

فاعلية برنامج إرشادي جمعي في ضوء النظرية المعرفية السلوكية في خفض مستويات أعراض الاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من جرحى الحرب الليبيين †

**The effectiveness of a group counseling program in view of cognitive behavioral theory in reducing levels of symptoms of depression and post-traumatic stress disorder in sample of libyan war wounded**

مصطفى الهلاك\*، ونايفة الشوبكي\*\*

**Mustafa Hellack & Naifa Al-Shoubaki**

\*جامعة العلوم الاسلامية، الأردن.

\*\*قسم علم النفس والتربية الخاصة، كلية الاميرة عالية الجامعية ، جامعة البلقاء التطبيقية، الاردن.

\* University of Islamic Sciences, Jordan.

\*\* Department of Psychology and Special Education, Princess Alia University College, Al-Balqa Applied University, Jordan

\*الباحث المراسل: musty93@hotmail.com

تاريخ التسليم: (2019/2/10)، تاريخ القبول: (2019/7/9)

#### ملخص

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي جمعي في ضوء النظرية المعرفية السلوكية في خفض مستويات أعراض الاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة. استخدم الباحث المنهج شبه التجريبي والمنهج الوصفي التحليلي، وتكون مجتمع الدراسة من الجرحى الليبيين جراء الحرب الأهلية في ليبيا، وتكونت عينة الدراسة من (34) جريحاً ممن حصلوا على أعلى درجة على مقياس زونج لتقييم الاكتئاب، ومقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة، ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بترجمة مقياس زونج لتقييم الاكتئاب وتطويره، وكذلك مقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة، كما قام الباحث ببناء برنامج إرشادي جمعي في ضوء النظرية المعرفية السلوكية، وإجراء التحليلات الإحصائية المناسبة. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين: التجريبية والضابطة، وذلك من خلال الدرجة الكلية والفردية لمقياس زونج

† البحث مستل من رسالة دكتوراه للباحث مصطفى الهلاك بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي جمعي في ضوء النظرية المعرفية السلوكية في خفض مستويات أعراض الاكتئاب، واضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من جرحى الحرب الليبية"، بإشراف الدكتورة نايفة الشوبكي، والتي تم مناقشتها في جامعة العلوم الاسلامية، عمان، الاردن، بتاريخ 29/7/2018.

للاكتئاب ومقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة، لصالح المجموعة التجريبية، كما أظهرت عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الاكتئاب ومستوى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى الجرحى تُعزى لأيٍّ من المتغيرات الثلاثة: (الحالة الاجتماعية، ونوع الإصابة، والمستوى التعليمي).

**الكلمات المفتاحية:** النظرية المعرفية السلوكية، الاكتئاب، اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، جرحى الحرب.

## Abstract

The study aimed to identify the effectiveness of a group cognitive behavioral counseling program to reduce symptoms of depression and post-traumatic stress disorder in a sample of Libyan war wounded. The researcher used the quasi- experimental and descriptive analytical methods. The study population consisted of all Libyan wounded. The sample consisted of 34 wounded who received the highest score on the Zung scale to evaluate depression; the Mississippi scale for post-traumatic stress disorder, the researcher translated and developed the Zung Scale for Depression Evaluation and the Mississippi Scale of Post-Traumatic Stress Disorder. The researcher also applied a collective counseling program in the light of cognitive behavioral theory. The appropriate statistical analyzes were conducted. The results of the study showed statistically significant differences between the experimental and control groups on the total and sub-score of the Zung scale of depression and the Mississippi scale of post-traumatic stress disorder for the experimental group. Meanwhile, there were statistically insignificant differences in the level of depression and the level of PTSD in the injured due to these variables (social status, type of injury, educational level).

**Keywords:** Cognitive Behavioral Theory, Depression, Post-traumatic Stress Disorder, War Wounded.

## مقدمة

يحفل التاريخ البشري بالحروب والمجازر، فهناك العديد من الأفراد فقدوا حياتهم بسبب الحرب العالمية الأولى والثانية، كما يشهد العالم اليوم وفي أنحاء متفرقة منه العديد من الحروب والنزاعات الإقليمية والداخلية، وأعمال العنف والتعذيب والإرهاب والكوارث الطبيعية، إنَّ حجم المعاناة التي يتعرض لها الشعب الليبي نتيجة الصراعات المسلحة والاضطرابات في الدولة انعكست على الأفراد

بشكلٍ سلبي، وأحدثت لدى العديد منهم الذعر والخوف، خاصةً في المناطق التي تعرّضت للنزاعات المسلحة، والتي أحدثت ردود فعلٍ قويةٍ من خوفٍ واكتئابٍ وما يتبعها من تغيراتٍ نفسيةٍ وجسديةٍ أدت إلى حالةٍ من الصدمة العصبية والنفسية للأفراد.

ويتعرض الفرد للاضطرابات والضغوط النفسية في حياته اليومية التي تتجم في كثير من الأحيان عن أحداثٍ خارجيةٍ عن إرادته، أو مشكلاتٍ أو متطلباتٍ أو صعوباتٍ تؤدي به إلى عدم الاستقرار، وتشعره بقلقٍ وارتباكٍ تصعب السيطرة عليه (Hamblen, 2005)، إنّ الأحداث القتالية والمواجهات المسلحة أوقعت العديد من الإصابات بين الأفراد، وجعلتهم غير قادرين على القيام بواجباتهم، ممّا أثر سلباً على حالتهم النفسية، ولقد زاد ارتفاع الحالات المصابة نفسياً لعدم وجود خدمات علاجيةٍ نفسيةٍ خلال الأحداث، حيث يعيش هؤلاء الأفراد وسط القتال الدائر هناك، ويشاهدون سقوط الضحايا والدمار الواسع في بعض المناطق ممّا أثر على جميع جوانب حياتهم، وجعلتهم في مواجهةٍ مستمرةٍ مع تلك الضغوطات، ممّا يزيد الحاجة إلى تقديم الدعم النفسي والاجتماعي لتحقيق الصحة النفسية لديهم.

يرى الباحث أنّ نقص الاهتمام بالصحة النفسية لهؤلاء الجرحى في أوقات الأزمات قد يؤدي إلى اضطرابات نفسية تدوم آثارها طويلاً، وبالتالي، من شأنه أن يقلل من قدرة الفرد على أن يحيا حياةً آمنةً ومستقرةً، ولعلّ فقدان الفرد أحد الأطراف أو تعرضه للإصابة بها من الخبرات المؤلمة والصعبة التي واجهها في حياته، والتي يستغلّ الجزء الأكبر من طاقاته في مواجهة الضغوط المختلفة الناتجة عن ذلك، الأمر الذي ينتج عنه اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وارتفاع في مستوى الاكتئاب، وصعوبة التركيز، والخوف، والغضب، والانسحاب ممّا يؤثر سلباً على مستقبله وصحته الجسدية والنفسية.

وبسبب هذه النزاعات المسلحة تمّ التركيز على فئة الجرحى، والبحث عن التأثيرات النفسية السلبية الناجمة عمّا تعرضوا له، وإنّ إعادة التأهيل حقّ أساسي لهم، وعلى الدولة والمجتمع والأسرة مساعدتهم بتوفير خدمات إعادة التأهيل النفسية لهم، التي تهدف إلى الوصول بهم إلى حالةٍ من الاستقرار النفسي والاجتماعي على مستوى قدراتهم الحسية والفكرية والنفسية.

كما أنّ تأثير الإصابة النفسية على الجرحى له عواقب بعيدة المدى، والتي تظهر عليهم من خلال علامات الأمراض النفسية من اكتئاب أو اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وغيرها من الاضطرابات النفسية، ومن هنا، جاءت الحاجة إلى تقديم خدمة الإرشاد الجمعي الذي عُرف أنّه شكّل من أشكال الإرشاد النفسي الموجه نحو تغيير اتجاهات الأفراد الذين يواجهون اضطرابات مؤقتة أو دائمة وتغيير سلوكهم أيضاً، ويتمّ ذلك بوجود قائد للمجموعة، والذي يعمل وفق نظريات الإرشاد النفسي، حيث يقوم بتنظيم المهام في المجموعة الإرشادية وإدارتها، ويقدم أنشطة وبرامج مصممة خاصة لهذه الفئة؛ بهدف مساعدتهم على التخلص من حدة المشكلة لديهم، بحيث يكون على الأغلب لديهم مشكلة، فيتّم التفاعل فيما بينهم، وإيجاد جو من الألفة والأمان والتعبير والانفتاح بشكل حرّ (Gazda, Ginter & Horne, 2001).

إن اضطراب ضغط ما بعد الصدمة هو اضطراب مشترك في اضطرابات الصحة النفسية الأخرى، والأكثر ارتباطاً بالاكتئاب، وإن الحالة المرضية التي تعاني من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب هي أكثر حدة من حالة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وحده أو الاكتئاب. وإن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات ضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب هم أكثر احتمالاً لظهور أعراض أكثر شدة، كما أنهم عرضة لمحاولة الانتحار مقارنة مع أولئك الذين يعانون من تشخيص الاكتئاب فقط (Ayazi, Arune & Hauff, 2012)، كما يعد اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (Post-Traumatic Stress Disorder)، من الاضطرابات النفسية التي يتعرض لها المتضررون من أزمات الحروب، وتعتمد شدة الإصابة في اضطراب ضغط ما بعد الصدمة على عوامل من أهمها: تعرض الشخص إلى صدمات نفسية سابقة، ومعاناة الفرد من اكتئاب يحد من قدرته على التكيف بشكل إيجابي مع المواقف الصاعقة ومدة التعرض للحدث الصادم، وقابلية استمراره، والقرب الجغرافي من المكان الذي تعرض فيه الفرد للصدمة (Williams & Poijula, 2016)، فالمصاب بأعراض ضغط ما بعد الصدمة قد يصاب بأعراض الاكتئاب، ويفسر هذا في الاتجاه المعرفي، وخاصة كما يراه إريك بيك (Beck) صاحب نظرية العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب في ضوء المعنى للموقف، أو الحدث، أو الموضوع، ويفهم في ضوء الثلاثية المعرفية للأفكار السلبية عن الذات، وعن الخبرات، وعن المستقبل، والسبب في هذه الأفكار السلبية ممارسة الفرد للاستدلال الخاطي، والمبالغة في تقييم الأحداث وعزوها إلى الذات بشكل سلبي (أبو عيطة، 2015).

إن الاكتئاب (Depression) يبدأ بأعراض بسيطة تشتد تدريجياً، إذ يعاني الفرد من عدم القدرة على التمتع بالأحداث التي كان يتمتع بها سابقاً، وهبوط الروح المعنوية، وتغير نظرته إلى الحياة والتساؤل عن أهميتها، وتنتابه مشاعر اليأس والانقباض والجزع، ويصاب بنوبات من البكاء، كما يشعر بفقدان الأمل، وبالخوف والارتباك الشديدين، ويعاني من اضطرابات سلوكية، وتتأثر الوظائف العقلية لديه بشكل سلبي، ويشعر بالنقص واحتقار الذات ولومها وتأنيب الضمير، وتراوده أفكار انتحارية، وكذلك، يتوهم إصابته بأمراض جسدية، وتظهر عليه عدة أعراض فسيولوجية كاضطراب النوم والأرق والكوابيس، وفقدان الشهية، واضطرابات جنسية تتمثل بضعف النشاط الحركي العام، وضعف القدرة على العمل والكسل الجسدي، أو على العكس، تحدث لديه إثارة وتهيج وإفراط حركي (عكاشة، 1980).

ويعد الإرشاد المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Counseling) من الأساليب التي لها أثر فعال في التخفيف من حدة الكثير من الاضطرابات التي تواجه الأفراد والجماعات، وقد جاءت الحاجة إلى استخدام أسلوب ناجح وفعال مع الأفراد ما بعد تعرضهم للصدمة، لمساعدتهم على تخطي مشاكلهم التي يواجهونها، وتدريبهم على فنيات معرفية سلوكية؛ لمواجهة المواقف الناتجة عن اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وحالات الاكتئاب، وكذلك، تعليم الأفراد كيفية استخدام مهارات حل المشكلات، وطرق استخدام أسلوب الحوار الداخلي الذاتي الإيجابي لتعديل السلوك وتوجيه الذات (Corey, 2009).

وأشارت نتائج دراسات سابقة متعددة كدراسة ضمرة ونصار (2014)، ودراسة تران وغلوك وشوستر (Tran, Gluck & Schuste, 2013)، إلى فاعلية برامج الإرشاد الجمعي في التخفيف من حدة أعراض الاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى الأفراد والجماعات، حيث ركزت نتائج هذه الدراسات على الأفراد الذين تعرضوا للاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وعلى فاعلية البرامج الإرشادية الفردية والجماعية في التخفيف من حدة الاضطرابات لديهم.

### مشكلة الدراسة

تظهر مشكلة الدراسة من خلال عمل الباحث مندوباً للجنة الإشراف على المرضى والجرحى الليبيين التابعة للسفارة الليبية في المملكة الأردنية الهاشمية، حيث لاحظ الباحث من خلال تعامله معهم أنهم يعانون من كثير من الاضطرابات الجسدية والنفسية التي أثرت عليهم بشكل كبير، وأدت إلى إحداث تراجع في أدائهم وتفاعلهم مع المجتمع من حولهم، حيث يرى الباحث أنه يجب الاهتمام بهم، وتقديم الدعم والمساندة لهم، ومساعدتهم على تخطي أي عقبات تواجههم، حيث إن إهمال هذه الفئة، خصوصاً بعد أن تعرضوا إلى مواقف صادمة أدت بهم إلى فقدان أجزاء من أجسامهم، أو فقدان أفراد من عائلاتهم، سبب لهم التوتر والخوف الكبير، الذي قد يؤدي بهم إلى حالة من الاكتئاب الشديد، وبالتالي، سيحتاجون إلى متابعة مستمرة للتخفيف من الآثار السلبية المرافقة له، وحتى نحافظ على الأفراد بالأعلى يكونوا عالية على مجتمعهم، ويصبحوا أفراداً قادرين على العطاء والعيش بسلام، كان من الضروري أن نقدم لهم برامج إرشادية علاجية مُتخصّصة تخفّف من حدة الاضطرابات لديهم، سواء كانت اضطرابات نفسية أم جسدية، وبالتالي، نجعل منهم أفراداً منتجين فاعلين في مجتمعاتهم بشكلٍ إيجابيٍّ وصحيحٍ.

### أسئلة الدراسة

تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في محاولتها الإجابة على السؤال الرئيسي الآتي:

ما هي فاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي، في ضوء النظرية المعرفية السلوكية، في خفض مستويات أعراض الاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من جرحى الحرب الليبيين؟، ويتفرع عن السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية الآتية:

**السؤال الأول:** هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha=0.05$ ) بين متوسطي أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب تُعزى للبرنامج الإرشادي؟

**السؤال الثاني:** هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha=0.05$ ) بين متوسطي أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة تُعزى للبرنامج الإرشادي؟

**السؤال الثالث:** هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha=0.05$ ) بين متوسطي أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب تُعزى لمتغيرات نوع الإصابة والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي؟

**السؤال الرابع:** هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha=0.05$ ) بين متوسطي أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة تُعزى لمتغيرات نوع الإصابة والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي؟

#### أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة في ما يلي:

#### الأهمية النظرية

تزيد الحاجة إلى تقديم الدعم النفسي والاجتماعي للجرحى المصابين إثر الأحداث والمواجهات المسلحة في ليبيا؛ لتحقيق الصحة النفسية لديهم، وتتلخص أهمية الدراسة الحالية بما يلي:

توفير إطار نظري وأدب نفسي حول الاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وحول استراتيجيات العلاج المستندة إلى النظرية المعرفية السلوكية، وذلك باستقصاء أثر البرنامج الإرشاد الجمعي في ضوء النظرية المعرفية السلوكية في خفض مستويات أعراض الاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة الجرحى الليبيين، وتقديم أسلوب يعتمد على الإرشاد الجمعي في ضوء النظرية المعرفية السلوكية في خفض مستويات الاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من جرحى الحرب الليبيين.

#### الأهمية التطبيقية

إمكانية استخدام المرشدين النفسيين والعاملين في مجال الإرشاد النفسي والتربوي لهذا البرنامج في خفض حالات الاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وبناء برنامج تدريبي ذي محتوى شامل يضم مجموعة من الأهداف والأنشطة والإجراءات والتطبيقات مبني على النظرية المعرفية السلوكية؛ لیساعد في خفض مستويات الاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من الجرحى الليبيين، وتوفير أدوات قياس متخصصة ذات خصائص سيكومترية جيدة لقياس الاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة، ويمكن أن يتم استخدامها في مجالات أخرى، وعلى عينات مماثلة تعاني من الصدمات النفسية، ويكون كذلك هذا البحث منطلقاً لبحوث ودراسات أخرى على جرحى الحرب.

#### محددات الدراسة

تحدد فيما تؤول إليه نتائج الدراسة، وطريقة اختيار العينة، والخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) لأدوات الدراسة المستخدمة، وفعالية البرنامج الإرشادي الجمعي، ومنهجية البحث المستخدم.

#### التعريفات المفاهيمية والإجرائية

**البرنامج الإرشادي الجمعي (Group Counseling Program):** هو خطوات منظمة تهدف إلى مساعدة الفرد على فهم شخصيته، وتنمية قدراته وإمكانياته؛ ليستطيع حلّ المشكلات في ضوء معرفته ورغبته، وتهدف إلى تدريب الفرد وتعليمه المهارات المختلفة؛ ليكون قادراً على تحقيق أهدافه التي يسعى إليها في حياته، وبهذا، يحافظ على مستوى عالٍ من الصحة النفسية (الخالدي والعلمي، 2008). ويعرف إجرائياً بمجموعة من المهارات والأنشطة المعرفية السلوكية المتنوعة، ويتكون من (14 جلسة)

إرشادية، ومدة كل جلسة (90 دقيقة)، وذلك بواقع جلسيتين أسبوعياً تمَّ تطبيقها على أفراد المجموعة التجريبية.

**النظرية المعرفية السلوكية (Cognitive Behavioral Theory):** هي تعليم الأفراد أن يحددوا أفكارهم ومعتقداتهم وقيمها، خاصة المرتبطة بالأحداث المؤلمة والاضطرابات السلوكية؛ بهدف تنفيذ الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية السلبية لدى الفرد وتعديلها، وإبدالها بأفكار ومعتقدات عقلانية إيجابية (Corey, 2009).

**الاكتئاب Depression:** تُعرّف جمعية الطب النفسي الأمريكية الاكتئاب في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) بأنه: اعتلال عقلي يعاني فيه الفرد من الحزن، والتشاؤم، والمشاعر السلبية، وفقدان الحماس، والشعور بالذنب، مع انعدام وجود هدف للحياة، والنفور من الأنشطة ونظرته إلى العالم الخارجي، مما يجعل الفرد بعيداً عن الواقع (American Psychology Association, 2013)، ويعرف إجرائياً: بالدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد المفحوص على مقياس زونج؛ لتقييم الاكتئاب الذي تمَّ ترجمته وتطويره من قبل الباحث لأغراض هذه الدراسة.

### اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) (Post-Traumatic Stress Disorders)

حسب تعريفه في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (Diagnostic and Statistical manual of mental disorders) (DSM-5) والمشار إليه في (سمنية، 2016) على أنه: ردة فعل تنتج عند التعرض لتجربة موت فعلي، أو تهديد بالموت، أو إصابة خطيرة؛ مما يؤدي بالفرد إلى استعادة الحدث الصادم بشكلٍ مستمر، من خلال نكريات متكررة وغير طوعية، وأحلام متكررة من حيث المحتوى، ومن خلاله، يتصرف الفرد كما لو أنّ الحدث الصادم يعاود الحدوث، ويبدأ الإنسان بالتجنب المستمر للمحفزات المرتبطة بالأحداث الصادمة. ويعرف إجرائياً: بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة، الذي تمَّ ترجمته وتطويره من قبل الباحث.

**الجرحي الليبيون:** هم الرجال من الجرحى بسبب أحداث المعارك في ليبيا ممن يراجعون المستشفيات في المملكة الأردنية الهاشمية/ محافظة العاصمة عمان (2016/2018).

### الدراسات السابقة

أجرى أبو غالي وحجازي (2016) دراسة هدفت إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي في الحد من الكوابيس الليلية، وتحسين جودة النوم لدى أطفال غزة ممن دُمرت منازلهم أثناء الحرب على غزة عام (2014). وشملت عينة الدراسة (18) طفلاً، تتراوح أعمارهم ما بين (10-12) عاماً ممن يعانون من تكرار حدوث الكوابيس الليلية وتدني جودة النوم. وتمَّ تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، وبلغ عدد كل مجموعة (9) أطفال. وبينما خضعت المجموعة التجريبية إلى البرنامج الإرشادي، لم تتلق المجموعة الضابطة أي معالجة. وأسفرت نتائج الدراسة عن نجاح الفنيات المستخدمة القائمة على النظرية المعرفية السلوكية في خفض الكوابيس الليلية، وتحسين جودة النوم لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنةً بأفراد المجموعة الضابطة، كما توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية لدى أفراد المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، حيث انخفضت

الكوابيس الليلية، وتحسنت جودة النوم لديهم، بينما لم تظهر أي فروق بين القياس البعدي والتبعي. كما أجرى سعدي وبدر (2015) دراسة هدفت إلى معرفة مستوى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من أبناء الشهداء في مرحلة المراهقة، ومعرفة الفروق في درجة الاضطراب ما بين الذكور والإناث من أبناء منطقة ريف جبلة في سوريا. وللكشف عن الفروق في درجة الاضطراب تبعاً لمتغيري مدة الصدمة والترتيب الميلادي لعينة البحث. استخدم الباحث مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون، وتكوّنت عينة الدراسة من (38) مراهقاً منهم (19) ذكراً و(19) أنثى، وأظهرت نتائج البحث وجود مستوى متوسط من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة البحث، وعدم وجود فروق بين الذكور والإناث، في مدة الصدمة، والترتيب الميلادي لعينة البحث.

وقد أجرى ضمرة ونصار (2014) دراسة هدفت إلى التعرف على أثر برنامج علاج معرفي سلوكي مركز على الصدمة في خفض مستويات الاكتئاب لدى عينة من أطفال الحروب، تكوّنت عينة الدراسة من (30) طفلاً عراقياً ممن قدموا إلى الأردن ما بين (2009-2010)، تمّ تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة بالتساوي، وتمّ استخدام مقياس قائمة الاكتئاب للأطفال لكوفكا The Children Depression Inventory (CDI) which was prepared by Kovacs (1985)، وتكوّن البرنامج من (12) جلسة علاجية، أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) على خفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال. وأوصت الدراسة بأهمية إجراء مزيد من الدراسات للتحقق من تأثير العلاج المعرفي السلوكي (CBT) على جوانب الصحة العقلية للأطفال اللاجئين على سبيل المثال، وعلى اضطرابات القلق واضطرابات ما بعد الصدمة، وبناء قدرات العاملين والمستشارين لتنفيذ هذه البرامج العلاجية واستخدامها.

كما أجرى تران، وآخرون (Tran, et al. 2013) دراسة هدفت إلى معرفة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى كبار السن في النمسا، وتأثير تجارب الحرب عليهم، وتأثير الصدمة على الحالة النفسية الحالية. تكوّنت عينة الدراسة من (316) من المسنين النمساويين، تمّ استخدام مقياس الأحداث الصادمة (Traumatic Life Inventroy) ومقياس الصحة النفسية (Brief Sympton Inventroy)، وتوصلت النتائج إلى أنّ (97,5%) من العينة لديهم صدمة واحدة على الأقل، و(92,7%) لديهم صدمات مرتبطة بالحرب، و(8,3%) لديهم صدمات غير مرتبطة بالحرب.

كما أجرى كلٌّ من أحمدى وآخرون (Mohammadjavad, 2013) دراسة هدفت إلى معرفة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي على نوعية جودة الحياة للمرضى الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة المزمن المرتبط بالحرب الإيرانية، تكوّنت عينة الدراسة من (120) مريضاً من قدامى الحرب الإيرانيين، ورُعوا إلى أربع مجموعات عشوائياً، وهي: مجموعة العلاج بأسلوب حلّ المشكلات، ومجموعة العلاج بالتعرض، ومجموعة السيطرة، ومجموعة حلّ المشكلات والتعرض معاً، تمّ استخدام مقياس (SF-36) (Short Form Health Survey) الذي طوره راند (RAND)، وتوصلت النتائج إلى أنّ المجموعات التي استخدمت العلاج المدمج بين حلّ المشكلات والتعرض أظهرت تحسناً ملحوظاً، بالإضافة إلى انخفاض في اضطراب ما بعد الصدمة، ولم يتمّ ملاحظة أيّ تغييرات على المرضى في مجموعة السيطرة، وهذا يدل على أنّ البرنامج السلوكي المعرفي له تأثير إيجابي في



تحسن المرضى.

وفي دراسة للعينات عام (2012) هدفت إلى معرفة السمة العامة المميزة لاضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال في مخيمات اللاجئين السوريين في الأردن، ومعرفة ما إذا كان هناك فروق في أعراض الاضطراب تبعاً لنوع الأطفال أو اختلافهم في مستوى التعليم. وتكوّنت عينة الدراسة من (5200) طفل ومراهق، وقد استخدم الباحث مقياس أعراض الصدمة النفسية للأطفال، وتوصلت الدراسة إلى أنّ جميع أبعاد الاضطرابات النفسية تنسم بالارتفاع وسط الأطفال والمراهقين، كما بينت عدم وجود فروق في كلّ أبعاد أعراض الصدمة النفسية تبعاً للنوع، وكذلك، أظهرت وجود فروق في جميع أبعاد الاضطرابات النفسية تبعاً للمستوى التعليمي بين مستوى التعليم الثانوي وبقية المستويات التعليمية، وذلك لصالح المستوى الثانوي، كما بينت أنّ اضطراب ما بعد الصدمة هو الأعلى، أي الأكثر شيوعاً، بينما القلق هو الأدنى، أي الأقل شيوعاً.

كما أجرى التوكيت وآخرون (Alturkait, et al. 2008) دراسة هدفت إلى معرفة نسبة انتشار اضطراب ما بعد الصدمة بين الرجال العسكريين الكويتيين وفقاً لمستوى المشاركة في حرب الخليج الأولى، ومقارنة شدة تأثير الحرب والاكْتئاب والقلق بين المجموعات، وتقييم درجة احترام الذات والسيطرة (التحكم الذاتي). تكوّنت عينة الدراسة من (200) فرد قُسموا إلى أربعة مجموعات بالتساوي، وهي: المجموعة الأولى: المتقاعدون قبل الحرب، والثانية: نشطاء في الحرب، والثالثة: مجموعات قتالية، والرابعة: أسرى الحرب، حيث تراوحت أعمارهم بين (24-71) سنة، تمّ استخدام مقياس اضطراب ما بعد الصدمة العيادي (Blake, et al. 1995)، ومقياس شدة تأثير الحرب (Horowitz, 1979)، ومقياس هوبنكز (Hopkins, 1987)، وتوصلت النتائج إلى أنّ مجموعة أسرى الحرب لديهم ارتفاع في اضطراب ضغط ما بعد الصدمة أكثر مقارنة مع المجموعات الأخرى، وكانت أعراض التجنب أكثر وضوحاً لديهم، وتقدير الذات أقل بكثير.

كما أجرى إيفيرسون وآخرون (Iverson, et al. 2008) دراسة هدفت إلى معرفة عوامل الخطر لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة على الجنود البريطانيين، تكوّن مجتمع الدراسة من (4762) جندياً، تمّ استخدام مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL))، توصلت النتائج إلى أنّ هناك تهديداً للحياة أثناء الصدمة كاهمّ مؤشر على أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وارتبطت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بارتفاعها في الوضع الاقتصادي المتدني، كما ارتبطت بالحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، والتاريخ الطفولي السابق.

أجرى هويل وآخرون (Hiwel, et al. 2006) دراسة هدفت إلى التعرف على تقييم العلاج المعرفي السلوكي الجماعي مع مرضى الاكْتئاب، وانخفاض تقدير الذات، والتحقق من مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، وتألفت عينة الدراسة من (51) مريضاً في مجموعتين: تجريبية تكوّنت من (26) مريضاً، وضابطة تكوّنت من (25) مريضاً من مرضى الاكْتئاب، وقد استخدم مقياس بيك للاكْتئاب والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في خفض الأعراض الاكْتئابية لدى المجموعة التجريبية مقارنةً بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلقَ أيّ علاج، وذلك في كلّ من القياس البعدي والمتابعة.

كما أجرى ثابت وفوستانز (Thabet & Vostanis, 2006) دراسة هدفت إلى معرفة معدلات انتشار اضطراب ما بعد الصدمة، ومعرفة العلاقة بين العوامل ذات الصلة بردود الفعل واضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD)، وبين مشاكل الصحة العقلية العامة عند الأطفال الذين لديهم صدمات الحرب في قطاع غزة. تكوّنت عينة الدراسة من (234) طفلاً من غزة، تتراوح أعمارهم بين (7 و12) عاماً، تمّ استخدام مقياس روتر (Rutterd A1 (1996) للآباء، ومقياس روتر (Rutter B2 (1967) لقياس الإنجاز من قبل المعلمين، ومقياس إجهاد ما بعد الصدمة للأطفال (Child Post Traumatic (Stress Reaction Index (CPTS-RI)، وتوصلت الدراسة إلى ارتفاع اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية من ذوي خبرة الحرب، ونسبة (73%) لديهم مستوى معتدل من (ptsd)، و(39%) لديهم ردود فعل حادة، وتفاعلات واضطراب ضغط ما بعد الصدمة انخفضت في غياب الضغوط، وبينت النتائج أنّ الخبرات السابقة التراكمية للصدمات تشكل عاملاً خطراً لاستمرار أعراض الاضطراب التالي للصدمة.

#### تعقيب على الدراسات السابقة

هناك دراسات قد اتفقت في جوانب معينة، واختلفت في جوانب أخرى، ومنها دراسات تناولت ضغط اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب، كدراسة (سعدي وبدر، 2015)، ودراسة (العدينيات، 2012)، ودراسة تران وآخرون (Tran, et al. 2012)، ودراسة ثابت وفوستانز (Thabet & Vostanis, 2000)، ودراسة التوكيت وآخرون (Altukait, et al. 2008)، ودراسة إيفيرسون وآخرون (Iverson, et al. 2008). كما أنّ العديد من الدراسات تضمنت أساليب إرشادية استندت على النظرية المعرفية السلوكية في علاج الصدمة وخفض مستويات الاكتئاب، كدراسة خوداباخش وآخرون (Khodabakhsh, et al. 2013).

ويلاحظ من استعراض نتائج الدراسات السابقة أنّها قد أكّدت على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وتأثيره الإيجابي على الفرد خلال العينات المستخدمة فيه، والتي ساعدت الأفراد على الوصول إلى أفضل مستوى من الصحة النفسية. وقد استفاد الباحث من الدراسات السابقة في إعداد الإطار النظري والأدوات المستخدمة، كما تمّ الاستفادة من الدراسات السابقة بإعداد البرامج العلاجية المتعلقة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وفي تصميم برنامج إرشادي معرفي سلوكي، والذي طُبّق على عينة الدراسة (جرحي الحرب الليبيين)، وفي مناقشته نتائج الدراسة الحالية بغرض تحسين الأهداف المرجوة من الدراسة الحالية، ألا وهي خفض مستويات أعراض الاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

ومما يميز الاستفادة من هذه الدراسة الحالية التي سعت إلى دراسة فاعلية برنامج إرشادي جمعي في ضوء النظرية المعرفية السلوكية في خفض مستويات أعراض الاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من الجرحى الليبيين، حيث تعدّ الدراسة الحالية من الدراسات المهمة في ليبيا، وتميزها بالفئة المستهدفة، وأنها تقدم برنامجاً تدريبياً جمعياً لتلبية الحاجات المعرفية والانفعالية والاجتماعية لجرحي الحرب الليبيين، علماً أنّ الدراسات السابقة لم تجمع بين المتغيرات التابعة والبرنامج المعرفي السلوكي.

### الطريقة والإجراءات

يتضمن البحث وصفاً لطريقة الدراسة وإجراءاتها من حيث المنهج، ومجتمع الدراسة، وعينتها، وأدواتها، والمعالجة الإحصائية.

### منهجية الدراسة

للإجابة على أسئلة الدراسة، اشتملت الدراسة على شقين: الشق الأول هو المنهج الوصفي التحليلي الذي هدف إلى التعرف على دلالة الفروق في مستويات الاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى جرحى الحرب الليبيين، وفقاً لمتغيرات نوع الإصابة، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، حيث تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات جرحى الحرب الليبيين وفقاً للمتغيرات الثلاث، واستخدام تحليل التباين الثلاثي (Three Way Anova) للحكم على دلالة الفروق في الاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى جرحى الحرب الليبيين، وذلك بين فئات متغيرات نوع الإصابة، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، كما تم الاستفادة من البيانات التي جمعها الباحث في الشق الأول في اختيار عينة الشق الثاني من الدراسة، وهو: المنهج شبه التجريبي، وهو الجزء الأساسي في الدراسة، حيث تم تحديد الأشخاص الذين لديهم أعلى مستوى اكتئاب وضغط ما بعد الصدمة، وتوزيعهم بشكل عشوائي على المجموعتين التجريبية والضابطة، نظراً لملاءمته أهداف الدراسة.

### مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع الجرحى الليبيين الذكور الذين يراجعون المستشفيات الخاصة في محافظة العاصمة عمان وعددهم (150) جريحاً ما بين عام 2016 إلى عام 2018.

### عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (34) جريحاً من الذين يراجعون المستشفيات الخاصة في محافظة العاصمة عمان، وتم اختيارهم بالطريقة القصدية ممن حصلوا على درجة مرتفعة على مقياس زونج لتقييم الاكتئاب، ومقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وتم توزيعهم إلى مجموعتين: ضابطة وتجريبية منصفة، وتلقت المجموعة التجريبية البرنامج الإرشادي الجمعي في ضوء النظرية المعرفية السلوكية التي أعدها الباحث، وتكون البرنامج من (14) جلسة إرشادية، بمعدل جلستين أسبوعياً، ومدة الجلسة (90) دقيقة. وتكونت المجموعة الضابطة من (17) جريحاً من الجرحى الليبيين الذين لم يتلقوا البرنامج الإرشادي.

### أدوات الدراسة

اشتملت الدراسة على أداتين رئيسيتين بغرض تحقيق هدفها، وهما:

#### أولاً: مقياس زونج للاكتئاب (Zung Self-Rating Depression Scale)

تم استخدام مقياس زونج لتقييم الاكتئاب (Zung Self-Rating Depression Scale, 1965)

الذي ترجمه الباحث إلى العربية وطوّره، والذي صمم أول مرة عام (1965)، واستخدم على نطاق واسع في العديد من دول العالم، وأثبت فعاليته في بيئات وثقافات مختلفة من خلال دراسات أجراها (زونج) في كلٍّ من: اليابان، وأستراليا، وبلدان أخرى في العالم.

يتكون المقياس من استبانة قصيرة يتمّ تعبئتها ذاتياً من خلال المفحوص لتحديد حالة الاكتئاب لديه، وهي عبارة عن (20) فقرةً تغطي خصائصً مشتركةً من الاكتئاب ضمن ثلاثة أبعاد، وهي:

1. البعد النفسي Psychological dimension

2. البعد الجسمي Physical dimension

3. البعد الانفعالي Emotional dimension

**صدق وثبات مقياس زونج لتقييم الاكتئاب (Zung, 1965) بصورته الحالية:** قام الباحث بالتحقق من صدق مقياس زونج للاكتئاب بطريقتين:

**الصدق الظاهري لمقياس زونج (Zung) للاكتئاب**

قام الباحث بإجراء الصدق الظاهري لمقياس زونج (Zung, 1965) بطريقة صدق المحتوى بعد أن تمّت ترجمته وتطويره من خلال عرضه بصورته الأولية على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص والخبرة في تخصص الإرشاد، والصحة النفسية، والتربية الخاصة، وعلم النفس التربوي، والمقياس النفسي من جامعات أردنية، والبالغ عددهم (13) محكمًا، ملحق (5)، وذلك للحكم على صلاحية الفقرات وانتمائها لأبعاد المقياس، وصياغتها اللغوية، ومناسبتها لأهداف الدراسة، وقد أبدى المحكمون مجموعة من الملاحظات على بعض الفقرات، وتمّ الأخذ بها حسب اتفاق المحكمين بنسبة (90%) فأكثر؛ لإبقاء الفقرة كما هي أو تعديلها، أو حذفها بناءً على قرار المحكمين.

**ثبات مقياس زونج (Zung) للاكتئاب في الدراسة الحالية**

قام الباحث بالتحقق من ثبات مقياس زونج للاكتئاب بطريقتين:

1. **طريقة الإعادة:** حيث تمّ تطبيق مقياس زونج (Zung, 1965) لتقييم الاكتئاب القبلي على (30) فردًا من الجرحى الليبيين من خارج عينة الدراسة كعينة استطلاعية، ثمّ تمّت إعادة تطبيق المقياس البعدي على نفس الأفراد بعد مضي أسبوعين من التطبيق الأول، ثمّ تمّ حساب معامل الارتباط بين التطبيقين للدرجة الكلية على المقياس، وللأبعاد الفرعية المكونة له.

2. **طريقة الاتساق الداخلي:** تمّ حساب معامل كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) للدرجة الكلية على المقياس، وللأبعاد الفرعية المكونة له، والجدول (1) يبين ذلك:

**جدول (1):** معاملات الثبات المحسوبة بطريقتي الإعادة والاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا) لمقياس زونج (zung) لتقييم الاكتئاب.

البعد	الثبات بالإعادة	الثبات بالاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا)
النفسي	0.89	0.85
الجسمي	0.91	0.82
الانفعالي	0.87	0.71
الكلي	<b>0.90</b>	<b>0.87</b>

يتضح من الجدول (1) أن معامل ثبات المقياس للدرجة الكلية المحسوبة بالطريقتين كان مرتفعاً، حيث بلغ معامل الثبات للمقياس بطريقة الإعادة (0.90)، بينما معامل الثبات المحسوب بطريقة الاتساق الداخلي بلغ (0.87). أما فيما يتعلق بالأبعاد الفرعية المحسوبة بطريقة الإعادة لمقياس زونج، فقد تراوحت معاملات الثبات لها بين (0.89-0.91) وهي معاملات ثبات مرتفعة، وهي مقبولة لأهداف هذه الدراسة. أما فيما يتعلق بالأبعاد الفرعية المحسوبة بطريقة الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا) لمقياس زونج، فقد تراوحت معاملات الثبات لها بين (0.71-0.85)، وهي معاملات ثبات جيدة ومقبولة لأهداف هذه الدراسة.

#### صدق البناء لمقياس زونج (Zung)

أجرى الباحث صدق البناء للمقياس من خلال دراسة معامل ارتباط فقرات مقياس زونج لتقييم الاكتئاب مع الأبعاد التي ينتمي إليها (معامل التمييز) كمؤشر على صدق البناء للمقياس، والجدول (2) يبين ذلك:

**جدول (2):** معاملات التمييز لفقرات مقياس زونج لتقييم الاكتئاب.

رقم الفقرة	معامل التمييز	رقم الفقرة	معامل التمييز
1	0.26	11	0.73
2	0.44	12	0.64
3	0.56	13	0.25
4	0.55	14	0.37
5	0.27	15	0.58
6	0.39	16	0.40
7	0.38	17	0.46
8	0.23	18	0.58
9	0.49	19	0.53
10	0.56	20	0.50

يتضح من الجدول (2) أنّ معاملات التمييز لفقرات مقياس زونج لتقييم الاكتئاب قد تراوحت بين (0.23-0.73)، حيث كانت معاملات التمييز لجميع الفقرات أعلى من (0.20)، وقد كان أدنى معامل تمييز للفقرة (8)، وأعلى معامل تمييز للفقرة (11)، وتدّل هذه النتائج على أنّ فقرات مقياس الاكتئاب تتمتع بقدرة على التمييز بين الأشخاص الذين يكون لديهم مستوى الاكتئاب منخفضاً، وبين الأشخاص الذين يكون لديهم مستوى الاكتئاب مرتفعاً.

### ثانياً: مقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة Mississippi Scale for PTSD

استخدم الباحث مقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة الذي ترجمه وطوره الباحث إلى العربية، وقام بتصميمه كلٌّ من كيني، وكادل، وتيالار عام (1988 Keane, Caddell & Taylor)، ويعدّ مقياس ميسيسيبي من أكثر المقاييس استخداماً في الدراسات والبحوث التي تمّ استخدام النسخة العسكرية الخاصة بالجنود والنسخة المدنية فيها. ويتكون المقياس من (39) بنداً، يتضمن وجود أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة في أبعاد رئيسية أربعة، وهي:

إعادة الخبرة Re-experience، التجنب Avoidance، الإثارة Excitement، أعراض الاكتئاب Symptoms of depression

### صدق مقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة وثباته بصورته الحالية

قام الباحث بالتحقق من صدق مقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة للدراسة الحالية بطريقتين:

#### الصدق الظاهري لمقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة للدراسة الحالية

قام الباحث بإجراء التحقق من صدق المحتوى (الصدق الظاهري) لفقرات المقياس بعد ما تمّت ترجمته وتطويره، وتمّ عرضه بصورته الأولية على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص والخبرة في تخصص الإرشاد، والصحة النفسية، والتربية الخاصة، وعلم النفس التربوي، والمقياس النفسي من جامعات أردنية والبالغ عددهم (13) محكماً، وذلك للحكم على صلاحية الفقرات وانتمائها لأبعاد المقياس وصياغتها اللغوية، ومناسبتها لأهداف الدراسة، وقد أبدى المحكمون مجموعة من الملاحظات على بعض الفقرات، وتمّ الأخذ بها حسب اتفاق المحكمين بنسبة (90%) فأكثر لإبقاء الفقرة كما هي أو تعديلها أو حذفها بناءً على قرار المحكمين.

#### صدق البناء لمقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة للدراسة الحالية

أجرى الباحث صدق البناء للمقياس، حيث تمّت دراسة معامل ارتباط فقرات مقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة مع الأبعاد التي ينتمي إليها (معامل التمييز) كمؤشر على صدق البناء للمقياس، والجدول (3) يبين ذلك:

جدول (3): معاملات التمييز لفقرات مقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

معامل التمييز	رقم الفقرة	معامل التمييز	رقم الفقرة
0.62	21	0.31	1
0.45	22	0.30	2
0.62	23	0.46	3
0.53	24	0.53	4
0.60	25	0.28	5
0.52	26	0.42	6
0.67	27	0.52	7
0.45	28	0.39	8
0.53	29	0.39	9
0.71	30	0.43	10
0.62	31	0.30	11
0.67	32	0.61	12
0.34	33	0.61	13
0.53	34	0.62	14
0.40	35	0.46	15
0.38	36	0.53	16
0.41	37	0.47	17
0.38	38	0.55	18
0.33	39	0.61	19
		0.40	20

يتضح من الجدول (3) أنّ معاملات التمييز لفقرات مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة قد تراوحت ما بين (0.28-0.67)، حيث كانت معاملات التمييز لجميع الفقرات أعلى من (0.20)، وقد كان أدنى معامل تمييز للفقرة (5)، وأعلى معامل تمييز للفقرة (32)، وتدّل هذه النتائج على أنّ فقرات مقياس الاكتئاب تتمتع بقدرة على التمييز بين الأشخاص الذين يكون لديهم مستوى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة منخفضاً وبين الأشخاص الذين يكون لديهم اضطراب ضغط ما بعد الصدمة مرتفعاً.

#### ثبات مقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة للدراسة الحالية

قام الباحث بالتحقق من ثبات مقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة بطريقتين:

1. طريقة الإعادة: حيث تمّ تطبيق مقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة القبلي على (30) فرداً من الجرحى الليبيين من خارج عينة الدراسة كعينة استطلاعية، ثمّ تمّت إعادة تطبيق

المقياس البعدي على نفس الأفراد بعد أسبوعين من التطبيق الأول، ثم تم حساب معامل الارتباط بين التطبيقين للدرجة الكلية على المقياس وللأبعاد الفرعية المكونة له، والجدول (4) يبين ذلك.

2. الثبات بطريقة الاتساق الداخلي: حيث تم حساب معامل كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) للدرجة الكلية على المقياس وللأبعاد الفرعية المكونة له، والجدول (4) يبين ذلك.

**جدول (4):** معاملات الثبات المحسوبة بطريقتي الإعادة والاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا) لمقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة

البعد	الثبات بالإعادة	الثبات بالاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا)
إعادة الخبرة	0.97	0.75
التجنب	0.97	0.90
الإثارة	0.94	0.72
أعراض الاكتئاب	0.95	0.80
الكلية	0.98	0.92

يتضح من الجدول (4) أن معامل ثبات المقياس للدرجة الكلية المحسوبة بالطريقتين كان مرتفعاً، حيث بلغ معامل الثبات للمقياس بطريقة الإعادة (0.98)، بينما معامل الثبات للمقياس المحسوب بطريقة الاتساق الداخلي بلغ (0.92). أما فيما يتعلق بالأبعاد الفرعية المحسوبة بطريقة الإعادة لمقياس ميسيسيبي، فقد تراوحت معاملات الثبات لها بين (0.94-0.97) وهي معاملات ثبات مرتفعة، وهي مقبولة لأهداف هذه الدراسة. أما فيما يتعلق بالأبعاد الفرعية المحسوبة بطريقة الاتساق الداخلي (كرونباخ ألفا) لمقياس ميسيسيبي، فقد تراوح معاملات الثبات لها بين (0.72-0.90)، وهي معاملات ثبات جيدة ومقبولة لأهداف هذه الدراسة.

#### البرنامج الإرشادي الجمعي

بعد الاطلاع على الأدب التربوي والدراسات السابقة مثل دراسة التوكيت وآخرون (Alturkait, et al. 2008)، ودراسة كلٍّ من: إيازي وآخرون (Ayazi, et al. 2012)، وإيمبلنج (Embling, 2012) وغيرها من الدراسات والبرامج الأخرى ذات الصلة، قام الباحث بتطوير البرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية المعرفية السلوكية، وقد تمّ تنفيذه من خلال مجموعة من الجلسات، في فترة زمنية محددة، تهدف إلى مساعدة المشاركين على خفض مستويات أعراض الاكتئاب وضغط ما بعد الصدمة لديهم، وكان عدد الجلسات (14) جلسة إرشادية، مدة كلّ جلسة (90) دقيقة.

**الجلسة الأولى:** التعارف بين المرشد والمشاركين، من خلال التعريف بطبيعة البرنامج الإرشادي وشروطه وفق قواعد تنفيذه وأساسه، وإقامة علاقة بين المرشد والمشاركين في جوٍّ من التقبل والشعور بالطمأنينة، وتحديد الأهداف والاتفاق عليها، وأن يتفق المرشد مع المشاركين على موعد الجلسات الإرشادية ومكانها ومدتها والالتزام بمواعيد الجلسات.



**الجلسة الثانية:** معرفة طبيعة العلاج المعرفي السلوكي Cognitive behavioral therapy (CBT)، وتعريف المشاركين بمفهوم العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الأحداث التي وقعت ولا تتغير، ولكن، نستطيع تغيير تفسير ما حدث بمساعدة المشاركين بالتعرف على العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، وتعليم المشاركين نمط السلوك السوي وكيفية تأثير أفكارهم على مشاعرهم بطريقة غير صحيحة وأثرها على سلوكهم، والتعرف على أحد نماذج النظرية المعرفية السلوكية وتدريبهم على كيفية استخدامه.

**الجلسة الثالثة:** التعرف بالاكتئاب وأسبابه وآثاره السلبية من الناحية النفسية، وشرح النموذج المعرفي للاكتئاب لدى المشاركون، والتعرف على أنواع الاكتئاب وأعراضه، ومساعدة المشاركين على تنظيم أفكارهم، وعدم الشعور بالانهزامية، والاستمتاع بالنشاطات، وتجنب انزالهم عن الآخرين، وتمكين المشاركين من التحدث عن مخاطر الاكتئاب.

**الجلسة الرابعة:** تعريف المشاركين بطبيعة العلاج المعرفي السلوكي للصدمة النفسية، والتعرف على مفهوم الصدمة النفسية، والتعرف على أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وتعريف المشاركين بحدوث الأفعال اتجاه الأحداث الصادمة.

**الجلسة الخامسة:** مناقشة الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بالأفكار العقلانية، وتوضيح العلاقة بين أفكار المريض واضطرابه، ومناقشة المشاركين وتدريبهم على سجل أنشطة الذات، وتدريب المشاركين على كيفية دحض الأفكار اللاعقلانية وتفنيدها، والتعرف على الأفكار غير العقلانية لدى المشاركين من خلال مراقبة المشارك لذاته، وزيادة وعي المشاركين بالمعتقدات الخاطئة التي تزيد من حدة الاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

**الجلسة السادسة:** زيادة الوعي لدى المشاركين بالمعتقدات الخاطئة التي تشوه الواقع وتزيد من المصاعب الانفعالية لديهم، وتدريب المشاركين على مهارات دحض الأفكار اللاعقلانية وتفنيدها، وزيادة الوعي لدى المشاركين لدحض الأفكار الخاطئة التي تشوه الواقع، والتعرف على نمط التفكير الخاطئ اتجاه تفسير الأحداث، والتعرف على معيقات التفكير المنطقي من خلال استخدام الأسئلة الأرسقراطية.

**الجلسة السابعة:** الكشف عن المشاعر المؤلمة المتعلقة بالحدث الصادم، والتخفيف من المعاناة النفسية، والتعبير عن الأفكار والانطباعات والمشاعر، والتعبير عن المشاعر السابقة المرافقة للخبرات السلبية والمرتبطة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة، والتعبير عن المشاعر الحالية الناتجة عن التعرف للخبرات السلبية السابقة والمرتبطة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة، والتدريب على التعبير عن المشاعر بحرية من خلال المشاركة.

**الجلسة الثامنة:** توضيح أهمية الحديث الإيجابي مع الذات والتدريب عليه، وتقديم مهارة الحديث الذات الإيجابي قبل القيام بالسلوك، وتوضيح نموذج الحوار الذاتي.

**الجلسة التاسعة:** مساعدة المشاركين على اكتساب مهارات حلّ المشكلات، وتعريفهم بطرق حلّ المشكلات، وتدريب المشاركين عليها.

**الجلسة العاشرة:** تزويد المشاركين بفهم طبيعة ردود الأفعال الصادرة عنهم اتجاه الضغوطات، توضيح مهارات التكيف المعرفية ومناقشتها، وتدريب المشاركين على اكتساب مهارات التكيف المعرفية وممارستها، كما تمّ تدريب المشاركين على أسلوب التحصين ضدّ التوتر، وتوضيح معنى الضغوطات النفسية وكيفية الاستجابة لها بمهارة تدريبية، واكتشاف المشاركين طريقة سير ضغوطاتهم وطبيعة تفاعلهم.

**الجلسة الحادية عشرة:** توضيح المقصود بأساليب التكيف الصحيحة، وتوضيح أساليب التكيف المستخدمة، وتوضيح أهمية أساليب التكيف الصحيحة في التخفيف من حدة الأعراض، وتعزيز الاستجابات الإيجابية، وتعديل الاستجابات السلبية، وإيصال معلومات كافية عن أساليب التكيف الصحيحة وكيفية استخدامها، والتطرق لوسائل استخدامها، وتدريب المشاركين على كيفية استخدام الأساليب التكيفية الصحيحة في المستقبل إذا ما تمّ التعرض لأحداث مشابهة.

**الجلسة الثانية عشرة:** يتعرف المشاركون فيها على أهمية الاسترخاء في مواجهة المثيرات، ويتدربون على تمارين الاسترخاء وعلى تهدئة النفس والعقل والجسم، ويكتسبون القدرة على التحرر من الأحداث الضاغطة، والتخفيف من حدة الاكتئاب والانفعالات.

**الجلسة الثالثة عشرة:** ممارسة أساليب التحكم العقلية والعاطفية في حياة المشاركين عند مواجهة الأحداث اليومية، وتعزيز إحساسهم بالأمل والاستمرارية في الحياة، ومساعدة المشاركين على التخطيط لمستقبلهم وتعزيز الأمل، وتعزيز شعور المشاركين بالقدرة على فعل أشياء لتغيير المواقف من خلال التطلع إلى المستقبل.

**الجلسة الرابعة عشرة:** جلسة تقويمية وختامية، وفيها يتمّ إنهاء البرنامج الإرشادي، ويتمّ فيها مناقشة المشاركين بإيجابيات البرنامج وسلبياته من خلال مراجعة ما تمّ في جلسات البرنامج الإرشادي وتلخيصه، والاستماع لآرائهم وملاحظاتهم، ومعرفة الفائدة التي حققوها من البرنامج، ومناقشة ما أنجزوه على الصعيد الشخصي لكلّ منهم، كما قام المشاركون بتقييم البرنامج وأهدافه وما تمّ إنجازه، ثمّ تمّ تطبيق مقياس زونج للاكتئاب ومقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة مقياساً بعدياً، وشكر الباحث المشاركين على مشاركتهم، وتفاعلهم، والتزامهم بالمواظبة على الحضور وأداء المهمات والواجبات المتعلقة بالبرنامج خلال فترة التدريب، وتمّ الاتفاق على خطة المتابعة للمحافظة على استمرارية التطبيق.

#### إجراءات الدراسة

اتبع الباحث الإجراءات الآتية في تطبيق هذه الدراسة لتحقيق أهدافها: 1- الحصول على الكتب الرسمية، 2- ترجمة المقاييس وتطويرها، 3- اختبار عينة الدراسة، 4- بناء البرنامج الإرشادي، 5- تطبيق الاختبار القبلي والبعدي على المجموعتين، 6- جمع البيانات وتحليلها إحصائياً.

#### متغيرات الدراسة

**المتغير المستقل:** وهو برنامج الإرشاد الجمعي المعرفي السلوكي، **المتغير التابع:** وهو الاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

### المتغيرات الوسيطة

**الحالة الاجتماعية:** ولها ثلاثة مستويات (أعزب/متزوج/مطلق)، نوع الإصابة: حسب الحالة: (بسيطة/متوسطة/شديدة)، المستوى التعليمي: (ثانوي/جامعي/دراسات عليا).

### تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية

تستخدم هذه الدراسة التصميم شبه التجريبي؛ لتحديد فاعلية البرنامج الإرشادي الجمعي في ضوء النظرية المعرفية السلوكية في خفض مستويات أعراض الاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى عينة من جرحى الحرب الليبيين، وتم استخدام تصميم المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية باختبار قبلي واختبار بعدي.

**المجموعة التجريبية:** تعيين عشوائي- قياس قبلي- برنامج إرشادي جمعي- قياس بعدي.  
G1: R O1 X O2

**المجموعة الضابطة:** تعيين عشوائي- قياس قبلي- عدم تطبيق البرنامج- قياس بعدي.  
G2: R O1 O2

**R:** التعيين العشوائي للأفراد على المجموعات، **01:** اختبار قبلي لمقياس زونج للاكتئاب ومقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة، **x:** تطبيق البرنامج الإرشادي، أي المعالجة التجريبية، **02:** اختبار بعدي لمقياس زونج للاكتئاب ومقياس ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

### نتائج الدراسة

يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الدراسة للإجابة على أسئلة الدراسة على النحو الآتي:

**السؤال الأول:** هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) بين متوسط أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب تعزى للبرنامج الإرشادي؟

للإجابة على السؤال الأول تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب، وذلك للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية للمقياس، كما تم إجراء تحليل التباين المصاحب الأحادي (ANCOVA) للتحقق من دلالة الفروق في الدرجة الكلية للمقياس بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، وإجراء تحليل التباين الأحادي المصاحب، متعدد المتغيرات التابعة (MANCOVA)؛ للتحقق من دلالة الفروق في الأبعاد الفرعية للمقياس بين المجموعتين التجريبية والضابطة، وفيما يلي عرضٌ لهذه النتائج:

**الدرجة الكلية لمقياس الاكتئاب: الجدول (5)** يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية القبليّة والبعدية للدرجة الكلية لاستجابات الجرحى على مقياس زونج للاكتئاب في المجموعتين التجريبية والضابطة وفقاً للمجموعة.

جدول (5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات الجرحى على مقياس زونج للاكتئاب في المجموعتين التجريبية والضابطة.

المجموعة	الاكتئاب القبلي			الاكتئاب البعدي	
	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التجريبية	17	59.88	5.80	35.12	4.34
الضابطة	17	62.41	5.08	53.18	5.41

يتضح من الجدول (5) وجود فروق ظاهرية بين متوسطي أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب في القياسين القبلي والبعدي للدرجة الكلية، حيث يلاحظ وجود انخفاض ملحوظ في مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية (التي تم إعطاؤها برنامج إرشادي جمعي في ضوء النظرية المعرفية السلوكية) حيث كان المتوسط الحسابي لها (59.88)، ثم انخفض إلى (35.12)، كما يلاحظ وجود انخفاض، أيضاً، لدى المجموعة الضابطة (التي لم تتلق أي برنامج إرشادي)، لكن، بنسبة أقل، حيث كان المتوسط الحسابي لها (62.41)، ثم انخفض إلى (53.18)، ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة تم إجراء تحليل التباين المصاحب الأحادي (ANCOVA)، وفيما يلي عرضٌ لهذه النتائج:

جدول (6): نتائج تحليل التباين المصاحب الأحادي (ANCOVA) لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى الاكتئاب.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الاكتئاب قبلي	38.41	1	38.41	1.63	0.212
المجموعة	2771.69	1	2771.69	117.41	*0.000
الخطأ	731.83	31	23.61		
الكلية	3542.26	33			

\*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )

يتضح من الجدول (6) وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى الاكتئاب، حيث كانت قيمة ف (117.41)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )، وقد كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية، فمن الواضح من المتوسطات الحسابية المعدلة في الجدول (13) أن مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية أقل من مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعة الضابطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة التجريبية (34.86)، بينما بلغ للمجموعة الضابطة (53.43)، وهذا يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية.

جدول (7): المتوسطات الحسابية المعدلة والخطأ المعياري لدرجات المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس زونج للاكتئاب.

المجموعة	المتوسط الحسابي المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	34.86	1.20
الضابطة	53.43	1.20

#### الأبعاد الفرعية لمقياس الاكتئاب

ويبين الجدول (7) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات الجرحى على الأبعاد الفرعية لمقياس الاكتئاب في القياس القبلي والبعدي حسب المجموعة.

جدول (8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات الجرحى على الأبعاد الفرعية لمقياس زونج للاكتئاب للمجموعتين التجريبية والضابطة.

القياس	الأبعاد الفرعية	المجموعة				
		ضابطة	التجريبية	العدد		
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد
القبلي	النفسي	2.80	13.29	2.14	13.29	17
	الجسمي	2.87	28.59	3.53	28.24	17
	الانفعالي	2.24	20.53	3.67	18.35	17
البعدي	النفسي	1.94	13.00	1.95	9.24	17
	الجسمي	2.81	24.82	2.47	15.00	17
	الانفعالي	2.34	15.35	2.29	10.88	17

يتضح من الجدول (8) وجود فروق ظاهرية بين متوسطي أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على الأبعاد الفرعية لمقياس الاكتئاب في القياسين القبلي والبعدي، حيث يلاحظ وجود انخفاض ملحوظ في جميع الأبعاد الفرعية لمقياس الاكتئاب، وهي: (النفسي، والجسمي، والانفعالي) لدى المجموعة التجريبية (التي تلقت البرنامج الإرشادي)، فقد كانت المتوسطات الحسابية البعدية في الأبعاد الثلاثة أقل من القياس القبلي بشكل واضح، وكذلك الأمر بالنسبة للمجموعة الضابطة (التي لم تتلق أي برنامج إرشادي)، فقد كان هناك انخفاض في القياس البعدي عن القياس القبلي، لكن، يلاحظ أن الانخفاض في الأبعاد الفرعية الثلاثة كان قليلاً مقارنةً بالمجموعة التجريبية، ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة دالة إحصائياً تم إجراء تحليل التباين الأحادي المصاحب متعدد المتغيرات التابعة (MANCOVA)، وفيما يلي عرض لهذه النتائج.

جدول (9): نتائج تحليل التباين الأحادي المصاحب متعدد المتغيرات التابعة (MANCOVA) لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الأبعاد الفرعية لمقياس الاكتئاب.

مصدر التباين	الأبعاد الفرعية	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
النفسي قبلي	النفسي	0.02	1	0.02	0.01	0.94
	الجسمي	0.04	1	0.04	0.01	0.94
	الانفعالي	11.06	1	11.06	2.08	0.16
الجسمي قبلي	النفسي	11.20	1	11.20	3.06	0.09
	الجسمي	0.37	1	0.37	0.05	0.82
	الانفعالي	0.26	1	0.26	0.05	0.83
الانفعالي قبلي	النفسي	1.88	1	1.88	0.51	0.48
	الجسمي	11.49	1	11.49	1.57	0.22
	الانفعالي	8.56	1	8.56	1.61	0.21
المجموعة هوتلنج ترييس =4.36 ف=39.21 مستوى الدلالة =0.000*	النفسي	119.58	1	119.58	32.71	*0.00
	الجسمي	781.89	1	781.89	107.12	*0.00
	الانفعالي	175.97	1	175.97	33.11	*0.00
الخطأ	النفسي	106.00	29	3.66		
	الجسمي	211.68	29	7.30		
	الانفعالي	154.12	29	5.31		
الكلية	النفسي	241.53	33			
	الجسمي	1044.74	33			
	الانفعالي	341.53	33			

\*دالّ إحصائيًا عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )

يتضح من الجدول (9) وجود فروق دالة إحصائية بين الأبعاد الفرعية لمقياس الاكتئاب، حيث كانت قيمة هوتلنج ترييس (4.36)، وقيمة ف (39.21)، وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )، ولقد كانت هذه الفروق في جميع الأبعاد الفرعية لمقياس الاكتئاب، وهي:

البعد النفسي، حيث كانت قيمة ف (32.71)، وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )، ويتضح من الجدول (9) أنّ مستوى الاكتئاب في البعد النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية كان أقلّ من أفراد المجموعة الضابطة، فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي المعدل لها (9.11)، بينما كان المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة (13.12).

**البعد الجسمي**، حيث كانت قيمة ف (107.12)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )، ويتضح من الجدول (9) أنّ مستوى الاكتئاب في البعد الجسمي لدى أفراد المجموعة التجريبية كان أقلّ من أفراد المجموعة الضابطة، فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي المعدل لها (14.78)، بينما كان المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة (25.04).

**البعد الانفعالي**، حيث كانت قيمة ف (33.11)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )، ويتضح من الجدول (9) أنّ مستوى الاكتئاب في البعد الانفعالي لدى أفراد المجموعة التجريبية كان أقلّ من أفراد المجموعة الضابطة، فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي المعدل لها (10.68)، بينما كان المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة (15.55).

**جدول (10):** المتوسطات الحسابية المعدلة والأخطاء المعيارية لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على الأبعاد الفرعية لمقياس الاكتئاب.

البعد الفرعي	المجموعة	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري
النفسي	تجريبية	9.11	0.48
	ضابطة	13.12	0.48
الجسمي	تجريبية	14.78	0.68
	ضابطة	25.04	0.68
الانفعالي	تجريبية	10.68	0.58
	ضابطة	15.55	0.58

#### مناقشة نتائج السؤال الأول

أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى الاكتئاب تعزى إلى البرنامج الإرشادي الجمعي، في ضوء العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب النفسي لدى جرحى الحرب الليبيين، على مستوى الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس الاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية، وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه نتائج دراسة قام بها كل من ضمرة ونصار (2014) في إثر برنامج علاجي معرفي سلوكي مركز على الصدمة في خفض مستويات الاكتئاب لدى عينة من أطفال الحروب.

وتتفق نتائج هذه الدراسة، أيضاً، مع نتائج دراسة هويل وآخرون (Hiwel, et.al. 2006)، والتي أشارت إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في خفض أعراض الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية مقارنةً بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلقَ أيّ علاج، وذلك في كلّ من القياس البعدي والمتابعة. وكذلك نتائج دراسة (Chen, Ordan & Thompson, 2006) التي أشارت إلى أنّ أسلوب حلّ المشكلات يؤدي دوراً مهماً في العلاج المعرفي السلوكي لتقليل الاكتئاب. وكذلك دراسة إيملينج (Emling, 2012) التي أظهرت نتائجها فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب؛ ممّا يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المطبق في خفض الاكتئاب.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن مكونات البرنامج الإرشادي تتضمن استراتيجيات ركزت بشكلٍ محددٍ على تعديل الأفكار المرتبطة بالاكْتئاب لدى جرحى الحرب اللببيين، ومن هذه الاستراتيجيات تدريب المشاركين في البرنامج الإرشادي على مهارة الاسترخاء، والتركيز على فنية التخيل والحديث مع الذات، وفيها يتعلم الفرد مراقبة الأفكار المرتبطة بالمشاعر غير السارة، ومن ثمّ إعادة تفسير هذه الأفكار بطريقة واقعية؛ مما يفسح المجال للفرد بالتعاون مع المرشد باختبار صحة معتقداته، بالإضافة إلى استراتيجيات التحصين ضدّ التوتر، التي أكسبت المشاركين بالبرنامج الإرشادي تكوين مفاهيم جديدة نحو مشاعرهم وانفعالاتهم، فضلاً عن إكسابهم مهارات المواجهة المعرفية والسلوكية اللازمة للتعامل مع المواقف الضاغطة، ومن ثمّ تدريبهم على تطبيق تلك المهارات في البيئة الواقعية. ويشير الباحث، هنا، إلى بعض ملاحظات المشاركين أثناء تطبيقه البرنامج الإرشادي على أعضاء المجموعة، ومنها ما قال أحد الجرحى: (لم تكن نتوقع البرنامج بهذا الشكل، لقد استفدنا منه كثيراً، وكنا نستفيد من تبادل الخبرات بعضنا البعض، من البداية شعرت بالقلق من المشاركة، ولكن، شعرت بالارتياح بعد الجلسة الأولى)، كما أفاد آخر: لقد تعلمنا الكثير من الأشياء، وأهمها كيفية التعبير عن مشاعرنا، واستفدنا من جلسة التفريغ الانفعالي التعبير عن المشاعر السابقة المرافقة للخبرات السلبية.

**السؤال الثاني:** هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha=0.05$ ) بين متوسط أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة تعزى للبرنامج الإرشادي؟

للإجابة على السؤال الثاني تمّ حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد المجموعتين التجريبية (التي تمّ إعطاؤها برنامجاً إرشادياً جمعياً في ضوء النظرية المعرفية السلوكية)، والضابطة (التي لم تتلقَ أيّ برنامج إرشادي) على مقياس مسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وذلك للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية للمقياس، كما تمّ إجراء تحليل المصاحب الأحادي (ANCOVA) للتحقق من دلالة الفروق في الدرجة الكلية للمقياس بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، وإجراء تحليل التباين الأحادي المصاحب متعدد المتغيرات التابعة (MANCOVA) للتحقق من دلالة الفروق في الأبعاد الفرعية للمقياس بين المجموعتين التجريبية والضابطة، وفيما يلي عرض لهذه النتائج:

#### الدرجة الكلية لمقياس مسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة

**جدول (11):** المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات الجرحى على مقياس مسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة للمجموعتين التجريبية والضابطة.

المجموعة	العدد	قبلي		بعدي	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تجريبية	17	158.06	11.24	74.76	12.66
ضابطة	17	156.41	15.00	148.35	12.41



يتضح من الجدول (11) وجود فروق ظاهرية بين متوسطي أفراد المجموعتين التجريبيية والضابطة على مقياس مسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة في القياسين القبلي والبعدي، حيث يلاحظ وجود انخفاض ملحوظ في مستوى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى المجموعة التجريبيية، حيث كان المتوسط الحسابي لها (158.06) ثم انخفض إلى (74.76)، كما يلاحظ وجود انخفاض لدى المجموعة الضابطة أيضاً، لكن، بنسبة أقل، حيث كان المتوسط الحسابي لها (156.41) ثم انخفض إلى (148.35)، ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبيية والضابطة تم إجراء تحليل التباين المصاحب الأحادي (ANCOVA)، وفيما يلي عرض لهذه النتائج:

**جدول (12):** نتائج تحليل التباين المصاحب الأحادي (ANCOVA) لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبيية والضابطة في مستوى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

مستوى الدلالة	ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.602	0.28	44.76	1	44.76	الصدمة قبلي
*0.000	286.26	46024.75	1	46024.75	المجموعة
		160.78	31	4984.18	الخطأ
			<b>33</b>	<b>51058.38</b>	<b>الكلي</b>

\*دال إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ).

يتضح من الجدول (12) وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبيية والضابطة في مستوى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، حيث كانت قيمة ف (286.26) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )، وقد كانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبيية، فمن الواضح من المتوسطات الحسابية المعدلة في الجدول (13) أن مستوى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبيية أقل من مستوى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة الضابطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي المعدل لها (74.69)، بينما بلغ للمجموعة الضابطة (148.43)، وهذا يدل على فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض مستوى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبيية.

**جدول (13):** المتوسطات الحسابية المعدلة والأخطاء المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبيية والضابطة على مقياس مسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

المجموعة	المتوسط الحسابي المعدل	الخطأ المعياري
التجريبيية	74.69	3.08
الضابطة	148.43	3.08
الكلي	111.56	2.17

## الأبعاد الفرعية لمقياس مسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة

جدول (14): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات الجرحى على الأبعاد الفرعية لمقياس مسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة للمجموعتين التجريبية والضابطة.

المجموعة					الأبعاد الفرعية	القياس
ضابطة		تجريبية				
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد		
4.68	28.41	3.02	27.47	17	إعادة الخبرة	القبلي
8.89	85.82	8.17	88.12	17	التجنب	
2.87	17.59	2.11	18.29	17	الإثارة	
3.52	24.59	3.71	24.18	17	أعراض الاكتئاب	
3.99	26.47	3.18	14.35	17	إعادة الخبرة	البعدي
7.62	81.47	7.03	44.29	17	التجنب	
1.84	16.65	2.02	6.29	17	الإثارة	
2.28	23.76	2.79	9.82	17	أعراض الاكتئاب	

يتضح من الجدول (14) وجود فروق ظاهرية بين متوسطي أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على الأبعاد الفرعية لمقياس مسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة في القياسين القبلي والبعدي، حيث يلاحظ وجود انخفاض ملحوظ في جميع الأبعاد الفرعية لمقياس مسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وهيك (إعادة الخبرة، والتجنب، والإثارة، وأعراض الاكتئاب) لدى المجموعة التجريبية (التي تلقت البرنامج الإرشادي)، فقد كانت المتوسطات الحسابية البعدية في الأبعاد الفرعية الأربعة أقل، وبشكل واضح من المتوسطات الحسابية للقياس القبلي، وهذا ما يلاحظ، أيضاً، على المتوسطات الحسابية لأفراد المجموعة الضابطة (التي لم تتلق أي برنامج إرشادي)، حيث كان هناك انخفاض في القياس البعدي عن القياس القبلي، لكن هذا الانخفاض في الأبعاد الفرعية الأربعة كان قليلاً مقارنةً بالمجموعة التجريبية، ولمعرفة فيما إذا كانت هذه الفروق في الأبعاد الفرعية بين المجموعتين التجريبية والضابطة دالة إحصائياً؛ تم إجراء تحليل التباين الأحادي المصاحب متعدد المتغيرات التابعة (MANCOVA)، وفيما يلي عرض لهذه النتائج:

جدول (15): نتائج تحليل التباين الأحادي المصاحب متعدد المتغيرات التابعة (MANCOVA) لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الأبعاد الفرعية لمقياس مسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

مستوى الدلالة	ف	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	الأبعاد الفرعية	مصدر التباين
0.39	0.75	10.81	1	10.81	إعادة الخبرة	إعادة الخبرة
0.21	1.65	92.25	1	92.25	التجنب	
0.72	0.13	0.53	1	0.53	الإثارة	
0.81	0.06	0.41	1	0.41	أعراض الاكتئاب	
0.87	0.03	0.42	1	0.42	إعادة الخبرة	التجنب
0.66	0.20	11.18	1	11.18	التجنب	
0.85	0.04	0.16	1	0.16	الإثارة	
0.69	0.16	1.17	1	1.17	أعراض الاكتئاب	
0.60	0.28	4.00	1	4.00	إعادة الخبرة	الإثارة
0.32	1.03	57.73	1	57.73	التجنب	
0.90	0.02	0.06	1	0.06	الإثارة	
0.76	0.09	0.67	1	0.67	أعراض الاكتئاب	
0.89	0.02	0.27	1	0.27	إعادة الخبرة	أعراض الاكتئاب
0.40	0.72	40.14	1	40.14	التجنب	
0.45	0.59	2.41	1	2.41	الإثارة	
0.81	0.06	0.44	1	0.44	أعراض الاكتئاب	
*0.00	75.48	1085.40	1	1085.40	إعادة الخبرة	المجموعة هوتلنج = تريس 11.12
*0.00	182.80	10248.62	1	10248.62	التجنب	
*0.00	203.33	829.48	1	829.48	الإثارة	
*0.00	202.62	1478.94	1	1478.94	أعراض الاكتئاب	ف=69.51 مستوى الدلالة = 0.000*

... تابع جدول رقم (15)

مصدر التباين	الأبعاد الفرعية	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الخطأ	إعادة الخبرة	402.64	28	14.38		
	التجنب	1569.85	28	56.07		
	الإثارة	114.23	28	4.08		
	أعراض الاكتئاب	204.37	28	7.30		
الكلية	إعادة الخبرة	1664.24	33			
	التجنب	13469.53	33			
	الإثارة	1030.47	33			
	أعراض الاكتئاب	1859.56	33			

\*دال إحصائيًا عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )

يتضح من الجدول (15) وجود فروق دالة إحصائيًا بين المجالات الفرعية لمقياس مسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة، حيث كانت قيمة هوتلنج تريس (11.12)، وقيمة ف (69.51)، وهي دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )، ولقد كانت هذه الفروق في جميع المجالات الفرعية لمقياس مسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وهي:

- **مجال إعادة الخبرة:** حيث كانت قيمة ف (75.48)، وهي دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )، ويتضح من الجدول (15) أن مستوى الاضطراب في مجال إعادة الخبرة لدى أفراد المجموعة التجريبية كان أقل من أفراد المجموعة الضابطة، فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي المعدل لها (14.51)، بينما كان المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة (26.32).
- **مجال التجنب:** حيث كانت قيمة ف (182.80)، وهي دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )، ويتضح من الجدول (15) أن مستوى الاضطراب في مجال التجنب لدى أفراد المجموعة التجريبية كان أقل من أفراد المجموعة الضابطة، فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي المعدل لها (44.74)، بينما كان المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة (81.02).
- **مجال الإثارة:** حيث كانت قيمة ف (203.33)، وهي دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )، ويتضح من الجدول رقم (15) أن مستوى الاضطراب في مجال الإثارة لدى أفراد المجموعة التجريبية كان أقل من أفراد المجموعة الضابطة، فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي المعدل لها (6.31)، بينما كان المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة (16.63).
- **مجال أعراض الاكتئاب:** حيث كانت قيمة ف (202.62)، وهي دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة

( $\alpha=0.05$ )، ويتضح من الجدول رقم (15) أنّ مستوى الاضطراب في مجال أعراض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية كان أقلّ من أفراد المجموعة الضابطة، فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي المعدل لها (9.90)، بينما كان المتوسط الحسابي المعدل للمجموعة الضابطة (23.69).

**جدول (16):** المتوسطات الحسابية المعدلة والأخطاء المعيارية لدرجات الجرحى على الأبعاد الفرعية لمقياس مسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

الأبعاد الفرعي	المجموعة	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري
إعادة الخبرة	تجريبية	14.51	0.94
	ضابطة	26.32	0.94
التجنب	تجريبية	44.74	1.86
	ضابطة	81.02	1.86
الإثارة	تجريبية	6.31	0.50
	ضابطة	16.63	0.50
أعراض الاكتئاب	تجريبية	9.90	0.67
	ضابطة	23.69	0.67

#### مناقشة نتائج السؤال الثاني

أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة وأبعاده: (إعادة الخبرة، التجنب، الإثارة، أعراض الاكتئاب) لدى الجرحى الليبيين يعزى إلى البرنامج الإرشادي، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة جبريل ومحمد (2013)، والتي أوضحت أهمية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض أعراض ضغط ما بعد الصدمة.

وكذلك اتفقت مع نتائج دراسة أحمددي وآخرون (Mohammadjavad, et al. 2013)، والتي أظهرت النتائج أنّ هناك تحسناً ملحوظاً وانخفاضاً في اضطراب ما بعد الصدمة.

كما تتفق مع نتائج دراسة مقدادي (2012) التي أظهرت تحسناً ملحوظاً لدى المشاركين، واتفقت الدراسة الحالية، أيضاً، مع نتائج دراسة بامعلان (2013) التي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الطالبات للمجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية، وذلك يدلّ على فاعلية البرنامج؛ ممّا يعطي مؤشراً على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأنّ تقنيات البرنامج الإرشادي والمتمثلة في التعرف على الأفكار اللاعقلانية، وتقنياد تلك الأفكار، والكشف عن المشاعر المتعلقة بالحدث الصادم من خلال التنقيس الانفعالي، فضلاً عن تدريبهم على مهارة حلّ المشكلات، الذي أعطى الجرحى بعداً واسعاً ومجالاً في كيفية مواجهة تبعات الموقف الصادم، والأثر الواضح في توفير أساليب التعامل مع مشاعر القلق والتوتر الذي تسببه المواقف الصعبة، حيث إنّ امتلاك الفرد فنّيات مهارة حلّ المشكلات يعطي مؤشراً للتنكيف الناجح للفرد، وتساعد على أداء وظائفه خلال المواقف الصاعقة، لاسيّما أنّ المشاركين في البرنامج

الإرشادي قد تعرضوا إلى التدريب على مهارة التكيف المعرفية التي لعبت دوراً مهماً في كيفية التعامل مع ما هو سلبي في الحياة، سواءً كان اجتماعياً أم شخصياً لدى الجرحى؛ مما يعطيهم إحساساً بالكفاءة والسيطرة على أمورهم الحياتية، والتخلص من المشاعر السلبية والتعامل معها، خاصةً أن المشاركين بالبرنامج الإرشادي الجمعي قد تدرّبوا على هذه المهارات خلال جلسات البرنامج الإرشادية؛ مما مكّنهم من فهم البرنامج الإرشادي، وتطبيق ما تدرّبوا عليه في المواقف اليومية التي يواجهونها في حياتهم، كما تبع البرنامج الإرشادي أنشطةً وواجباتٍ بيئيةً، إلى جانب ذلك، فإن تنفيذ الفنيات الإرشادية في إطار الجماعة عمل، أيضاً، على إتاحة الفرصة أمام الجرحى على تقديم الدعم والتغذية الراجعة لبعضهم البعض، خاصةً أنهم يعيشون في ظروف متشابهة، ويمارسون الحياة من خلال ظروف معينة تشملهم جميعاً، حيث تمّ توظيف قوة الجماعة وديناميتها في إحداث التغيير المطلوب، خاصةً أن الجرحى قد تمكنوا من مشاركة خبراتهم الشخصية في المواقف الإرشادية. ومما يؤكد تفسير هذه النتيجة هو مجموعة من تقارير المشاركين، ومنها قول أحدهم: أشعر بالسعادة لوجود برامج مثل هذه، والتي يمكن أن يستفيد منها غيرنا، والتي سوف تعكس نمط حياتهم بين أفراد العائلة والمجتمع، كما قال جريح آخر: (إن طريقة الباحث وأسلوبه في تقديم البرنامج، وإدارة الجلسات والمرونة في الأداء، والاستماع للأعضاء شجعتني على الاستمرار بعد أن فكرت في ترك المجموعة).

**السؤال الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha=0.05$ ) في مستوى الاكتئاب لدى الجرحى تعزى لمتغيرات نوع الإصابة والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي؟**

للإجابة على السؤال الثالث تمّ حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة من المجتمع بلغ عددها (150) حالةً على مقياس الاكتئاب وفقاً لمتغيرات الحالة الاجتماعية، ونوع الإصابة، والمستوى التعليمي، كما تمّ إجراء تحليل التباين الثلاثي (Three Way ANOVA) للتحقق من دلالة الفروق في الدرجة الكلية للمقياس بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، وفيما يلي عرض لهذه النتائج:

**جدول (17): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات الجرحى على مقياس زونج للاكتئاب وفقاً لمتغيرات الحالة الاجتماعية ونوع الإصابة والمستوى التعليمي.**

المتغير	الفئات	الاكتئاب	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الحالة الاجتماعية	أعزب	2.65	0.33
	متزوج	2.59	0.31
	مطلق	2.64	0.34
نوع الإصابة	بسيطة	2.61	0.28
	متوسطة	2.62	0.35
	شديدة	2.63	0.33

... تابع جدول رقم (17)

المتغير	الفئات	الاكتئاب	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المستوى التعليمي	ثانوي	2.61	0.34
	جامعي	2.62	0.32
	دراسات عليا	2.63	0.31
	الكلية	2.62	0.32

يتضح من الجدول (17) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب وفقاً لمتغيرات الحالة الاجتماعية ونوع الإصابة والمستوى التعليمي، ولتحديد فيما إذا كانت هذه الفروق دالة إحصائياً تم إجراء تحليل التباين الثلاثي، وفيما يلي عرض لهذه النتائج:

**جدول (18):** نتائج تحليل التباين الثلاثي (Three Way ANOVA) لدلالة الفروق في مستوى الاكتئاب وفقاً لمتغيرات الحالة الاجتماعية ونوع الإصابة والمستوى التعليمي.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الحالة الاجتماعية	0.07	2	0.03	0.31	0.734
نوع الإصابة	0.01	2	0.00	0.04	0.961
المستوى التعليمي	0.01	2	0.00	0.04	0.959
الخطأ	15.25	141	0.11		
<b>الكلية</b>	<b>15.34</b>	<b>147</b>			

يتضح من الجدول (18) عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب لدى الجرحى تعزى لأي من المتغيرات الثلاثة: (الحالة الاجتماعية، ونوع الإصابة، والمستوى التعليمي)، حيث كانت قيمة ف للمتغيرات الثلاثة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ).

#### مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الاكتئاب لدى الجرحى تعزى لأي من المتغيرات الثلاثة: (الحالة الاجتماعية، ونوع الإصابة، والمستوى التعليمي)، حيث كانت قيمة ف للمتغيرات الثلاثة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ )، ويرجع الباحثان علة هذه النتيجة إلى فعالية البرنامج، وإلى أن الجرحى باختلاف إصاباتهم قد استفادوا من البرنامج الإرشادي بمستوى متقارب، ومن الاختلاف في أساليب مواجهة آثار الحدث الصادم لدى الجرحى، مع التأكيد على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، ونجاح البرنامج الإرشادي الجمعي، وهذا ما تم ذكره على لسان أحد الجرحى، حيث قال: إنني شعرت كأني طفل في مدرسة عندما قام الباحث بتوزيع الواجب البيتي،

وتذكرت أيام الطفولة، وفي الوقت نفسه؛ استفدت من هذه الواجبات في تحسين وضعي.

كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي لمتغير الحالة الاجتماعية، وهذا يدل على فعالية البرنامج، وأنه صالح لجميع أفراد العينة، بغض النظر عن كون الجريح متزوجاً أو أعزباً أو أرملًا، فجميعهم يتعرضون لمستوى من الاكتئاب، وتعود نتيجة التحسن إلى تقبلهم الأساليب المتبعة في البرنامج وانعكاس ذلك عليهم، ويتبين، أيضًا، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha=0.05)$  في أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي يعزى لمتغير المستوى التعليمي؛ مما يجعله الباحث بأن تلك النتيجة منطقية، إذ إن استراتيجيات البرنامج وأنشطته قد شملت جميع أفراد العينة وليس نوع الإصابة أو الحالة الاجتماعية أو المستوى التعليمي، وهي بهذا تتفق مع نتائج دراسة الجبوري (2010)، والتي أظهرت أن للتحصيل الدراسي والمستوى التعليمي علاقة ضعيفة وغير دالة إحصائية بتأثيره على مستوى الاكتئاب.

ومن خلال النتائج التي أظهرتها المعالجة الإحصائية تبين أن المشاركين في البرنامج الإرشادي من جرحى الحرب اللبيين قد تأثروا باستراتيجياته، وكان واضحًا للمرشد تعديل التعبيرات الذاتية السلبية لديهم، واستبدالها بأخرى إيجابية ومنطقية، وإحلال أفكار عقلانية منطقية جديدة متكيفة بدلا من الأفكار اللاعقلانية غير المتكيفة، وبالتالي، إعطاء الثقة والتفهم والقدرة على الضبط، ومن ثم إعادة بناء المفاهيم والقدرة على التكيف.

**السؤال الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha=0.05)$  في اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى الجرحى تعزى لمتغيرات نوع الإصابة والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي؟**

للإجابة على السؤال الرابع تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة من المجتمع بلغت (150) حالة على مقياس مسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة وفقًا لمتغيرات الحالة الاجتماعية، ونوع الإصابة، والمستوى التعليمي، كما تم إجراء تحليل التباين الثلاثي (Three Way ANOVA) للتحقق من دلالة الفروق في الدرجة الكلية للمقياس بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، وفيما يلي عرض لهذه النتائج:

**جدول (19): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات الجرحى على مقياس مسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة وفقا لمتغيرات الحالة الاجتماعية ونوع الإصابة والمستوى التعليمي.**

اضطراب ضغط ما بعد الصدمة			الفئات	المتغير
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد		
0.53	3.22	49	أعزب	الحالة الاجتماعية
0.50	3.21	65	متزوج	
0.57	3.36	36	مطلق	



... تابع جدول رقم (19)

المتغير	الفئات	اضطراب ضغط ما بعد الصدمة		
		العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
نوع الإصابة	بسيطة	43	3.19	0.56
	متوسطة	57	3.17	0.49
	شديدة	50	3.39	0.51
المستوى التعليمي	ثانوي	40	3.29	0.55
	جامعي	63	3.23	0.50
	دراسات عليا	47	3.24	0.55
	الكلية	150	3.25	0.53

يتضح من الجدول (19) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لأفراد عينة من المجتمع بلغت (150) حالة على مقياس ميسيري لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وفقاً لمتغيرات الحالة الاجتماعية ونوع الإصابة والمستوى التعليمي، ولتحديد فيما إذا كانت هذه الفروق دالة إحصائياً تم إجراء تحليل التباين الثلاثي، وفيما يلي عرض لهذه النتائج:

**جدول (20):** نتائج تحليل التباين الثلاثي (Three Way ANOVA) لدلالة الفروق في مستوى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وفقاً لمتغيرات الحالة الاجتماعية ونوع الإصابة والمستوى التعليمي.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الحالة الاجتماعية	0.22	2	0.11	0.39	0.675
نوع الإصابة	1.21	2	0.61	2.20	0.114
المستوى التعليمي	0.08	2	0.04	0.14	0.865
الخطأ	38.77	141	0.27		
الكلية	40.59	147			

يتضح من الجدول (20) عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى الجرحى تعزى لأي من المتغيرات الثلاثة: (الحالة الاجتماعية، ونوع الإصابة، والمستوى التعليمي)، حيث كانت قيمة ف للمتغيرات الثلاثة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ).

#### مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع

أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى الجرحى تعزى لأي من المتغيرات الثلاثة: (الحالة الاجتماعية، ونوع الإصابة، والمستوى التعليمي)، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) ما بين المجموعتين

التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وأبعاده: (إعادة الخبرة، والتجنب، والإثارة، وأعراض الاكتئاب) لدى جرحى الحرب الليبيين في القياس البعدي تعزى لمتغيرات نوع الإصابة، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي مما يدل على فعالية البرنامج الإرشادي الجمعي في ضوء العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، بغض النظر عن نوع الإصابة أو الحالة الاجتماعية أو المستوى التعليمي. واختلفت هذه النتيجة فيما يخص المستوى التعليمي مع دراسة العديناات (2012)، والتي أظهرت نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المستوى التعليمي فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية، ومن بينها اضطراب ضغط ما بعد الصدمة للأطفال والمراهقين اللاجئين السوريين في الأردن، ويرجع الباحثان العلة في هذه النتيجة إلى استراتيجيات البرنامج الإرشادي التي كان لها الأثر الواضح على أفراد العينة ورفع مستوى تقدير الذات لديهم، والشعور بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية، وارتفاع مستويات الثقة لديهم، والسعي إلى تحقيق أهداف ذات معنى فضلا عن إقامة علاقات اجتماعية إيجابية مع الآخرين، وتحقيق الرضا والسعادة من خلال التخلص من الأفكار غير الصحيحة والعقيمة، والتي لا تتفق مع العقل والمنطق، والتي ساهم البرنامج الإرشادي إلى حد ما في التخلص منها من خلال التدريب على مراقبة الذات، والحوار الداخلي، وتعلم مهارات جديدة تساهم في إعادة البناء المعرفي، فضلا عن ممارسة الاسترخاء العضلي، الذي ساهم في الترويح عن النفس والتأمل، والذي كان له الأثر في تحقيق جزء كبير من الصحة النفسية للمشاركين في البرنامج الإرشادي، وبالتالي، تطورت مهاراتهم في وسائل الاتصال، وتحسنت مع الآخرين، حيث لازم التأمل التفكير المنطقي الذي أدى إلى الوقاية من الانتكاسة.

#### التوصيات

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، فإن الباحثين يوصيان بالآتي: توظيف البرنامج الإرشادي الجمعي في مجال التدريب والتطبيق للفئات المستهدفة من جرحى الحرب والفئات العمرية المختلفة لكلا الجنسين، وإجراء مزيد من الدراسات والبحوث التي تتناول الاكتئاب واضطراب ضغط ما بعد الصدمة، وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى لجرحى الحرب الليبيين، وضرورة القيام بعمل ورشات تدريبية تساعد على التقليل من الاكتئاب وتحقيق الوقاية من الانتكاسة لدى جرحى الحرب الليبيين.

#### References (Arabic & English)

- Aboita, S. (2015). *Foundations Psychological Counseling*, Jordan: Amman, Dar Al Fikr Publishing and Distribution.
- Aladdinat, K. A. (2012). Post Traumatic Stress Disorder among Children and Adolescents in the Za'tari Refugee Camp in Jordan, *Journal of Culture and Development*, Egypt, 13 (58), 86-78.
- Al-Turkait, A. & Ohaeri, J.U. (2008). *Prevalence and correlates of posttraumatic stress disorder among Kuwaiti military men according to level*

of involvement in the first Gulf war, 25(11), pp.932 pp.941.  
Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17957807/#ft>

- American Psychiatric Association APA. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (DSM-5)*. (5<sup>th</sup> ed.). Washington DC, United States of America: American Psychiatric Press.
- Ayazi, T. L. Lien., Eide, A.H. Ruom, M.M. & Hauff, E. (2012). What are the risk factors for the comorbidity of posttraumatic stress disorder and depression in a war-affected population? A cross-sectional community study in South Sudan. *BMC Psychiatry*, 12(175). DOI: 10.1186/1471-244X-12-175
- Bamahan, H. A. (2013). *The Effectiveness of a Cognitive Behavioral Program to Relieve Post-Traumatic Stress Disorder in a Sample of University Students Facing Trauma*, Unpublished Master Thesis, King Abdulaziz University, Riyadh, Saudi Arabia.
- Cohen, L. R. & Denise, A. H. (2006). Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced Complex Trauma. *Psychiatry Services*, 57(1), pp.100-pp.106. DOI: 10.1176/appi.ps.57.1.100
- Corey, G. (2009). *Case Approach to Counseling and Psychology* (7<sup>th</sup> ed.). California, United States of America: Cengage Learning.
- Damra, J. K. & Nassar, Y. H. (2014). Effect of the CBT model on depression in reducing the symptoms of depression in a sample of war children, *Journal of Educational Sciences Studies*, 41 (1), 445-461.
- Embling, S. (2002). The effectiveness of cognitive behavioural therapy in depression. *NursingStandard* 17(33), pp.31-pp.44. Retrieved from <https://rcni.com..>
- Gazda, G.M. Horne, A.M. & Ginter, E.J. (2001). *Group Counseling and Group Psychotherapy: Theory and Application*. Michigan, United States: Allyn & Bacon.
- Ghali, E.A. & Hijazi, J. (2016). The Effectiveness of a Counseling Program for Reducing Nightmares and Improving Sleep Quality among Gaza Children with Destroyed Houses in 2014 War. *Al-Najah Journal for*

*reserch(humanities),30(2)301-323.*

- Hamblen, J. (2005). *PTSD in children and adolescents*. Retrieved from [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov)
- Hiwel, C. B. Ju, R. Chang, Ming, A. Chu, Ru. D. & Chou. K. (2006). The Evaluation of Cognitive Behavioral Group Therapy on Patient Depression and Self Esteem. *Archives of Psychiatric Nursing*. 20, (1), 3-11.
- Iversen, A.C. Fear, N.T. Ehlers, A. Hacker Hughes, L. Hull, L. Earnshaw, N. & Greenberg, M. (2008). Risk factors for post-traumatic stress disorder among UK Armed Forces Personnel. *Psychological Medicine*, 38(4), pp.511-pp. 522. DOI: 10.1017/S0033291708002778
- Khalidi, A. & Alami, D.S. (2008). *School and University Counseling, Theory and Planning*. Dar Safa Publishing, Amman, Jordan
- Mikdadi, Y. (2008). *Effectiveness of a cognitive-behavioral counseling program in reducing obsessive-compulsive disorder among a sample of Al-Bayt University students*, Al-Bayt University, Jordan, 20 (2), 24-39.
- Mohammadjavad, A. Ahmadi, K. Anisi, J. & Ahmadi, A.B. (2013). Assessment of Cognitive Behavioral Therapy on Quality of Life of Patients with Chronic War-Related Post-Traumatic Stress Disorder. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(4), pp.341-pp.345. DOI: 10.4103/0253-7176.122222.
- Mokdadi, Y. M. (2012). The impact of the cognitive-behavioral training program is based on immunization education in reducing the level of symptoms of post-traumatic stress disorder in a sample of students of Al-Bayt University, *Journal of Psychological and Educational Studies*, Sultan Qaboos University, 7 (2), 122-132.
- Okasha, A. (1980). *Physiological psychology*. (I). Egypt: Dar Al Ma'aref Publishing and Distribution.
- Saadi, R. & Badr, M. (2015). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), Field Study in a Sample of the Sons of the Martyrs of Rif Jibla Region in Adolescence, *Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies*,

37 (5), 265-280.

- Semenieh, A. (2016). *The personal characteristics and coping strategies of post traumatic stressors of Syrian refugees*, unpublished master thesis, Amman Private University, Amman, Jordan.
- Tran, U. S. Gluck, T.M. & Schuster, B.L. (2013). Influence of personal and environmental factors on mental health in a sample of Austrian survivors of World War II with regard to PTSD: is it resilience. *BMC Psychiatry*, 13(1), pp10. DOI: 10.1186/1471-244X-13-47.
- Williams, M.B. & Poijula, S. (2016). *The PTSD Workbook: simple, effective technique for overcoming traumatic stress symptoms*. Oakland, United States of America: New Harbinger.

## مقياس زونج لتقييم الاكتئاب

الرقم	الفقرة	قليلا	احياتا	غالبًا	دائمًا
1	أشعر بأنني محبط وحزين.				
2	أفضل المشاعر لدي تكون في الصباح.				
3	أشعر بالأمل نحو المستقبل.				
4	أشعر بأنني إنسان محبوب ويحتاجني الآخرون.				
5	أشعر أنّ حياة الآخرين ستكون أفضل لو كنت ميتًا.				
6	أعاني من مشكلة النوم ليلا.				
7	أتناول كميات الطعام المعتادة.				
8	ما زلت أستمتع بالجنس.				
9	ألاحظ أنني بدأت أفقد وزني.				
10	أعاني من الإمساك.				
11	أشعر بتسارع دقات قلبي.				
12	أشعر بالتعب دون سبب.				
13	أقوم بالأعمال الاعتيادية بسهولة.				
14	أعاني من فرط الحركة وعدم الهدوء والنبات.				
15	تنتابني نوبات من البكاء أو الشعور بها.				
16	لا يزال تفكيري طبيعيًا كالمعتاد.				
17	أشعر بأنني سريع الغضب.				
18	أأخذ قراراتي بسهولة				
19	لدي ما يشغلني في حياتي				
20	أستمتع بالأشياء التي اعتدت عليها.				

## ميسيسيبي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة

الرقم	الفقرة	درجة كبيرة جدا	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جدا
1	أشاهد كوابيس حول ما حدث معي في الماضي.					
2	أستغرق في النوم طويلا وأصحو فقط على منبه الساعة.					
3	أجبر نفسي على عدم العودة إلى النوم لأن أحلامي أثناء الليل تبدو كأنها حقيقة ومزعجة.					
4	أشعر أن أحلام اليقظة حقيقية ومزعجة.					
5	لقد وجدت أنه من السهل المحافظة على وظيفتي.					
6	أنام بسهولة ليلا.					
7	أخاف من الذهاب إلى النوم ليلا.					
8	كان لدي أصدقاء مقربين أكثر من الآن.					
9	لا أشعر بالذنب بسبب أمور فعلتها في الماضي.					
10	أشعر بالحزن والاضطراب إذا حدث شيء يذكرنني بالماضي.					
11	أستطيع أن أصبح قريبا عاطفيا من الآخرين.					
12	يبدو وكأنني بلا مشاعر.					
13	أشعر في مواقف محددة وكأنني أعيش في الماضي.					
14	لا أضحك ولا أبكي على نفس الأشياء التي تضحك أو تبكي الآخرين.					
15	أستمتع بعمل الأشياء التي عدت على الاستمتاع بها.					
16	أجد صعوبة في التركيز على المهام.					
17	أستمتع بمرافقة الآخرين.					
18	أخاف من استعجالي لبعض الأشياء.					
19	أخفي مشاعري حتى عن عائلتي.					
20	أشعر أن هناك أمورًا قد فعلتها ولا يمكنني إبلاغ أي شخص عنها؛ لأنه لا أحد يفهم سبب قيامي بذلك.					
21	أستخدم الكحول والمخدرات أحيانا لمساعدتي في النوم أو لتجعلني أنسى ما حدث معي في الماضي.					
22	أشعر بالراحة وأنا بين عدد كبير من الناس.					

الرقم	الفقرة	درجة كبيرة جدا	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جدا
23	أحاول أن أتبعد عن أي شيء يمكن أن يجعلني أتذكر ما حدث معي في الماضي.					
24	ذاكرتي في حالة جيدة كما كانت في السابق.					
25	أواجه صعوبة كبيرة في التعبير عن مشاعري حتى مع الأشخاص الذين أهتم بهم.					
26	أشعر بأن ما حدث معي في الماضي يحدث الآن مرة أخرى بكل تفاصيله					
27	لا أستطيع أن أتذكر بعض الأمور المهمة التي حدثت معي في الماضي.					
28	أشعر دائماً بأنني في حالة استنفار وتأهب معظم الوقت.					
29	يخفق قلبي بشدة ويصبح لدي ضيق تنفس عندما يقوم أحدهم بتذكيري بالماضي.					
30	أشعر بأنني أصبح عنيفاً إذا قام أحدهم باستفزازي بشكل كبير.					
31	أشعر بأن الذين يعرفونني يخافون مني.					
32	أقفز من الأصوات غير المتوقعة.					
33	أفقد هدوئي وأنفجر بسبب أمور جانبية تحدث يومياً.					
34	أتمنى لو كنت ميتاً عندما أفكر في بعض الأمور التي فعلتها بالماضي.					
35	شعرت مؤخراً بالرغبة في قتل نفسي.					
36	أستغرب من وجودي حياً بينما مات الآخرون.					
37	أشعر وكأنني لا أرتب بالاستمرار في أي نشاط.					
38	أبكي لأسباب غير معروفة.					
39	سهل في تعاملي مع الآخرين وأعصابي متزنة.					