

فعالية العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات

The effectiveness of acceptance and commitment
therapy to reduce the severity of suicidal thoughts in a
sample of adolescent girls

دكتورة رشا حسين أحمد جاد الكريم

مدرس بقسم خدمة الفرد

كلية الخدمة الاجتماعية جامعة أسيوط

المخلص:

مرحلة المراهقة مرحلة يحدث فيها تغيرات مفاجئة في حياة الفرد، وتكون حافلة بالتغيرات السريعة التي تسبب له العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية والتعليمية التي تقوده إلى اليأس والتشاؤم وانعدام الرغبة في البقاء ومن ثم التفكير في الانتحار، استهدفت الدراسة اختبار فعالية العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات، وتحددت مفاهيم الدراسة في ثلاثة مفاهيم هي (مفهوم الفعالية، مفهوم العلاج بالتقبل والالتزام، مفهوم الأفكار الانتحارية)، وتنتمي هذه الدراسة إلى نمط الدراسات شبه التجريبية التي تعتمد على المنهج شبه التجريبي باستخدام تصميم التجربة القبليّة البعدية لمجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، على عينة قوامها (20) مفردة (10) تجريبية و(10) ضابطة، باستخدام مقياس الأفكار الانتحارية (إبراهيم وغنيم وهيبه، 2021)، وتوصلت الدراسة إلى صحة الفرض الرئيسي لها حيث أكدت النتائج على أن نموذج العلاج بالتقبل والالتزام أدى إلى التخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى الفتيات المراهقات عينة البحث، وتم التأكد من صحته من خلال إثبات صحة الفروض الفرعية الأربعة للدراسة.

الكلمات المفتاحية: فعالية، العلاج بالتقبل والالتزام، الأفكار الانتحارية، المراهقات.

Abstract:

Adolescence is a stage in which sudden changes occur in an individual's life, and is full of rapid changes that cause him many psychological, social and educational problems that lead him to despair, pessimism and lack of desire to stay and then think about suicide. Suicidal thoughts among a sample of adolescent girls, and the study concepts were defined in three concepts (the concept of efficacy, the concept of acceptance and commitment therapy, and the concept of suicidal thoughts), and this study belongs to the type of quasi-experimental studies that depend on the quasi-experimental approach using the design of the post-tribal experiment for two groups, one of which is experimental. The other is control, on a sample of (20) singles, (10) experimental and (10) control, and Using the suicidal ideation scale (Ibrahim, Ghoneim and Heiba, 2021), the study found the validity of its main hypothesis, as the results confirmed that the acceptance and commitment treatment model led to a reduction in suicidal thoughts among adolescent girls, the research sample, and its

validity was confirmed by proving the validity of the hypotheses. The four subgroups of the study.

Keywords: Efficacy, Acceptance and commitment therapy, Suicidal thoughts, Adolescent girls.

أولاً: مدخل لمشكلة الدراسة:

المراهقة لا تعني اكتمال النضج، ولكنها تعني الاقتراب من النضج الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي بطريقة تدريجية. حيث يطلق مصطلح المراهقة على المرحلة الانتقالية التي يعيشها الإنسان بين الطفولة والرشد، وهي فترة حياتية متميزة بسماتها وخصائصها وانفعالاتها ومشكلاتها (Fitzgerald, 2009)). ويعرفها هوروكس (Horocks, 2007) بأنها الفترة التي يكسر فيها المراهق شرقة الطفولة ليخرج إلى العالم الخارجي ويبدأ في التفاعل معه والاندماج فيه.

تعتبر مرحلة المراهقة مرحلة يحدث فيها تغيرات مفاجئة في حياة الفرد، وتكون حافلة بالتغيرات السريعة الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية، أما اليوم فأصبح الأهل والمربون والباحثون متفهمون لمرحلة المراهقة وما يصاحبها من تغيرات وذلك من خلال البحث والدراسة لأسباب التغيرات وكيفية التعامل معها (الداهري، ٢٠١٢).

فالمراهق يمر خلال هذه الفترة بحالة انتقالية يجهل فيها موقعه، فهو ليس طفلاً يعتمد على الآخرين وليس راشداً مستقلاً بنفسه، لذلك فإن أغلب الذين درسوا المراهقة انفقوا على أنها مرحلة مليئة بالمشكلات، مثل مشكلة الاستقلال الذاتي، ومشكلة العلاقات مع الآخرين، والمشكلات السلوكية، والمشكلات المعرفية، ومشكلة التحكم في الذات والضبط الانفعالي، فهذه المشكلات يعود سببها إلى تيقظ شعور الفرد بذاتيته ووجوده وكيانه ورغبته في أن يعترف له الآخرين بهذا الكيان والوجود (هرمز وإبراهيم، ٢٠٠٣، ص88).

حيث أوضحت دراسة البحيري وأبو الفضل (2008) أن المراهقين من أكثر الفئات تعرضاً للخطر، حيث أن واقعهم النفسي والاجتماعي الصعب، وظروف التنشئة الاجتماعية القاسية تجعلهم في حاجة مستمرة لتنمية قدراتهم على تحمل المسؤولية، وحل المشكلات الاجتماعية والنفسية وإقامة علاقات اجتماعية تساعدهم على الاندماج الاجتماعي، كما توصلت دراسة الحارثي (٢٠١٩) إلى وجود علاقة بين الأفكار الانتحارية لدى المراهقين المتعرضين للإساءة الجنسية، ودعم الأقران.

وقد تصبح تلك المشكلات مصدراً للمعاناة لدى المراهق، خاصة إذا كان المراهق ذات شخصية انفعالية، ومن الاحتمالات التي يمكن أن تحدث للمراهق هي انزلاقه إلى الاكتئاب الذي ينجم عنه الكثير من مظاهر الاضطرابات المعرفية والسلوكية لديه، لذلك فإن من الظواهر التي يتعرضون لها هي ظاهرة المحاولات الانتحارية في مرحلة المراهقة، سواء كانت المحاولات صورية، أو انفعالية مقصودة، أو تعبيراً عن حالة مرضية تستدعي أساسية (كمال، ٢٠٠٦، ص114).

حيث أوضحت دراسة جري (2011) أن علامات اضطراب الشخصية تظهر في مرحلة المراهقة وفي بداية مرحلة النضج، كما أشارت دراسة صافية(2016) أن محاولات الانتحار عند الإناث هي أكثر بثلاث مرات منها عند الذكور، كما توصلت دراسة الشمري وغازي (2019) أنه توجد فروق بين الذكور والإناث على مقياس الأفكار الانتحارية لدى طلبة المرحلة الإعدادية لصالح الإناث.

والقائمين بالانتحار يرمزون عن نواياهم، هذه الرموز تستطيع أن تكون مباشرة أو مخفية، الشخص يستطيع الإعلان أنه ينوي الانتحار بجمل مثل: أتمنى لو لم أكن هنا، لا معنى لحياتي أكثر، لا معنى للحياة؛ وفي أحيان أخرى الرموز تكون مخفية مثل التصرفات التي تدل على الوداع: تقسيم الأمتعة، كتابة الوصية(عزاق ولموشي، 2018، ص.82)، فالشخص الانتحاري مكتئب إلى درجة اليأس من الحياة، ويحمل نظرة تشاؤمية تجاه المستقبل وانعدام الرغبة في البقاء، فمع زيادة الضغوط وفقدان أهمية الحياة تبدأ الأفكار بالتخلص من الحياة بالانتحار في التسلسل إلى عقل الشخص ثم في مرحلة لاحقة يقوم بمحاولات للانتحار بصورة عملية فعلية(الحويلة، 2016، ص201)

حيث توصلت دراسة صافية (2016) إلى وجود فروق دالة بين متوسطات درجات الذكور والإناث على مقياس الأفكار الانتحارية لصالح الإناث، وفروق دالة بين متوسطات درجات ذوي الدخل المتوسط والمنخفض وبين نظرائهم ذوي الدخل المرتفع لصالح فئة المشتركين ذوي الدخل المتوسط والمنخفض. كما بينت النتائج وجود فروق دالة بين المراهقين على مقياس الصلابة النفسية: حيث كانت درجات المراهقين الذين لم يظهروا أفكار انتحارية أعلى بدرجة دالة من نظرائهم الذين لم تتطور الظاهرة لديهم.

ويمثل الانتحار مشكلة مجتمعية عالمية علي مر العصور والأزمان فهذه المشكلة تحرم الأوطان من أئمن شيء تملكه وهو قدرات وملكات أفرادها الذين يكونون سبباً في

نموها ورفعتها. ومن المؤكد أن الانتحار قد بات قضية تَورق العالم، حتى إن منظمة الصحة العالمية خصصت العاشر من سبتمبر من كل عام، ليكون اليوم العالمي لمنع الانتحار، مؤكدة بأن الغرض من ذلك هو تعزيز الالتزام والعمل في شتى أرجاء العالم من أجل منع حالات الانتحار، كما يسجل في المتوسط (٣٠٠) حالة انتحار يومياً، وهناك لكل حالة انتحار (٢٠) محاولة فأكثر (ثابت، ٢٠١٢، ص٣٨)، أعد دوركايم الانتحار ظاهرة اجتماعية، بل دلالة على الأخلاق السائدة في مجتمع ما، منح دوركايم للانتحار ثوباً اجتماعياً، إذ أكد عن العلاقة بين الفرد ومجتمعه (عياش، 2003، ص ص 119، 123).

حيث اتفقت كل من دراسة سميث (2006) Smith ودراسة محمد (2008) أن من بين العوامل المؤدية للانتحار لدى المراهقين اليأس والإحباط والاضطراب النفسي والوضع الاقتصادي الخلافات العائلية، وضعف التماسك الأسري، والإدمان على الكحول، والاضطرابات النفسية والشخصية لأفراد العائلة، فقدان لأحد الوالدين، التفكك الأسري كانفصال الوالدين، تؤدي كل هذه الظروف إلى عيش المراهق في ظروف صعبة ومعاناة قد تجعله يلجأ إلى إنهاء حياته.

حيث أشارت دراسة الجبوري والسلطاني (2014) إلى أن الانتحار واحداً من أكثر المشكلات التي نالت اهتمام الأوساط الاجتماعية والتربوية والنفسية والقضائية لما لها من تأثيراً سلبياً على حياة الفرد نفسه، وبنية المجتمع وتماسكه واستقراره وهي ظاهرة اجتماعية يكاد لا يخلو منها أي مجتمع من المجتمعات وبخاصة المجتمعات التي عانت من تقلبات ومشاكل سياسية واقتصادية وما نتج عنها من تأثيرات سلبية اجتماعية ونفسية.

ويعد الانتحار من بين الأسباب العديدة للموت، ومحاولة الإنسان قتل نفسه أو قتلها فعلاً، ليست ظاهرة خاصة بالأزمة المعاصرة فقط، بل ربما من المحتمل أن تكون قديمة قدم الموت الطبيعي نفسه، ولقد ذكر العلماء أسباباً عديدة للموت تصل إلى حوالي مائة وأربعين سبباً تم تصنيفها في أربع فئات تشير إليها الحروف اللاتينية الأربعة في الكلمة المركبة التالية: NASH أي الموت الطبيعي Natural، والموت بسبب حادث Accidental، والموت بسبب الانتحار Suicide، والموت بسبب القتل Homocide (معمرية، ٢٠٠٦، ص١٠٩)، وصنف دوركايم الانتحار إلى نماذج أربعة هي الانتحار الهوسي والانتحار الملائخولي (السوداوي أو الاكتئاب) والانتحار الوسواسي والانتحار الانفداعي أو الأوتوماتيكي (دوركايم، ٢٠١١، ص ص ٣٧-٣٣)

حيث توصلت إحدى الدراسات التي قامت بها منظمة الصحة العالمية بأن الانتحار يؤدي بحياة ما يقدر بنحو 700,000 في السنة، أي ما يعادل وفاة واحدة من كل 100 وفاة (World Health Organization, 2019, pp.2.8).

وفي المجتمع المصري وفقاً لبيانات الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء، فقد بلغت أعداد المنتحرين في عام 2018، 89 شخصاً، بينما قلت أعداد المنتحرين في عام 2019، حيث شهدت مصر 75 حالة انتحار مثبتة، وقفزت أعداد المنتحرين في عام 2020 لتصبح 101 حالة انتحار، أوضحت بيانات الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء، أنه وعلى مدار السنوات الثلاث، كانت أكثر الفئات العمرية انتحاراً هم الشباب، خاصة من هم في العقد الثاني والثالث من حياتهم (الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء، 2020).

كما توصلت دراسة سوكيرو (Sokero, 2006) إلى أن عدد الموتى بسبب الانتحار يتجاوز عدد الوفيات الناجمة عن القتل والحروب مجتمعة، كما أشارت أن كل حالة انتحار لها تأثير خطير على ستة أشخاص آخرين على الأقل وأن التأثير النفسي والاجتماعي والمالي للانتحار على الأسرة والمجتمع لا يمكن قياسه

ويكثر الانتحار مع تفكك الروابط الاجتماعية، ويؤدي إلى ثلاث وظائف مختلفة، تعد الأولى طريقة الهروب من وضعية لا يستطيع الفرد تحملها، أما الثانية فتتمثل في العدوانية الموجهة نحو الذات، في حين تمثل الثالثة في كونها رسالة تعبر عن خيبة أمل الفرد في مواجهة وضعية صعبة، والانتحار في جملته هروباً من الحياة، من أجل موقف معين وقد لا يكون هذا الموقف عظيماً أو مثيراً، لكنه يمكن أن يؤدي إلى الانتحار كالإخفاق في أداء عمل معين، أو التعثر في إنجاز مشروع مهم، أو الرسوب في الامتحان، أو الإخفاق في الحب أو الإصابة بمرض مزمن... الخ، وقد يكون الانتحار أيضاً سبب عجز عن التكيف مع حدث مفاجئ كفقدان إنسان عزيز، أو ضياع مال أو سلطة وقد يكون انهيار أمام ضغوط اقتصادية أو أسرية أو عاطفية شديدة وهو عند الكثيرين احتجاج سلبي ضد الظلم والقسوة والإهمال، أو هو شعور بالوحدة والكآبة والإحباط، نتيجة الانطواء و الانفصال، أو هروباً من فضيحة يخش حدوثه.... إلخ (معوشة، 2013، ص50).

حيث توصلت دراسة صالح (2021) إلى ارتفاع متوسطات الأفكار الانتحارية لدى المراهقين منها (تقدير الذات السلبي، الملل، القلق، الاغتراب (انفعالي - أسري - ذاتي - اجتماعي)، والمشكلات الأسرية، والمشكلات المدرسية (انخفاض الإنجاز - التأثير السلبي للأقران، قصور المبادرة).

ويضيف فيلدمان (Feildman) إن الأشخاص الذين يفكرون ويسعون للموت والانتحار، يملون بضغوط شديدة من أبرزها العزلة، الحرمان، اضطراب في العلاقات الشخصية، والتوترات الانفعالية الهائلة التي من الصعب تحملها، لذا يقومون بالسلوك الانتحاري لأنهم يظنون أنهم سوف يشعرون بالراحة و إن ذلك يساعد على إزالة تلك التوترات (فناوي وعبد المعطي، 2001، ص263).

حيث توصلت دراسة جري (2011) أن الشخصية المضطربة، هي شخصية تجد صعوبة في التعايش والتوافق مع الآخرين، سواءً في التفكير أو في الاحساس أو في السلوك، وهي شخصية تتصف بالجفاف وعدم المرونة وغير قادرة على إعطاء استجابات مناسبة لمتطلبات الحياة المتغيرة، ويرون أن مشاكلهم هي بسبب الآخرين والظروف التي هي خارجة عن دائرة سيطرته.

وتعد مهنة الخدمة الاجتماعية إحدى المهن الإنسانية لمساعدة الناس سواء كانوا أفراداً أو جماعات للوصول بهم إلى أقصى قدر ممكن من الرعاية الاجتماعية أو الرفاهية الإنسانية، وذلك عن طريق خدمات فردية وجماعية أو مجتمعية (علي، ٢٠٠٣، ص40).

ونظراً لاهتمام الخدمة الاجتماعية عامةً وخدمة الفرد خاصةً بالأسرة باعتبارها نواة المجتمع ووحدته الأساسية لاسيما أي جهد يبذل لحماية هذه الوحدة ينعكس أثره على أفرادها في حياتهم الأسرية (الصدقي وآخرون، 2014، ص195)، وخدمة الفرد هي طريقة مهنة الخدمة الاجتماعية تسعى لمساعدة الأفراد سيئ التكيف الذين يقعون في مجالها لاستغلال الطاقة الشخصية والبيئية في تصحيح تكيفهم وتعديل الأفكار الخاطئة، حيث تشتمل على مجموعة من المداخل والأساليب العلاجية المرتبطة بنظريات ونماذج الممارسة المهنية في خدمة الفرد، وكذلك على مجموعة من المهارات في اختيار تلك الأساليب التي تتناسب مع طبيعة المشكلة بالإضافة إلى تقويم نتائج التدخل المهني وإنهاء عملية التدخل ومتابعة تأثيراته للتحقق من استمراريتها (جبل، 2018، ص85).

ومن هذه النماذج العلاج بالتقبل والالتزام (Acceptance and commitment therapy A C T), ولقد تأسس العلاج بالتقبل والالتزام على يد ستيفن هاييز في أواخر الثمانينات فمن الناحية الفلسفية، يستند هذا العلاج على أن الأفكار والشعور والاستجابات الفسيولوجية هي سلوكيات بمعنى أنها أشياء يفعلها الفرد (مثل التفكير والشعور)، وبالتالي فهي تحكمها مبادئ مماثلة لأي سلوك آخر. ووفقاً للفلسفة السياقية التي تكمن وراء هذا العلاج، فإن البيئة والسلوك والتاريخ ونتائج السلوك كلها جزء من السياق ويجب أن يتم أخذها في الاعتبار أثناء المتابعة (Fickert, 2012, p.29)

كما أن هذا النوع من العلاج يهدف إلى تحسين المرونة النفسية والتي تعرف بالقدرة على الاتصال التام بالوقت الحاضر والأفكار والمشاعر التي يحتويها دون دفاع لا داعي له، واستناداً إلى ذلك، يستمر أو يغير السلوك في السعي وراء الأهداف المبنية على القيم بهدف مساعدة الأفراد على معرفة أن محاولاتهم للتحكم في مشاعرهم وأحاسيسهم كانت غير ناجحة إلى حد كبير، وربما أدت إلى تفاقم المشكلة (Gloster et al, 2012, P.131) كما أنه يؤكد على أن استراتيجيات التجنب الخبراتي experiential avoidance والذي يعد الأساس في معاناة الفرد وفي علم النفس المرضي، غالباً ما تتداخل مع قدرة الفرد على العيش حياة ذي معنى ومُرضية، وبالتالي يسهم هذا العلاج في مساعدة الأفراد على توسيع استجاباتهم الممكنة للتجارب الداخلية غير المرغوب فيها، وكذلك مساعدتهم على اكتشاف أن التقبل هو بديل لمواجهة الأعراض المخيفة / غير المريدة، ومساعدة الأفراد على عيش حياتهم وفقاً لقيمهم الشخصية (Flaxman et al, 2013, p.19)

كما يؤكد "هايس وآخرون أن العلاج بالتقبل والالتزام يعد منهج علاجي ناشئ حديثاً ويهتم بتطوير الأداء الوظيفي النفسي من خلال تعزيز عامل المرونة النفسية لدى العميل، وأن هذا النموذج العلاجي (ACT) ملائم للممارسة من منظور الخدمة الاجتماعية من حيث القيم وعناصر الممارسة (Hayes et al, 2003, pp.29-31) حيث أكدت العديد من الدراسات على فاعليته في التعامل مختلف المشكلات والمواقف، حيث توصلت دراسة "كوك (Cook(2010) فاعليته في تحسين المرونة النفسية وتحسين الشعور بالقيمة في الحياة لدى عينة من المراهقين، ودراسة بيلوي (Pellowe(2006) أوضحت نتائجها

في تخفيف الشعور باليأس، وأكدت دراسة الفقي (2016) على فعاليته في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال الأوتيزم، كما أكدت دراسة بدر (2021) على فعاليته في خفض أعراض الاكتئاب والقلق والشعور بالنقص لمجموعة من المطلقات السعوديات، وتوصلت دراسة عبدالعال (2021) إلى فعاليته للتخفيف من الوصمة الاجتماعية لدى أمهات أطفال متلازمة داون.

ومن هنا نتحدد مشكلة الدراسة في تساؤل رئيسي مؤداه "ما فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات؟"
ثانياً: أهمية الدراسة:

(1) تهتم هذه الدراسة بأهم مراحل حياة الإنسان وهي مرحلة المراهقة باعتبارها مرحلة حرجة في حياة الفتيات وتمر فيها بالعديد من الصراعات والصعوبات والتغيرات ومن بينها الأفكار الانتحارية.

(2) عدم وجود دراسات في خدمة الفرد - في حدود علم الباحثة - التي تناولت نموذج العلاج بالتقبل والالتزام والتخفيف من حدة الأفكار الانتحارية للمراهقات.

(3) يعد العلاج بالتقبل والالتزام أحد النماذج الحديثة في طريقة العمل مع الأفراد والأسر والتي أكدت الدراسات السابقة علي فعاليته للتخفيف من المشكلات بمختلف أنواعها ومن ثم سوف تقوم الباحثة باختبار فاعلية هذا النموذج للتخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة إلى اختبار هدف رئيسي مؤداه: اختبار فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات.

ويتحقق هذا الهدف من خلال مجموعة من الأهداف الفرعية كالتالي :

(1) اختبار فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من حدة الرغبة في الانتحار لدى عينة من المراهقات.

(2) اختبار فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من حدة التعبير عن محاولة الانتحار لدى عينة من المراهقات.

(3) اختبار فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من حدة الشعور باليأس وفقدان المعنى لدى عينة من المراهقات.

(4) اختبار فعالية العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من حدة التفكير في الانتحار والتخطيط له لدى عينة من المراهقات.

رابعاً: مفاهيم الدراسة:

1. مفهوم الفعالية:

الأصل اللغوي للفعالية هو الفعل "فعل" ومشتقاته "فاعل" و"فعال"، والفعالية مصدر صناع، اختاره مجمع اللغة العربية بالقاهرة للدلالة على وصف الفعل بالنشاط والإتقان (ابن منظور، 1977، ص653)، بينما تعنى في اللغة الإنجليزية (Effectiveness) الفاعلية - الكفاءة - الجدوى - التأثير (البلبكي، 2008، ص386) كما تعرف بأنها: الحصول على النتائج التي تريدها، أما الكفاءة (Effeciency) القدرة على أداء العمل بدون أخطاء أو إهدار للوقت والطاقة (Oxford, 2014, p.251)، ويشير مفهوم الفعالية في علم النفس إلى أنه "لفظ يطلق على كل عمل أو وضع من أوضاع التعليم يبادر إليه المرء ويمارسه مدفوعاً بالرغبة والاهتمام بغية الوصول من وراء ذلك إلى هدف منشود أو غاية مرجوة" (رزق، 1977، ص237)، ويشير في علم الاجتماع إلى الفعالية على أنها "الكفاءة التي يوصف بها فعل معين، وتحدد عن طريق العلاقة بين الوسائل المتعددة والأهداف وفقاً لترتيب أولوياتها" (غيث، 2006، ص153).

وتحدد مفهوم الفعالية في هذه الدراسة بأنها: مدى قدرة برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد للتخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات.

2. مفهوم العلاج بالتقبل والالتزام Acceptance and Commitment Therapy :

يعرف العلاج بالتقبل والالتزام بأنه "علاج عملي خيراتي يستعمل مبادئ الواقعية والأميريكية في مداخلته التي تعتمد على البدء بقبول وإثراء العقل جنباً إلى جنب مع الالتزام (الرخاوي، ٢٠٠٨، ص١٣٦٢)، ويعرف هذا النوع من العلاج على أنه نوع من أنواع العلاج الذي يجمع بين العلاج السلوكي والسياس الوظيفي والذي يهدف إلى زيادة المرونة النفسية لدى العميل من خلال مساعدته على تقبله لنفسه، واختيار الاتجاهات القيمة لحياته، والالتزام بالعمل الذي يقوده نحو هذه الاتجاهات. هذا ويقوم العلاج بالتقبل والالتزام على نهج العلاج السلوكي الذي يجمع بين اليقظة الذهنية والأفكار السلوكية لتشجيع التقبل والتغيير (Berbette, 2015, p.8).

ويعرف كذلك بأنه "علاج عملي يقوم على استخدام الأمثلة والخبرات الراهنة للحالات، ويعتمد على أساليب المواجهة والتقبل للخبرات والأفكار والاعتقادات الخاطئة وصولاً للتقليل من الخطر المعرفي والتعامل مع الذات كسياق والتصرف الالتزامي بما تم إنجازه في المراحل العلاجية السابقة(الفاقي، 2016، ص99)، يعرفه على أنه نموذج علاجي يجمع بين استراتيجيات وتكنيكات العلاج السلوك وسياق النموذج التطبيقي الوظيفي لتعديل السلوك بهدف مساعدة العميل على زيادة المرونة النفسية من خلال مساعدتهم على تقبلهم لأنفسهم، واختيار الاتجاهات القيمة لحياتهم، والالتزام بالعمل الذي يقودهم نحو هذه الاتجاهات(الفنجري وأحمد وعراقي، 2020، ص179).

كما يعرف بأنه نمط من العلاجات يساعد الفرد على تقبل الموقف الإشكالي الحالي، أي إنه نمط علاجي يساعد الفرد على تقبل ما هو خارج عن إرادته الشخصية ويكون ملتزماً بالعمل الذي يثري حياته، مرتكزاً على توقد الذهن، وتحقيق المرونة النفسية للفرد، وتم تسميته بهذا الاسم لأنه يركز على مكونين أساسيين هما: التقبل من حيث تقبل الفرد لذاته وللآخرين، وكذلك تقبل الفرد لخبراته الأليمة التي يمر بها، أما الالتزام فيشير إلى امتثال الفرد للأفعال التي تتفق مع قيمه وأهدافه، وهذين المكونين يتحققا من خلال (توقد الذهن أي اليقظة، المرونة النفسية"(رشوان، 2019، ص ص40-42)

ويتحدد مفهوم العلاج بالتقبل والالتزام نظرياً في هذه الدراسة بأنها: "ممارسة مجموعة من الأنشطة المخططة الموجهة لصالح المراهقات للتخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لديهن".

وبناءً على ذلك يمكن تحديد مفهوم العلاج بالتقبل والالتزام إجرائياً في هذه الدراسة كما يلي:

1. مجموعة من الأنشطة يمكن ممارستها مع المراهقات.
2. بهدف التخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى المراهقات.
3. باستخدام مجموعة من الأساليب هي (المناقشة والحوار، التقبل غير المشروط، التواصل مع اللحظة الراهنة، الواجبات المنزلية، أسلوب الياس الإبداعي، الإقناع).

4. يعتمد على عدد من الخطوات التي يمكن اتباعها للتخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى المراهقات.

3. مفهوم الأفكار الانتحارية Suicidal Thoughts Concept :

تعرف الأفكار الانتحارية بأنها: مصطلح يشير إلى أفكار أن الحياة لا تستحق أن تعاش وتتراوح في شدتها من أفكار عابرة إلى ملموسة وأيضاً في خطط مدروسة لقتل النفس أو الانشغال الكامل في التدمير الذاتي. (Adams, 2008, p.30)

وفرق جولدي (Goldney, 2008, PP.221-228) بين المفاهيم التالية:

1. الانتحار: سلوك إيذاء الذات الذي يؤدي إلى الموت، وإن كان ذلك بدرجات متفاوتة في النية للموت.

2. محاولة الانتحار: سلوك إيذاء الذات بدرجات متفاوتة في النية، مميت بدرجات متفاوتة.

3. الأفكار الانتحارية: التفكير في سلوك إيذاء الذات بدرجات متفاوتة في النية والجدية في تطبيقه، غير مميت.

4. إيذاء الذات: سلوك إيذاء الذات مقصود وغير مميت ودون نية في الانتحار.

وهو مصطلح يشير إلى "مجموعة الأفكار Thoughts التي تدور حول الرغبات والنوايا وطريقة الانتحار. وقد تظهر الأفكار الانتحارية بدرجات متفاوتة الشدة، بدءاً من أفكار عابرة من حين لآخر إلى وضع خطة للانتحار" (Abreu, et al., 2009, P.272)، والتفكير الانتحاري يشير إلى متصل يشتمل على تنوع ضخم من السلوك يمتد من التأملات التي يمكن أن تسمح للمتخصص بالتنبؤ بمحاولة انتحارية خطيرة الي الفكر السريع للانتحار والذي يحدث لمعظم الناس في وقت ما من حياتهم (البحيري، ٢٠١٣)

كما تشير الأفكار الانتحارية إلى "الفكر الذي يهتم بالأفكار أو الانهماك غير الطبيعي في الانتحار، يختلف مدى الفكر الانتحاري بشكل كبير بين أفكار عابرة إلى أفكار شاملة إلى تخطيط مفصل إلى لعب الأدوار) كالوقوف على كرسي وتعليق نفسه بأنشطة حبل استعدادا للشنق) ومن ثم المحاولات غير المكتملة والتي قد ترتكب بتعمد لتبدو غير مكتملة أو ليسهل اكتشافها" (عزاق ولموشي، 2018، ص86)، كما تعرف بأنها "محصلة لمجموعة من الأفكار السلبية والمحبطة النشطة التي تسيطر علي تفكير الفرد وتدفعه لإنهاء حياته، وتتضمن الشعور باليأس، وفقدان المعني، والرغبة في الانتحار، والتفكير فيه والتخطيط له ثم التعبير عن محاولة الانتحار" (إبراهيم وغنيم وهيبه، ٢٠٢١، ص. ٢٤٥).

كما تعرف بأنها "الأفكار المتعلقة بالانتحار والتي تتضمن اليأس، والأفكار الغامضة والقنوط والاحباط والاغتراب والرغبة في الموت والاحساس بنفاهة الحياة"(علي، 2022، ص.324).

ويتحدد مفهوم الأفكار الانتحارية نظرياً في هذه الدراسة بأنها: "عبارة عن مشاعر سلبية أو تشاؤمية من جدوى الحياة تدفع المراهقة للتفكير بالانتحار من أجل التخلص من ما تواجهه من معاناة في حياتها".

وبناءً على ذلك يمكن تحديد مفهوم الأفكار الانتحارية إجرائياً في هذه الدراسة كما يلي:
"فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية وأبعاده هي: -

- الرغبة في الانتحار
- التعبير عن محاولة الانتحار
- الشعور باليأس وفقدان المعنى
- التفكير في الانتحار والتخطيط له

خامساً: الموجه النظري للبحث:

يعد العلاج بالقبول والالتزام أحد النماذج العلاجية التي لاقت اهتمام كبير وانتشار في الآونة الأخيرة وذلك لما يتسم به من مجموعة من المبادئ والفتيات العلاجية التي تساعد في تحسين حالة العميل بدرجة عالية؛ حيث يهدف نموذج العلاج بالقبول والالتزام إلى زيادة المرونة النفسية لدى العميل من خلال مساعدته على تقبله ذاته، ووضع نسق من الاتجاهات والقيم لحياته، والالتزام بالعمل الذي يقوده نحو ترسيخ هذه الاتجاهات والقيم، ومن ثم يعد نموذجاً من نماذج الموجة الثالثة للنماذج العلاجية بالمدسة السلوكية والتي بدأت بالعلاج السلوكي، ثم العلاج المعرفي السلوكي ثم الموجة الثالثة والتي ارتبطت بعلم النفس السياقي الذي يضم كل من التقنيات المعرفية والمهارات القائمة على اليقظة الذهنية في معالجة المشكلات السلوكية(محمد، 2020، ص338).

ويركز العلاج بالتقبل والالتزام على قيام الشخص بتحديد قيمه وأهدافه الواقعية في الحياة، والعمل من أجل تحقيقها، على الرغم من معاناته، وتمثل القيم المبادئ العميقة والمعتقدات الشخصية التي يؤمن بها الفرد، والتي تعطي لحياته معنى وتحدد أهدافه وأفعاله وتحرك عواطفه ودافعيته للعمل من أجل حل المشكلات وتحقيق الأهداف، وهي

تعيين الفرد على الانفصال عن الخبرة المؤلمة من خلال اللاحاح على اهداف الحياة المنبثقة منها، ومع تحقيق الأهداف وحل المشكلات خاصة ذات الصلة المباشرة بمعاناته، تخف المعاناة وينعم الفرد بالحياة التي يرغب فيها (Strosahl & Robinson, 2017, p.133)

وقد مر نموذج العلاج بالقبول والالتزام مر خلال النشأة والتطور بثلاث مراحل أساسية بلورت هذا النموذج، وهذه المراحل هي (زكي وآخرون, 2019, ص ص 192-193):-

المرحلة الأولى: ويطلق عليها مرحلة التشكيل وتمتد من بدايات السبعينيات حتي بداية الثمانينيات من القرن العشرين، وتميزت هذه المرحلة بانتشار أفكار ومبادئ المدرسة السلوكية.

المرحلة الثانية: وتسمي مرحلة التحول وتميزت هذه المرحلة بظهور نظرية السياق الوظيفي أو نظرية الإطار السياقي حول اللغة.

المرحلة الثالثة: وبدأت في نهاية العقد الماضي ووصف فيها العلاج بأنه مدخل وظيفي متكامل للعلاج المرتكز على نظرية الإطار السياقي، وأسس فلسفية تعود إلى السياقية الوظيفية.

ومن ثم فإن فلسفة السياقية الوظيفية ساهمت في تطور أفكار ومبادئ العلاج بالقبول والالتزام تظهر في تكوين النموذج العلاجي على أسس فلسفية منطقية تساعد العميل على فهم السلوك في ضوء التحليل الوظيفي لنتائج هذا السلوك في تكوين علاقات اجتماعية متكافئة (Morris, Johns & Oliver, 2013, p.113).

افتراضات العلاج بالقبول والالتزام:

يقوم العلاج بالقبول والالتزام على مجموعة من الافتراضات التي يجب عدم اغفالها عند وضع خطة العلاج، ولعل تلك الافتراضات هي (الصبوة, 2019, ص 81):

- (1) يمكن مراقبة الأفكار والانفعالات والذكريات دون التطرق إلى تفاصيلها الضمنية.
- (2) يعمل قبول الأفكار والانفعالات على تخفيف الألم الانفعالي لأن العلاج لا يسعى إلى تغيير الانفعالات بل يعمل على قبولها.
- (3) تساعد ممارسة التعقل (اليقظة العقلية) في عملية القبول.

(4) هناك جانب من الذات الحقيقية ينفصل عن أفكارك أو سلوكياتك فبعض الأشخاص يطلقون على هذا الجانب "الروح" أو الجوهر الذاتي.

(5) من المهم تحديد القيم في البداية ثم القيام بالأعمال التي تتسق مع هذه القيم.

مبادئ العلاج بالقبول والالتزام:

يقوم العلاج بالقبول والالتزام على مجموعة من المبادئ التي يجب على المعالج المستخدم له الالتزام بها وهذه المبادئ هي (زكي وآخرون, 2019, ص ص 210-211):-

(1) العلاج بالقبول والالتزام له ستة عمليات أساسية لا يوجد ترتيب صحيح لممارسة تلك العمليات.

(2) ليس جميع العملاء بحاجة إلى جميع العمليات العلاجية.

(3) تحتاج ممارسة نموذج العمليات الست في العلاج بالقبول والالتزام إلى بعض المهارات المهنية.

(4) يمكن ممارسة أو استخدام العديد من أساليب واستراتيجيات التدخل المهني كي يتم ممارسة عملية واحدة من العمليات الست الأساسية للعلاج.

(5) تتطلب الممارسة المهنية للعلاج بالقبول والالتزام ممارسة المعالج لأنشطة تساعد في تحليل الموقف الإشكالي للعميل ومن أمثلة هذه الممارسات :

- تحليل طبيعة مشكلة العميل.

- تقييم العوامل التي تؤثر علي مستوي الدافع للتغير لدى العميل.

- تحليل العوامل التي تؤدي إلى تناقص المرونة النفسية للعميل.

- تقييم العوامل التي تزيد من المرونة النفسية.

- التوصل إلى هدف علاجي وتحديد التدخل المهني

أهداف العلاج بالقبول والالتزام:

(1) مساعدة العميل على استخدام المهارات والعمليات العقلية بشكل إيجابي يساعد العميل على التعامل مع المشاعر المؤلمة التي تصاحب الموقف الإشكالي، والبعد عن المخاوف والشكوك، وبناء العديد العلاقات الاجتماعية الجيدة، وإيجاد أهداف قصيرة وطويلة المدى لحياة العميل (Russ, 2008, p.25)

(2) مساعدة العملاء على أن يدركوا أنفسهم باعتبارهم سياق خاص بالخبرات والتجارب المتسمة التي تشمل كل الأشياء التي تحدث داخل ذات الإنسان بما في ذلك الانفعالات، الأفكار، الذكريات، المشاعر، والأحاسيس ويصبح الهدف تجنب الخبرات السلبية والتوجه قداماً نحو المسارات الحياتية ذات المغزى ومساعدة العملاء الذين يتبعون طرق صارمة خاصة بالتفكير والسلوك تتصف بالجمود لكي يصبحوا أكثر مرونة من الناحية النفسية والسلوكية (Robyn & Westrup, 2006, P.12).

(3) تخفيف حدة وتكرار الانفعالات والأفكار المكدره، وزيادة الفعالية السلوكية، بغض النظر عن وجود الأفكار والانفعالات المحزنة، وذات المستويات المتنوعة من الحدة (عطية, 2011, ص447).

خطوات نموذج العلاج بالتقبل والالتزام:

يتطلب من المعالج الالتزام بمجموعة من خطوات والتي تساعد في تحليل مشكلة العميل ومن ثم المساهمة في حلها والتغلب عليها، وتمثل تلك الخطوات فيما يلي (Hayes, Strosahl, Wilson, 2003, PP.15-67) :-

1. التعرف على طبيعة المشكلة التي يعاني منها العميل وتحليلها.
2. التعرف على العوامل التي من شأنها أن تؤثر على الدافع للتغيير لدى العميل وتقييمها.
3. التعرف على العوامل التي من شأنها أن تنتقص من المرونة النفسية لدى العميل وتقييمها.
4. التعرف على العوامل التي من شأنها أن تزيد من المرونة النفسية لدى العميل وتقييمها.
5. التوصل إلى هدف علاجي وتحديد الفتيات اللازمة للتدخل العلاجي.

أساليب نموذج العلاج بالتقبل والالتزام:

يشتمل العلاج بالتقبل والالتزام على ستة مفاهيم أساسية هي:-

(Twohig, 2012, p.50)(Lane, 2017, pp.41-5)

1. **التقبل Acceptance**: ينطوي التقبل على تبني الخبرات الداخلية بفاعلية، في حين أنها تحدث حالياً، كتجارب داخلية مستمرة. ويتم تطبيق التقبل على التجارب الداخلية التي تشجع على التجنب التجريبي، والذي يحاول تقليل أو تجنب التجارب الداخلية غير المرغوب فيها والتي من شأنها أن تؤدي إلى آثار سلبية على عمل الفرد.

2. **التقليل من الخطر المعرفي Cognitive Defusion** : ينطوي التقليل من الخطر المعرفي على تغيير السياق الذي تحدث فيه التجارب الداخلية في محاولة لتقليل تأثيرها وأهميتها تلقائياً، مما يسمح بالنظر إليها كعملية مستمرة.

3. **كون الفرد موجوداً حاضراً Being present (أي التواصل مع اللحظة الراهنة):** يتم تعريف كون الفرد موجوداً حاضراً بشكل عام على أنه اهتمام مرن وطوعي للأحداث الداخلية والخارجية عند حدوثها، دون الارتباط بالتقييم أو الحكم، إن كون الفرد موجوداً حاضراً مع البيئة الداخلية والخارجية يساعد على المرور بالخبرات كما تحدث بالفعل، ويتطلب ذلك ثلاثة مهارات على الأقل: القدرة على تنظيم الانتباه إلى الحاضر، والمرور بالخبرات التي تحدث، وتحديد ووصف هذه الأحداث بطريقة غير متسعة.

4. **الذات كسياق Self as context** : إن تصور النفس على أنه "أنت" الذي يتم بناؤه ويستند إلى التقييمات الذاتية والتصنيفات، ففي العلاج بالتقبل والالتزام، يعمل المعالج على تطوير شعور الفرد بذاته كسياق، حيث الذات هي مكان الوعي أو أخذ المنظور الذي يسمح بتجربة الأحداث الداخلية والخارجية.

5. **اختيار القيم:** في العلاج بالتقبل والالتزام، تعد القيم هي عناصر الحياة التي نهتم بها والتي تحفزنا على الانخراط في بعض الأنشطة، كما تؤثر القيم على وظائف التعزيز، وبالتالي فإن المساعدة في توضيح قيم العميل يجب أن تساعد في جعله على الأرجح يقترّب من المنبهات التي عززت في الأصل التجنب، بالإضافة إلى ذلك، قد تصبح المعززات التي يكون لها تأثير ضئيل أكثر قوة.

6. **الالتزامات السلوكية Behavioral Commitments** : حيث يتم دمج إجراءات تغيير السلوك التقليدية في هذا النوع من العلاج. فجميع العمليات الأخرى في العلاج بالتقبل والالتزام تعمل إما على تغيير السياق الذي تحدث فيه التجارب الداخلية، أو تغيير التأثيرات التعزيزية أو العقابية للمؤثرات.

وأضاف (زكي وآخرون، 2019، ص208) الأساليب التالية:-

1. **التقبل غير المشروط:** تعتبر هذه الفنية أحد فنيات العلاج المعرفي السلوكي ومن الفنيات التي تؤكد بعض الكتابات في هذا المنحى العلاجي على ضرورة أن يتم توظيفها في بداية الجلسات العلاجية؛ لأن إظهار التقبل غير المشروط للعميل يسهم

بدورة في بناء علاقة علاجية فعالة يكون لها بالغ الأثر في تحسن حالة العميل ومن ثم التقدم في العملية العلاجية.

2. التجنب الخبراتي والتصرف الملتمزم: وتشير هذه الفنية إلى التزام الفرد بأداء ما يتناسب مع القيم التي اختارها، ويتم ذلك من خلال أساليب تعديل السلوك مثل: التدريب علي اكتساب المهارات، وتشكيل السلوك.

3. اليأس الابداعي: تهدف إلى إعادة تمثيل الموقف الذي فشل فيه العميل خلال تغيير خبراته التي مر بها، لأنه في خلال تلك المرحلة قد يلتمس العميل العلاج في ظل شعوره باليأس والاحباط.

سادساً: الاجراءات المنهجية للدراسة:

1. نوع الدراسة: تعتبر هذه الدراسة من الدراسات شبه التجريبية التي تستهدف اختبار العلاقة بين متغير مستقل (فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام) ومتغير تابع وهو (التخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات).

2. المنهج المستخدم: اعتمد هذا البحث على المنهج شبه التجريبي باستخدام تصميم التجربة القبليّة البعدية لمجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل منهما (١٠) مراهقات بطريقة العينة العمدية.

3. فروض الدراسة:

يسعى البحث لاختبار فرض رئيسي مؤداه " توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين فعالية العلاج بالتقبل والالتزام والتخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات".

وينبثق من هذا الفرض الرئيس عدة فروض فرعية وهي:

(1) لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات (شرط تجانس مجموعتي الدراسة).

(2) توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات لصالح المجموعة التجريبية.

(3) لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات.

(4) توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات لصالح القياس البعدي.

4. أدوات الدراسة:

أ. المقابلة كأداة دراسية وعلاجية.

ب. مقياس الأفكار الانتحارية (إعداد/ إبراهيم وغنيم وهيبة, 2021)

وصف المقياس: يتكون المقياس في صورته النهائية من (31) عبارة موزعة على أربعة أبعاد هي (الرغبة في الانتحار، التعبير عن محاولة الانتحار، الشعور باليأس وفقدان المعنى، التفكير في الانتحار والتخطيط له)، وذلك وفقاً للجدول التالي:

جدول رقم (1) يوضح توزيع العبارات على أبعاد مقياس الأفكار الانتحارية

المسلسل	أبعاد المقياس	رقم العبارات
البعد الأول	الرغبة في الانتحار	30-26-22-18-14-10-6-2
البعد الثاني	التعبير عن محاولة الانتحار	28-24-20-16-12-8-4
البعد الثالث	الشعور باليأس وفقدان المعنى	29-25-21-17-13-9-5-1
البعد الثالث	التفكير في الانتحار والتخطيط له	31-27-23-19-15-11-7-3

جدول (2) يوضح مستويات المتوسطات الحسابية

إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 1 إلى 1.67	مستوى منخفض
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 1.68 إلى 2.34	مستوى متوسط
إذا تراوحت قيمة المتوسط للعبارة أو البعد من 2.35 إلى 3	مستوى مرتفع

صدق وثبات المقياس:

(1) صدق المقياس: اعتمدت الباحثة في حساب صدق المقياس على طريقة صدق الاتساق الداخلي وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (3) يوضح العلاقة بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات باستخدام معامل ارتباط بيرسون (ن=15)

المسلسل	أبعاد المقياس	قيمة ر ودالاتها
البعد الأول	الرغبة في الانتحار	**0.855
البعد الثاني	التعبير عن محاولة الانتحار	**0.843
البعد الثالث	الشعور باليأس وفقدان المعنى	**0.881
البعد الثالث	التفكير في الانتحار والتخطيط له	**0.901
المقياس ككل		**0.87

يتضح من الجدول السابق أن المقياس يتسم بدرجة عالية من الصدق.

(2) ثبات المقياس: قامت الباحثة بحساب الثبات من خلال طريقة الاختبار واعداد الاختبار على عينة قوامها (15) مراهقة خارج عينة الدراسة، بفارق زمني قدره (15) يوم بين الاختبار الأول والثاني، وكانت النتائج وفقاً للجدول التالي:

جدول رقم (4) يوضح العلاقة بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني لمقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات باستخدام معامل ارتباط بيرسون $n=15$

المسلسل	أبعاد المقياس	قيمة ر ودالاتها
البعد الأول	الرغبة في الانتحار	**0.927
البعد الثاني	التعبير عن محاولة الانتحار	**0.947
البعد الثالث	الشعور باليأس وفقدان المعنى	**0.877
البعد الثالث	التفكير في الانتحار والتخطيط له	**0.859
المقياس ككل		**0.903

****دال عند مستوى معنوية 0.01 * دال عند مستوى معنوية 0.05**

وبذلك يعتبر المؤشر العام للثبات = (0.903) وهو مؤشر عالي للثبات.

برنامج التدخل المهني: (إعداد الباحثة)

أ. أهداف برنامج التدخل المهني:

الهدف الرئيسي للتدخل المهني في هذه الدراسة " قياس عائد تطبيق العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات".

الأهداف الفرعية للبرنامج:

1. إدراك المراهقات معنى المرونة النفسية، وتقبلهن الخبرات الشعورية المؤلمة مع عدم بقاءهن تحت تأثيرها.
2. تدريب المراهقات عينة الدراسة على اليقظة الذهنية، ووعيهن بمجمل الخبرة النفسية والعالم الخارجي، وتركيزهن على اللحظة الراهنة.
3. تدريب المراهقات على التمييز بين الكلمات والأفكار وبين الواقع وعدم الايمان بالمعنى الحرفي للكلمات والانفعال بها.
4. عدم الاكتفاء فقط بتعديل مشاعرهن وأفكارهن المؤلمة وخفض تكرارها وشدتها ومدتها، بل التأكيد على تنمية الفاعلية الذاتية والسلوكية على الرغم من وجود الخبرة النفسية المؤلمة.

5. حسن إدراك المراهقات لقيمنهن التي يتمكن بها والأهداف التي يحاولن تحقيقها من خلال التزامه بالقيم والعمل من أجل تحقيق الأهداف المنبثقة عنها.

التوقيت الزمني لبرنامج التدخل المهني:

▪ مدة البرنامج: (4) أشهر, عدد أيام البرنامج: (18) يوماً.

مراحل برنامج التدخل المهني: مر البرنامج العلاجي بالمراحل التالية:

1. المرحلة التمهيديّة: وتضمنت هذه المرحلة مقابلة المراهقات بالمجموعة التجريبية، حيث تقوم الباحثة بشرح المنافع التي تعود عليهن من الاشتراك في البرنامج، علاوة على الجدول الزمن لجلسات التدخل المهني، والتعرف على مدى رغبتهن في التحدث أم الآخرين أم لا.
2. مرحلة بناء العلاقة العلاجية والتعرف على العوامل المسببة للمشكلة: تضمنت هذه المرحلة توطيد العلاقة بين الباحثة والمشاركين وبعضهن البعض، علاوة على رفع وعيهن بمشكلاتهن وضرورة التدخل لخفض تلك المشكلة.
3. مرحلة التدخل العلاجي: تضمنت هذه المرحلة تطبيق الأساليب العلاجية الخاصة بالتخفيف من حدة الأفكار الانتحارية ومن ثم تدريبهن على التدريبات خلال جلسات التدخل المهني.
4. مرحلة الإنهاء والمتابعة: تضمنت هذه المرحلة إنهاء البرنامج وتقييمه والتطبيق البعدي والتتبعي كما تضمنت هذه المرحلة المتابعة العلاجية بعد مدة متابعة (شهر ونصف).

جلسات البرنامج:

جدول رقم (5) جلسات برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج بالتقبل والالتزام

رقم المسلسل	الموضوع	الهدف من الجلسة	الأساليب المستخدمة	زمن الجلسة	أسلوب تطبيق الجلسات
1	المرحلة التمهيديّة	- التعارف بين الباحثة وعينة الدراسة. - الاتفاق على موعد الجلسات وتعليمات الجلسات.	- المناقشة والحوار - التقبل غير المشروط	45 دقيقة لكل جلسة	فردية
2	التعارف وبناء العلاقة المهنية	- التعارف بين المبحوثات بعضهم البعض. - تطبيق القياس القبلي. - شرح أهداف البرنامج ومواعيده وتوقيت الجلسة.	- المناقشة والحوار التقبل	45 دقيقة	جماعية

رقم المسلسل	الموضوع	الهدف من الجلسة	الأساليب المستخدمة	زمن الجلسة	أسلوب تطبيق الجلسات
4-3	زيادة فهم المراهقات لأفكارهن الانتحارية وتأثيرها عليهن	- شرح مفهوم الأفكار الانتحارية والعوامل المسببة لها لكل حالة على حدة. - إقناع المراهقات بمدى خطأ أفكارهن.	التواصل مع اللحظة الراهنة التعزيز الإيجابي المناقشة	45 دقيقة لكل جلسة	فردية
6-5	التعبير عن محاولة الانتحار	- مناقشة كل حالة في أكثر الأفكار المرتبطة ببعده التعبير عن محاولة الانتحار. - عرض فيديو توضيحي لمخاطر هذا التفكير.	المنذجة. المناقشة المنطقية الإقناع الواجبات المنزلية	45 دقيقة لكل جلسة	فردية
8-7	الشعور باليأس وفقدان المعنى	- متابعة الواجب المنزلي. - مناقشة كل حالة في أكثر الأفكار المرتبطة ببعده الشعور باليأس وفقدان المعنى. - زيادة الثقة بالنفس. - مساعدتهن على تحديد أهدافهن وأن لوجودهن معنى ورسالة.	أسلوب اليأس الابداعي. المناقشة المنطقية الإقناع الواجبات المنزلية. التقبل غير المشروط	45 دقيقة لكل جلسة	فردية
10-9	التفكير في الانتحار والتخطيط له	- متابعة الواجب المنزلي - إقناع المراهقات بمدى خطأ أفكارهن المرتبطة ببعده التفكير في الانتحار والتخطيط له.	المناقشة المنطقية الإقناع الواجبات المنزلية	45 دقيقة لكل جلسة	جماعية
12-11	التدريب على التقبل	- متابعة الواجب المنزلي - زيادة الثقة بالنفس. - تدريب المراهقات على استراتيجية كشف الذات لمواجهة الخبرات السلبية. - تدريب المراهقات على تحديد المشاعر السلبية والتعبير عنها بطريقة صحيحة وقبولها والتعامل معها	المناقشة المنطقية الإقناع الواجبات المنزلية	45 دقيقة لكل جلسة	جماعية
14-13	التدريب على الذات كسياق (تقبل الفرد لذاته ومشاغره وأفكاره)	- متابعة الواجب المنزلي - توظيف مراقبة الذات في مواجهة الخبرات السلبية. - تدريب المراهقات على طرق التواصل البديلة مع الذات. - تدريب المراهقات على استبدال الخبرات السلبية بخبرات إيجابية لتعزيز قبول الذات	الذات كسياق المناقشة المنطقية الإقناع الواجبات المنزلية التقبل	45 دقيقة لكل جلسة	جماعية

رقم المسلسل	الموضوع	الهدف من الجلسة	الأساليب المستخدمة	زمن الجلسة	أسلوب تطبيق الجلسات
16-15	التدريب على التواصل مع اللحظة الراهنة واستبصار الموقف وتنمية مشار الوضوح	- متابعة الواجب المنزلي - تدريب المراهقات على إعداد جدول تسجيل رد الفعل المستمر لمواقف الحياة. - تدريب المراهقات على اليقظة العقلية وتوظيفها في مواجهة المواقف الضاغطة.	التواصل مع اللحظة الراهنة المناقشة المنطقية الإقناع الواجبات المنزلية	45 دقيقة لكل جلسة	جماعية
18-17	تطبيق القياس البعدي	- مراجعة ما تم تحقيقه من أهداف خلال جلسات التدخل المهني. - تطبيق القياس البعدي.	المناقشة المنطقية التعزيز الإيجابي	45 دقيقة لكل جلسة	جماعية

1) مجالات الدراسة:

أ) **المجال المكاني:** تم تطبيق برنامج التدخل المهني باستخدام نموذج العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات بمؤسسة دار الصفا للفتيات بمحافظة أسيوط.

وقد تم اختيار المجال المكاني للمبررات التالية:

- توافر عينة الدراسة واستعدادهن للتعاون مع الباحثة.
- موافقة المسؤولين بالمؤسسة على إجراء الدراسة.
- وجود الإمكانيات المختلفة التي تساعد في تطبيق آليات البرنامج وأنشطته المختلفة.

ب) **المجال البشري:** تكون إطار المعاينة من (30) فتاة في مرحلة المراهقة تطبق عليهن الشروط، وقد تم تطبيق المقياس عليهن وتم سحب عينة عمدية من الفتيات الحاصلات على أعلى درجات على مقياس الأفكار الانتحارية وعددهن (20) فتاة، وتوزيعهن على مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل منهما (10) فتيات، وقد تم اختيارهن في ضوء الشروط التالية:

- أن يتراوح عمرهن من (15 - 18) سنة.
- أن يكن من المقيّمات بالمؤسسة.
- أن يكن ملتحقات بمرحلة الإعدادية.

ج) **المجال الزمني:** هي الفترة التي تم فيها تطبيق برنامج التدخل المهني وقد استغرقت (4) أشهر تقريباً من (2022/3/1م) إلى (2022/7/10م).

سابعاً: مناقشة نتائج الدراسة:

1) خصائص عينة الدراسة

أ. المتغيرات الكمية:

جدول رقم (6) يوضح توزيع المجموعتين التجريبيّة والضابطة حسب المتغيرات الكمية (السن) (ن=20)

المتغير	المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
السن	المجموعة التجريبية	1.59	0.41	0.928	0.322 غير دال
	المجموعة الضابطة	1.63	0.46		
مدة الالتحاق بالمؤسسة	المجموعة التجريبية	1.73	0.882	0.475	0.638 غير دال
	المجموعة الضابطة	1.68	0.63		

يوضح الجدول السابق أنه:

■ يتضح من بيانات الجدول السابق تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث السن، حيث بلغت قيمة (ت) 0.928 وهي غير دالة حيث بلغت قيمة الدلالة 0.322 وبذلك يتضح من نتائج الجدول عدم وجود فروق دالة إحصائية بين كل من المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث السن.

■ يتضح من بيانات الجدول السابق تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث مدة الالتحاق بالمؤسسة، حيث بلغت قيمة (ت) 0.475 وهي غير دالة حيث بلغت قيمة الدلالة 0.638 وبذلك يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث مدة الالتحاق بالمؤسسة.

ب. المتغيرات الكيفية:

جدول رقم (7) يوضح توزيع المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث الصف الدراسي (ن=20)

م	الصف الدراسي	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
		ك	%	ك	%		
1	الصف الأول الثانوي	3	30	3	30	0.339	0.589
	الصف الثاني الثانوي	4	40	5	50		
3	الصف الثالث الثانوي	3	30	2	20		
	المجموع	10	100	10	100	غير دال	غير دال

يتضح من بيانات الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث الحالة التعليمية بحيث بلغت قيمة ت (0.339) وهي غير دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة الدلالة (0.589) وهي غير دالة إحصائياً.

2) مناقشة فروض الدراسة:

الفرض الرئيسي للدراسة:

"توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين فعالية العلاج بالتقبل والالتزام والتخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات"

وبتحقق هذا الفرض من خلال الفروض الفرعية التالية :

الفرض الفرعي الأول: "لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات (شروط تجانس مجموعتي الدراسة)".

ويتم التحقق من صحته من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (8) دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياس القبلي للمجموعتين

التجريبية والضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات ن=20

م	الأبعاد	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		قيمة (ت)	مستوى الدلالة	الدلالة
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
1	الرغبة في الانتحار	2.67	0.32	2.70	0.35	-0.200	0.843	غير دال
2	التعبير عن محاولة الانتحار	2.42	0.23	2.39	0.31	-0.151	0.881	غير دال
3	الشعور باليأس وفقدان المعنى	2.56	0.34	2.6	0.31	-0.244	0.821	غير دال
4	التفكير في الانتحار والتخطيط له	2.51	0.21	2.47	0.29	-0.103	0.919	غير دال
	المجموع	2.54	0.28	2.54	0.31	-0.205	0.839	غير دال

- يوضح الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات، حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 2.54 بانحراف معياري 0.28، في مقابل المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية 2.54 بانحراف معياري

0.31, كما بلغت قيمة (ت) -0.205- وبلغت قيمة الدلالة 0.839 وهي غير دالة إحصائياً.

- يوضح الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على بعد "الرغبة في الانتحار", حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 2.67 بانحراف معياري 0.32, في مقابل المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية 2.70 بانحراف معياري 0.35, كما بلغت قيمة (ت) -0.200- وبلغت قيمة الدلالة 0.843 وهي غير دالة إحصائياً.

- يوضح الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على بعد "التعبير عن محاولة الانتحار", حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 2.42 بانحراف معياري 0.23, في مقابل المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية 2.39 بانحراف معياري 0.31, كما بلغت قيمة (ت) -0.151- وبلغت قيمة الدلالة 0.881 وهي غير دالة إحصائياً.

- يوضح الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على بعد "الشعور باليأس وفقدان المعنى", حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 2.56 بانحراف معياري 0.34, في مقابل المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية 2.6 بانحراف معياري 0.31, كما بلغت قيمة (ت) -0.244- وبلغت قيمة الدلالة 0.821 وهي غير دالة إحصائياً.

- يوضح الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على بعد "التفكير في الانتحار والتخطيط له", حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 2.51 بانحراف معياري 0.21, في مقابل المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية 2.47 بانحراف معياري 0.29, كما بلغت قيمة (ت) -0.103- وبلغت قيمة الدلالة 0.919 وهي غير دالة إحصائياً.

وبذلك نقبل الفرض الفرعي الأول الذي مؤداه "لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات (شرط تجانس جماعتي الدراسة)" وهذا يشير إلى التجانس بين المجموعتين كما أوضحنا سابقاً في خصائص عينة الدراسة.

الفرض الفرعي الثاني: "توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات لصالح القياس البعدي".

ويتم التحقق من صحته من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (6) دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات ن=10

الدالة	قيمة (ت)	البعدي		القبلي		الأبعاد	م
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
دال عند 0.01	14.383	0.35	1.62	0.35	2.70	الرغبة في الانتحار	1
دال عند 0.01	13.401	0.31	1.48	0.31	2.39	التعبير عن محاولة الانتحار	2
دال عند 0.01	17.756	0.29	1.58	0.31	2.6	الشعور باليأس وفقدان المعنى	3
دال عند 0.01	18.429	0.37	1.42	0.29	2.47	التفكير في الانتحار والتخطيط له	4
دال عند 0.01	15.992	0.33	1.52	0.31	2.54	المجموع	

- يوضح الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات لصالح القياس البعدي حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي 2.54 بانحراف معياري 0.31 في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي 1.52 بانحراف معياري 0.33 كما بلغت قيمة (ت) 15.992 وهي دالة عند 0.01 .
- يوضح الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على بعد " الرغبة في الانتحار" حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي 2.70 بانحراف معياري 0.35 في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي 1.62 بانحراف معياري 0.35 كما بلغت قيمة (ت) 14.383 وهي دالة عند 0.01 .
- يوضح الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على بعد " التعبير عن محاولة الانتحار" حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي 2.39 بانحراف معياري 0.31 في

مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي 1.48 بانحراف معياري 0.31 كما بلغت قيمة (ت) 13.401 وهي دالة عند 0.01 .

- يوضح الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على بعد " الشعور باليأس وفقدان المعنى" حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي 2.6 بانحراف معياري 0.31 في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي 1.58 بانحراف معياري 0.29 كما بلغت قيمة (ت) 17.756 وهي دالة عند 0.01 .

- يوضح الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على بعد " التفكير في الانتحار والتخطيط له" حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي 2.47 بانحراف معياري 0.29 في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي 1.42 بانحراف معياري 0.37 كما بلغت قيمة (ت) 18.429 وهي دالة عند 0.01 .

وبذلك نقبل الفرض الفرعي الثاني الذي مؤداه " توجد فروق معنوية دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات لصالح القياس البعدي".

ويرجع ذلك إلى فعالية برنامج التدخل المهني القائم على أساليب العلاج بالتقبل والالتزام وتنوع الأساليب التي استخدمتها الباحثة مع حالات الدراسة.

الفرض الفرعي الثالث: "لا توجد فروق معنوية دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات".

ويتم التحقق من صحته من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (7) دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات ن=10

م	الأبعاد	القبلي		البعدي		قيمة (ت)	مستوى الدلالة	الدلالة
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
1	الرغبة في الانتحار	2.67	0.32	2.70	0.35	1.468	0.164	غير دال
2	التعبير عن محاولة الانتحار	2.42	0.23	2.39	0.31	1.497	0.168	غير دال

م	الأبعاد	القبلي		البعدي		قيمة (ت)	مستوى الدلالة	الدلالة
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
3	الشعور باليأس وفقدان المعنى	2.56	0.34	2.47	0.29	-0.886	0.391	غير دال
4	التفكير في الانتحار والتخطيط له	2.51	0.21	2.48	0.3	1.354	0.224	غير دال
	المجموع	2.54	0.31	2.51	0.31	-0.666	0.516	غير دال

- يوضح الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات, حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي 2.54 بانحراف معياري 0.31 في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي 2.51 بانحراف معياري 0.31 كما بلغت قيمة (ت) -0.666- وهي غير دالة إحصائياً.
- يوضح الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على بعد "الرغبة في الانتحار" حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي 2.67 بانحراف معياري 0.32 في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي 2.70 بانحراف معياري 0.35 كما بلغت قيمة (ت) 1.468 ومستوى دلالة 0.164 وهي غير دالة إحصائياً.
- يوضح الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على بعد "التعبير عن محاولة الانتحار" حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي 2.42 بانحراف معياري 0.23 في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي 2.39 بانحراف معياري 0.31 كما بلغت قيمة (ت) 1.497 ومستوى دلالة 0.168 وهي غير دالة إحصائياً.
- يوضح الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على بعد "الشعور باليأس وفقدان المعنى" حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي 2.56 بانحراف معياري 0.34 في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي 2.47 بانحراف معياري 0.29 كما بلغت قيمة (ت) -0.886 ومستوى دلالة 0.391 وهي غير دالة إحصائياً.

- يوضح الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات، بعد "التفكير في الانتحار والتخطيط له" حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي 2.51 بانحراف معياري 0.21 في مقابل المتوسط الحسابي للقياس البعدي 2.48 بانحراف معياري 0.3 كما بلغت قيمة (ت) 1.354 ومستوى دلالة 0.224 وهي غير دالة إحصائية.

وبذلك نقبل الفرض الفرعي الثالث الذي مؤداه "لا توجد فروق معنوية دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات.

الفرض الفرعي الرابع: "توجد فروق معنوية دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات لصالح المجموعة التجريبية".

ويتم التحقق من صحته من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (8) دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات ن=20

م	الأبعاد	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		قيمة (ت)	الدلالة
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
1	الرغبة في الانتحار	2.70	0.35	1.62	0.35	13.989	دال عند 0.01
2	التعبير عن محاولة الانتحار	2.39	0.31	1.48	0.31	14.137	دال عند 0.01
3	الشعور باليأس وفقدان المعنى	2.47	0.29	1.58	0.29	8.158	دال عند 0.01
4	التفكير في الانتحار والتخطيط له	2.48	0.3	1.42	0.37	15.224	دال عند 0.01
	المجموع	2.54	0.31	1.52	0.33	14.748	دال عند 0.01

- يوضح الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.01 بين متوسطات درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات، حيث بلغ

المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 2.54 بانحراف معياري 0.31, في مقابل المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية 1.52 بانحراف معياري 0.33, كما بلغت قيمة (ت) 14.748 وهى دالة إحصائياً عند مستوى معنوية 0.01.

- يوضح الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على بعد " الرغبة في الانتحار", حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 2.70 بانحراف معياري 0.35, في مقابل المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية 1.62 بانحراف معياري 0.35, كما بلغت قيمة (ت) 13.989 وهى دالة إحصائياً عند مستوى معنوية 0.01.

- يوضح الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على بعد " التعبير عن محاولة الانتحار", حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 2.39 بانحراف معياري 0.31, في مقابل المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية 1.48 بانحراف معياري 0.31, كما بلغت قيمة (ت) 14.137 وهى دالة إحصائياً عند مستوى معنوية 0.01.

- يوضح الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على بعد " الشعور باليأس وفقدان المعنى", حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 2.47 بانحراف معياري 0.29, في مقابل المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية 1.58 بانحراف معياري 0.64, كما بلغت قيمة (ت) 8.158 وهى دالة إحصائياً عند مستوى معنوية 0.01.

- يوضح الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على بعد " التفكير في الانتحار والتخطيط له", حيث بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة 2.48 بانحراف معياري 0.3, في مقابل المتوسط الحسابي للمجموعة

التجريبية 1.42 بانحراف معياري 0.37، كما بلغت قيمة (ت) 15.224 وهي دالة إحصائياً عند مستوى معنوية 0.01.

وبذلك نقبل الفرض الفرعي الرابع الذي مؤداه "توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقات لصالح المجموعة التجريبية.

ثامناً: النتائج العامة للدراسة:

1) ينضح من نتائج الدراسة فيما يتعلق بالقياس القبلي على مقياس الدراسة ارتفاع مستوى الأفكار الانتحارية لدى الفتيات المراهقات.

حيث يعاني الفتيات المراهقات من العديد من الأفكار الانتحارية التي تؤثر على تقبلهن لذاتهن وفقدانهن لمعنى الحياة وبالتالي تتكون لديهن مشاعر سلبية تجاه أنفسهن وتجاه المجتمع الذي يعيشون فيه وقد يرجع ذلك إلى نظرة المجتمع لهن وعدم تواجدهن في أسر طبيعية وغياب القدوة وضعف الوازع الديني.

حيث اتفقت كل من دراسة سميث (2006) Smith ودراسة محمد

(2008) أن من بين العوامل المؤدية للانتحار لدى المراهقين اليأس والإحباط والاضطراب النفسي والوضع الاقتصادي الخلفيات العائلية، وضعف التماسك الأسري، والإدمان على الكحول، والاضطرابات النفسية والشخصية لأفراد العائلة، فقدان لأحد الوالدين، التفكك الأسري كإفصال الوالدين، تؤدي كل هذه الظروف إلى عيش المراهق في ظروف صعبة ومعاناة قد تجعله يلجأ إلى إنهاء حياته.

كما توصلت دراسة جري (2011) أن الشخصية المضطربة تجد صعوبة

في التعايش والتوافق مع الآخرين، سواءً في التفكير أو في الإحساس أو في السلوك، وهي شخصية تتصف بالجفاف وعدم المرونة وغير قادرة على إعطاء استجابات مناسبة لمتطلبات الحياة المتغيرة، ويرون أن مشاكلهم هي بسبب الآخرين والظروف التي هي خارجة عن دائرة سيطرته.

وفي ضوء العلاج بالتقبل والالتزام قامت الباحثة بالتركيز على زيادة ثقة الفتيات بأنفسهن وكذلك تدريبهن على تحديد المشاعر السلبية والتعبير عنها بطريقة صحيحة وقبولها والتعامل معها تبين من نتائج اختبار صحة الفرض الرئيسي للدراسة، حيث أكدت النتائج على أن العلاج بالتقبل والالتزام أدى إلى التخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى الفتيات المراهقات.

(2) تبين من نتائج اختبار صحة الفروض الفرعية للدراسة، صحة الفروض الفرعية الأربع حيث أكدت النتائج على:

أ. لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية لدى الفتيات المراهقات (شروط تجانس مجموعتي الدراسة).

حيث توصلت النتائج إلى ارتفاع مستوى الأفكار الانتحارية لدى المراهقات، ويشير ذلك إلى تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة وذلك مؤشراً على أن أي تغيير يحدث للمجموعة التجريبية يمكن إرجاعه لبرنامج التدخل المهني القائم على العلاج بالتقبل والالتزام.

وهذا ما اتفقت معه دراسة صالح (2021) إلى ارتفاع متوسطات الأفكار الانتحارية لدى المراهقين منها (تقدير الذات السلبي، الملل، القلق، الاغتراب (انفعالي - أسري - ذاتي - اجتماعي)، والمشكلات الأسرية، والمشكلات المدرسية (انخفاض الإنجاز - التأثير السلبي للأقران، قصور المبادرة).

ب. توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الأفكار الانتحارية لدى الفتيات المراهقات لصالح القياس البعدي، مما قد يشير إلى فعالية العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى الفتيات المراهقات، واتفق ذلك مع دراسة "كوك" Cook(2010) فاعليته في تحسين المرونة النفسية وتحسين الشعور بالقيمة في الحياة لدى عينة من المراهقين.

ج. لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدى للمجموعة الضابطة على مقياس الأفكار الانتحارية لدى الفتيات المراهقات، وذلك قد يرجع لعدم تطبيق برنامج التدخل المهني عليهن، ويؤكد ذلك على فعالية برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج بالتقبل والالتزام الذي تم تطبيقه على المجموعة التجريبية في التخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لديهن.

د. توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات القياس البعدى للمجموعتين التجريبية والضابطة على الأفكار الانتحارية لدى الفتيات المراهقات لصالح المجموعة التجريبية، مما قد يشير إلى فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في التخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى الفتيات المراهقات، واتفق ذلك مع ما توصلت إليه دراسة عبدالعال (2021) إلى فعاليته للتخفيف من الوصمة الاجتماعية لدى أمهات أطفال متلازمة داون.

ومن خلال العرض السابق لنتائج الدراسة وتفسيرها يوضح أن العلاج بالتقبل والالتزام بما فيه من استراتيجيات وأساليب يمكن أن يسهم بدوراً إيجابياً في التخفيف من حدة الأفكار الانتحارية لدى الفتيات المراهقات. الصعوبات التي واجهت الباحثة أثناء تطبيق الدراسة:

1. ندرة الكتابات العربية فيما يتعلق بالعلاج بالتقبل والالتزام كأحد الاتجاهات الحديثة في الممارسة المهنية لطريقة خدمة الفرد.
2. انشغال الفتيات بالذاكرة وذلك لطبيعة المرحلة التعليمية (الثانوية العامة).
3. المكان غير مجهز بالوسائل التكنولوجية الحديثة التي يمكن أن تفيد في تطبيق برنامج التدخل المهني.

مراجع البحث

- ابن منظور (1977). لسان العرب، الجزء السادس، القاهرة، دار الشروق.
- البحيري، عبد الرقيب احمد (٢٠١٣). مقياس احتمالية الانتحار، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
- البحيري، عبد الرقيب أحمد، وأبو الفضل، محفوظ (٢٠٠٨). الاضطرابات النفسية المرتبطة بالتفكير الانتحاري لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية، المجلة المصرية للدراسات النفسية.
- البلعكي، منير (2008) قاموس المورد "إنجليزي-عربي"، ط35، بيروت، دار العلم للملايين.
- الجبورى، على محمود والسلطاني، نازك شطب (2014). قياس الميل نحو الانتحار لدى طلبة المرحلة الاعداية، مجلة كلية التربية للبنات للعلوم الانسانية، بغداد، العراق.

- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (2020). مصر في أرقام. الحويلة، أمثال (2016). دراسة سيكولوجية: الانتحاري مكتب وبائس من الحياة، الكويت. القيس للنشر.
- الحارثي، سارة مفلح شالح (٢٠١٩). الأفكار الانتحارية لدى المراهقين الذين تعرضوا للإساءة الجنسية وعلاقتها بدعم الأقران والفاعلية الذاتية للأحداث الجانحين بمدينة الرياض، دراسات تربوية ونفسية، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- الداهري، صالح (٢٠١٢). سيكولوجية المراهقة ومشكلاتها، عمان، مؤسسة الوراق للنشر.
- الرخاوي، يحيى (٢٠٠٨). الفروق الثقافية والعلاج النفسي، يوميا الإنسان والتطور (إصدار إلكتروني)، مجلة شبكة العلوم النفسية.
- الشمري، صادق كاظم وغازي، حنين حبيب (2019). اضطراب الهوية الجنسية وعلاقته بالأفكار الانتحارية لدى طلبة المرحلة الاعداية، مجلة جامعة بابل للعلوم الانسانية، العدد (27)، الجزء (1)، ص ص 36-59.
- الصبوة، محمد نجيب (2019) دليل عملي تكاملي لعلاج الصدمة النفسية واضطراب كرب ما بعد الصدمة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- الصدريقي، سلوى عثمان وآخرون (2014). المداخل النظرية في خدمة الفرد، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
- الفيقي، أمال إبراهيم (2016). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال الأوتيزم، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس العدد (47)، أغسطس، ص ص 93-136.
- الفنجري، حسن عبدالفتاح حسن وأحمد، محمد شعبان وعراقي، الزهراء مهني (2020). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في خفض الشعور بقلق الموت لتحسين مؤشرات جودة الحياة لدى أمهات الأطفال الأوتيزم، المجلة العلمية للدراسات والبحوث التربوية والنوعية، كلية التربية النوعية، جامعة بنها، العدد (8)، فبراير، ص ص 175-196.
- بدر، أمل محم إبراهيم (2021). فاعلية برنامج إرشادي جماعي قائم على العلاج بالتقبل والالتزام في خفض أعراض الاكتئاب والقلق والشعور بالنقص لمجموعة من المطلقات السعوديات، مجلة كلية التربية، كلية التربية، جامعة أسيوط، المجلد (37)، العدد (12)، ديسمبر، ص ص 300-347.
- ثابت، ياسر (٢٠١٢). شهقة البانسين "الانتحار في العالم العربي"، القاهرة، دار التنوير للطباعة والنشر.
- جبل، عبد الناصر عوض أحمد (2018). نظريات ونماذج مختارة في خدمة الفرد، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- جري، كيف (2011). المشاكل النفسية، القاهرة. وادي النيل للنشر والتوزيع.
- زكي، حسام محمود زكيوآخرون (٢٠١٩). المرجع الحديث في الإرشاد والعلاج النفسي (الجشطلتي – البنائي الذاتي – المعرفي التحليلي - الواقع – القبول والالتزام)، الاسكندرية، دار التعليم الجامعي.
- دوركايم، إميل (٢٠١١). الانتحار. ترجمة: حسن عودة. دمشق. منشورات الهيئة العامة السورية ووزارة الثقافة.
- رزق، أسعد (1977). موسوعة علم النفس، بيروت، المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- رشوان، بهجت محمد محمد (2019). استخدام العلاج بالتقبل والالتزام من منظور خدمة الفرد في الحد من مشكلات النفسية الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي، مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين، العدد (62)، الجزء (3)، يونيو، ص ص 31-81.
- صافية، شاربل يعقوب (2016). المتغيرات الشخصية والديموغرافية التي تتنبأ بالأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقين، رسالة ماجستير، بحث غير منشور، الأردن، كلية الآداب، جامعة عمان الأهلية، ص ص 1-150.
- صالح، إكرام صالح إبراهيم (2021). العلاقة بين عوامل الخطورة المبينة بالاكتئاب والإدمان والأفكار الانتحارية لدى عينة من المراهقين: دراسة سيكومترية إكلينيكية مقارنة بين العاديين والمرضى النفسيين، المجلة العربية للآداب والدراسات الانسانية، المؤسسة العربية للتربية والعلوم والآداب، العدد (20)، أكتوبر، ص ص 1-71.
- عبدالعال، غادة عبدالعال أحمد (2021). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام للتخفيف من الوصمة الاجتماعية لدى أمهات الأطفال متلازمة داون "راسة مطبقة على الجمعية النسائية بمحافظة أسيوط"، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، العدد (55)، يوليو، ص ص 719-758.

- عزاق، رقية ولموشي، حياة (2018). العلاج المعرفي السلوكي كتقنية علاجية للأفكار الانتحارية، دفاتر مخبر المسألة التربوية في ظل التحديات الراهنة، العدد(19)، مايو، ص.ص 79-94.
- عطية، أشرف محمد محمد(2011). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالأوتيزم، مجلة دراسات عربية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، المجلد(10)، العدد(3)، يوليو، ص ص429-484.
- علي، علي سالم حميدة(2022). متطلبات ممارسة الخدمة الاجتماعية المرتكزة على الصدمات والتقليل من الأفكار الانتحارية لدى الشباب الجامعي، المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية دراسات وبحوث تطبيقية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة أسبوط، العدد(17)، الجزء(2)، مارس، ص ص309-336.
- على، ماهر أبو المعاطي (2003). الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي ورعاية المعوقين، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- عياش، أحمد (2003). الانتحار نماذج حية لم تحسم بعد، بيروت، لبنان، دار الفارابي للنشر والتوزيع.
- إبراهيم، فيوليت فؤاد وغنيم، محمد مصطفى وهيبة، حسام إسماعيل(2021). الخصائص السيكومترية لمقياس الأفكار الانتحارية لدى الشباب، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد(67)، أغسطس، ص ص241-264.
- غيث، محمد عاطف(2006). قاموس علم الاجتماع، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- قناوي، هدى وعبد المعطي، مصطفى حسن(2001). علم نفس النمو، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- كمال، علي(٢٠٠٦). النفس، انفعالاتها وأمراضها وعلاجها، بغداد، دار واسط للنشر.
- محمد، محمد شعبان أحمد(2020). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تنمية الشعور بالتماسك وأثره في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، مجلة العلوم التربوية، كلية الدراسات العليا للتربية، جامعة القاهرة، يناير، العدد(28)، الجزء(1)، ص ص323-469.
- محمد، هشام عبد الحميد محمود(2008). تصور الانتحار وعلاقته بالاكتئاب واليأس لدى عينة من طلاب الثانوي العام، رسالة ماجستير غير منشورة، قنا، جامعة جنوب الوادي.
- معمرية، بشير (٢٠٠٦). تصميم استبيان احتمال الانتحار لدى الراشدين، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد (١٠)، الجزء(١١)، ص ص١٠٩-١١٨.
- معوشة، عبد الحفيظ(2013). الميول الانتحارية وعلاقتها بتقدير الذات عند الشباب، دراسة ميدانية بدار الثقافة ودور الشباب جامعة محمد خيضر، الجزائر.
- هرمز، صباح وإبراهيم، يوسف(٢٠٠٣). علم النفس التكويني (الطفولة والمراهقة)، الموصول.
- Abreu, L. N., Lafer, B., Baca-Garcia, E. & Oquendo, M. A. (2009). Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: An update for the clinician. *Journal of the Brazilian Psychiatric Association*, 31(3), 271-280.
- Adams, N., et al. (2008). Creating trauma-informed systems: Child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice, *Professional Psychology, Research and Practice*.
- American Psychiatric Association, DSM-5. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM (5th ed.)*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Berbette, B. (2015). *An Acceptance And Commitment Therapy Group Workshop Intervention For Emotional Eating*. PhD, Saint Louis University.
- Cook, Sean(2010). Can You, Act, With Aspergers ? A Pilot Study of The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) For Adolescents With Asperger Syndrome and / or Nonverbal Learning Disability, United States - California, The Wright Institute.
- Fickert, J. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Psychosis*. PhD, Faculty of Chicago School.
- Fitzgerald, H. (2009). *Developmental Psychology Adolescents & Yong Adults Homework*, the Dorsey Press.

- Flaxman, P. et al (2013). An Acceptance & Commitment Therapy Training Manual for Improving Well-Being and Performance. Canada: New Harbinger Publications.
- Goldney, R.D. (2008). Suicide in the young. *Journal of Pediatrics and Child Health*. 29(1), pp.50-52.
- Gloster, A., et al (2012). Aspects of Exposure Therapy in Acceptance and Commitment Therapy. In Neudeck, P & Wittchen, H .Exposure Therapy: Rethinking the Model - Refining the Method. Springer Science.
- Hayes C. Steven, et al (2003). Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change, Paperback Edition, New York, Guilford Press, 2003.
- Horrocks, S. (2007). *The Psychology of Adolescent Behavior and Development*, Boston, Houghton Mifflin.
- Lane, M. (2017). Acceptance And Commitment Therapy (ACT) Adapted For Use With Adolescents Of Veterans With PTSD. PhD, Widener University.
- Morris, E. M., Johns, L. C., & Oliver, J. E. (Eds.). (2013). *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis*. Hoboken, New Jersey: Wiley-blackwell.
- Oxford (2014). *English Dictionary "Word Power"* , N.Y, University Press , Second Edition.
- Pellowe, Maura E.(2006). *Acceptance and Commitment Therapy as A Treatment For Dysphoria*, PJ. D, United States, Wyoming, University of Wyoming.
- Robyn D. Walser & Westrup, Darrah(2006) *Supervising Trainees in Acceptance and Commitment Therapy For Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, Vol 2, No 1 , PP. 12 -16.
- Russ, M,(2008). *The Happiness Trap. How to Stop Struggling and Start Living*, New Zealand, Exisle Publishing Ltd.
- Smith, M.A. (2006). Differences Among Adolescent, Young Adult, and Adult Callers of Suicide Help Lines. *Social Work*, Vol. 38 (4) pp. 421-429.
- Sokero, P. (2006). Suicidal ideation and attempts among - psychiatric patients with major depressive disorder. *Publications of the National Public Health Institute A13/2006*. Helsinki, Finland: Julkaisija-Utgivare Publisher.
- Strosahi, K. D. & Robinson, P.J. (2017). *The mindfulness and acceptance workbook for depression: Using acceptance and commitment therapy to move through depression and create a life worth living*. New Harbinger Publications.
- Twohig,M. (2012). *Introduction: The Basics of Acceptance and Commitment Therapy*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 19
- World Health Organization. (2019). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Geneva: World Health Organization.