصولاً (مرفق صورة عنها)، لكن تبين لاحقاً أن معظم أفراد العينة لا يمكنهم الالتزام بالخطة العلمية للدراسة إلا في يومي الجمعة والسبت من كل أسبوع، وذلك من الساعة (٩ صباحاً حتى الساعة ١٣ ظهراً)، وعلى مدار (٨) أسابيع، وخلال الشهرين (١١) (١٢) من العام (٢٠١٩).

لذلك ألتمس من سيادتكم الموافقة على السماح بتوظيف غرفة العلاج النفسي/الشعبة النفسية خلال يومي الجمعة والسبت من كل أسبوع من الساعة (٩ صباحاً حتى الساعة ١٣ ظهراً)، وعلى مدار (٨) أسابيع خلال الشهرين (١١) (١٢) من العام (٢٠١٩)، وذلك للأسباب التالية:

١- معظم أفراد العينة من طلبة مدارس التعليم الأساسي والثانوي، ولا يمكنهم الخضوع للبرنامج العلاجي إلا في يومي الجمعة والسبت من كل أسبوع.

٢- توافر البنية التحتية اللازمة لتطبيق البرنامج العلاجي المقترح أعلاه في المستشفى.

٣- توافر الكادر البشري من أطباء نفسيين يمكن لهم المساهمة في دعم الخطة العلاجية المقترحة (تشخيص طبي، دعم دوائي، دعم علاجي سلوكي..إلخ).

علماً أن مستلزمات تطبيق الخطة العلاجية لا تتعدى ما هو متوفر داخل غرفة العلاج النفسي/ الشعبة النفسية (طاولة، كراسي، سرير إكلينيكي..إلخ).

ولكم مني خالص الشكر وفائق الاحترام

مقدم الطلب

حسام الشحاذه

٣

الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
نائب رئيس الجامعة
لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا
الرقم: ٣٠٥٢٠/ ٥/ ١٢

الأستاذ الدكتور عميد كلية الطب البشري

يرجى السماح لطالب الدكتوراه **حسام الشحاده** المسجل في كلية التربية بجامعتنا بتطبيق البرنامج العلاجي في **مشفى المواساة- القسم النفسي** لزوم البحث الذي يعده بعنوان" فاعلية برنامج سلوكي معرفي في خفض أعراض كرب ما بعد الصدمة النفسية(PtSD) لدى المراهقين المصابين بإعاقة حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية " وذلك بإشراف السيد الدكتور **غسان أبوفخر**.
علماً أن جامعة دمشق لا تتحمل أية نفقات لقاء ذلك.

شاكرين تعاونكم،،،

نائب رئيس جامعة دمشق
لشؤون البحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. يوسف طحيمة
رئيس الجامعة للشؤون العلمية
معاون الأمين العام للدراسات العليا

الملحق (٢)

الدرجات الخام التي حصل عليها أفراد المجموعة التجريبية في القياسات (القبلي – البعدي – المؤجل)

رقم الفرد بالعينة	المجال	التطبيق		
		القبلي بتاريخ (٢٠١٩/١٠/٣٠)	البعدي بتاريخ (٢٠٢٠/١/١١)	المؤجل بتاريخ (٧-٢٠٢٠/٢/٨)
١	المعيار (A)	لا تُحسب له درجات ولا يدخل في المجموع الكلي لدرجات المقياس		
	المعيار (B)	٥٥	٣٢	٢٧
	المعيار (C)	١٩	١٦	١٨
	المعيار (D)	٨٢	٤٩	٤٣
	المعيار (E)	٤٩	٣٦	٣٢
	المعيار (F)	٢٥	٥	٥
	المعيار (G)	٢٧	٢٠	٢٣
	الدرجة الكلية	٢٥٧	١٥٨	١٤٨
٢	المعيار (A)	لا تُحسب له درجات ولا يدخل في المجموع الكلي لدرجات المقياس		
	المعيار (B)	٥٨	٤٠	٣٧
	المعيار (C)	١٧	١٤	١١
	المعيار (D)	٨٢	٥٤	٤٨
	المعيار (E)	٥٢	٣٣	٢٩
	المعيار (F)	٢٠	٥	∴
	المعيار (G)	٢٥	١٩	١٤
	الدرجة الكلية	٢٥٤	١٦٥	١٣٩
٣	المعيار (A)	لا تُحسب له درجات ولا يدخل في المجموع الكلي لدرجات المقياس		
	المعيار (B)	٥٣	٣٦	٣١
	المعيار (C)	٢٠	١٨	١١
	المعيار (D)	٩٣	٥٧	٤٢
	المعيار (E)	٥٠	٢١	٢٦
	المعيار (F)	٢٥	١٠	٥
	المعيار (G)	٢٩	٢١	١٨
	الدرجة الكلية	٢٧٠	١٦٣	١٣٣
٤	المعيار (A)	لا تُحسب له درجات ولا يدخل في المجموع الكلي لدرجات المقياس		
	المعيار (B)	٥٠	٢٢	٢٠
	المعيار (C)	٢١	١٥	٩
	المعيار (D)	٩٠	٥١	٤٨
	المعيار (E)	٥٣	٢٧	٢١
	المعيار (F)	٢٥	٥	٥
	المعيار (G)	٣١	٢٠	١٦
	الدرجة الكلية	٢٧٠	١٤٠	١١٩

٥	المعيار (A)	لا تُحسب له درجات ولا يدخل في المجموع الكلي لدرجات المقياس		
	المعيار (B)	٥٢	٢٣	٢٠
	المعيار (C)	٢٠	١١	٨
	المعيار (D)	٩٤	٣٧	٢٦
	المعيار (E)	٤٨	٢٩	١٩
	المعيار (F)	٢٠	٥	∴
	المعيار (G)	٢٨	١٥	١١
	الدرجة الكلية	٢٦٢	١٢٠	٨٤
٦	المعيار (A)	لا تُحسب له درجات ولا يدخل في المجموع الكلي لدرجات المقياس		
	المعيار (B)	٥٠	٢١	١٨
	المعيار (C)	١٨	١٣	١١
	المعيار (D)	٨٥	٤٢	٣٧
	المعيار (E)	٤١	٢٠	١٧
	المعيار (F)	٢٠	٥	∴
	المعيار (G)	٢٥	١٧	١٦
	الدرجة الكلية	٢٣٩	١١٨	٩٩
٧	المعيار (A)	لا تُحسب له درجات ولا يدخل في المجموع الكلي لدرجات المقياس		
	المعيار (B)	٥٤	٢٠	١٦
	المعيار (C)	١٨	١٢	٨
	المعيار (D)	٨٠	٤٧	٤٠
	المعيار (E)	٣٩	١٨	١٥
	المعيار (F)	٢٠	٥	٥
	المعيار (G)	٢٤	١٩	١٨
	الدرجة الكلية	٢٣٥	١٢١	١٠٢
٨	المعيار (A)	لا تُحسب له درجات ولا يدخل في المجموع الكلي لدرجات المقياس		
	المعيار (B)	٥٧	٢٢	٢٠
	المعيار (C)	٢٣	١٨	١٥
	المعيار (D)	٨٩	٤١	٣٨
	المعيار (E)	٥٤	٢٠	٢٤
	المعيار (F)	٢٥	١٠	٥
	المعيار (G)	٣٠	١٧	١٩
	الدرجة الكلية	٢٧٨	١٢٨	١٢١
٩	المعيار (A)	لا تُحسب له درجات ولا يدخل في المجموع الكلي لدرجات المقياس		
	المعيار (B)	٥١	٢٣	٢٠
	المعيار (C)	١٥	١٧	١٣
	المعيار (D)	٧٧	٣٥	٣٢
	المعيار (E)	٣٩	٢٠	١٨
	المعيار (F)	٢٠	٥	٥
	المعيار (G)	٢٢	١٧	١٤
	الدرجة الكلية	٢٢٤	١١٧	١٠٢

١٠	المعيار (A)	لا تُحسب له درجات ولا يدخل في المجموع الكلي لدرجات المقياس		
	المعيار (B)	٤٩	٢٧	٣٣
	المعيار (C)	١٩	١٣	١٤
	المعيار (D)	٨٠	٤٦	٤٠
	المعيار (E)	٤٤	٢٩	٢٦
	المعيار (F)	٢٠	٥	∴
	المعيار (G)	٢٦	١٨	١٩
	الدرجة الكلية	٢٣٨	١٣٨	١٣٢

الملحق (٣)

الخصائص النفسية والانفعالية والاجتماعية والتعليمية والسكنية.. لأفراد المجموعة التجريبية والظروف التي عاشوها خلال الأزمة السورية، ونوع البتر الذي يعاني منه كل فرد من أفراد العينة

رقم الحالة	بيانات عامة عن المُصاب	
١	نوع البتر	بتر طرف سفلي أيسر أسفل الركبة + (١١) سم من عظم الساق.
	تاريخ الإصابة	(٢٠١٩/٤/٣).
	العمر عند الإصابة	(١٤،٧) سنة.
	الجنس	ذكر.
	مكان الحادث	ريف دمشق/ دوما.
	سبب الإصابة	لغم.
	مُهجّر سابقاً	مُهجّر وأسرته من ريف دمشق دوما + إقامة لمدة (٤) أشهر في مركز للإيواء المؤقت.
	الصف الدراسي	متسرّب من الصف الخامس الأساسي بسبب تعطّل المدارس عن العمل نتيجة خروج البلدة عن سيطرة الدولة السورية منذ عام (٢٠١٢).
	مستوى أعراض اضطراب (PTSD)	حاصل على درجة كلية خام (٢٥٧) في التطبيق القبلي، والتي تقابل مستوى (اضطراب شديد) وفق معايير (مقياس شدة ما بعد الصدمة المبني وفق معايير DSM-5-2013).
٢	نوع البتر	بتر طرف سفلي أيمن حتى (٧) سم أعلى الركبة.
	تاريخ الإصابة	(٢٠١٩/٦/٢).
	العمر عند الإصابة	(١٥،٢) سنة.
	الجنس	ذكر.
	مكان الحادث	دمشق/ داريا.
	سبب الإصابة	لغم.
	مُهجّر سابقاً	مُهجّر وأسرته من دمشق/ داريا + إقامة في منزل مستأجر من قبل الهلال الأحمر العربي السوري في أشرفية صحنايا حتى تاريخه.
	الصف الدراسي	رسوب مرتين في الصف التاسع الأساسي/ مؤهل للتسرّب الدراسي بسبب سوء الحالة النفسية والانفعالية.
	مستوى أعراض اضطراب (PTSD)	حاصل على درجة كلية خام (٢٥٤) في التطبيق القبلي، والتي تقابل مستوى (اضطراب شديد) وفق معايير (مقياس شدة ما بعد الصدمة المبني وفق معايير DSM-5-2013).
٣	نوع البتر	بتر طرف سفلي أيمن حتى (٣) سم أسفل الركبة.
	تاريخ الإصابة	(٢٠١٩/٥/٧).
	العمر عند الإصابة	(١٥،٣) سنة.
	الجنس	ذكر.
	مكان الحادث	ريف دمشق/ عين ترما.
	سبب الإصابة	لغم.
	مُهجّر سابقاً	مُهجّر وأسرته من ريف دمشق/ عين ترما + إقامة في منزل مستأجر من قبل منظمة (الأنروا) في مساكن برزة حتى تاريخه.
	الصف الدراسي	متسرّب من الصف السادس الأساسي بسبب تعطّل المدارس عن العمل نتيجة خروج البلدة عن سيطرة الدولة السورية منذ عام (٢٠١٢).
	مستوى أعراض اضطراب (PTSD)	حاصل على درجة كلية خام (٢٧٠) في التطبيق القبلي، والتي تقابل مستوى (اضطراب شديد) وفق معايير (مقياس شدة ما بعد الصدمة المبني وفق معايير DSM-5-2013).

٤	نوع البتر	بتر طرف سفلي أيمن حتى (١١) سم من عظم الفخذ.
	تاريخ الإصابة	(٢٠١٩/٣/٢١).
	العمر عند الإصابة	(١٤،١١) سنة.
	الجنس	ذكر.
	مكان الحادث	ريف دمشق/ الزبداني.
	سبب الإصابة	لغم.
	مُهجّر سابقاً	مُهجّر وأسرته من ريف دمشق/ الزبداني + إقامة لمدة (٤) أشهر في مركز للإيواء المؤقت في لبنان + مقيم في منزل مستأجر في ريف دمشق/ بلدة الديماس.
	الصف الدراسي	متسرّب من الصف السابع الأساسي بسبب تعطّل المدارس وخروج البلدة عن سيطرة الدولة السورية منذ عام (٢٠١٢).
	مستوى أعراض اضطراب (PTSD)	حاصل على درجة كلية خام (٢٧٠) في التطبيق القبلي، والتي تقابل مستوى (اضطراب شديد) وفق معايير (مقياس شدة ما بعد الصدمة المبني وفق معايير DSM-5-2013).
٥	نوع البتر	بتر طرف علوي أيمن كامل اليد حتى (٩) سم بعد الرسغ.
	تاريخ الإصابة	(٢٠١٩/٥/٢٨).
	العمر عند الإصابة	(١٤،٩) سنة.
	الجنس	ذكر.
	مكان الحادث	إدلب/ معرة النعمان.
	سبب الإصابة	قصف مدفعي من قبل المجموعات الإرهابية المسلحة.
	مُهجّر سابقاً	مُهجّر وأسرته من ريف إدلب + إقامة في مخيم للاجئين السوريين تحت إشراف مليشيات الحماية الكردية (قسد) + مقيم في منزل مستأجر مع ذويه في منطقة برزة بمدينة دمشق حتى تاريخه.
	الصف الدراسي	متسرّب من الصف السادس الأساسي بسبب تعطّل المدارس عن العمل وخروج البلدة عن سيطرة الدولة السورية منذ عام (٢٠١١) حتى تاريخ التشخيص.
	مستوى أعراض اضطراب (PTSD)	حاصل على درجة كلية خام (٢٦٢) في التطبيق القبلي، والتي تقابل مستوى (اضطراب شديد) وفق معايير (مقياس شدة ما بعد الصدمة المبني وفق معايير DSM-5-2013).
٦	نوع البتر	بتر طرف سفلي أيسر مع كامل الفخذ حتى قبل المفصل (٣) سم.
	تاريخ الإصابة	(٢٠١٩/٤/١١).
	العمر عند الإصابة	(١٥،١) سنة.
	الجنس	ذكر.
	مكان الحادث	إدلب/ مدينة إدلب.
	سبب الإصابة	لغم.
	مُهجّر سابقاً	مُهجّر وأسرته من مدينة إدلب/ + إقامة لمدة (٣) أشهر في مخيم للاجئين السوريين في تركيا + الإقامة في منزل مستأجر من قبل منظمة (الأنروا) في مساكن برزة حتى تاريخه.
	الصف الدراسي	متسرّب من الصف الخامس الأساسي بسبب تعطّل المدارس عن العمل نتيجة خروج المدينة عن سيطرة الدولة السورية منذ عام (٢٠١١).
	مستوى أعراض اضطراب (PTSD)	حاصل على درجة كلية خام (٢٣٩) في التطبيق القبلي، والتي تقابل مستوى (اضطراب شديد) وفق معايير (مقياس شدة ما بعد الصدمة المبني وفق معايير DSM-5-2013).

٧	نوع البتر	بتر طرف علوي أيمن كامل اليد وبعد الرسغ (٤) سم.
	تاريخ الإصابة	(٢٠١٩/٤/٧).
	العمر عند الإصابة	(١٤،٢) سنة.
	الجنس	ذكر.
	مكان الحادث	ريف إدلب/ معرة النعمان.
	سبب الإصابة	لغم.
	مُهجّر سابقاً	مُهجّر وأسرته من ريف إدلب/ معرة النعمان + إقامة لمدة شهرين في مركز لإيواء اللاجئين السوريين في الرقة + مقيم في منزل مستأجر في ريف دمشق/ جديدة الفضل.
	الصف الدراسي	متسرّب من الصف السادس الأساسي بسبب تعطّل المدارس وخروج البلدة عن سيطرة الدولة السورية منذ عام (٢٠١١).
	مستوى أعراض اضطراب (PTSD)	حاصل على درجة كلية خام (٢٣٥) في التطبيق القبلي، والتي تقابل مستوى (اضطراب شديد) وفق معايير (مقياس شدة ما بعد الصدمة المبني وفق معايير DSM-5-2013).
٨	نوع البتر	بتر القدم اليسرى مشط القدم كامل عظام الأصابع.
	تاريخ الإصابة	(٢٠١٩/٣/٧).
	العمر عند الإصابة	(١٥،٢) سنة.
	الجنس	ذكر.
	مكان الحادث	إدلب/ معرة النعمان.
	سبب الإصابة	لغم.
	مُهجّر سابقاً	مُهجّر وأسرته من ريف إدلب/ معرة النعمان + إقامة لمدة (٢٥) يوماً في مخيم للاجئين تحت إشراف مليشيات الحماية الكردية (قسد) + مقيم في منزل مستأجر مع ذويه في مدينة دمشق/ نهر عيشة حتى تاريخه.
	الصف الدراسي	متسرّب من الصف الخامس الأساسي بسبب تعطّل المدارس عن العمل وخروج البلدة عن سيطرة الدولة السورية منذ عام (٢٠١١) حتى تاريخ التشخيص.
	مستوى أعراض اضطراب (PTSD)	حاصل على درجة كلية خام (٢٧٨) في التطبيق القبلي، والتي تقابل مستوى (اضطراب شديد) وفق معايير (مقياس شدة ما بعد الصدمة المبني وفق معايير DSM-5-2013).
٩	نوع البتر	بتر طرف علوي أيمن كامل اليد حتى (٧) سم قبل مفصل الساعد.
	تاريخ الإصابة	(٢٠١٩/٤/٦).
	العمر عند الإصابة	(١٤،٥) سنة.
	الجنس	ذكر.
	مكان الحادث	حلب/ ريف حلب.
	سبب الإصابة	لغم.
	مُهجّر سابقاً	مُهجّر وأسرته من ريف حلب/ صوران + إقامة لمدة (٣) سنوات في مخيم للاجئين السوريين في تركيا + الإقامة في منزل مستأجر من قبل منظمة (الأنروا) في مساكن برزة حتى تاريخه.
	الصف الدراسي	متسرّب من الصف الخامس الأساسي بسبب تعطّل المدارس عن العمل نتيجة خروج البلدة عن سيطرة الدولة السورية منذ عام (٢٠١٤).
	مستوى أعراض اضطراب (PTSD)	حاصل على درجة كلية خام (٢٢٤) في التطبيق القبلي، والتي تقابل مستوى (اضطراب شديد) وفق معايير (مقياس شدة ما بعد الصدمة المبني وفق معايير DSM-5-2013).

١٠	نوع البتر	بتر طرف علوي أيمن كامل اليد وبعد الرسغ (٩) سم.
	تاريخ الإصابة	(٢٠١٩/٤/٢٦).
	العمر عند الإصابة	(١٥،٣) سنة.
	الجنس	ذكر.
	مكان الحادث	الرقة/ مدينة الرقة.
	سبب الإصابة	لغم.
	مُهجّر سابقاً	مُهجّر وأسرته من مدينة الرقة + مُهجّر وأسرته من ريف دمشق/ دوما + إقامة لمدة (٥) سنوات في مركز لإيواء اللاجئين السوريين في لبنان + مقيم في منزل مستأجر في مدينة دمشق/ السومرية.
	الصف الدراسي	متسرّب من الصف الخامس الأساسي بسبب تعطّل المدارس وخروج المدينة عن سيطرة الدولة السورية منذ عام (٢٠١٣)، وهو المعيل الوحيد للأسرة.
	مستوى أعراض اضطراب (PTSD)	حاصل على درجة كلية خام (٢٣٨) في التطبيق القبلي، والتي تقابل مستوى (اضطراب شديد) وفق معايير (مقياس شدة ما بعد الصدمة المبني وفق معايير DSM-5-2013).

الملحق (٤)

أسماء السادة المحكّمين واختصاصاتهم العلمية

الذين قاموا بتحكيم (مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM-5-2013)

الجمهورية العربية السورية		
اسم المحكّم	التخصص العلمي	
أ. د. غسان أبو فخر	دكتوراه تربية خاصة	المجموع ٦
د. منال الشيخ	دكتوراه إرشاد نفسي	
د. حسن عماد	دكتوراه علم النفس	
د. عزيزة رحمة	دكتوراه قياس وتقويم	
د. خلدون بقلة	طبيب نفسي	
د. جميل ركاب	طبيب نفسي	
جمهورية مصر العربية		
اسم المحكّم	التخصص العلمي	
أ.د. منى حسن	دكتوراه علم النفس	المجموع ٦
أ.د. أميمة مصطفى كامل	دكتوراه علم النفس	
د. محمد حاتم سعيد	دكتوراه قياس وتقويم	
د. سامي نصار	دكتوراه قياس وتقويم	
د. جمال أبو العزائم	طبيب نفسي	
د. عبد المحسن دغيم	طبيب نفسي	
الولايات المتحدة الأمريكية		
اسم المحكّم	التخصص العلمي	
أ. د. زينب طه (إيرانية الجنسية)	دكتوراه تربية خاصة	المجموع ٦
أ. د. جهاد العتيق (سوري الجنسية)	دكتوراه تربية خاصة	
أ. د. شربل صليبا (سوري الجنسية)	دكتوراه قياس وتقويم	
د. عبد الله شيخة (عراقي الجنسية)	دكتوراه قياس وتقويم	
د. سراج الدين الشحاذه (سوري الجنسية)	دكتوراه علم النفس	
د. فاضل التنح (سوري الجنسية)	دكتوراه علم النفس	

الملحق (٥)

الصورة النهائية

(مقياس شدة ما بعد الصدمة DSM- 5-2013)

الاسم:..... الجنس (ذكر) – (أنثى) العمر: .....

الصف الدراسي:..... مكان الإقامة الأصلي:.....

نوع الإعاقة المُكتسبة (حركية) (سمعية) (بصرية)، تاريخ الإصابة بالإعاقة المُكتسبة: / / ٢٠

هل أنت مُهجّر من منزلك (نعم) (لا).

إذا كانت الإجابة (نعم) اكتب اسم هذا المركز وعنوانه:.....

تعليمات التطبيق

فيما يلي مجموعة من البنود التي تصف بعضاً من مشاعرك وعواطفك، والتغيرات المفاجئة التي طرأت على انفعالاتك الداخلية خلال الحرب والأزمة السورية منذ عام (٢٠١١)، لذلك نرجو منك قراءة كل بند بدقة كونه يقيس جانباً من تلك المشاعر والعواطف والانفعالات، ثم ضع إشارة (✓) أمام كل بند، وأسفل الدرجة التي تعبّر برأيك عن مدى حدوث أو عدم حدوث تلك الأعراض لديك، إذ يتكون هذا المقياس من ثلاثة أقسام:

القسم الأول (باللون الأحمر): يضم (٢٥) بنداً (من البند ١ إلى البند ٢٥)، يُجاب عنها (نعم أو لا)، حاول أن تكون إجابتك صادقة، وإذا أجبت (لا) عن جميع بنود هذا القسم توقّف عن الاستمرار بالإجابة عن بنود القسمين الثاني والثالث، أما إن كانت لديك إجابة واحدة (نعم) على الأقل، يمكنك الاستمرار بالإجابة على باقي البنود.

القسم الثاني (باللون الرمادي): يضم (٧٠) بنداً (من البند ٢٦ إلى البند ٩٥)، تتمحور حول الأعراض النفسية والانفعالية والاجتماعية والمظاهر السلوكية التي انتابتك بعد تعرّضك لصدمة أو مجموعة صدمات، يُجاب عن تلك البنود وفق التدرج التالي:

(لا أبداً): تعني أنك لا تعاني من هذه الأعراض أبداً.

(أحياناً): تعني أن هذه الأعراض قد أصابتك في فترات زمنية متباعدة.

(بعض الوقت): تعني أن هذه الأعراض قد أصابتك في فترات زمنية متقاربة نوعاً ما.

(غالباً): تعني أن هذه الأعراض قد أصابتك في معظم الأوقات، أو في فترات زمنية متقاربة جداً.

(دائماً): تعني أن هذه الأعراض مستمرة معك طوال الوقت، وتظهر لديك بشكل شبه دائم ومستمر.

القسم الثالث (باللون الأزرق): يضم (٩) بنود (من البند ٩٦ إلى البند ١٠٤)، وبالنسبة للبند (٩٦) اختر إجابة واحدة فقط تعبّر عن المدة الزمنية التي ظهرت فيها تلك الأعراض، أما البنود (من ٩٧ إلى ١٠٤) أجب عنها بذات الطريقة السابقة وفق التدرج الخماسي المبيّن في حقول الإجابة (لا أبداً، أحياناً، بعض الوقت، غالباً، دائماً).

مع التنويه: بأنه لا توجد إجابة صحيحة أو إجابة خاطئة، فكل إجابة لها معيار، كما يُرجى منك ملء البيانات الشخصية قبل البدء بالإجابة عن هذا المقياس، ومدة تطبيق كامل المقياس لا تتجاوز (٣٥) دقيقة، لكن عموماً، يمكنك أخذ قسط من الراحة، أو زيادة المدة المخصصة للإجابة على هذا المقياس وفق ما تراه مناسباً من الوقت.

ملاحظة رقم (١): إن المعلومات المتعلقة ببياناتك الشخصية، والإجابات على بنود المقياس ستُعامل بسريّة تامّة، ولأغراض البحث العلمي فقط، لذلك يمكنك عدم كتابة الاسم.

القسم الأول			
(المعيار A) الحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة التي تعرّضت لها			
رقم البند	محتوى البند	الإجابة	
		نعم	لا
		١	∴
١	شاهدت أحد أصدقائي يتعرّض لخطر كاد يودي بحياته.	O	O
٢	تعرّض أحد أصدقائي لإصابة جعلت منه شخصاً معوقاً.	O	O
٣	شهدت موت أحد أصدقائي.	O	O
٤	سمعت بموت أحد أصدقائي.	O	O
٥	شهدت تعرّض أحد أقربائي (عم، خال، جد، قريب..) لخطر كاد يودي بحياته.	O	O
٦	تعرّض أحد أقربائي (عم، خال، جد، قريب..) لإصابة جعلت منه شخصاً معوقاً.	O	O
٧	شهدت موت أحد أقربائي (عم، خال، جد، قريب..).	O	O
٨	سمعت بموت أحد أقربائي (عم، خال، جد، قريب..).	O	O
٩	شهدت تعرّض أحد أفراد أسرتي (أب، أم، أخ، أخت) لخطر كاد يودي بحياته.	O	O
١٠	تعرّض أحد أفراد أسرتي (أب، أم، أخ، أخت) لإصابة جعلت منه شخصاً معوقاً.	O	O
١١	شهدت موت أحد أفراد أسرتي (أب، أم، أخ، أخت) أو تعرّضه لاغتصاب جنسي.	O	O
١٢	سمعت بموت أحد أفراد أسرتي (أب، أم، أخ، أخت).	O	O
١٣	تعرّضت لخطر كاد يودي بحياتي.	O	O
١٤	شهدت تعرّض أحد أصدقائي للتعذيب، أو لاغتصاب جنسي.	O	O
١٥	شهدت تعرّض أحد أقربائي (عم، خال، جد، قريب..) للتعذيب، أو لاغتصاب جنسي.	O	O
١٦	شهدت تعرّض أحد أفراد أسرتي (أب، أم، أخ، أخت) للتعذيب، أو لاغتصاب جنسي.	O	O
١٧	تعرّضت للتعذيب والاختطاف كرهينة.	O	O
١٨	تعرّضت لإصابة أدت إلى جعلي شخصاً معوقاً.	O	O
١٩	شهدت جثثاً وأشلاء مقطّعة ومحروقة في الشوارع، أو قطعة من جسد شخص ميت.	O	O
٢٠	شاهدت على شاشة التلفاز جثثاً وأشلاء مقطّعة ومحروقة لأشخاص أعرفهم.	O	O
٢١	شهدت تفجيراً إرهابياً أدى إلى مقتل الكثير من الأشخاص.	O	O
٢٢	سمعت بتفجير إرهابي أدى إلى مقتل أشخاص أعرفهم.	O	O
٢٣	شهدت أشخاصاً مسلحين يطلقون النار على الآخرين.	O	O
٢٤	شاهدت أشخاصاً مسلحين على شاشة التلفاز يطلقون النار على أشخاص أعرفهم.	O	O
٢٥	تعرّضت لخطر الاغتصاب الجنسي.	O	O

ملاحظة رقم (٢): إذا أجبت (لا) على جميع العبارات الواردة في القسم الأول، توقف عن الإجابة عن باقي هذا المقياس، أما إذا أجبت (نعم) عن واحدة أو أكثر من العبارات السابقة فاستمر في الإجابة.

القسم الثاني						
(المعيار B) **إعادة الاختبار المستمر للأحداث المُروعة والذكريات التطفلية التالية مباشرة للحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة**						
رقم البند	**محتوى البند**	**الإجابة**				
		لا أبداً	**أحياناً**	**بعض الوقت**	**غالباً**	**دائماً**
		٠	١	٢	٣	٤
٢٦	بشكل لاإرادي تراودني خلال النهار ذكريات حزينة للحادث أو الأحداث المُفجعة.	O	O	O	O	O
٢٧	تراودني خلال النوم أحلام مزعجة (كوابيس) مرتبطة بالذكريات الحزينة.	O	O	O	O	O
٢٨	نومي خلال الليل مُتقطّع لأن الذكريات المُفجعة تراودني مجدداً.	O	O	O	O	O
٢٩	أرى صوراً ومشاهد وهمية كهلوسات بصرية مشابهة لما جرى خلال الحادث.	O	O	O	O	O
٣٠	أشعر أن هذه الوقائع المُفجعة قد يتكرر ظهورها مرة أخرى، وبشكل فُجائي.	O	O	O	O	O
٣١	الأماكن المشابهة لمكان الحادث تجعلني أستحضر الذكريات المُحزنة.	O	O	O	O	O
٣٢	عند قيامي بعمل ما تتطفل ذكريات سمعية مرتبطة بالحادث إلى مخيلتي.	O	O	O	O	O
٣٣	عشتُ ذكرياتٍ حزينة مرتبطة بالحادث المُفجع كما لو كانت واقعية فعلاً.	O	O	O	O	O
٣٤	لاإرادياً أقوم بتمثيل الحدث المُفجع أو جانب منه.	O	O	O	O	O
٣٥	عندما أتذكر الحادث المُفجع أشعر بألم في المعدة وغثيان.	O	O	O	O	O
٣٦	لاإرادياً أقوم بالتحدث إلى نفسي عن تفاصيل الحادث أو جانب منه.	O	O	O	O	O
٣٧	عندما أتذكر الحادث المُروع أشعر بضيق في التنفس.	O	O	O	O	O
٣٨	بعض أسماء الأشخاص تذكّرني بالحادث أو الأحداث المُحزنة والمخيفة.	O	O	O	O	O
٣٩	بعض محادثات الأشخاص الآخرين تذكّرني بالواقع المُفجع.	O	O	O	O	O
٤٠	أقوم بتمثيل الحادث المُروع أو جانب منه خلال اللعب أو أي نشاط.	O	O	O	O	O
٤١	عندما أتذكر الحادث المُفجع تزداد دقات قلبي.	O	O	O	O	O
٤٢	أسمع أصواتاً وهمية كهلوسات سمعية مشابهة لما جرى خلال الحادث.	O	O	O	O	O
٤٣	عندما أتذكر الحادث المُفجع أشعر بألم في رأسي وصداع.	O	O	O	O	O
٤٤	عند قيامي بعمل ما تتطفل ذكريات بصرية مرتبطة بالحادث إلى مخيلتي.	O	O	O	O	O
٤٥	عندما أتذكر الحادث المُفجع أتصبب عرقاً.	O	O	O	O	O
(المعيار C) **التجنب المستمر للمثيرات والذكريات المرتبطة بالحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة**						
٤٦	أتجنب زيارة مكان الحادث المُفجع لأنه يشعرني بالحُزن.	O	O	O	O	O
٤٧	أعاني من جهدٍ نفسي مضاعف لتجنب التفكير بالحادث المُخيف.	O	O	O	O	O
٤٨	أعاني من جهدٍ نفسي مضاعف لتجنب ذكريات الحادث المُفجع.	O	O	O	O	O
٤٩	أعاني من جهدٍ نفسي مضاعف لتجنب أي حديث مرتبط بالحادث المُفجع.	O	O	O	O	O
٥٠	أحاول تجنب أي نشاط مرتبط بالحادث المُخيف لأنه يثير ذكريات الحزن.	O	O	O	O	O
٥١	أتجنب ملاقاة أي شخص شهد معي الحادث المُخيف كي لا يثير ذكرياتي الحزينة.	O	O	O	O	O
٥٢	أعاني من عدم القدرة على تذكّر مقدار مهم من الحدث أو الأحداث المُفجعة.	O	O	O	O	O

(المعيار D) **التبدلات السلبية في الإدراك والمزاج بعد التعرّض للحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة**						
٥٣	فقدت القدرة على تذكّر جانب مهم من الحادث المُفجع، ليس بسبب إصابة الرأس أو تناول الكحول أو الأدوية.	O	O	O	O	O
٥٤	يراودني شعورٌ بأني شخص سيء.	O	O	O	O	O
٥٥	يراودني شعورٌ بأني شخص لا قيمة له.	O	O	O	O	O
٥٦	يراودني شعورٌ بأنه لا يمكن الثقة بأحد وأشكّ بالآخرين.	O	O	O	O	O
٥٧	يراودني شعورٌ بأن العالم من حولي يُعدّ مصدراً للخطر.	O	O	O	O	O
٥٨	فقدت الأمل ببعض المعتقدات الدينية التي كنت أؤمن بها سابقاً.	O	O	O	O	O
٥٩	أشعر بالتهديد المستمر من الآخرين.	O	O	O	O	O
٦٠	يراودني شعور اللامبالاة لما يجري حولي من أحداث.	O	O	O	O	O
٦١	لدي شعورٌ بالذنب لعدم قدرتي على مساعدة الآخرين للنجاة.	O	O	O	O	O
٦٢	ألوم الآخرين لعدم قدرتهم على مساعدتي أو مساعدة الآخرين للنجاة.	O	O	O	O	O
٦٣	أشعر بحالة من اليأس ومستمرة لم أكن أعاني منها قبل التعرّض للحادث المُفجع.	O	O	O	O	O
٦٤	لدي اهتمام أو مشاركة قليلة بالنشاطات المحببة التي كنت أستمتع بها سابقاً.	O	O	O	O	O
٦٥	لدي شعورٌ عام بالعجز.	O	O	O	O	O
٦٦	لدي شعورٌ عام بالبؤس.	O	O	O	O	O
٦٧	إن الحدث المُفجع جعلني أميل للانعزال الاجتماعي عن الآخرين.	O	O	O	O	O
٦٨	شعرت بفقدان الحس العاطفي تجاه الآخرين بعد معايشتي للحادث المُفجع.	O	O	O	O	O
٦٩	أعاني من انخفاض الشعور بالحنان تجاه الآخرين.	O	O	O	O	O
٧٠	الحدث المُفجع سبّب لي حزناً شديداً.	O	O	O	O	O
٧١	أعاني من رغبة جنسية منخفضة.	O	O	O	O	O
٧٢	في المواقف السارّة أجد صعوبة في أن أكون سعيداً كالآخرين.	O	O	O	O	O
٧٣	لست راضياً عن حياتي بشكل كامل.	O	O	O	O	O
٧٤	أعاني من خوف شديد ومستمر لم أكن أعاني منه قبل معايشة الحادث المُخيف.	O	O	O	O	O
٧٥	أعاني من قلق شديد ومستمر لم أكن أعاني منه قبل التعرّض للحادث المُفجع.	O	O	O	O	O
٧٦	أشعر بالتبلد العاطفي وانعدام المشاعر الحميمية تجاه الآخرين.	O	O	O	O	O
٧٧	أشعر بالخجل عند التواجد في الأماكن العامة.	O	O	O	O	O
٧٨	أخاف من أن أكون وحيداً.	O	O	O	O	O
٧٩	أخاف من أشياء لا تثير مخاوف الآخرين من مثل سني.	O	O	O	O	O
٨٠	أعاني من صعوبة في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين والمحافظة عليها.	O	O	O	O	O
(المعيار E) **التبديلات الظاهرية في الإثارة والنشاط بعد التعرّض لحادث أو مجموعة أحداث صادمة**						
٨١	أشعر باليقظة المفرطة والحذر الشديد من أشياء لا تثير يقظة أو حذر الآخرين.	O	O	O	O	O
٨٢	عندما أغضب بسرعة لدي رغبة لشتم الآخرين.	O	O	O	O	O
٨٣	عندما أغضب بسرعة لدي رغبة لضرب الآخرين.	O	O	O	O	O
٨٤	أشعر بأني عصبي المزاج بنوبات شديدة (تهيّج).	O	O	O	O	O

٨٥	عندما أغضب بسرعة لدي رغبة بتحطيم الأشياء من حولي.	O	O	O	O	O
٨٦	أعاني من نوبات بكاء فجائية.	O	O	O	O	O
٨٧	أعاني من اضطرابات في النوم.	O	O	O	O	O
٨٨	أعاني من صعوبة في تركيز الانتباه.	O	O	O	O	O
٨٩	أثناء النوم أتحدث إلى نفسي بكلمات غير مفهومة.	O	O	O	O	O
٩٠	لدي رغبة في إيذاء نفسي جسدياً.	O	O	O	O	O
٩١	لدي رغبة في إيذاء الآخرين.	O	O	O	O	O
٩٢	أعاني من صعوبة التفكير بالمشكلات التي تعترضني.	O	O	O	O	O
٩٣	أعاني من إثارة ونشاط زائد لم أكن أعاني منه قبل التعرّض للحادث المُفجع.	O	O	O	O	O
٩٤	أجد صعوبة في النوم العميق، إذ يتخلل نومي فترات استيقاظ متقطعة ومفاجئة.	O	O	O	O	O
٩٥	يمكن إثارة غضبي بأقل مستوى ممكن من الاستفزاز.	O	O	O	O	O

القسم الثالث	
(المعيار F) **استمرارية أعراض الصدمة النفسية الناجمة عن الحادث أو مجموعة الأحداث الصادمة**	
البند رقم (٩٦)	
إلى متى استمرت الأعراض النفسية المذكورة في المجموعات **(B) (C) (D) (E) التي أجبت عنها سابقاً بعد الحادث أو مجموعة الأحداث المُروعة** **أجب عن واحد فقط من البنود التالية أدناه**	
المدة	**الدرجة**
استمرت لدي من أسبوع إلى شهر.	∴
استمرت لدي لأكثر من شهر.	٥
استمرت لدي لأقل من (٣) أشهر.	١٠
استمرت لدي لأكثر من (٣) أشهر.	١٥
استمرت لدي لأقل من (٦) أشهر.	٢٠
استمرت لدي لأكثر من (٦) أشهر.	٢٥

(المعيار G) تعطل مجالات الحياة						
رقم البند	محتوى البند	الإجابة				
		لا أبداً	أحياناً	بعض الوقت	غالباً	دائماً
		∴	١	٢	٣	٤
٩٧	أشعر بالإحباط يحول دون قيامي بأي عمل أو نشاط.	O	O	O	O	O
٩٨	أعاني من صعوبة في إتمام الواجبات أو الأعمال حتى نهايتها.	O	O	O	O	O
٩٩	أشعر بأن حياتي الدراسية قصيرة، ولا مستقبل لها أبداً.	O	O	O	O	O
١٠٠	أشعر بأن حياتي المهنية قصيرة، ولا مستقبل لها أبداً.	O	O	O	O	O
١٠١	أشعر بعدم قدرتي في المستقبل على تكوين أسرة وإنجاب الأطفال.	O	O	O	O	O
١٠٢	إن الحدث المُروع جعلني عاجزاً عن إتمام واجباتي المدرسية.	O	O	O	O	O
١٠٣	إن الحدث المُروع جعلني عاجزاً عن القيام بمهام العمل وواجباتي المهنية.	O	O	O	O	O
١٠٤	أشعر بأنني لن أكون قادراً على ممارسة أدواري الاجتماعية على الإطلاق.	O	O	O	O	O

المعيار (B): الدرجة الخام (.....).

المعيار (C): الدرجة الخام (.....).

المعيار (D): الدرجة الخام (.....).

المعيار (E): الدرجة الخام (.....).

المعيار (F): الدرجة الخام (.....).

المعيار (G): الدرجة الخام (.....).

الدرجة الكلية (.....).

الفئة	مدى الدرجات الخام
لا يوجد اضطراب	(من ∴ إلى ٧٣ درجة)
اضطراب خفيف	(من ٧٤ إلى ١٤٦ درجة)
اضطراب متوسط	(من ١٤٧ إلى ٢٢٠ درجة)
اضطراب شديد	(من ٢٢١ إلى ٢٩٣ درجة)
اضطراب حاد ومزمن	(من ٢٩٤ إلى ٣٣٧ درجة)

الملحق (٦)

أسماء السادة المحكّمين واختصاصاتهم العلمية الذين قاموا بتحكيم الصورة الأولى من مراحل البرنامج السلوكي/المعرفي في خفض أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD) لعينة مراهقين أصيبوا بإعاقة حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية

الجمهورية العربية السورية		
اسم المحكّم	التخصص العلمي	
أ.د مها زحلوق	تربية خاصة	المجموع ١١
أ.د. أحمد الزعبي	إرشاد نفسي	
أ.د. رياض العاسمي	إرشاد نفسي	
أ.د. صباح السقا	إرشاد نفسي	
أ.د. إيمان عز	قياس نفسي وتربوي	
د. سليمان كاسوحة	علم نفس	
د. غسان منصور	علم نفس	
د. آذار عبد اللطيف	تربية خاصة	
د. عزيزة رحمة	دكتوراه قياس وتقويم	
د. خلدون بقلة	طبيب نفسي	
د. جميل ركاب	طبيب نفسي	
جمهورية مصر العربية		
اسم المحكّم	التخصص العلمي	
أ.د. منى حسن	دكتوراه علم النفس	المجموع ٦
أ.د. أميمة مصطفى كامل	دكتوراه علم النفس	
د. محمد حاتم سعيد	دكتوراه قياس وتقويم	
د. سامي نصار	دكتوراه قياس وتقويم	
د. جمال أبو العزائم	طبيب نفسي	
د. عبد المحسن دغيم	طبيب نفسي	
الولايات المتحدة الأمريكية		
اسم المحكّم	التخصص العلمي	
أ. د. زينب طه (إيرانية الجنسية)	دكتوراه تربية خاصة	المجموع ٦
أ. د. جهاد العتيق (سوري الجنسية)	دكتوراه تربية خاصة	
أ. د. شربل صليبا (سوري الجنسية)	دكتوراه قياس وتقويم	
د. عبد الله شيخة (عراقي الجنسية)	دكتوراه قياس وتقويم	
د. سراج الدين الشحاذه (سوري الجنسية)	دكتوراه علم النفس	
د. فاضل التنح (سوري الجنسية)	دكتوراه علم النفس	

الملحق رقم (٦)

الصورة النهائية لمراحل البرنامج السلوكي/المعرفي في خفض أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD) لمراهقين أصيبوا بإعاقة حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية

الهدف العام للبرنامج	خفض أعراض شدة ما بعد الصدمة (PTSD) لعينة مراهقين من عمر (بين ١٤،١١ إلى ١٥،١١ سنة) أصيبوا بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية.

المرحلة الأولى جلسة جماعية واحدة بحضور جميع المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية وآبائهم	
الهدف العام للمرحلة الأولى	بناء علاقة الثقة بين المُرشد والمُسترشدين والتهيئة العامة لهم لمتابعة مراحل البرنامج السلوكي/المعرفي (تبادل التعارف، عرض الهدف العام للبرنامج، التعريف بعدد مراحل البرنامج، بناء العلاقة الإرشادية).
الزمن (٦٠) دقيقة	المشاركون في الجلسة (٤ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة + ٤ آباء).
الهدف السلوكي الأول	
تبادل التعارف بين المُرشد وبين المُسترشدين (المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية وأولياء أمورهم) وتوجيه الآباء والأمهات لبثّ الحماسة النفسية والانفعالية لدى أبنائهم وتشجيعهم للمشاركة الإيجابية والفاعلة في المراحل الإرشادية اللاحقة التي يتضمنها البرنامج السلوكي/المعرفي. **الزمن (٢٠) دقيقة**	
استراتيجيات الإرشاد	العرض – الأسئلة – الحوار والمناقشة
إجراءات تنفيذ الهدف السلوكي الأول	
الإجراء (١): يدخل المُرشد إلى غرفة الإرشاد، ويلقي تحية الصباح على الحضور (المراهقين وأولياء أمورهم) المشاركين في الجلسة الأولى. الإجراء (٢): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويُشجعهم على تبادل التعارف فيما بينهم، وذلك بأن يُعرّف عن نفسه أولاً أمام جميع الحضور، ثم يخبرهم بأنه هو من سيتولى تدريبهم ومساعدتهم لحل المشكلات النفسية والانفعالية التي يعاني منها الأبناء نتيجة تعرّضهم لإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية، وتمكينهم من الوصول إلى أعلى مستوى ممكن من الصلابة النفسية والانفعالية لمواجهة تلك الاضطرابات، وذلك بطريقة جديدة ومحببة ومليئة بالمثيرات والتشويق. الإجراء (٣): يطلب المُرشد من أولياء الأمور (الواحد تلو الآخر) التعريف بأسمائهم أمام بقية الحضور، بهدف تشجيع أبنائهم لتبادل التعارف ونشر الألفة فيما بينهم. الإجراء (٤): يطلب المُرشد من المُسترشدين (المراهقين من أبناء المجموعة التجريبية) الواحد تلو الآخر التعريف بأسمائهم أمام بقية الحضور، بهدف تشجيعهم على تبادل التعارف ونشر الألفة فيما بينهم، ولابد للمُرشد من تشجيع المراهقين الخجولين وغير المتفاعلين بواسطة أحد أولياء الأمور أو بالتدخل المباشر في حال عدم التجاوب. **تكرار الإجراءات (١) (٢) (٣) (٤) عدة مرات.. بالتزامن مع تقديم التعزيز المادي (بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً.**	
المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الأول	
أن يتم تبادل التعارف بين المُرشد وبين المُسترشدين (المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية وأولياء أمورهم) وتوجيه أولياء الأمور لبثّ الحماسة النفسية والانفعالية لدى أبنائهم وتشجيعهم للمشاركة الإيجابية والفاعلة في المراحل الإرشادية اللاحقة التي يتضمنها البرنامج السلوكي/المعرفي. **نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة**	

الهدف السلوكي الثاني	
أن يتعرّف المُستفيدون (المراهقون من أفراد المجموعة التجريبية وأولياء أمورهم) على الهدف العام من البرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي والفوائد المحققة منه وميزاته في خفض أعراض الاضطرابات النفسية والانفعالية والسلوكية لدى الأبناء، وعرض عدد المراحل والجلسات الإرشادية. **الزمن (٢٠) دقيقة**	
استراتيجيات الإرشاد	العرض – الأسئلة – الحوار والمناقشة
إجراءات تنفيذ الهدف السلوكي الثاني	
الإجراء (١): يتنقل المُرشد بين الحضور (المراهقين – أولياء الأمور) ويحاول شد انتباههم لبعض الشرح عن الفوائد التي يمكن أن يحققها الأبناء وأولياء أمورهم بعد تطبيق البرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي، والفوائد المحققة منه، وميزاته.. في خفض أعراض الاضطرابات النفسية والانفعالية والسلوكية لدى الأبناء، وعرض عدد المراحل والجلسات الإرشادية. كما لابد للمعالج من توضيح عدد المراحل الإرشادية للبرنامج وهي (١٢) مرحلة إرشادية، وما يمكن أن تتضمنه من جلسات فردية أو جماعية. كما لابد للمُرشد من إبلاغ المُسترشدين (المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية) أن مراحل البرنامج الإرشادي سيتخللها بعض الأنشطة الجماعية والترويحية (زراعة الأشجار، زيارة سوق الحميدية)، وذلك لتشجيعهم على الالتزام بحضور المراحل اللاحقة من البرنامج. الإجراء (٢): خلال كل ذلك الشرح يحاول المُرشد شد انتباه الحضور (المراهقين – أولياء الأمور) بإشراكهم في بعض جوانب النقاش والحوار عن أهمية تلك المراحل الإرشادية للبرنامج في خفض أعراض الاضطرابات النفسية والانفعالية والسلوكية لديهم، **تكرار الإجراءات (١) (٢) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المادي (بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرة بعد أن يشارك كل مراهق في هذا النقاش، ولا ضير من مشاركة أولياء الأمور لتشجيع أبنائهم المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.** الإجراء (٣): عند استجابة المراهقين لهذا الحوار والنقاش يعمل المُرشد على كتابة إجاباتهم على السبورة، لتحريض بقية المراهقين للتفاعل مع هذا النشاط، والتخفيف من التردد والخجل لديهم، **تكرار الإجراء (٣) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المادي (بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً بعد أن يشارك كل مراهق في هذا النشاط، ولا ضير من مشاركة أولياء الأمور لتشجيع أبنائهم المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة.**	
المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثاني	
أن يتمكن المستفيدون (المراهقون من أفراد المجموعة التجريبية وأولياء أمورهم) من التعرّف على الهدف العام من البرنامج الإرشادي السلوكي/المعرفي والفوائد المحققة منه وميزاته في خفض أعراض الاضطرابات النفسية والانفعالية والسلوكية لدى الأبناء، وعرض عدد المراحل والجلسات الإرشادية. **نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة**	

الهدف السلوكي الثالث	
أن يتعرّف المُسترشدون (المراهقون من أفراد المجموعة التجريبية وأولياء أمورهم) على قواعد العلاقة الإرشادية مع المُرشد (دور المُرشد، دور المُسترشد، العلاقة المهنية، الالتزام بسرية الجلسات الإرشادية من قبل جميع الأطراف، البرنامج الإرشادي اختياري وليس إلزامياً).	
الزمن (٢٠) دقيقة	
استراتيجية التدريب	العرض – الأسئلة – الحوار والمناقشة

إجراءات تنفيذ الهدف السلوكي الثالث

الإجراء (١): يتنقل المُرشد بين الحضور (المراهقين – أولياء الأمور) ويحاول شد انتباههم لبعض الشرح عن قواعد العلاقة الإرشادية فيما بينهم خلال تنفيذ جلسات الإرشاد السلوكي/المعرفي، إذ يقول المُرشد: **هنالك مجموعة من القواعد التي تحكم العلاقة المهنية بيننا خلال المراحل اللاحقة من البرنامج؛ وهي:**

ملاحظة (١): لابد من التأكيد على سرية وخصوصية المعلومات والإجراءات التي ستحدث خلال الجلسات الإرشادية اللاحقة، بحيث لا يسمح لأفراد المجموعة الحديث عمّا جرى في هذه الجلسات خارج حجرة الإرشاد.

ملاحظة (٢): يمكن لأحد الزملاء أن يشعر بالألم أو الضيق من جرّاء الحديث عن تجاربه السابقة، وقد يتخلل ذلك بكاء أو حزن، ولكن هذه المشاعر طبيعية ومتوقعة في مثل هذه الظروف.

ملاحظة (٣): على المُرشد التنويه للمُسترشدين (المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية) بأنه سوف يبقى في المركز لمدة نصف ساعة إضافية بعد انتهاء وقت كل جلسة، فمن يرغب منهم بالحديث بشكل فردي عن مشكلاته النفسية والانفعالية فيمكنه ذلك خلال هذا الوقت.

ملاحظة (٤): إن كل مرحلة إرشادية (باستثناء الجلسات الترويحية) ستُعاد بشكل فردي على كل مُسترشد، فالبرنامج الإرشادي الحالي فردي التطبيق، وبحضور باقي الزملاء، وبشكل دوري لحالة تلو الأخرى.

ملاحظة (٥): إن الزمن المخصص لكل مرحلة إرشادية (باستثناء الجلسات الترويحية) غير مُحدد، وهو عائد لتقدير المُرشد من جهة، ولحاجاتكم الإرشادية من جهة أخرى، مع التنويه إلى عدم إطالة الوقت أو تضييقه، بل يجب أن يكون متناسباً مع الموقف الإرشادي.

ملاحظة (٦): إن الخضوع لجلسات البرنامج الإرشادي اختيارية وليست إجبارية، ولديكم الفرصة الكافية لإعادة التأكد من قراركم في الموافقة أو عدم الموافقة للاستمرار بحضور جلسات البرنامج اللاحقة.

الإجراء (٢): خلال كل ذلك الشرح يحاول المُرشد شد انتباه الحضور (المراهقين – أولياء أمورهم) بإشراكهم في بعض جوانب النقاش والحوار حول تلك القواعد المهنية وأهمية الالتزام بها لنجاح عملية الإرشاد، **تكرار الإجراءات (١) (٢) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المادي (بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرة بعد أن يشارك كل مراهق في هذا النقاش، ولا ضير من مشاركة أولياء الأمور لتشجيع أبنائهم المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

الإجراء (٣): عند استجابة المُسترشدين لهذا الحوار والنقاش يعمل المُرشد على كتابة تلك القواعد والشروط على السبورة، وتحريضهم على كتابتها في كرّاسة خاصة يوزعها المُرشد عليهم لضمان الالتزام بها وعدم نسيانها، **تكرار الإجراء (٣) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المادي (بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي**

(التشجيع والابتسام) مباشرة بعد أن يشارك كل مراهق في هذا النشاط، ولا ضير من مشاركة أولياء الأمور لتشجيع أبنائهم المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة.
المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثالث أن يتمكن المُسترشدون (المراهقون من أفراد المجموعة التجريبية وأولياء أمورهم) من التعرّف على قواعد العلاقة الإرشادية مع المُرشد (دور المُرشد، دور المُسترشد، العلاقة المهنية، الالتزام بسرية الجلسات الإرشادية من قبل جميع الأطراف، البرنامج الإرشادي اختياري وليس إلزامياً). **نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة**

المرحلة الثانية جلسة جماعية واحدة بحضور جميع المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية	
هدف المرحلة الثانية	تدرّب المُسترشدين (المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية) على طلب الدعم والمساعدة في حال عدم القدرة على تحمّل الآثار النفسية والانفعالية الناجمة عن إصابتهم بإعاقة حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف)، أو تعرّضهم مستقبلاً لأي حدث أو مجموعة أحداث صادمة ناتجة عن كوارث طبيعية أو مُصطنعة.
الزمن (٦٠) دقيقة	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
الهدف السلوكي الأول	
تعريف المُسترشدين بأهمية طلب الدعم والمساعدة في حال عدم القدرة على تحمّل الآثار النفسية والانفعالية الناجمة عن إصابتهم بإعاقة حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف)، أو تعرّضهم مستقبلاً لأي حدث أو مجموعة أحداث صادمة ناتجة عن كوارث طبيعية أو مُصطنعة. **الزمن (٣٠) دقيقة**	
استراتيجيات الإرشاد	طلب الدعم والمساعدة – النمذجة المباشرة – النمذجة غير المباشرة– المحاضرة – الأسئلة – الحوار والمناقشة – لعب الدور.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
إجراءات تنفيذ الهدف السلوكي الأول	
الإجراء (١): يدخل المُرشد إلى غرفة الإرشاد، ويلقي تحية الصباح على المُسترشدين المشاركين في البرنامج، ثم يقوم بتلخيص ما جرى في المرحلة الإرشادية السابقة. الإجراء (٢): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويبدأ بالحديث عن فوائد وأهمية طلب المساعدة والدعم النفسي والاجتماعي من البيئة المحيطة، سيما في الحالات التي لا يمكن معها تحمّل الآثار النفسية والانفعالية للحدث الصادم (كوارث طبيعية أو كوارث من صنع البشر)، حيث يقول المُرشد: **يُعتبر طلب الدعم والمساندة النفسية والاجتماعية مهارة مهمة لتحقيق شكل مقبول من التكيف مع الأحداث الصادمة، ويُعتبر مصدراً مهماً للدعم النفسي والاجتماعي الذي يحتاج إليه الإنسان، ويحقق مجموعة من الفوائد؛ أهمها:** **١- التخفيف من الشدة النفسية والانفعالية للأحداث الحياتية الضاغطة التي قد يتعرّض لها الفرد.** **٢- تمكين الفرد من المشاركة الفعالة في التفكير الجماعي لمواجهة المشكلات التي قد يتعرّض لها وإيجاد الحلول المناسبة وتنفيذها.** **٣- التعايش أو التكيف مع أسوأ المواقف الحياتية الضاغطة وما يمكن أن ينشأ عنها من ضغوط نفسية سيما تلك المرتبطة بالتوتّر والاضطراب النفسي، والتي قد تتفاقم بسبب استمرار الفرد بانعزاله عن الآخرين، فطلب الدعم والمساندة أحد أشكال التواصل الاجتماعي والعاطفي فيما بين أفراد الأسرة أو الأقرباء أو الجيران أو الأصدقاء..إلخ.** **٤- طلب الدعم والمساندة يساهم في تنمية الشعور الإيجابي بجودة الحياة وأهميتها، ويمنح شيئاً من الحصانة النفسية والانفعالية ضد التأثير السلبي للمواقف الحياتية الضاغطة على الصحة النفسية والجسدية.**	

٥- طلب الدعم والمساندة النفسية والانفعالية والاجتماعية له علاقة بالإصغاء من قبل الآخرين لمشكلاتنا، ثم التعاطف معنا، ومشاركتنا آلامنا، للتخفيف من شعورنا بالحزن.

٦- طلب المساندة والدعم يساهم في الحصول على المعلومات من المتخصصين أو من أفراد مرّوا بتجارب مماثلة.. بما يمهّد لإيجاد حلول للمشكلات من النواحي العملية أو المادية أو الاجتماعية أو الانفعالية..إلخ.

ويمكن للمُرشد إضافة معلومات أخرى حول أهمية طلب الدعم والمساندة النفسية والاجتماعية حين التعرّض لأحداث حياتية ضاغطة سيما خلال الأزمة السورية في مجالات (العمل، التعليم، الحياة الأسرية، الحياة الاجتماعية، الحياة الاقتصادية، التهجير من المنزل، فقدان قريب، فقدان عزيز..إلخ)، **تكرار الإجراء (٢) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المادي (بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**



الإجراء (٣): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويبدأ بتهيئتهم لمشاهدة مقطعي فيديو على شاشة عرض، مدة كل مقطع لا تتجاوز (٣ دقائق)، يتضمن المقطع الأول مراهقاً تعرّض لصدمة نفسية وبقي منعزلاً عن الآخرين ولم يطلب الدعم والمساندة، أما المقطع الثاني فيتضمن حالة مراهق تعرّض لحدث نفسي ضاغط، وطلب الدعم النفسي والانفعالي من الآخرين الذين سارعوا للاستجابة بالاحتضان الانفعالي والدفء العاطفي للتخفيف من وطأة تلك الصدمة، وبعد انتهاء عرض مقطعي الفيديو يقوم المُرشد بطرح بعض الأسئلة العامة حول ما تم مشاهدته، وعن أهم النواحي التي لفتت انتباه الحضور لما سمعوه وشاهدوه من قضايا هامة سردها كلا المُتحدثين في مقطعي الفيديو، حيث يسعى المُرشد خلال عرض كل مقطع فيديو إلى لفت انتباه المراهقين إلى كلام كل مُتحدث وعن أهمية طلب الدعم والمساندة النفسية والاجتماعية في التخفيف من حدة ووطأة الحدث الصادم على البنية النفسية والانفعالية لديهم، وتعرّف العلاقة القائمة بين طلب المساندة والدعم ونتائجها، إذ يَعمد المُرشد إلى تشجيع المراهقين لتحليل تلك القضايا، وتدوينها على ورقة خارجية، ومناقشتها، ثم الطلب منهم الواحد تلو الآخر قراءة ما توصلوا إليه من استنتاجات بصوت مسموع أمام باقي الحضور، ثم يقوم المُرشد بتدوينها على السبورة، **تكرار الإجراء (٣) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**





المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الأول

أن يتعرّف ويحدد المُسترشدون أهمية طلب الدعم والمساعدة في حال عدم القدرة على تحمّل الآثار النفسية والانفعالية الناجمة عن إصابتهم بإعاقة حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف)، أو تعرّضهم مستقبلاً لأي حدث أو مجموعة أحداث صادمة ناتجة عن كوارث طبيعية أو مُصطنعة.

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

الهدف السلوكي الثاني

أن يناقش المُسترشدون أهمية طلب الدعم والمساعدة في حال عدم القدرة على تحمّل الآثار النفسية والانفعالية الناجمة عن إصابتهم بإعاقة حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف)، أو تعرّضهم مستقبلاً لأي حدث أو مجموعة أحداث صادمة ناتجة عن كوارث طبيعية أو مُصطنعة.

الزمن (٣٠) دقيقة

استراتيجيات الإرشاد	الإلقاء والمحاضرة – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).

الإجراء (١): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويعمل على تشجيعهم لمناقشة وبحث أهم الجوانب الإيجابية التي تترتب على قيام الواحد منهم بطلب الدعم والمساندة النفسية أو الاجتماعية في حال تعرّضه لحدث نفسي ضاغط، أو بعد التعرّض للإعاقة والحدث الصادم خلال الأزمة السورية، سيما الدعم والمساعدة المقدمة من أحد أفراد الأسرة أو من أحد الأقرباء أو الجيران أو الأصدقاء المقربين..إلخ، ثم يسعى المُرشد إلى تشجيع أحد المُسترشدين للقيام بتسجيل أهم النقاط الإيجابية حول أهمية طلب الدعم والمساندة، وتشجيع باقي الحضور ليدور بينهم نقاش وحوار حول هذا الموضوع، **تكرار الإجراء (١) عدة مرات مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرة لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**





المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثاني

أن يشارك جميع المُسترشدين في النقاش حول أهمية طلب الدعم والمساعدة في حال عدم القدرة على تحمّل الآثار النفسية والانفعالية الناجمة عن إصابتهم بإعاقة حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف)، أو تعرّضهم مستقبلاً لأي حدث أو مجموعة أحداث صادمة ناتجة عن كوارث طبيعية أو مُصطنعة.

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

واجب منزلي	يطلب المُرشد من المُسترشدين تسجيل نقاط أخرى لم تتضمنها جلسة الحوار والمناقشة حول أهمية طلب الدعم والمساندة النفسية والاجتماعية في حال عدم القدرة على تحمّل الآثار النفسية والانفعالية الناجمة عن الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة والحدث الصادم.

ملاحظة (١): في جميع الإجراءات السابقة للمرحلة الإرشادية الثانية لا ضير من استخدام المُرشد للّهجة العامية إذا ثبت له أن معظم المُسترشدين عاجزون عن استيعاب الشروحات السابقة بفصيح اللغة العربية.

ملاحظة (٢): لابد للمُرشد أن يؤكد لجميع الحضور على سرية وخصوصية المعلومات، بحيث لا يسمح لأفراد المجموعة الحديث عمّا جرى في هذه الجلسات الإرشادية خارج حجرة الإرشاد.

ملاحظة (٣): على المُرشد التنويه لباقي المُسترشدين أنه سوف يبق في حجرة الإرشاد مدة نصف ساعة إضافية بعد انتهاء وقت الجلسة، فمن يرغب منهم بالحديث بشكل فردي فيمكنه ذلك خلال هذا الوقت.

المرحلة الثالثة (٥) جلسات فردية بمعدل جلسة واحدة لكل (٢) مُسترشد	
هدف المرحلة الثالثة	تدريب المُسترشدين (المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية) على فنية التفريغ الانفعالي حول الحياة الشخصية والاجتماعية (قبل) وقوع الإصابة والحدث الصادم (قبل الأزمة السورية، قبل بتر أحد الأطراف) ومناقشة جوانبها الإيجابية والسلبية.
الزمن (غير محدد)	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
الهدف السلوكي الأول	
تشجيع المُسترشدين بالنمذجة المباشرة وغير المباشرة لممارسة التفريغ الانفعالي عن حياتهم الشخصية والاجتماعية (قبل) وقوع الإصابة والحدث الصادم (قبل الأزمة السورية، قبل بتر أحد الأطراف). **الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشد**	
استراتيجيات الإرشاد	التشجيع على التفريغ الانفعالي بالنمذجة المباشرة من قبل المُرشد – التشجيع على التفريغ الانفعالي بالنمذجة غير المباشرة باستخدام مقطع فيديو – الأسئلة – الحوار والمناقشة – لعب الدور.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
إجراءات تنفيذ الهدف السلوكي الأول	

الإجراء (١): يدخل المُرشد إلى غرفة الإرشاد، ويلقي تحية الصباح على المشاركين في البرنامج.

الإجراء (٢): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويبدأ بالحديث عن حياته الشخصية والاجتماعية قبل بدء الأزمة السورية، سيما في مجالات (العمل، التعليم، الحياة الأسرية، الحياة الاجتماعية، الحياة الاقتصادية..إلخ)، ويمكن للمُرشد أن يطرح بعض الأسئلة العامة على الحضور ليهيئهم نفسياً وانفعالياً وجسدياً للحديث عن حياتهم الشخصية والاجتماعية قبل بدء الأزمة السورية في مجالات (التعليم، الحياة المدرسية، الحياة الأسرية، الحياة الاجتماعية، الحياة الاقتصادية..إلخ)، ثم يقوم المُرشد بتدوين بعض النقاط الهامة عن تلك النواحي على السبورة، **تكرار الإجراء (٢) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المادي (بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**



الإجراء (٣): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويبدأ بتهيئتهم لمشاهدة مقطع فيديو مدته (٥ دقائق تقريباً) على شاشة عرض، يتضمن مراهقاً أُصيب بإعاقة حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية وهو يتحدث عن حياته الشخصية والاجتماعية قبل بدء الأزمة السورية في مجالات (التعليم، الحياة المدرسية، الحياة الأسرية، الحياة الاجتماعية، الحياة الاقتصادية)، وبعد انتهاء عرض مقطع الفيديو يقوم المُرشد بطرح بعض الأسئلة العامة على الحضور حول ما تم مشاهدته، وعن أهم النواحي التي لفتت انتباههم لما سمعوه وشاهدوه من قضايا هامة سردها المُتحدث

في مقطع الفيديو، إذ يَعمد المُرشد إلى تشجيع الحضور على تحليل تلك القضايا، وتدوينها على ورقة خارجية، ومناقشتها، ثم يطلب منهم الواحد تلو الآخر قراءة ما توصلوا إليه من استنتاجات بصوت مسموع أمام بقية الحضور، ثم تدوينها على السبورة، **تكرار الإجراء (٣) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المادي (بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**



المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الأول

أن يتهيأ المُسترشدون بالنمذجة المباشرة وغير المباشرة لممارسة التفريغ الانفعالي عن حياتهم الشخصية والاجتماعية (قبل) وقوع الإصابة والحدث الصادم (قبل الأزمة السورية، قبل بتر أحد الأطراف).

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

الهدف السلوكي الثاني

تشجيع مُسترشد واحد فقط (أحد أفراد المجموعة التجريبية) لممارسة التفريغ الانفعالي عن حياته الشخصية والاجتماعية (قبل) وقوع الإصابة والحدث الصادم (قبل الأزمة السورية، قبل بتر أحد الأطراف).

الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشد

استراتيجية الإرشاد	التفريغ الانفعالي المباشر من قبل المُسترشد باستخدام السرير الإكلينيكي – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (٩ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة). المُستفيد من الجلسة مراهق واحد فقط. باقي المُسترشدين هم حضور ومراقبون ومحاورون.

الإجراء (١): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويعمل على تشجيعهم ليتقدم أحد المُسترشدين ليمارس عملية التفريغ الانفعالي عن حياته الشخصية والاجتماعية قبل بدء الأزمة السورية وقبل صدمة بتر أحد الأطراف، سيما في مجالات (التعليم، الحياة المدرسية، الحياة الأسرية، الحياة الاجتماعية، الحياة الاقتصادية..إلخ) وذلك أمام بقية الحضور، ثم يُطلب منه أن يستلقي على السرير الإكلينيكي بمواجهة المُرشد ومن خلفه باقي الأقران (لا يجب على المُسترشد مواجهة باقي الحضور أثناء عملية التفريغ الانفعالي)، وعندما ينجح المُرشد في ذلك يقوم بطرح مجموعة من الأسئلة العامة على المُسترشد وهو مُستلقٍ على السرير الإكلينيكي، ثم يتدرج في نمط الأسئلة لتصبح أكثر خصوصية حول الحياة الشخصية والاجتماعية للمُسترشد:

س١: ما هو اسمك ؟.

س٢- أين عنوان سكنك ؟.

س٣- بأي صفٍ دراسي أنت الآن ؟.

س٤- ما هو اسم وعنوان مدرستك قبل بدء الأزمة السورية ؟.



س٥- هل كان لديك أصدقاء تحبهم قبل بدء الأزمة السورية ؟... حدثني عنهم قليلاً.. حدثني عن معلميك..

س٦- حدثني عن مكان إقامتك... وعن علاقتك بجيرانك... اذكر لي بعضاً من أصدقائك في الحي..

س٧- ما هي مهنة والدك قبل الأزمة السورية ؟ هل هو مستمر فيها ؟ حدثني أكثر عن هذا الموضوع..

س٨- كيف كان تحصيلك الدراسي قبل الأزمة السورية ؟ هل كنت من المتفوقين ؟ حدثني أكثر حول هذا الموضوع..

س٩- كيف كانت حياتكم الأسرية ؟ هل كنتم عائلة سعيدة ؟ كيف كانت علاقتك بوالديك وإخوتك ؟ حدثني أكثر حول هذا الموضوع..

س١٠- كيف كان وضعكم الاقتصادي ؟ هل كنتم أغنياء ؟ أم فقراء ؟ أم متوسطي الدخل ؟ حدثني أكثر حول هذا الموضوع..

كما يمكن للمُرشد إضافة أسئلة أخرى، أو تعديل طريقة السؤال وطريقة طرحه بحسب القدرات العقلية والمعرفية للمُسترشد.. وبحسب مستوى الصلابة النفسية لديه.. كما يجب على المُرشد أن يُذكِّر باقي الحضور - بين الحين والآخر - بضرورة تدوين الأسئلة وتدوين الإجابات التي يطرحها زميلهم الذي يمارس عملية التفريغ الانفعالي، وذلك إما بالكتابة اليدوية على كرّاسة، أو باستخدام التسجيل الصوتي.

الإجراء (٢): لابد للمُرشد من التأكيد على باقي الحضور بأن المُسترشد الذي يمارس عملية التفريغ الانفعالي قد يصل إلى مرحلة من الحزن والبكاء والألم النفسي والانفعالي والآهات.. حين يتذكر بعض الجوانب من حياته الشخصية والاجتماعية والأسرية والتعليمية قبل بدء الأزمة السورية.. لذلك يجب على المُرشد أن يُعطيه الحرية الكاملة للتعبير عن تلك الانفعالات والخلجات النفسية دون تقييد أو كبح، وتشجيعه بمزيد من الاستحسان والتقدير لطرح أكبر قدر ممكن من تلك الجوانب الخاصة (السلبية والإيجابية) عن حياته الشخصية والاجتماعية قبل معايشته لتلك الأحداث الصادمة، **تكرار الإجراءات (١) (٢) بالتزامن مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرة، وذلك لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثاني

أن يمارس مُسترشد واحد فقط (مراهق واحد من أفراد المجموعة التجريبية) عملية التفريغ الانفعالي عن حياته الشخصية والاجتماعية والأسرية (قبل) وقوع الإصابة والحدث الصادم (قبل الأزمة السورية، قبل بتر أحد الأطراف).

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

الهدف السلوكي الثالث	
تشجيع مُسترشد واحد فقط (مراهق واحد من أفراد المجموعة التجريبية) لبحث ومناقشة الجوانب الإيجابية والسلبية لحياته الشخصية والاجتماعية والأسرية (قبل) وقوع الإصابة والحدث الصادم (قبل الأزمة السورية، قبل بتر أحد الأطراف) والتي تم تدوينها في مرحلة التفريغ الانفعالي. **الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشد**	
استراتيجية الإرشاد	التفريغ الانفعالي المباشر من قبل المُسترشد باستخدام السرير الإكلينيكي – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (٩ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة). المُستفيد من الجلسة مراهق واحد فقط. باقي المُسترشدين هم حضور ومراقبون ومحاورون.

الإجراء (١): يعمل المُرشد على تشجيع المُسترشد الذي مارس عملية التفريغ الانفعالي وتشجيعه لبحث الجوانب الإيجابية والسلبية عن حياته الشخصية والاجتماعية قبل بدء الأزمة السورية وقبل صدمة بتر أحد الأطراف، وذلك في مجالات (التعليم، الحياة المدرسية، الحياة الأسرية، الحياة الاجتماعية، الحياة الاقتصادية..إلخ)، والتي تم تدوينها في مرحلة سابقة، حيث يقوم المُرشد بإعادة قراءة تلك المعلومات الواحدة تلو الأخرى أمام بقية زملائه.





الإجراء (٢): يطلب المُرشد من المُسترشد أن ينهض من السرير ليواجه باقي الحضور بجوار السبّورة، لتدور عملية حوار ونقاش فيما بينهم – تحت إشراف المُرشد – حول الجوانب الإيجابية والسلبية لنمط الحياة التي كان يعيشها، ورسم جدول على السبورة يتضمن حقلين؛ الحقل الأول يدوّن فيه الجوانب الإيجابية، والحقل الثاني يدوّن فيه الجوانب السلبية، ليستمر النقاش حولها، وخلال ذلك قد يطرح باقي الحضور عدة أسئلة، ويجب على المُرشد تشجيع المُسترشد للإجابة عنها، أو التدخل المباشر للإجابة عنها لإعادة الحوار والنقاش إلى صلب الموضوع، **تكرار الإجراءات (١) (٢) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المادي (بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثالث

أن يبحث ويناقش مُسترشد واحد فقط (مراهق واحد من أفراد المجموعة التجريبية) الجوانب الإيجابية والسلبية لحياته الشخصية والاجتماعية (قبل) وقوع الإصابة والحدث الصادم (قبل الأزمة السورية، قبل بتر أحد الأطراف) التي تم تدوينها في مرحلة التفريغ الانفعالي أمام باقي زملائه.

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

واجب منزلي	يطلب المُرشد من المُسترشدين تسجيل ذكرياتهم عن الجوانب الإيجابية والسلبية لحياتهم الشخصية والاجتماعية قبل الأزمة السورية في مجالات (التعليم، الحياة المدرسية، الحياة الأسرية، الحياة الاجتماعية، الحياة الاقتصادية..إلخ).

ملاحظة (١): في جميع الإجراءات السابقة للمرحلة الإرشادية الثالثة لا ضير من استخدام المُرشد للّهجة العامية إذا ثبت له أن معظم المُسترشدين عاجزون عن استيعاب الشروحات السابقة بفصيح اللغة العربية.

ملاحظة (٢): لابد للمُرشد أن يؤكد لجميع الحضور على سرية وخصوصية المعلومات التي قدّمها زميلهم، بحيث لا يسمح لأفراد المجموعة الحديث عمّا جرى في هذه الجلسات الإرشادية خارج حجرة الإرشاد.

ملاحظة (٣): على المُرشد أن يبين للحضور أن زميلهم الذي مارس التفريغ الانفعالي قد يشعر بالألم من جرّاء الحديث الذي أدلى به عن تجاربه السابقة، وقد يتخلل ذلك بكاء أو حزن، ولكن هذه المشاعر طبيعية ومتوقعة في مثل هذه الظروف.

ملاحظة (٤): على المُرشد التنويه لباقي المُسترشدين أنه سوف يبقى في حجرة الإرشاد مدة نصف ساعة إضافية بعد انتهاء وقت الجلسة، فمن يرغب منهم بالحديث بشكل فردي فيمكنه ذلك خلال هذا الوقت.

ملاحظة (٥): لابد من تكرار المرحلة الإرشادية الثالثة بنفس الترتيب مع باقي المُسترشدين، ويمكن تجاوز الهدف السلوكي الأول والثاني معهم، على اعتبار أنهم خبروه، ولا داعي لتكراره مع الآخرين مرة أخرى.

ملاحظة (٦): إن الزمن المخصص لكل هدف سلوكي ضمن المرحلة الإرشادية الثالثة غير مُحدد، وهو عائد لتقدير المُرشد من جهة، ولخصائص المُسترشد العقلية والمعرفية والانفعالية ومستوى الصلابة النفسية لديه من جهةٍ أخرى، مع التنويه إلى عدم إطالة الوقت أو تضييقه، بل يجب أن يكون متناسباً مع الموقف الإرشادي.

المرحلة الرابعة (٥) جلسات فردية بمعدل جلسة واحدة لكل (٢) مُسترشد	
هدف المرحلة الرابعة	تدريب المُسترشدين على فنية التفريغ الانفعالي حول الحياة الشخصية والاجتماعية (بعد) وقوع الإصابة والحدث الصادم (خلال الأزمة السورية، بعد بتر أحد الأطراف) وبحث جوانبها الإيجابية والسلبية.
الزمن (غير محدد)	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
الهدف السلوكي الأول	
تشجيع المُسترشدين بالنمذجة المباشرة وغير المباشرة لممارسة التفريغ الانفعالي عن حياتهم الشخصية والاجتماعية (بعد) وقوع الإصابة والحدث الصادم (خلال الأزمة السورية، بعد بتر أحد الأطراف). **الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشد**	
استراتيجيات الإرشاد	التشجيع على التفريغ الانفعالي بالنمذجة المباشرة من قبل المُرشد – التشجيع على التفريغ الانفعالي بالنمذجة غير المباشرة باستخدام مقطع فيديو – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
إجراءات تنفيذ الهدف السلوكي الأول	

الإجراء (١): يدخل المُرشد إلى غرفة الإرشاد، ويلقي تحية الصباح على المشاركين في البرنامج الإرشادي، ثم يقوم بتلخيص ما جرى في المرحلة الإرشادية السابقة.



الإجراء (٢): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويبدأ بالحديث عن حياته الشخصية والاجتماعية خلال الأزمة السورية، سيما في مجالات (العمل، التعليم، الحياة الأسرية، الحياة الاجتماعية، الحياة الاقتصادية، التهجير من المنزل، فقدان قريب، فقدان عزيز..إلخ)، ويجب عليه أن يتحكم بنبرة صوته لتكون مُحفّزة للحضور لمحاكاة عملية التفريغ الانفعالي، ولتشجيعهم للحديث عن تجاربهم الشخصية والاجتماعية المؤلمة خلال الأزمة السورية، حيث يسعى المُرشد إلى تحويل الذكريات المتعلقة بالحدث الصادم إلى كلمات، ومساعدة أفراد المجموعة في التعرّف على الأفكار السلبية المتعلقة بالأحداث الصادمة، وأن يسعى المُرشد لتوضيح العلاقة بين الأفكار السلبية والمشاعر المؤلمة، كما يمكن للمُرشد أن يطرح بعض الأسئلة العامة على الحضور ليهيئهم من النواحي النفسية والانفعالية والجسدية.. للحديث عن حياتهم الشخصية والاجتماعية خلال الأزمة السورية في مجالات (التعليم، الحياة الأسرية، الحياة الاجتماعية، الحياة الاقتصادية، التهجير من المنزل..) وما رافقها من أحداث مؤلمة سيما بعد الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية المُسلحة، ثم تدوين بعض النقاط الهامة على السبورة، **تكرار الإجراء (٢) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المادي (بطاقات التشجيع) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

الإجراء (٣): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويبدأ بتهيئتهم لمشاهدة مقطع فيديو مدته (٥ دقائق تقريباً) على شاشة عرض، يتضمن مراهقاً وهو يتحدث عن حياته الشخصية والاجتماعية في مجالات (التعليم، الحياة الأسرية، الحياة الاجتماعية، الحياة الاقتصادية، التهجير من المنزل..إلخ) وذلك بعد أن أُصيب بإعاقة حركية مكتسبة خلال الأزمة السورية، وبعد انتهاء عرض مقطع الفيديو يقوم المُرشد بطرح بعض الأسئلة العامة حول ما تم مشاهدته، وعن أهم النواحي التي لفتت انتباه الحضور لما سمعوه وشاهدوه من قضايا هامة سردها المُتحدث في مقطع الفيديو، حيث يسعى المُرشد خلال عرض الفيديو إلى لفت الانتباه إلى كلام المُتحدث وكيف تحولت ذكرياته المتعلقة بالحدث الصادم إلى كلمات، وتمكينهم من مهارات التعرّف على الأفكار السلبية المتعلقة بالأحداث الصادمة، وتعرّف العلاقة القائمة بين تلك الأفكار والمشاعر المؤلمة المرتبطة بالحدث الصادم (الإعاقة الحركية)، إذ يَعمد المُرشد إلى تشجيع المُسترشدين لتحليل تلك القضايا، وتدوينها على ورقة خارجية، ومناقشتها، ثم يطلب منهم – الواحد تلو الآخر – قراءة ما توصلوا إليه من استنتاجات بصوت مسموع أمام بقية الحضور، ثم تدوينها على السبورة، **تكرار الإجراء (٣) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرة، وذلك لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**



المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الأول

أن يتهيأ المُسترشدون بالنمذجة المباشرة وغير المباشرة لممارسة التفريغ الانفعالي عن حياتهم الشخصية والاجتماعية (بعد) وقوع الإصابة والحدث الصادم (خلال الأزمة السورية، بعد بتر أحد الأطراف).

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

الهدف السلوكي الثاني

تشجيع مُسترشد واحد فقط (أحد أفراد المجموعة التجريبية) لممارسة التفريغ الانفعالي عن حياته الشخصية والاجتماعية (بعد) وقوع الإصابة والحدث الصادم (خلال الأزمة السورية، بعد بتر أحد الأطراف).

الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشد

استراتيجيات الإرشاد	التفريغ الانفعالي المباشر من قبل المُسترشد باستخدام السرير الإكلينيكي – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (٩ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة). المُستفيد من الجلسة مراهق واحد فقط. باقي المُسترشدين هم حضور ومراقبون ومحاورون.

الإجراء (١): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويعمل على تشجيعهم ليتقدم أحد المُسترشدين ليمارس عملية التفريغ الانفعالي عن حياته الشخصية والاجتماعية بعد بدء الأزمة السورية وبعد صدمة الإصابة ببتر أحد الأطراف، سيما في مجالات (العمل، التعليم، الحياة الأسرية، الحياة الاجتماعية، الحياة الاقتصادية، التهجير من المنزل، فقدان قريب، فقدان عزيز، الإصابة بالإعاقة الحركية..إلخ) وذلك أمام بقية الحضور، ثم يُطلب منه أن يستلقي على السرير الإكلينيكي بمواجهة المُرشد ومن خلفه باقي الحضور (أي لا يجب على المُسترشد مواجهة باقي زملائه أثناء عملية التفريغ الانفعالي)، وعندما ينجح المُرشد في ذلك، يقوم بطرح مجموعة من الأسئلة العامة على المُسترشد وهو مُستلقٍ على السرير الإكلينيكي، ثم يتدرج في نمط الأسئلة لتصبح أكثر خصوصية حول الحياة الشخصية والاجتماعية له:



س١: ما هو اسمك ؟.

س٢- كم عمرك ؟.

س٣- بأي صفٍ دراسي أنت الآن ؟.

س٤- ما الذي حدث حتى أصبحت معاقاً حركياً ؟ حدثني أكثر عن ذلك..

س٥- أين كنت ساعة وقوع التفجير أو العمل الإرهابي ؟ من كان معك لحظة وقوع الحدث ؟ ماذا رأيت ؟ ماذا سمعت ؟ حدثني أكثر عن ذلك..

س٦- ما هي أول ردة فعلٍ لكَ بعد أن علمت أنك فقدت أحد أطرافك وأصبحت معاقاً ؟ ماذا رأيت في جسدك ؟ حدثني أكثر وبعمق عن تلك المشاعر الحزينة وبالتفصيل..

س٧- كيف كان تحصيلك الدراسي قبل أن تصبح معوقاً ؟ هل أثّرت هذه الإعاقة على تفوقك الدراسي ؟ حدثني أكثر حول هذا الموضوع..

س٨- هل تغير نمط حياتك الأسرية بعد أن أصبحت معوقاً ؟ هل أنتم سعداء الآن أم تشعرون بالحزن ؟ هل تغيرت علاقتك بوالديك وإخوتك بعد أن أصبحت معوقاً ؟ حدثني أكثر حول هذا الموضوع..

س٩- هل تغير نمط حياتك المدرسية بعد أن أصبحت معوقاً ؟ هل أنت سعيد في المدرسة أم تشعر بنظرة دونية من زملائك ؟ هل تغيرت علاقتك بزملائك ومعلميك في المدرسة بعد أن أصبحت معوقاً ؟ حدثني أكثر حول هذا الموضوع..

كما يمكن للمُرشد إضافة أسئلة أخرى، أو تعديل طريقة السؤال وطريقة طرحه بحسب القدرات العقلية والمعرفية للمُسترشد، وبحسب مستوى الصلابة النفسية لديه، وعلى المُرشد أن يُذكِّر باقي الحضور بين الحين والآخر بضرورة تدوين الأسئلة وتدوين الإجابات التي يطرحها زميلهم الذي مارس عملية التفريغ الانفعالي.

كما يتوجب على المُرشد تدوين جميع إجابات المُسترشد الذي مارس عملية التفريغ الانفعالي إما بالكتابة اليدوية على كرّاسة أو من خلال التسجيل الصوتي.

الإجراء (٢): لابد من التأكيد بأن المُسترشد الذي مارس عملية التفريغ الانفعالي قد يصل إلى مرحلة من الحزن والبكاء والألم النفسي والانفعالي والآهات.. وذلك حين يتذكر بعض الجوانب من حياته الشخصية والاجتماعية بعد إصابته ببتر أحد الأطراف بفعل العمل الإرهابي، وعلى المُرشد أن يُعطيه الحرية الكاملة للتعبير عن تلك

الانفعالات والخلجات النفسية دون تقييد أو كبح.. وتشجيعه بمزيد من الاستحسان والتقدير لطرح أكبر قدر ممكن من تلك الجوانب الخاصة (السلبية والإيجابية) عن حياته الشخصية والاجتماعية قبل معايشة تلك الأحداث الصادمة، **تكرار الإجراءات (١) (٢) بالتزامن مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرة لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثاني

أن يمارس مُسترشد واحد فقط (مراهق واحد من أفراد المجموعة التجريبية) عملية التفريغ الانفعالي عن حياته الشخصية والاجتماعية (بعد) وقوع الإصابة والحدث الصادم (خلال الأزمة السورية، بعد بتر أحد الأطراف).

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

الهدف السلوكي الثالث

تشجيع مُسترشد واحد فقط (مراهق واحد من أفراد المجموعة التجريبية) لبحث ومناقشة الجوانب الإيجابية والسلبية لحياته الشخصية والاجتماعية (بعد) وقوع الإصابة والحدث الصادم (خلال الأزمة السورية، بعد بتر أحد الأطراف) التي تم تدوينها في مرحلة التفريغ الانفعالي.

الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشد

استراتيجية الإرشاد	التفريغ الانفعالي المباشر من قبل المُسترشد باستخدام السرير الإكلينيكي – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (٩ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة). المُستفيد من الجلسة مراهق واحد فقط. باقي المُسترشدين هم حضور ومراقبون ومحاورون.





الإجراء رقم (١): يعمل المُرشد على تشجيع المُسترشد الذي مارس عملية التفريغ الانفعالي وتشجيعه لمناقشة الجوانب الإيجابية والسلبية عن حياته الشخصية والاجتماعية بعد إصابته بالإعاقة الحركية في مجالات (العمل، التعليم، الحياة الأسرية، الحياة الاجتماعية، الحياة الاقتصادية، التهجير من المنزل، فقدان قريب، فقدان عزيز، الإصابة بالإعاقة الحركية..إلخ) التي تم تدوينها في مرحلة سابقة، حيث يقوم المُرشد بإعادة قراءة المعلومات التي تم تقديمها الواحدة تلو الأخرى وذلك أمام بقية زملائه.

الإجراء (٢): يطلب المُرشد من المُسترشد أن ينهض من السرير ليواجه الحضور بجوار السبورة، لتدور عملية حوار ونقاش فيما بينهم – تحت إشراف المُرشد – حول الجوانب الإيجابية والسلبية لنمط الحياة التي عاشها المراهق بعد بتر أحد الأطراف والإصابة بالإعاقة الحركية بفعل العمل الإرهابي، ورسم جدول على السبورة يتضمن حقلين؛ الحقل الأول يدوّن فيه الجوانب الإيجابية، والحقل الثاني يدوّن فيه الجوانب السلبية، ليستمر النقاش حولها، وخلال ذلك قد يطرح باقي الحضور مجموعة أسئلة، ويجب على المُرشد تحريض المُسترشد

للإجابة عنها، أو التدخل المباشر لإعادة الحوار والنقاش إلى صلب الموضوع، **تكرار الإجراءات (١) (٢) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثالث

أن يناقش مُسترشد واحد فقط (مراهق واحد من أفراد المجموعة التجريبية) الجوانب الإيجابية والسلبية لحياته الشخصية والاجتماعية (بعد) وقوع الإصابة والحدث الصادم (خلال الأزمة السورية، بعد بتر أحد الأطراف) التي تم تدوينها في مرحلة التفريغ الانفعالي وذلك أمام باقي زملائه.

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

واجب منزلي	يطلب المُرشد من المُسترشدين تسجيل ذكرياتهم عن الجوانب الإيجابية والسلبية لحياتهم الشخصية والاجتماعية بعد إصابتهم بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية في مجالات (التعليم، الحياة الأسرية، الحياة الاجتماعية، الحياة الاقتصادية، التهجير من المنزل، فقدان قريب، فقدان عزيز، الإصابة بالإعاقة الحركية..إلخ).

ملاحظة (١): في جميع الإجراءات السابقة للمرحلة الإرشادية الرابعة لا ضير من استخدام المُرشد للّهجة العامية إذا ثبت له أن معظم المُسترشدين عاجزون عن استيعاب الشروحات السابقة بفصيح اللغة العربية.

ملاحظة (٢): لابد للمُرشد أن يؤكد لجميع الحضور على سرية وخصوصية المعلومات التي قدّمها زميلهم، بحيث لا يسمح لأفراد المجموعة الحديث عمّا جرى في هذه الجلسات الإرشادية خارج حجرة الإرشاد.

ملاحظة (٣): على المُرشد أن يبين للحضور أن زميلهم الذي مارس التفريغ الانفعالي قد يشعر بالألم من جرّاء الحديث الذي أدلى به عن تجاربه السابقة، وقد يتخلل ذلك بكاء أو حزن، ولكن هذه المشاعر طبيعية ومتوقعة في مثل هذه الظروف.

ملاحظة (٤): على المُرشد التنويه لباقي المُسترشدين أنه سوف يبقى في حجرة الإرشاد مدة نصف ساعة إضافية بعد انتهاء وقت الجلسة، فمن يرغب منهم بالحديث بشكل فردي فيمكنه ذلك خلال هذا الوقت.

ملاحظة (٥): لابد من تكرار المرحلة الإرشادية الرابعة بنفس الترتيب مع باقي المُسترشدين، ويمكن تجاوز الهدف السلوكي الأول والثاني معهم، على اعتبار أنهم خبروه، ولا داعي لتكراره مع الآخرين مرة أخرى.

ملاحظة (٦): إن الزمن المخصص لكل هدف سلوكي ضمن المرحلة الإرشادية الرابعة غير مُحدد، وهو عائد لتقدير المُرشد من جهة، ولخصائص المُسترشد العقلية والمعرفية والانفعالية ومستوى الصلابة النفسية لديه من جهةٍ أخرى، مع التنويه إلى عدم إطالة الوقت أو تضييقه، بل يجب أن يكون متناسباً مع الموقف الإرشادي.

المرحلة الخامسة (٥) جلسات فردية بمعدل جلسة واحدة لكل (٢) مُسترشد	
هدف المرحلة الخامسة	تدريب المُسترشدين (المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية) على فنية استيعاب الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة الناجمة عن معايشتهم للأزمة السورية وإصابتهم بإعاقة حركية مكتسبة (بتر أحد الأطراف) وتحمّل ما يمكن أن يرتبط بها من ضغوط نفسية وانفعالية.
الزمن (غير محدد)	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
الهدف السلوكي الأول	
أن يتعرّف المُسترشدون على خطوات فنية استيعاب أي حدث نفسي صادم وما تتضمنه من تكتيكات فرعية (إبطال الحساسية والانفعال الزائد، إعادة التوازن والاستقرار الانفعالي، إعادة التقييم). **الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشدين**	
استراتيجيات الإرشاد	النمذجة المباشرة من قبل المُرشد – إبطال الحساسية – إعادة التوازن والاستقرار الانفعالي – التقييم – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
إجراءات تنفيذ الهدف السلوكي الأول	

الإجراء (١): يدخل المُرشد إلى غرفة الإرشاد، ويلقي تحية الصباح على المشاركين في البرنامج الإرشادي، ثم يقوم بتلخيص ما جرى في المرحلة الإرشادية السابقة.

الإجراء (٢): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويبدأ بالحديث عن أبرز الأحداث النفسية الصادمة التي مرّ بها خلال الأزمة السورية من النواحي (الصحية، العمل، التعليم، الحياة الأسرية، الحياة الاجتماعية، الحياة الاقتصادية، التهجير من المنزل، فقدان قريب أو صديق..إلخ)، وغيرها من التجارب أو الأحداث الماضية السلبية والصادمة، والتي سببت للمُرشد معاناة عاطفية أو سلوكية أو توتراً انفعالياً..إلخ.



الإجراء (٣): يحاول المُرشد أن يختار أكثر الأحداث إزعاجاً بالنسبة له (التهجير من المنزل أو فقدان صديق) إذ يستهدف المُرشد في حديثه قدرته على تحمّل تلك الصدمات أو بعض منها، تمهيداً لإيجاد حلّ تكيّفي معها بإعادة معالجة تلك الذكريات المُزعجة، وتحديد معالمها، وأبعادها، والنتائج المترتبة على التهرّب من مواجهتها، ويشرح كيفيّة تطبيق تقنية التنفس البطيء التي تهدف إلى تحفيز الشخص الذي تعرّض لصدمة نفسية للشعور بأنّه مسيطر على نفسه وأنه في حالة اتزان (خلال وبعد) وقوع الحدث الصادم.

الإجراء (٤): يقوم المُرشد – أمام المُسترشدين – بتحديد أكثر ذكرى مزعجة (من وجهة نظره)، وينبغي استيعابها، ثم يقوم بتدوين ردات الفعل السلبية الانفعالية والإدراكية والجسدية التي راودته في لحظة تلقّيه للصدمة النفسية (إبطال الحساسية)، والتي تتضمن معالجة سريعة للمعلومات حول الذكرى المزعجة، وما يرتبط بها من أفكار

ومشاعر وأحاسيس جسدية سلبية، وتنتهي هذه المرحلة عند التفكير العقلاني بردّات الفعل السلبية المرتبطة بالذكرى المزعجة، وأنها لم تعد تسبب للمُرشد أي إزعاج حقيقي، من خلال مهارة إعطاء معنى وتفسير لما حدث، ويتابع المُرشد من خلال عرض بعض التكتيكات النفسية لإبطال الحساسية بقوله: **بعد الحوادث الفظيعة التي مررت بها، فقد وجدت نفسي مغموراً بالانفعالات (أي يسيطر عليك الانفعال)، أو لم أستطع التوقف عن التفكير بما حدث، ولم أمنع نفسي عن تخيله، ولمواجهة ذلك يمكن اتّباع التعليمات التالية:**

١- اجلس بوضعية مريحة، دون أن تكون يديك أو قدميك في وضع التصالب (دون لف يديك أو قدميك).

٢- تنفس بعمق.. وببطء.. شهيقاً.. وزفيراً.. كرر العملية عدة مرات..

٣- تمعّن في كل شيء من حولك.. أنت على ما يرام..

٤- تحدث مع نفسك عما حصل باختصار.. استوعب الصدمة.. قيّمها.. وهيئ نفسك للتعامل مع المشكلة (تحدث مع نفسك عما حصل باختصار..)، واعلم أن تجاهل المشكلة سيزيد من تفاقمها مستقبلاً.

٥- قل لنفسك (قد لا أستطيع مواجهة المشكلة اليوم، لكن سأجعلها حاضرة في ذهني لمواجهتها لاحقا).

٦- حاول الخروج من الموقف بأقل الخسائر.

الإجراء (٥): يحاول المُرشد من خلال حديثه دمج النظرة الإيجابية للذات مع الذكرى الأصلية المزعجة، لتعزيز الثقة بالنفس لدى المُسترشدين، وتحسين قوة الأنا لديهم، ويحاول التعبير بالكلمات والتمثيل الجسدي أنه لم يعد يعاني من أي رواسب للتوتر الجسدي والانفعال النفسي لديه، ثم يُجري المُرشد مسحاً ذهنياً للذكرى المزعجة الأصلية بالتزامن مع ربطها بصورة إيجابية عن الذات كأن يقول: **(لقد استعدت السيطرة على نفسي، أنا قادر على المواجهة، المشكلة كبيرة من حولي وسأفكر بحلول مناسبة لها..إلخ)**، وفي حال كانت المشكلة أو الصدمة كبيرة وضخمة وأكبر من قدرة الشخص على مواجهتها يقول: **(سأنسحب الآن وأطلب العون من الآخرين لمساعدتي على المواجهة، أو سأنسحب الآن لكنني سأعود لاحقاً لمواجهة المشكلة..إلخ)** أو أية عبارات تشير إلى تقدير إيجابي للذات لدى الشخص، وتشير إلى قدرته على مواجهة المشكلة أو الحدث الصادم.

ويمكن للمُرشد أن يطرح بعض الأسئلة العامة على المُسترشدين ليأخذ آراءهم بما سمعوه وشاهدوه من عرض لفظي من قبل المُرشد، ثم تدوين بعض النقاط الهامة عن تلك النواحي على السبورة، **تكرار الإجراءات (٢) (٣) (٤) (٥) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الأول

أن يتعرّف المُسترشدون على خطوات فنية استيعاب أي حدث نفسي صادم وما تتضمنه من تكتيكات فرعية (إبطال الحساسية والانفعال الزائد، إعادة التوازن والاستقرار الانفعالي، إعادة التقييم).

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

الهدف السلوكي الثاني

تشجيع مُسترشد واحد فقط (أحد أفراد المجموعة التجريبية) للحديث عن طريقة اتّبعها لاستيعاب أي حدث صادم (التهجير من المنزل، بتر أحد الأطراف) خلال الأزمة السورية وكيف تحمّل الضغوط النفسية والانفعالية.

الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشد

استراتيجيات الإرشاد	الحديث المباشر من قبل المُسترشد – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (٩ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة). المُستفيد من الجلسة مراهق واحد فقط. باقي المُسترشدين هم حضور ومراقبون ومحاورون.

الإجراء (١): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويعمل على تشجيعهم ليتقدم أحد المُسترشدين للحديث عن الطريقة التي اتّبعها لاستيعاب حدث صادم ناجم عن الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية، وكيف تمكّن من تحمّل الضغوط النفسية والانفعالية المرتبطة بها، وذلك أمام بقية الحضور.





الإجراء (٢): يطلب المُرشد من المُسترشد المتطوع أن يواجه زملاءه بجوار السبورة لتدور عملية حوار ونقاش فيما بينهم – بإشراف المُرشد – حول عيوب ومزايا الطريقة التي اتّبعها لاستيعاب هذه الصدمة، وجدوى أو عدم جدوى تلك الطريقة لتحمّل الضغوط النفسية والانفعالية، ثم يُطلب من المُسترشد رسم جدول على السبورة يتضمن حقلين؛ الحقل الأول يدوّن فيه الجوانب الإيجابية للطريقة المتّبعة، والحقل الثاني يدوّن فيه الجوانب السلبية لها، ليستمر النقاش حولها، وخلال ذلك قد يطرح باقي الحضور عدة أسئلة، ويجب على المُرشد تشجيع المُسترشد المتطوع للإجابة عنها، أو التدخل المباشر من قبل المُرشد لإعادة الحوار والنقاش إلى صلب الموضوع، **تكرار الإجراءات (١) (٢) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثاني

أن يتحدث مُسترشد واحد فقط (أحد أفراد المجموعة التجريبية) عن طريقة اتّبعها لاستيعاب أي حدث صادم (التهجير من المنزل، بتر أحد الأطراف) خلال الأزمة السورية وكيف تحمّل الضغوط النفسية والانفعالية.

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

الهدف السلوكي الثالث

أن يمارس مُسترشد واحد فقط (مراهق واحد من أفراد المجموعة التجريبية) الخطوات النموذجية لاستيعاب أي حدث نفسي صادم من خلال تكتيكات (إبطال الحساسية والانفعال الزائد، إعادة التوازن والاستقرار الانفعالي، إعادة التقييم).

الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشد

استراتيجيات الإرشاد	المحاكاة والتقليد – إبطال الحساسية – إعادة التوازن والاستقرار الانفعالي – التقييم – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (٩ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة). المُستفيد من الجلسة مراهق واحد فقط. باقي المُسترشدين هم حضور ومراقبون ومحاورون.

الإجراء (١): يطلب المُرشد من المُسترشد المتطوع أن يجلس إلى كرسي باسترخاء (يدان وقدمان غير متصالبتين)، ثم يطلب منه الحديث عن أبرز الذكريات المزعجة والمشاعر السلبية التي مرّ بها خلال وبعد بتر أحد أطرافه، والتي سبّبت للمراهق معاناة عاطفية أو سلوكية أو توتراً انفعالياً..إلخ.

الإجراء (٢): يطلب المُرشد من المُسترشد المتطوع أن يختار أكثر الأحداث إزعاجاً بالنسبة له بهدف اختبار قدرته على تحمّل تلك المشاعر المزعجة أو الصادمة أو بعض منها، فذلك يساعد على التكيّف معها، ثم إعادة الحديث عن تلك الذكريات المُزعجة، وتحديد معالمها، وأبعادها، والنتائج المترتبة على التهرّب من مواجهتها، بالتزامن مع تطبيق تقنية التنفس البطيء لتحفيزه على الشعور بأنّه مسيطر على نفسه، وأنه في حالة اتزان (خلال وبعد) وقوع الحدث الصادم.

الإجراء (٣): يطلب المُرشد من المُسترشد المتطوع تحديد أكثر ذكرى مزعجة (من وجهة نظره)، والتي ينبغي العمل على استيعابها، ثم يقوم بتدوين ردات الفعل السلبية الانفعالية والإدراكية والجسدية التي راودت المُسترشد لحظة تلقّيه الصدمة النفسية وفي لحظتها، بهدف إبطال حساسيته تجاه الذكرى المزعجة، وما يرتبط بها من أفكار ومشاعر وأحاسيس جسدية سلبية، ودفعه للتفكير العقلاني بها، والإيحاء بأنها لم تعد تسبب له أي إزعاج حقيقي بإعطاء معنى وتفسير لما حدث، ويتابع المُرشد بعرض بعض التكتيكات النفسية لإبطال الحساسية بقوله: **بعد التفكير والسيطرة على هذه الخبرة الصادمة التي مررت بها تنفس بعمق.. وببطء.. شهيقاً.. وزفيراً.. كرر العملية عدة مرات.. ثم تمعّن في كل شيء من حولك.. أنت على ما يرام.. تحدث مع نفسك عما حصل باختصار.. استوعب الصدمة.. قيّمها.. وهيئ نفسك للتعامل مع المشكلة (تحدث مع نفسك عما حصل باختصار..)، واعلم أن تجاهل المشكلة أو الحدث الصادم سيزيد من تفاقمها مستقبلاً، قل لنفسك (قد لا أستطيع مواجهة المشكلة اليوم، لكن سأجعلها حاضرة في ذهني لمواجهتها لاحقا).**

الإجراء (٤): يوجه المُرشد سؤاله للمُسترشد المتطوع بقوله: **هل تشعر بالثقة بالنفس والسيطرة على الذات وعلى الصدمة النفسية التي أصابتك..؟، هل كانت الطريقة التي اتّبعتها لاستيعاب الخبرة الصادمة أفضل..؟، أم أن الإستراتيجية التي تعلمتها مني هي الأفضل..؟**، ثم يطلب منه النهوض إلى السبورة لكتابه انطباعاته السلبية أو الإيجابية حول الإستراتيجية الجديدة التي تعلّمها، ليدور حوار ونقاش بين باقي الحضور، وعلى المُرشد أن يُجري مسحاً ذهنياً للذكرى المزعجة الأصلية التي انتابت المُسترشد المتطوع بالتزامن مع ربطها بصورة إيجابية عن الذات كأن يقول: **(هل استعدت السيطرة على نفسك..؟، هل أنت قادر على المواجهة..؟، إذا كانت المشكلة كبيرة من حولك فكّر بحلول مناسبة لها مستقبلاً..؟، إذا كانت المشكلة أو الصدمة كبيرة وضخمة وأكبر من قدرتك على مواجهتها انسحب الآن واطلب العون من الآخرين لمساعدتك على المواجهة، أو انسحب الآن لكن قرر أن تعود لاحقاً لمواجهة المشكلة..إلخ)** أو أية عبارات تشير إلى تعزيز التقدير الإيجابي للذات لدى المُسترشد المتطوع، وتعزيز قدرته على مواجهة المشكلة أو الحدث الصادم.

ويمكن للمُرشد أن يطرح بعض الأسئلة العامة على باقي المُسترشدين ليأخذ آراءهم بما سمعوه وشاهدوه من قبل زميلهم، ثم تدوين بعض النقاط الهامة على السبورة، **تكرار الإجراءات (٢) (٣) (٤) بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

الإجراء (٥): لابد للمُرشد من التأكيد على باقي الحضور بأن المُسترشد المتطوع قد يصل إلى مرحلة من الحزن والبكاء والألم النفسي والانفعالي والآهات حين التحدث عن ذكرياته المزعجة.. وعلى المُرشد أن يُعطيه الحرية الكاملة للتعبير عن تلك الانفعالات والخلجات النفسية دون تقييد أو كبح، وتشجيعه بمزيد من الاستحسان والتقدير لاستمرار الحديث لاستيعاب الصدمة، **تكرار الإجراء (٥) مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**
المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثالث أن يمارس مُسترشد واحد فقط (مراهق واحد من أفراد المجموعة التجريبية) الخطوات النموذجية لاستيعاب أي حدث نفسي صادم من خلال تكتيكات (إبطال الحساسية والانفعال الزائد، إعادة التوازن والاستقرار الانفعالي، إعادة التقييم). **نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة**
واجب منزلي: يطلب المُرشد من المُسترشدين تسجيل أهم الذكريات المزعجة التي راودتهم خلال الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية، وكتابة تقييماتهم الشخصية بعد تطبيق فنيات (إبطال الحساسية والانفعال الزائد، إعادة التوازن والاستقرار الانفعالي، إعادة التقييم) لاستيعاب الحدث الصادم.
ملاحظة (١): في جميع الإجراءات السابقة للمرحلة الإرشادية الخامسة لا ضير من استخدام المُرشد للّهجة العامية إذا ثبت له أن معظم المُسترشدين عاجزون عن استيعاب الشروحات السابقة بفصيح اللغة العربية. **ملاحظة (٢)**: لابد للمُرشد أن يؤكد لجميع الحضور على سرية وخصوصية المعلومات التي قدّمها زميلهم، بحيث لا يسمح لأفراد المجموعة الحديث عمّا جرى في هذه الجلسات الإرشادية خارج حجرة الإرشاد. **ملاحظة (٣)**: على المُرشد أن يبين للحضور أن زميلهم الذي تحدّث عن ذكرياته المزعجة قد يشعر بالألم من جرّاء الحديث الذي أدلى به عن تجاربه السابقة، وقد يتخلل ذلك بكاء أو حزن، ولكن هذه المشاعر طبيعية ومتوقعة في مثل هذه الظروف. **ملاحظة (٤)**: على المُرشد التنويه لباقي المُسترشدين أنه سوف يبقى في حجرة الإرشاد مدة نصف ساعة إضافية بعد انتهاء وقت الجلسة، فمن يرغب منهم بالحديث بشكل فردي فيمكنه ذلك خلال هذا الوقت. **ملاحظة (٥)**: لابد من تكرار المرحلة الإرشادية الخامسة بنفس الترتيب مع باقي المُسترشدين، ويمكن تجاوز الهدف السلوكي الأول والثاني معهم، على اعتبار أنهم خبروه، ولا داعي لتكراره مع الآخرين مرة أخرى. **ملاحظة (٦)**: إن الزمن المخصص لكل هدف سلوكي ضمن المرحلة الإرشادية الخامسة غير مُحدد، وهو عائد لتقدير المُرشد من جهة، ولخصائص المُسترشد العقلية والمعرفية والانفعالية ومستوى الصلابة النفسية لديه من جهةٍ أخرى، مع التنويه إلى عدم إطالة الوقت أو تضييقه، بل يجب أن يكون متناسباً مع الموقف الإرشادي.

المرحلة السادسة (٥) جلسات فردية بمعدل جلسة واحدة لكل (٢) مُسترشد	
هدف المرحلة السادسة	تدريب المُسترشدين (المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية) على فنية اختبار المشاعر والأفكار السلبية واللاعقلانية التي انتابتهم بعد وقوع الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (خلال الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف)، ومناقشتها، وبيان عدم عقلانيتها (إعادة البناء المعرفي).
الزمن (غير محدد)	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
الهدف السلوكي الأول	
تشجيع المُسترشدين بالنمذجة المباشرة وغير المباشرة للحديث عن المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية التي انتابتهم بعد وقوع الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (خلال الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف). **الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشدين.**	
استراتيجيات الإرشاد	اختبار المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية – التفريغ الانفعالي بالنمذجة المباشرة من قبل المُرشد – التفريغ الانفعالي بالنمذجة غير المباشرة باستخدام مقطع فيديو – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
إجراءات تنفيذ الهدف السلوكي الأول	

الإجراء (١): يدخل المُرشد إلى غرفة الإرشاد، ويلقي تحية الصباح على المشاركين في البرنامج الإرشادي، ثم يقوم بتلخيص ما جرى في المرحلة الإرشادية السابقة.



الإجراء (٢): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويبدأ بالحديث عن بعض المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية التي راودته بعد التهجير من المنزل، أو بعد فقدان قريب أو صديق حميم له.. بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية، سيما تلك المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية التالية (التفكير بالهجرة خارج الوطن، الانتحار، ترك العمل، ترك الجامعة، الميول المضادة للمجتمع، الانعزال عن الآخرين..إلخ).

الإجراء (٣): يجب على المُرشد أن يُشجع المُسترشدين لمحاكاة عملية التفريغ الانفعالي لما يحملونه من مشاعر سلبية وأفكار لاعقلانية مكبوتة في العقل الواعي (الشعور) أو العقل اللاواعي (اللاشعور)، وما يمكن أن يرتبط بها من تجارب مؤلمة خبروها خلال الأزمة السورية، حيث يسعى المُرشد إلى إظهار كل المشاعر المُتاحة واستغلال التعابير الوجهية ونبرة الصوت خلال حديثه عن تلك المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية، وما كان يمكن أن يترتب عليها من نتائج سلبية لو أنه فكّر بتنفيذ واحدة أو أكثر من تلك الأفكار اللاعقلانية التي راودته بعد مروره بتلك الخبرات الصادمة.

الإجراء (٤): يجب على المُرشد خلال حديثه أن يوحي للمُسترشدين بأنه لم يُخفِ عليهم أي شعور سلبي أو أية

فكرة لاعقلانية راودته خلال حديثه عن تلك الخبرات الصادمة، ويسعى من خلال حديثه إلى تمكينهم من مهارة تحويل الانطباعات الحسية والشعورية والانفعالية للخبرات الصادمة إلى كلمات، وأن عليهم أن لا يتجنبوا أي فكرة لاعقلانية تراودهم مهما كانت بسيطة.

الإجراء (٥): على المُرشد أن يوحي للمُسترشدين بأنه ليس وحده من كان يعاني من تلك المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية، وأن هناك آخرين من مثل عمره قد راودتهم مثل تلك المشاعر والأفكار.. وأن هذا أمر طبيعي.. وأنه من غير الطبيعي أن تبقى تلك الخبرات الصادمة مكبوتة في صدورنا.. فقد تقودنا إلى الهلاك.. ولابد من تفريغها والحديث عنها.. للتخلص من تأثيرها السلبي على سلوكنا اليومي.

الإجراء (٦): يمكن للمُرشد أن يطرح بعض الأسئلة العامة على المُسترشدين ليهيئهم من النواحي النفسية والانفعالية والجسدية لعملية التفريغ الانفعالي لما يمكن أن يحملوه من مشاعر سلبية وأفكار لاعقلانية راودتهم عند مرورهم بالخبرة الصادمة (الإصابة بإعاقة مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية) وما رافقها من أحداث مؤلمة، ثم تدوين بعض من تلك المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية التي طرحها على السبورة، **تكرار الإجراءات (٢) (٣) (٤) (٥) (٦) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

الإجراء (٧): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويبدأ بتهيئتهم لمشاهدة مقطع فيديو مدته (٥ دقائق تقريباً) على شاشة عرض يتمحور حول مراهق يتحدث عن بعض المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية التي راودته بعد إصابته بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية، حيث يدور معظم الحديث عن المشاعر والأفكار التالية (التفكير بالانتحار، ترك المدرسة، الانتقام من الآخرين، العزلة الاجتماعية، الهرب من المنزل..).



الإجراء (٨): يسعى المُرشد خلال عرض الفيديو إلى لفت انتباه المُسترشدين لكلام المُتحدث ونبرة صوته أثناء الحديث عن مشاعره السلبية وأفكاره اللاعقلانية المكبوتة، وخبراته الصادمة، وما يمكن أن يرتبط بها من تجارب مؤلمة خبرها خلال الأزمة السورية، والانتباه إلى التعابير الوجهية ونبرة صوت المُتحدث خلال سرده لتلك الأفكار والمشاعر السلبية.

الإجراء (٩): يجب على المُرشد لفت انتباه المُسترشدين إلى مستوى الراحة النفسية والانفعالية التي وصل إليها المُتحدث في مقطع الفيديو بعد ممارسة التفريغ الانفعالي لما يحمله من مشاعر سلبية وأفكار لاعقلانية راودته بعد إصابته بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية، وما هي النتائج السلبية التي كانت ستترتب عليه لو أنه لم يصرّح بتلك الأفكار اللاعقلانية، أو عمل على تنفيذ واحدة أو أكثر منها.

الإجراء (١٠): بعد انتهاء عرض الفيديو يقوم المُرشد بطرح بعض الأسئلة العامة على الحضور حول ما تم مشاهدته، وعن أهم النواحي التي لفتت انتباههم لما سمعوه وشاهدوه من مشاعر سلبية وأفكار لاعقلانية سردها المُتحدث في مقطع الفيديو، وتمكينهم من مهارات التعرّف على العلاقة القائمة بين التفريغ الانفعالي عن تلك المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية وبين مستوى الراحة النفسية والانفعالية التي وصل إليها المتحدث بعد تمكّنه من تفريغها انفعالياً، إذ يَعمد المُرشد باتجاه تحفيز الحضور لتحليل تلك القضايا، وتدوينها على ورقة خارجية، ثم مناقشتها، والطلب منهم – الواحد تلو الآخر – قراءة ما توصلوا إليه من استنتاجات بصوت مسموع، وتدوينها على السبورة، **تكرار الإجراءات (٧) (٨) (٩) (١٠) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المراهين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الأول

أن يتهيأ المُسترشدون ويتشجعوا بالنمذجة المباشرة وغير المباشرة للحديث عن المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية التي انتابتهم بعد وقوع الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (خلال الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف).

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

الهدف السلوكي الثاني

تشجيع مُسترشد واحد فقط (أحد أفراد المجموعة التجريبية) للحديث عن مشاعره السلبية وأفكاره اللاعقلانية التي انتابته بعد وقوع الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (خلال الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف).

الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشد

استراتيجيات الإرشاد	التفريغ الانفعالي المباشر من قبل المُسترشد باستخدام السرير الإكلينيكي – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (٩ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة). المُستفيد من الجلسة مراهق واحد فقط. باقي المُسترشدين هم حضور ومراقبون ومحاورون.

الإجراء (١): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويعمل على تشجيعهم ليتطوع أحد المُسترشدين ليمارس عملية التفريغ الانفعالي والحديث عن مشاعره السلبية وأفكاره اللاعقلانية التي انتابته بعد إصابته بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية، وذلك أمام بقية الحضور، ثم يُطلب منه أن يستلقي على السرير الإكلينيكي بمواجهة المُرشد ومن خلفه باقي الزملاء، ثم يقوم المُرشد بطرح مجموعة من الأسئلة العامة، ليتدرج في نمط الأسئلة لتصبح أكثر خصوصية حول المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية المكبوتة في داخل المُسترشد المتطوع:



س١: ما هو اسم الحي الذي تقطن فيه الآن ؟.

س٢– كم عدد إخوتك ؟.

س٣– ما هي مهنة والدك الحالية ؟.

س٤– ما هي المشاعر التي انتابتك بعد أن علمت

أنك أصبحت شخصاً معوقاً حركياً ؟، حدثني أكثر عن هذه المشاعر وبالتفصيل..

س٥- بعد أن علمت بأنك أصبحت معاقاً حركياً هل فكّرت بالانتحار ؟، هل خططت لفعل ذلك ؟، حدثني أكثر عن ذلك..

س٦- هل فكرت بأن تترك المدرسة ؟، حدثني أكثر حول هذا الموضوع وبالتفصيل..

س٧- هل فكرت بأن تهرب من المنزل ؟، حدثني أكثر حول هذا الموضوع وبالتفصيل..

س٨- هل فكرت بأن الآخرين من حولك هم السبب فيما حصل لك ؟، حدثني أكثر حول هذا الموضوع وبالتفصيل..

س٩- هل فكرت بأن تهاجر خارج الوطن ؟، حدثني أكثر حول هذا الموضوع وبالتفصيل..

س١٠- هل فكرت بأن تلحق الأذى بنفسك أو بالآخرين ؟، حدثني أكثر حول هذا الموضوع وبالتفصيل..

كما يمكن للمُرشد إضافة أسئلة أخرى، أو تعديل طريقة السؤال وطريقة طرحه بحسب القدرات العقلية والمعرفية والخصائص النفسية والانفعالية للمُسترشد المتطوع، وبحسب مستوى الصلابة النفسية لديه، كما يجب على المُرشد أن يُذكِّر باقي الحضور – بين الحين والآخر – بضرورة تدوين الأسئلة وتدوين الإجابات التي طرحها زميلهم عند حديثه عن مشاعره السلبية وأفكاره اللاعقلانية بالكتابة اليدوية على كرّاسة أو من خلال التسجيل الصوتي.

الإجراء (٢): لابد من التأكيد بأن المُسترشد المتطوع قد يصل لمرحلة من الحزن والبكاء والألم النفسي والانفعالي والآهات.. وذلك حين يتذكر بعض المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية التي راودته بعد إصابته بإعاقة حركية مكتسبة بفعل ذلك العمل الإرهابي، ويجب أن يُعطى الحرية الكاملة للتعبير عن تلك الانفعالات والخلجات النفسية دون تقييد أو كبح، وتشجيعه بمزيد من الاستحسان والتقدير لطرح أكبر قدر ممكن من تلك المشاعر والأفكار اللاعقلانية المكبوتة في العقل الواعي (الشعور) أو العقل اللاواعي (اللاشعور)، وما يرتبط بها من تجارب مؤلمة، لمساعدته على إظهار كل المشاعر والانفعالات والأحاسيس المؤلمة، وأن يوحي للمُسترشد بأهمية أن لا يخفي أي شعور سلبي أو فكرة لاعقلانية راودته – مهما كانت بسيطة – بعد أن أصبح معوقاً (الحدث الصادم)، والانتقال به رويداً.. رويداً.. لتمكينه من مهارة تحويل الانطباعات الحسية والشعورية والانفعالية للحدث الصادم إلى كلمات، وأن يوحي له بأنه ليس وحده من كان يعاني من تلك المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية، وأن هناك أشخاصاً آخرين من عمره قد راودتهم مثل تلك المشاعر والأفكار.. وهذا أمرٌ طبيعي.. وأنه من غير الطبيعي أن تبقى تلك المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية مكبوتة في صدره.. فقد تقوده للهلاك.. ولابد من التصريح بها والحديث عنها.. للتخلص من تأثيرها السلبي على الصحة النفسية.. ثم يقوم المُرشد بتدوين بعض من تلك المشاعر والأفكار التي طرحها المُسترشد المتطوع على السبورة، **تكرار الإجراءات (١) (٢) بالتزامن مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثاني

أن يتحدث مُسترشد واحد فقط (مراهق واحد من أفراد المجموعة التجريبية) عن مشاعره السلبية وأفكاره اللاعقلانية التي انتابته بعد وقوع الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (خلال الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف).

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

الهدف السلوكي الثالث	
تشجيع مُسترشد واحد فقط (مراهق واحد من أفراد المجموعة التجريبية) لبحث ومناقشة مشاعره السلبية وأفكاره اللاعقلانية التي انتابته بعد وقوع الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (خلال الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف) والتي تم التصريح عنها في الخطوات السابقة. **الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشد**	
استراتيجيات الإرشاد	التفريغ الانفعالي المباشر من قبل المُسترشد باستخدام السرير الإكلينيكي – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (٩ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة). المُستفيد من الجلسة مراهق واحد فقط. باقي المُسترشدين هم حضور ومراقبون ومحاورون.

الإجراء (١): يعمل المُرشد على تشجيع المُسترشد المتطوع لبحث ومناقشة مشاعره السلبية وأفكاره اللاعقلانية التي انتابته بعد وقوع الحدث الصادم (بتر أحد الأطراف)، والتي تم تدوينها سابقاً، حيث يقوم المُرشد بإعادة قراءتها الواحدة تلو الأخرى، وذلك أمام بقية الحضور.

الإجراء (٢): يطلب المُرشد من المُسترشد المتطوع أن ينهض من السرير ليواجه زملاءه بجوار السبورة، لتدور عملية حوار ونقاش بينهم – تحت إشراف المُرشد – حول المخاطر الناجمة عن كبت أي شعور سلبي، أو تنفيذ أي فكرة لاعقلانية، أو مجرد التفكير فيها والتخطيط لتنفيذها، سيما تلك المتعلقة (بالتفكير في الانتحار، ترك المدرسة، الهروب من المنزل، العزلة الاجتماعية، الميول المضادة للمجتمع، محاولة إيذاء الذات أو إيذاء الآخرين، الهجرة خارج الوطن..إلخ) وذلك بعد معايشة صدمة بتر أحد الأطراف بفعل العمل الإرهابي، ثم يُطلب إلى هذا المتطوع أن يرسم جدولاً على السبورة يتضمن حقلين؛ الحقل الأول يدوّن فيه الشعور السلبي المخاطر المترتبة على تنفيذ تلك الفكرة اللاعقلانية على الذات أو على الآخرين من أفراد الأسرة أو الأشخاص المحيطين.. ليستمر النقاش حولها، وخلال ذلك قد يطرح باقي الحضور مجموعة أسئلة، ويجب على المُرشد تشجيع المتطوع للإجابة عنها، أو التدخل المباشر لإعادة الحوار والنقاش لصلب الموضوع، **تكرار الإجراءات (١) (٢) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرة، وذلك لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**





المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثالث

أن يناقش مُسترشد واحد فقط (مراهق واحد من أفراد المجموعة التجريبية) مشاعره السلبية وأفكاره اللاعقلانية التي انتابته بعد وقوع الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (خلال الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف) وبيان عواقبها ومخاطرها وذلك أمام باقي الزملاء.

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

واجب منزلي	١- يطلب المُرشد من المُسترشدين تسجيل بعض المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية التي انتابتهم بعد معايشة صدمة بتر أحد الأطراف بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية. ٢- يطلب المُرشد من المُسترشدين تسجيل مخاطر تنفيذ أي فكرة لاعقلانية راودتهم.

ملاحظة (١): في جميع الإجراءات السابقة للمرحلة الإرشادية السادسة لا ضير من استخدام المُرشد للّهجة العامية إذا ثبت له أن معظم المُسترشدين عاجزون عن استيعاب الشروحات السابقة بفصيح اللغة العربية.

ملاحظة (٢): لابد للمُرشد أن يؤكد لجميع الحضور على سرية وخصوصية المعلومات التي قدمها زميلهم، بحيث لا يسمح لأفراد المجموعة الحديث عمّا جرى في هذه الجلسة الإرشادية خارج حجرة الإرشاد.

ملاحظة (٣): على المُرشد أن يبين للحضور أن زميلهم الذي تحدّث عن مشاعره السلبية وأفكاره اللاعقلانية قد يشعر بالألم من جرّاء الحديث عن تلك المشاعر والأفكار، وقد يتخلل ذلك بكاء أو حزن، فتلك المشاعر طبيعية ومتوقعة في مثل هذه الظروف.

ملاحظة (٤): على المُرشد التنويه للمُسترشدين بأنه سوف يبقى في المركز لمدة نصف ساعة إضافية بعد انتهاء وقت الجلسة، فمن يرغب منهم بالحديث بشكل فردي فيمكنه ذلك خلال هذا الوقت.

ملاحظة (٥): لابد من تكرار المرحلة الإرشادية السادسة بنفس الترتيب مع باقي المُسترشدين، ويمكن تجاوز الهدف السلوكي الأول والثاني معهم، على اعتبار أنهم خبروه، ولا داعي لتكراره مع الآخرين مرة أخرى.

ملاحظة (٦): إن الزمن المخصص لكل هدف سلوكي ضمن المرحلة الإرشادية السادسة غير مُحدد، وهو عائد لتقدير المُرشد من جهة، ولخصائص المُسترشد العقلية والمعرفية والانفعالية ومستوى الصلابة النفسية لديه من جهةٍ أخرى، مع التنويه إلى عدم إطالة الوقت أو تضييقه، بل يجب أن يكون متناسباً مع الموقف الإرشادي.

المرحلة السابعة (٥) جلسات فردية بمعدل جلسة واحدة لكل (٢) مُسترشد	
هدف المرحلة السابعة	تدريب المُسترشدين (المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية) على فنية اختبار المشاعر والأفكار الإيجابية والعقلانية التي انتابتهم بعد وقوع الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (التهجير من المنزل، بتر أحد الأطراف)، ومناقشتها، وبيان أهميتها لتحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي.
الزمن (غير محدد)	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
الهدف السلوكي الأول	
تشجيع المُسترشدين بالنمذجة المباشرة وغير المباشرة للحديث عن المشاعر الإيجابية والأفكار العقلانية التي تساعدهم على التكيف الشخصي والاجتماعي مع أي حدث الصادم (التهجير من المنزل، بتر أحد الأطراف). **الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشدين**	
استراتيجيات الإرشاد	اختبار المشاعر الإيجابية والأفكار العقلانية – النمذجة المباشرة من قبل المُرشد – النمذجة غير المباشرة باستخدام مقطع فيديو – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
إجراءات تنفيذ الهدف السلوكي الأول	

الإجراء (١): يدخل المُرشد إلى غرفة الإرشاد، ويلقي تحية الصباح على المشاركين في البرنامج الإرشادي، ثم يقوم بتلخيص ما جرى في المرحلة الإرشادية السابقة.

الإجراء (٢): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويبدأ بالحديث عن بعض المشاعر الإيجابية والأفكار العقلانية التي ساعدته على التكيف والتعايش مع حالة التهجير من المنزل أو فقدان قريب أو صديق حميم خلال الأزمة السورية، سيما تلك المشاعر الإيجابية والأفكار العقلانية التالية (إعادة تأسيس منزل، الاحتضان العاطفي لأفراد الأسرة، الإصرار على الحياة، التعاون مع الآخرين، وضع أهداف مهنية جديدة والسعي لتحقيقها، الثقة بقدرتنا على مواجهة قسوة الحياة، الشعور بأن الآخرين مصدر قوتنا، إعادة بناء المجتمع وتنميته، عدم الاستكانة للفشل..إلخ).



الإجراء (٣): يجب على المُرشد أن يُحفّز الحضور للحديث عمّا يحملونه من مشاعر إيجابية وأفكار عقلانية موجودة عند مستوى العقل الواعي (الشعور)، وما يمكن أن يرتبط بها من راحة نفسية وانفعالية عند التصريح بها، بإظهار كل المشاعر المُتاحة واستغلال التعابير الوجهية ونبرة الصوت خلال حديثه عن تلك المشاعر الإيجابية والأفكار العقلانية، وما يمكن أن يترتب عليها من نتائج إيجابية على الذات وعلى الآخرين المحيطين لو أن المُرشد فكّر في تنفيذ واحدة أو أكثر من تلك الأفكار العقلانية التي راودته بعد استيعاب الخبرات الصادمة التي عايشها خلال الأزمة السورية.

الإجراء (٤): يجب على المُرشد خلال حديثه أن يوحي للحضور بأنه لم يُخفِ عليهم أي شعور إيجابي أو أية فكرة عقلانية راودته للتعايش مع الحدث الصادم، ويسعى لتمكين المُسترشدين من مهارة تحويل الانطباعات الإيجابية والأفكار العقلانية إلى كلمات، وأن لا يتجنبوا أي فكرة عقلانية تراودهم مهما كانت بسيطة.

الإجراء (٥): يجب على المُرشد أن يوحي للمُسترشدين بأهمية السعي للتفكير بعقلانية والتخطيط الواعي للتعايش مع الحدث الصادم والتكيف معه كخطوة أولى لتجاوز آثاره السلبية على الصحة النفسية والتوافق الشخصي والاجتماعي، وأن هناك آخرين من مثل عمره تمكّنوا من التكيف مع تلك الأحداث الصادمة من خلال التفكير بحلول مناسبة لها، والتخطيط لتنفيذ تلك الحلول، لكونهم أذكياء، ولا يستكينون للفشل.. وأن هذا أمر طبيعي إذا أراد الشخص الاستمرار بالحياة بأعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية.. وأنه من غير الطبيعي أن نستكين لمشاعر الفشل والإحباط.. التي قد تقود للهلاك التدريجي.. ولابد من التخطيط للمستقبل رغم الظروف السيئة.

الإجراء (٦): يمكن للمُرشد أن يطرح بعض الأسئلة العامة على الحضور ليهيئهم من النواحي النفسية والانفعالية والجسدية للحديث عن مشاعرهم الإيجابية وأفكارهم العقلانية التي راودتهم وساعدتهم على التكيف والتعايش مع الخبرة الصادمة (بتر أحد الأطراف، التهجير من المنزل، فقدان عزيز..) وما رافقها من أحداث مؤلمة، ثم تدوين بعض تلك المشاعر والأفكار التي طرحوها على السبورة، **تكرار الإجراءات (٢) (٣) (٤) (٥) (٦) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

الإجراء (٧): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويبدأ بتهيئتهم لمشاهدة مقطع فيديو مدته (٥ دقائق تقريباً) على شاشة عرض، يتضمن مراهقة تتحدث عن بعض المشاعر الإيجابية والأفكار العقلانية التي مكّنتها من التكيف والتعايش مع الحدث الصادم (الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية)، حيث يدور معظم الحديث عن المشاعر والأفكار التالية (احتضان الأسرة، احتضان الأصدقاء، المشاعر الإيجابية تجاه الآخرين، السعي لمزيد من التفوق الدراسي، الإصرار على الحياة، الثقة بالقدرة على مواجهة ظروف الإعاقة، الشعور بأن الآخرين مصدر قوة، عدم الاستكانة للفشل وللإعاقة وللإحباط، التفكير بعقلانية تجاه المستقبل..إلخ).



الإجراء (٨): يسعى المُرشد خلال عرض الفيديو إلى لفت انتباه الحضور إلى كلام المُتحدثة ونبرة صوتها أثناء حديثها عن مشاعرها الإيجابية وأفكارها العقلانية التي ساعدتها على التكيف والتعايش مع الإعاقة التي أصابتها خلال الأزمة السورية، والانتباه إلى التعابير الوجهية ونبرة صوتها خلال حديثها عن تلك الأفكار والمشاعر.

الإجراء (٩): يجب على المُرشد لفت انتباه المُسترشدين إلى مستوى الراحة النفسية والانفعالية التي وصلت إليها المُتحدثة في مقطع الفيديو بعد تمكّنها من الحديث عن المشاعر الإيجابية والأفكار العقلانية التي ساعدتها على

التكيف والتعايش مع الإعاقة الحركية التي أُصيبت بها بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية، وما هي النتائج الإيجابية التي ترتبت عليها بعد أن تحدثت عن تلك المشاعر والأفكار.

الإجراء (١٠): بعد انتهاء عرض مقطع الفيديو يقوم المُرشد بطرح بعض الأسئلة العامة على الحضور حول ما تم مشاهدته، وعن أهم النواحي التي لفتت انتباههم لما سمعوه وشاهدوه من مشاعر إيجابية وأفكار عقلانية سردتها المُتحدثة في مقطع الفيديو، وتمكينهم من تعرّف العلاقة القائمة بين تلك المشاعر والأفكار وبين مستوى الراحة النفسية والانفعالية التي وصلت إليها المتحدثة بعد أن تمكّنت من تفريغها بطلاقة، وتحليل كل تلك القضايا، وتدوينها على ورقة خارجية، ثم مناقشتها، ثم الطلب منهم – الواحد تلو الآخر – قراءة ما توصلوا إليه من استنتاجات بصوت مسموع أمام بقية الحضور، ثم تدوينها على السبورة، **تكرار الإجراءات (٧) (٨) (٩) (١٠) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الأول

أن يتهيأ المُسترشدون بالنمذجة المباشرة وغير المباشرة للحديث عن المشاعر الإيجابية والأفكار العقلانية التي تساعدهم على التكيف الشخصي والاجتماعي مع أي حدث الصادم (التهجير من المنزل، بتر أحد الأطراف).

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

الهدف السلوكي الثاني

تشجيع مُسترشد واحد فقط (أحد أفراد المجموعة التجريبية) للحديث عن مشاعره الإيجابية وأفكاره العقلانية التي يمكن أن تساعده على التكيف الشخصي والاجتماعي مع أي حدث الصادم (التهجير من المنزل، بتر أحد الأطراف).

الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشد

استراتيجيات الإرشاد	التفريغ الانفعالي المباشر من قبل المُسترشد باستخدام السرير الإكلينيكي – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (٩ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة). المُستفيد من الجلسة مراهق واحد فقط. باقي المُسترشدين هم حضور ومراقبون ومحاورون.

الإجراء (١): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويعمل على تشجيعهم ليتطوع أحد المُسترشدين ليتحدث عن مشاعره الإيجابية وأفكاره العقلانية، والتي يمكن أن تساعده على التكيف الشخصي والاجتماعي مع الحدث الصادم (تهجير من المنزل، بتر أحد الأطراف) أمام بقية الحضور، ثم يُطلب منه أن يستلقي على السرير الإكلينيكي بمواجهة المُرشد ومن خلفه باقي زملائه، ويطرح مجموعة من الأسئلة العامة، ثم يتدرج في نمط الأسئلة لتصبح أكثر خصوصية حول المشاعر الإيجابية وأفكاره العقلانية:





س١: ما هو اسم مدرستك الحالية ؟.

س٢- هل أنت من المتفوقين ؟.

س٣- ما اسم معلمتك ؟ هل تحبها ؟.

س٤- هل شعرت باحتضان أفراد أسرتك لك بعد أن علموا أنك أصبحت شخصاً معاقاً حركياً ؟، هل شعرت بتلك المشاعر الإيجابية ؟، حدثني أكثر عن هذه المشاعر وبالتفصيل..

س٥- هل كان لديك إصرار على الحياة وتجاوز ظروف الإعاقة ؟، أو تشعر بأنك فاشل ؟، كيف قاومت شعور الفشل ؟، هل خططت لفعل ذلك ؟ حدثني أكثر عن ذلك..

س٦- هل فكرت بأن تكون من المتفوقين في المدرسة لتثبت للآخرين أنك ما زلت قوياً ؟ حدثني أكثر حول هذا الموضوع.. ماذا فعلت لتحقيق هذا الهدف ؟.. أخبرني عن ذلك بالتفصيل..

س٧- هل فكرت بأن تساعد أفراد أسرتك في تكوين منزل جديد ؟ ما هو الدور الذي توقّعه الآخرون منك لتحقيق هذا الهدف ؟، ماذا فعلت لتحقيق هذا الهدف ؟.. أخبرني عن ذلك بالتفصيل..

س٨- بعد أن علمت أنك أصبحت معاقاً حركياً.. هل فكرت بأن الآخرين من حولك مهتمون بك ويشعرون بالحب تجاهك ؟، حدثني أكثر حول هذا الموضوع وبالتفصيل..

س٩- هل شعرت بحب أصدقائك لك ؟، حدثني أكثر عن تلك المشاعر الإيجابية..

س١٠- هل كنت واثقاً بقدرتك على مواجهة ظروف الإعاقة وتجاوزها ؟، ماذا فعلت لتحقيق هذا الهدف ؟.. أخبرني عن ذلك وبالتفصيل..

س١١- هل شعرت بأن الآخرين من حولك يمكن أن يكونوا مصدر قوة لك للتعايش مع الإعاقة الحركية التي أنت فيها الآن ؟، حدثني أكثر عن تلك المشاعر الإيجابية وبالتفصيل..

س١٢- ماذا فعلت لتكون شخصاً قوياً لا يستكين للفشل أو للإحباط ؟، ماذا فعلت لتحقيق هذا الهدف ؟.. أخبرني عن ذلك بالتفصيل.

كما يمكن للمُرشد إضافة أسئلة أخرى، أو تعديل طريقة السؤال وطريقة طرحه بحسب القدرات العقلية والمعرفية ومستوى الصلابة النفسية والانفعالية للمُسترشد المتطوع، وعلى المُرشد أن يُذكِّر باقي الحضور - بين الحين والآخر - بضرورة تدوين الأسئلة والإجابات التي طرحها زميلهم حول مشاعره الإيجابية وأفكاره العقلانية إما بالكتابة اليدوية على كرّاسة أو بالتسجيل الصوتي.

الإجراء (٢): لابد للمُرشد من التأكيد على باقي الحضور بأن المُسترشد المتطوع قد يصل إلى مرحلة من الراحة النفسية والثبات الانفعالي وذلك عند حديثه عن مشاعره الإيجابية وأفكار العقلانية التي مكّنته من التكيف والتعايش الشخصي والاجتماعي مع ظروف الإعاقة الحركية التي أصابته خلال الأزمة السورية، وعلى المُرشد أن يُعطي للمتطوع الحرية الكاملة للتعبير عن تلك الانفعالات والمشاعر والأفكار، دون تقييد أو كبح، وتشجيعه بمزيد من الاستحسان والتقدير لطرح أكبر قدر ممكن منها، وعلى المُرشد أن يوحي له بضرورة أن لا يخفي أي شعور إيجابي أو فكرة عقلانية يمكن أن تساعده لتحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي مع ظروف الإعاقة مهما كانت بسيطة، والانتقال به رويداً.. رويداً.. لتمكينه من مهارة التفكير العقلاني، وعلى المُرشد أن يوحي للمُسترشد المتطوع بأهمية التفكير بعقلانية، فمن معايير الذكاء والصحة النفسية هو عدم الاستكانة للفشل، والتفكير بحلول ممكنة لتجاوز ظروف الإعاقة، وأن هناك أشخاصاً آخرين من مثل عمره قد تجاوزوا ظروف الإعاقة عندما فكّروا

بشكل إيجابي بوسائل وسبل النجاح في الحياة.. وهذا أمرٌ طبيعي.. وأنه من غير الطبيعي أن تبقى أسيراً للفشل والإحباط والمشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية.. فقد يقودك ذلك للهلاك التدريجي.. فالتفكير بحلول للمشكلات يساعد في جعل الفرد لأن يكون بأعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية، ثم يقوم المُرشد بتدوين بعض من تلك المشاعر والأفكار التي طرحها المُسترشد المتطوع على السبورة، **تكرار الإجراءات (١) (٢) بالتزامن مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة بهذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثاني

أن يتحدث مُسترشد واحد فقط (مراهق واحد من أفراد المجموعة التجريبية) ويناقش مشاعره الإيجابية وأفكاره العقلانية التي ساعدته على التكيف الشخصي والاجتماعي مع أي حدث الصادم (التهجير من المنزل، بتر أحد الأطراف).

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

الهدف السلوكي الثالث

تشجيع مُسترشد واحد فقط (مراهق واحد من أفراد المجموعة التجريبية) لبحث ومناقشة مشاعره الإيجابية وأفكاره العقلانية التي يمكن أن تساعده على التكيف الشخصي والاجتماعي مع أي حدث الصادم (التهجير من المنزل، بتر أحد الأطراف).

الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشد

استراتيجية الإرشاد	اختبار المشاعر الإيجابية والأفكار العقلانية من قبل المُسترشد باستخدام السرير الإكلينيكي – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (٩ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة). المُستفيد من الجلسة مراهق واحد فقط. باقي المُسترشدين هم حضور ومراقبون ومحاورون.

الإجراء (١): يعمل المُرشد على تشجيع المُسترشد المتطوع وتحفيزه لبحث ومناقشة مشاعره الإيجابية وأفكاره العقلانية التي ساعدته على التكيف الشخصي والاجتماعي مع أي حدث صادم (بتر أحد الأطراف، التهجير من المنزل، فقدان عزيز) التي تم تدوينها سابقاً، حيث يقوم المُرشد بإعادة قراءتها الواحدة تلو الأخرى أمام بقية الحضور.





الإجراء (٢): يطلب المُرشد من المُسترشد المتطوع أن ينهض من السرير ليواجه زملاءه بجوار السبورة، لتدور عملية حوار ونقاش فيما بينهم – تحت إشراف المُرشد – حول نقاط القوة المترتبة على تلك المشاعر الإيجابية أو عند تنفيذ واحدة أو أكثر من تلك الأفكار العقلانية، أو مجرد التخطيط لتنفيذها سيما تلك المتعلقة (باحتضان الأسرة، احتضان الأصدقاء، المشاعر الإيجابية تجاه الآخرين، السعي لمزيد من التفوق الدراسي، الإصرار على الحياة، الثقة بالقدرة على مواجهة ظروف الإعاقة، الشعور بأن الآخرين مصدر للقوة، عدم الاستكانة للفشل وللإعاقة، عدم الاستكانة

للإحباط، التفكير بعقلانية تجاه المستقبل..إلخ)، ثم يطلب المُرشد من المُسترشد المتطوع رسم جدول على السبورة يتضمن حقلين؛ الحقل الأول يدوّن فيه الشعور الإيجابي أو الفكرة العقلانية، والحقل الثاني يدوّن فيه نقاط القوة المترتبة على تنفيذ تلك الفكرة العقلانية سيما على الذات وعلى الآخرين من أفراد الأسرة والأشخاص المحيطين.. ليستمر النقاش حولها، وخلال ذلك قد يطرح الحضور أسئلة، ويجب على المُرشد تحريض المُسترشد المتطوع للإجابة عنها، أو التدخل المباشر من قبل المُرشد للإجابة عنها، وإعادة الحوار والنقاش إلى صلب الموضوع، **تكرار الإجراءات (١) (٢) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثالث

أن يتحدث مُسترشد واحد فقط (مراهق واحد من أفراد المجموعة التجريبية) ويناقش مشاعره الإيجابية وأفكاره العقلانية التي ساعدته على التكيف الشخصي والاجتماعي مع أي حدث الصادم (التهجير من المنزل، بتر أحد الأطراف) أمام باقي زملائه.

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

واجب منزلي	١- يطلب المُرشد من المُسترشدين تسجيل بعض المشاعر الإيجابية والأفكار العقلانية التي يمكن أن تساعدهم على التكيف الشخصي والاجتماعي بعد الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية. ٢- تسجيل النتائج الإيجابية المترتبة على تنفيذ فكرة أو مجموعة أفكار عقلانية.

ملاحظة (١): في جميع الإجراءات السابقة للمرحلة الإرشادية السابعة لا ضير من استخدام المُرشد للّهجة العامية إذا ثبت له أن معظم المُسترشدين عاجزون عن استيعاب الشروحات السابقة بفصيح اللغة العربية.

ملاحظة (٢): لابد للمُرشد أن يؤكد لجميع الحضور على سرية وخصوصية المعلومات التي قدّمها زميلهم، بحيث لا يسمح لأفراد المجموعة الحديث عمّا جرى في هذه الجلسة الإرشادية خارج حجرة الإرشاد.

ملاحظة (٣): على المُرشد التنويه للمُسترشدين بأنه سوف يبقى في المركز لمدة نصف ساعة إضافية بعد انتهاء وقت الجلسة، فمن يرغب منهم بالحديث بشكل فردي فيمكنه ذلك خلال هذا الوقت.

ملاحظة (٤): لابد من تكرار المرحلة الإرشادية السابعة بنفس الترتيب مع باقي المُسترشدين، ويمكن تجاوز الهدف السلوكي الأول والثاني معهم، على اعتبار أنهم خبروه، ولا داعي لتكراره مع الآخرين مرة أخرى.

ملاحظة (٥): إن الزمن المخصص لكل هدف سلوكي ضمن المرحلة الإرشادية السابعة غير مُحدد، وهو عائد لتقدير المُرشد من جهة، ولخصائص المُسترشد العقلية والمعرفية والانفعالية لديه من جهةٍ أخرى، مع التنويه إلى عدم إطالة الوقت أو تضييقه، بل يجب أن يكون متناسباً مع الموقف الإرشادي.

نشاط ترويحي زراعة الأشجار في حديقة مشفى المواساة من قبل جميع المُسترشدين كنشاط ترويحي جماعي	
الزمن (غير محدد)	
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
إجراءات التنفيذ	
الإجراء (١): يدخل المُرشد إلى غرفة الإرشاد، ويلقي تحية الصباح على المشاركين في البرنامج الإرشادي، ثم يبدأ بالحديث عن نشاط جماعي سيقومون به (زراعة الأشجار في حديقة مشفى المواساة) كنشاط ترويحي جماعي.  	
المخرجات النهائية المتوقعة أن يشارك جميع المُسترشدين بزراعة الأشجار في حديقة مشفى المواساة كنشاط ترويحي. **نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة**	
واجب منزلي	يطلب المُرشد من المُسترشدين تسجيل مشاعرهم بعد قيامهم بزراعة الأشجار في حديقة مشفى المواساة كنشاط ترويحي.
ملاحظة (١): لابد للمُرشد أن يعطي الحرية الكاملة لجميع الحضور للترويح عن أنفسهم خلال عملية زراعة الأشجار في حديقة مشفى المواساة كنشاط جماعي.	

المرحلة الثامنة (٥) جلسات فردية بمعدل جلسة واحدة لكل (٢) مُسترشد	
هدف المرحلة الثامنة	تدريب المُسترشدين (المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية) على فنية التعايش والتكيف مع الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (خلال الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف) ومناقشة استراتيجيات التكيف غير الآمنة واستراتيجيات التكيف الآمنة.
الزمن (غير محدد)	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
الهدف السلوكي الأول	
تعريف المُسترشدين بفنية التعايش والتكيف مع الإصابة (بتر أحد الأطراف بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية) ومناقشة جوانبها الإيجابية وأهميتها في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي في مختلف مجالات الحياة. **الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشدين**	
استراتيجيات الإرشاد	فنية التكيف مع الحدث الصادم – فنية التعايش مع الإصابة – المحاضرة والإلقاء – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
إجراءات تنفيذ الهدف السلوكي الأول	

الإجراء (١): يدخل المُرشد إلى غرفة الإرشاد، ويلقي تحية الصباح على المشاركين في البرنامج الإرشادي، ثم يقوم بتلخيص ما جرى في المرحلة الإرشادية السابقة.



الإجراء (٢): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويبدأ بالحديث عن مفهوم التكيف النفسي عموماً، ومزاياه، ودوره في تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي لدى الفرد، حيث يبدأ المُرشد بالقول: **إن الأزمة السورية التي عشناها جميعاً خلال السنوات القليلة الماضية، خلّفت الكثير من مشاعر القلق والخوف وانعدام الشعور بالأمن النفسي على الذات وعلى الآخرين لدى الكثيرين منّا، وهذا أمر طبيعي بفعل إجرام المجموعات الإرهابية المُسلحة، فهل نستكين لتلك المشاعر السلبية..؟، أو نواجهها..؟، وإن لم نستطع ذلك في الوقت الحالي، أو إن لم نستطع مواجهة مصادر الخوف والقلق والحزن وفقدان الشعور بالأمن النفسي.. فما هي التكتيكات السلوكية التي يمكن أن نلجأ إليها..؟، ينتظر المُرشد الإجابات التي يمكن أن يقدّمها المُسترشدون، ويصحّحها إذا كانت خاطئة، أو يعزّزها إذا كانت صحيحة بالتشجيع وقول كلمة (صح)، ثم كتابتها على السبورة لتقديم مزيد من الاستحسان..** ويتابع المُرشد بقوله: **من أهم تلك التكتيكات السلوكية هي فنية التكيف مع الأحداث النفسية الضاغطة، فما هي فنية التكيف..؟، ينتظر المُرشد الإجابات التي يمكن أن يقدّمها المُسترشدون، ويصحّحها إذا كانت خاطئة، أو يعزّزها إذا كانت صحيحة بالتشجيع وقول كلمة (صح)، ثم كتابتها على السبورة بالتزامن مع تشجيع المُسترشدين المنعزلين للتفاعل مع هذا النشاط..** ثم يعرض المُرشد شرحاً مبسطاً ووافياً عن فنية التكيف كما يلي:

إن التكيف يشير إلى محاولة الكائن الحي لأن يوائم بين نفسه والبيئة التي يعيش فيها من أجل استمراره حياً، وإذا أسقطنا مفهوم التكيف على السلوك الإنساني فإنه يشير إلى ردود فعل الإنسان التي تمكّنه من تعديل سلوكه أو تعديل البيئة المحيطة به بما يمكّنه من العيش والمحافظة على حياته، ففي شهور الشتاء يسعى الإنسان لارتداء الملابس الدافئة أو إشعال النار للحصول على الدفء لكي يحمي نفسه من برد الشتاء.

وإذا توسعنا في مفهوم التكيف.. لنصل إلى مفهوم التكيف النفسي مع الضغوط والانفعالات الشخصية والاجتماعية.. فإنه يشير إلى قدرة الفرد على استيعاب جميع الأحداث الصادمة، ثم التفكير بها بجدية، وعدم تجاهلها، ثم البحث عن حلول مناسبة لمواجهتها، وفي حال عدم القدرة على مواجهتها، فيمكن التعايش معها لحين الوصول إلى حلول مناسبة لها مستقبلاً أو بمساعدة الآخرين، فالتكيف مع الضغوط النفسية هو أحد مؤشرات الذكاء والقدرات العقلية العالية، وهي سمة شخصية يجب أن نتحلى بها جميعاً سيما خلال ظروف الأزمة السورية في الوقت الحالي تكرار الإجراء (٢) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.

الإجراء (٣): يذكر المُرشد بعض المظاهر السلوكية وطرق التفكير الإيجابي والعقلاني التي ساعدته على التكيف والتعايش مع ظرف نفسي واجتماعي مزعج مر به خلال الأزمة السورية، كحالة التهجير من المنزل أو فقدان قريب أو صديق حميم له بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية، ومن أمثلتها (إعادة تأسيس منزل، الاحتضان العاطفي لأفراد الأسرة، الإصرار على الحياة، التعاون مع الآخرين، وضع أهداف مهنية جديدة والسعي لتحقيقها، الثقة بقدرتنا على مواجهة قسوة الحياة، الشعور بأن الآخرين مصدر قوتنا، إعادة بناء المجتمع وتنميته، عدم الاستكانة للفشل، تجاوز المشكلة مؤقتاً إلى أن تُتاح الفرصة المناسبة لمواجهتها وحلّها كلياً أو جزئياً، طلب العون من الآخرين..إلخ).

الإجراء (٤): على المُرشد أن يوحي للمُسترشدين بأهمية السعي للتفكير بعقلانية والتخطيط الواعي للتكيف والتعايش مع أي حدث نفسي صادم كخطوة أولى لتجاوز آثاره السلبية على الصحة النفسية والتوافق الشخصي والاجتماعي، وأن هناك آخرين من مثل عمره تمكّنوا من التكيف مع تلك الأحداث الصادمة والتفكير بحلول مناسبة لها، والتخطيط لتنفيذ تلك الحلول، أو طلبوا عون الآخرين، أو أجّلوا بحث تلك المشكلات حتى تُتاح فرص مناسبة لهم لمواجهتها، ويجب على المُرشد أن يكرر دائماً أن التكيف مع الضغوط النفسية والانفعالية والاجتماعية.. هو مؤشر مهم للذكاء المرتفع، وسمة من سمات الشخصية السوية إذا أراد الفرد الاستمرار بالحياة بأعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية، ومن غير الطبيعي أن يستكين الفرد لمشاعر الفشل والإحباط، فقد يقود ذلك إلى الهلاك التدريجي، ولابد من التخطيط للمستقبل رغم الظروف السيئة.

الإجراء (٥): يمكن للمُرشد أن يطرح بعض الأسئلة العامة على الحضور ليهيئهم من النواحي النفسية والانفعالية والجسدية.. للحديث عن أهم طرق التفكير الإيجابي والعقلاني التي اتّبعوها للتكيف مع أي ضغوط نفسية واجهوها خلال الأزمة السورية، سيما بسبب صدمة البتر والتحول من أشخاص عاديين إلى أشخاص معاقين حركياً بفعل العمليات الإرهابية التي عايشوا أحداثها، ثم يقوم المُرشد بتدوين بعض طرق التكيف التي طرحها الحضور على السبورة ومناقشتها بشكلٍ جماعي، **تكرار الإجراءات (٣) (٤) (٥) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الأول

أن يتعرّف المُسترشدون على فنية التعايش والتكيف مع الإصابة (بتر أحد الأطراف بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية) ويناقشوا جوانبها الإيجابية وأهميتها في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي في مختلف مجالات الحياة.

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

الهدف السلوكي الثاني	
أن يحدد المُسترشدون استراتيجيات التكيف غير الآمنة واستراتيجيات التكيف الآمنة التي اتّبعوها للتكيف مع الحدث الصادم (بتر أحد الأطراف بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية) ومناقشتها بشكل جماعي.	
استراتيجيات الإرشاد	فنية التكيف مع الحدث الصادم – فنية التعايش مع الإصابة – المحاضرة والإلقاء – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (٩ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة). المُستفيد من الجلسة مراهق واحد فقط. باقي المُسترشدين هم حضور ومراقبون ومحاورون.

الإجراء (١): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويعمل على تشجيعهم ليتطوع أحد المُسترشدين ليتحدث عن تلك الاستراتيجيات التكيفية التي اتّبعها للتعايش مع الحدث الصادم (بتر أحد الأطراف بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية) وذلك أمام بقية الحضور، ثم يُطلب منه أن يواجه زملاءه بجوار السبورة، ويدوّن عليها أهم تلك الاستراتيجيات، وفي هذه الأثناء يحاول المُرشد تحفيز باقي الحضور لمناقشة ما إذا كانت كل استراتيجية تكيفية اتّبعها المُسترشد المتطوع آمنة (نافعة، تجلب الراحة النفسية، ليس لها عواقب على الذات وعلى الآخرين..) أو غير آمنة (ضارة، تزيد من مستوى الضغط النفسي، لها عواقب على الذات وعلى الآخرين..). **تكرار الإجراء (١) عدة مرات مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.** وعلى المُرشد أن يتدخل في الوقت المناسب لإعادة النقاش إلى صلب الموضوع، كما يمكن للمُرشد تحفيز باقي الحضور على طرح أسئلة أخرى بحسب القدرات العقلية والمعرفية لهم، وأن يُذكّرهم – بين الحين والآخر – بضرورة تدوين الأسئلة وتدوين الإجابات التي طرحها زميلهم حول طرق التكيف الآمنة وغير الآمنة، وعلى المُرشد تدوين جميع إجابات المُسترشد المتطوع إما بالكتابة اليدوية على كرّاسة أو من خلال التسجيل الصوتي.





الإجراء (٢): يطلب المُرشد من المُسترشد المتطوع أن يتحدث عن نقاط قوة أو ضعف أي استراتيجية تكيفية قام باتّباعها للتعايش مع الحدث الصادم (بتر أحد الأطراف بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية)، وأن يميّز بين الاستراتيجيات التكيفية الآمنة والأدلّة التي تؤكد أنها آمنة على الذات وعلى الآخرين، وتمييز الاستراتيجيات التكيفية غير الآمنة والأدلّة التي تؤكد أنها غير آمنة على الذات وعلى الآخرين، **تكرار الإجراء**

(٢) عدة مرات مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.

الإجراء (٣): يطلب المُرشد من المُسترشد المتطوع اختيار استراتيجية تكيفية آمنة وما تتضمنه من أفكار عقلانية، وتخيّل خطوات التخطيط لتنفيذها بصوت مرتفع أمام باقي الحضور، وما يمكن أن يترتب عليها من نتائج إيجابية، ووصف مشاعره إذا ما تحققت تلك الإستراتيجية التكيفية الآمنة فعلاً، ودورها في مساعدته على التكيف والتعايش الشخصي والاجتماعي مع ظروف الإعاقة التي أصابته.. ليستمر النقاش حولها، وخلال ذلك قد يطرح الحضور مجموعة أسئلة، وعلى المُرشد تشجيع المُسترشد المتطوع للإجابة عنها، أو التدخل المباشر للإجابة عنها، وإعادة الحوار والنقاش لصلب الموضوع، **تكرار الإجراء (٣) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثاني

أن يحدد مُسترشد واحد فقط (مراهق واحد من أفراد المجموعة التجريبية) استراتيجيات التكيف غير الآمنة واستراتيجيات التكيف الآمنة التي اتّبعها للتكيف مع الحدث الصادم (بتر أحد الأطراف بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية) ومناقشتها بشكل جماعي.

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

واجب منزلي	١- يطلب المُرشد من المُسترشدين تسجيل بعض الاستراتيجيات التكيفية التي اتّبعوها للتخلّص من الضغوط النفسية أو الانفعالية التي أصابتهم بفعل الحدث الصادم (الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية). ٢- يطلب المُرشد من المُسترشدين تحديد ما إذا كانت تلك الاستراتيجيات التكيفية آمنة أو غير آمنة.

ملاحظة (١): في جميع الإجراءات السابقة للمرحلة الإرشادية الثامنة لا ضير من استخدام المُرشد للّهجة العامية إذا ثبت له أن معظم المُسترشدين عاجزون عن استيعاب الشروحات السابقة بفصيح اللغة العربية.

ملاحظة (٢): لابد للمُرشد أن يؤكد لجميع الحضور على سرية وخصوصية المعلومات التي قدّمها زميلهم، بحيث لا يسمح لأفراد المجموعة الحديث عمّا جرى في هذه الجلسة الإرشادية خارج حجرة الإرشاد.

ملاحظة (٣): على المُرشد التنويه للمُسترشدين بأنه سوف يبقى في المركز لمدة نصف ساعة إضافية بعد انتهاء وقت الجلسة، فمن يرغب منهم بالحديث بشكل فردي فيمكنه ذلك خلال هذا الوقت.

ملاحظة (٤): لابد من تكرار المرحلة الإرشادية الثامنة بنفس الترتيب مع باقي المُسترشدين، ويمكن تجاوز الهدف السلوكي الأول على اعتبار أنهم خبروه، ولا داعي لتكراره مع الآخرين مرة أخرى.

ملاحظة (٥): إن الزمن المخصص لكل هدف سلوكي ضمن المرحلة الإرشادية الثامنة غير مُحدد، وهو عائد لتقدير المُرشد من جهة، ولخصائص المُسترشد العقلية والمعرفية والانفعالية لديه من جهةٍ أخرى، مع التنويه إلى عدم إطالة الوقت أو تضييقه، بل يجب أن يكون متناسباً مع الموقف الإرشادي.

المرحلة التاسعة جلسة جماعية واحدة	
هدف المرحلة التاسعة	تدريب المُسترشدين (المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية) على فنية الاسترخاء والتأمل الواعي للتخفيف من التوتر والضغوط النفسية والانفعالية الناجمة عن معايشتهم لحدث أو مجموعة أحداث صادمة (خلال الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف).
الزمن (غير محدد)	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
الهدف السلوكي الأول	
أن يتعرّف المُسترشدون على فنية الاسترخاء والتأمل الواعي ومناقشة أهميتها كوسيلة للتخفيف من التوتر المرتبط بالأحداث الصادمة. **الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشدين**	
استراتيجيات الإرشاد	فنية الاسترخاء والتأمل الواعي – المحاضرة والإلقاء – النمذجة غير المباشرة – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
إجراءات تنفيذ الهدف السلوكي الأول	

الإجراء (١): يدخل المُرشد إلى غرفة الإرشاد، ويلقي تحية الصباح على المشاركين في البرنامج الإرشادي، ثم يقوم بتلخيص ما جرى في المرحلة الإرشادية السابقة.

الإجراء (٢): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويبدأ بالحديث عن فنية الاسترخاء والتأمل الواعي، ومزاياها، ودورها في التخلص من التوتر الناتج عن أي حدث نفسي ضاغط لدى الفرد، إذ يقول: **إن الأزمة السورية التي عشناها جميعاً خلال السنوات القليلة الماضية، خلّفت الكثير من مشاعر القلق والخوف والتوتر وانعدام الشعور بالأمن النفسي على الذات وعلى الآخرين لدى الكثيرين منّا، وهذا أمر طبيعي بفعل إجرام المجموعات المسلحة، وإن إحدى سبل التخفيف من هذا التوتر الانفعالي هي فنية الاسترخاء والتأمل الواعي بكل ما حدث، وهي من التكتيكات التي يمكن أن نلجأ إليها للتخفيف المؤقت من حدّة الضغوط النفسية والانفعالية..؟، وهنا يسعى المُرشد خلال حديثه لشدّ انتباه الحضور للشرح الذي سيقدّمه لاحقاً، وأن هذا الشرح ستتخلله تطبيقات عملية لفنية الاسترخاء والتأمل الواعي،** ويتابع المُرشد بقوله: **ما هي فنية الاسترخاء والتأمل الواعي ؟، ينتظر المُرشد الإجابات التي يمكن أن يقدّمها الحضور، ويصحّحها إذا كانت خاطئة، أو يعزّزها إذا كانت صحيحة بالتشجيع وقول كلمة (صح)، ثم كتابتها على السبورة لتشجيع المُسترشدين المنعزلين على التفاعل،** ثم يعرض المُرشد شرحاً مبسطاً ووافياً عن فنية الاسترخاء والتأمل الواعي كما يلي: **إن الاسترخاء والتأمل الواعي يُعتبر أمراً ضرورياً لمواجهة الضغوط النفسية والانفعالية كالقلق والخوف وتشتت الأفكار والاكتئاب والكوابيس.. بعد تعرّض الفرد لحدث أو مجموعة أحداث نفسية صادمة، وما يرافقها من اضطرابات نفسية وفسيولوجية كقرحة المعدة وأمراض القلب..إلخ، لهذا**



يحتاج الفرد لأن يوظّف أسلوب الاسترخاء والتأمل الواعي في مرحلة مبكرة جداً من انعكاسات أي حدث نفسي صادم لتساعده على التهدئة، ويستغرق تدرّب الفرد عليها (بين ٢٠ إلى ٣٥ دقيقة) فقط، وهو جالس على كرسي مريح أو مستلقٍ على سرير، ثم يُضاف إلى الاسترخاء عنصر آخر وهو التأمل الواعي بالتركيز على مصادر القلق أو التوتر أو الضغط النفسي.. ثم إزاحتها من حيّز التفكير، واستبدالها بأفكار إيجابية وتصورات أو تخيلات ذهنية مريحة، وخلال كل ذلك يتوجب على الفرد أن يطلق حرية الاسترخاء لكافة أعضاء جسمه بالتزامن مع التنفس العميق، إلى أن يصبح عمق التنفس إشارةً لعمق الاسترخاء والتأمل الواعي.

ويُعرّف الاسترخاء والتأمل الواعي علمياً بأنه: توقّف واعٍ كامل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، مترافق مع استحضار الأفكار والذكريات المزعجة (مصادر الضغط النفسي) ثم إزاحتها واستبدالها بأفكار إيجابية وتصورات وتخيلات ذهنية مريحة، تكرار الإجراء (٢) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.

الإجراء (٣): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويبدأ بتهيئتهم لمشاهدة مقطع فيديو مترجم إلى اللغة العربية مدته (٣٠ دقيقة تقريباً) على شاشة عرض، يتمحور حول كيفية تنفيذ فنية الاسترخاء والتأمل الواعي، إذ يتضمن العرض طبيباً نفسياً مع امرأة تطلب العلاج وفق فنية الاسترخاء والتأمل الواعي، وبعد انتهاء عرض مقطع الفيديو يقوم المُرشد بطرح بعض الأسئلة العامة على الحضور حول ما تم مشاهدته، وعن أهم النواحي التي لفتت انتباههم لما سمعوه وشاهدوه من قضايا هامة سردها الطبيب النفسي والمريضة في مقطع الفيديو، إذ يَعمد المُرشد إلى تحفيز المُسترشدين لتحليل تلك القضايا، وتدوينها على ورقة خارجية، ثم مناقشتها، ثم الطلب منهم الواحد تلو الآخر قراءة ما توصّلوا إليه من استنتاجات حول فوائد فنية الاسترخاء والتأمل الواعي بصوت مسموع أمام بقية الحضور، ثم يقوم المُرشد بتدوينها على السبورة، **تكرار الإجراء (٣) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**



الإجراء (٤): بعد انتهاء مقطع الفيديو يسعى المُرشد إلى بدء حوار مفتوح حول طريقة تطبيق فنية الاسترخاء والتأمل الواعي، وتلخيص خطواتها على السبورة وهي:

١- الجلوس أو الاستلقاء على سرير بطريقة مريحة تخلو من أي تشنّج أو تقلّص عضلي.

٢- إغماض العينين، والتنفس بعمق وببطء (شهيقاً.. وزفيراً..) وبطريقة مريحة غير تشنجية.

٣- الاستحضار الواعي للذكريات المزعجة المرتبطة بالحدث الصادم، أو استحضار الأفكار السلبية المتعلقة بالضغط النفسي..إلخ.

٤- العمل الواعي على إزاحة تلك الذكريات المزعجة والأفكار السلبية أو مصادر الضغوط والتوتر، والعمل الواعي على استبدالها بأفكار إيجابية أو تصورات أو تخيلات ذهنية مريحة.

٥- خلال كل تلك العملية يستمر الشهيق والزفير بعمق وببطء..

وهنا يسعى المُرشد من خلال حديثه إلى شدّ انتباه الحضور لكل هذا الشرح الذي قدّمه، وأن هذا الشرح ستتخلله تطبيقات عملية لفنية الاسترخاء والتأمل الواعي، بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) في جميع خطوات الإجراء (٤) لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للتفاعل بإيجابية مع هذا النشاط.

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الأول

أن يتعرّف المُسترشدون على فنية الاسترخاء والتأمل الواعي ومناقشة أهميتها كوسيلة للتخفيف من التوتر المرتبط بالأحداث الصادمة.

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

الهدف السلوكي الثاني

أن ينفّذ المُسترشدون خطوات فنية الاسترخاء والتأمل الواعي ومناقشة تأثيرها في التخفيف من التوتر المرتبط بأي حدث صادم (بتر أحد الأطراف، التهجير من المنزل، معايشة العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية..إلخ).

استراتيجيات الإرشاد	فنية الاسترخاء والتأمل الواعي – النمذجة المباشرة من قبل المُرشد.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).

الإجراء (١): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويعمل على تهيئتهم نفسياً وجسدياً لممارسة فنية الاسترخاء والتأمل الواعي وفق الخطوات التي تم شرحها سابقاً، وتشويقهم لاستشعار فوائد هذه الفنية في خفض شدة التوتر والأعراض النفسية والجسدية المرتبطة بما تعرّضوا له من أحداث نفسية صادمة (بتر أحد الأطراف، التهجير من المنزل، معايشة العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية..إلخ).

الأجراء (٢): يطلب المُرشد من الحضور الواحد تلو الآخر أن يستلقوا على السرير، وأثناء ذلك يشغّل المُرشد موسيقى هادئة تتضمن صوت البحر وهبوب الرياح بطريقة تثير الخيال، ثم يملي عليهم خطوات تنفيذ فنية الاسترخاء والتأمل الواعي كما يلي:

١- استلقِ على السرير بطريقة مريحة تخلو من أي تشنج أو تقلص عضلي.



٢- أغمض عينيك، وتنفس بعمق وببطء (شهيقاً.. وزفيراً..) بطريقة غير تشنجية.

٣- استرخاء لمدة (٥) دقائق.

٤- استحضر بشكل واعٍ الذكريات المزعجة المرتبطة بإصابتك بالحدث الصادم (الإعاقة المكتسبة بسبب العمل الإرهابي خلال الأزمة السورية) واستحضر معها الأفكار السلبية المتعلقة بما تشعر به من ضغوط نفسية..

٥- استرخاء لمدة (٥) دقائق، حاول إزاحة تلك الذكريات المزعجة والأفكار السلبية أو مصادر الضغوط والتوتر.. من ذاكرتك الحالية.

٦- استرخاء لمدة (٥) دقائق، حاول استبدال الذكريات المزعجة والأفكار السلبية أو مصادر الضغوط والتوتر

بأفكار إيجابية أو تصورات أو تخيلات ذهنية مريحة.

٧- لا تنسَ دائماً خلال كل تلك العملية أن تستمر في الشهيق والزفير بعمق وببطء..

تكرار الإجراءات (١) (٢) بالتزامن مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط. وعلى المُرشد أن يتدخل في الوقت المناسب لإعادة عملية الاسترخاء والتأمل الواعي إلى مجراها الطبيعي في حال حصول أي مشتت للانتباه، مع التنويه إلى أن عملية الاسترخاء والتأمل الواعي يجب أن لا تتجاوز ساعة واحدة كحد أقصى.

الإجراء (٣): يطلب المُرشد من المُسترشدين بعد انتهاء جلسة الاسترخاء والتأمل الواعي أن يتحدث كل منهم بشكل فردي عن انطباعاته وأحاسيسه الإيجابية وانفعالاته التكيفية التي استشعرها بعد تطبيق تلك الفنية، ومناقشة دورها في تخفيف مستوى الضغط والتوتر النفسي الذي كانوا يعانون منه بسبب الحدث الصادم (بتر أحد الأطراف، التهجير من المنزل، معايشة العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية..إلخ)، **تكرار الإجراء (٣) عدة مرات مترافقاً مع التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثاني

أن ينفّذ المُسترشدون خطوات فنية الاسترخاء والتأمل الواعي ومناقشة تأثيرها في التخفيف من التوتر المرتبط بأي حدث صادم (بتر أحد الأطراف، التهجير من المنزل، معايشة العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية..إلخ).

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

واجب منزلي	١- يطلب المُرشد من المُسترشدين تنفيذ خطوات فنية الاسترخاء والتأمل الواعي عندما يكونون مختلين بأنفسهم. ٢- يطلب المُرشد من المُسترشدين كتابة انطباعاتهم حول الفوائد المحققة من تطبيق فنية الاسترخاء والتأمل الواعي.

ملاحظة (١): في جميع الإجراءات السابقة للمرحلة الإرشادية التاسعة لا ضير من استخدام المُرشد للّهجة العامية إذا ثبت له أن معظم المُسترشدين عاجزون عن استيعاب الشروحات السابقة بفصيح اللغة العربية.

ملاحظة (٢): لابد للمُرشد أن يؤكد لجميع الحضور على سرية وخصوصية المعلومات التي تمت في هذه الجلسة، بحيث لا يسمح لأفراد المجموعة الحديث عمّا جرى في هذه الجلسة الإرشادية خارج حجرة الإرشاد.

ملاحظة (٣): على المُرشد التنويه للمُسترشدين بأنه سوف يبقى في المركز لمدة نصف ساعة إضافية بعد انتهاء وقت الجلسة، فمن يرغب منهم بالحديث بشكل فردي فيمكنه ذلك خلال هذا الوقت.

ملاحظة (٤): إن الزمن المخصص لكل هدف سلوكي ضمن المرحلة الإرشادية التاسعة غير مُحدد، وهو عائد لتقدير المُرشد من جهة، ولخصائص المُسترشدين العقلية والمعرفية والانفعالية لديه من جهةٍ أخرى، مع التنويه إلى عدم إطالة الوقت أو تضييقه، بل يجب أن يكون متناسباً مع الموقف الإرشادي.

المرحلة العاشرة (٥) جلسات فردية بمعدل جلسة واحدة لكل (٢) مُسترشد	
هدف المرحلة العاشرة	تدريب المُسترشدين (المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية) على تعزيز سمة الصلابة النفسية وما تتضمنه من تكتيكات سلوكية ومعرفية (الثبات الانفعالي، الالتزام، السيطرة، التحكم، عدم الاستكانة)، لمواجهة أي حدث أو مجموعة أحداث صادمة في المستقبل.
الزمن (غير محدد)	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
الهدف السلوكي الأول	
أن يتعرّف المُسترشدون على مفهوم الصلابة النفسية كإحدى سمات الشخصية المتّزنة ويناقشوا دورها في تحقيق مستوى مرتفع من الصحة النفسية والتوافق الشخصي والاجتماعي للفرد الذي يتعرّض لأي ضغوط نفسية أو انفعالية أو اجتماعية أو أحداث صادمة. **الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشدين**	
استراتيجيات الإرشاد	المحاضرة والإلقاء – النمذجة المباشرة – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
إجراءات تنفيذ الهدف السلوكي الأول	

الإجراء (١): يدخل المُرشد إلى غرفة الإرشاد، ويلقي تحية الصباح على المشاركين في البرنامج الإرشادي، ثم يقوم بتلخيص ما جرى في المرحلة الإرشادية السابقة.



الإجراء (٢): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويبدأ بالحديث عن مفهوم الصلابة النفسية كسمة مهمة في شخصية الفرد، وأهمية دورها في تحقيق مستوى مرتفع من الصحة النفسية والتوافق الشخصي والاجتماعي للفرد الذي يتعرّض لأي ضغوط نفسية أو انفعالية أو اجتماعية أو أي حدث أو مجموعة أحداث نفسية صادمة، إذ يبدأ المُرشد بالقول: **إن الأزمة السورية التي عشناها جميعاً خلال السنوات القليلة الماضية، جعلتنا نواجه الكثير من الأحداث النفسية الصادمة، والتي لم تكن مألوفة لنا قبل حرب الإرهاب على سورية، وخلّفت العديد من الضحايا، ومشاهد الفوضى، والدم، حيث لوحظت أشلاء مقطعة أو محترقة، وهناك من فقد عزيزاً أو قريباً أو صديقاً.. وهناك من كتبت له النجاة وفقد أحد أطرافه وغدا معوقاً، وهي الحالة التي أنتم فيها الآن، فهل نستكين لظروف الإعاقة ونتقوقع على ذاتنا ؟، أو نستكين لتلك المشاعر السلبية التي جلبتها لنا الإعاقة ؟، أو نواجهها بالصلابة النفسية ؟، فما هي التكتيكات التي يمكن أن نلجأ إليها لكي نعزّز سمة الصلابة النفسية لدينا ؟، ينتظر المُرشد الإجابات التي يمكن أن يقدّمها الحضور، ويصحّحها إذا كانت خاطئة، أو يعزّزها إذا كانت صحيحة بالتشجيع وقول كلمة (صح)، ثم كتابتها على السبورة لتقديم مزيد من الاستحسان.** ثم يعرض المُرشد شرحاً مبسطاً ووافياً عن سمة الصلابة النفسية كما يلي: **إن تعرّضنا للضغوط يُعدّ أمراً حتمياً لا مفرّ منه، فلا حياة دون ضغوط، وإن أشخاصاً كثر يحتفظون بمستوى عالٍ من الأمن النفسي والصحة الجسدية رغم تعرّضهم لتلك الضغوط، ما يجعلنا نعطي**

دوراً هاماً لسمة الصلابة النفسية والتي تساعد في الوقاية من الأمراض وتقليل آثار الأحداث الضاغطة، فالفرد مرتفع الصلابة النفسية أكثر نشاطاً ومبادأة واقتداراً وقيادة وضبطاً داخلياً، وأكثر صموداً ومقاومة لأعباء الحياة المُجهدة، وأشد واقعية وإنجازاً وسيطرة وقدرة على تفسير الأحداث، ويجد أن تجاربه ممتعة وذات معنى، بعكس من هم أقل صلابة الذين يجدون أنفسهم والبيئة من حولهم بلا معنى، ويشعرون بتهديدٍ مستمر وضعف عند مواجهة أحداثها المتغيرة، فهم سلبيون في تفاعلهم مع البيئة، فالصلابة النفسية تأخذ مكان الوسط بين التعرّض للضغوط وبين نواتجها، أي أن الصلابة النفسية ومكوناتها تقوم بدور الوسيط لتخفيف وقع الأحداث الضاغطة على السلامة النفسية والجسدية، فالأفراد قد يتعرّضون لنفس الظروف والمواقف الضاغطة، إلا أن أكثرهم صلابة لا يمرضون ولا يتأثرون بها. وإذا توسعنا في مفهوم الصلابة النفسية نصل إلى مفهوم القدرة على مواجهة الضغوط من خلال استيعاب الحدث الصادم، والثبات الانفعالي، والقدرة على التحكم والسيطرة على المشكلات من حولنا، وإيجاد الحلول المناسبة لها، أو تفاديها والتعايش المؤقت معها لحين استجماع القوة ومواجهته فردياً أو بمساعدة الآخرين، فالصلابة النفسية إحدى مؤشرات الذكاء والقدرات العقلية العالية، وهي سمة يجب أن نتحلّى بها جميعاً سيما خلال ظروف الأزمة السورية التي نعيشها. تكرار الإجراء (٢) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.

الإجراء (٣): يذكر المُرشد بعض المظاهر السلوكية التي تشير إلى وجود سمة عالية للصلابة النفسية لدى الفرد عند تعرّضه للمواقف والأحداث النفسية الصادمة كما يلي:

١- ضبط الانفعالات والعواطف لاستيعاب الأحداث الضاغطة.

٢- في المواقف الصعبة يجب تذكّر الأوقات التي تغلّبنا فيها على صعوبات مماثلة.

٣- في المواقف الصعبة يجب على الفرد توقّع أن أداءه جيد في معظم الأعمال.

٤- عند أي محنة يجب أن يحاول الفرد التفريغ الانفعالي عمّا بداخله من مشاعر سلبية.

٥- امتلاك قدرة السيطرة على الضغوط والتصرّف بثقة.

٦- التحدث مع الذات بأن أي حدث ضاغط أو محنة له حل إذا تم التفكير به جيداً بعيداً عن الانفعال.

٧- امتلاك الثقة بالقدرة على تحمّل الأذى النفسي الناجم عن أي حدث ضاغط أو محنة.

٨- في الظروف الصعبة يمكننا طرح أفكار جديدة لحل أي معضلة.

٩- السعي في فترات الضغط والمحن لضبط انفعالات وعواطف الآخرين.

١٠- تجاهل مصادر الضغوط النفسية والإقبال على الحياة بحماس.

١١- البحث عن الاسترخاء والابتعاد عن الضغوط النفسية للتفكير بحلول لمشكلة ما.

١٢- في الأزمات والشدائد يجب عدم اللجوء لاستخدام أساليب ملتوية لحل المشكلة.

١٣- تأجيل مواجهة المشكلة بشكل مباشر إلى أن تسنح الفرص المناسبة لحلّها.

١٤- تغيير السلوك بسهولة لتفادي الضغوط النفسية والتعايش المؤقت مع المشكلة.

١٥- تعديل الأهداف كلياً أو جزئياً إذا كانت المشكلة أكبر من قدرتنا على مواجهتها.

١٦- الانسحاب من الموقف الضاغط بأقل الخسائر إذا كانت المواجهة المباشرة ستؤدي لمزيد من التعقيد.

١٧- الالتزام بالقوانين والأنظمة والقيم.. وإن لم نرضَ عنها عند مواجهتنا للمشكلة.

تكرار الإجراء (٣) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط. ولابد للمُرشد من تشجيع الحضور لذكر مزيد من المظاهر السلوكية التي تشير إلى تمتّع الفرد بسمة الصلابة النفسية عند مواجهته لأحداث نفسية ضاغطة. **ينتظر المُرشد الإجابات التي يمكن أن يقدّمها المراهقون، ويصحّحها إذا كانت خاطئة، أو يعزّزها إذا كانت صحيحة بالتشجيع وقول كلمة (صح)، ثم كتابتها على السبورة لتقديم مزيد من الاستحسان..**

الإجراء (٤): على المُرشد أن يوحي للمُسترشدين بأهمية التمتّع بسمة الصلابة النفسية للتكيف والتعايش مع أي حدث صادم كخطوة أولى لتجاوز آثاره السلبية على الصحة النفسية، وأن هناك آخرين من مثل عمره تمكّنوا من مواجهة عدة صدمات نفسية من خلال الثبات الانفعالي والالتزام تجاه الذات والآخرين من خلال التخطيط لمواجهة المشكلة، وتنفيذ الحلول، أو طلبوا العون من الآخرين، أو تأجيل البحث في تلك الضغوط النفسية إلى أن تُتاح الفرصة المناسبة لهم لمواجهتها، ويجب على المُرشد أن يكرر دائماً أن سمة الصلابة النفسية هي مؤشر مهم على الذكاء المرتفع، وأنها سمة من سمات الشخصية السوية إذا أراد الفرد منّا الاستمرار بالحياة بأعلى مستوى ممكن من التوافق الشخصي أو الاجتماعي، وأنه من غير الطبيعي أن يستكين الفرد لمشاعر الفشل والإحباط فقد يقود ذلك إلى الهلاك التدريجي. **تكرار الإجراء (٤) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

الإجراء (٥): يمكن للمُرشد أن يطرح بعض الأسئلة العامة على الحضور ليهيئهم من النواحي النفسية والانفعالية والجسدية للحديث عن أهم الطرق والمظاهر السلوكية التي اتّبعوها، والتي تشير إلى سمة الصلابة النفسية لديهم عند مواجهتهم لأهم الضغوط النفسية والأحداث الصادمة التي مرّوا بها خلال الأزمة السورية (الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية)، ثم تدوين بعض من إجابات الحضور على السبورة، **تكرار الإجراء (٥) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الأول

أن يتعرّف المُسترشدون على مفهوم الصلابة النفسية كإحدى سمات الشخصية المتّزنة ويناقشوا دورها في تحقيق مستوى مرتفع من الصحة النفسية والتوافق الشخصي والاجتماعي للفرد الذي يتعرّض لأي ضغوط نفسية أو انفعالية أو اجتماعية أو أحداث صادمة.

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

الهدف السلوكي الثاني

أن يتحدث مُسترشد واحد فقط (مراهق من أفراد المجموعة التجريبية) عن المظاهر السلوكية والانفعالية التي مارسها والتي تعبّر عمّا يمتلكه من سمة الصلابة النفسية (الثبات الانفعالي، الالتزام، السيطرة، التحكم، عدم الاستكانة للإعاقة) عند تعرّضه لأي حدث صادم (بتر أحد الأطراف، التهجير من المنزل، فقدان قريب، معايشة إرهاب المجموعات المسلحة) وكيف تحمّل الضغوط النفسية والانفعالية الناجمة عنه.

الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشد

استراتيجيات الإرشاد	الحديث المباشر من قبل المُسترشد – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (٩ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة). المُستفيد من الجلسة مراهق واحد فقط. باقي المُسترشدين هم حضور ومراقبون ومحاورون.

الإجراء (١): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويعمل على تشجيعهم ليتطوع أحد الحضور للحديث عن تلك الاستراتيجيات السلوكية التي اتّبعها والتي تعبّر عمّا يمتلكه من سمة الصلابة النفسية عند تعرّضه لأي حدث صادم (بتر أحد الأطراف، التهجير من المنزل، فقدان قريب، معايشة إرهاب المجموعات المسلحة) خلال الأزمة السورية، وكيف تحمّل الضغوط النفسية والانفعالية المرتبطة به، وذلك أمام بقية الحضور.

الإجراء (٢): يطلب المُرشد من المُسترشد المتطوع أن يواجه زملاءه بجوار السبورة لتدور عملية حوار ونقاش فيما بينهم – بإشراف المُرشد – حول الاستراتيجيات السلوكية التي اتّبعها والتي تعبّر عمّا يمتلكه من سمة الصلابة النفسية (الثبات الانفعالي، الالتزام، السيطرة، التحكم، عدم الاستكانة للإعاقة) عند تعرّضه لأي حدث صادم (بتر أحد الأطراف، التهجير من المنزل، فقدان قريب، معايشة إرهاب المجموعات المسلحة)





وكيف تحمّل الضغوط النفسية والانفعالية الناجمة عنه، وجدوى أو عدم جدوى تلك الطرق والاستراتيجيات والمظاهر السلوكية، وفيما إذا كانت منطقية أو آمنة أو غير آمنة على الذات وعلى الآخرين على المستوى القريب أو البعيد، ثم يطلب المُرشد من المُسترشد المتطوع رسم جدول على السبورة يتضمن حقلين؛ الحقل الأول يدوّن فيه تلك الجوانب الإيجابية للطرق والاستراتيجيات والمظاهر السلوكية التي اتّبعها والتي تعبّر عن مستوى مرتفع من سمة الصلابة النفسية لديه، والحقل الثاني يدوّن فيه الجوانب السلبية لتلك الطرق والاستراتيجيات والمظاهر السلوكية والتي تشير إلى مستوى منخفض من سمة الصلابة النفسية لديه، ليستمر النقاش حولها، وخلال ذلك قد يطرح باقي الحضور عدة أسئلة، ويجب على المُرشد تحفيز المُسترشد المتطوع للإجابة عنها، أو التدخل المباشر للإجابة عنها لإعادة الحوار والنقاش إلى صلب الموضوع، **تكرار الإجراء (٢) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثاني

أن يتحدث مُسترشد واحد فقط (مراهق من أفراد المجموعة التجريبية) عن المظاهر السلوكية والانفعالية التي مارسها والتي تعبّر عمّا يمتلكه من سمة الصلابة النفسية (الثبات الانفعالي، الالتزام، السيطرة، التحكم، عدم الاستكانة للإعاقة) عند تعرّضه لأي حدث صادم (بتر أحد الأطراف، التهجير من المنزل، فقدان قريب، معايشة إرهاب المجموعات المسلحة) وكيف تحمّل الضغوط النفسية والانفعالية الناجمة عنه.

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

واجب منزلي	١- يطلب المُرشد من المُسترشدين تسجيل بعض الاستراتيجيات التي اتّبعوها والسلوكيات التي قاموا بها التي تعبّر عمّا يمتلكونه من سمة الصلابة النفسية (الثبات الانفعالي، الالتزام، السيطرة، التحكم، عدم الاستكانة للإعاقة) بعد معايشة أي حدث صادم بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية. ٢- يطلب المُرشد من المُسترشدين تحديد فيما إذا كانت تلك الاستراتيجيات والطرق والمظاهر السلوكية التي تعبّر عن سمة الصلابة النفسية لديهم آمنة أو غير آمنة على الذات وعلى الآخرين.

ملاحظة (١): في جميع الإجراءات السابقة للمرحلة الإرشادية العاشرة لا ضير من استخدام المُرشد للّهجة العامية إذا ثبت له أن معظم المُسترشدين عاجزون عن استيعاب الشروحات السابقة بفصيح اللغة العربية.

ملاحظة (٢): لابد للمُرشد أن يؤكد لجميع الحضور على سرية وخصوصية المعلومات التي قدّمها زميلهم، بحيث لا يسمح لأفراد المجموعة الحديث عمّا جرى في هذه الجلسة الإرشادية خارج حجرة الإرشاد.

ملاحظة (٣): على المُرشد التنويه للمُسترشدين بأنه سوف يبقى في المركز لمدة نصف ساعة إضافية بعد انتهاء وقت الجلسة، فمن يرغب منهم بالحديث بشكل فردي فيمكنه ذلك خلال هذا الوقت.

ملاحظة (٤): لابد من تكرار المرحلة الإرشادية العاشرة بنفس الترتيب مع باقي المُسترشدين، ويمكن تجاوز الهدف السلوكي الأول على اعتبار أنهم خبروه، ولا داعي لتكراره مع الآخرين مرة أخرى.

ملاحظة (٥): إن الزمن المخصص لكل هدف سلوكي ضمن المرحلة الإرشادية العاشرة غير مُحدد، وهو عائد لتقدير المُرشد من جهة، ولخصائص المُسترشد العقلية والمعرفية والانفعالية لديه من جهةٍ أخرى، مع التنويه إلى عدم إطالة الوقت أو تضييقه، بل يجب أن يكون متناسباً مع الموقف الإرشادي.

المرحلة الحادية عشرة (٥) جلسات فردية بمعدل جلسة واحدة لكل (٢) مُسترشد	
هدف المرحلة الحادية عشرة	تدريب المُسترشدين (المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية) على فنية حل المشكلات لمواجهة أي حدث أو مجموعة أحداث صادمة وما تتضمنه من تكتيكات سلوكية ومعرفية (الشعور بالمشكلة وتفريغها خطياً، تعريف المشكلة وتحديد أبعادها، وضع الحلول والافتراضات، اختيار الحل الأمثل وتجريبه، تتبّع نجاح الحل والتغذية الراجعة).
الزمن (غير محدد)	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
الهدف السلوكي الأول	
أن يتعرّف المُسترشدون بأسلوب حل المشكلات (الشعور بالمشكلة وتفريغها خطياً، تحديد أبعاد المشكلة، وضع الحلول، اختيار الحل الأمثل، تطبيق الحل، تتبّع نجاح الحل والتغذية الراجعة) ويناقشوا دوره في تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للفرد الذي يتعرّض لأي ضغوط نفسية أو انفعالية أو اجتماعية أو أحداث صادمة. **الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشدين**	
استراتيجيات الإرشاد	أسلوب حل المشكلات – النمذجة المباشرة – المحاضرة والإلقاء – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
إجراءات تنفيذ الهدف السلوكي الأول	

الإجراء (١): يدخل المُرشد إلى غرفة الإرشاد، ويلقي تحية الصباح على المشاركين في البرنامج الإرشادي، ثم يقوم بتلخيص ما جرى في المرحلة الإرشادية السابقة.





الإجراء (٢): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويبدأ بالحديث عن أسلوب حل المشكلات أو (العصف الذهني) ومناقشة دوره في تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للفرد الذي يتعرّض لأي ضغوط نفسية أو انفعالية أو اجتماعية أو أحداث صادمة، حيث يبدأ المُرشد بالقول: **إن الأزمة السورية التي عشنا أحداثها المروعة خلال السنوات القليلة الماضية، جعلتنا نواجه الكثير من المشكلات في عدة مجالات شخصية واجتماعية وتعليمية ومهنية واقتصادية ومالية..إلخ، وبالمقابل فإن الاستكانة وعدم القدرة على مواجهة تلك المشكلات وإيجاد الحلول المناسبة لها يقود إلى مزيد من الضغوط النفسية والانفعالية والاجتماعية والاقتصادية، وإن إيجاد الحلول للمشكلات التي تواجهنا يعبّر عن صلابة نفسية وذكاء مرتفع، فهل نواجه المشكلات بالحلول المناسبة ؟، أو نتقوقع على ذاتنا ؟، أو نستكين لتلك المشاعر السلبية التي جلبتها لنا تلك المشكلات ؟، أو نسعى لإيجاد الحلول المناسبة بأسلوب العصف الذهني ؟، فما هي التكتيكات التي يتضمنها أسلوب حل المشكلات أو (العصف الذهني) ؟، ينتظر المُرشد الإجابات التي يمكن أن يقدّمها الحضور، ويصحّحها إذا كانت خاطئة، أو يعزّزها إذا كانت صحيحة بالتشجيع وقول كلمة (صح)، ثم كتابتها على السبورة لتقديم مزيد من الاستحسان،**

ثم يعرض المُرشد شرحاً مبسطاً ووافياً عن أسلوب حل المشكلات كما يلي:

إن أسلوب حل المشكلات أو (العصف الذهني) هو إحدى الطرق المتّبعة لمواجهة أي مشكلة يتعرّض لها الفرد بطريقة عقلانية، ويتضمن تقييم المشكلة والحلول من مختلف جوانبها بطريقة منطقية، ويتضمن هذا الأسلوب (٥) خطوات لحل أية مشكلة؛ وهي:

١- الخطوة الأولى (الشعور بالمشكلة وتعريفها وتحديد أبعادها): أي صياغة المشكلة التي يتعرّض لها الفرد بعبارات واضحة ومحددة ودقيقة وسهلة الفهم، والتي يجب أن تتضمن جميع متغيرات المشكلة وعناصرها، وهذه الخطوة تُعتبر أساسية لتحديد الهدف الرئيسي لطريقة حل المشكلة، ومن المستحسن كتابة المشكلة وتحديد أبعادها خطياً بلغة واضحة وسليمة، ما يرفع من مستوى فهم المشكلة بكفاية عالية، كما يُفضّل صياغة أي مشكلة وتحديد أبعادها بشكل جماعي، ثم الانتقال إلى الخطوة الثانية.

٢- الخطوة الثانية (جمع المعلومات المتعلقة بالمشكلة): أي تحديد العناصر المادية والبيئية والبشرية والزمنية.. ذات العلاقة بالمشكلة، أي جمع المعلومات المتوفرة حول أسباب وعوامل المشكلة، وهي خطوة مهمة جداً، وفيها تظهر ومضات في ذهن الفرد في أثناء قيامه بجمع المعلومات عن المشكلة، ما يمكّنه من الموازنة بين الحلول التي تستحضر في ذهنه من جهة، وبين المعلومات والحقائق التي جمعها عن المشكلة من جهةٍ أخرى، ولابد من التأكيد عند محاولة جمع البيانات والمعلومات عن أي مشكلة ضرورة البحث في جميع الاتجاهات التي تقود إلى الحقيقة، وتنظيمها بحيث تتصل مباشرة بالمشكلة، وتتطلب من الفرد أن يقوم بتحليل المشكلة تحليلاً يساعده على كيفية جمع المعلومات والتركيز على النقاط الرئيسية التالية:

أ- تجزئة المشكلة إلى أجزاء متسلسلة تسلسلاً منطقياً.

ب- ملاحظة أوجه الشبه أو الاختلاف بين عناصر المشكلة.

ج- ترتيب وتنظيم البيانات والمعلومات العلمية المتعلقة بالمشكلة بشكل مسلسل ومنظم.

د- الوصول للمعلومات من عدة مصادر (مراجع، استبيانات، خبرات الآخرين الذين مرّوا بمشكلات مشابهة، الإنترنت..إلخ).

٣- الخطوة الثالثة (وضع الفرضيات واقتراح الحلول): تتضمن هذه الخطوة التخطيط لكيفية استخدام (الأدوات، الموارد، القوى البشرية، المهارات..) لإيجاد الحلول أو البدائل (الفرضيات) المناسبة لمواجهة المشكلة، ومعرفة المحددات التي تحكم كل ذلك ضمن زمن محدد، ويُعتبر اقتراح الحلول أمراً هاماً لأنه يحدد نوع الأدوات والطرق والوسائل والميزانيات التي ينبغي استخدامها، والتي تؤكد صحة الحلول المقترحة، وتتطلب هذه الخطوة اقتراح أكبر قدر ممكن من الحلول (البدائل)، والتبصّر الذهني بفاعليتها للتخلص من المشكلة بأقل جهد ووقت وتكلفة، ويمكن للتفكير الجماعي أن يلعب دوراً مهماً في استثارة الكثير من الأفكار والحلول والبدائل من خلال (المناقشة، طرح أسئلة مفتوحة، اختبار صلاحية كل فكرة..) لترتيب الحلول الممكنة من الأكثر فاعلية إلى الأقل فاعلية، وبحث مدى صلاحيتها وفق مجموعة معايير لتبنّي هذا الحل أو ذاك.

٤- الخطوة الرابعة (اختبار الحلول): بهدف اختيار الحل الأمثل الذي يتمتع بالكفاءة والفاعلية (أقل وقت – أقل جهد – أقل تكلفة – إنهاء المشكلة بنسبة مرتفعة)، وفي هذه الخطوة يتم تركيز الاهتمام على حل واحد أو أكثر تكون أكثر قابلية للتطبيق بعد المقارنة بينها وفق معايير محددة وفي ضوء الأهداف المنشودة، آخذين

بالاعتبار جميع العوامل المؤثرة بالمشكلة، بما يمكّننا من اتخاذ القرار المناسب واختيار الحل الأنسب وتبنّيه استعداداً لتطبيقه، فالحل المقترح يكون مقبولاً عندما تتوافر فيه المعايير التالية:

أ- شعور الفرد بأن الحل يجيب على التساؤلات المطروحة.

ب- انسجام الحل مع الحالة الكلية التي يرى الفرد فيها إثباتات من البيئة المحيطة.

ج- انسجام الحل مع المفاهيم أو القوانين المكتسبة.

د- قدرة الحل على إعادة تصحيح الموقف بحل المشكلة، أي أن يكون الحل مجدياً وفعالاً وتمتع بالكفاءة (أقل وقت – أقل جهد – أقل تكلفة – ارتفاع نسبة نجاح الحل).

وبعد معالجة الفرد للحلول والبدائل التي توفرت لديه، يقوم بإجراء مقارنات بينها تتناول علاقة كل منها بحل المشكلة ثم يختار المناسب منها، وبعد ذلك من المهم التخطيط للقيام بتنفيذ الحل الذي وقع عليه الخيار، أي يجب التريّث قبل الشروع بتنفيذ الحل، كي لا تكون الاستجابة سريعة، وتوجد مجموعة من الأسئلة المهمة ذات العلاقة بهذه الخطوة، والتي ينبغي أن يطرحها الفرد على نفسه؛ وهي:

أ- ماذا تعرف عن الحل أو الحلول المقترحة للمشكلة ؟.

ب- هل يحتاج الحل إلى تعديل في ضوء المعلومات التي تم جمعها ؟.

ج- إذا كان هناك أكثر من حل واحد للمشكلة فكيف يمكن أن نختار الأفضل ؟.

د- هل يمكن جمع العناصر المشتركة بين عدة حلول مطروحة لتشكيل حل شامل ؟.

ه- المرحلة الخامسة (الوصول إلى النظرية والتعميم): أي تتبّع نجاح الحل والحصول على التغذية الراجعة حول كفاءة وفاعلية الحل، فمضمون هذه المرحلة يركّز على ما يصل إليه الفرد من نتائج مترتبة على التجريب والتحقيق، حيث يقوم بتعميم هذه النتائج على المشكلات المشابهة ونقل الخبرة للآخرين، وتتطلب مهارة تعميم النتائج توفر عدد من الشروط؛ وهي:

أ- توفر نتائج مترتبة على التجريب والتطبيق والتحقيق.

ب- صياغة النتائج بأسلوب بسيط وسهل ودقيق.

ج- يمكن نقل الخبرة والتعلم إلى مواقف جديدة في حال وجود عناصر مشتركة بين المشكلة كموضوع الدراسة والمشكلات الجديدة.

د- توفر عناصر التعميم المرتبطة بالتشابه في الظروف والحالة والعناصر.

هـ- التشابه في الهدف.

إنّ هذا التعميم الذي يتوصّل إليه الفرد على جميع المواقف الحياتية التي تمرّ به، يؤدي إلى ردم الفجوة بين المشكلة من جهة، وما يترتب عليها من ضغوط نفسية أو انفعالية من جهةٍ أخرى. تكرار الإجراء (٢) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.

الإجراء (٣): يذكر المُرشد بعض المواقف الإشكالية التي مرّ بها خلال الأزمة السورية، والتي سبّبت له ضغوطاً نفسية وانفعالية واجتماعية ومادية واقتصادية (التهجير من المنزل، فقدان العمل، فقدان مصدر الرزق..إلخ)، وكيف استخدم فيها الخطوات السابقة لأسلوب حل المشكلات (الشعور بالمشكلة وتفريغها خطياً، تعريف المشكلة

وتحديد أبعادها، وضع الحلول والافتراضات، اختيار الحل الأمثل وتجريبه، تتبّع نجاح الحل والتغذية الراجعة)، بما مكّنه من مواجهة معظم تلك المشكلات (إعادة تأسيس منزل، التعاون مع الآخرين، وضع أهداف مهنية جديدة والسعي لتحقيقها، تجاوز المشكلة مؤقتاً إلى أن تتّاح الفرصة المناسبة لمواجهتها وحلّها كلياً أو جزئياً، طلب العون من الآخرين..إلخ)، ثم يذكر المُرشد بعض المظاهر السلوكية الإيجابية التي يجب أن يتحلّى بها الفرد عند مواجهة أي موقف إشكالي أو حدث نفسي ضاغط كما يلي:

١- عندما تواجهني المحن أفكر بعمق في أبعاد المشكلة وتحديد أسبابها بدقة.

٢- عندما تواجهني الصعوبات أنظّم أفكاري كي لا أسلك بطريقة أندم عليها لاحقاً.

٣- أوظّف خبراتي السابقة للتفكير بحلول للمشكلة الحالية.

٤- إن السير نحو مواجهة المشكلة يؤدي بالنهاية لإيجاد حلول مناسبة لها.

٥- أفكر بعمق بالنتائج المترتبة على تجاهل المشكلة وتركها دون حل.

٦- أسعى لتحديد أسباب المشكلة وترتيبها حسب أهمية كل سبب.

٧- أسعى لتوليد أكبر قدر ممكن من الحلول المنطقية لمواجهة أي مشكلة.

٨- أسعى لحل المشكلة بما يساعد على الخروج بأقل الخسائر الممكنة.

٩- أفكر بحلول أخرى للمشكلة عندما أشعر أن الحلول التي نفّذتها غير مجدية.

١٠- أشارك الآخرين للتفكير معي بالمشكلة من زوايا مختلفة وتحديد أبعادها بدقة.

١١- أقتحم المشكلات ولا أنتظر الأقدار أو الصدف لحسمها.

١٢- عندما أواجه مشكلة جديدة أجمع معلومات كافية عنها لمعرفة ما لا أعرفه.

١٣- الفشل يكمن في الاستكانة والتقوقع على الذات وعدم مواجهة المشكلة.

١٤- المثابرة على بذل جهود مضاعفة يساعدني على مواجهة أي محنة عصيبة.

١٥- عندما أجد حلاً للمشكلة أشعر بمتعة ورغبة بإيجاد حلول لمشكلات أخرى.

١٦- المشكلات الشخصية والاجتماعية أمور طبيعية وتضيف متعة للحياة.

١٧- أواجه مشكلاتي بشكل مستقل ولا تُملى علي الحلول من الآخرين.

١٨- عندما أضع خططاً مستقبلية لمواجهة المشكلة لدي ثقة بقدرة تنفيذها.

١٩- عندما تحدث أمور سيئة في حياتي ولا أملك سيطرة عليها لا أستكين لليأس.

٢٠- لدي قدرة على تغيير آراء الآخرين وطريقة تفكيرهم بالمشكلات التي تواجههم.

٢١- ضبط الانفعالات والعواطف لاستيعاب الأحداث الضاغطة.

٢٢- الصعوبات والشدائد فرص مناسبة لتنمية الشخصية بمزيد من خبرات الحياة.

٢٣- الحياة المستقبلية ستحمل مزيداً من الضغوط ويجب أن نكون مستعدين لها.

تكرار الإجراء (٣) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط. كما لابد للمُرشد من تشجيع الحضور لذكر مزيد من المظاهر السلوكية التي تشير إلى ضرورة لجوء الفرد إلى أسلوب حل المشكلات عند مواجهته لأي موقف إشكالي أو حدث نفسي ضاغط، **ينتظر المُرشد الإجابات التي يمكن أن يقدّمها الحضور، ويصحّحها إذا**

كانت خاطئة، أو يعزّزها إذا كانت صحيحة بالتشجيع وقول كلمة (صح)، ثم كتابتها على السبورة لتقديم مزيد من الاستحسان..

الإجراء (٤): على المُرشد أن يوحي للمُسترشدين بأهمية اللجوء إلى أسلوب حل المشكلات (العصف الذهني) لمواجهة أي حدث نفسي ضاغط أو أي فاجعة أو حدث صادم كخطوة أولى لتجاوز آثارها السلبية على الصحة النفسية والتوافق الشخصي والاجتماعي، وأن هناك آخرين من مثل عمره تمكّنوا مواجهة الكثير من الأحداث النفسية الصادمة من خلال اللجوء إلى أسلوب حل المشكلات وفق استراتيجيات سلوكية تكيفية مناسبة من خلال التخطيط لمواجهة المشكلة، وتنفيذ الحلول، أو طلب العون من الآخرين، أو تأجيل البحث في تلك المشكلات إلى أن تُتاح الفرصة المناسبة لهم لمواجهتها، ويجب على المُرشد أن يكرر دائماً أن اللجوء إلى أسلوب حل المشكلات لمواجهة أي حدث نفسي ضاغط أو أي فاجعة أو حدث صادم هو مؤشر على القدرات العقلية العالية وسمة للصلابة النفسية والتفكير العقلاني والتخطيط الواعي للتكيف والتعايش مع أي حدث صادم، وسمة من سمات الشخصية السوية إذا أراد الفرد منّا الاستمرار بالحياة بأعلى مستوى ممكن من التوافق الشخصي أو الاجتماعي، وأنه من غير الطبيعي أن يستكين الفرد لمشاعر الفشل والإحباط.. فقد يقود ذلك إلى الهلاك التدريجي، **تكرار الإجراء (٤) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

الإجراء (٥): يمكن للمُرشد أن يطرح بعض الأسئلة العامة على الحضور ليهيئهم من النواحي النفسية والانفعالية والجسدية للحديث عن أهم الطرق والمظاهر السلوكية التي اتّبعوها لمواجهة أي مشكلة تعرّضوا لها، وسبّبت لهم ضغوطاً نفسية وانفعالية واجتماعية خلال الأزمة السورية (سيما الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية)، ثم يقوم المُرشد بتدوين بعض من الإجابات التي طرحها الحضور على السبورة، **تكرار الإجراء (٥) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الأول

أن يتعرّف المُسترشدون بأسلوب حل المشكلات (الشعور بالمشكلة وتفريغها خطياً، تحديد أبعاد المشكلة، وضع الحلول، اختيار الحل الأمثل، تطبيق الحل، تتبّع نجاح الحل والتغذية الراجعة) ويناقشوا دوره في تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للفرد الذي يتعرّض لأي ضغوط نفسية أو انفعالية أو اجتماعية أو أحداث صادمة.

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

الهدف السلوكي الثاني

أن يطبّق مُسترشد واحد فقط (مراهق من أفراد المجموعة التجريبية) خطوات أسلوب حل المشكلات (الشعور بالمشكلة وتفريغها خطياً، تعريف المشكلة وتحديد أبعادها، وضع الحلول والافتراضات، اختيار الحل الأمثل وتجريبه، تتبّع نجاح الحل والتغذية الراجعة) لمواجهة الضغوط النفسية والانفعالية والاجتماعية التي عانى منها بسبب تعرّضه للحدث الصادم الناجم عن الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية ودور هذا الأسلوب في التعايش مع هذه الإشكالية.

الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشد

استراتيجيات الإرشاد	أسلوب حل المشكلات – النمذجة والحديث المباشر من قبل المُسترشد – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (٩ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة). المُستفيد من الجلسة مراهق واحد فقط. باقي المُسترشدين هم حضور ومراقبون ومحاورون.

الإجراء (١): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويعمل على تشجيعهم ليتطوع أحد المُسترشدين لتطبيق أسلوب حل المشكلات (العصف الذهني) لكيفية التعايش مع الوضع الجديد (الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية)، ثم مناقشة خطوات هذا الأسلوب، ومناقشة أثره في تحمّل الضغوط النفسية والانفعالية المرتبطة بالإصابة والحدث الصادم، وذلك أمام بقية الحضور.

الإجراء (٢): يطلب المُرشد من المُسترشد المتطوع أن يواجه زملاءه بجوار السبورة لتدور عملية حوار ونقاش فيما بينهم – بإشراف المُرشد – لتنفيذ خطوات أسلوب حل المشكلات كما يلي:





١- الشعور بالمشكلة وتفريغها خطياً.

٢- تحديد أبعاد المشكلة.

٣- وضع الحلول واختيار الحل الأمثل.

٤- افتراض تطبيق الحل وتتبّع نجاح الحل والتغذية الراجعة.

ثم يطلب المُرشد من المُسترشد المتطوع رسم جدول على السبورة يتضمن حقلين؛ الحقل الأول يدوّن فيه الحلول المقترحة للتعايش مع حالة الإعاقة، والحقل الثاني يدوّن فيه معايير كل حل (الكفاءة والفاعلية)، ليستمر النقاش حولها وفق الخطوات الأربع السابقة، وخلال ذلك قد يطرح باقي المراهقين عدة أسئلة، ويجب على المُرشد تحريض المُسترشد المتطوع للإجابة عنها، أو التدخل المباشر من قبل المُرشد للإجابة عنها لإعادة الحوار والنقاش إلى صلب الموضوع، **تكرار الإجراء (٢) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثاني

أن يطبّق مُسترشد واحد فقط (مراهق من أفراد المجموعة التجريبية) خطوات أسلوب حل المشكلات (الشعور بالمشكلة وتفريغها خطياً، تعريف المشكلة وتحديد أبعادها، وضع الحلول والافتراضات، اختيار الحل الأمثل وتجريبه، تتبّع نجاح الحل والتغذية الراجعة) لمواجهة الضغوط النفسية والانفعالية والاجتماعية التي عانى منها بسبب تعرّضه للحدث الصادم الناجم عن الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية ودور هذا الأسلوب في التعايش مع هذه الإشكالية.

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

واجب منزلي	١- يطلب المُرشد من المُسترشدين تطبيق أسلوب حل المشكلات لمواجهة الضغوط النفسية والانفعالية والاجتماعية التي عانوا منها بسبب تعرّضهم للحدث الصادم الناجم عن الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية. ٢- يطلب المُرشد من المُسترشدين وصف مشاعرهم وأحاسيسهم بعد تطبيق أسلوب حل المشكلات في التعايش مع الحدث الصادم الناجم عن الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية وما ارتبط به من مشكلات نفسية وانفعالية.

ملاحظة (١): في جميع الإجراءات السابقة للمرحلة الإرشادية الحادية عشرة لا ضير من استخدام المُرشد للّهجة العامية إذا ثبت له أن معظم المُسترشدين عاجزون عن استيعاب الشروحات السابقة بفصيح اللغة العربية.

ملاحظة (٢): لابد للمُرشد أن يؤكد لجميع الحضور على سرية وخصوصية المعلومات التي قدّمها زميلهم، بحيث لا يسمح لأفراد المجموعة الحديث عمّا جرى في هذه الجلسة الإرشادية خارج حجرة الإرشاد.

ملاحظة (٣): على المُرشد التنويه للمُسترشدين بأنه سوف يبقى في المركز لمدة نصف ساعة إضافية بعد انتهاء وقت الجلسة، فمن يرغب منهم بالحديث بشكل فردي فيمكنه ذلك خلال هذا الوقت.

ملاحظة (٤): لابد من تكرار المرحلة الإرشادية الحادية عشرة بنفس الترتيب مع باقي المُسترشدين، ويمكن تجاوز الهدف السلوكي الأول على اعتبار أنهم خبروه، ولا داعي لتكراره مع الآخرين مرة أخرى.

ملاحظة (٥): إن الزمن المخصص لكل هدف سلوكي ضمن المرحلة الإرشادية الحادية عشرة غير مُحدد، وهو عائد لتقدير المُرشد من جهة، ولخصائص المُسترشد العقلية والمعرفية والانفعالية لديه من جهةٍ أخرى، مع التنويه إلى عدم إطالة الوقت أو تضييقه، بل يجب أن يكون متناسباً مع الموقف الإرشادي.

المرحلة الثانية عشرة (٥) جلسات فردية بمعدل جلسة واحدة لكل (٢) مُسترشد	
هدف المرحلة الثانية عشرة	تدرّب المُسترشدين (المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية) على تنمية الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة بعد التكيف مع الحدث أو مجموعة الأحداث الصادمة (الأزمة السورية، بتر أحد الأطراف).
الزمن (غير محدد)	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
الهدف السلوكي الأول	
تعريف المُسترشدين بمفهوم الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة ومناقشة أهميته كوسيلة لتحقيق أعلى مستوى من التوافق الشخصي والاجتماعي بعد التعرّض لحدث صادم. **الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشدين**	
استراتيجيات الإرشاد	النمذجة المباشرة من قبل المُرشد – الإلقاء والمحاضرة – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
إجراءات تنفيذ الهدف السلوكي الأول	

الإجراء (١): يدخل المُرشد إلى غرفة الإرشاد، ويلقي تحية الصباح على المشاركين في البرنامج الإرشادي، ثم يقوم بتلخيص ما جرى في المرحلة الإرشادية السابقة.



الإجراء (٢): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويبدأ بالحديث عن مفهوم الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة، ومناقشة دوره في تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للفرد الذي يتعرّض لأي ضغوط نفسية أو انفعالية أو اجتماعية أو أحداث صادمة، حيث يبدأ المُرشد بالقول:

خلّفت حرب الإرهاب على سورية الكثير من المآسي والآلام النفسية والجسدية التي عانى منها الناجون، فالمعاناة النفسية التالية لصدمة الحرب وإرهاب المجموعات المُسلحة أشد وطأة من الآثار الجسدية، بسبب الآثار النفسية التي ألمّت بجيل كامل على مدار السنوات الماضية، والآثار الفورية وطويلة الأمد على الصحة النفسية لجميع الأفراد، والتي تجلّت بهيئة أعراض اجتماعية، وضعف الشعور بالأمن النفسي تجاه المستقبل وجودة الحياة، وبالمقابل فإن استمرار العيش مع تلك الأفكار والذكريات المزعجة وآلام الماضي.. يقود إلى مزيدٍ من الضغوط النفسية والانفعالية والاجتماعية.. وكما هو معروف فإننا في برنامجنا الإرشادي هذا قد قطعنا شوطاً مهماً في كيفية التعايش مع ظروف الحرب وما تضمنته من أحداث نفسية صادمة، فهل نستكين للأفكار السلبية وآلام الماضي ؟، أو ننظر للمستقبل بإيجابية وأمل وتفاؤل ونستغل كل طاقاتنا العقلية والجسدية لتحسين ظروف الحياة من حولنا ونعيشها بجودة عالية ؟، فما هي طرق التفكير والتكتيكات السلوكية التي يمكن اللجوء إليها لتحسين ظروف الواقع الحالي والتخطيط للمستقبل والعيش بجودة عالية ؟، ينتظر المُرشد الإجابات التي يمكن أن يقدّمها الحضور، ويصحّحها إذا كانت خاطئة، أو يعزّزها إذا كانت صحيحة بالتشجيع وقول كلمة (صح)، ثم كتابتها

على السبورة لتقديم مزيد من الاستحسان. ثم يعرض المُرشد شرحاً مبسطاً ووافياً عن مفهوم الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة كما يلي: **إن الشعور بجودة الحياة هو عملية إصدار حكم عقلي عام من قبل الفرد عن الحياة التي يعيشها بالأمل بالمستقبل، بغض النظر عن الأهمية التي يعطيها كل مصدر من مصادر الرضا عن الحياة (كالمال أو الصحة أو السلطة..)، وهذا يُظهر الطبيعة الكلية لهذا الشعور واستخدامه بوصفه مفهوماً متعدد الأبعاد، ونسبياً، ويختلف من شخص لآخر من الناحيتين النظرية والتطبيقية، وفق المعايير التي يعتمدها الأفراد لتقويم الحياة ومطالبها، والتي غالباً ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات هذا الشعور كالقدرة على التفكير واتخاذ القرار، والقدرة على التحكم، وإدارة الظروف المحيطة، والصحة الجسمية والنفسية والظروف الاقتصادية، والمعتقدات الدينية، والقيم الثقافية والحضارية، التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة التي تحقق سعادتهم في الحياة، لذلك فإن الشعور الإيجابي بجودة الحياة له بعدان أساسيان:**

١- البعد الشخصي: الذي يشير إلى رضا الفرد عن نفسه، غير كاره لها أو نافر منها، أو ساخط عليها، أو غير واثق بها، كما تتسم حياته النفسية بالخلوّ من التوترات والصراعات النفسية التي تقترن بمشاعر الذنب، والقلق، والضيق، والنقص، والرثاء للذات..إلخ.

٢- البعد الاجتماعي: فالفرد كائن اجتماعي يعيش في مجتمع تحدث في إطاره عمليات من التأثير والتأثُّر المتبادل بين أفراده، وضمن نمط ثقافي معين، ووفق مجموعة من النظم والقوانين والعادات والتقاليد والقيم.. يضعون خلال ذلك حلولاً لمشكلاتهم لاستمرار بقائهم بطريقة صحيّة (نفسياً واجتماعياً) في إطار الأسرة والمجتمع والمدرسة، وهذا يتطلب التزام الفرد بأخلاقيات المجتمع وعاداته وقوانينه وتراثه الروحي والديني، وتقيّده بالأوامر والنواهي والمحرّمات والممنوعات..إلخ، وكل ذلك يُشعر الفرد بالاندماج مع الجماعة ورضاها عمّا قد يصدر عنه من أفعال، وارتياحها حيال تصرفاته وسلوكه، مما يُمكّنه من التحكم بالذات وضبطها من أي فكرة لاعقلانية، وما هو خلاف ذلك يجعل مفهومي الأمن النفسي وجودة الحياة للفرد مهددين.

إن تهديد الأمن النفسي الاجتماعي للفرد يأتي من ثلاثة عناصر رئيسية هي (الشعور بالعجز، الشعور بالعداوة، الشعور بالعزلة)، كما أن بعض الممارسات السلوكية السيئة في الوسط الاجتماعي للفرد قد تقود إلى تهديد أمنه النفسي الاجتماعي كالشعور بعدم محبة الآخرين، أو الرغبة بالعزلة العاطفية والاجتماعية، والشعور الواهم بأنه شخص منبوذ، ومحروم من الحب والعطف والحنان، وأنه مخلوق ضعيف وسط عالم عدواني، وشعوره بعدم السيطرة المباشرة وغير المباشرة، وانعدام العدالة.. وكلها مشاعر سلبية قد تقود إلى انعدام الأمل والتفاؤل بالمستقبل، وبالتالي انعدام الشعور بجودة الحياة.. تكرار الإجراء (٢) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.

الإجراء (٣): يذكر المُرشد بعض التكتيكات السلوكية وطرق التفكير التي قام بها عند تعرّضه لبعض المواقف الإشكالية التي مرّ بها خلال الأزمة السورية (التهجير من المنزل، فقدان العمل، فقدان مصدر الرزق..إلخ)، والتي بينت قدرته على التعاطي الإيجابي مع الواقع، ومهارته في تكييف قدرات التفكير والسلوك الشخصي للتفاؤل بالمستقبل وتحسين جودة الحياة لديه، والسعي لتجاوز أي ذكريات مؤلمة، وتوظيف القدرات العقلية والنفسية والجسدية لتحسين ظروف الحياة الحالية والتخطيط للمستقبل، وتوظيف ظروف الحياة الإيجابية والسلبية، بما مكّنه

من تحقيق أعلى مستوى ممكن من الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة:

١- أضبط انفعالاتي وعواطفي لأستوعب الأحداث الضاغطة من حولي.

٢- في المواقف الصعبة أتذكر الأوقات التي تغلّبتُ فيها على صعوبات مماثلة.

٣- مهما كانت الضغوط فذلك لن يعطّل مثابرتي لمزيد من التحصيل الدراسي.

٤- في المواقف الصعبة أتوقع أن يكون أدائي جيداً في معظم الأعمال.

٥- عندما يكون مزاجي جيداً استطيع السيطرة على الضغوط وأتصرف بثقة.

٦- أي حدث ضاغط أو محنة.. تعتبر بالنسبة لي مصدراً من مصادر الخبرة.

٧- التهجير من المنزل يمكن اعتباره رحلة شاقّة رغم أنها ليست ممتعة.

٨- كن محبّاً للتجربة والاستكشاف.

٩- اهتم بالمشكلات من حولك، وقدّم كل ما باستطاعتك للمساهمة في حلها.

١٠- عندما يكون مزاجي جيداً يمكنني أن أطرح أفكاراً جديدة لحل أي معضلة.

١١- الظروف الصعبة والشدائد.. لن تثبّط عزيمتي للاستمرار بتفوقي.

١٢- كلما وجدت العمل الذي أقوم به صعباً زاد إصراري على إتمامه بأفضل صورة.

١٣- يعتمد مستقبلي الناجح على قدرتي على إنجاز أعمال ذات قيمة في حياتي.

١٤- نجاحي في إنجاز الأعمال الصعبة يدفعني لإنجاز أعمال أخرى أكثر صعوبة.

١٥- لن أسمح لأخطائي أن تثبّط عزيمتي.

١٦- الأعمال والواجبات غير المنتهية مصدر إزعاج بالنسبة لي حتى أنتهي منها.

١٧- إذا فشلت بالمحاولة الأولى أبحث بأسباب الفشل وأكرر المحاولة حتى أنجح.

١٨- أسعى لجعل حياتي مشوقة رغم الظروف الصعبة.

١٩- لدي شعورٌ بأن الغد (المستقبل) أفضل من اليوم.

٢٠- الآخرون يحبونني بذات المقدار الذي أحبهم.

٢١- لدي شعورٌ بأنه يجب أن أظل مبتسماً رغم الظروف الصعبة.

٢٢- أشعر بأن الحياة جميلة بطبيعتها ويمكن أن نتعلم منها الكثير.

٢٣- لدي أمل بقدرتي على تحقيق جميع أهدافي رغم المواقف الحياتية الضاغطة.

٢٤- أحب نفسي بذات المقدار الذي أحب به الآخرين.

٢٥- يلبّي أصدقائي طلبي بالمساعدة حين أحتاجهم.

تكرار الإجراء (٣) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط. كما لابد للمُرشد من تشجيع الحضور لذكر مزيد من التكتيكات السلوكية وطرق التفكير التي قاموا بها عند تعرّضهم لبعض المواقف الإشكالية التي مرّوا بها خلال الأزمة السورية (التهجير من المنزل، ترك المدرسة بشكل مؤقت، الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية..إلخ)، والتي بينت قدرتهم على التعاطي الإيجابي مع الواقع، ومهارتهم في تكييف قدرات التفكير والسلوك الشخصي للتفاؤل بالمستقبل وتحسين جودة الحياة لديهم، والسعي لتجاوز أي ذكريات مؤلمة،

وتوظيف القدرات العقلية والنفسية والجسدية لتحسين ظروف الحياة الحالية والتخطيط للمستقبل، وتوظيف ظروف الحياة الإيجابية والسلبية، لتحقيق أعلى مستوى ممكن من الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة. **ينتظر المُرشد الإجابات التي يمكن أن يقدّمها الحضور، ويصحّحها إذا كانت خاطئة، أو يعزّزها إذا كانت صحيحة بالتشجيع وقول كلمة (صح)، ثم كتابتها على السبورة لتقديم مزيد من الاستحسان..**

الإجراء (٤): على المُرشد أن يوحي للمُسترشدين بأهمية النظر بإيجابية نحو المستقبل والسعي لتوظيف القدرات العقلية والمعرفية والسلوكية لتحسين الشعور بجودة الحياة، وتغيير الواقع المؤلم، والنظر بتفاؤل وأمل نحو الغد القادم، كوسيلة تكيفية وصحية لمواجهة أي حدث نفسي ضاغط أو أي فاجعة أو حدث صادم، وتجاوز آثاره السلبية على الصحة النفسية والتوافق الشخصي والاجتماعي، وأن هناك آخرين تمكّنوا من مواجهة الكثير من أحداث الحياة الضاغطة باللجوء إلى بعض التكتيكات وطرق التفكير السليم للتعاطي الإيجابي مع الواقع، وتكييف مهارات التفكير والسلوك الشخصي للتفاؤل بالمستقبل وتحسين جودة الحياة لديهم، والسعي لتجاوز أي ذكريات مؤلمة، وتوظيف القدرات العقلية والنفسية والجسدية لتحسين ظروف الحياة الحالية والتخطيط للمستقبل، وتكييف ظروف الحياة الإيجابية والسلبية، بما مكّنهم من تحقيق أعلى مستوى ممكن من الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة.. **تكرار الإجراء (٤) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

الإجراء (٥): يمكن للمُرشد طرح بعض الأسئلة على الحضور ليهيئهم من النواحي النفسية والانفعالية والجسدية للحديث عن التكتيكات وطرق التفكير التي مارسوها لمواجهة الحدث الصادم (الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية)، والتي بينت قدرتهم على التعاطي الإيجابي مع هذا الواقع الجديد، وكيف وظّفوا مهارات التفكير والسلوك الشخصي لديهم للتفاؤل بالمستقبل وتحسين جودة الحياة لديهم، وتجاوز أي ذكريات مؤلمة، وتحسين ظروف الحياة الحالية والتخطيط للمستقبل، وتحقيق أعلى مستوى ممكن من الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة. **تكرار الإجراء (٥) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الأول

أن يتعرّف المُسترشدون على مفهوم الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة ويناقشوا أهميته كوسيلة لتحقيق أعلى مستوى من التوافق الشخصي والاجتماعي بعد التعرّض لحدث صادم.

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

الهدف السلوكي الثاني

أن يعرض مُسترشد واحد فقط (مراهق من أفراد المجموعة التجريبية) أهم التكتيكات وطرق التفكير التي قام بها لمواجهة الحدث الصادم (الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية)، والتي بينت قدرته على تحقيق أعلى مستوى ممكن من الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة.

الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشد

استراتيجيات الإرشاد	فنية تنمية الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة – الحديث المباشر من قبل المُسترشد – الأسئلة – الحوار والمناقشة.

المستفيدون	المشاركون في الجلسة (٩ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة). المُستفيد من الجلسة مراهق واحد فقط. باقي المُسترشدين هم حضور ومراقبون ومحاورون.

الإجراء (١): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويعمل على تشجيعهم ليتطوع أحد المُسترشدين للحديث عن التكتيكات وطرق التفكير التي قام بها لمواجهة الحدث الصادم (الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية)، ومناقشة قدرته على التعاطي الإيجابي مع هذا الواقع الجسدي الجديد، وكيف وظّف مهارات التفكير والسلوك الشخصي لديه للتفاؤل بالمستقبل وتحسين جودة الحياة، وبحث قدرته على تجاوز أي ذكريات مؤلمة، وتحسين ظروف الحياة الحالية والتخطيط للمستقبل، وتحقيق أعلى مستوى ممكن من الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة، وذلك أمام بقية الحضور.







الإجراء (٢): يطلب المُرشد من المُسترشد المتطوع أن يواجه زملاءه بجوار السبورة لتدور عملية حوار ونقاش فيما بينهم – بإشراف المُرشد – للحديث عن التكتيكات وطرق التفكير التي قام بها لمواجهة الحدث الصادم (الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية، والتي بينت قدرته على التعاطي الإيجابي مع هذا الواقع الجسدي الجديد، وكيف وظّف مهارات التفكير والسلوك الشخصي لديه للتفاؤل بالمستقبل وتحسين جودة الحياة لديه، وتجاوز أي ذكريات مؤلمة، وتحسين ظروف الحياة الحالية والتخطيط للمستقبل، وتحقيق أعلى مستوى ممكن من الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة، ثم يطلب المُرشد من المُسترشد المتطوع رسم جدول على السبورة يتضمن حقلين؛ الحقل الأول يدوّن فيه التكتيكات السلوكية وطرق التفكير الإيجابي التي مكّنته من امتلاك الشعور الإيجابي بالمستقبل وجودة الحياة، والحقل الثاني يدوّن فيه التكتيكات السلوكية وطرق التفكير السلبية التي ساهمت في امتلاك الشعور بفقدان الأمن النفسي والاجتماعي تجاه المستقبل وانعدام جودة الحياة لديه، ليستمر النقاش حولها، وخلال ذلك قد يطرح باقي الحضور عدة أسئلة، ويجب على المُرشد تحريض المُسترشد المتطوع للإجابة عنها، أو التدخل المباشر من قبل المُرشد للإجابة عنها لإعادة الحوار والنقاش إلى صلب الموضوع، **تكرار الإجراء (٢) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع المُسترشدين المنعزلين للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثاني

أن يتحدث مُسترشد واحد فقط (مراهق من أفراد المجموعة التجريبية) عن أهم التكتيكات السلوكية وطرق التفكير التي قام بها لمواجهة الحدث الصادم (الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية)، والتي بينت قدرته على تحقيق أعلى مستوى ممكن من الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة.

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

واجب منزلي	يطلب المُرشد من المُسترشدين كتابة أهم التكتيكات السلوكية وطرق التفكير التي قاموا بها لمواجهة الحدث الصادم (الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية)، والتي بينت قدرتهم على تحقيق أعلى مستوى ممكن من الشعور الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة.

ملاحظة (١): في جميع الإجراءات السابقة للمرحلة الإرشادية الثانية عشرة لا ضير من استخدام المُرشد للّهجة العامية إذا ثبت له أن معظم المُسترشدين عاجزون عن استيعاب الشروحات السابقة بفصيح اللغة العربية.

ملاحظة (٢): لابد للمُرشد أن يؤكد لجميع الحضور على سرية وخصوصية المعلومات التي قدّمها زميلهم، بحيث لا يسمح لأفراد المجموعة الحديث عمّا جرى في هذه الجلسة الإرشادية خارج حجرة الإرشاد.

ملاحظة (٣): على المُرشد التنويه للمُسترشدين بأنه سوف يبقى في المركز لمدة نصف ساعة إضافية بعد انتهاء وقت الجلسة، فمن يرغب منهم بالحديث بشكل فردي فيمكنه ذلك خلال هذا الوقت.

ملاحظة (٤): لابد من تكرار المرحلة الإرشادية الثانية عشرة بنفس الترتيب مع باقي المُسترشدين، ويمكن تجاوز الهدف السلوكي الأول على اعتبار أنهم خبروه، ولا داعي لتكراره مع الآخرين مرة أخرى.

ملاحظة (٥): إن الزمن المخصص لكل هدف سلوكي ضمن المرحلة الإرشادية الثانية عشرة غير مُحدد، وهو عائد لتقدير المُرشد من جهة، ولخصائص المُسترشد العقلية والمعرفية والانفعالية لديه من جهةٍ أخرى، مع التنويه إلى عدم إطالة الوقت أو تضييقه، بل يجب أن يكون متناسباً مع الموقف الإرشادي.

نشاط ترويحي زيارة قلعة دمشق وسوق الحميدية من قبل جميع المُسترشدين كنشاط ترويحي جماعي	
الزمن (غير محدد)	
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة).
إجراءات التنفيذ	
الإجراء (١): يدخل المُرشد إلى غرفة الإرشاد، ويلقي تحية الصباح على المشاركين في البرنامج الإرشادي، ثم يبدأ بالحديث عن نشاط جماعي سيقومون به (زيارة قلعة دمشق وسوق الحميدية) كنشاط ترويحي جماعي.  	
المخرجات النهائية المتوقعة أن يشارك جميع المُسترشدين في زيارة قلعة دمشق وسوق الحميدية كنشاط ترويحي. **نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة**	
واجب منزلي	يطلب المُرشد من المُسترشدين تسجيل مشاعرهم بعد قيامهم بزيارة جماعية إلى قلعة دمشق وسوق الحميدية كنشاط ترويحي.
ملاحظة: لابد للمُرشد أن يعطي بعض المعلومات التاريخية عن قلعة دمشق وسوق الحميدية.	

المرحلة الثالثة عشرة جلسة جماعية واحدة بحضور أولياء الأمور	
هدف المرحلة الثالثة عشرة	تعرّف توقعات المُسترشدين من الفوائد المحققة من خضوعهم لجلسات البرنامج السلوكي/المعرفي والاستبصار بالتغيرات التي طرأت على حالتهم النفسية والانفعالية والبنية المعرفية ومهارات التفكير لديهم قبل البرنامج وبعده.
الزمن غير محدد	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة + ١٠ آباء + ١٠ أمهات).
الهدف السلوكي الأول	
تهيئة المُسترشدين لطرح توقعاتهم من الفوائد المحققة من جلسات البرنامج السلوكي/المعرفي التي خضعوا لها والاستبصار بالتغيرات التي طرأت على حالتهم النفسية والانفعالية والبنية المعرفية ومهارات التفكير لديهم قبل الجلسات الإرشادية وبعدها من خلال التغذية الراجعة للفوائد المحققة منها والتي ساعدتهم على التكيف الشخصي والاجتماعي مع الحدث الصادم (الإصابة بإعاقة مكتسبة). **الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للحضور**	
استراتيجية الإرشاد	المحاضرة والإلقاء – الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة + ١٠ آباء + ١٠ أمهات).

إجراءات تنفيذ الهدف السلوكي الأول

الإجراء (١): يدخل المُرشد إلى غرفة الإرشاد، ويلقي تحية الصباح على المشاركين في البرنامج الإرشادي، ثم يقوم بتلخيص ما جرى في المرحلة الإرشادية السابقة.

الإجراء (٢): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويبدأ بالحديث عن الفوائد المُحققة من جلسات البرنامج السلوكي/ المعرفي المتوقعة على الحياة الشخصية والاجتماعية للمُسترشدين، وكيف كان لهذا البرنامج وما يتضمنه من فنيات إرشادية دورٌ مهم في تمكينهم من التعرّف على أسباب القلق والخوف وانعدام الشعور بالأمن النفسي.. وغيرها من الضغوط النفسية والانفعالية لديهم، وكيف تمكّنوا من التغلّب على تلك المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية التي كان من الممكن أن تؤدي بهم إلى سوء التوافق الشخصي والاجتماعي في البيت والمدرسة والمجتمع الكبير عموماً، كما لابد للمُرشد من الحديث عن أهمية المشاعر الإيجابية والأفكار العقلانية التي ساعدتهم على التكيف والتعايش مع مختلف الظروف السيئة التي أحاطت بهم بعد الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية، وتعزيز سمة الصلابة النفسية لديهم، وتمكينهم من مواجهة هذا الوضع الجديد وغيره بأسلوب حل المشكلات وما تتضمنه من خطوات، بما مكّنهم في نهاية المطاف



من تعزيز شعورهم الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة.

الإجراء (٣): يجب على المُرشد أن يُحفّز أحد أولياء الأمور للحديث عن الفوائد المحققة من خضوع ابنه لجلسات البرنامج السلوكي/المعرفي على حياته الشخصية والاجتماعية، ودور تلك المراحل الإرشادية في تمكين ابنه من التعرّف على أسباب القلق والخوف وانعدام الشعور بالأمن النفسي.. وغيرها من الضغوط النفسية والانفعالية لديه، والتغلب على تلك المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية التي كان من الممكن أن تؤدي به إلى سوء التوافق الشخصي والاجتماعي في البيت والمدرسة والمجتمع الكبير عموماً، كما لابد للمُرشد من تشجيع الأب والأم للحديث عن أهمية المشاعر الإيجابية والأفكار العقلانية التي ساعدت ابنهما للتكيف والتعايش مع مختلف الظروف السيئة التي أحاطت به بعد الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية، ودورها في تعزيز سمة الصلابة النفسية لديه، وتمكينه من مواجهة هذا الوضع الجديد وغيره بأسلوب حل المشكلات وما تتضمنه من خطوات، بما مكّنه في نهاية المطاف من تعزيز شعوره الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة.

الإجراء (٤): يمكن للمُرشد أن يطرح بعض الأسئلة العامة على المُسترشدين (المراهقين من أفراد المجموعة التجريبية) ليهيئهم من النواحي النفسية والانفعالية والجسدية للحديث عن الفوائد المحققة من خضوعهم لجلسات البرنامج السلوكي/المعرفي وما يتضمنه من فنيات إرشادية وما لها من دور مهم في تمكينهم من التعرّف على أسباب القلق والخوف وانعدام الشعور بالأمن النفسي.. وغيرها من الضغوط النفسية والانفعالية لديهم، وكيف تمكّنوا من التغلب على تلك المشاعر السلبية والأفكار اللاعقلانية التي كان من الممكن أن تؤدي بهم إلى سوء التوافق الشخصي والاجتماعي في البيت والمدرسة والمجتمع الكبير عموماً، كما لابد للمُرشد من تشجيعهم بمزيد من الاستحسان للحديث عن أهمية المشاعر الإيجابية والأفكار العقلانية التي ساعدتهم على التكيف والتعايش مع مختلف الظروف السيئة التي أحاطت بهم بعد الإصابة بإعاقة حركية مكتسبة بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية، وتعزيز سمة الصلابة النفسية لديهم، وتمكينهم من مواجهة هذا الوضع الجديد وغيره بأسلوب حل المشكلات وما تتضمنه من خطوات، بما مكّنهم في نهاية المطاف من تعزيز شعورهم الإيجابي نحو المستقبل وجودة الحياة.

تكرار الإجراءات (٢) (٣) (٤) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً وذلك لتشجيع جميع المُسترشدين وأولياء أمورهم للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الأول

تهيئة المُسترشدين لطرح توقعاتهم من الفوائد المحققة من جلسات البرنامج السلوكي/المعرفي التي خضعوا لها والاستبصار بالتغيرات التي طرأت على حالتهم النفسية والانفعالية والبنية المعرفية ومهارات التفكير لديهم قبل الجلسات الإرشادية وبعدها من خلال التغذية الراجعة للفوائد المحققة منها والتي ساعدتهم على التكيف الشخصي والاجتماعي مع الحدث الصادم (الإصابة بإعاقة مكتسبة).

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

الهدف السلوكي الثاني	
أن يناقش أحد المُسترشدين توقعاته من الفوائد المحققة من جلسات البرنامج السلوكي/المعرفي التي خضع لها والاستبصار بالتغيرات التي طرأت على حالته النفسية والانفعالية والبنية المعرفية ومهارات التفكير لديه قبل الجلسات الإرشادية وبعدها والفوائد المحققة منها والتي ساعدته على التكيف الشخصي والاجتماعي مع الحدث الصادم (الإصابة بإعاقة مكتسبة). **الزمن غير محدد وعائد لتقدير المُرشد ووفق الخصائص الشخصية للمُسترشدين**	
استراتيجية الإرشاد	الأسئلة – الحوار والمناقشة.
المستفيدون	المشاركون في الجلسة (١٠ مراهقين مصابين بإعاقة حركية مكتسبة + ١٠ آباء + ١٠ أمهات).

الإجراء (١): يتنقل المُرشد بين الحضور، ويعمل على تشجيعهم ليتطوع أحد المُسترشدين للحديث عن الفوائد المُحققة من خضوعه لجلسات البرنامج السلوكي/المعرفي وما يتضمنه من فنيات إرشادية، ثم يقوم المُرشد بطرح مجموعة من الأسئلة على المُسترشد المتطوع وهو يقابل زملاءه وباقي الآباء:



س١- كيف كنت تشعر قبل خضوعك لهذه الجلسات الإرشادية ؟، هل كنت تعاني من مشاعر سلبية ؟، حدثني أكثر حول هذا الموضوع..

س٢- هل كانت تنتابك أفكارٌ لاعقلانية وشعرت بالرغبة في تفريغها مع ذاتك أو أمام الآخرين ؟، لو أنك طبّقت واحدة أو أكثر من تلك الأفكار اللاعقلانية ما هي النتيجة برأيك ؟، حدثني أكثر حول هذا الموضوع..

س٣- ما مستوى الراحة النفسية والانفعالية التي وصلت إليها بعد أن تحدّثت وفرّغت جميع مشكلاتك النفسية والانفعالية والاجتماعية ؟، حدثني أكثر حول هذا الموضوع..

س٤- هل زاد مستوى إصرارك على الحياة بعد أن خضعت لهذه الجلسات الإرشادية ؟، حدثني أكثر حول هذا الموضوع..

س٥- هل ساعدك الحديث عن مشكلاتك النفسية والانفعالية والاجتماعية وعدم كبتها على تجاوز ظروف الإعاقة التي حصلت لك بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية ؟، هل مكّنك التفريغ الانفعالي من تجاوز شعورك بالفاشل ؟، أم بدأت تشعر بأنك واثقٌ من نفسك ؟، حدثني أكثر حول هذا الموضوع..

س٦- هل ساعدتك الجلسات الإرشادية في التخطيط الجيد لمستقبل حياتك بعد أن أصبحت معوقاً ؟ حدثني

أكثر حول هذا الموضوع.. هل ساعدك هذا الحوار والنقاش على تحقيق هذا الهدف ؟.. أخبرني عن ذلك بالتفصيل..

س٧- هل امتلكت مهارة التخطيط الجيد لمستقبل حياتك بعد أن أصبحت معوقاً ؟ حدثني أكثر حول هذا الموضوع.. هل ساعدك البرنامج الإرشادي على تحقيق هذا الهدف ؟.. أخبرني عن ذلك بالتفصيل..

س٨- هل ساعدك البرنامج الإرشادي على أن تتمتع بالصلابة النفسية والشجاعة لمواجهة أي صدمة أخرى يمكن أن تتعرّض لها في المستقبل ؟، حدثني أكثر حول هذا الموضوع..

س٩- هل امتلكت مهارة حل المشكلات ؟، وهل تمكّنت من خطواتها ؟، وهل تشعر أنك قادر على مواجهة أي مشكلة في المستقبل..؟.

س١٠- هل تشعر بأن للحياة معنى؟، وأهمية ؟، وجودة ؟، حدثني أكثر حول هذا الموضوع..

كما يمكن للمُرشد إضافة أسئلة أخرى، أو تعديل طريقة السؤال وطريقة طرحه بحسب القدرات العقلية والمعرفية للمُراهق المتطوع، كما يجب على المُرشد أن يُذكِّر باقي الحضور بين الحين والآخر بضرورة تدوين الأسئلة وتدوين الإجابات التي طرحها المُسترشد المتطوع، كما يتوجب على المُرشد تدوين جميع إجابات المُسترشد المتطوع إما بالكتابة اليدوية على كرّاسة أو من خلال التسجيل الصوتي.

الإجراء (٢): لابد من التأكيد بأن المُسترشد المتطوع قد يصل إلى مرحلة من الراحة النفسية والثبات الانفعالي عند حديثه عن النتائج المحققة من خضوعه لجلسات البرنامج السلوكي/المعرفي، لذلك يجب على المُرشد أن يُعطيه الحرية الكاملة للتعبير عن تلك الانفعالات والمشاعر والأفكار الإيجابية، دون تقييد أو كبح، وتحريضه بمزيد من الاستحسان والتقدير لطرح أكبر قدر ممكن من تلك الفوائد المُحققة خلال حديثه عنها.

الإجراء (٣): لابد للمُرشد من تحريض الآباء وباقي المُسترشدين لمشاركة المُسترشد المتطوع في هذا النقاش والحوار، وطرح مزيد من الفوائد المُحققة من خضوعهم لجلسات البرنامج الإرشادي، والتي مكّنتهم من التكيف والتعايش الشخصي والاجتماعي مع ظروف الإعاقة الحركية التي أصابتهم بفعل العمليات الإرهابية خلال الأزمة السورية.

الإجراء (٤): يقوم المُرشد بتدوين بعض من تلك الفوائد المُحققة من جلسات البرنامج السلوكي/المعرفي التي طرحها المُسترشد المتطوع على السبورة. **تكرار الإجراءات (١) (٢) (٣) (٤) عدة مرات بالتزامن مع تقديم التعزيز المعنوي (التشجيع والابتسام) مباشرةً لتشجيع الحضور للمشاركة الإيجابية والفاعلة في هذا النشاط.**

المخرجات النهائية المتوقعة للهدف السلوكي الثاني

أن يناقش أحد المُسترشدين توقعاته من الفوائد المحققة من جلسات البرنامج السلوكي/المعرفي التي خضع لها والاستبصار بالتغيرات التي طرأت على حالته النفسية والانفعالية والبنية المعرفية ومهارات التفكير لديه قبل الجلسات الإرشادية وبعدها والفوائد المحققة منها والتي ساعدته على التكيف الشخصي والاجتماعي مع الحدث الصادم (الإصابة بإعاقة مكتسبة).

نسبة الإنجاز لا تقل عن (٨٠%) بحسب ملاحظات المُرشد المباشرة

ملاحظة (١): في جميع الإجراءات السابقة للمرحلة الإرشادية الثالثة عشرة لا ضير من استخدام المُرشد للّهجة العامية إذا ثبت له أن معظم الحضور عاجزون عن استيعاب الشروحات السابقة بفصيح اللغة العربية.

ملاحظة (٢): لابد للمُرشد أن يؤكد لجميع الحضور على سرية وخصوصية المعلومات التي قُدّمت في هذه المرحلة الإرشادية، بحيث لا يسمح لأفراد المجموعة الحديث عمّا جرى في هذه الجلسة خارج حجرة الإرشاد.

ملاحظة (٣): على المُرشد التنويه للحضور بأنه سوف يبقى في المركز لمدة نصف ساعة إضافية بعد انتهاء وقت الجلسة، فمن يرغب منهم بالحديث بشكل فردي فيمكنه ذلك خلال هذا الوقت.

ملاحظة (٤): لابد من تكرار المرحلة الإرشادية الثالثة عشرة بنفس الترتيب مع باقي المُسترشدين، ويمكن تجاوز الهدف السلوكي الأول معهم، على اعتبار أنهم خبروه، ولا داعي لتكراره مع الآخرين مرة أخرى.

ملاحظة (٥): يُخصّص لكل مُسترشد (٢٠) دقيقة تقريباً للحديث عن الفوائد المُحققة من خضوعه للبرنامج السلوكي/المعرفي، ويمكن زيادة أو إنقاص الوقت بضعة دقائق، وهو عائد لتقدير المُرشد من جهة، ولخصائص المُراهق العقلية والمعرفية والانفعالية من جهةٍ أخرى، مع التنويه إلى عدم إطالة الوقت أو تضييقه، بل يجب أن يكون متناسباً مع الموقف الإرشادي.

ملاحظة (٦): يجب أن يتخلل كل ساعة فترة (٥) دقائق للراحة والتنشيط، ثم العودة مجدداً.. وهكذا حتى نهاية المرحلة الإرشادية الثالثة عشرة.

Abstract

Since its beginning, the Syrian crisis - along the violent acts and armed terrorism that accompanied it – caused the displacement of large numbers of families, so they left their original places of residence and settled in sheltering centers. That is, armed groups emerged that adopted the terrorist act as a method to control the government, targeting unarmed civilians and terrorizing them with the threat of weapons, killing tens of dead and wounded. Also, horrific scenes of victims and human remains were seen as torn or burned. And there were those who lost loved ones (father, mother, brother, sister, friend...), and there were those who were destined to survive but still undergoing complicated surgeries. This resulted in many physical and psychological pains, especially for the adolescents who suffered from acquired kinetic handicaps due to terrorist acts (loss of an upper or lower limb, kinetic paralysis). Thus, the adolescent transformed from a normal person to a person with a kinetic handicap; which definitely contributed to the development of (PTSD) symptoms. And he might not find anyone who reduces the bad psychological and emotional effects of this trauma due to the lack of experience, and the complexity of its accompanying behavioral aspects (involuntary painful memories, daydreams, nightmares, involuntary urination, avoidance of people and places associated with the traumatic event, social isolation, morbid fears, decline in academic achievement...).

In an exploratory study conducted by the researcher in several temporary sheltering centers in Damascus and Lattakia provinces from the date of (5/12/2015 to 7/7/2017) to determine the level and prevalence of (PTSD) for a survey sample of (168) adolescents (110 normal, 58 with acquired handicaps), where (24 of them were kinetic handicaps, 18 hearing handicaps, 16 visual handicaps), who were chosen from (17) sheltering centers and from the displaced with their families from their original places of residence and experienced psychological and emotional traumas due to the handicap and displacement resulting from the terror of the armed groups. The findings showed that there were high levels of the prevalence of this disorder among the individuals of the sample that could not be ignored, which ranged from a moderate level to a severe and chronic level. The category most vulnerable to develop (PTSD) was (the visually handicapped, hearing handicapped, kinetically handicapped, the normal). Also, the percentage of those who received psychological support services during the period of first (6) months of the trauma was (0%). And when asking the sheltering center administration about the reason behind the absence of this psychological support, most of the

answers were related to (the absence of planning for psychological support programs; the lack of a specialized human cadre; most of the support forms were financial, material, educational, psychological, and social to face other disorders such as anxiety, frustration and fear...). Thus, those adolescents' need to employ behavioral/cognitive approach techniques to develop their skills to cope with the handicap conditions emerged.

The behavioral/cognitive approach is one of the most recent guidance ones, and it has been used effectively to reduce (PTSD) symptoms among adolescents due to its multiple techniques (emotional debriefing, experiencing negative emotions and irrational thoughts, experiencing positive emotions and rational thoughts, reinforcing psychological hardness and emotional stability, problem solving, control, relaxation, coping with the trauma ...). The first roots of this approach go back to the works of **Allis, Beck, Raimy, Kelly, Fried, Meichenbaum, Lazarus, Wolpe**, and others. That is due to incorporating cognitive therapy with behavioral therapy, and dealing with mental disorders from a triple perspective (cognitive, emotional, behavioral).

Adolescents who had acquired kinetic handicaps and were displaced with their families from areas that witnessed armed terrorist acts, and experienced horrific events during the Syrian crisis, which were not familiar to them; had high rates of (PTSD) symptoms. These adolescents might be reluctant to reveal their painful and negative experiences due to the continuing effects of traumatic events on their psychological and cognitive structure. This might reflect negatively on their personal and social compatibility, and limit their ability to coexist with the handicap conditions, or it might push them behind their irrational thoughts as a result of their feeling of despair and frustration. On the other hand, reducing the impact of (PTSD) on personality components is not based on a monistic perspective in psychological guidance, rather there must be multiple treatment strategies and a diversity in guidance techniques in accordance with the complexity and risk involved in (PTSD) in the inactivity of most social, personal, mental, occupational, and academic skills of the injured. This is to achieve the highest possible level of personal and social compatibility, and to enable him to coexist with traumatic events by adjusting his cognitive, emotional, and behavioral structure, in a way that makes him feel confident when facing such traumatic events in the future.

In spite of the importance of behavioral/cognitive approach as proven by several previous studies, it did not receive sufficient attention in our local environment, and it was not used seriously to reduce the symptoms of this disorder among adolescents who had acquired kinetic handicaps during the Syrian crisis. Based on the previous arguments and as a result of the lack of local studies, the idea of the current study emerged, whose main objective could

be determined by **designing a behavioral/cognitive program and verifying its effectiveness in reducing (PTSD) symptoms for a sample of adolescents at the age of (14,11 to 15,11 years) who had acquired kinetic handicaps (amputation one limb) due to terrorist acts during the Syrian crisis**. The following objectives emerge from this main objective:

1- Determining the level and prevalence of (PTSD) among a sample of adolescents who have acquired kinetic handicaps who are residing in a number of sheltering centers in Damascus and Lattakia provinces.

2- Designing a program based on some behavioral/cognitive approach techniques and verifying its effectiveness and the continuity of its impact in reducing (PTSD) symptoms, that is suitable for a sample of adolescents at the age of (14,11 to 15,11 years), who have acquired kinetic handicaps (amputation of one limb) due to terrorist operations during the Syrian crisis.

2- Determining the level and prevalence of (PTSD) among adolescents (normal, those with acquired handicaps) during the Syrian crisis, who are residing in a number of sheltering centers in Damascus and Lattakia provinces.

To achieve these objectives, the following approaches were employed:

1- (Survey approach): which was used to determine the level and prevalence of (PTSD) among adolescents (normal, those with acquired handicaps) during the Syrian crisis, and residing in a number of sheltering centers in Damascus and Lattakia provinces.

2- (Quasi- experimental approach): which was used to design a guidance program based on some behavioral/cognitive approach techniques, and verifying its effectiveness and the continuity of its impact in reducing (PTSD) symptoms, that suited a sample of adolescents at the age of (14,11 to 15,11 years) who had acquired kinetic handicaps during the Syrian crisis.

The following two main tools were designed to achieve these objectives:

1- The first tool: (the post-trauma stress disorder scale DSM-5-2013) which included (104) items covering (PTSD) criteria as follows:

Criterion (A): the Exposure or non-exposure of the examinee to one or a group of traumatic events.

Criterion (B): the continuous re-experiencing of horrific events and intrusive memories immediately following one or a group of traumatic events.

Criterion (C): the continuous avoidance of stimuli and memories associated with one or a group of traumatic events.

Criterion (D): the negative changes in perception and mood after the exposure to one or a group of traumatic events.

Criterion (E): the apparent changes of excitement and activity after the exposure to one or a group of traumatic events.

Criterion (F): the time period during which the psychological, emotional, and social symptoms, as well as behavioral manifestations appeared after the exposure to a trauma resulting from experiencing one or a group of traumatic events.

Criterion (G): the impact of trauma on the inactivity of life domains.

The scale included the application information directed to the examinee, and fields to fill in his personal data. The scale, also, had good indicators of validity and reliability (structure validity, content validity, arbitrators validity, experimental application, constructive validity, concurrent criterion validity, contrasted groups validity, half-splitting reliability , internal consistency reliability /Alpha-Cranbach/, test retest reliability). The scale was normalized to determine the descriptive estimation of (PTSD) symptoms severity among children and adolescents.

2- The second tool: the guidance program based on some behavioral/cognitive approach techniques (training on seeking for support and assistance, emotional debriefing, absorbing the traumatic event, experiencing the negative and irrational feelings and thoughts, experiencing the positive and rational feelings and thoughts, coexistence and adaption to the handicap, relaxation and conscious meditation, psychological hardness and emotional stability, problem solving, developing a positive feeling towards the future and quality of life, cognitive reconstruction). This is to be done by using the following behavior modification strategies (direct modeling, indirect modeling, dialogue and discussion, questions, lecturing, role playing, reinforcement, homework). This is to be done in order to reduce (PTSD) symptoms. The program is suitable for a sample of adolescents at the age of (14,11 to 15,11 years) who had acquired kinetic handicaps (amputation of one limb) due to terrorist operations during the Syrian crisis. The program in its final form included (12) guidance stages. Each stage consisted of several individual and group sessions, and with an application time that varied from one session to another according to patient's needs in terms of (personal, emotional, cognitive, age, level of mental abilities, level of psychological hardness, type of PTSD symptoms whether immediate or delayed, gender… etc). Also, it is in accordance with the circumstances surrounding them (material, social, familial, the Syrian crisis circumstances… etc); and in accordance with the type, severity, and intensity of the psychological, emotional, behavioral, and cognitive disorders they suffered from. It is, also, in accordance with each guidance situation.

To achieve the goals of the current study, two main samples were chosen, where the first sample was used for the survey study, and the second one was used to verify the effectiveness of the program:

1- The study survey sample: it was an available sample that was chosen using the comprehensive restriction method of adolescents. It consisted of (24) individuals at the age of (10,11 to 17,11 years), all of them had acquired kinetic handicaps and were chosen from (9) sheltering centers in Damascus and Lattakia provinces. All the members of the sample were of the displaced with their families from their original places of residence within several towns, villages, and provinces (Damascus Countryside, Aleppo, Al-Raqqa, Deir Al-Zour, Idlib, Homs, the eastern countryside of Homs...). They, also, experienced psychological and emotional traumas because of the handicap and displacement resulting from the terror of the armed groups during the Syrian crisis.

2- The experimental sample: it consisted of one experimental group of (10) adolescents with acquired kinetic handicaps (amputation of one limb) due to terrorist acts during the Syrian crisis. All the members of the sample were males at the age of (14,11 to 15,11 years). The sample, also, included all their parents (10 fathers, 10 mothers). The sample was chosen from the (Rehabilitation Center and Artificial Limbs) of the Ministry of Health, and its headquarters was in Ibn Al-Nafis Hospital in Damascus. The sample was also chosen from the Step Society for Artificial Limbs, and its headquarters was in Hamish Hospital in Barzeh region.

The findings of the study indicated that all the members of the survey study (that is, 100% of the sample) suffered from different levels of (PTSD), starting from the level of (moderate disorder, to severe disorder, to acute and chronic disorder). These were above-mean degrees according to (post-trauma stress disorder scale DSM-5-2013 criteria). Those symptoms were arranged according to their relative importance as follows:

1- The continuous avoidance of stimuli and memories associated with one or a group of traumatic events.

2- The continuous re-experiencing of horrific events and intrusive memories immediately following one or a group of traumatic events.

3- The negative changes in perception and mood after the exposure to one or a group of traumatic events.

4- The apparent changes in excitement and activity after the exposure to one or a group of traumatic events.

5- The continuity of the psychological trauma symptoms caused by one or a group of traumatic events.

6- The inactivity in life domains.

In addition, the findings showed significant differences in the performance of the experimental group between the pretest and the immediate posttest on the (post-trauma stress disorder scale DSM-5-2013) for each sub-criterion and for the total score, where the difference was in favor of the pretest. That is, the

suffering level of the sample individuals from (PTSD) symptoms was higher before applying the program compared to their suffering from these symptoms after applying the behavioral/cognitive guidance program to them. Also, the values of effect size according to (ETA^2) equation ranged between (476% to 928%) for all the sub-criteria included in the scale, where most of which exceeded the level of (50%) according to (Huston 1993) tendency in explaining the effect size of the independent variable on the dependent variable.

Furthermore, there were no significant differences in the performance of the experimental group between the immediate posttest and postponed posttest on the (post-trauma stress disorder scale DSM-5-2013) at (criterion B), (criterion E), and (criterion G). However, significant differences appeared at (criterion C), (criterion D), (criterion F), and (the total score), and the differences were in favor of the postponed posttest. These findings suggested that there was a relative stability of the effect of the behavioral/cognitive program in reducing the suffering level of the sample members from (PTSD) symptoms a month after finishing the program application. Also, the values of the effect size according to (ETA^2) equation ranged between (0,5% to 31%) for all the sub-criteria included in the scale. Although these values were below the level (50%) according to (Huston 1993) tendency in explaining the effect size of the independent variable on the dependent variable, reviewing the means and standard deviations of the immediate posttest and postponed posttest indicated that there was a relative stability in the level of reducing (PTSD) symptoms among the sample individuals one month after finishing the program application.

The findings of the current study were explained by making comparisons with the field reality that included the study circumstances variables. The findings were also interpreted by making comparisons with the theoretical literatures and previous studies that were similar in some of their aspects to the current study. A set of recommendations was reached from the core of the current study findings. Also, a group of researches and studies were suggested that might enrich the findings of the current study.

Damascus University
Faculty of Education
Department of Special Education

The Effectiveness of a Behavioral/Cognitive Program in Reducing Post- Traumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms among Adolescents with Acquired Kinetic Handicaps during the Syrian Crisis

A thesis submitted to obtain a Doctoral Degree

in Special Education

Prepared by:
Hussam Suleiman Al-Shehazah

Supervisor:
Dr. Ghassan Abo Fakher
Professor at the
Department of Special
Education

Co- Supervisor:
Dr. Manal Al- Sheikh
Assistant Professor at the
Department of
Psychological Guidance

Year:
2019-2020