

فعالية برنامج علاجي بالتقبل والالتزام فى تنمية الشفقة
بالذات لتخفيف (الإجهاد المدرس) الضغوط الحياتية
لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع

إعداد

أ.م.د/سهام على عبد الغفار عليوة
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية جامعة كفر الشيخ
م ٢٠١٨

ملخص البحث

استهدف البحث الحالي الكشف عن فعالية برنامج علاجي بالتقبل والالتزام (ACT) في تنمية الشفقة بالذات لتخفيف الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع، والتعرف على استمرارية فعالية البرنامج، وتكونت العينة من (١٠) أمهات تراوحت أعمارهن الزمنية بين (٢٥-٤٠) عاماً بمتوسط عمري (١,٣٢) سنة، وانحراف معياري (٢,٣)، لدى كل واحدة طفل مشخص من قبل أساتذة المخ والأعصاب بأن لديه نوبات صرعية من النوع العام (الصغير)، وطبق على عينة الأمهات أدوات البحث (مقياس الشفقة بالذات - مقياس الضغوط الحياتية - البرنامج العلاجي بالتقبل والالتزام) وجميعها من إعداد الباحثة، وأظهرت النتائج فعالية البرنامج المستخدم في تنمية الشفقة بالذات لدى أمهات الأطفال المصابين بالصرع، وأثر ذلك على انخفاض الضغوط الحياتية لدى هؤلاء الأمهات، كما أثبتت النتائج استمرار فعالية البرنامج بعد فترة المتابعة، وظهر ذلك من خلال عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي على مقياسي البحث.

الكلمات المفتاحية: التقبل - الالتمام، الشفقة بالذات، الضغوط الحياتية، أمهات الأطفال مرضي الصرع.

The effectiveness of a curative program with acceptance and commitment to developing self-pity To reduce perceived stress in the mothers of children with epilepsy

The main aim of the current study is to identify the effectiveness of a curative program with acceptance and Commitment (ACT) on developing self-pity to alleviate the stress of the life of the mothers of children with epilepsy and to identify the continuity of the program's effectiveness. The sample consisted of 10 mothers aged between 25-40 years With a mean age of 32 years and a standard deviation of 2.3, each child is diagnosed by neuroscientists that he has epileptic seizures of the genus (small)The sample of mothers was applied to the study toolsThe measure of self-pity - the measure of life pressure - the program of therapeutic acceptance and commitment), all prepared by the researcher, and the results showed the effectiveness of the program used in the development of self-pity in mothers of children with epilepsy and the effect of this on the decreasing of the pressure of life on those mothers. The results showed that the effectiveness of the program continued after the follow-up period, and this was shown by the absence of statistically significant differences between the average grade levels of the sample members in the post-measurement and follow-up measures of the study.

Keywords: Acceptance - commitment, compassion, pressures of life, mothers of children with epilepsy.

مقدمة البحث

يعد الصرع (Epilepsy) من الأمراض العصبية المزمنة المعروفة منذ القدم، وكانت مرتبطة بأمور خفية كالعضاريت، أو الحسد؛ وذلك لأن نوباته تحدث بصوره فجائية تماماً وأعراضه عادة ما تكون مثيره للدهشة ومفزعه للآخرين وبعدها يفيق المريض ويعود لحالته الأولى وكأن شيئاً لم يحدث له، ويعد الطبيب الإغريقي "أبقراط" أول من اكتشف أن هذه النوبات ناشئة عن حدوث اضطراب بالمخ.

ويحدث الصرع من خلال حدوث تشنجات بمعدل مرتين في السنة على الأقل بدون مؤثرات خارجية ولكن لمشكلات في الدماغ (عدم الانتظام الكهربائي بالمخ) ترجع لعوامل قبل، أو أثناء، أو بعد الميلاد.

لا شك أن نوبات الصرع وحدثها المفاجئ تفرض على المريض بعض المخاطر التي تؤثر على حرمانه من ممارسة أنشطة الحياة اليومية الطبيعية، وعلي استجاباته لمتطلبات العملية التعليمية، وتؤثر على التوافق النفسي والاجتماعي مما يظهر لديه العديد من الاضطرابات النفسية والاجتماعية التي قد يكون منشأها الآثار الجانبية للأدوية المقررة للعلاج، بالإضافة لنظرة الآخرين وأسلوبهم في التعامل مع المريض.

وأشار (Otero, 2009) أن الأطفال المصابين بالصرع لديهم معدل اضطراب نفسي كالقلق، والاكتئاب، وفرط الحركة أعلي بكثير من الأطفال الأصحاء، أو المصابين بأمراض مزمنة أخرى.

ومن خلال مشاهدات نوبة الصرع وما يحدث أثناءها للمصاب من فقدان تام للوعي بشكل مفاجئ وسقوطه على الأرض وحدث اختلاجات عضلية شديدة في اليدين والقدمين، أو في كل عضلات الجسم مع ظهور سلوكيات وهلاوس غير مقبولة ومزعجة للمحيطين به، ورغم صعوبة النوبة وخطورتها؛ إلا أن الطفل لا يتذكر أي شيء مما حدث له أثناء النوبة، سوي الشعور ببعض الآلام في العضلات والرقبة وصداع وارتباك يصل لحد فقدان ذاكرة مؤقت، أما الذي يقع عليه العبء الأكبر من المعاناة هو الذي يلاحظ ويتابع حدوث النوبة.

وبالرغم من اهتمام البحوث بتأثير الصرع لدى الأطفال على الصحة النفسية لهم فقد عولج بشكل كبير؛ إلا أن التأثير على الصحة النفسية والعقلية لأفراد الأسرة وعمل الأسرة لم يحظى بنفس الاهتمام، فأشار (Immelt, 2006) أن آثار هذا المرض لم تقتصر على المريض فقط؛ بل يمتد تأثيرها على أفراد الأسرة بأكملها، حيث يؤثر على الصحة النفسية للأسرة فتصبح أكثر عرضة للخطر والإجهاد العاطفي، يحد من الأنشطة اليومية العادية للوالدين، وبالتالي تدهور جودة الحياة (QOL) لديهم، وأن أمهات الأطفال الذين يعانون من نوبات الصرع المستعصية لديهم مستوى عالي من الإجهاد والضغط الأسرية منها ثلثي الضغوط يتمثل في أعراض إكلينيكية من مجموع الأعراض، بالإضافة إلى ضعف الراحة النفسية وانخفاض جودة الحياة، وذلك مقارنة بأمهات الأطفال الذين يعانون من نوبات الصرع المضبوطة والمسيطر عليها بشكل جيد.

يؤيد ذلك (Huang, Chang, Chi, & Lai (2013) أن ثلثي أمهات الأطفال ذوي الإعاقات النمائية قد عانوا من مستويات عالية من الإجهاد مقارنة بأمهات الأطفال العاديين، ويعانون من ضعف في الصحة البدنية والعقلية بشكل جماعي يظهر في المعاناة من الصداع، وآلام الظهر والمفاصل ومشكلات النوم مقابل أمهات غير ذوي الإعاقة، لأن الأطفال ذوي الإعاقات النمائية غالباً ما يعانون من حالات مزمنة تتطلب دعماً إضافياً طوال حياتهم، ومع ازدياد عدد الأطفال المولودين باضطرابات تنموية من (١٢,٨٪) في عام (١٩٩٨) إلى (١٥,٠٤٪) في عام (٢٠٠٨) قد تشعر أعداد أكبر من الأمهات بتأثيرات إعاقة أطفالهم.

وأشار (Hall & Graff, 2011) أن آباء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النمو أقل استخداماً للسلوكيات التكيفية للتعامل مع احتياجات الطفل مقارنة بالوالدي الأطفال العاديين، يعانون من المزيد من الإجهاد والاكئاب والقلق مقارنة بين ذوات الأطفال الذين يمارسون نمواً نموذجياً، والتي تؤثر جميعها على عافية الوالدين العاطفية والقدرة على تغيير التأثير الذاتي لاضطراب ضعف الأداء.

وينبع إجهاد الوالدين من مجموعة متنوعة من العوامل، بما في ذلك المسؤولية عن تعليم الطفل، والرعاية الصحية والاحتياجات المالية، والصحة العاطفية، ومع ذلك يبدو أن ضغوط كونك أحد الوالدين تتضخم فيما يتعلق بمستوى التبعية للطفل.

وأشار Sanjeev, Thomas & Bindu, (1999) بأن أهم المشكلات النفسية الاجتماعية والاقتصادية لأولياء أمور الأطفال المصابين بالصرع (PCE) تتمثل في تراجع في الأنشطة الاجتماعية بعد ظهور مرض الصرع في أطفالهم، تأثرت أنشطة الروتين اليومي بشكل ملحوظ في أكثر من (٧٥ ٪) من الآباء والأمهات، وكان الآباء يعانون من الإحباط واليأس، في حين كان (٦٠ ٪) لديهم صعوبات مالية بسبب تكلفة الأدوية، أو تكلفة السفر إلى المستشفى، وضعف الحالة العاطفية وسوء التكيف الاجتماعي مرتبطان بشدة الصرع (نوبات متكررة / نوبات معقدة / اضطراب الانتباه).

وقام كل من Camfield., Breau & Camfield, (2001) بإعداد أداة لقياس تأثير الصرع لدى الأطفال على الأسرة، وأمكن من خلاله تقييم المشاركة في الأنشطة والصحة والعلاقات داخل الأسرة ومع الأقران والأشقاء، والأنشطة الاجتماعية واحترام الذات أعلى من المتوسط على المقياس، واختلف آباء الأطفال الذين حصلوا على درجات بعض الجوانب النفسية والاجتماعية عن أولئك الذين سجلوا أقل من ذلك، فكان الوالدان من الفئة الأولى أكثر توتراً.

كما أشارت نتائج دراسة Roos, Anne, Maja, & Albert, (2005) أن أهم الضغوط الأسرية التي تظهر لدى أسر الطفل المصاب بالصرع تتمثل في انخفاض جودة العلاقة بين الوالدين والطفل، والمزيد من الاكتئاب لدى الأمهات، ومشكلات في عمل الأسرة، انخفاض الرقابة النفسية للوالدين، وقلة معلومات الوالدين عن الصرع، وعدم رضا أفراد الأسرة عن العلاقات الأسرية، الاضطرابات النفسية عند الأطفال المصابين بالصرع.

وأشارت دراسة Pervin, Eylem & Ahmet (2006) إلى ارتفاع نسبة انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والاضطراب الاكتئابي الجوهري لدى أسر الأطفال المصابين بالصرع.

فيما كشفت نتائج دراسة Lv, Wu, Lu, Wang Qu & Liu (2009) أن آباء الأطفال الذين يعانون من الصرع يظهرون مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب، ومستويات منخفضة من جودة الحياة الأبوية.

واهتمت دراسة (Hua-Huei & Liang-po, 2008) بفحص العوامل المرتبطة بالضغط الوالدية بين عينتين من الأطفال ذوي الأمراض المزمنة (الصرع - الربو)، أظهرت النتائج أن الضغط الوالدية كانت أعلى في مجموعة الصرع بالمقارنة بمجموعة الربو.

أشار (Bazzano, Wolfe, Zylowska, Wang, Schuster, Barrett, et al., 2015) أن الآباء الذين كانوا على وعي بمفاهيمهم حول إعاقة الطفل، مقابل أولئك الذين لم يكونوا على هذا الوعي، أبلغوا عن انخفاض ضغط الوالدين، ورفاهية نفسية أعلى، وتحسن الصحة العامة وانخفاض الإجهاد النفسي، يمكن أن يؤثر على قدرة الوالد على دعم الطفل عاطفياً. وبالتالي، فإن إدخال استراتيجيات المواجهة لمقدمي الرعاية أمر لا غنى عنه لرعاية المرضى.

وإذا كان الإرشاد الأسري ضرورة لأسر الأطفال العاديين، فإن هذه الضرورة تصبح أكثر إلحاحاً بالنسبة لأسر الأطفال ذوي الإعاقة، وذلك نظراً لما تعانيه هذه الأسر من ظروف ضاغطة، وما يشيع داخلها من ردود أفعال سلبية، واضطرابات انفعالية كالقلق، الاكتئاب، الشعور بالذنب، الإحباط، وما تتحمله تلك الأسر من نفقات مالية إضافية مما يعرضها للإرهاك والإجهاد ويؤثر على الأداء الوظيفي للمنظومة الأسرية.

أكد بوين (1998) أن إرشاد أسر ذوي الإعاقة يهدف إلى مساعدتهم على فهم طبيعة إعاقة طفلهم والتطورات المحتملة لها وكيفية التعامل معها، وفهم احتياجاته وسبل إشباعها، والمشكلات النفسية والسلوكية التي يعانيها وطرق التعامل معها، ومساعدة الأسر على التخلص من مشاعر الإحباط والقلق والخوف بسبب إعاقة الطفل، ومساعدتهم على تكوين توقعات واقعية عن أبنائهم، وتطوير واكتساب مهارات أكثر فعالية في رعاية الطفل ذوي الحاجة الخاصة والمشاركة في توجيه نموه نمواً إيجابياً، وتعليمهم كيف يساعدون أبنائهم على تحمل مسئولية سلوكهم وتجنب الاعتمادية على الآخرين (القريطي 2013، 297).

إن أسر الأطفال ذوي الإعاقة يصابوا بحالة من الضغوط، بمجرد التشخيص واعتبار الطفل يعاني من حاجة خاصة تكون الصدمة الكبرى، وعادة ما يواجهه

هذا التشخيص في بدايته بالرفض، ثم تظهر عليهم أعراض ما بعد الصدمة، ثم التعامل مع أعراض الإعاقة، وتشعر الأسرة بالحرج لعدم قدرتها وطفلها أن يحيوا حياة طبيعية. وقد لوحظ أن أمهات الأطفال ذوي الإعاقة أكثر شعوراً بالضغط النفسية من الآباء، وذلك لأن الأمهات أكثر التصاقاً واحتكاً بالطفل ولديهن استعداداً لقراءة مشاعر الطفل، كما أنهن يعانين من قصور في التفاعل مع قدرات الطفل وإشباع احتياجاته، بالإضافة إلى عجزها عن تحقيق الأهداف الشخصية داخل أسرتها.

وقد افترض (Neef & Germer, 2013) أن ممارسة الشفقة بالذات خلال الأوقات العصيبة قد يؤدي إلى خفض الإجهاد الأسري وتحسين نوعية الحياة، وأشار (Mantelou & Karakasidou, 2017) أن الشفقة بالذات تحسن مستوى الرضا عن الحياة، التوافق النفسي والاجتماعي لدى الأفراد في مواقف الحياة الضاغطة.

فإذا كانت بعض أمهات الأطفال ذوي الإعاقة يتمتعن بقدر من اللطف بالذات واليقظة العقلية والنظرة الإنسانية المشتركة لكل موقف مؤلم، فهذه المشاعر الإيجابية تخفف لديهن مشاعر الألم والاكئاب المصاحبة لإعاقة طفلها، ثم تقوم بتعديل أسلوب حياتها، وتفهم الحاجات الخاصة بالطفل والبحث عن الخدمات التي يمكن تقديمها للطفل، واستخدام استراتيجيات التقبل والالتزام بدلاً من استراتيجيات التجنب والهروب الانفعالي.

من المتوقع أنه عندما تكون الأم مشفقة بذاتها فإنها ستعتمد على ذكائها العاطفي للتخفيف من المشكلات عند ظهورها؛ لذا فإن ممارسة الشفقة بالذات تسمح للأفراد بالاعتماد على أنفسهم، والتفكير في المواقف الشخصية، والغفران لأنفسهم عند الضرورة (Neff, 2016).

فكلما زاد التقبل لدى كل من الآباء والأطفال انخفضت نسبة المشكلات داخل الأسرة وصاحبه ارتفاع مستوى الصحة النفسية لديهم (Canon, 2012)، فقبول الطفل وتقديم الدعم له يعد من مصادر القوة العاطفية والجسدية ويتيح له فرص أفضل للتحسن (Gomes, Lima, Buenos, Araujo, & Souza, 2015).

ويؤدي العلاج بالتقبل والالتزام Acceptance and Commitment Therapy (ACT) دوراً مهماً في تحسين الصحة النفسية لدى والدي ذوي الإعاقة بتدريبهم على التعبير عن مشاعرهم وتقبلها؛ مما يجعلهم يتمتعون بقدرة عالية على التعامل مع اللحظة الراهنة بما تحتويه من صعوبات، وتنمية مستوى الرضا والتفاعل الاجتماعي والمرونة النفسية لديهم (Montgomery, 2015)؛ (Hayes, 2012).

وأشار محمد (٢٠١٠) إلى فعالية التقبل والالتزام في تحسين مشاعر التماسك والأداء الاجتماعي لدى المرضى بأمراض مزمنة، وتحقيق جودة حياة أفضل للأسرة والتخلص من القلق والاكتئاب (Muto, Hayes & Jeffcoat, 2012)، إن العلاج بالتقبل والالتزام أكثر فعالية من العلاج المعرفي السلوكي (CBT) في تخفيف الأعراض الفسيولوجية والسلوكية لدى مرضي القلق (Davies, Niles, Pittig, Arch, & Craske, 2014).

كما أشارت دراسة (Yadavaia, Hayes, & Vilardaga, 2014) أن العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) يستخدم في زيادة مستوى الشفقة بالذات لدى معظم حالات علم النفس المرضي، منها أصحاب ضغوط الصدمة، الذين يعانون من الضيق العام، والقلق، والاكتئاب.

كما أنه يحقق تقبل الطفل ذي اضطراب التوحد (Poddar, Sinha, & Urbi 2015) تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد (الفقي ٢٠١٦) تحسن السلوك القيمي لأولياء أمور الأطفال المصابين بالاضطرابات العصبية النمائية (Abdui Kalam, 2017).

لذا يمكن تدريب الأمهات التي لديها طفل ذوي حاجة خاصة (مريض بالصرع) وتعاني من كثرة الضغوط الحياتية وقصور في الشفقة بالذات بسبب مرض ابنها على فنيات العلاج بالتقبل والالتزام في تحقق لها تنمية مهارات الشفقة بالذات التي تساعدها على التعامل مع الضغوط الحياتية بشكل جيد؛ لأن تقبل الأسرة لطفلها والتعايش معه بواقعية له إيجابية على الطفل والأسرة بأكملها.

مشكلة البحث

تشكل ولادة طفل ذي حاجة خاصة سواء كانت إعاقة جسمية، أو عقلية، أو حسية صدمة قوية للأسرة بشكل عام وللأم بوجه خاص، وكثيراً ما يتولد لدى الأم الشعور بالذنب والاكئاب، ولوم الذات، وتدني تقدير الذات وعدم السيطرة على ما يدور حولها من أحداث وضغوط مادية ونفسية وصحية واجتماعية مرتبطة بجوانب القصور لدى هذا الطفل.

يعد الصرع اضطراب في الدماغ يتميز باستعداد دائم لتوليد نوبات صرع، عادة ما يتم تطبيق هذا التعريف عملياً على أنه يحتوي على نوبتين غير مبررتين خلال ٢٤ ساعة متباعدة، وقد حددت الرابطة الدولية لمكافحة الصرع (ILAE) تعريفاً للصرع بأنه: مرضاً يصيب المخ ويحدده أي من الحالات التالية: (١) على الأقل نوبتين غير مستفتتين (أو منعكستين) يحدثان على مسافة ٢٤ ساعة؛ (٢) نوبة واحدة غير مبررة (أو منعكسة) واحتمال حدوث نوبات أخرى مناسبة أو الذين ظلوا مصابين بالمرض خلال السنوات العشر الماضية ولا يستجيبون للأدوية المضادة لمدة خمس سنوات على الأقل (٣) تشخيص متلازمة الصرع (في: الحسيني، ٢٠٠٣، ٢٦).

نظراً لارتفاع معدلات الإصابة بالصرع بالنسبة لباقي الأمراض المتعلقة بالجهاز العصبي، إذ يقدر مدى الإصابة به عالمياً من (٧٠٠-١٥٠٠) في كل عشرة آلاف فرد (محمد إبراهيم، ٢٠٠١، ١٥٢).

وينتشر مرض الصرع في كثير من الدول وعلي رأسها المملكة المتحدة، وأشارت الإحصائيات أن هناك نحو (٢٥) ألف إنجليزي يصاب بالصرع سنوياً وأغلبهم من الأطفال وكبار السن (فوق سن الخمسين) وتنخفض نسبة الإصابة خلال المرحلة (٢٠-٥٠) سنة، أما الإحصائيات العالمية فأشارت إلى أن عدد المصابين بالصرع على مستوى العالم يزيد على (٥٠) مليون نسمة، ويعتقد الباحثون أن حوالي (١٠-٣٥) ألف شخص يصابون بالصرع سنوياً (الحسيني، ٢٠٠٣، ٥-٧).

وأشارت دراسة (Lv, et al., 2009) أن الصرع من أكثر الاضطرابات العصبية شيوعاً لدى الأطفال، حيث يبلغ معدل انتشاره من (٣،٤ - ٩،٣) لكل (١٠٠٠) طفل في البلدان المتقدمة ومعدل أعلى بكثير للأطفال في البلدان النامية.

ويصف العالم (٢٠١٤، ٧٧) الصرع بأنه ليس مرض ذهني ولا نفسي، كما أنه ليس بمعد؛ بل هو عارض طبي عصبي يظهر في صورة نوبات متكررة ناتجة عن نشاط كهربائي زائد ومتزامن للخلايا العصبية في جزء من الدماغ، أو كله، ونسبة الإصابة به عالمياً كنسبة واحد بالمائة.

وأشارت دراسة العالم (٢٠١٤) أن نسبة الانتشار تتراوح بين (٢-٣)٪ من سكان العالم، وتمثل ٠,٥ ٪ من العبء العالمي للمرض، ٨٠٪ من نصيب الدول النامية، ٧٥٪ من الحالات تبدأ قبل سن المراهقة (٥-١٤) سنة. تحدث النوبات بشكل عام دون سابق إنذار، لذا فإنها غالباً ما تجلب مجموعة متنوعة من المواقف المحرجة والخطرة حسب الظروف المحددة التي تحدث فيها. بالنسبة لأولئك الأطفال المصابين بالصرع وعائلاتهم، لا يعد الصرع مجرد تشخيص طبي فحسب؛ بل هو أيضاً علامة اجتماعية.

ويعد الصرع من بين الأمراض العصبية المزمنة الأكثر انتشاراً في العالم، التي سجلت منظمة الصحة العالمية (٢٠٠١) أنه يصيب (٥٠) مليون شخص في العالم بنسبة (٤-١٠) في كل (١٠٠٠) نسمة، يعيش (٨٠)٪ منهم في العالم النامي، ويمكن التعرف عليه من خلال التكرار المستمر للنوبات المفاجئة والحادة ذات المنشأ العصبي والتي تعبر عن تفريغ مفرط للشحنات الكهربائية على مستوى الخلايا العصبية (محمد، ٢٠١٦، ٣٩).

وهدفت دراسة Rabie, Al Asmari, Al-Barak, Al-Rashed, Najla & Marei (2016) إلى تحديد مدى انتشار الصرع بين طلاب المدارس الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ إلى ١٨ سنة، وجاءت الإحصائيات العالمية بأن حوالي ١٠,٥ مليون طفل دون سن الخامسة عشر لديهم نشاط الصرع، الذي يمثل حوالي ٢٥ ٪ من سكان العالم، ٢ من أصل ٣,٥ مليون شخص الذين يتم شفائهم، ٤٠٪ هم أصغر من ١٥ عاماً، وأكثر من ٨٠٪ يعيشون في البلدان النامية. ومن الأسباب المهمة للإصابة بالصرع هو التاريخ العائلي للأسرة (الوراثة) والمضاعفات التي تحدث أثناء الحمل، أو الولادة ويترتب عليها تلف في المخ، تشوهات خلقية في الدماغ، عدوى داخل الجمجمة، حمى، والتهاب السحايا لحديثي الولادة، الاختناق أثناء الولادة.

وأشارت بحوث (Lv, et al., 2009) إلى ارتفاع معدل انتشار عوامل الإجهاد وانخفاض جودة الحياة عند والدي الأطفال الذين يعانون من الصرع، كما أنها تزداد لدى الأمهات بالمقارنة بالآباء، وتزداد لدى الأمهات طبقاً لخطورة النوبة الصرعية وعدد مرات حدوثها، وتزداد هذه الضغوط لدى والدي الأطفال مرضي الصرع بالمقارنة ببعض الأمراض المزمنة الأخرى (التهاب المفاصل المزمن - الشفة المشقوقة - سلس البول الليلي).

وأفاد (Bazzano, et al., 2015) أن عددًا قليل من البرامج القائمة على اليقظة العقلية (Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) يمكن استخدامها مع أسر ذوي الإعاقات النمائية في التخفيف من التوتر والإجهاد الصحي الناشئ من رعايتهم، وأمكن تحسين نوعية الحياة، وتحقيق التعاطف الذاتي، والرفاهية النفسية.

وأشارت (Neff & Faso, 2015) أن استخدام الشفقة بالذات والرفاهية النفسية يرتبط سلبياً بالضغوط الحياتية والاكئاب لدى الوالدين، وإيجابياً بالرضا عن الحياة والأمل والتفاؤل.

ويعد العلاج بالتقبل والالتزام أحد الاتجاهات الحديثة في العلاج التي يمكن استخدامها مع أمهات الأطفال ذوي الإعاقة للحد من الضغوط النفسية والكره وتحقيق جودة الحياة لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد (Hahs, 2013, Poddar, et al., 2015, Montgomery, 2015).

ويستند العلاج على تقبل الأمهات للخبرات المؤلمة، ومساعدتها على كيفية التعامل مع اللحظة الراهنة بالتعاطف مع الذات والنظر إلى المشكلات بعقلانية واعية، والحكم على الأخطاء من منظور الإنسانية العامة، بمعنى أن الجميع يعاني ويواجه صعوبات وأخطاء، حينئذ تستطيع الأم التعامل بإيجابية مع الحياة الأسرية التي فرضت عليها.

ويمكن صياغة مشكلة البحث الحالي في الأسئلة التالية:

- (١) ما فعالية برنامج العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية الشفقة بالذات لتخفيف الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع ؟

(٢) هل تستمر فعالية برنامج العلاج بالتقبل والالتزام-إن وجدت- في تنمية الشفقة بالذات لتخفيف الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع؟

أهداف البحث:

تحدد أهداف البحث فيما يلي:

- (١) الكشف عن فعالية برنامج العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية الشفقة بالذات لتخفيف الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع.
- (٢) التعرف على استمرار فعالية برنامج العلاج بالتقبل والالتزام-إن وجدت - في تنمية الشفقة بالذات لتخفيف الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع.

أهمية البحث:

تتلخص أهمية البحث الحالي في النقاط التالية:

- (١) ندرة الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت متغيرات الدراسة (التقبل والالتزام - الشفقة بالذات لدى أمهات مرضي الصرع).
- (٢) قياس أثر تنمية الشفقة بالذات لدى أمهات مرضي الصرع في خفض الضغوط الناتجة من وجود هؤلاء الأطفال.
- (٣) تقديم خدمات علاجية باستخدام فنيات التقبل والالتزام لمواجهة المشكلات الحياتية لأمهات مرضي الصرع للحفاظ على سلامة الكيان الأسري.
- (٤) حاجة أمهات الأطفال ذوي الإعاقة إلى معلومات ومعارف في الجوانب التربوية والنفسية والتأهيلية لأطفالهن ذوي الإعاقة للحد من ضغوطهن المعرفية.
- (٥) إعداد أدوات لتحقيق أهداف البحث (تعريب مقياس نيف للشفقة بالذات - الضغوط الحياتية لأمهات الأطفال مرضي الصرع - برنامج علاجي قائم على فنيات التقبل والالتزام).
- (٦) ندرة الدراسات العربية - في حدود اطلاع الباحثة - التي تناولت العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية الشفقة بالذات لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع، ثم قياس أثر هذه التنمية في تخفيف الضغوط المفروضة عليهن.

مصطلحات البحث الإجرائية:

العلاج بالتقبل والالتزام Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Counseling): أحد الأساليب العلاجية المنبثقة من نظرية الأثر العلائقية التي تشكل الموجة الثالثة من العلاجات السلوكية، 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 الإلتزامي بما تم إنجازه في المراحل العلاجية السابقة (Larmer, Wia, & Lewis, 2014)

والتعريف الإجرائي للبرنامج العلاجي بالتقبل والالتزام: "هو مجموعة الخدمات الهادفة التي تم تقديمها لأمهات الأطفال مرضي الصرع باستخدام فنيات الحوار والمناقشة، التقبل كبديل للتجنب التجريبي، التواصل باللحظة الحالية (الذات كعملية)، والذات كسياق، وتحديد القيم، والتصرف الإلتزامي، الواجبات المنزلية".

الشفقة بالذات Self – Compassion: عرفت (Neff, 2003, 85) بأنها: "اتجاه إيجابي نحو الذات في مواقف الضغوط والألم وال فشل التي يتعرض لها الفرد، تتضمن اللطف بالذات، وعدم الانتقاد الشديد لها، وفهم المعاناة والفشل كجزء أساسي من خبرات الإنسان مما يساعد على التعامل مع جذور المشكلة ويصبح شعور الفرد أوسع مدى بما يتعلق بالمعاناة الإنسانية وليس بالمعاناة الشخصية، ومعالجة المشاعر المؤلمة في وعي الفرد بعقل منفتح للتقبل واللطف في اللحظة الحالية المتضمنة القدرة على فعل ما هو مريح". وتقاس إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها الأم على مقياس الشفقة بالذات المستخدم في الدراسة (تعريب الباحثة).

الضغوط الحياتية Life Stresses: حالة من التوتر والانزعاج تحدث لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض الصرع العام بسبب كثرة الأعباء والمشكلات المادية، النفسية، الاجتماعية، الصحية، الناتجة من مرض طفلها"، وتقاس إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها الأم على المقياس المستخدم في البحث الحالي (إعداد الباحثة).

أمهات الأطفال مرضي الصرع children mothers epilepsy: هن أمهات الأطفال الذين تم تشخيصهم بأنهم من مرضي الصرع العام وتتراوح أعمارهم الزمنية بين (٤-١٢) سنة بمتوسط عمري () وانحراف معياري ()، لديهم قصوراً، أو عيباً وظيفياً يؤثر على الوظائف العضوية، أو النفسية للطفل ويترتب عليه خلل في عملية التكيف لأسرته مع الوسط الاجتماعي. وتتمثل أعراض النوبة العامة كما وصفها (محمد الأصفهاني ٢٠٠٧) على النحو التالي:

- (١) فقدان الوعي والسقوط بصورة مفاجئة.
- (٢) تصلب عضلي عام.
- (٣) تشنج واختلاج إيقاعي.
- (٤) كثرة الإفرازات اللعابية.
- (٥) غيبوبة واسترخاء عضلي وقد يحدث معه تبول، أو خروج البراز.
- (٦) ارتباك عند اليقظة، وغالبا لا يتذكر أي شيء مما حدث له أثناء النوبة.
- (٧) مدة النوبة (٣-٤) دقائق وأحيانا تصل (٢٠) دقيقة.
- (٨) احترقان في الوجه والرقبة يتحول إلى زرقعة.
- (٩) يصرخ صرخة قوية يسقط بعدها على الأرض.
- (١٠) قد يعرض المريض لسانه دون وعي منه.
- (١١) بعد انتهاء النوبة يرتخي الجسم ويعود الشخص إلى وعيه رويداً رويداً.

محددات البحث:

المحددات المنهجية: تم استخدام المنهج شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة.

المحددات البشرية: اقتصرَت العينة على (١٠) من أمهات الأطفال اللواتي تم تشخيص أبنائهن بأنهم مصابون بالصرع العام، وتم اقتصار العينة على فئة الأمهات فقط دون الأسرة بأكملها؛ وذلك لأن الأم هي الفرد الوحيد في الأسر المصرية المسؤولة عن تحمل الصعاب والأزمات ومسئولية تربية وتعليم الأبناء، وحينما يزداد العبء بإصابة أحد أفراد الأسرة بمرض أو عجز كلي أو جزئي، فيضاف ذلك لمسؤوليتها أيضاً وكأنه فرضاً وولزاماً عليها أن تقوم بهذه المهام مضافاً لذلك أعباء الحياة الأسرية اليومية

المحددات الزمنية: اقتصرت على الفترة المستخدمة في تطبيق أدوات البحث في الفصل الدراسي الثاني (٢٠١٧-٢٠١٨).

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً: العلاج بالتقبل والالتزام: Therapy Acceptance and Commitment

التعريف اللغوي:

العلاج: اسم لما يعالج به، الدواء، الدفاع.

تقبل: يتقبل - يتقبل الشيء: رضية عن طيب خاطر.

التزام: يلتزم، التزم، التزام الشيء: أوجبه على نفسه (شحاتة، والنجار، وعمار ٢٠٠٣).

التعريف الاصطلاحي:

عرفه (Hayes, Strosahl, Wilson, Bissett, Pisterello, Toarmino et al., 2004, 29) بأنه: "أسلوب علاجي وظيفي يركز على نظرية الإطار العلائقي RFT التي ترى أن السبب الرئيس للموقف المشكل للتعامل هو عدم المرونة النفسية والجمود النفسي، ويستهدف تقديم تدخلات علاجية لفظية غير مباشرة من خلال التقبل وتحسين الشعور بالتسامي بالذات والتركيز على الحاضر والاهتمام بالقيم".

فيما عرفه (Hayes & Smith (2005, 21) بأنه: "نمط من العلاج المعرفي السلوكي، وهو نموذج تطبيقي يستند على التقبل وتعليم الفرد مهارات اليقظة الذهنية مع الالتزام واستراتيجيات تغيير السلوك بهدف تحسين المرونة النفسية".

يعد (Hayes, Strosahl, & Wilson (2012, 240) أول من صاغوا العلاج القائم على التقبل والالتزام في نهاية العقد الثامن من القرن العشرين، ولا يهدف هذا النمط من العلاج تخليص الفرد من انفعالاته ومشاعره الدالة على الضيق، بل ينادي بضرورة التعايش الإيجابي مع متاعب ومنغصات الحياة من خلال تقبلها ثم الاتجاه نحو الإتيان بسلوكيات إيجابية ذات معنى تثري حياة الفرد

يؤيد (Larrrnar, et al., (2014, 216-221 رأي Hayes, et al., 2004, 29) أنه أحد العلاجات المنبثقة من نظرية الأطر العلائقية التي تركز على تنمية قدرة الفرد على التقبل والرغبة في استمرارية الاتصال بوقائع الحياة وأحداثها استجابة للخبرات التي يتعذر تجنبها (الكوارث- الوفاة- المرض) مما يؤدي إلى زيادة ارتباط الفرد بقيمه الشخصية والالتزام بتنفيذها، وبهذا ينسب لعلم النفس السياقي الذي يشكل الموجة الثالثة من العلاجات المعرفية السلوكية، ومؤسسة ستيفن هايس خلال الثمانينيات.

أما الرخاوي (٢٠١٤) فقد أطلق على ACT أنه تفاعل العمليات الثلاثة معاً "المواجهة والمواكبة والمسئولية".

من خلال التعريفات السابقة تستنتج الباحثة التعريف التالي: "هو نمط من أنماط العلاج السلوكي يركز على تغيير الطريقة التي يتفاعل بها الفرد مع اللغة، خاصة ما يتعلق بتأثيراتها على التنظيم النفسي والانفعالي، ويؤسس على سياق الأحداث والمواقف الحياتية وفقاً لوظيفتها، وهذا يدعم فكرة تقبل الفرد للخبرات والانفعالات غير المرغوبة والخارجة عن قدرته على التحكم فيها، وعليه الالتزام الإرادي بالمبادرة بأفعال سلوكية تثري حياته وتجودها، وبالتالي فهو أسلوب عملي يعتمد على الأمثلة والخبرات الحياتية، وتفعيل أساليب المواجهة والتقبل للخبرات والأفكار المؤلمة والتي لا يمكن تغييرها مع الالتزام بتنفيذ السلوك القيمي الذي يحقق أهداف الفرد من خلال إتباعه العمليات الستة الأساسية (القبول-التفريغ المعرفي-عيش اللحظة الحاضرة-الذات في السياق-القيم الذاتية-الالتزام)".

الأسس النظرية للعلاج بالتقبل والالتزام:

ظهر نموذج العلاج بالتقبل والالتزام في النصف الأخير من تسعينيات القرن الماضي على يد Hayes, Strosahl & Wilson (1999) وأكدت بحوثهم فعاليته مع العديد من المواقف الحياتية الضاغطة، تطوير الأداء الوظيفي النفسي للفرد، الحد من الآثار السلبية المصاحبة للمرض المزمن، وذلك بمساعدة الفرد على التوجه الإيجابي للتعايش مع متاعب ومنغصات الحياة بتقبلها ثم الإتيان بسلوكيات ذات قيمة ومعني إيجابي بالنسبة له وذلك يتطابق مع القول "لا تحسبن المجد تماًراً أنت آكله لن تبلغ المجد حتى تلعق الصبراً".

وأوضح (Ruiz, 2010, 126); Hayes, et al., (2012) أن ACT أحد العلاجات القائمة على العقلانية، ويمثل المرحلة الثالثة من التطور للعلاج السلوكي الذي بدأ بالاهتمام بتعديل السلوكيات السلبية إلى سلوكيات إيجابية (السلوكية التقليدية)، ثم جاءت المرحلة الثانية للعلاج المعرفي السلوكي التي اهتمت بتغيير السلوكيات السلبية عن طريق تغيير الأفكار المشوهة التي أدت إلى ذلك، أما المرحلة الثالثة يسمى بالموجة الثالثة للعلاج السلوكي، والذي يتأصل من الناحية الفلسفية في السياقية الوظيفية functional Conceptualism، ويتأصل من الناحية النظرية في نظرية الإطار العلائقي (RFT) Relational Frame Theory. والتي تستخدم عمليات الانتباه والوعي باللحظة الحالية والقبول، وعمليات الالتزام وتغيير السلوك؛ وذلك من أجل تحقيق الصحة النفسية بفاعلية الفرد.

وأفترض (Hayes, et al., 2012, 28) طبقاً (RFT) أن السلوك البشري محكوم بشبكة ارتباطات يحدث من خلالها ترميز العالم الحقيقي في الدماغ البشري ضمن عملية التعلم، فعندما يتعلم الفرد شيء من البيئة المحيطة فإنه يستدخل في ذهنه هذا الشيء مرتبط بمجموعة من المعطيات التي في مجملها توضح الصورة الرمزية لهذا الشيء، وتتكون لدى الفرد مجموعة من العلاقات التي تربطه بمن حوله من أشخاص، أو موضوعات وفي الوقت ذاته تشكل صورته عن نفسه.

ووصف (Torneke, 2010) RFT انه: ”منظور يقدم حساباً سلوكياً للغة والإدراك الذي يمكن أن يوفر طريقة مفيدة للنظر في كيفية تطوير البشر للشعور بالذات والشعور بالآخرين، وكيف نختبر أنفسنا في الوقت والمكان“.

ويري (Lassen, et al. 2010, 19) أن المشكلات النفسية في، ACT، RFT تنبثق من الغياب العام للقدرات الاتصالية. والمصدر الأول للمرض النفسي هو الأسلوب الذي تتفاعل به اللغة والمعرفة مع احتمالات وقوع الأحداث الطارئة بصورة مباشرة، مما ينتج عدم القدرة على التصميم والإصرار من أجل تحقيق السلوك القيمي على الأمد البعيد. وهذا النوع من عدم المرونة النفسية ينظر إليه على أنه ينبثق من التحكم السياقي الضعيف، وغير المجدي إلى جانب العمليات اللغوية ذاتها.

أما Hayes et al., (2012, 60-66) فينظروا إلى الاضطرابات النفسية من خلال (RFT) على النحو التالي:

- (أ) الخلل في العمليات المعرفية الطبيعية اللازمة للحل اللفظي للمشكلات.
- (ب) ملئ الشبكات المعرفية بملامح سياقية تمييزية خاصة بالمرض النفسي.
- (ج) الشبكات المعرفية هي شبكات تاريخية ؛ الكثير من هذه الشبكات يحدث له انطفاء ويتم كفه، ولكن لا يزيل الاستجابة المتعلمة التي قد تكون خاطئة.
- (د) إن المحاولات المباشرة للتغيير تركز على أطراف أساسية في الشبكات المعرفية، أو تميل إلى توسيع الشبكة في هذا الموضوع، وتزيد مهمتها الوظيفية.

٢- مفهوم الاندماج المعرفي Cognitive Fusion

أشار إلى التنظيم غير اللائق للسلوك بواسطة العمليات اللفظية، مثل: القواعد Rules، والشبكات الاتصالية المستنتجة، وفي السياقات التي تقوي هذا الاندماج نجد سلوك الأفراد يوجه بواسطة شبكاتهم اللفظية غير المرنة، أكثر من توجيهه بواسطة احتمالات حدوث التعزيز في بيئتهم ؛ ونتيجة لذلك يصبحون أقل قدرة على التصرف بأسلوب يتوافق مع ما توفره البيئة من أجل السلوك، والذي سوف يرعى قيم الأفراد وأهدافهم، وبذلك فإن الذي يمثل الإزعاج ليس الشكل form، ولا المحتوى Content، ولا المعرفة Cognition، ولكن السياقات التي تقود هذا المحتوى المعرفي بصورة غير مناسبة وزائدة عن الحدي التي تنظم الأفعال الإنسانية (Hayes et al. 2006, 5)

وهذه الخلفية السياقية للغة أشار إليها (Hayes et al., 1999) على أنها سياق الحرفية (التمسك بالمعنى الحرفي)، حيث يفترض أن الكلمات التي تتكون منها اللغة لا تمنح المزايأ، أو المساوي بناء على المتحدث، أو المستمع ما لم تظهر ملامح هذا السياق، أن والد الطفل المريض والذي يتوقع أن يتصرف بصورة غير لائقة عندما يأخذه للتنزه ؛ يشعر بشعور القلق والارتباك كما لو كان يحدث الآن حقيقة، فإن سياق الواقعية والحرفية Literality سوف يقوده تقريباً بصورة مؤكدة إلى أن يؤمن بمحتوي الأفكار مثل: لن أكون قادراً على التوجيه إزاء الصراخ والعناد، سوف يعتقد كل فرد أنني لا أقدر على أدارته، وهذا سوف يكون صحيحاً. والمشاعر التي تترتب على هذه الكلمات منا يمكن أن يتم تخيلها (Kowalkowski, et al, 2010, 34).

٣- السياقات الوظيفية:

يري (Hayes et al., 2006, 10) أن الذي يتضمن هذه التأثيرات الضارة تشمل (سياقات الحرفية الواقعية) التي تتمسك بالمعنى الحرفي للكلمة مثل (فكرة الحياة ميووس منها)، وإرجاع الفكرة إلى أسباب محددة خاصة بسلوك الفرد، خاصة عندما أشارت هذه العمليات إلى التركيز على التعامل المناسب للحالات الانفعالية كهدف أولي وضروري للحياة لناجحة ذلك بتعديل السياق الاجتماعي واللفظي للفرد.

٤- التجنب التجريبي:

الاندماج المعرفي يدعم التجنب التجريبي، وتمت الإشارة إلى أن عدم رغبة الفرد في البقاء متصلاً بخبراته النفسية الخاصة واجتهاده في الهروب منها بخبراته ويتضمن أي سلوك يوظف ليقفل، أو يزيل وجود الأفكار، أو المشاعر، أو الأحاسيس البدنية، أو الخبرات الأخرى المكدره لعدم مواجهتها والهروب منها، وتشتمل الأمثلة على ذلك في الإساءة المادية، والعقلانية المفرطة، والتأجيل والطقوس السواسية، أو القهرية، والإفراط في النوم، والإفراط في الأكل، والإفراط في العمل والسلوك الجنسي المفرط، والانشغال في الإساءة اللفظية النفسية، أو البدنية، والاستغراق في أحلام اليقظة، والنشاط المفرط، والحمية المفرطة، والانفصال والتجنب التجريبي ليس بالضرورة شيئاً سيئاً، لكنه يعد سلوكاً مشكلاً من وجهة نظر العلاج بالتقبل والالتزام عندما يتعارض مع تحقيق القيم والأهداف التي يحتفظ بها الفرد، أو عندما يتضمن السلوك الضار مثل (إدمان الخمر، واستخدام المخدرات، أو السلوكيات الأخرى عالية الخطر)، وبذلك فهو لم يسهم في حل المشكلة، أو إزالة مصادر الضغوط النفسية الأساسية التي سببت الضيق الانفعالي (Hayes et al., 2006, 6).

٥- القبول:

يعد مقابلاً للتجنب التجريبي ويتضمن خبرة الفرد بصورة إرادية للأفكار والانفعالات والذكريات والحالات البدنية غير المرغوب فيها.

وبذلك، فإن العلاج بالتقبل والالتزام والذي أكد على تقبل الأفكار والمشاعر السلبية بدلاً من محاولة تغيير محتوى هذه الأفكار والمشاعر، وقد يكون مفيداً بصورة خاصة عندما يوجه داخل سياق العلاجات القائمة على التعرض،

وبالإضافة إلى ذلك فإن المسترشدين الذين يعانون اضطرابات القلق ينشغلون بتجنب السلوك، وبالتالي يحترسون من أجل الانشغال في العلاجات القائمة على التعرض، والتي تستهدف التجنب، وتشجيعهم كي يخبروا بالخوف، وبذلك فإن ACT، "والذي يقوي الإرادة للانشغال في المواقف المخيفة، ويستهدف تجنب خبرة القلق بدلاً من تقليل القلق ذاته، قد يزيد القبول للانشغال في العلاج بالتعرض (Hayes, et al., 2006, 17).

٦ - القيم :

يري (Hayes et al. (2006, 7) أن القيم تتخذ مقعداً خلفياً بالنسبة للأهداف الأكثر مباشرة حينما يكون الفرد على صواب ويظهر أنه جيداً ويدافع عن ذاته التصورية، وبذلك فإن الأفراد يفقدون الاتصال مع ما يريدونه في الحياة حينما يريدون الراحة من الألم النفسي.

تستخلص الباحثة من خلال عرض المبادئ التي يستند عليها العلاج بالتقبل والالتزام أن الاضطراب النفسي يرجع إلى:

- (أ) الإغراق في الخبرات الحياتية السلبية والانصياع لها، التقييم السلبي للذات، الميل للتجنب، الميل للتبرير غير المنطقي، عدم الالتزام بالقيم.
- (ب) كما يعد حاله من التناقض بين مشاعر الفرد وانفعالاته وكلامه وسلوكه وذاته الحقيقية كسياق للوعي، لعلاج الاضطراب يتم توجيه المريض إلى التعايش مع حالة الاضطراب أفضل من تجنب أعراضها أو كبتها، ثم البحث عن سلوكيات أخرى إيجابية تؤدي به إلى الراحة النفسية، حتى ولو لم تحقق هذه السلوكيات أي فائدة، فذلك أفضل من التجنب، أو الكبت طبقاً للقول "وقوع البلاء ولا انتظاره".

أهداف العلاج بالتقبل والالتزام :

يحدد (Hayes, et al., (1999-2006); Hayes, (2008) أن أهداف ACT، "تتركز فيإثراء الإمكانيات الذاتية لدى الفرد والتي تمكنه من العيش حياه هادفة وذات معنى، وذلك من خلال:

- (١) مساعدة المسترشدين على توسيع نطاق ذخيرتهم من السلوكيات العلنية والخاصة (مثل التفكير والشعور)، حتى في وجود العواطف الصعبة والظروف المجهد.
 - (٢) تخفيف المعاناة ومساعدة المسترشدين على الهروب من الثقب المظلم للكراهية الذاتية، القلق، والاكتئاب الذي غالباً ما يجدون أنفسهم فيه.
 - (٣) تشجيع المسترشدين على تغيير علاقاتهم بالعواطف والإدراك من خلال تنمية الوعي بال اللحظة الحالية.
 - (٤) استيضاح القيم التي يتمسك بها المسترشد، والأهداف التي يحاول تحقيقها بصورة شخصية.
 - (٥) زيادة وإثراء فعالية المسترشد في الجوانب (المعرفية، السلوكية، الانفعالية) في التحرك تجاه هذه القيم والأهداف.
- تحقيق مكونات الشفقة بالذات التي يصفها (Neff 2003b) بأنها "الرحمة الموجهة إلى الداخل".

أما الرخاوي (٢٠١٤) فيحدد أهداف العلاج بالتقبل والالتزام في الآتي:

- (١) مساعدة المسترشد على ممارسة المهارات والعمليات العقلية بشكل إيجابي، فهو يساعد المسترشد على التعامل مع المشاعر المؤلمة التي تصاحب الموقف الضاغط، والبعد عن المخاوف والشكوك، وبناء العديد من العلاقات الاجتماعية الجيدة، وإيجاد أهداف قصيرة وطويلة الأمد لحياة المسترشد.
- (٢) مساعدة المسترشد على إدراك ذاته باعتبارها سياق خاص بالخبرات والتجارب المستمرة التي تشمل كل الأشياء التي تحدث داخل ذات الإنسان بما في ذلك الانفعالات، الأفكار، الذكريات، المشاعر، والأحاسيس ويصبح الهدف تجنب الخبرات السلبية والتوجه قدماً نحو المسارات الحياتية ذات المغزى.
- (٣) مساعدة المسترشد الذي يتبع طرقاً صارمة خاصة بالتفكير والسلوك تتصف بالجمود لكي يصبح أكثر مرونة من الناحية النفسية والسلوكية.

وتستخلص الباحثة أن العلاج بالتقبل والالتزام يركز على التنبؤ بقدرة الإنسان على:

- (١) تقبل أفكاره ومشاعره ودوافعه.
- (٢) إبطال تأثيرات التفكير والانفصال عنه مع ملاحظه الفرد لأفكاره دون الاعتقاد في صحتها، أو الاسترشاد بها في تحديد وجهة سلوكياته.
- (٣) التعايش مع الذات كسياق، بمعنى امتلاك شعور مستمر وثابت بالذات كملاحظ للخبرات النفسية الشخصية، وعزل الذات عن الخبرات السلبية وفقاً لمنطق "التخارج عن الذات" وتعليم المسترشدين إدراك الذات في تمايزها عن الخبرات الداخلية المؤلمة والغير مسؤول عنها.
- (٤) الانتباه للحظة الحاضرة مع الوعي بالذات.
- (٥) تحديد القيم الشخصية بوضوح واعتبارها مكوناً من مكونات الذات وتحديد الطرق المقبولة للسلوك.
- (٦) الاندماج في فعل سلوكي قائم على الالتزام الذاتي والمشاركة في أنشطة متسقة مع القيم الشخصية حتى عند مواجهه المواقف الضاغطة

العمليات الست الأساسية للعلاج بالتقبل والالتزام:

١- القبول Acceptance:

يري (Hayes et al., 1999) أن القبول لا يتضمن الحاجة إلى تحمل الخبرة بل يعني بصورة بسيطة السماح للخبرة بأن توجد بصورة علنية دون محاولة لتخفيفها، أو تجنبها وبهذا الموقف يعد مرغوباً وضرورياً من وجهة نظر العلاج بالتقبل والالتزام للعديد من الأسباب وهي:

- (١) إن القبول يمد بالفهم المباشر لهذه الخبرات على أنها غير ضارة وغير محرمة وغير تقادمية.
- (٢) أن المسترشد الذي تعلم أن يخبر بصورة إرادية الانفعالات المتجنبة سابقاً في سياق تزال فيه المعارف حول هذه الانفعالات يكتشف أن هذه الانفعالات يمكن تحملها، ولا تقود، أو تمنع اتجاهه للفعل، فهدف القبول هو: تسهيل الاتصال بالقيم والأهداف الشخصية.

(٣) زيادة قدرة المسترشد كي يتغلب على العقبات التي تعوق تحقيق هذه القيم والأهداف، فمرضي الألم يتم إمدادهم بالطرق التي تشجعهم على أن يتصرفوا بعيدا عن الكفاح مع الألم وهكذا القبول والإزالة والتقليل من التوتر والخطر (defusion) في العلاج ليس نهاية في حد ذاته لكن بالأحرى يتم القبول كطريقة لزيادة الفعل والتصرف القائم على القيم – Values based، كما يعني أن يحدد الفرد الأشياء الخارجة عن سيطرته والتي لا يستطيع تغييرها، ويتقبلها كما هي؛ لأن محاولات تغييرها، أو التخلص منها تبوء بالفشل وبالتالي يصاب بالإحباط (Hayes et al. 2006., 17)

٢- الإزالة والتقليل من الخطر المعرفي Cognitive Defusion:

إن التفكير المعرفي يعني الإزالة والتقليل من الخطر المعرفي تحاول هذه الفنية أن تغير وتبدل الوظائف غير المرغوب فيها للأفكار والأحداث الأخرى الخاصة، بدلاً من محاولة تغيير شكلها، أو تكرارها، أو تغيير حساسيتها الموقفية، وأن يغير الأسلوب الذي يتفاعل به الفرد مع الأفكار، على سبيل المثال: من الممكن أن ينظر إلى التفكير بصورة تخلو من العاطفة، يتكرر بتكرار الكلمة العديد من المرات بصوت مرتفع إلى أن يظل صوته فقط (صوت التفكير فقط)، أو يتم التعامل معه كملاحظ خارجي، أو أنها لا تعنيك حتى تفقد محتواها الانفعالي، ومن الممكن أن يشكر الفرد عقله من أجل هذا التفكير الممتع وهذه الإجراءات تحاول أن تقلل التمسك بالمعني الحرفي للتفكير، وتضعف الاتجاه للتعامل مع التفكير السلبي وتقوي الإرادة للانشغال في المواقف الضاغطة والمقلقة، ويستهدف تجنب خبرة القلق بدلاً من تقليل القلق ذاته، ونتيجة الإزالة هي عادة انخفاض في التعلق والارتباط بالأحداث الخاصة بدلاً من التغير المباشر الفوري في تكرارها كون الفرد موجوداً حاضراً.

٣- عيش الحاضر Being Present:

بمعني الاتصال المستمر الإرادي بالأحداث النفسية، وبالأحداث في البيئة كما تحدث والهدف هو جعل المسترشدين يخبرون العالم بصورة أكثر مباشرة كي يكون سلوكهم أكثر مرونة، وبالتالي تكون أفعالهم مطابقة أكثر مع القيم التي يلتزمون بها، ويتم إنجاز ذلك من خلال إتاحة الاتصال مع ما يجعل الفرد يبذل ضابطاً أكثر للسلوك، ومن خلال استخدام اللغة كأداة لتدوين ووصف الأحداث، وليس ببساطة

من أجل التنبؤ بالأحداث والتحكم فيها. ويتم بصورة فعالة تشجع الشعور بالذات والذي يطلق عليه "الذات كعملية Self as process" لذا على الفرد ألا يربط الأحداث السلبية بذاته وكأنها لا تحدث إلا له فقط، وإنما ينظر إلى الموقف نظرة إنسانية مشتركة للبشرية كلها.

٤- الذات كسياق self as context:

كنتيجة للنماذج الواضحة مثل: "أنا- أنت"، "الآن-آنذاك"، "هنا- هناك" فإن اللغة الإنسانية تؤدي إلى الشعور بالذات كمرکز، وتمد بجانب معنوي روحي غامض للألفاظ الطبيعية للإنسان. ويسعى ACT&RFT إلى تنمية هذه الفكرة لدى المسترشدين، وتظهر أهميتها في تنمية الوظائف اللغوية مثل: التعاطف، ونظرية العقل، والشعور بالذات.

فإذا كنت قلقاً، وتعتقد أنك لا تستطيع النجاح في شيء ما، آنذاك لا تستطيع، وتتجنب القيام به؛ وبذلك فإن هناك ميلاً قوياً للتصرف طبقاً للقواعد اللفظية، حتى عندما لا تبني هذه القواعد بصورة جيدة على احتمالات وقوع الأحداث الطارئة والقيام بذلك يخلق نوعاً من التنبؤ بتحقيق الذات، والذي يتضح أن إتباع القواعد يعمل لأن العواقب المتخيلة لعدم إتباع هذه القواعد لا تظهر نفسها، فالفرد من الممكن أن يكون على وعي بالخبرات المتدفقة لديه دون التعلق بهذه الأفكار، وبالتالي يتم تقوية الإزالة والقبول. ويتم تقوية الذات كسياق عن طريق الاهتمام بالأنشطة، والاستعارات والأمثلة والعمليات التجريبية.

٥- القيم Values:

القيم هي أنواع مختارة من التصرفات الهادفة، والتي لا يمكن الحصول عليها كشيء مادي، ولكن من الممكن أن تكون مطلوبة لحظة ما، يبني الفرد اختياراته على قيمه هو وليس قيم الآخرين وذلك حتى يلتزم بتحقيقها. وتستخدم العديد من الأنشطة لمساعدة المسترشد على أن يختار اتجاهات الحياة في العديد من المجالات مثل (الأسرة والمهنة والجانب الروحي)، بينما يضعف العمليات اللفظية التي تؤدي إلى الاختيارات المبنية على التجنب، والإذعان الاجتماعي، أو الاندماج مثل (يجب أن أقدر فلان حق التقدير)، "أو" إن الشخص الجيد سوف يقدر فلان حق التقدير، "أو" أمي تريدني أن أقدر فلان حق التقدير. وفي العلاج بالقبول

والالتزام، فإن القبول والإزالة وكون الفرد حاضراً وموجوداً، وغيرها ليست نهايات في حد ذاتها، بل بالأحرى توضح من أجل حياة أكثر قيمة وثباتاً وحيوية (Hayes et al., 2006, 7).

٦- التصرف الاهتمامي الالتزامي Committed Action:

إن العلاج بالقبول والالتزام يشجع على نمو نماذج أكبر من التصرف الفعال المرتبط بالقيم المختارة. وفيما يتعلق بهذا الشأن؛ فإن العلاج بالقبول والالتزام يشبه كثيراً العلاج السلوكي التقليدي، وتقريباً فإن أي طريقة لتغيير السلوك الواضح بصورة سلوكية من الممكن أن يكون مناسباً داخل بروتوكول العلاج بالقبول والالتزام، والذي يتضمن التعرض، واكتساب المهارات، ووضع الأهداف، وطرق التشكيل والتكييف. وعلي عكس القيم فإن الأهداف الثابتة والموافقة للقيم من الممكن أن تتحقق، والواجب المنزلي المرتبط بأهداف تغيير السلوك القصيرة والمتوسطة وطويلة الأمد، والتي تعد مناسبة وضرورية بصورة متعاقبة للتحديد والعمل من خلال العقبات والموانع النفسية، والتي تحضر خلال العمليات الأخرى العلاج بالقبول والالتزام.

ويحرص المعالجون في هذا النموذج على مساعدة الناس كي يغيروا علاقتهم بأفكارهم، بفهم يشجعون الناس كي يدركوا أن لديهم أفكاراً، ولكنهم لا يجب أن يشعروا أنهم يقعون تحت سيطرة هذه الأفكار.

وأشار Hayes, et al., (2012,69-75) إلى محددات التمتع بالصحة النفسية والرفاهية النفسية طبقاً لنموذج العلاج بالقبول والالتزام تتمثل في تقبل الأفكار والأحاسيس التلقائية، التحرر من الاندماج المعرفي (التفريغ المعرفي)، اليقظة الذهنية (الذات كعملية)، الذات كسياق لا كمحتوي، الوضع القيمي، السلوك الملتزم الذي يستهدف التغيير الإيجابي.

أوضح Larmar et al., (2014, 216) الخطوات التي يقوم بها من يمارس العلاج بالقبول والالتزام، تطلب الممارسة المهنية العلاج بالقبول والالتزام ممارسة المعالج لأنشطة (خطوات) تساعد على تحليل الموقف لمشكلة المسترشد تتمثل فيما يلي:

- (١) تحليل النطاق وطبيعة مشكلة المسترشد (مستوى منخفض من الشفقة بالذات ومستوى مرتفع من الضغوط الحياتية).
- (٢) تقييم العوامل التي تؤثر على مستوى الدافع للتغيير لدى المسترشد.
- (٣) تحليل العوامل التي تنتقص من مشكلة المسترشد.
- (٤) تقييم العوامل التي تزيد من مشكلة المسترشد.
- (٥) التواصل إلى هدف علاجي وتحديد التدخل المهني.

وقد اتضحت فعالية العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) في تحسين مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة، تحسين الأداء النفسي الاجتماعي (محمد ٢٠١٠)؛ استخدام مهارات اليقظة العقلية والمرونة النفسية لدى المراهقين (Beilby, et al., 2012)؛ تعزيز الصحة النفسية لدى طلاب الجامعات المغتربين، ويعانون من ضغوط نفسية كبيرة (Muto, et al., 2012)؛ تحقيق جودة حياة أفضل للأسرة، والتخلص من القلق والاكتئاب، وتقبل الطفل ذي اضطراب التوحد (Poddar, et al., 2015)؛ تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد (الفقي ٢٠١٦)؛ تنمية الوعي بالذات لدى المجرم العصابي العائد (جلودي، مواسي، سعد، ٢٠١٧)؛ تحسن السلوك القيمي لأولياء أمور الأطفال المصابين بالاضطرابات العصبية النمائية (Abdul Kalam, 2017)، واتضح ذلك على النحو التالي:

هدفت دراسة محمد (٢٠١٠) إلى بناء برنامج مقترح من منظور العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد لتحسين مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة، وقد تكونت عينه الدراسة من (٢٠) فرداً مما بلغت أعمارهم (٣٥) سنة، وقد طبق مقياس مشاعر التماسك بأبعاده (مشاعر المرونة، مشاعر التماسك، مشاعر المعنى) وقد أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج المستخدم في تحسين مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة.

كما هدفت دراسة Beilby, et al., (2012) إلى تقييم فعالية برنامج التدخل بالقبول والالتزام لعلاج المراهقين، وتكونت عينه الدراسة من (٢٠) فرداً من المراهقين، وتألّف البرنامج من ٢٠ جلسة علاجية أجريت أسبوعياً لمدة ثمانية أسابيع متتالية. وهو برنامج متكامل يهدف إلى تحسين ما يلي: (أ) الأداء النفسي

الاجتماعي؛ (ب) الاستعداد للعلاج والتغيير؛ (ج) استخدام مهارات اليقظة العقلية والمرونة النفسية؛ وقد أشارت النتائج بفاعلية القبول والالتزام كمدخل فعال في تحسين الأداء النفسي والاجتماعي، والاستعداد للتغيير والعلاج، واستخدام مهارات اليقظة العقلية، والطلاقة العامة. وأظهرت نتائج المتابعة بعد ثلاثة أشهر من العلاج أن المكاسب العلاجية استمرت بنجاح مع مرور الوقت. هذه النتائج تقدم منظوراً جديداً للقبول والالتزام، كما أشارت النتائج إلى تحديد التحسينات التي شهدها المشاركون في الأداء النفسي والاجتماعي.

وأظهرت نتائج دراسة Muto, et al., (2012) فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تعزيز الصحة النفسية لدى طلاب الجامعات اليابانية الذين يعيشون في الخارج، ويعانون من ضغوط نفسية كبيرة، واتضح ذلك من خلال المقارنة بين مستويات المشاركين قبل وبعد البرنامج، بالإضافة إلى مقارنة المشاركين وغير المشاركين في الاكتئاب والتوتر الشديد، والقلق الشديد والصحة النفسية، وذلك على عينة من (٧٠) مشاركا ممن يحتاجون إلى المساعدة الذاتية للتمتع بالصحة النفسية.

وهدفت دراسة Poddar, et al., (2015) إلى التحقق من فعالية العلاج بالقبول والالتزام لوالدي الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب ذوي اضطراب التوحد، وتكونت العينة من (٥) أمهات لأطفال تم تشخيصهم بذوي اضطراب التوحد، وتم تطبيق عدة مقاييس على الأمهات عينة الدراسة منها مقياس القلق، قائمة بيك للاكتئاب، مقياس جودة الحياة، وتوصلت النتائج إلى فعالية البرنامج المستخدم في تحقيق جودة حياة أفضل، والتخلص من القلق والاكتئاب، وتقبل الطفل من جانب الأسرة.

هدفت دراسة الفقي (٢٠١٦) إلى التعرف على فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد، والتعرف على استمرارية فعالية البرنامج، واشتملت العينة على (١٠) أمهات خضعن لتطبيق البرنامج، وكانت أعمارهن من (٢٥ - ٤٠) سنة بمتوسط (١,٣٢) سنة وانحراف معياري (٢,٣)، ويتم التطبيق بإحدى مراكز رعاية ذوي الإعاقة بينها، واعدت الباحثة أدوات الدراسة (مقياس المرونة النفسية لأمهات أطفال ذوي اضطراب

التوحد، وبرنامج العلاج بالتقبل والالتزام)، وكشفت النتائج عن فعالية البرنامج المستخدم في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد، واستمرار فعالية البرنامج.

وأثبتت دراسة جلودي وآخرون (٢٠١٧) أن العلاج بالتقبل والالتزام يفيد في تنمية الوعي بالذات لدى المجرم العصابي العائد، بعد تطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في مقياس الوعي بالذات، البرنامج العلاجي (من إعداد الباحثة) على عينة مكونة من (٣٠) فرداً.

درس Abdul Kalam, (2017) أثر العلاج بالقبول والالتزام حول السلوك القيمي لأولياء أمور الأطفال المصابين بالاضطرابات العصبية النمائية، الذين يواجهون تحملاً تحديات هائلة بسبب العجز التنموي لأبنائهم، وتكونت العينة من (٥) آباء لأطفال مصابين باضطراب النمو العصبي، واستخدمت البحث الحالي (٩) جلسات من العلاج بالتقبل والالتزام الموزعة على مدى (٦) أسابيع. وقد تم تقدير السلوك القيمي والمرونة النفسية لأفراد العينة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين السلوك القيمي لدى أفراد العينة.

ثانياً الشفقة بالذات: Self- Compassion

يرجع الاهتمام بمفهوم الشفقة بالذات إلى عالمة الأمريكية كريستين نيف (Neef, 2003a)، فقد اعتبرتها بعداً أساسياً من أبعاد البناء النفسي للفرد، وأحد المتغيرات المهمة لمقاومة الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة التي يمر بها الفرد.

يعرف كل من Neef & McGehe, (2010) الشفقة بالذات بأنها: ” قدرة الفرد على تحويل مشاعره من المعاناة إلى الشعور بالدفء والاتصال “.

كما أنها تنطوي على حساسية الفرد لتجربة المعاناة، إلى جانب الرغبة العميقة للتخفيف من تلك المعاناة عند النظر إلى أوجه القصور الشخصية، والأخطاء، وال فشل، وكذلك عند مواجهة حالات الحياة المؤلمة التي تقع خارج سيطرتنا.

وتنظر Jones, (2018) إلى الشفقة بالذات بأنها: ”تعني تقديم الدعم لأنفسنا بأنفسنا ولا ننتظره من أحد، كما أنها أداة قوية لإدارة الإجهاد والضغط اليومية وتحقيق العافية النفسية للفرد بسبب سهولة تطبيقها باستمرار قبل أن تظهر الضغوط وتتراكم، مثل الفرد الذي يأكل وجبات صغيرة ومتكررة على مدار اليوم يكون أكثر فعالية ونشاط من الفرد الذي يتناول اثنين، أو ثلاثة وجبات كبيرة فيشعر بالخمول والتراخي“.

تتكون الشفقة بالذات كما أشارت (Neff, 2003-2016) من ثلاثة عناصر رئيسية هي: اللطف بالذات، والشعور بالإنسانية المشتركة، واليقظة الذهنية.

- (١) اللطف بالذات مقابل الحكم الذاتي: يعني ببساطة مواجهة إحباط المرء بعواطف دافئة بدلاً من الانتقاد. إذا كان الشخص يعتقد أن معاناة الحياة يمكن تجنبها، فهو أقل عرضة لقبولها عند حدوثها، ويشعر بدوره بالتوتر والإرهاق العاطفي.
- (٢) أشار هذا البعد إلى الميل لتكون الذات داعمة ومتعاطفة نحو أنفسنا عند ملاحظة أوجه القصور في الشخصية بدلاً من أن ننتقدها بشدة.
- (٣) إنه يستنفذ أخطاءنا وأوجه قصورنا في التسامح والتفاهم، والاعتراف بأن الكمال (لله وحده) غير قابل للتحقيق.
- (٤) يتم التعبير عنه في الحوارات الداخلية التي تعد خيراً ومشجعة أكثر منها قاسية، أو مهينة.
- (٥) بدلاً من أن نصف أنفسنا لكوننا غير مناسبين، فإننا نقدم لأنفسنا الدفاء والقبول غير المشروط.
- (٦) بدلاً من طلب الحصول على وضع مؤكد في حل المشكلات، أو تجاهل المعاناة الخاصة بنا، نتوقف لراحة أنفسنا عاطفياً عند مواجهة المواقف المؤلمة. مع اللطف بالنفس.
- (٧) نحن نصنع السلام من الدفاء والوداعة والتعاطف من أنفسنا لأنفسنا بحيث يمكن أن يحدث الشفاء الحقيقي.
- (٨) الإنسانية المشتركة مقابل العزلة: تعني أن الشخص يدرك أننا جميعاً نعاني في الحياة ألم لا ينتمي إلى شخص واحد، وبدلاً من ذلك ننظر لهذا الألم بأنه جزء من الطبيعة البشرية التي تربط بيننا جميعاً.

فجميع البشر واجهوا صعوبات في التقدم؛ كل واحد فشل، يخطئ، ويشارك في سلوك مختل. كلنا يصل إلى أشياء لا يمكننا أن نحصل عليها ويجب أن نظل في وجود تجارب صعبة نرغب بشدة في تجنبها، كلنا نعاني. في كثير من الأحيان، نشعر بالعزلة والانقطاع عن الآخرين عند النظر في صراعاتنا وأوجه قصورنا الشخصية، ونتصرف بطريقة غير عقلانية كما لو كان الفشل والألم انحرافات. هذه ليست عملية منطقية، ولكنها نوع من الرؤية النقدية التي نفقد فيها الصورة البشرية الأكبر ونركز في المقام الأول على أنفسنا الضعفاء الذين لا قيمة لهم. وبالمثل، عندما تسوء الأمور في حياتنا الخارجية من دون أي خطأ من جانبنا، فإننا نفترض في كثير من الأحيان أن الأشخاص الآخرين لديهم خطأ أفضل منا، وأن وضعنا الخاص هو أمر غير طبيعي، أو غير عادل. نشعر أننا معزولون ومفصولين عن أشخاص آخرين يفترض أنهم يعيشون حياة "طبيعية" سعيدة.

اليقظة الذهنية مقابل الإفراط في التوحد: يعني حالة من الوعي المتوازن بالخبرات في اللحظة الحاضرة، وإدراك الأفكار والانفعالات المؤلمة بشكل متوازن بدلاً من الإفراط في التوحد معها.

وأكد (Neff, 2003) إن تجاهل المشاعر السلبية ضار مثلما يحدث عند تأجيلها. يجب على الشخص أن يجد توازناً بين الاثنين ليكون مدركاً جيداً للعواطف كما هي.

واليقظة الذهنية لها فوائد عديدة في التعامل مع الإجهاد، والألم، والمرض، وتظهر تغيرات في كل من بنية الدماغ ووظائفه. ومن ثم، فإن اليقظة الذهنية تتناغم مع خبرات المرء ومشاعره اللاحقة. وتساعد المرء على ربط العقل بالتجارب والتعاطف مع الذات، تحقيق السلام الداخلي للفرد، تحقيق اتصال أعمق مع الذات والآخرين، الاستمتاع بما يأتينا من حواسنا، هذه الجوانب تساعد الفرد على التغيير إلى الأفضل.

أكدت نتائج دراسة (Neff, 2016) أن هناك علاقة متبادلة بين اليقظة الذهنية والشفقة بالذات، حيث يسهلان بعضهما البعض، ويساعدان في بناء الرفاهية الإيجابية، واكتشفت مدى فائدتها في جودة حياة المرضى.

وذكر (Neff, 2016) أن هناك مراحل من الشفقة بالذات تتمثل في:

- (١) يجب على الفرد أن يدرك أن الشخص الآخر يعاني. إذا كان الشخص غير قادر على الاعتراف بمشكلات الشخص المختفي، فلن يتمكن من تقديم التعاطف تجاهه، أو حوله.
- (٢) يجب أن يتحرك الفرد عاطفياً بسبب معاناة الآخر. التعاطف هو وسيلة لإظهار شخص آخر يفهم المرء ما هو عليه، ويريد أن يفعل شيئاً لتغيير الوضع بالنسبة لهذا الشخص.
- (٣) يجب على الفرد أن يرى انتكاسة الآخر بمثابة فرصة للتعاطف مع الذي يعاني من الألم، مع مراعاة الحكم على الظرف.

إن مجموعة المقالات البحثية عن الشفقة بالذات - التي نمت بشكل كبير خلال العقد الماضي - تدعم الفوائد ومع ذلك، فقد بدأت البحوث الحديثة في فحص التدخلات التجريبية للتعاطف الذاتي (على سبيل المثال، فإن الشفقة بالذات تزيد من التوازن العاطفي، ترتبط بشكل جيد مرتب بالذوق الرفيع والرعاية لأنه يعمل على تعطيل نظام التهديد (يرتبط بالنقد الذاتي والتعلق غير الآمن، والدفاع) وينشط نظام تهدئة الذات (المرتبطة بالملح الآمن، والسلامة). من خلال زيادة الشعور بالسلامة والترابط والحد من مشاعر التهديد والعزلة (Adams & Leary, 2007)، والشفقة الذاتية بمثابة عامل وقائي ضد الاكتئاب والقلق والتوتر (Karakasidou & Stalikas, 2017) تزيد من المواقف المتفائلة ورضا الحياة (Hollis, et al., 2011)، تخلق دافعاً أعلى وثقة بالنفس (Neef, et al., 2005)، وتقلل من الإجهاد عند الاهتمام بالآخرين (Bazzano, et al. 2015).

قد تكون هناك عمليات فسيولوجية تقوم على الارتباط السلبي بين الشفقة بالذات والقلق والاكتئاب، وجد (Rockcliff, et al., 2008) أن تمريناً مصمماً لزيادة مشاعر الشفقة بالذات مرتبط بمستويات منخفضة من هورمون الإجهاد (الكورتيزون). كما زاد أيضاً من معدل راحة القلب، والذي ينشط الجهاز العصبي السمبثاوي ويرتبط بقدرة أكبر على تنظيم العواطف حتى فهي تستجيب للمطالب الظرفية. إن إحدى الطرق السهلة لمساعدة المسترشدين على تهدئة أنفسهم عندما يشعرون بضيق عاطفي هي تشجيعهم على إعطاء أنفسهم عنق لطيف، أو مداعبة،

أو ببساطة وضع يدهم على قلوبهم ويشعرون بدفته. المهم هو تقديم إيماءة واضحة تعبر عن مشاعر الحب والرعاية والرفقة. إذا كان هناك أشخاص آخريين حولهم، فمن الممكن طي أذرعهم بطريقة غير واضحة، مع الضغط برفق بطريقة مريحة.

قد يكون من الممكن رفع مستويات الناس من الشفقة بالذات، نظراً إلى أنها تتطلب منهم فقط الاعتراف وقبول قيودهم البشرية مع اللطف بدلاً من تغيير تقييماتهم الذاتية من السلبية إلى الإيجابية.

ولأن الأشخاص المتحمسين للذات يلبون الكثير من احتياجاتهم الخاصة للرعاية والدعم، فإن لديهم المزيد من الموارد العاطفية المتاحة لإعطاء شركاء العلاقة العاطفة. لأنهم يقبلون ويصادقون على أنفسهم، فهم لا يحتاجون إلى الحصول على موافقة من الآخرين للحفاظ على الشعور بقيمة الذات. هذا أشار إلى أن مهارات التدريس في التعاطف الذاتي عند العمل مع الأزواج الذين يواجهون صعوبات في العلاقة ستكون وسيلة فعالة لكسر أنماط الحاجة العاطفية، سيكون أيضاً وسيلة لتعزيز الحميمية والدعم المتبادل بين الأزواج. وهناك سؤال مثير للاهتمام يتعلق بما إذا كان الأشخاص المتعاطفين مع النفس أكثر تعاطفاً مع الآخرين.

هذا وأشار (Worthington, et al., 2005) إلى أن الشفقة بالذات تكون مهارة مهمة لمقدمي الرعاية والمهنيين الصحيين، الذين غالباً ما يتعرضون للإرهاق من الإفراط في التعرض لصدمة الآخرين.

بالإضافة إلى ذلك، ترتبط الشفقة بالذات بشكل كبير بالتسامح، وهذا يتطلب فهم الشبكة الواسعة من الأسباب والظروف التي تدفع الناس إلى التصرف كما يفعلون. لذلك يبدو أن القدرة على التسامح وقبول تجاوزات الآخرين ترتبط بمستوي الشفقة بالذات والآخرين، وتهدف إلى الاعتراف بأن جميع الكائنات تعاني وتريد التخلص من المعاناة (Hofmann, et al., 2011).

وفي دراسة أجريت على المراهقين والشباب البالغين، وجد (Neff & McGehee, 2010) أن دعم الأمهات يرتبط بتعاطف ذاتي أكبر بكثير، في حين أن النقد الأمومي كان مرتبطاً بقدر أقل من الشفقة بالذات بشكل عام. كان الأفراد من العائلات المتناغمة والمتماسكة أكثر شفقة بأنفسهم، في حين أن الأفراد

الذين يعيشون في بيئة مليئة بالتوتر، كانوا أقل تعاطفًا مع الذات. وبالمثل وجدت دراسة (Vettese, et al., 2011) أن الشباب الذين تلقوا سوء المعاملة كأطفال ظهرت لديهم صعوبات في تنظيم العاطفة في وقت لاحق، ونقص في الشفقة الذاتية لديهم، الاعتماد على المخدرات والكحول.

وعرضت العديد من الدراسات قيمة الشفقة بالذات لأنها تتعلق بجودة الحياة عبر الحياة وظروفها المختلفة. فقد تم استعراض عينة من الدراسات التي توضح ذلك فيما لا يخرج عن نطاق البحث الحالي تشمل النماذج التي تمت دراستها دور الشفقة بالذات في التخفيف من العوامل السلبية المرتبطة بالضغط وآليات التكيف والهوية الذاتية وصورة الجسم (Prezezdzieck, et al., 2013).

فقد اهتمت دراسة (Magnus et al. (2010) بدور الشفقة بالذات في مساعدة الأفراد على تخفيف اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لذوي الإعاقات الجسدية منها سرطان الثدي لما لهم من آثار مدمرة عاطفياً وجسدياً على المريض وعلى المحيطين به. كما أن العديد من المرضى، يبحثون عن دعم المتخصصين لأحداث ما بعد الصدمة، أو عندما يجب على المرء أن يكافح من أجل قبول ضغوط اعتيادية في الحياة، وهذا يتطلب وجود دافع حقيقي داخلي لرعاية النفس لديه.

افترض أن النساء اللواتي لديهن مستوى مرتفع من الشفقة بالذات سوف يرغبن على الأرجح في تعزيز الرفاهة في الاعتناء بأنفسهن بالرغم من التأثيرات الخارجية، كما تعمل الشفقة بالذات كحاجز ضد الآراء السلبية، أو الشعور بالغضب من النفس يمكن أن يتحول إلى فرصة للتعاطف مع الذات.

ودرس (Pauley & McPherson (2010) دور الشفقة بالذات مع الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب، أو القلق، حيث ركزت الدراسة على فهم معاني وخبرات المشاركين نحو الشفقة بالذات تجاه وضعهم الحالي. وتم اختيار عشرة مشاركين على أساس دليل تشخيصي وإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الرابعة. وأكمل المشاركون مقابلة شبه منظمة مع أسئلة مبنية على بحث الشفقة بالذات. استمرت المقابلات لمدة ساعة وتوصلت النتائج إلى أن المشاركين يعتقدون أن الشعور بالشفقة تجاه ذاتهم كان له معنى فيما يتعلق بتجاربهم ومفيد في المساندة في اكتئابهم، أو

قلقهم. ومع ذلك، فقد أكد المشاركون على أنهم يشعرون بأنهم يتسمون بوجودان الذات، وأنهم قد يكون صعباً إما لأن المفهوم نفسه كان يشكل تحدياً لسنهم، أو أن تجربتهم في الاضطراب النفسي قد أثرت سلباً على قدرتهم على أن يكونوا عطفين تجاه ذاتهم ويمكن استخدام الشفقة بالذات في تطوير التدخلات السريرية المستقبلية.

ودرس (Neff & Germer, 2013) آثار الشفقة بالذات. لاختبار ما إذا كانت اليقظة الذهنية يمكن أن تزيد من تعاطف المشاركين ورفاهيتهم، فقد قاموا بإجراء دراسة تجريبية على مدار ثمانية أسابيع، تعرض (٢١) مشاركاً من خلال برنامج Mindful Self-Compassion. (MSC) هو برنامج تدريبي مكثف يعلم الناس الحياة في الوقت الحاضر، وكيفية ممارسة التعاطف مع الذات. طبق مقياس الشفقة بالذات (نيف، ٢٠٠٣) قبل وبعد برنامج التدريب. وأشارت النتائج عن زيادة كبيرة في مستوى المشاركين من التعاطف الذاتي بنسبة ٤٣٪، وكانوا يتمتعون برضا أعلى من الحياة بعد عام من العلاج، فخلال الجلسات، قام الدماغ بتحول كبير. وبمجرد بدء العلاج، فإن نوبات الغضب مثل: إدراك كل شخص يعاني، يمكن أن يهدئ أنفاسه، وقد تخفض قوة خلق عبارات إيجابية في ذهنه من إجهاده. بدأ في التواصل مع أفراد العائلة أكثر، وتوقف عن النظرة الكمالية مع كل التفاصيل التي يتعرض إليها. وبعد عام من انتهاء التدريب، قال إنه لم يعد بحاجة إلى دواء مضاد للاكتئاب، أو مضادات القلق، وتوقف عن القلق كل يوم بشأن المستقبل، وبدأ في النوم بشكل أفضل، وتمتع بالعمل مع المسترشدين في وظيفته لأول مرة.، فإن مساهمة Mindful Self-Compassion Training في تدريس self compassion يمكن أن تساعد في تخفيف المشاعر السلبية التي يختبرها المرضى خارج غرفة العلاج.

ودراسة (Aydan & Aydin 2014) استهدفت التحقق من أنماط الشفقة بالذات، والدعابة، ومستويات الالكسيثيميا لدى الآباء والأمهات الذين لديهم أطفال مصابون بالتوحد. تتكون عينة الدراسة من آباء الأطفال الذين تم تشخيص إصابتهم بالتوحد والذين كانوا يحضرون أيضاً مراكز التعليم الخاص في إسطنبول. وتم استخدام مقياس الشفقة بالذات، مقياس أنماط الفكاهة وموازين تورنيتو للالكسيثيميا، وتم إجراء تحليلات هرمية لتقيس العلاقة السببية بين المقاييس. أوضحت النتائج أن الإفراط في تحديد الهوية (ضعف الالكسيثيميا)

والشفقة والتفاعل الفكاهي العدواني في مقياس أنماط الفكاهة هما من العوامل الإيجابية للتنبؤ بالتفكير الموجه ذاتيا، وجود علاقة سالبة بين الشفقة بالذات و الدرجات الإجمالية لمقياس تورونتو اليكسثيميا، صعوبة تحديد المشاعر المشتركة وصعوبة ووصف المشاعر.

ودراسة (Neff & Faco, 2015) استهدفت التعرف على علاقة الشفقة بالذات والرفاهية النفسية لدى عينة من (٥١) من آباء الأطفال المصابين بالتوحد. وذلك من خلال التقرير الذاتي. والتعرف على دور الشفقة بالذات في الشعور بالرضا عن النفس في الأوقات الصعبة، والاعتراف بالطبيعة المشتركة للمعاناة الإنسانية، والوعي الدقيق للأفكار والعواطف السلبية. وأشارت النتائج إلى أن الشفقة بالذات والتعاطف الذاتي مرتبطاً ارتباطاً إيجابياً بالرضا عن الحياة، والأمل، وإعادة ربط الأهداف، ويرتبط بشكل سلبي بالاكئاب والإجهاد الوالدي. كما أشارت النتائج إلى أن الشفقة بالذات قد تلعب دوراً مهماً في رفاه آباء الأطفال المصابين بالتوحد.

وأجرت (Sirois, et al., 2015) دراسة لمعرفة ما إذا كان المرضى الذين يمارسون الشفقة بالذات والذين تم تشخيص إصابتهم بمرض مزمن أكثر عرضة لاستخدام استراتيجيات التكيف، أقل احتمالاً لاستخدام استراتيجيات التأقلم السيئة، وانخفاض مستويات الإدراك تجاه المرضى الذين لم يستخدموا الشفقة بالذات. وأظهرت نتائج الدراسة أن المرضى الذين لم يمارسوا الشفقة بالذات قد انخرطوا بشكل أكبر في عمليات سوء التكيف، وكان لديهم معدلات أعلى من الإجهاد المتصور مقارنة بالمرضى الذين استخدموا بشكل فعال الشفقة بالذات وظهر ذلك بشكل فعال على صحة المريض. إلا أن القليل من البحوث توضح بشكل فعال كيف يمكن أن تغير الدافع لدى المريض للتمتع بصحة أفضل في المستقبل. قد يستطيع الأطباء الممارسين لتدريبات الشفقة بالذات أن يدمجوه في رغبة المريض للتمتع بصحة نفسية وعضوية جيدة.

ودرس (Stuntzner, & Hartley, 2015) كيف يمكن أن تزيد الشفقة بالذات من احتمال قيام الأشخاص ذوي الإعاقة بالدفاع عن أنفسهم؟، مع منع هؤلاء الأفراد أيضاً من استخدام الشفقة على الذات بدلاً من الشفقة بالذات. من المؤسف أن يعزل الشخص المعاق ذاته عن الآخرين بسبب عدم قدرته على الدفاع عن

نفسه أمام الأقران غير المألوفين، بدلاً من ذلك، يأخذ هذه التجارب كخبرة بشرية مشتركة تربط الناس ببعضهم البعض. ويسمح للشفقة بالذات للاعتراف بأن أحداث الحياة تكون أحياناً خارج أيديهم، يريحون أنفسهم بشكل اختياري، والا فقد يجتذبون أفكاراً سلبية، ويشعرون بقدر أقل من التسامح مع قيودهم، ويحكمون على وضعهم بطريقة سلبية. واستخلص الباحثان أن ”الشفقة بالذات يمكن أن تمكّن الأشخاص من التغلب على أنفسهم، مع تعزيز الرسالة التي تفيد بأن ذوي الإعاقة لا يحتاجون إلى التهميش وليسوا ضحايا للبيئة”.

ودراسة (Duran & Barlas, 2016) استهدفت الدراسة إلى تقييم آثار التثقيف النفسي على الرفاهية الذاتية والشفقة بالذات مع آباء الأولاد ذوي الإعاقات العقلية، وتكونت عينة الدراسة من (٦٦) من آباء ذوي الإعاقة العقلية (٣٣ مجموعة تجريبية- ٣٣ ضابطة) جميعهم من الأولاد ذوي الإعاقات العقلية الذين يحضرون إلى مركز التعليم الخاص وإعادة التأهيل والمدرسة الخاصة للتعليم الفني ومراكز التدريب المهني، واستخدمت الدراسة مقاييس الرفاهية الذاتية والشفقة بالذات وأشارت النتائج إلى زيادة ملحوظة في مستويات الرفاهية النفسية للوالدين ومستوى الشفقة بالذات لدى الآباء بعد ثماني جلسات من التثقيف النفسي عند مستوى دلالة (٠,٠٥). وأوصت الدراسة بضرورة التدخل النفسي لتحسين أوضاع هؤلاء الآباء النفسية.

تنمية الشفقة بالذات من خلال العلاج بالتقبل والالتزام :

اقترح (Hayes, 2006, 8) أن الشفقة بالذات قد تكون القيمة الوحيدة المتأصلة في نموذج العلاج بالتقبل والالتزام لتحقيق الرفاهية النفسية، وأمكن تحقيق أبعاد ومكونات الشفقة بالذات من خلال العمليات الأساسية الست التي تم وصفها في نموذج العلاج بالتقبل والالتزام للعلاج النفسي، والتي تعرف أحياناً بعمليات ”هيكسافلكس“ (Hexaflex).

كما أكد (Dahl, et al., 2009) أن العمليات السداسية للعلاج بالتقبل والالتزام تعمل معاً بطريقة تفاعلية من أجل تحقيق الشفقة بالذات وذلك عن طريق:

- (١) إدخالنا في الاتصال التجريبي المباشر مع تجارب اللحظة الحالية لدينا.
- (٢) تعطل تجربة الحرفية للأحداث العقلية التي تضيق نطاق السلوكيات المتاحة لدينا.
- (٣) تعزيز القبول التجريبي.
- (٤) تساعدنا على التخلي عن التحديد المفرد مع «الذاتية».
- (٥) مساعدتنا في عملية تأليف القيم.
- (٦) تسهيل التزامنا بتوجيهات قيمة في حياتنا.

يري (Hayes, 1984) من خلال منظور العلاج بالتحقبل والالتزام، تصبح نظرتنا واسعة وشاملة، مع إدراك أن تحديات الحياة والفضل الشخصي هي ببساطة جزء من تكوين الإنسان.

الشفقة بالذات يساعدنا على الشعور بأننا أكثر ارتباطاً وأقل عزلة عندما نكون في حالة ألم، أكثر من ذلك، فهي تساعد على وضعنا الخاص في السياق. ربما لا يبدو الوضع الذي بدا وكأنه نهاية العالم في البداية، إن طرد الفرد من وظيفة (يعد حدثاً رهيباً، على سبيل المثال، وعند التفكير في أن الآخرين يفقدون منازلهم، أو أحبائهم. عندما نتذكر الطبيعة المشتركة للمعاناة، فهذا لا يجعلنا نشعر بالعزلة فقط، بل يذكرنا أيضاً بأن الأمور يمكن أن تكون أسوأ عند الآخرين.

إن الاعتراف بالإنسانية المشتركة أيضاً يعيد تفسير ما يعنيه أن تكون ذاتك. عندما ندين أنفسنا لعدم ملاءمتنا، فإننا نفترض أن هناك في الواقع كيان منفصل بوضوح يسمى «أنا» يمكن تحديده وإلقاء اللوم عليه بسبب الفشل.

ولكن هل هذا صحيح حقاً؟ نحن دائماً موجودون في سياق لحظة حالية، ونطاق سلوكياتنا مستوحاة من تاريخنا الفردي لنفترض أنك تنتقد نفسك بسبب غضبك. ما هي الأسباب والظروف التي أدت إلى غضبك؟ ربما عوامل قبل الميلاد تلعب دوراً. لكن هل اخترت جيناتك قبل دخول هذا العالم؟، أو ربما ترعرعت في بيئة مملوءة بالصراعات، كان الصراخ والغضب السبيل الوحيد للحصول على صوت مسموع. لكن هل اخترت أن تكون عائلتك بهذه الطريقة؟ إذا فحصنا بدقة حالات الإخفاق «الشخصية» الخاصة بنا، فسوف يتضح قريباً أنها ليست شخصية تماماً.

نحن تعبیر عن الملايين من الظروف السابقة التي اتحدت جميعاً لتشكيلنا في اللحظة الحالية. خلفيتنا الاقتصادية والاجتماعية، ورابطاتنا وعلاقاتنا السابقة، وتاريخ عائلتنا، وعلم الوراثة لدينا - كان لديهم جميعاً دور عميق في خلق الشخص الذي نحن عليه اليوم. وبالتالي يمكننا الحصول على قبول وفهم أكبر لسبب عدم كوننا الأشخاص المثاليين الذين نريد أن نكون.

يشمل اليقظة إدراك تجربة اللحظة الحالية بطريقة واضحة ومتوازنة (Brown & Ryan, 2003) القبول العقلاني لواقع اللحظة الحالية، مما يسمح لأي أفكار وعواطف وحساسة في الوعي بدون حكم، أو تجنب، أو قمع.

وأكد Bishop et al., (2004) أن اليقظة العقلية تعد عنصراً أساسياً في الشفقة بالذات، كما أنها (عنصر مشترك بين الشفقة بالذات، ACT) بسبب:

- (1) من الضروري أن تدرك أنك تعاني من أجل منح نفسك الشفقة بالذات.
- (2) في حين قد يبدو أن المعاناة واضحة، فإن الكثير من الناس لا يعترفون بمدى الألم الذي يعانون منه، خاصة عندما ينبع الألم من نقدهم الذاتي الداخلي. ×، أو عندما يواجهون تحديات الحياة، غالباً ما يثبت الناس في حل المشكلات أنهم لا يعدون كم يكافحون في الوقت الحالي.
- (3) في حين أن الميل إلى قمع، أو تجاهل الألم إنساني جداً، يمكن أن يؤدي أسلوب تجنب التعامل مع المشاعر السلبية إلى استراتيجيات غير فعالة في نهاية المطاف مثل إساءة استخدام المواد، أو الإفراط في تناول الطعام، أو الانسحاب الاجتماعي.
- (4) تعني اليقظة الذهنية الميل إلى تجنب الأفكار والعواطف المؤلمة، مما يسمح لنا بالحفاظ على حقيقة تجاربنا حتى عندما تكون غير سارة وفي نفس الوقت، كوننا متنبهين يعني أننا لا نصبح "مضطربين" مع الأفكار السلبية، أو المشاعر بل نعيش مواقفنا الفعلية بوعي. (Neff, 2003a).
- (5) أما الاجترار يضيق تركيزنا وبيالغ في تداعياته على تقييم الذات "لم أفضل فقط"، "أنا فاشلة"، "حياتي مخيبة". تعني "Overidentification" أننا نعيد النظر في تجاربنا لحظة بلحظة، ونعتبر الأحداث الانتقالية نهائية ودائمة. لكن اليقظة العقلية تعني عندما نلاحظ الألم الذي نحدثه، فإن

سلوكيات جديدة ممكنة. لا تزال تجمع دون تموجات، الذهن يعكس ما يحدث، دون تشويه. هذا يسمح لنا بالحصول على منظور أكثر حكمة وأكثر موضوعية على أنفسنا وحياتنا.

أشارت بحوث (Staggers,et al., 2011 Goetz et al. 2010) إلى أن اللمسة المهدئة تحرر الأوكسيتوسين، وتوفر شعوراً بالأمان، وتهدئ العواطف المؤلمة، وتهدئ إجهاد القلب والأوعية الدموية. في الوقت الذي تواجه فيه الذات المواقف المؤلمة المؤذية، فإنها تساعد أيضاً على تعزيز نقاط القوة النفسية. على سبيل المثال، ترتبط الشفقة بالذات بمزيد من منظور (Neff & Pommier)، وأقل منطقية، ومرونة أكثر إدراكاً، مما يعني أن الأفراد المتعاطفين مع الذات يميلون إلى أن يكونوا أكثر انفتاحاً ولديهم قدرة أكبر على تبديل الاستجابات المعرفية والسلوكية وفقاً لسياق الموقف الذاتي؛ لأن الذات السياقية، أو المتسامية تكثف عقلاً خارج نفسه للنظر في التجربة الإنسانية المشتركة وتقديم العطف لنفسه.

يقترح هذا البحث أن المعالجين يجب أن يستهدفوا الشفقة بالذات عندما يساعدون المسترشدين على التكيف مع مواقف الحياة المجهدة. في حين أن الشفقة بالذات تساهم في تخفيف العواطف السلبية، فهي تعد شرطاً أساسياً للشفقة بالذات. قد تكون هذه النقطة مربكة، لأن الحكمة التقليدية في الثقافة الشعبية أشارت إلى أننا يجب أن نفكر بشكل إيجابي وليس سلبي. لكن المشكلة تكمن في أنه إذا حاولت إزالة النتيجة السلبية، فسيؤدي ذلك إلى نتائج عكسية. يظهر قدر كبير من البحوث أن أي محاولة لقمع الأفكار غير المرغوب فيها تجعلها تظهر في الوعي بقوة أكبر وبشكل أكثر تكراراً مما لو كانوا قد تلقوا انتباهاً في المقام الأول (Wenzlaff & Wegner, 2000). هذه منطقة ذات أهمية خاصة في أرضية مشتركة بين بحوث (ACT) والشفقة بالذات، تظهر البحوث أن الأشخاص الذين لديهم قدر أكبر من الشفقة بالذات أقل عرضة لقمع الأفكار والعواطف غير المرغوب فيها (Neff, 2003a). وبالمثل، فإنهم أكثر استعداداً لتجربة المشاعر الصعبة والإقرار بأن عواطفهم صحيحة ومهمة (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007).

هذا يسمح للألم بأن يكون هناك فقط، لا أكثر ولا أقل، بحيث يتم تقليل المعاناة غير المفيدة "الإضافية". بدلاً من استبدال المشاعر السلبية بأخرى إيجابية، يتم توليد عواطف إيجابية جديدة من خلال تبني السلبية. كمشاعر للرعاية، يمكن استخدام تقنية «الكرسي الخالي» لزيادة التكييف الذاتي،، اخمن ثلاثة كراسي فارغة، جاهزة على نحو مستحيل في ترتيب ثلاثي. بعد ذلك، اطلب من المسترشد أن يفكر في مسألة ترعجه وتثيرها في كثير من الأحيان حكماً ذاتياً قاسياً، تخصيص كرسي واحد لصوت الناقد الداخلي، وكرسي للجزء الذي يشعر بالحكم، وكرسي واحد لصوت مراقب حكيم ورحيم. سيكون المسترشد يؤدي دوره في ثلاثة أجزاء من نفسه، أو نفسها. بعد انتهاء الحوار، يمكنك مساعدة المسترشدين على التفكير في ما حدث حالا. هل لديهم أي أفكار جديدة حول كيفية التعامل مع أنفسهم، وكيف يحفظون أنفسهم باللفظ بدلاً من النقد الذاتي، أو طرق أخرى للتفكير في الوضع الأكثر إنتاجية وداعمة؛ (Leary et al., (2007); Kirkpatrick et al.,(2007); Neff & Vonk, (2009); Neff, (2003a); Neff , (2007)

أشار Forsyth & Eifert (2008) أن العلاج بالتقبل والالتزام هو علاج يتناسب بشكل خاص مع دمج التدخلات التي تركز على مكونات الشفقة بالذات. فإن العديد من العناصر الأساسية لنموذج "ACT تحقق نموذج Neff للشفقة بالذات، حتى إذا كانت بعض اللغة المستخدمة قد تكون مختلفة. أبعد من العلاقة القائمة بين ممارسة العلاج بالتقبل والالتزام وتنمية الشفقة بالذات، قد يستفيد الممارسون العلاج بالتقبل والالتزام من تحقيق الشفقة بالذات بطريقة أكثر مباشرة.

وقام Van Dam et al. , (2010) بتضمين تقنيات تركز على الشفقة بالذات في بروتوكول العلاج بالتقبل والالتزام الخاص بهما وحقق المساعدة الذاتية مرضي القلق، وتم فحص فعالية هذا الدليل الذاتي في تجارب واقعية ذات شواهد، وأشارت النتائج الأولية إلى أن الشفقة بالذات تحسن كمتغير مهم بطريقة عملية من خلال العلاج بالتقبل والالتزام. مع استمرار التكامل النظري والعملية، تظهر الشفقة بالذات بشكل أكثر وضوحاً كمعالجة نفسية نشطة في نموذج ACT" Forsyth & Eifert (2008); Luoma, Kohlenberg, Hayes, & Fletcher, (2012); Tirch (2010); Van Dam et al (2010)

للمزيد من الفهم لكيفية تحقق الشفقة بالذات من منظور العلاج بالتقبل والالتزام، نحتاج إلى دراسة نظرية الإطار الارتباطي (RFT)، النظرية الأساسية للإدراك المشتق من العلاج بالتقبل والالتزام من بين العديد من الظواهر العقلية الأخرى، تصف RFT عمليات الذهن، وتطوير الذات، أن يوفر طريقة مفيدة للنظر في كيفية تطوير البشر للشعور بالذات والشعور بالآخرين، وكيف نختبر أنفسنا في الوقت والمكان (Hayes et al, 2001, Törneke, 2010). كل هذا له صلة بفهم ظهور الذات.

في نظرية RFT، قدرتنا على التبني يتضمن الشعور الأوسع بالنفس، قدرتنا على تغيير المنظور بمرونة. كما أن قدرتنا المستخلصة على أخذ منظور مرّن تشارك في تجربتنا للشفقة بالذات.

من منظور RFT الطريقة التي نفكر في كونها "ذاتية" والطريقة التي نستخدم بها الأداء الشفهي لتجربة "الذات" هي كل أبعاد التجربة البشرية التي يمكن استكشافها باعتبارها عمليات تعلم سلوكية لفظية مستمرة بدلاً من كونها بنى ثابتة (Vilardaga, 2009). المنظور يعني وجهة نظر تقع في الزمان والمكان، بالنسبة إلى وجهات النظر الأخرى. يمكننا تمثيل هذا المنظور رمزياً بعدد من الطرق. على سبيل المثال يمكننا أن نتخيل وجهة نظرنا بالنسبة إلى جميع وجهات النظر الأخرى باستخدام لغة تحليل السلوك، يفترض RFT أن هذه العلاقات اللفظية، المعروفة باسم "العلاقات الإملائية"، يتم تدريب السلوكيات العلائقية، التي شكلتها التفاعلات الاجتماعية المستمرة (Hayes et al, 2001) أخذ المنظور لمفهوم "أنا" أن يكون لها أي معنى، يجب أن يكون هناك "الليقظة" و "القبول" من أجل "هنا" أن يكون لها معنى كوجهة نظر، يكون "هناك". إن حسنا بالذات ينبثق من منظور الذهن والشفقة بالذات يسمحان بتجربة نوع مختلف من الذات. هذه الذات "الذات المراقبة"، أو "الذات المتسامية"، هذا الشعور "مراقبة الذات" مهم لأنه في حين أن هذا المراقب يستطيع أن يلاحظ محتويات الوعي، فإنه ليس تلك المحتويات فقط بل لدينا فكر وخبرة، ولا تلاحظ الأفكار نفسها، ولا يعاني الألم الجسدي نفسه. في جميع أنحاء حياتنا، يمكننا ملاحظة وجود "مراقبة ذاتية"، والتي تنبثق قبلها جميع تجاربنا، وتوجد، وتختفي في الوقت المناسب. عند النظر

في العلاقة بين الذات كالتربيط الذاتي والشفقة بالذات، يمكننا ملاحظة أن العودة إلى وعي النفس في السياق لدينا علاقة غير مرتبطة وغير محددة لتجاربنا. وهذا يسمح لوظائف التحفيز المعتادة في أحداثنا وقصصنا الخاصة المؤلمة بأن يكون لنا تأثير أقل علينا، يمكننا أن نرى معاناتي الخاصة حينما أشاهد معاناة شخص آخر وأتعرض لألم في تلك التجربة (Vilardaga, 2009; Hayes, 2008)

ثالثاً: الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع (Life Stresses).

استخدم مصطلح الضغط Stress، أو الإجهاد Strain والعبء Load كمتبادلات في الصحة النفسية والطب النفسي، وذلك على يد "هانز سيللي ١٩٥٦" عندما درس أثر التغيرات الجسدية والانفعالية غير السارة الناتجة عن الإحباط والإجهاد.

وعرفه (1983) Selye بأنه: "الاستجابة غير المحددة للجسم تجاه أي وظيفة تتطلب منه ذلك سواء كانت سبباً، أو نتيجة لظروف غير سارة".

وعرفه (1988) Lazarus، بأنه: "مدى الملائمة بين متطلبات الفرد الداخلية والخارجية".

عرف الغرير، أبو أسعد (٢٠٠٩، ٢٠) الضغط بأنه: "درجة استجابة الفرد للأحداث والمتغيرات البيئية في حياته اليومية، وتختلف هذه الاستجابات باختلاف خصائص الفرد النفسية والشخصية".

عرف (Schiffirin & Nelson, 2010, 36-37) الضغوط بأنها: "التوتر الذي يحدث في حياة الفرد نتيجة تعرضه للأحداث المجهدة والتي تفوق قدرته على التوافق معها".

وعرفها البهاص (٢٠١٥، ٥) بأنها: "أي تغيير إيجابي، أو سلبي في حياة الأفراد يفوق إمكانياتهم وقدراتهم على التعامل مع هذا التغيير، مما يؤدي إلى ردود فعل فسيولوجية ونفسية وسلوكية وتحدد من خلال ستة أبعاد (أسرية - نفسية - اقتصادية - وقت الفراغ - اجتماعية - صحية).

وتستنتج الباحثة مما سبق أن الضغط هو: ”شدة، أو صعوبة، أو أزمة لها ردود فعل جسديه، أو موقفية، أو شخصية، تزداد آثارها طبق الطبيعة الموقف واستمراريته (مرض أحد أفراد الأسرة مرضاً مزمناً).

ولما كان الإنسان يتعرض للعديد من الضغوط اليومية، ففي بعض الأحيان يستطيع أن يعيد توازنه بشكل سريع حال انتهاء الموقف الضاغط طبقاً لقدراته على المواجهة والتحمل، حيث أن الشخصية الإنسانية ذات الخصائص الإيجابية (الشفقة بالذات) تستطيع مواجهة المواقف الضاغطة دون أن تترك أثراً سلبياً عليها، أما الشخصيات التي لا تستطيع مواجهة المحن والأزمات فتقع فريسة للاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية.

وفي هذا السياق أشار الغريز، وأبو أسعد (٢٠٠٩، ١٨) أن الإحصائيات العالمية تفيد بأن (٨٠)٪ من الأمراض الحديثة سببها الضغوط، وأن (٥٠)٪ من مشكلات المرضى المترددين على الأطباء راجعه للضغوط، وأن (٢٥)٪ من أفراد المجتمع يعانون شكلاً من أشكال الضغط.

تعتبر الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة عن ذلك التأثير السيئ الذي يحدثه وجود طفل ذوي حاجة خاصة وما يتسم به من خصائص سلبية لدى الأمهات، فتثير لديهم ردود فعل عقلية وانفعالية وعضوية غير مرغوبة تعرضهم للتوتر والضيق والقلق والحزن، وقد تعانين من بعض الأعراض النفس جسمية التي تستنفذ طاقاتهم وتضعف من قدرتهن على إنجاز ما لديهن من مهام.

ويري القريطي (١٩٩٩، ٥٣) أن أهم الضغوط الحياتية التي تعاني منها أمهات الأطفال ذوي الإعاقة وتؤثر على توافقها تتمثل في الآتي:

- (١) قلة المعلومات حول طبيعة الإعاقة وكيفية التعامل معها والبحث عن حلول للمشكلات الناشئة عن الإعاقة.
- (٢) عدم المعرفة بمصادر الخدمات المتاحة وبرامج الرعاية العلاجية والتأهيلية المقدمة لذوي الإعاقة
- (٣) التوتر والقلق على مستقبل الطفل ذوي الحاجة الخاصة.
- (٤) المشكلات السلوكية والصحية لدى الطفل ذوي الحاجة الخاصة، مما يستلزم الانتباه المستمر من جانب الأم.

- (٥) ضغوط مادية تتمثل في تكاليف اقتصادية وما يترتب عليه من استنزاف موارد الأسرة.
- (٦) شكوك الأم في جدوي تحسين الطفل وتعليمه.
- (٧) الشعور بعدم الارتياح في المواقف والمناسبات الاجتماعية.
- (٨) شعور الأم بالإرهاق من الوقت اللازم لرعاية هذا الطفل.
- (٩) قلة الوقت المتاح لرعاية باقي أفراد الأسرة وممارسة الأنشطة الترويحية.

مصادر الضغوط التي تتعرض لها أمهات الأطفال ذوي الإعاقة :

- ١- **مشكلات التشخيص:** تعيش أمهات الأطفال ذوي الإعاقة حالة من الشقاء والتعاسة والحيرة حينما تنتقل بين المتخصصين وغير المتخصصين ويقدمون لهن تقارير متناقضة تماما عن حالة طفلهن، وحتى نهاية التشخيص فإن العديد منهن لا يكن على وعي بالآثار المترتبة على الطفل والأسرة بأكملها.
- ٢- **خصائص ذوي الإعاقة:** الأطفال ذوي الإعاقة يظهرون العديد من المشكلات السلوكية، بالإضافة إلى الانسحاب من الواقع الاجتماعي، ضعف الثقة بالنفس، الاعتمادية، الاكتئاب والقلق، تدني مفهوم الذات.
- ٣- **الافتقار للمعلومات عن ذوي الإعاقة:** عدم وجود تراث عربي يكفي لتقديم الإرشادات لأمهات غير العاديين، محدودية الخدمات التي تقدمها المراكز والمؤسسات المسؤولة عن إرشاد أمهات غير العاديين، كالدورات والندوات التي تساعدهم على تعديل سلوكيات أبناءهم وحل مشكلاتهم.
- ٤- **سوء العلاقة بين أسر غير العاديين والمعنيين المسؤولين عن تقديم الخدمات التخصصية:** إن هذه العلاقة المليئة بالمشاحنات بين طرفي تقديم الخدمة لذوي الحاجة الخاصة نتج من الاتجاهات السلبية لدى كل طرف من الطرفين الآخر، فإن المتخصصين لا يثقون فيما تقوله الأم عن مظاهر وسلوكيات ابنها ذي الإعاقة بسبب مشاعرها العاطفية التي تجعلها تضخم هذه المشكلات، أو تنكرها تماما، أما الأمهات فتتنظر إلى هؤلاء المهنيين بأنهم غير متخصصين بسبب كثرة ما سمعت من آراء متناقضة في فترة التشخيص (السرطاوي وسي سالم، ١٩٩٩، ٢٠٤، في: القريطي، ٢٠١٣).

٥- **اتجاهات المجتمع نحو غير العاديين وأسرههم**: تشعر الأم بالآسي والحزن حينما يسترعي سلوك ابنها انتباه الآخرين، وخاصة في المناسبات الاجتماعية، حينما يصعب السيطرة على سلوك الطفل في الأماكن العامة، أو في الزيارات، أو في الأماكن المقيدة التي لا تسمح للطفل بالحركة. كما تشعر الأم بنظرات الاستهزاء والسخرية من المحيطين، وبالتالي ترفض طلب المساعدة الاجتماعية (سيلجمان ودارلنج، ١٠٥: ٢٠٠٠).

٦- الأعباء الاقتصادية:

تعاني أسر غير العاديين من كثرة الأعباء المادية المستنفذة في الاستشارات والتحليل والأشعة والعلاج بأنواعه المختلفة، مما يؤثر بدرجة كبيرة على دخل الأسرة، ومن ثم على نصيب باقي أفراد الأسرة وخاصة في الأسر محدودة الدخل (روزماري، ٢٠٠٠، ١٤٨).

وقد توصلت الباحثة لبعض الدراسات التي توضح مصادر إجهاد أسر الأطفال مرضي الصرع على وجه التحديد، أشار (Sanjeev, et al., 1999) إلي أهم المشكلات النفسية الاجتماعية والاقتصادية لأولياء أمور الأطفال المصابين بالصرع (PCE) التي غالباً ما يتم إهمالها. أجريت هذه الدراسة للتأكد من هذه المشكلات بين المرضى الذين يحضرون مركز الإحالة العالي للصرع في الهند. وتم تطبيق استبيان منظم لأولياء الأمور من (٥٠) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (٥ - ١٠) سنوات ولديهم الصرع لأكثر من سنة. كان نحو ٥٢٪ من الأطفال مصابين بالصرع الجزئي في حين أن البقية كانوا مصابين بالصرع العام. كان معدل تكرار النوبة واحداً لكل ٦ أشهر. غالبية المرضى (٨٦٪) كانوا يعيشون في القرى. كان دخل الأسرة أقل من ١٠٠٠ روبية في الشهر (١ دولار أمريكي = ٤٢ روبية هندية) مقابل ٦٦٪ من المرضى. أبلغ ٨٠٪ من الآباء تراجع في الأنشطة الاجتماعية، بعد ظهور مرض الصرع في أطفالهم. تأثرت أنشطة الروتين اليومي بشكل ملحوظ في أكثر من ٧٥٪ من الآباء والأمهات. كان الآباء يعانون من الإحباط (٥٢٪) واليأس (٧٦٪)، في حين كان ٦٠٪ لديهم صعوبات مالية. أهم بند من النفقات كان تكلفة الأدوية، أو تكلفة السفر إلى المستشفى ل ٥٤٪ و ٣٦٪ من الآباء على التوالي. كان ضعف الحالة العاطفية وسوء التكيف الاجتماعي مرتبطان بشدة الصرع (نوبات متكررة / نوبات معمرة / اضطراب الانتباه) وضع اقتصادي منخفض للوالدين. هذه الملاحظات يجب أن تؤخذ في الاعتبار أثناء تنظيم برامج إعادة التأهيل للصرع.

تأثير الصرع لدى الأطفال على الأسرة وذلك بإعداد مقياس جديد للاستخدام الكلينيكي والبحثي، ناقش (Camfield, et al., 2001) أداة عالمية موجزة تقيس على وجه التحديد الأثر النفسي الاجتماعي لصرع الأطفال على الأسرة. تم بناء مقياس مكون من ١١ بنداً يستخدمها الآباء لتقييم تأثير الصرع على الجوانب الرئيسية لعائلتهم وحياة الطفل. الطريقة: صنفت الأمهات جودة حياة طفلهن على مقياس تماثلي مرئي (١-٦) وأكملن تأثير مقياس الصرع لدى الأطفال (IPES)، الذي يقيّم التأثير على التحصيل الأكاديمي والمشاركة في الأنشطة والصحة والعلاقات مع الأسرة ومع الأقران والأشقاء، والنشاطات الاجتماعية، واحترام الذات، وآمال مقدمي الرعاية لمستقبل الآباء مع المقياس الذي طوره جاكوبي. تم حساب الصدق الخارجي من خلال المقارنة بين أداء أبنائهم و تقارير الأطباء عن خصائص صرع الطفل والمؤشرات العصبية وتقييمات الوالدين على مقياس بيئة الأسرة، أو مؤشر الإجهاد الأبوي. بالإضافة إلى ذلك، أكمل كل طفل في سن المدرسة مقياس مفهوم الذات لدى الأطفال في Piers - Harris، واستبيان الأخ / الأخت، ومقياس الوحدة. أكمل معلمو الأطفال مقياس تقييم الأداء الأكاديمي بعد سبعة أيام، تم تقييم ثبات الاختبار IPES. أكملت سبع وسبعون أمهات من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٢-١٦) سنة والاستبيانات المناسبة المتعلقة بالأسرة والسن. أدى الثبات الداخلي من IPES إلى الحصول على الفاكرونباخ للمقياس ٠,٩٢. أظهر معامل ارتباط بيرسون أن النتائج الإجمالية كانت متسقة مع مرور الوقت (٠,٨١)، كان معامل ارتباط سبيرمان الفردية مهمة أيضاً، تراوحت بين ٠,٤٨ و ٠,٧٨. كما أوضحت العلاقات المتبادلة الهامة بين سبيرمان أن جودة الحياة مرتبطة ارتباطاً سلبياً بالتأثير على كل عنصر من العناصر ال ١١ في الوظيفة النفسية الاجتماعية. اختلف الأطفال الذين حصلوا على درجات IPES أعلى من المتوسط في بعض الجوانب النفسية والاجتماعية من أولئك الذين سجلوا أقل من ذلك. كان الوالدان أكثر توتراً، وكان أشقاؤهما العاديين أكثر احتراماً، وكان لديهم احترام أقل لذاتهم، وعانوا من مشكلات عاطفية أكثر. كما كان التأثير الكلي مرتبطاً بشكل كبير بتكرار النوبات، وعدد الأدوية التي تم أخذها، وعدد الزيارات إلى الطبيب في العام السابق، وعدد الليالي التي قضاها في المستشفى لأسباب عصبية. الاستنتاجات: إن IPES هو أداة قياس دقيقة ومقبولة وسريعة تعكس الطريقة التي

يؤثر فيها الصرع في مرحلة الطفولة على الطفل وعلى الحياة الأسرية. قد يكون من المفيد في الرعاية الكلينيكية الروتينية وربما تكون مفيدة في إعداد البحوث لإيجاد سبل لتحسين حياة الأطفال المصابين بالصرع.

قام (Roos, et al, 2005) باستعراض الدراسات التي اهتمت بمقارنة العوامل الأسرية لدى الأطفال الذين يعانون من الصرع مع أولئك الأطفال من المجموعات المعيارية، والأطفال الأصحاء، والأطفال الذين يعانون من مرض مزمن، أو الأشقاء؛ و فحص العلاقة بين العوامل الأسرية الفعالة والاضطرابات النفسية لدى الأطفال. أظهرت النتائج أن الأسر التي لديها طفل مصاب بالصرع عادة ما تكون أسوأ من أي مجموعة من مجموعات المقارنة من حيث العوامل الأسرية، مما أشار إلى انخفاض جودة العلاقة بين الوالدين والطفل، والمزيد من الاكتئاب لدى الأمهات، ومشكلات في عمل الأسرة. كانت هناك ارتباطات واضحة بين العوامل الأسرية الفعالة، لاسيما الرقابة النفسية للوالدين، ومعلومات الوالدين عن الصرع، ورضا أفراد الأسرة عن العلاقات الأسرية، الاضطرابات النفسية عند الأطفال المصابين بالصرع. وأشارت هذه الدراسة إلى المساهمة المتزامنة لعوامل الأسرة المتميزة في علم أمراض النفس لدى الأطفال ضمن إطار متعدد العوامل يشمل أيضاً العوامل العصبية والعوامل الدوائية.

هدفت دراسة (Pervin, et al., 2006) إلى تحديد نسبة انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدم (PTSD)، وأعراض ضغوط ما بعد الصدمة (PTSS)، والاضطراب الاكتيبي الجوهري (MDD) في آباء الأطفال المصابين بالصرع. طبقت أدوات الدراسة على عينه من (٧٧ أم و ٣ آباء) للأطفال الذين يعانون من الصرع في مقابلة كينيكية مقصودة PTSD، DSM-IV (SCID) و MDD وحدات، واستبيان الصحة العامة (GHQ) وأظهرت النتائج أن انتشار كل من PTSD و MDD يمثل (٣١,٥)٪. (٥٦)٪ (ن = ١٤) من أفراد العينة مع اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة كان تشخيصهم MDD كانت مجموعات أعراض اضطراب ما بعد الصدمة منتشرة جدا في آباء الأطفال المصابين بالصرع. كانت إعادة التجديد ومجموعات أعراض الإشارة أكثر تكراراً (٨٨,٨)٪ و (٨٠)٪ على التوالي) من مجموعة أعراض التجنب والتخدير (٣٢,٥)٪.

هذه النتائج أشارت إلى أن تجربة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وMDD قد تساعد زيادة الوعي بالأعراض الكلينيكية لهذه الاضطرابات الأطباء لتطوير استراتيجيات الوقاية والتدخل لآباء الأطفال المصابين بالصرع.

وهدفت دراسة (Hua-Huei & Liang-po, 2008) تحديد الاختلافات في الضغوط الوالدية بين عينتين من الأطفال ذوي الأمراض المزمنة، وفحص العوامل المرتبطة بهذه الضغوط. تم اختيار عينة من مرضي الربو وعينة من مرضي الصرع لأن كلا من الحالتين هي حالات مرضية مزمنة تتطلب علاج يومي. تم فحص بيانات من (٤٩) من أسر الأطفال المصابين بالصرع و(٥٤) من آباء الأطفال المصابين بالربو. أجريت عينات في عيادة طب الأطفال في المستشفى. تم قياس ضغوط الوالدين باستخدام دليل الضغوط الوالدية لأبيدين (الصورة الأصلية). يتكون هذا الدليل من بعدين اساسيين أحدهما خاص بالوالدين والآخر خاص بالطفل، يتكون بعد الوالدين من (٧) أبعاد فرعية، أما بعد الطفل فيتكون من (٦) أبعاد فرعية. أظهرت النتائج أنالضغوط الوالدية كانت أعلى في مجموعة الصرع بالمقارنة بمجموعة الربو. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأبعاد الفرعية (٧): القدرة على التكيف، والمطالبة، وفرط الحركة / الانشغال، (المسؤولية الأسرية) والقيود المفروضة على الدور، والاكتئاب، والعلاقة مع الزوج، والصحة الأبوية، كانت التفسيرات المحتملة لارتفاع مستوى الضغوط الوالدية في مجموعة الصرع هي خطورة المرض، سوء تكيف الأطفال، التهديد بعدم القدرة على التنبؤ بالنواتج المرضية، والخلل العصبي. أما أسباب ارتفاع مستويات الضغوط الوالدية في مجموعة الربو تتمثل في الحد من الأنشطة وحالة صحة الوالدين. وأظهرت النتائج أيضاً أن المتغيرات الديمجرافية (الجنس، العمر، والحالة الاقتصادية الاجتماعية للأسرة)، والعمر عند البداية، وشدة الحالة لم تكن منبآت فعالة بالضغوط الوالدية. ينبغي النظر في هذه الاختلافات عندما يتم تقديم الرعاية النفسية والاجتماعية لأسر هؤلاء الأطفال.

ودرس (Lv, et al., 2009) الاكتئاب والقلق وجودة الحياة لدى أسر الأطفال المصابين بالصرع، وذلك على عينه من الأسر (عدد = ٢٦٣) لديها طفل مصاب بالصرع، (العدد = ٢٧٠) الأسر الذين لديهم طفل سليم. كانت المجموعات

متكافئة في المتغيرات الأساسية. تم تطبيق استبيان المسح الصحي قصير النطاق Zung Anxiety Scale و Zung Depression Scale (ZDS)، (SF - 36) (ZAS) على جميع الآباء. تم تقسيم المرضى إلى مجموعة الزيارة الأولى (الصرع المشخص حديثاً) ومجموعة متابعة الزيارة، أظهرت النتائج أن والدي الأطفال الذين يعانون من الصرع أقل بكثير في علامات جودة الحياة الوالدية على (SF - 36) لجميع المستويات المتقدمة ولديهم مستويات أعلى من الاكتئاب والقلق باستخدام ZAS و ZDS. كانت العوامل المرتبطة بجودة الحياة الأبوية هي السيطرة على النوبات، حالة الزيارة، القلق، الاكتئاب، التوظيف، تكلفة الصرع، الحالة الصرعية، الآثار الجانبية للعقار وعمر الوالدين. كما أشارت النتائج بأن الصرع الطفولي له تأثير شديد على جودة الحياة الأبوية والصحة النفسية، والاعتراف بالارتباطات الممكنة بين جودة الحياة الوالدية ومتغيرات بنية الأسرة سيكون مفيداً لتحسين جودة الحياة الأبوية.

وهدفت دراسة (Soltanifar et al., 2015) إلى مقارنة مستوى الضغوط الوالدية بين الآباء والأمهات الذين لديهم طفل يعاني من اضطراب طيف التوحد في إيران، وتكونت عينة الدراسة من (٤٢) من آباء وأمهات أطفال طيف التوحد تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٢-١٢) سنة، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس تصنيف التوحد، مقياس الإجهاد الأبوة والأمومة، أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الآباء والأمهات على مقياس الإجهاد المستخدم لاتجاه الأمهات، أي أن الأمهات أعلى بكثير في إدراك الضغط والإجهاد من الآباء (هذا من مبررات اقتصار عينه البحث على الأمهات).

وفي هذا السياق جاءت دراسة (نيفين إبراهيم ٢٠١٥) للتعرف على ترتيب أنواع الضغوط النفسية لآباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة جسمياً، وتكونت العينة من (٢٠٠) من آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة جسمياً، وبعد تطبيق أدوات الدراسة أظهرت النتائج أن الضغوط تم ترتيبها على النحو التالي:

- الضغوط الناشئة عن تطرف أدوار الأسرة - الضغوط الناتجة عن المحددات الجسمية للطفل ذي الإعاقة - الضغوط المادية - الضغوط الناتجة عن القلق على مستقبل الطفل - الضغوط الناتجة عن النسق البيئي الاجتماعي - الأعراض الجسمية والنفسية المصاحبة للضغوط.

رابعاً: الشفقة بالذات والضغط الحياتية:

إن الشفقة بالذات لها دور في حماية الإنسان ووقايتها من الصدمات والأحداث الضاغطة والأزمات، حيث تعمل كدرع واقى من أثر الضغوط والأحداث السلبية على الفرد، كما أنها تعمل على التخفيف من وقع الأحداث الضاغطة على الجوانب المعرفية والانفعالية والاجتماعية، أي أن الشفقة بالذات عامل هام وحيوي ضمن عوامل الشخصية التي تساعد على تحسين الأداء والصحة النفسية.

وجد (Cappe, et al., 2011) أن آباء الأطفال المصابين بالتوحد أظهروا مستوى منخفض من نوعية الحياة، ومستويات أعلى من الاكتئاب، وأقل من ذلك بالنسبة لمستقبل أبنائهم مقابل آباء الأطفال الذين يمارسون نمواً نموذجياً. وأثبتت الدراسة أن الشفقة بالذات يمكن أن تساعد في التخفيف من الإجهاد الوالدي بين الآباء والأمهات والأطفال الذين يعانون من التوحد.

هدفت دراسة (Lee & Crystal, 2013) إلى التعرف على الضغوط ومستوى الشفقة بالذات لدى آباء ذوي اضطراب التوحد مقارنة مع آباء العاديين وذوي الإعاقات الأخرى ومرضى السكر. وأشارت النتائج إلى أن آباء ذوي اضطراب التوحد يعانون ضغوطاً أسرية بصورة أعلى من آباء العاديين ومرضى السكر، كما تقل لديهم درجة الشفقة بالذات.

بحثت دراسة (Arnos, 2017) العلاقة بين الضغوط المدركة، والشفقة بالذات، التعبير الانفعالي عند آباء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التواصل: مدخل الأسرة لتقديم الخدمات لذوي اضطرابات النطق واللغة، وتم تطبيق مقياس الإجهاد المدرك (PSS) ومقياس الشفقة بالذات (SCS) على سبعة وعشرون من آباء الأطفال ذوي اضطرابات التواصل، توصلت النتائج إلى أن الآباء الذين صنّفوا أطفالهم على أنهم أكثر عجزاً لديهم درجات أعلى من التوتر والإجهاد والقلق والاكتئاب ودرجات أقل للتعاطف الذاتي والرفاهة النفسية من الآباء الذين قيموا إعاقة أطفالهم بأنها أقل حدة.

وبالمثل، كان الآباء والأمهات الذين لديهم مستويات عالية من الشفقة بالذات ومستويات منخفضة من الإجهاد المدرك، ينظرون إلى إعاقة أبنائهم نظرة معتدلة

دون تضخيم. كما أثبتت النتائج أهمية استخدام الشفقة بالذات في العلاج لتحسين الرفاهة النفسية لآباء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التواصل وبالتالي يمكن الاعتماد على هؤلاء الآباء في تخفيف اضطرابات التواصل لدى أبنائهم.

هدفت دراسة (Mahon, et al., 2017) إلى الكشف عن فعالية التدريب على كل من الشفقة بالذات واليقظة العقلية على الإجهاد المدرك والشفقة بالذات لدى الممرضات. وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الممرضات في ثلاث مستشفيات مختلفة. واستخدمت الدراسة عدة أدوات منها مقياس الإجهاد المدرك، مقياس الشفقة بالذات، البرنامج القائم على الشفقة بالذات واليقظة العقلية. وقد توصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج المستخدم في التخفيف من الإجهاد المدرك وزيادة الشفقة بالذات لدى أفراد العينة التجريبية، حيث أن التدريب على اليقظة العقلية والشفقة بالذات يؤثر بشكل إيجابي على التخفيف من ضغوط الممرضات وزيادة الشفقة بالذات لديهن من خلال تدريبهن على إدارة الضغوط، الرعاية الذاتية، والتكيف بشكل فعال مع ضغوط الحياة اليومية.

وكانت دراسة (Firdos & Amanullah, 2018) استهدفت التعرف على تأثير الإرشاد النفسي لأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على كل من مشاعر التقبل لدى هؤلاء الأمهات، نوعية الحياة، القلق، الاكتئاب، مشاعر الذنب لديهن. وقد تمت الدراسة عن طريق إجراء المقابلات المنظمة لحالتان من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة وأثبتت النتائج أن الإرشاد الفعال له علاقة إيجابية وفعالة بتحسين نوعية الحياة لهؤلاء الأمهات، حيث يقوم الإرشاد النفسي بتوفير وعى أفضل لدى هؤلاء الأمهات لفهم كيفية إدارة المواقف الحرجة.

واستخدم (Evans, et al., 2018) الشفقة بالذات كوسيط لتحسين الرفاهة النفسية من خلال برنامج للتخفيف من الإجهاد الذهني لدى عينة ممثلة من المجتمع.

وهدفت الدراسة إلى التعرف على دور الشفقة بالذات كعامل وسيط في تحسين الرفاهة النفسية والتخفيف من الإجهاد الذهني. وتكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأفراد من مركز طبي متخصص، وقد تعرضوا لبرنامج للتخفيف

من الإجهاد العقلي والذي استغرقت مدة تطبيقه (٨ أسابيع) على عينة ممثلة لكل طوائف المجتمع، وقد استخدمت الدراسة عدة مقاييس منها الوعي بالذات، الشفقة بالذات، الرفاهة النفسية، والبرنامج الإرشادي، وأثبتت الدراسة فعالية البرنامج القائم على الشفقة بالذات في تحسين الرفاهة النفسية والتخفيف من الإجهاد الذهني لدى أفراد العينة، كما وجدت علاقة ارتباطية موجبة بين كل من الشفقة بالذات والرفاهة النفسية، وسالبة بين الشفقة بالذات والإجهاد الذهني.

ودراسة (Robinson, et al., 2018) هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين الشفقة بالذات والرفاهة والضغط النفسية لدى آباء البالغين من ذوي الإعاقات العقلية والنمائية. وتكونت عينة الدراسة من (٥٦) من آباء البالغين ذوي الإعاقات العقلية والنمائية، وقد استخدمت الدراسة عدة مقاييس منها مقياس الشفقة بالذات، الرفاهة النفسية، الضغط النفسية. وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة سالبة بين الشفقة بالذات وكل من الضغط النفسية والاكئاب لدى آباء البالغين من ذوي الإعاقات العقلية والنمائية، كما أكدت الدراسة على أن الشفقة بالذات توفر نوعاً من المرونة لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة تجعلهم قادرين على مواجهة التحديات التي تقابلهم في ظل الصعوبات المادية التي يواجهونها.

تعقيب على الدراسات السابقة:

- أكدت الدراسات السابقة التي اطلعت عليها الباحثة على أهمية وحدانية متغيرات البحث (العلاج بالقبول والالتزام - الشفقة بالذات - الضغط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع)، وعدم وجود دراسات على المستويين الدولي، أو المحلي - في حدود اطلاع الباحثة - تناولت الثلاث متغيرات مجتمعه.
- تنوعت الدراسات والبحوث السابقة التي استندت إليها الباحثة من حيث الأهداف والنتائج، فقد أشارت العديد من الدراسات إلى فعالية العلاج بالقبول والالتزام (ACT) في تحسين الأداء النفسي والاجتماعي والاستعداد لتقبل العلاج لدى المراهقين (Beilby, et al., 2012)، تعزيز الصحة النفسية وتخفيف الضغط النفسية لدى طلاب الجامعة (Muto, et al., 2012)، تنمية الوعي بالذات لدى المجرم العصابي (اسمهان جلودي وآخرون ٢٠١٧)

وظهرت فعالية (ACT) مع الأسر فأشارت دراسة (محمد رأفت ٢٠١٠) إلى تحسن مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة، تحسن الصحة النفسية لوالدي ذوي الإعاقة (Hayes 2013)؛ (Montgomery, 2015)، تخفيف الأعراض الفسيولوجية والسلوكية لمرضى القلق (Davies, et al., 2014)، زيادة مستوى الشفقة بالذات لأصحاب ضغوط ما بعد الصدمة، ذوي القلق، الإكتئاب (Yadavaia, et al., 2014)، تحقيق جودة الحياة وتقبل الطفل والتخلص من القلق والإكتئاب لأمهات الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب التوحد (Poddar, et al., 2015)، تحسن السلوك القيمي لوالدي الأطفال المصابين بأمراض عصبية نمائية (Abdul Kalam, 2017)، ونلاحظ تنوع العينة من مراهقين - طلاب جامعة - الوالدين - أمهات (عينة البحث الحالي)

أكدت الدراسات فعالية الشفقة بالذات مع والدي ذوي الإعاقة: تخفيف القلق والاكئاب لدى الوالدين (Paule & Mcpherson, 2010)، تخفيف اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لمرضى سرطان الثدي (Magnus, et al., 2010)، خفض مستوى الضغوط وزيادة مستوى الشفقة بالذات لدى والدي الأطفال ذوي التوحد (Lee & Crystal, 2013)، خفض الإجهاد الأسري وتحسين نوعية الحياة (Neef & Germer, 2013)، خفض مستوى الإلكتسيثميا وارتفاع مستوى الشفقة بالذات والتفاعل الفكاهي لأسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد (Aydan, 2014)، التخفيف من التوتر والإجهاد الصحي للوالدين الناشئ من رعايتهم، وتحسن نوعية الحياة وتحقيق الرفاهية النفسية والشفقة بالذات لديهم (Bazzano, et al., 2015)، تحقيق الرضا عن الحياة وزيادة الأمل والتفاؤل لدى الوالدين (Neff & Faso, 2015)، تخفيف الضغوط النفسية وتحقيق جودة الحياة لأمهات أطفال التوحد (Poddar, et al., 2015 & Montgomery, 2015)، تحسن الرفاهية الذاتية ومستوي الشفقة بالذات لآباء ذوي الإعاقة العقلية (Duran & Barlas, 2016)، ونلاحظ من العرض السابق أن الشفقة بالذات تم استخدامها مع الوالدين ذوي الأمراض المزمنة - والدي أطفال التوحد - ذوي الإعاقة العقلية، ولم

تحصل الباحثة على دراسة تناقش دور الشفقة بالذات لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع فهذا يزيد من أهمية البحث الحالي، جميع الدراسات التي تناولت الشفقة بالذات اعتمدت على مقياس نيف الأصلي (٢٠٠٣) لتحديد مستوى الشفقة بالذات لدى أفراد العينة، لذا اعتمدت الباحثة على نفس المقياس بعد إعادة حساب الكفاءة السيكمترية له على عينة البحث الحالي. أظهرت الدراسات السابقة نوعية المشكلات والضغوط التي تعاني منها أسر مرضي الصرع: تراجع في الأنشطة الاجتماعية، الإحباط واليأس، صعوبات مالية، ضعف الحالة العاطفية وسوء التكيف الزوجي والاجتماعي (Sanjeev et al., 1999)، انخفاض جودة العلاقة بين الوالدين والطفل، ارتفاع معدل الاكتئاب لدى الأمهات، مشكلات في عمل الأسرة، ضعف الاتزان الانفعالي للوالدين، سوء الحالة الصحية للوالدين والطفل (Roos, et al., 2005)، ارتفاع اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSS)، الاكتئاب الأساسي (MDD) (Pervin, et al., 2006)، عدم القدرة على التكيف مع المجتمع المحيط، كثرة الالتزامات، فرط الحركة، الاكتئاب، سوء العلاقة الزوجية، عدم القدرة على التنبؤ بحدوث النوبة، صعوبة السيطرة على الحالة المرضية (Hua-Huei & Liang-po, 2008) القلق، الاكتئاب، انخفاض جودة الحياة، ضعف الحالة الوجدانية تجاه الطفل المريض، صعوبات مادية (Lv, et al., 2009). واستطاعت الباحثة من خلال استقراء هذه الدراسات والاطلاع على المقاييس المختلفة التي تناولت الضغوط وعوامل الإجهاد المدرك لأسر الأطفال ذوي الإعاقة بصفة عامة ومرضي الصرع على وجه الخصوص أن تبني مقياساً لهذا الغرض.

أكدت الدراسات السابقة أهمية الشفقة بالذات في التخفيف من عوامل الإجهاد الناشئة من رعاية غير العاديين، أن البرامج القائمة على اليقظة العقلية تفيد في تخفيف التوتر والإجهاد الصحي وتحسين نوعية الحياة والشفقة بالذات وتحقيق الرفاهية النفسية لأسر ذوي الإعاقات النمائية (Bazzano et al., 2015)، بحثت دراسة (Arnos 2017) العلاقة بين الضغوط المدركة، والشفقة بالذات، التعبير الانفعالي عند آباء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التواصل، وأثبتت أن الآباء والأمهات

الذين لديهم مستويات عالية من الشفقة بالذات ومستويات منخفضة من الإجهاد المدرك، ينظرون إلى إعاقة أبنائهم نظرة معتدلة دون تضخيم، كما أثبتت النتائج أهمية استخدام الشفقة بالذات لتحسين الرفاهة النفسية لآباء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التواصل وبالتالي يمكن الاعتماد على هؤلاء الآباء في تخفيف اضطرابات التواصل لدى أبنائهم، وأظهرت (Mahon, et al, 2017) فعالية التدريب على كل من الشفقة بالذات واليقظة العقلية في التخفيف من الإجهاد المدرك وتحسين الشفقة بالذات لدى الممرضات، ويحث (Firdos & Amanullah, 2018) تأثير الإرشاد النفسي على مشاعر التقبل لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات، نوعية الحياة، القلق، الاكتئاب، مشاعر الذنب لديهن. وأثبتت النتائج أن الإرشاد الفعال له علاقة إيجابية وفعالة بتحسين نوعية الحياة لهؤلاء الأمهات، واستخدم (Evans, et al, 2018) الشفقة بالذات كوسيط لتحسين الرفاهة النفسية من خلال برنامج للتخفيف من الإجهاد الذهني لدى عينة ممثلة من المجتمع، فحص (Robinson, et al., 2018) العلاقة بين الشفقة بالذات والرفاهة والضغوط النفسية لدى آباء البالغين من ذوي الإعاقات العقلية والنمائية وأكدت النتائج أن الشفقة بالذات توفر نوعاً من المرونة لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة تجعلهم قادرين على مواجهة التحديات التي تقابلهم في ظل الصعوبات الحياتية التي يواجهونها.

وتستخلص الباحثة مما سبق وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الشفقة بالذات والضغوط وعوامل الإجهاد لدى أفراد العينة، ومن ثم يمكن خفض الضغوط المدركة والتحكم فيها من خلال التدريب على مكونات الشفقة بالذات، ونظراً للارتباط الوثيق بين مكونات الشفقة بالذات وعمليات (ACT) فيمكن تنمية الشفقة بالذات لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع باستخدام هذه العمليات الست (القبول - التفكك المعرفي - الذات كعملية - الذات كسياق - اختيار القيم - الالتزام)، وهذا ما دفع الباحثة لإعداد برنامج قائم على هذه العمليات الست لتنمية الشفقة بالذات لدى أفراد العينة.

فروض البحث:

- (١) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي على مقياسي الشفقة بالذات والضغط الحياتية لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل.
- (٢) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتبعي على مقياسي الشفقة بالذات والضغط الحياتية.

إجراءات البحث:

أولاً: منهج البحث: اعتمدت الباحثة على المنهج شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة وذلك لصعوبة الحصول على عدد يسمح بإجراءات التكافؤ بين مجموعتين لاكتشاف فعالية البرنامج المستخدم في تنمية المتغير الوسيط (الشفقة بالذات) ثم قياس أثره في تحسن المتغير التابع (الضغط الحياتية).

ثانياً: عينة البحث:

تم اختيار عينة الدراسة (١٠) من أمهات الأطفال مرضي الصرع العام اللاتي تتراوح أعمارهن الزمنية بين (٢٥-٤٠) بمتوسط عمري (٣٢,١) وانحراف معياري قدره (٣,٢)، والأطفال تتراوح أعمارهم بين (٤-١٢) سنة شخصوا بأنهم من مرضي الصرع العام من قبل أخصائي المخ والأعصاب. وقد تم الحصول على العينة بعد زيارة المستشفيات العامة للتأمين الصحي بمدينة كفر الشيخ والتواصل مع أسر الأطفال التي تتلقى العلاج الشهري لمرض الصرع، ومراكز رعاية ذوي الإعاقة التي يعمل بها طلاب الدكتوراه المسجلين بالقسم، وبعد إجراء مقابلة فردية مع كل حالة مرضية وأمها والتأكد من انطباق الأعراض العامة للمرض على الحالة، تم اختيار الأمهات اللاتي لديهن رغبة كاملة للمشاركة في البرنامج دون ضغط من الباحثة، ولم يسبق لأحدهن المشاركة في برامج إرشادية، أو علاجية قبل ذلك وبالتالي فهي في أمس الحاجة للبرنامج .

ثالثا: أدوات البحث :**١ - مقياس الشفقة بالذات: (SCS) Self-compassion Scale (Neff,2003a)**

من إعداد نيف تعريب الباحثة (استخدمته في دراسة أخري على طلاب الجامعة) بعد إدخال تعديلات بسيطة في صياغة العبارات وتخفيض مستويات التقدير من خمسة إلى ثلاثة ليلائم طبيعة عينه البحث الحالي.

حيث اعتمدت في بناء المقياس على نموذج ثلاثي الأبعاد، متمثلة في ستة أبعاد فرعية يعبر عنها (٢٦) عبارة تقسم كالآتي:

- (١) اللطف بالذات / يقابلها الحكم الذاتي (١٠) عبارات
- (٢) الإنسانية العامة / يقابلها العزلة (٨) عبارات.
- (٣) اليقظة الذهنية / يقابلها التوحد المفرد مع الذات (٨) عبارات.

تجيب أم الطفل المريض بالصرع على كل عبارة من خلال مدرج ثلاثي (دائما-أحيانا-أبدأ)، تتراوح الدرجات عليه من (١-٣) للعبارة الإيجابية والعكس للعبارة السلبية. وبذلك فإن الدرجات على المقياس ككل تتراوح بين (٢٦-٧٨). وأشارت الدرجة المرتفعة على المقياس في الإربعين الأعلى (أكبر من ٥٩) إلى أن الأم لديها مستوى مرتفع من الشفقة بالذات عندما تمر بحالات حزن أو ضغط أما الدرجة المنخفضة على المقياس في الإربعين الأدنى (أقل من ٣٢) فتعبر بأن الأم كثيرة النقد والقسوة لذاتها في المواقف الضاغطة، أو الأزمات.

الخصائص السيكومترية للمقياس :

قامت نيف (Neff,2003a) بالتحقق من صدق وثبات المقياس على عينه من طلاب الجامعة حجمها ٣٩١ طالبا (١٦٦ ذكور، ٢٢٥ إناث) بمتوسط عمري ٢٠,٩١ سنة، فتراوحت معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية على المقياس والدرجة على كل بعد بين (٠,٤٤-٠,٧٠). ومعامل ثبات أبعاد المقياس بطريقة ألفا كرونباخ تراوح بين (٠,٦٨-٠,٨٣). ومن خلال إعادة التطبيق كان معامل الارتباط (٠,٩١) (Neff,2003a). وتم التحقق من صدق المقياس على عينات من طلاب ثلاث دول هي (أمريكا- تايوان - تايلاند)، وجدت نيف وآخرون (Neff,et al.,2007) معاملات صدق وثبات مرتفعه للمقياس لدى العينات الثلاث، حيث بلغ معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ (٠,٨٦) للعينه التايلاندية، (٠,٩٥) للعينه الأمريكية، (٠,٨٦) للعينه التايوانية.

حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس في البحث الحالي

أولاً صدق المقياس :

١- **التكافؤ في الترجمتين:** قامت الباحثة بترجمة المقياس الأصلي لـ (2003) Neff المكون من (٢٦) عبارة وكذا ترجمة النسخة المختصرة المكونة من (١٢) عبارة التي أعدتها نيف وزملائها (٢٠١١). ثم عرضت الترجمة على ثلاثة من أعضاء هيئة التدريس بقسم اللغة الإنجليزية، قسم طرق تدريس اللغة الإنجليزية بكلية التربية جامعة كفر الشيخ، وبمراجعة الترجمات التي أدلى بها زملاء المتخصصون، وجد أن بينها نسبة اتفاق عالية تصل إلى ٨٨٪، وهذا يطمئن الباحثة بأن المقياس المترجم لم يخالف المقياس الأصلي. فضلت الباحثة الاعتماد على النسخة الأصلية المكونة من (٢٦) عبارة ولم تعتمد على النسخة المختصرة لقلّة العبارات التي تعبر عن البعد الواحد، وتم دمج الأبعاد الفرعية الستة في ثلاثة أبعاد قطبية باعتبار أن كل بعد يشتمل على عبارات ايجابية وأخرى سلبية.

البعد الأول: اللطف بالذات / جلد الذات: يتضمن توجيه الأم مشاعر اللطف والدف نحو الذات مقابل نقدها بصرامة شديدة في المواقف الضاغطة، وذلك من خلال (١٠) عبارات منها (٥) عبارات ايجابية، (٥) عبارات سلبية ويقاس من خلال العبارات (١٦-١٤-١٢-١١-١٠-٩-٨-٥-٣-٢)

البعد الثاني: الإنسانية المشتركة / العزلة: يتضمن إدراك الأم أن المعاناة جزء تشترك به مع الخبرة الإنسانية مقابل الاعتقاد بأن هذه الخبرة تحدث لها فقط، وذلك من خلال (٨) عبارات منها (٤) عبارات ايجابية، (٤) عبارات سلبية، ويقاس من خلال العبارات (١-٤-١٧-١٩-٢١-٢٢-٢٥).

البعد الثالث: اليقظة الذهنية / التوحد المفرط: يعني تحمل الأم الخبرة المؤلمة من منظور إدراكي متزن بدلاً من خبرة موقف المعاناة بصورة مبالغ فيها، وذلك من خلال (٨) عبارات منها (٤) عبارات ايجابية، (٤) عبارات سلبية، ويقاس من خلال العبارات (٦-٧-١٣-١٥-١٨-٢٠-٢٤-٢٦).

٢- صدق المحكمين: تم عرض المقياس بعد ترجمته وإعادة صياغة العبارات على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس بقسمي الصحة النفسية وعلم النفس في كلية التربية من جامعات متنوعة، للتحقق من صلاحية العبارات لقياس ما وضعت من أجل قياسه، وحصلت عبارات المقياس جميعها على نسبة اتفاق تتراوح بين (٨٠-٩٠)٪.

ثانياً: ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس على عينه قدرها (٢٥) أمًا لديها طفل غير عادي، بطريقتي ألفا كرونباخ، والتطبيق وإعادة التطبيق بعد خمسة عشر يوماً، وأوضح الجدول (١) التالي قيم معاملات الثبات للمقياس وأبعاده

جدول (١)

معاملات الثبات لمقياس الشفقة بالذات (أبعاد - درجة كلية)

أبعاد المقياس	معامل ألفا كرونباخ	التطبيق وإعادة التطبيق
اللطيف بالذات/ جلد الذات	٠,٧٣	٠,٧١
الإنسانية المشتركة / العزلة	٠,٧٥	٠,٧٣
اليقظة الذهنية / التوحد المفرط	٠,٦٩	٠,٦٧
الدرجة الكلية	٠,٨٣	٠,٨٨

يتضح من نتائج الجدول (١) ارتفاع معاملات ثبات مقياس الشفقة بالذات (أبعاد - درجة كلية)، ومن ثم يمكن الوثوق في استخدامه في البحث الحالي.

ثالثاً: الاتساق الداخلي:

تم حساب معامل الارتباط بين مفردات كل بعد والدرجة الكلية لهذا البعد بعد حذف درجة المفردة، وكانت معاملات الارتباط تتراوح بين ٠,٤٨ - ٠,٧٢ وجميعها داله عند مستوى ٠,٠١، وكذا حساب معاملات الارتباط البينية بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي (٢) أوضح ذلك.

جدول (٢)

معاملات الارتباط البينية بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الشفقة بالذات (ن=٢٥)

الأبعاد	اللفظ بالذات / جلد الذات	الإنسانية المشتركة / العزلة	اليقظة الذهنية / التوحد المفرط
اللفظ بالذات / جلد الذات	—		
الإنسانية المشتركة / العزلة	٠,٦٦	—	
اليقظة الذهنية / التوحد المفرط	٠,٦٨	٠,٦٥	—
الدرجة الكلية	٠,٧٧	٠,٨٣	٠,٨٢

يتضح من الجدول (٢) السابق أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى (٠,٠١) مما يدل على اتساق وارتباط أبعاد مقياس الشفقة بالذات ببعضها، وهذا يطمئن الباحثة لاستخدامه في البحث الحالي.

١- مقياس الضغوط الحياتية لأمهات الأطفال مرضي الصرع (إعداد الباحثة)

قامت الباحثة بإعداد المقياس بعد الإطلاع على الإطار النظري والدراسات السابقة التي تناولت الضغوط الحياتية، وعوامل الإجهاد التي يتعرض لها أسر، وأمهات الأطفال غير العاديين بصفه عامه وعلي وجه الخصوص أطفال مرضي الصرع، وكذا الإطلاع على المقاييس العربية والأجنبية التي تهتم بمعاناة أسر ذوي الإعاقة ومنها: (Pressived Stress Scale PSS1983)، ومقياس الضغوط الحياتية (درجة كلية) لمصطفى باهى (٢٠٠٧)، مقياس الضغوط النفسية (درجة كلية) لعبد العزيز الشخص (٢٠١٣)، مقياس الضغوط الحياتية لمحمد سالم القرني (٢٠١٣) مكون من سبعة أبعاد (نفسية، اجتماعية، أسرية، صحية، شخصية، مهنية، اقتصادية) ومقياس الضغوط النفسية (درجة كلية) أحمد (٢٠١٥)، مقياس الضغوط الحياتية السبوعي (٢٠١٦) مكون من ستة أبعاد (الانفعالية، والاجتماعية، والجسمية، والأكاديمية، وإدارة الوقت، والرضا عن الحياة).

وقد تضمن المقياس في صورته النهائية على (٦٠) عبارة مقسمة على أربعة

أبعاد بمعدل (١٥) عبارة لكل بعد، وفيما يلي التعريف الإجرائي لكل بعد:

البعد الأول: الضغوط النفسية: " حالة التوتر والانزعاج التي تعيشها أمهات الأطفال مرضي الصرع وتتمثل في مجموعة من المشاعر النفسية السلبية كالقلق، الاكتئاب، الحزن، الإحباط، اليأس، مشاعر الذنب، لوم الذات، عدم الاتزان الانفعالي ". وتقاس بالعبارات (١-١٥).

البعد الثاني: الضغوط الاجتماعية: " حالة التوتر والانزعاج التي تعيشها أمهات الأطفال مرضي الصرع وتتمثل في قلة الأنشطة الاجتماعية للأسرة، سوء التكيف الاجتماعي بين أفراد الأسرة ومع المجتمع، انخفاض جودة الحياة داخل الأسرة ومع المجتمع، حدوث مشكلات في عمل الأسرة ". وتقاس بالعبارات (١٦-٣٠).

البعد الثالث: الضغوط المادية: " حالة من التوتر والانزعاج تعيشها أمهات الأطفال مرضي الصرع وتتمثل في كثرة الأعباء المالية التي يتطلبها العلاج المطلوب، عدم فعالية العلاج رغم غلاء سعره، عدم ملائمة الدخل الشهري للأسرة للوفاء بمتطلبات باقي أفراد الأسرة بالإضافة للعلاج المزمن للطفل ". وتقاس بالعبارات (٣١-٤٥).

البعد الرابع: الضغوط الصحية: " حالة من التوتر والانزعاج تعيشها أمهات الأطفال مرضي الصرع تتمثل في مجموعة من الأعراض العضوية كالصداع المزمن، ارتفاع وانخفاض ضغط الدم، ضيق في التنفس، مشكلات في الهضم، ضعف عام في الحالة الصحية، ضعف النشاط والحركة، آلام في المفاصل والعظام ". وتقاس بالعبارات (٤٦-٦٠).

وتجيب أم الطفل المريض بالصرع على كل عبارة من خلال مدرج ثلاثي (دائماً-أحياناً-أبداً)، تتراوح الدرجات عليه من (٣-١) للعبارات الإيجابية والعكس للعبارات السلبية. وبذلك فإن الدرجات على المقياس ككل تتراوح بين (٦٠-١٨٠). وأشارت الدرجة المرتفعة على المقياس في الإربعاعي الأعلى (أكبر من ١٣٥) إلى أن الأم لديها مستوى مرتفع من الضغوط الحياتية أما الدرجة المنخفضة على المقياس في الإربعاعي الأدنى (أقل من ٧٥) فتعبر بأن الأم لديها مستوى منخفض من الضغوط الحياتية.

حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس :**أولاً : صدق المقياس :**

- أ- **صدق المحكمين:** تم عرض الصورة الأولى للمقياس على مجموعة من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس في كليات التربية من جامعات مختلفة، للتحقق من صلاحية العبارات لقياس ما وضعت من أجل قياسه، وحصلت عبارات المقياس جميعها على نسبة اتفاق تتراوح بين (٨٠٪-٩٠٪).
- ب- **الصدق الذاتي:** تم حسابه بأخذ الجذر التربيعي لمعامل الثبات (٠,٧٢٥)، وبالتالي فإن الصدق الذاتي للمقياس (٨٥,٢)٪ وهي نسبة عالية تؤكد صلاحية المقياس لما وضع من أجل قياسه.

ثانياً : ثبات المقياس :

تم حساب ثبات المقياس على عينه قدرها (٢٥) أما لديها طفل غير عادي، بطريقتي ألفا كرونباخ، والتطبيق وإعادة التطبيق بعد خمسة عشر يوماً، وأوضح الجدول (٣) التالي قيم معاملات الثبات للمقياس وأبعاده.

جدول (٣)

معاملات الثبات لمقياس الضغوط الحياتية (أبعاد - درجة كلية)

أبعاد المقياس	التطبيق وإعادة التطبيق	معامل ألفا كرونباخ
الضغوط النفسية	٠, ٧٢	٠, ٧٩
الضغوط الاجتماعية	٠, ٧٥	٠, ٨١
الضغوط المادية	٠, ٧٧	٠, ٨٢
الضغوط الصحية	٠, ٨١	٠, ٨٤
الدرجة الكلية	٠, ٨٥	٠, ٨٨

يتضح من نتائج الجدول (٣) ارتفاع معاملات ثبات مقياس الضغوط الحياتية (أبعاد - درجة كلية)، ومن ثم يمكن الوثوق في استخدامه في البحث الحالي.

ثالثا: الاتساق الداخلي:

تم حساب معامل الارتباط بين مفردات كل بعد والدرجة الكلية لهذا البعد بعد حذف درجة المفردة، وكانت معاملات الارتباط تتراوح بين ٠,٧٥ - ٠,٩٢، وجميعها داله عند مستوى ٠,٠١، وكذا حساب معاملات الارتباط البينية بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، والجدول (٤) أوضح ذلك.

جدول (٤)

معاملات الارتباط البينية بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الضغوط الحياتية (ن=٢٥)

الأبعاد	الضغوط النفسية	الضغوط الاجتماعية	الضغوط المادية	الضغوط الصحية
الضغوط النفسية	—			
الضغوط الاجتماعية	٠,٨٣	—		
الضغوط المادية	٠,٧٨	٠,٧٣	—	
الضغوط الصحية	٠,٦٧	٠,٧٥	٠,٨١	—
الدرجة الكلية	٠,٨٩	٠,٨٧	٠,٨٣	٠,٨٥

يتضح من الجدول (٤) السابق أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى (٠,٠١) مما يدل على اتساق وارتباط أبعاد مقياس الضغوط الحياتية ببعضها، وهذا يطمئن الباحثة لاستخدامه في البحث الحالي.

• يطبق المقياس بطريقة فردية، أو جماعية على عينه الدراسة، بعد قراءة كل عبارة جيدا على الأم أن تضع علامة صح تحت اختيار واحد فقط من ثلاثة (دائما - أحيانا - أبدا)، وتم وضع أوزان تقديرية لهذه البدائل على الترتيب (٣-٢-١) للعبارات الإيجابية التي تقيس الضغوط، والعكس بالنسبة للعبارات السلبية (١-٢-٣).

• تتراوح الدرجة الكلية لكل بعد من (١٥-٤٥) درجة، والدرجة الكلية للمقياس ككل من (٦٠-١٨٠)، والارتفاع في الدرجة على البعد، أو الدرجة الكلية للمقياس أشار إلى ارتفاع نوع الضغط على هذا البعد، أو الضغوط جميعها.

٢- برنامج العلاج بالتقبل والالتزام لأمهات الأطفال مرضي الصرع :

الهدف العام للبرنامج :

يهدف البرنامج إلى تنمية الشفقة بالذات باستخدام فنيات العلاج بالتقبل والالتزام لتخفيف الضغوط الحياتية لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع.

الأهداف الخاصة بالبرنامج: تهدف كل جلسة من جلسات البرنامج إلى تحقيق الهدف العام للبرنامج وذلك من خلال مجموعة من الأهداف الإجرائية التالية:

- (١) تدريب الأمهات على الاسترخاء العضلي الذي يساعدهم على التغلب على حالات التوتر والضييق.
- (٢) تدريب الأمهات على الشفقة بالذات (اللطف بالذات - الإنسانية المشتركة - اليقظة العقلية).
- (٣) تدريب الأمهات على الاهتمام بالذات وقبولها والتقليل من لومها.
- (٤) تدريب الأمهات على عدم الانعزال عن المجتمع والمعانة من الوحدة والعزلة.
- (٥) تعليم الأمهات السيطرة على الأعراض السلبية واستبدالها بسلوكيات إيجابية.
- (٦) تعريف الأمهات بأحداث الحياة الضاغطة، أنواعها، وأسبابها.
- (٧) أن تستطيع الأمهات تحديد المواقف المثيرة للضغوط لديهن.
- (٨) تدريب الأمهات على مواجهة الضغوط الحياتية بأنواعها (نفسية - اجتماعية - مادية - صحية).
- (٩) تدريب الأمهات على التعبير عن مشاعرهم أي تأكيد الذات.
- (١٠) تنمية العلاقات الاجتماعية لدى الأمهات، حيث المساعدة على المشاركة والتعاون والتواصل مع الآخرين دون خجل.
- (١١) تنمية القدرة لدى الأمهات على حل المشكلات.
- (١٢) تدريب الأمهات على عدم الاستسلام لدوامه التفكير في مرض الأبناء.

تم إعداد هذا البرنامج ليحقق من خلال جلساته (١٢) المكثفة الهدف العام والأهداف الخاصة الموضحة أعلاه، ولكي يتم ذلك بالكفاءة المرجوة التزمت الباحثة أثناء إعدادها للبرنامج بمبادئ العلاج بالتقبل والالتزام التي أشار إليها (Larmar et al.,2014:216) فكانت على النحو التالي:

- (١) تحليل النطاق وطبيعة مشكلة الأمهات مستوى منخفض من الشفقة بالذات ومستوي مرتفع من الضغوط الحياتية.
- (٢) تقييم العوامل التي تؤثر على مستوى الدافع للتغير لدى الأمهات.
- (٣) تحليل العوامل التي تساعد على التخفيف من معاناة الأمهات.
- (٤) تقييم العوامل التي تزيد من معاناة الأمهات.
- (٥) -التواصل والتعامل مع الأمهات باحترام حقهن في العلاج، ومراعاة ظروفهن الخاصة والتدخل المهني بلطف ودفء لتنمية الشفقة بالذات لدى أمهات الأطفال مرضي الصرع اللاتي تعاني من مستوى مرتفع من الضغوط الحياتية بسبب مرض ابنها المزمّن، بهدف تخفيف هذه الضغوط لديهن، وذلك باستخدام فنيات وتكنيكيات ((ACT التي تساهم في تعديل إدراك الأمهات للضغوط التي تشكو منها بمعاشيتها وتقبلها ومراقبة عملها والحد من أثارها الانفعالية والانفتاح على الواقع الاجتماعي.

الفنيات المستخدمة في البرنامج :

- ١- **المحاضرة والمناقشة والحوار:** استخدم هذا الأسلوب عند تقديم أية معلومات جديدة تفيد أفراد العينة من حيث توضيح المفاهيم الأساسية الخاصة بمتغيري الشفقة بالذات والضغوط الحياتية، ثم إتاحة الفرصة لأفراد العينة بالمشاركة في الاستفسار عما غمض عليهن دون وجل لتحقيق أفضل فائدة لكل مشتركة.
- ٢- **التقبل:** يعني عدم التعلق بالأفكار والمشاعر التي تضعف الهمه وتعوق النجاح، تم تدريب المشاركات على تقبل الوضع الحالي المؤلم دون مقاومه والتعايش معه (الذات كعملية - الذات كسياق)، فذلك أفضل من الهروب من مواقف الفشل والإحباط، وذلك من خلال أمثله حياتية.
- ٣- **التفكك المعرفي:** يعني التفكير بصورة مخالفة لما يدور في الذهن من أفكار سلبية نابعة من الخبرات السابقة، تدريب المشاركات على ترك الأفكار السلبية الناتجة من خبرات الفشل السابقة وإحلال محلها أفكار ايجابية وتكرار ترديد هذه الأفكار حتى تسيطر على السلوك الإيجابي الجديد وذلك بأمثلة حياتية عديدة (أنا أم فاشلة وأنا أم قادرة على حل مشكلاتي).

- ٤- **الوعي بالذات**: تدريب المشاركات على مراقبة الذات لتحديد نواحي القوه والضعف، ثم تقبل جوانب الضعف في الشخصية، وتنمية الجوانب الإيجابية لتعوض جوانب النقص.
- ٥- **الالتزام**: تطلب الباحثة من المشاركات تحديد القيم التي تتمني كل منهن التمتع بها لأنها تساعد على تحقيق السعادة والرضا عن الحياة، ثم تشجع المشاركات على الالتزام بممارسة هذه القيم من خلال التشكيل والنمذجة.
- ٦- **الاسترخاء العقلي والعضلي**: يتم تدريب المشاركات على تمرينات وأنشطة تحقق لهن الهدوء والاسترخاء للتخلص من الضغوط والهموم اليومية، وذلك من خلال شرح خطوات التدريبات الاسترخائية مع عرض نماذج بوربوينت لتنفيذ هذه الخطوات.
- ٧- **التدعيم**: تستخدم الباحثة دائما هذا الأسلوب لرفع الروح المعنوية لدى المشاركات في مواقف الإصرار والمثابرة على الالتزام بخطوات البرنامج وإجراء الواجبات المنزلية.
- ٨- **الواجب المنزلي**: تكلف الباحثة المشاركات في نهاية كل جلسة بممارسة المهارات التي تم التدريب عليها خلال الجلسة، وذلك بهدف إتقانها وتوظيفها في الحياة اليومية.

جدول (٥)

ملخص جلسات برنامج العلاج بالتقبل والالتزام

م	عنوان الجلسة	الأهداف الإجرائية	الفيئات	الإجراءات
١	التهيئة والتعارف	- أن يتحقق التعارف بين الباحث - والأمهات المشاركات. - إشاعة جو من الألفة والود بين الباحث وأفراد العينة . - تهيئة المشاركات للإستمرار في البرنامج	- الحوار - المناقشة - التدعيم	- ترحب الباحثة بأفراد المجموعة وتعرفهم بنفسها ثم تعرف عليهن. ثم تقدم نبذة مختصرة عن البرنامج وأهميته وأهدافه وذلك في جو يسوده الدفء والمودة. ثم تسأل المشاركات عن أهم المشكلات التي تعاني منها كل أم والتي دفعتها للمشاركة في البرنامج.
٥-٤	الشفقة بالذات	- أن تتعرف المشاركات على مفهوم الشفقة بالذات ومكوناتها وأهميتها. - تدريب المشاركات على مهارات التعاطف مع الذات.	- المحاضرة - المناقشة. - النمذجة. - التقبل. - التدعيم	- شرح فائدة الشفقة بالذات. وذلك لما لها من علاقة إيجابية مع الرضا عن الحياة. وتقبل الظروف الحياتية الحالية بما فيها من ضغوط وآلام. بالتفاوض. والتسامح. - تجنب إلقاء اللوم على الذات على كل صغيرة وكبيرة. - تطلب الباحثة من المشاركات ذكر بعض المواقف التي مرت عليهن وكن فيها مشفقات على أنفسهن ومواقف أخرى قمن فيها بإلقاء اللوم على أنفسهن في حالة الفشل .
٢	الوعي بالذات	- أن يستطيع أفراد العينة التمييز بين المشاعر السلبية والإيجابية وأثار كل منها على السلوك - أن يتدرب أفراد العينة على تكوين عادات إيجابية في المخ وتفويت العادات السلبية. - أن يتدرب أفراد العينة على ضبط الذات. - أن يتدرب أفراد العينة على الحديث الإيجابي للذات. - أن يتدرب أفراد العينة على الثقة بالنفس ويدركون أنها نابعة من داخل الفرد نفسه. وتوفر للفرد الشعور بالراحة النفسية.	- المحاضرة - المناقشة - الوعي بالذات (الذات كعملية) - التفكك المعرفي - التدعيم - الواجبات المنزلية	- كيفية التعامل مع الذات وضبط الانفعالات. والوقوف على أفضل الطرق للتعامل مع الضغوط والالتزامات. وإدارة الأزمات بكفاءة وتخفيف الآثار السلبية المترتبة عن حدوثها بما يحفظ للإنسان سلامه الداخلي. واستقرار حياته

م	عنوان الجلسة	الأهداف الإجرائية	الفنيات	الإجراءات
١٠	المرونة النفسية	<ul style="list-style-type: none"> - أن يتدرب أفراد العينة على التعامل المرن مع مواقف الحياة المختلفة. - أن يتدرب أفراد العينة على التعبير عن الانفعالات وضبط الذات بدلاً من كبتهها. - أن يتدرب أفراد العينة على النظرة الموضوعية للمواقف بدلاً من تهويل وتضخيم المشكلات. 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضره. - المناقشة والحوار. - الذات كسياق. - التقبل القيم. - الالتزام. - التنفيس - الانفعالي. - الواجبات المنزلية 	<ul style="list-style-type: none"> - تشرح الباحثة لأفراد العينة المقصود بالمرونة النفسية وفائدتها لهم، و المشكلات التي يمكن أن تعترض طريقهم في الحياة حينما لا يتعاملون بمرونة مع المواقف الحياتية وخاصة المواقف الضاغطة وتبصيرهم بها لتحقيق قدر من التوافق النفسي والراحة النفسية - تتحدث كل أم بصورة مفصلة عن أهم الضغوط التي تعاني منها وتشعرها بالضيق. تربية العينة بأن الإنسان قد يشعر بالضيق بسبب الضغط النفسي وهذا أمر طبيعي ويترك المجال لأفراد العينة بالبكاء إذا شعرت بالرغبة في ذلك دون تهكم، أو سخرية من أحد.
٧	الاسترخاء	<ul style="list-style-type: none"> - أن يتعرف أفراد المجموعة على مفهوم الاسترخاء - أن يتدرب أفراد المجموعة على ممارسة الاسترخاء لمواجهة ضغوطهم النفسية والحياتية 	<ul style="list-style-type: none"> - الاسترخاء. - النمذجة. - الواجب المنزلي 	<ul style="list-style-type: none"> - تقدم الباحثة نموذج حي لتدريبات الاسترخاء على النحو التالي: شدد قبضتك قدر الإمكان. ضم ساعديك إلى عضدك بقوه. ادفع قبضتك للأمام وأشعر بشدد ساعديك. ارفع كتفك لأعلي باتجاه الرقبه. ارفع ساقيك على أطراف أصابعك. ضم ساقيك وفخذيك معا بإحكام. إلى أن تشعر بقليل من الألم. ضم فكيك بشدة. خذ نفسا عميقا وبطيئاً من الأنف وبعضلات البطن والصدر معا. احبس النفس وحافظ على هذا الوضع المشدود في أعضاء الجسم لفترة تتراوح من (٥-٧) ثوان. - تنفس ببطء للخارج واخرج همومك كزفير من فمك. - ارخ جسمك واترك وزنك على الكرسي وليس على عضلاتك. لاحظ أن التوتر والشدد يتبددان تدريجيا. وأنت تردد بين نفسك أنك هادئ ومسترخي.

م	عنوان الجلسة	الأهداف الإجرائية	الفنيات	الإجراءات
٦	اليقظة العقلية	- أن يتعرف أفراد العينة على مفهوم اليقظة العقلية. - أن يتدرب أفراد العينة على التعقل والتفكير قبل التصرف. - أن يتدرب أفراد العينة على مهارة التخطيط مع إعطاء نماذج حيه لعملية التخطيط في المواقف الحياتية	- المحاضرة والمناقشة. - التقبل. - الالتزام - التفكك المعرفي. - التدعيم. - الواجب المنزلي.	- أن يتعلم المسترشد كيفية وقف تدفق وتزايد الأفكار كي يستطيع أن يتعامل معها بشكل أكثر فاعلية. وهذه العملية تعني وقف تدفق الأفكار السلبية الانفعالية. وإحلال محلها أفكار إيجابية تجاه الذات والآخرين. وهذا من شأنه يفرض على المسترشد الالتزام بممارسة سلوكيات قيمة بدلاً من السلوكيات اللاعقلانية.
٣	الوعي بالآخرين	- أن يتعرف أفراد العينة على مفهوم الإنسانية المشتركة. - أن يتدرب أفراد العينة على الوعي بمشاعر الآخرين - أن يتدرب أفراد العينة على التعاطف والتسامح والإيثار في التعامل مع الآخرين.	- المناقشة والحوار. - التعزيز. - الذات كسياق. - التقبل. - الواجب المنزلي	- أن الفرد ينظر إلى خبراته ومعاناته على أنها تمثل خبرة إنسانية مشتركة بدلاً من انعزالها وابتعادها عن الآخر فهذه النظرة للأمور تجعل أفراد العينة ينظرون إلى حياتهم نظرة إيجابية بدلاً من النظرة السلبية السابقة.
١١	التوافق الاجتماعي	- تعزيز شعور أفراد العينة بالدعم والمساندة الاجتماعية - تنمية أسلوب تكوين علاقات جيدة مع الآخرين - تنمية أساليب التواصل والتفاعل بين أفراد الأسرة وبعضهم ومع المجتمع المحيط.	- المحاضرة - المناقشة والحوار - التقبل - الالتزام - الذات كسياق - الذات كعملية - الواجب المنزلي	- تشرح الباحثة مفهوم الالتزام نحو الذات والآخرين وإن ذلك يعني أن الفرد يعقد العزم على أن يحقق أهدافه الشخصية ويسعى إلى تحقيق طموحه حتى لو حالت بعض العراقيل. أو الصعوبات مع عدم اهدار حق الآخر في الرعاية والمساندة.

م	عنوان الجلسة	الأهداف الإجرائية	الفتيات	الإجراءات
٨-٩	الضغوط الحياتية	<ul style="list-style-type: none"> - أن يتعرف أفراد المجموعة على ماهية الضغوط الحياتية. وأنواعها، وأسبابها. وأثار التعرض لها. كيفية التغلب عليها. - أن يتعرف أفراد المجموعة على أسباب قلق المستقبل وطرق التغلب عليه. - أن يتعرف أفراد المجموعة أن توطيد العلاقة بالله وتسليم الأمر لله يجعل الإنسان مطمئناً على مستقبله. 	<ul style="list-style-type: none"> - المحاضرة والمناقشة الجماعية والحوار. و التقبل. والتفكك المعرفي. الاسترخاء. التذعيم. الواجب المنزلي 	<ul style="list-style-type: none"> - تشرح الباحثة مفهوم الضغوط. وأنواعها وأسبابها وأثارها. ثم تطلب من المشاركات التعبير بشكل مفصل عن الضغوط التي يتعرضون لها. ويتم الحوار الجماعي بينهن وبين الباحثة للوصول لحلول للضغوط من واقعهم الذي يعيشونه. وتقدم الباحثة لأفراد العينة بعض النصائح لإدارة هذه الضغوط على النحو التالي - حاولي مواجهة الضغوط أول بأول. حاولي الاسترخاء في فترات متقطعة يوميًا. افتحي مجال للتفاوض مع باقي أفراد الأسرة بخصوص أي مشكلة. استخدمي أسلوب الحوار الإيجابي مع النفس وابعدي عن التفسير السلبي والكارثي للأحداث. كوني علاقات حميمة مع الأصدقاء والأقارب الذين تستمتعين بالحوار والتنفيس الانفعالي معهم. مع البعد قدر الإمكان عن الجماعات التي تشعر كي بالتدني. وزعي الأعباء الملقاة عليك على باقي أفراد الأسرة. نظمي وقتك بطريقة هادفة. ارفض تنفيذ الطلبات غير المعقولة والجهدية. وازني بين إشباع احتياجاتك الخاصة بالصحة. الراحة. وقت الفراغ. وبين تلبيةك لمتطلبات الآخرين لا تقتل نفسك بالتفكير في الغد والمشغوليات. والقلق لأجل المستقبل وما قد يحمله لك بل درّب نفسك على العيش في حدود يومك أنه لا توجد حياة بلا مُنغصات.

م	عنوان الجلسة	الأهداف الإجرائية	الفنيات	الإجراءات
١٢	تقييم البرنامج	- اختتام البرنامج - التعرف على تقييم أفراد المجموعة للبرنامج - القيام بالقياس البعدي	- الفنيات السابقة - على حسب الحاجة	في هذه الجلسة تقوم الباحثة بتلخيص كل الموضوعات التي تم التطرق لها في الجلسات السابقة للبرنامج والتأكد من تحقيق الأهداف المرجوة واستقبال أي ملاحظات، أو اقتراحات على البرنامج من قبل أفراد العينة، ثم تطبيق مقياسي الدراسة لتقييم فعالية البرنامج

خطوات البحث:

للإجابة على أسئلة البحث والتحقق من صحة فروضه اتبعت الباحثة الخطوات التالية:

- (١) الاطلاع على التراث السيكلولوجي والدراسات السابقة لمتغيرات البحث، والقيام بالدراسة الناقدّة لهما لتوظيفهما في صياغة الفروض الحالية ثم التحقق من صحتها.
- (٢) إعداد الأدوات المناسبة لمتغيرات وعينة البحث والتحقق من كفاءتها السيكمترية.
- (٣) القيام بالتطبيق القبلي لمقياسي الشفقة بالذات والإجهاد المدرك على أمهات الأطفال مرضي الصرع (عينة البحث).
- (٤) القيام بتطبيق البرنامج على عينة البحث، ثم تطبيق مقياسي الشفقة بالذات والإجهاد المدرك على أفراد العينة كتطبيق بعدي.
- (٥) القيام بالتطبيق الثالث (التتبعي) لمقياسي البحث بعد شهرين من انتهاء البرنامج.
- (٦) رصد نتائج المقاييس والقيام بتحليلها باستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة من خلال حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية والمعرفية والمعروفة ب (SPSS18).
- (٧) مناقشة نتائج الفروض وتفسيرها في ضوء الدراسات السابقة.
- (٨) الخروج بمجموعة من التوصيات والبحوث المقترحة في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج.

نتائج البحث ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول

نص الفرض الأول على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الشفقة بالذات ومقياس الضغوط الحياتية لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل". ولتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد العينة، وقد تم استخدام اختبار (ويلكسون) للتحقق من وجود فرق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الواحدة، ويتضح ذلك في الجدولين التاليين

جدول (٦)

قيمة "Z" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات أطفال الصرع في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الشفقة بالذات

مقياس الشفقة بالذات	القياس	ن	متوسط	انحراف معياري		الرتب السالبة		الرتب الموجبة		قيمة مستوى الدلالة
				المتوسط	المجموع	المتوسط	المجموع	المتوسط	المجموع	
اللطيف بالذات	قبلي	١٠	١٤,٤٠	٢,٥٠	٠,٠	٠,٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨١	٠,٠١
	بعدي	١٠	٢٣,٦٠	١,٥٠	٠,٠	٠,٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨١	٠,٠١
الإنسانية المشتركة	قبلي	١٠	١٤,٥٠	٢,٤١	٠,٠	٠,٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨٢	٠,٠١
	بعدي	١٠	٢٥,١٠	١,٨٥	٠,٠	٠,٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨٢	٠,٠١
اليقظة الذهنية	قبلي	١٠	١٤,١٠	٢,٣٧	٠,٠	٠,٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨٢	٠,٠١
	بعدي	١٠	٢٣,٤٠	١,٥٠	٠,٠	٠,٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨٢	٠,٠١
الدرجة الكلية	قبلي	١٠	٤٣	٥,٢٢	٠,٠	٠,٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨٠	٠,٠١
	بعدي	١٠	٧٢,١٠	٢,٧٢	٠,٠	٠,٠	٥,٥٠	٥٥	٢,٨٠	٠,٠١

جدول (٧)

قيمة "Z" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات أطفال الصرع في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مقياس الضغوط الحياتية

مستوى Z	الرتب الموجبة	الرتب السالبة	انحراف		مقياس
			المتوسط	معياري	
٠,٠١	٢,٨١	٠,٠	٥٥	٣,٤٣	الضغوط
				٣٥,٧٠	قبلي
٠,٠١	٢,٨١	٠,٠	٥٥	٣,٩٧	النفسية
				٢٤,٦٠	بعدي
٠,٠١	٢,٨١	٠,٠	٥٥	٣,١٩	الضغوط
				٣٦,٣٠	قبلي
٠,٠١	٢,٨١	٠,٠	٥٥	٤,١٨	الاجتماعية
				٢٣,٢٠	بعدي
٠,٠١	٢,٨١	٠,٠	٥٥	٢,٨٤	الضغوط
				٣٤,١٠	قبلي
٠,٠١	٢,٨١	٠,٠	٥٥	١,٨٢	المادية
				٢٤	بعدي
٠,٠١	٢,٨٠	٠,٠	٥٥	٣,٢٣	الضغوط
				٣٧,٤٠	قبلي
٠,٠١	٢,٨٠	٠,٠	٥٥	٣,٢٠	الصحية
				٢١,٥٠	بعدي
٠,٠١	٢,٨٠	٠,٠	٥٥	٧,١٥	الدرجة
				١٤٣,٥٠	قبلي
٠,٠١	٢,٨٠	٠,٠	٥٥	٤,٣٩	الكلية
				٩٣,٣٠	بعدي

يتضح من الجدول (٧) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة قبل وبعد تطبيق البرنامج على جميع أبعاد مقياس الشفقة بالذات ومقياس الضغوط الحياتية والدرجة الكلية في اتجاه القياس البعدي، مما يعني تحسن درجات أفراد العينة بعد تعرضهم لجلسات البرنامج، وبذلك يتم قبول الفرض.

١ - نتائج الفرض الثاني وتفسيرها

ينص الفرض الثاني على " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الشفقة بالذات ومقياس الضغوط الحياتية (أبعاد - درجة كلية) ".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد العينة ، وقد تم استخدام اختبار (ويلكسون) لحساب مستوى دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد العينة على مقياس الشفقة بالذات ومقياس الضغوط الحياتية ، ويتضح ذلك في الجدولين التاليين.

جدول (٨)

قيمة "Z" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات أطفال الصرع في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الشفقة بالذات

مقياس الشفقة بالذات	القياس	ن	متوسط	انحراف معياري	الرتب		قيمة مستوى دلالة Z
					الموجبة (+)	السالبة (-)	
اللطيف بالذات	بعدي	١٠	٢٣,٦٠	١,٥٠	٥,٥٠	٢٢	٥,٥
	تتبعي	١٠	٢٤,٣٠	٢,٣١	٣٣	٠,٥٧	غير دالة
الانسانية المشتركة	بعدي	١٠	٢٥,١٠	١,٨٥	٤,٦٧	٢٨	١,٧٥
	تتبعي	١٠	٢٤,٨٠	١,٩٨	٢٧	٠,٠٥	غير دالة
اليقظة الذهنية	بعدي	١٠	٢٣,٤٠	١,٥٠	٦	٢٤	٥,١٧
	تتبعي	١٠	٢٣,٩٠	٢,١٣	٣١	٠,٣٩	غير دالة
الدرجة الكلية	بعدي	١٠	٧٢,١٠	٢,٧٢	٤,٥٠	٢٢,٥٠	٦,٥٠
	تتبعي	١٠	٧٣	٢,٥٨	٣٢,٥٠	٠,٥٢	غير دالة

جدول (٩)

قيمة "Z" لدلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات أطفال الصرع في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الضغوط الحياتية

مستوى Z	الرتب الموجبة		الرتب السالبة		انحراف معياري	ن	القياس	مقياس الضغوط الحياتية
	المجموع	المتوسط	المجموع	المتوسط				
غير دالة	١,٢٧	١٥,٥٠	٥,١٧	٣٩,٥٠	٣,٩٧	٢٤,٦٠	بعدي ١٠	الضغوط
					٢,٢١	٢٣,٣٠	تتبعي ١٠	النفسية
غير دالة	٠,٩٨	١٨	٣,٦٠	٣٧	٤,١٨	٢٣,٢٠	بعدي ١٠	الضغوط
					٢,١١	٢٢,٦٠	تتبعي ١٠	الاجتماعية
غير دالة	٠,٣١	٢٤,٥٠	٤,٩٠	٣٠,٣٠	١,٨٢	٢٤	بعدي ١٠	الضغوط
					٢,٠٤	٢٣,٨٠	تتبعي ١٠	المادية
غير دالة	١,٤١	٤١	٥,٨٦	١٤	٣,٢٠	٢١,٥٠	بعدي ١٠	الضغوط
					٢,٦٣	٢٢,٦٠	تتبعي ١٠	الصحية
غير دالة	٠,٦٣	١٣,٥٠	٤,٥٠	٢٢,٥٠	٤,٣٩	٩٣,٣٠	بعدي ١٠	الدرجة
					٣,٦٥	٩٢,٣٠	تتبعي ١٠	الكلية

يتضح من الجدول (٩) عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطات رتب درجات أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي على جميع أبعاد مقياسي الشفقة بالذات والضغوط الحياتية والدرجة الكلية، وبذلك يتم قبول الفرض.

مناقشة وتفسير النتائج:

أشارت نتائج البحث الحالي إلى فعالية برنامج العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية الشفقة بالذات لدى أمهات الأطفال مرضى الصرع ثم تخفيف الضغوط الحياتية المدركة لديهم، وترجع الباحثة ذلك لمحتوي البرنامج ذو الجلسات الموجهة للمشكلات الواقعية التي تعاني منها أفراد العينة، وملاءمة فنيات البرنامج لتنمية مكونات الشفقة بالذات، وهذه النتيجة تتفق مع منظور (هايس ١٩٨٤) (المؤسس الأول لهذا الاتجاه والذي يناهز بإدراك أن تحديات الحياة والفشل الشخصي هي ببساطة جزء من تكوين الإنسان، وأكد (Bishop, et al., 2004) أن اليقظة

العقلية عنصر مشترك بين الشفقة بالذات والعلاج بالتقبل والالتزام، وأثبت (Georg & John, 2008) أن «ACT» علاج يسمح بتحقيق مكونات الشفقة بالذات التي وصفها نيف، ويتفق معه في هذا الشأن العديد من الباحثين (Hayes, 2008) (VanDam et al., 2010 & Fletcher, 2012)، ويؤيد ذلك ما أشارت إليه دراسة (Yadavaia, et al., 2014) من زيادة مستوى الشفقة بالذات لأصحاب ضغوط ما بعد الصدمة، ذوي القلق، الاكتئاب، تحقيق جودة الحياة وتقبل الطفل المعاق باستخدام فنيات «ACT»، تؤكد (Poddar, et al., 2015) أن «ACT» يفيد في التخلص من القلق والاكتئاب لمهات الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب التوحد، وفي ذات السياق تثبت دراسة (Abdul Kalam, 2017) أن «ACT» يفيد في تحسين السلوك القيمي لوالدي الأطفال المصابين بأمراض عصبية نمائية.

والسؤال الذي يطرح نفسه هنا "كيف تم تنمية مكونات الشفقة بالذات (اللطف بالذات - الإنسانية المشتركة - اليقظة الذهنية) من خلال فنيات «ACT»؟

استخدمت الباحثة بعض الفنيات المعتاد استخدامها في معظم المداخل العلاجية، أو الإرشادية كالمحاضرة والمناقشة الجماعية والحوار المرح والمرن الذي يتيح لكل فرد في المجموعة العلاجية بالتعبير عن رايه، بالإضافة للاسترخاء والتدعيم والواجب المنزلي وظهر ذلك في كافة الجلسات بدء من التعارف بين الباحثة والمشاركات وبعضهن البعض، مروراً بالتعرف على طبيعة ومحتوي البرنامج والهدف منه، إشارة إلى بعض التكاليفات الموجهة للمشاركات والتي من الضروري الالتزام بأدائها.

فقد لعبت فنية المحاضرة دوراً عظيماً في إكساب أفراد العينة المعلومات المهمة التي يتضمنها البرنامج، أما فنية الحوار والمناقشة الجماعية فقد ساهمت في بناء علاقة طيبة مليئة بالود والاحترام المتبادل بين الباحثة والمشاركات وبين المشاركات وبعضهن البعض، وأتاحت الفرصة للمشاركات بالتنفيس الانفعالي عما تعانين من ضغوط والتعبير عن ذواتهم بكل ثقة.

أما تدريبات الاسترخاء العضلي والعقلي التي اهتمت الباحثة بالتركيز على تقديمها بصورة حية أمام المشاركات حتى يتقن أدائها وقت التوتر ومواقف الفشل، فإن ممارستها ساعدت المشاركات على مواجهة مواقف الضغط والغضب والانفعال وتغيير النظرة السلبية للمواقف إلى إيجابية.

إن استخدام فنية التقبل للوضع القائم والتركيز على " هنا والآن " وهذا يتضمن المواجهة " كالغمر " الذي تنادي به المدرسة السلوكية الكلاسيكية أي اقتحام الصعوبات والمشكلات بدلاً من الهروب منها أو كبتها، فهذا الأسلوب ساعد المشاركات على فهم خبرات الفشل بأنها غير ضارة أو غير محرمة، أو خاصة به منفرداً دون الآخرين، وإنما إدراك أن الانفعالات المصاحبة لهذه الخبرات يمكن تحملها ولا تمنعه من تحقيق هدفه، كما أن زيادة قدرة المشاركات للتغلب على العقبات التي تعوق تحقيق القيم والأهداف يساعدهم على التصرف بعيداً عن الكفاح مع الألم، بمعنى أن تحدد المشاركات الأشياء الخارجة والتي لا تستطيع تغييرها وتقبلها كما هي حتى لا تصاب بالإحباط، وعلى الجانب الآخر يتم قبول وممارسة السلوكيات القائمة على القيم.

المشاركات أثناء التدريب على هذه الخطوات تتعلم اللطف بالذات بدلاً الحكم على الذات بأنها سبب الفشل وتوجه اللوم القاسي للذات، كما أنها تشعر أن مواقف الإحباط والفشل غير قاصرة عليها؛ بل هي مواقف تصيب كل فرد في البشرية جمعاء ويظهر ذلك أثناء عرض المشاركات لمشكلاتهن، فتجد كل واحدة أن مشكلاتها أخف من غيرها طبقاً للمثل " اللي يشوف بلاوي الناس تهون عليه بلاويه " وبالتالي تتعلم تحكم على المواقف من منظور الإنسانية المشتركة بدلاً من الانعزال عن الواقع واعتبار الذات هي التي تخطئ فقط.

إن استخدام فنية التفكك المعرفي ساعدت المشاركات على تغيير الأسلوب الذي تتفاعل به مع الأفكار المؤلمة مما يقلل من التمسك بالمعني الحرة للتفكير، وهذا الأسلوب يساعد على تقوية الإرادة للانفعال في المواقف الضاغطة والمقلقة لتجنب خبرة القلق بدلاً من الانفعال بتقليل القلق ذاته، وتتعلم المشاركات من هذا الأسلوب كيف تنظر إلى التفكير بدون عاطفة وذلك بتكرار الكلمة عديد من المرات بصوت مرتفع حتى يسيطر صوت التفكير فقط دون الانفعال المصاحب له، وهذا يرافد قدرة المشاركات على استخدام الذهن والتعقل في الحكم على المواقف الحياتية

إن استخدام فنية الذات "كعملية" ساعدت المشاركات على الاتصال المستمر بالأحداث الموجودة في الوقت الحاضر، وذلك من خلال إتاحة الفرص المتعددة لتشجيع المشاركات على ممارسة السلوكيات القيمية التي تتطلب ضبطاً أكثر للسلوك، وألا يربط الأحداث السلبية بذاته وكأنها لا تحدث إلا له، وإنما ينظر إلى الموقف نظرة إنسانية مشتركة.

إن استخدام فنية الذات "كسياق" ساعدت المشاركات على الاعتراف بالأحداث والمؤثرات الموجودة في السياق "أنا-أنت" "هنا-هناك" فظهر ذلك في تنمية التعاطف، الشعور بالذات، اليقظة الذهنية وترتب على ذلك تقبل المشاركات لأنواع الضغوط التي كانت مصدر شكواهن.

أما التأثيرات الضارة لهذه الفنية تعود من "سياقات الحرفية" أي التي تتمسك بالمعنى الحرفي للكلمة، فإذا سيطرت على الأم فكرة "عدم قدرتها على السيطرة على طفلها المريض بالصرع أثناء التنزه" بالفعل لن تستطيع وهذا يجعلها ترفض الإقدام على هذه التجربة. أما حينما يتم تقوية الذات كسياق عن طريق الاهتمام بالأنشطة والاستعارات والأمثلة الحياتية تستطيع المشاركات الاتصال باللحظة الحالية لتحقيق أهدافهن المتمثلة في الشفقة بالذات.

إن استخدام فنية القيم التي تم اختيارها من قبل المشاركات طبقاً لأولويات كل أم، كان لها أثراً فعالاً في تحسن الشعور بالتماسك بين أفراد الأسرة ومع المجتمع المحيط، وساعدت الباحثة المشاركات في اختيار قيم قابلة للتحقيق وليست خيالية حتى تستطيع تحقيقها، فلا تحلم بأن ابنها سوف يصبح سوياً وهي تعيش حياة خالية من كافة المضايقات بعد المشاركة في البرنامج، وإنما يمكنها تخيل وضع أفضل صحياً ونفسياً واجتماعياً ومادياً بالنسبة لها وبالنسبة لتعاملها مع أسرتها

أن استخدام فنية الالتزام بأداء السلوكيات القيمية التي تم اختيارها وتحديدتها من قبل المشاركات، ساهم في تعديل وجهة نظر المشاركات في تصرفاتهن وأنهن غير مسؤولات عن السلوكيات والمشاعر الخاطئة باستمرار، وبالتالي حصلن على مستوى من الشفقة بالذات. يتضح مما سبق أن جلسات البرنامج بفيناتها المتنوعة ركزت على تنمية مكونات الشفقة بالذات لدى أفراد العينة، وقد اهتمت

بعض جلسات البرنامج بالضغوط الحياتية التي تدركها أمهات الأطفال مرضي الصرع، فذلك الهدف النهائي للبحث والذي نبحت عن تحقيقه من خلال تنمية الشفقة بالذات لدى أفراد العينة، ونظرا لما أكدت عليه العديد من الدراسات عن فعالية الشفقة بالذات مع والدي ذوي الإعاقة فثبت أنها تساهم في تخفيف اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لمرضي سرطان الثدي (Magnus et al, 2010)، خفض مستوى الضغوط وزيادة مستوى الشفقة بالذات لدى والدي الأطفال ذوي التوحد (Lee & Crystal, 2013)، خفض الإجهاد الأسري وتحسين نوعية الحياة (Neef & Germer, 2013)، خفض مستوى الإلكتسيثميا وارتفاع مستوى الشفقة بالذات والتفاعل الفكاهي لأسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد (Aydan, 2014)، التخفيف من التوتر والإجهاد الصحي للوالدين الناشئ من رعايتهم، وتحسن نوعية الحياة وتحقيق الرفاهية النفسية والشفقة بالذات لديهم (Bazzano, et al., 2015)، تحقيق الرضا عن الحياة وزيادة الأمل والتفاؤل لدى الوالدين (Neff & Faso, 2015)، تخفيف الضغوط النفسية وتحقيق جودة الحياة لأمهات أطفال التوحد (Poddar, et al., 2015 & Montgomery, 2015)، تحسن الرفاهية الذاتية ومستوى الشفقة بالذات لآباء ذوي الإعاقة العقلية (Duran & Barlas, 2016)، أثبتت دراسة (٢٠١٧) Arnos أن الآباء والأمهات الذين لديهم مستويات عالية من الشفقة بالذات ومستويات منخفضة من الإجهاد المدرك ينظرون إلى إعاقة أبنائهم نظرة معتدلة دون تضخيم، كما أثبتت النتائج أهمية استخدام الشفقة بالذات لتحسين الرفاهة النفسية لآباء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التواصل ويمكن الاعتماد على هؤلاء الآباء في تخفيف اضطرابات التواصل لدى أبنائهم، وأظهرت (Mahon, et al, 2017) فعالية التدريب على كل من الشفقة بالذات واليقظة العقلية في التخفيف من الإجهاد المدرك وتحسين الشفقة بالذات لدى الممرضات، وبحث (Firdos & Amanullah, 2018) تأثير الإرشاد النفسي على مشاعر التقبل لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات، نوعية الحياة، القلق، الاكتئاب، مشاعر الذنب لديهن. وأثبتت النتائج أن الإرشاد الفعال له علاقة إيجابية وفعالة بتحسين نوعية الحياة لهؤلاء الأمهات، واستخدم (Evans, et al, 2018) الشفقة بالذات كوسيط لتحسين الرفاهة النفسية من خلال برنامج للتخفيف من الإجهاد الذهني لدى عينة ممثلة من المجتمع، فحوص

(Robinson, et al., 2018) العلاقة بين الشفقة بالذات والرفاهة والضغط النفسية لدى آباء البالغين من ذوي الإعاقات العقلية والنمائية وأكدت النتائج أن الشفقة بالذات توفر نوعاً من المرونة لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة تجعلهم قادرين على مواجهة التحديات التي تقابلهم في ظل الصعوبات الحياتية التي يواجهونها.

ومجمل هذه النتائج يفيد بأن الشفقة بالذات تفيد في خفض الضغوط والتوتر والإجهاد الناشئ من تربية طفل ذوي حاجة خاصة، وزيادة الأمل والتفاؤل الذي يحسن نوعية وجودة الحياة ويحقق الرفاهية النفسية لهذه الأسر. هذه النتائج تتفق مع نتائج البحث الحالي وهي أن الشفقة بالذات تفيد في خفض الضغوط التي تعاني منها أمهات الأطفال مرضي الصرع - حيث أنها تهتم بفترة معينه من الضغوط - كما جاءت في الدراسات السابقة، فمنها تراجع في الأنشطة الاجتماعية، الإحباط واليأس، صعوبات مالية، ضعف الحالة العاطفية وسوء التكيف الزوجي والاجتماعي (Sanjeev, et al., 1999)، انخفاض جودة العلاقة بين الوالدين والطفل، ارتفاع معدل الاكتئاب لدى الأمهات، مشكلات في عمل الأسرة، ضعف الاتزان الانفعالي للوالدين، سوء الحالة الصحية للوالدين والطفل (Roos, et al., 2005)، ارتفاع اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSS)، الاكتئاب الأساسي (Pervin, et al., 2006) (MDD)، عدم القدرة على التكيف مع المجتمع المحيط، كثرة الالتزامات، فرط الحركة، الاكتئاب، سوء العلاقة الزوجية، عدم القدرة على التنبؤ بحدوث النوبة، صعوبة السيطرة على الحالة المرضية (Hua-Huei & Liang-po, 2008)، القلق، الاكتئاب، انخفاض جودة الحياة ضعف الحالة الوجدانية تجاه الطفل المريض، صعوبات مادية (Lv, et al., 2009).

وبمراجعة هذه الضغوط والمشكلات التي تعاني منها أمهات الأطفال مرضي الصرع نجد أنها تنحصر في انخفاض جودة الحياة والرفاهية النفسية والقدرة على التكيف بصفة عامه، ولما كانت الشفقة بالذات تحقق ما ذكر وأكثر من خلال ارتباطها بالعديد من المتغيرات الإيجابية، لذا فهي تستطيع تخفيف عوامل الإجهاد المدرك لدى أفراد العينة اللاتي خضعن لبرنامج «ACT» لمدة (٢٠) ساعة خلال شهر ونصف بمعدل جلستين أسبوعياً زمن الجلسة الواحدة يتراوح بين (٩٠-١٢٠) دقيقة.

بالنسبة لاستمرار فعالية البرنامج :

فقد كشفت نتائج الفرض الثاني عن عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي على كل من مقياس الشفقة بالذات (أبعاد - درجة كلية) ومقياس الإجهاد المدرك (أبعاد - درجة كلية) لعينة الدراسة، بعد شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج مما يدل على استمرارية فعالية البرنامج.

وتفسر الباحثة ذلك بأن استخدام الفنيات العلاجية المتنوعة من محاضرة وحوارات مفتوحة، ممارسة الاسترخاء كعادة، التدعيم للذات بالحوار الإيجابي مع الذات، الذات كعملية، الذات كسياق، التقبل، الالتزام، ممارسة القيم، التفكك المعرفي، الواجبات المنزلية، إن استخدام هذه الفنيات في المواقف الحياتية أثناء جلسات البرنامج ساعد المشاركات على الاستمرار في استخدامها في مواقف مشابهة من خلال انتقال أثر التدريب مما قلل من حدوث الانتكاسة بعد انتهاء تطبيق البرنامج، كما ساهم برنامج العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية مشاعر اللطف والرحمة نحو الذات للمشاركات بدلاً من نقدها باستمرار كالجلاد، وإدراك أن أي معاناة تصيبها هي جزء من معاناة البشرية بصفة عامة بدلاً من الاعتقاد أن هذه الخبرة تحدث لها فقط، وإدراك الخبرات والمواقف المؤلمة بعقلية مترنة بدلاً من الإفراط والتحويل في الشعور بالألم، وانعكس أثر ذلك في تخفيف مستوى الشعور بالإجهاد والتوتر الناشئ من التعامل مع الأطفال مرض الصرع، وتحسن التفاعلات الاجتماعية والبيشخصية داخل الأسرة وخارجها، انخفاض مستويات الاضطرابات النفسية التي كانت الأمهات تعاني منها قبل البرنامج وتتفق هذه النتيجة مع دراسات (Poddar, et al., 2015, Lee&Crystal, 2013, Neef& Germer, 2013, Evans, et al, 2018, Mahon, et al 2017, & Montgomery, 2015).

التوصيات والبحوث المقترحة:

بناء على ما توصلت إليه البحث الحالي من نتائج من خلال البرنامج المستخدم توصي الباحثة بعدد من التوصيات تكون بمثابة استراتيجية عامة في التعامل مع أمهات الأطفال ذوي الإعاقات وخاصة مرضي الصرع:

- (١) ممارسة فنيات التقبل والالتزام في مواقف الحياة الضاغطة لدى فئات متنوعة من غير العاديين.

- (٢) تقديم برامج علاجية باستخدام التقبل والالتزام للأطفال والشباب مرضي الصرع وأسرههم.
- (٣) تشجيع كافة فئات المجتمع على ممارسة الشفقة بالذات في المواقف الحياتية.
- (٤) تشجيع أسر غير العاديين على مواجهة تحديات إعاقة أبناءهم.
- (٥) استخدام العلاج بالتقبل والالتزام لتنمية التسامح والتفؤل والحكمة لدى العاديين وغير العاديين وأسرههم.
- (٦) استخدام العلاج بالتقبل والالتزام لضبط وتنظيم الانفعالات لدى الفئات الأكثر استشارة: كالمعلم، الطبيب، الممرضات، أسر الأطفال ذوي الإعاقة عقليا، أسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد، أسر الأطفال ذوي الإعاقات المزدوجة.
- (٧) استخدام العلاج بالتقبل والالتزام لتحقيق التوافق الزوجي لدى الأزواج كثيري النزاعات الزوجية.
- (٨) استخدام العلاج بالتقبل والالتزام لخفض الاضطرابات النفسية لدى أمهات غير العاديين.
- (٩) استخدام وسائل الإعلام لزيادة الوعي وتصحيح المعلومات الخاطئة المرتبطة بمرض الصرع لدى المريض والمحيطين به، للتعرف على كيفية إدارة النوبة في (المنزل - الشارع - المدرسة - النادي - المواصلات) لمساعد الطفل والأسرة على التوافق النفسي والاجتماعي.
- (١٠) إنشاء مراكز متخصصة لتقديم الرعاية والدعم (نفسيا وتربويا واجتماعيا وطبيا) لمرضي الصرع وأسرههم.

المراجع

- إبراهيم، محمد مرسي (٢٠٠١). دراسة مقارنة لتجنيب ومعالجة المعلومات لدى مرضي الصرع والأسوياء، مصر، بحوث ومقالات علم النفس، ١٥ (٥٧)، ١٥٢-١٥٨.
- إبراهيم، نيفين محمد (٢٠١٥). الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى عينه من آباء وأمهات ذوي الإعاقة جسمياً في ضوء بعض المتغيرات النفسية والديمغرافية «دراسة ميدانية في ليبيا». رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة المنصورة.
- الأصفهاني، محمد مهدي (٢٠٠٧). موسوعة الثقافة الصحية. بيروت: دارالهادي.
- باهي، مصطفى (٢٠٠٧). مقياس الضغوط الحياتية والمجازاة - كراسة التعليمات. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- البهاص، سيد أحمد (٢٠١٥). مقياس الضغوط النفسية. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- جلودي، اسمهان، مواسي، جميلة، النواس، مريم سعد الله (٢٠١٧). دور العلاج بالتقبل والالتزام لتنمية الوعي بالذات لدى المجرم العصابي العائد، المؤتمر الدولي المحكم، مركز البحث وتطوير الموارد البشرية، رماح، الأردن.
- الحسيني، أيمن (٢٠٠٣). الأسرار الخفية لنوبات الصرع والتشنجات. القاهرة: مكتبة ابن سينا.
- رأفت عبد الرحمن محمد (٢٠١٠) برنامج مقترح من منظور العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد لتحسين مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، مصر، ٢٨ (٢٨)، ٣٥-٨٦.
- الرخاوي، يحيى (٢٠١٤) العلاج بالقبول والالتزام، ندوة في مستشفى دار المقطم للصحة النفسية، (إصدار الكرتوني)، مجلة شبكة العلوم النفسية.
- الرفاعي، مالك محمد سالم (٢٠٠٤). فاعلية برنامج لحل المشكلات في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات ذوي الإعاقة السمعية والبصرية وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان.

- السبيعي، سعد (٢٠١٦). مقياس الضغوط النفسية. القاهرة: أكاديمية علم النفس. سيلجمان، م دالرنج (.). إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة (ترجمة إيمان فؤاد كاشف ٢٠٠٠). القاهرة: دار قباء.
- شحاتة، حسن، النجار، زينب، عمار، حامد (٢٠٠٣). معجم المصطلحات التربوية والنفسية (عربي- انجليزي). القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- الشخص، عبد العزيز (٢٠١٣). الضغوط النفسية لدى أسر ذوي الإعاقة، دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، (١١)، ٤٥-٨٩.
- العالم، عماد أحمد (٢٠١٤). الصرع بين العلم والخرافة، السعودية، مجلة فكر - مركز العبيكات للبحوث والنشر، (٥)، ٧٧-١١٢.
- العباسي، ياسر احمد ميكائيل (٢٠١٣). الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالشعور بالنقص لدى طلبة كلية التربية الأساسية في جامعة الموصل. مجلة جامعة تكريت للعلوم الإنسانية، ٢ (٨)، ٢٣٥-٢٧٥.
- الغريير، أحمد نايل، أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف (٢٠٠٩). التعامل مع الضغوط النفسية. عمان: دار الشروق.
- الفتحي، أمال إبراهيم (٢٠١٦). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد، مجلة الإرشاد النفسي - مصر، (٤٧)، ٩٣-١٣٦.
- القرني، محمد سالم (٢٠١٣). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بضغوط الحياة والاكنتاب لدى عينة من الأزواج، مجلة البحوث الأمنية، ٢٢، (٥٦)، ٧٦-١٢٢.
- القريطي، عبد المطلب أمين (١٩٩٩). الإرشاد النفسي لآباء وأسر المتخلفين عقلياً، ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعيه أفضل لحياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. جامعة الخليج العربي بالتعاون مع الجمعية العمانية للمعوقين، عمان، مسقط، ١٩-٢١ أبريل، صص ٤١-٦٩.
- القريطي، عبد المطلب أمين (٢٠١٣). إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم. القاهرة: عالم الكتب.
- محمد، ديبون (٢٠١٦). تحديد الذات والانفصال عن الشاب المصاب بالصرع، الجزائر، مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية، (١٦)، ٣٩-٤٧.

- Abdul Kalam(2017) Impact of acceptance and commitment on therapy valuing behavior of parents of children with neuro developmental disorders psychology and behavioral, *Science International Journal* ISSN 2474-7688.
- Adams, C., & Leary, M. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 1120-1144.
- Adria, N. (2009). *Acceptance and commitment therapy (ACT) as a workshop Intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes*, PHS United states Nevada, University of Nevada , 2009.
- Alspach, G. (2009). Extending the tradition of giving thanks recognizing the health benefits of gratitude.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2016). *Scope of Practice in Speech-Language Pathology* [Scope of Practice]. Available from www.asha.org/policy.
- Arnos, O. (2017). *Perceived stress, self-compassion, an emotional variance in parents of children with communication disorders: A family approach to service delivery in speech-language pathology*. Master Degree of Science, Illinois State University.
- Bach, P. & Hayes, S. (2002). The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Prevent Rehospitalization of Psychotic Patients: A Randomized Controlled Trial, *the journal of Consulting and Clinical Psychology* p. 70
- Baer, R. A. (2010). Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness-and-acceptance-based treatments. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (pp. 135-153). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Barnes-Holmes, D., Hayes, S. C., & Gregg, J. (2001). Religion, spirituality and transcendence. In S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes B. Roche (Eds.), *Relational frame theory: A post-*

- Skinner account of human language and cognition (pp. 239-251 New York: Kluwer Academic.
- Bazzano, A., Wolfe, C., Zylowska, L., Wang, S., Schuster, E., Barrett, C., & Lehrer, D. (2015). Mindfulness based stress reduction (MBSR) for parents and caregivers of individuals with developmental disabilities: a community-based approach. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 298-308. doi: 10.1007/s10826-013-9836-9.
- Beilby, J., Byrnes M., & Yaruss J. (2012) Acceptance and commitment therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *Journal of Fluency Disorders*, 37 (4), 289-299.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Guenole, N., Orcutt, H., Waltz, T., & Zettle, R. (in press). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire—II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*.
- Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2012). *Self-compassion amongst clients with problematic alcohol use*. *Mindfulness*, 3(4), 308-317. doi: 10.1007/s12671-012-0106-5
- Brown, K., & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Burns, L. H., Covington, S. N., & Kempers, R. D. (2006). *Infertility counseling*. http://www.langtoninfo.com/web_content/9780521619493_frontmatter.pdf
- Camfield, C., Breau L. & Camfield, P. (2001). Impact of pediatric epilepsy on the family: A new scale for clinical and research Use. *Epilepsia*, 42(1), 104-112.
- Cappe, E., Wolff, M., Bobet, R., & Adrien, J. L. (2011). Quality of life: a key variable to consider in the evaluation of adjustment in parents of children with autism spectrum disorders and in the

- development of relevant support and assistance programmes. *Quality of Life Research*, 20(8), 1279-1294.
- Carson, J. W., Keefe, F. J., Lynch, T. R., Carson, K. M., Goli, V., Fras, A. M., & Thorp, S. R. (2005). Loving-kindness meditation for chronic low back pain: Results from a pilot trial. *Journal of Holistic Nursing*, 23, 287-304.
- Ceorc H. & John P. ,(2005). Acceptance & Commitment Therapy For Anxiety Disorders , U.S.A , Oakland, New Harbinger Publications - 5-Robyn D. Walser & Darrah Westrup: supervising Trainees in is Acceptance and Commitment Therapy For Treatment of Posttraumatic stress Disorder , *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* , 2 (1), 18 – 22
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1994). Perceived stress scale. *Measuring stress: A guide for health and social scientists*.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. *Journal of personality and social psychology*, 69(5), 990.
- Crocker, J., & Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130, 392-414.
- Dahl, J., Plumb, J., Stewart, I., & Lundgren, T. (2009). The art and science of valuing in psychotherapy: Helping clients discover, explore, and commit to valued action using acceptance and commitment therapy. Oakland, CA: New Harbinger.
- Davies, C., Niles, A., Pittig, A., Arch, J. & Craske, M. (2014). Physiological and behavior indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, doi:10.1016/j. btep.2014.08.002.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 629-651.

- Dweck, C. S. (1986). Motivational processes affecting learning. *American Psychologist*, 41, 1040-1048.
- Evans, S., Wyka, K., Blaha, K. & Allen, E. (2018). Self-Compassion mediates improvement in well-being in a mindfulness-based stress reduction program in a community-based sample. *Mindfulness* ,<https://doi.org/10.1007/s12671-017-0872-1>.
- Fein, S., & Spencer, S. J. (1997). Prejudice as self-imagemaintenance: Affirming the self through derogating others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 31-44.
- Firdos, S.&Amanullah, M.(2018). Understanding impact of counselling on mothers of special needs children: A case study approach. *The International Journal of Indian Psychology*, January - March, 6(1), 60-68.
- Forsyth, J., & Eifert, G. (2008). The mindfulness & acceptance workbook for anxiety: A guide to breaking free from anxiety, phobias, and worry using Acceptance and Commitment Therapy. *Oakland, CA: New Harbinger*
- Fredrickson, B. L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology” *American Psychologist*, 56(3), 218–226.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., &Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness
- Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion*.New York: Guilford Press.
- Germer, C., & Neff, K. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology*, 69(8), 856-867.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. London: Constable.
- Gilbert, P. (2010a). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112.
- Gilbert, P. (2010b). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. New York: Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism:Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 353-379.

- Goetz, J. L., Keltne, D. & Simon, T. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136, 351-374.
- Gomes, P., Lima, L., Buenos, M., Araujo, L. & Souza, N. (2015). Autism in Brazil: A systematic review of family challenges and coping strategies. *Journal of Pediatric* (Rio J), 91, 111-121.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43.
- Hahs, A. (2013). *A comparative Analysis of Acceptance and Commitment therapy and A Mindfulness-based therapy with parents of Individuals Diagnosed with Autism Spectrum Disorder*. Ph.D. Dissertation, Southern Illinois University Carbondale.
- Hall, H. R., & Graff, J. C. (2011). The relationships among adaptive behaviors of children with autism, family support, parenting stress, and coping. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 34(1), 4-25. doi: 10.3109/01460862.2011.555270
- Hall, H. R. & Graff, J. C. (2011). The relationship among adaptive behaviors of children with autism, family support, parenting stress, and coping. *Issues In Comprehensive Pediatric Nursing*, 34(1), 4-25.
- Hayes, S. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford Press
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. (2006). Acceptance and commitment therapy, Relational frame theory, and the third Wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639 – 665
- Hayes, S. (2008). The roots of compassion. Keynote address presented at the fourth Acceptance and Commitment Therapy Summer Institute, Chicago, IL. <http://www.globalpres.com/mediasite/Viewer/?peid=017fe6ef4b1544279d8cf27adbe92a51>

- Hayes, S. (2009). Acceptance and commitment therapy (ACT). [www.contextualpsychology.org/act]
- Hayes S.& Smith S.(2005). Get Out of Your Mins and Into Your Life: The New Acceptance and Commitment Therapy , U. S. A , Oakland, New Harbinger Publications.
- Hayes, S. & Wilson, K. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303
- Hayes, S., Barnes-Holmes,D., & Roche, B. T. (2001). Relational frame theory: A post-Skinnerianaccount of human language and cognition. New York: Plenum.
- Hayes, S., Follette, V., &Linehan, M. (Eds.) (2004). Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York: Guilford.
- Hayes, S., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (2 ed.). New York: Guilford Press
- Hayes, S., Strosahl, K., Wilson, K., Bissett, R., Pisterello, J., Toarmino, D. & McCurry S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54, PP. 553- 578.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hedov, G., Annerén, G., &Wikblad, K. (2000). Self-perceived health in Swedish parents of children with Down's syndrome. *Quality of life research*,9(4), 415-422.
- Hofmann, S. G., Grossman, P., Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31, 1126-1132.

- Holahan, C., & Moos, R. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946-955.
- Holland, A. (2007). *Counseling in communication disorders: A wellness perspective*. San Diego, CA: Plural Publishing.
- Hollis-Walker L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion and happiness in non-meditators A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227.
- Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in nonmeditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227. doi: 10.1.1.362.5132
- Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Ghazal S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer* 2001; 37:189-197. doi: 10.1016/S0959-8049(00)00353-1
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth: The struggle toward self-realization*. New York: Norton.
- Hua-Huei C., & Liang-po H. (2008). Parenting Stress in parents of children with Epilepsy and Asthma. *Journal of child Neurology*, First published January 11.
- Huang, Y., Chang, M., Chi, Y., & Lai, F. (2013). Health-related quality of life in fathers of children with or without developmental disability: The mediating effect of parental stress. *Quality Of Life Research*, 23(1), 175-183.
- Hutcherson, C. A., Seppala, E. M., & Gross, J. J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotion*, 8, 720-724.
- Immelt, S. (2006). Psychological adjustment in Yong children with chronic medical conditions. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(5), 362-277.
- Jantos, M., & Kiat, H. (2007). Prayer as medicine: how much have we learned?. *Medical journal of Australia*, 186(10), S51.
- Jerath, R., Edry, J. W., Barnes, V. A., & Jerath, V. (2006). Physiology of long pranayamic breathing: neural respiratory elements may

- provide a mechanism that explains how slowdeep breathing shifts the autonomic nervous system. *Medical hypotheses*, 67(3), 566-571.
- Jones, J. (2018). *The practice of self-compassion and and-reducing-stress.reducing stress*. psychcentral.com/blog/the-practice-of-self-compassion.
- Kabat-Zinn, J. (1991). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell.
- Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness for beginners: Reclaiming the present moment—and your life*. Sounds True.
- Karakasidou E. & Stalikas A.(2017).The Effectiveness of a pilot Self –Compassion program on well Being Components. *Psychology*, 8,538-549.
- Kashdan, T., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865-878.
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Foa, C. L., & Gilbert, P. (2009). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29, 727-755
- Kernis, M., Paradise, A., Whitaker, D., Wheatman, S., & Goldman, B. (2000). Master of one's psychological domain? Not likely if one's self-esteemis unstable. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 1297-1305.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., ...Dalglish, T. (2010). How does mindfulness-basedcognitive therapy work? *Behavior Research and Therapy*, 48, 1105-1112.
- Lapsley, D. K., FitzGerald, D. P., Rice, K. G., & Jackson, S. (1989). Separation-individuationand the “New Look” at the imaginary audience and personal fable: A test of an integrative model. *Journal of Adolescent Research*, 4, 483-505.
- Larmar S., Wia, T. & Lewis, D. (2014). Acceptance and commitment therapy: An overview of techniques and applications. *Journal of Service Science and Management*, (7), 216-221.

- Lassen, E. (2010). *The effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety in people with psychosis*. PHD, California Institute of Integral Studies.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54 (3), 466-475.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology*, 92(5), 887. doi: 10.1037/0022-3514.92.5.887
- Longe, O., Maratos, F., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., et al. (2009). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *Neuroimage*, 49, 1849-1856
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-U
- Luoma, J., Hayes, S., & Walser, R. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Luoma, J., Kohlenberg, B., Hayes, S., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 43-53.
- Lv, R., Wu, L., Lu, Q., Wang M., Qu Y. & Liu H. (2009). Depression, anxiety and quality of life in parents of children with epilepsy. *Acta Neurol Scand*: 120: 335-341.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.003

- Magnus, C., & McHugh, T., Kowalski, K., (2010). The role of self-compassion in women's self-determined motives to exercise and exercise-related outcomes. *Self and Identity*, 9, 363-382.
- Magnus, C., Kowalski, K. & Tara-Leigh, F.(2010).The role of self-compassion in women's self-determined motives to exercise and exercise-related outcomes. *Self and Identity* ,9,363-382.
- Magnus, C., Kowalski, K., & McHugh, T. (2010). The role of self-compassion in women's self-determined motives to exercise and exercise-related outcomes. *Self and Identity*, 9(4), 363-382. doi: 10.1080/15298860903135073
- Mahon, M., Mee, L., Brett, D. & Dowling, M. (2017). Nurses' perceived stress and compassion following a mindfulness meditation and self compassion training. *Journal of Research in Nursing*, 22(8) 572–583.
- Mantelou, A. & Karakasidou, E. (2017).The effectiveness of brief self-compassion intervention program on self- compassion, positive and negative affect and life satisfaction. *Psychology*, 8,590-610.
- meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1045–1061.
- Mokhber, N., Minoocherhr, A., & Naqvi, S. (2015).Comparison of parental stress among mothers and fathers of children with autistic spectrum disorder in Iran. *Iranian journal of Nursing and Midwifery research*. 20 (1), 93-98.
- Montgomery, D.(2015). *Effects of acceptance and commitment therapy for parents of children with autism*. ph.D.Walden University
- Muto, T., Hayes S., & Jeffcoat, T. (2011) The effectiveness of acceptance and commitment therapy bibliotherapy for enhancing the psychological health of Japanese college students living abroad, *Behavior Therapy*, 42 (2), 323-335.
- Neely, M., Schallert, D., Mohammed, S., Roberts, R., & Chen, Y. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33(1), 88-97.

- Neff, K. & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225-240.
- Neff, K. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.:
- Neff, K. (2009). Self-compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 561-573). New York: Guilford Press.
- Neff, K. (2016). www.selfcompassion.org. Retrieved July 06, 2016, from <http://www.selfcompassion.org/>.
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. D., & Beretvas, T. (in press). The role of self-compassion in facilitating positive relationship interactions. *Self and Identity*.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23-50.
- Neff, K. D., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
- Neff, K., & Faso, D. (2015). Self-compassion and well-being in parents of children with autism. *Mindfulness*, 6(4), 938-947. doi: 10.007/s12671-014-0359-2
- Neff, K., & Germer, C. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.
- Neff, K., & Germer, C. (2011). Mindful Self-Compassion. How to Train Compassion conference. Max-Planck Institute, Berlin, Germany.

- Neff, K., & Pommier, L. (in press). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*.
- Neff, K., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4(3), 263-287.
- Neff, K., Kirkpatrick, K., & Rude, S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Newton, C., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72(1), 54-62. doi:10.1016/S0015-0282(99)00164-8
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Office of Research Integrity (2016). Research Design: Descriptive Studies. Retrieved 8/9/16 from http://ori.hhs.gov/education/products/sdsu/res_des1.htm
- Olshansky, S. (1962). Chronic sorrow: A response to having a mentally defective child, *Social Casework*, 43, 190-193.
- Otero, S. (2009). Psychopathology and Psychological adjustment in children and adolescent with epilepsy. *Word Journal of Pediatrics*, 5(1), 12-17.
- Patsiopoulos, A., & Buchanan, M. (2011). The practice of self-compassion in counseling: A narrative inquiry. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(4), 301.
- Pauley, G. & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individual with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 129-143.
- Pervin, K., Eylem O. & Ahmet, T. (2006). Posttraumatic stress disorder and major depressive disorder is common in parents of children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 8 (1), 250-255.

- Poddar, S., Sinha V., & Urbi, M. (2015). Acceptance and commitment therapy on parents of Childr and Adolescents With Autism Spectrum Disorders. *International Journal of Education and Psychological Resorearches* ,1 (3), 221- 225.
- Porges, S. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74, 116-143.
- Powers, T., Koestner, R., & Zuroff, D. C. (2007). Self-criticism, goal motivation, and goal progress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 826-840.
- Przedzicki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self compassion. *Psycho Oncology*, 22(8), 1872-1879. doi: 10.1002/pon.3230
- Rabie, F., Al Asmari, A., Al-Barak, S., Al-Rashed, F., Najla Marei (2016). Prevalence and determinants of epilepsy among school children in aseer region-KSA. *Journal of Education and practice* 7 (21),149-153.
- Raque-Bogdan, T., & Hoffman, M. (2015). The relationship among infertility, self-compassion, and well-being for women with primary or secondary infertility. *Psychology of Women Quarterly*, doi:10.1177/0361684315576208
- Robinson, S, Richard P. Hastings, R., Weiss, J., Pagavathsing, J. & Lunsy, Y. (2018). Self-compassion and psychological distress in parents of young people and adults with intellectual and developmental disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*, 31,454-458.
- Robitschek, C. (1998). Personal growth initiative: The construct and its measure. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 30, 183-198.
- Rockcliff et al. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry*, 5, 132-139.
- Ross, R., Anne, M., Maja, D. & Albert, P. (2005). Family factors and psychopathology in children with epilepsy: A literature review. *Epilepsy & Behavior* 6,488-503.

- Salzberg, S. (1997). *A heart as wide as the world*. Boston: Shambhala.
- Sbarra, D., Smith, H., & Mehl, M. R. (2012). When leaving your ex, love yourself: Observational ratings of self-compassion predict the course of emotional recovery following marital separation. *Psychological Science*, 23, 261-269.
- Sanjeev V., Thomas & Bindu, V. (1999). Psychosocial and economic problems of parents of children with epilepsy. *Seizure*, 8:66-69.
- Schiffirin, H. & Nelson, K. (2010). Stressed and Happy? Investigating the Relationship Between Happiness Perceived Stress. *Journal of Happiness Studies*. 11 (1), 33-39.
- Selye, H. (1983). "The stress concept: past present and future". In: *Coper(end's) stress research: Issues for the 80's* (1-10), New York: Wiley.
- Soltanifar, A., Akbarzadeh, F., Moharreri, F., Soltanifar, A., Ebrahimi, A.,
- Shapira, L., & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 5(5), 377-389.
- Shapiro, S., Astin, J., Bishop, S., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.
- Siegel, D. (2007). *The mindful brain*. New York: Norton.
- Swann, W. B. (1996). *Self-traps: The elusive quest for higher self-esteem*. New York: W. H. Freeman.
- Sirois, F., Molnar, D., & Hirsch, J. (2015). Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*, 14(3), 334-347.
- Staggers, S. M., Martin, M. M & Anderson, C. M. (2011). The relationships between cognitive flexibility with dogmatism, intellectual flexibility, preference for consistency, and self-compassion. *Communication Research Reports*, 28, 275-280.
- Stew, G. (2011). Mindfulness training for occupational therapy students. *The British Journal of Occupational Therapy*, 74(6), 269-276. doi: 10.4276/030802211X13074383957869

- Stuntzner, S., & Hartley, M. (2015). Balancing Self-Compassion with Self-Advocacy: A New Approach for Persons with Disabilities. *Annals of Psychotherapy and Integrative Health*.
- Tesser, A. (1999). Toward a self-evaluation maintenance model of social behavior. In R. Baumeister (Ed.), *The self in social psychology* (pp. 446-460). New York: Psychology Press.
- Thompson, B. L., & Waltz, J. (2008). Self-compassion and PTSD symptom severity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(6), 556-558.
- Tirch, D. (2010). Mindfulness as a context for the cultivation for compassion. *International Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3, 113-123.
- Tomanik, S., Harris, G., & Hawkins, J. (2004). The relationship between behaviours exhibited by children with autism and maternal stress. *Journal Of Intellectual and Developmental Disability*, 29(1), 16-26.
- Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical applications*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Treharne, G., Lyons, A., Booth, D., & Kitas, G. (2007). Psychological well being across 1 year with rheumatoid arthritis: Coping resources as buffers of perceived stress. *British journal of Health Psychology*, 12(3), 323-345.
- Van Dam, N., Sheppard, S., Forsyth, J., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123-130.
- Vettese, L., Dyer, C., Li, W., & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotional regulation difficulties? *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 480-491.
- Vettese, L., Dyer, C., Li, W., & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotional regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 480-491

- Vilardaga, R. (2009). A relational frame theory account of empathy. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5, 178-184.
- Volkow, N., Baler, R., Compton, W., & Weiss, S. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *New England Journal of Medicine*, 370(23), 2219-2227.
- Voth, J., & Sirois, F. M. (2009). The role of self-blame and responsibility in adjustment to inflammatory bowel disease. *Rehabilitation Psychology*, 54(1), 99. doi: 10.1037/a0014739
- Wang, S. (2005). A conceptual framework for integrating research related to the physiology of compassion and the wisdom of Buddhist teachings. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*. New York: Routledge.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. In S. T. Fiske (Ed.), *Annual review of psychology* (Vol. 51, pp. 59-91).
- Wilson, D. S., Van Vugt, M., & O'Gorman, R. (2008). Multilevel selection theory and major evolutionary transitions: Implications for psychological science. *Current Directions in Psychological Science*.
- Worthington, E., O'Connor, L., Berry, J., Sharp, C., Murray, R., & Yi, E. (2005). Compassion and forgiveness: Implications for psychotherapy. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp. 168-192). New York: Routledge.
- Wren, A. A., Somers, T. J., Wright, M. A., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., Huh, B. K., & Rogers, L. L. (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: Relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43, 759-770.
- Yadavia, J., Hayes, S. & Vilardaga, K. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *J. contextual Behav sci.* 1,3(4);248-257.

- Yarnell, L. M., & Neff, K. D. (in press). Self-compassion interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*.
- Zabelina, D. L., & Robinson, M. D. (2010). Don't be so hard on yourself: Self-compassiofacilitates creative originality among self-judgmental individuals. *Creativity Research Journal*, 22, 288-293.