



فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج المرتكز على التعاطف في خفض أعراض القلق لدى

ضحايا التنمر من طلاب المرحلة المتوسطة

د. صالح سفير الخثعمي**

dr.saleh.alkhathami@gmail.com

د. معيوف بطي المحمودي*

mauof_22@hotmail.com

الملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج المرتكز على التعاطف في خفض أعراض القلق لدى ضحايا التنمر من طلاب المرحلة المتوسطة بمكة المكرمة، والتعرف على أثر فاعلية البرنامج بعد مرور شهر من تطبيقه، تكونت عينة الدراسة من عينة وصفية بلغت 338 طالباً للتعرف على درجة تعرضهم للتنمر، استخرج منها ما مجموعه 35 طالباً باعتبارهم ضحايا تنمر، وعينة الدراسة التجريبية التي تكونت من 20 طالباً من ضحايا التنمر الذين لديهم درجة عالية من أعراض القلق تتراوح أعمارهم ما بين 12-15 سنة. وقام الباحثان بتطبيق ثلاث أدوات بحثية، تمثلت في مقياس التنمر لدان أولويز (2006) Dan Olweus، ترجمة وتقنين الباحثين، ومقياس أعراض القلق لدى ضحايا التنمر، وبرنامج الإرشاد القائم على العلاج المرتكز على التعاطف وهما من إعداد الباحثين. وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01 بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس أعراض القلق والدرجة الكلية لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01 بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، وكانت الفروق لصالح القياس البعدي، ولم يكن هناك فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والتبقي.

الكلمات المفتاحية: العلاج المرتكز على التعاطف، أعراض القلق، ضحايا التنمر، التعاطف.

* موجه طلابي - تعليم مكة المكرمة - المملكة العربية السعودية

** أستاذ علم النفس المساعد - قسم علم النفس - كلية التربية - جامعة الملك خالد - المملكة العربية السعودية.

للاقتباس: المحمودي، معيوف بطي. الخثعمي، صالح سفير. (2023). فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج المرتكز على التعاطف في خفض أعراض القلق لدى ضحايا التنمر من طلاب المرحلة المتوسطة، مجلة الآداب للدراسات النفسية والتربوية، 5(4)، 114-159.

© نُشر هذا البحث وفقاً لشروط الرخصة Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)، التي تسمح بنسخ البحث وتوزيعه ونقله بأي شكل من الأشكال، كما تسمح بتكييف البحث أو تحويله أو إضافته إليه لأي غرض كان، بما في ذلك الأغراض التجارية، شريطة نسبة العمل إلى صاحبه مع بيان أي تعديلات أجريت عليه.



Effectiveness of a counseling program based on Compassion-Focused Therapy in reducing anxiety symptoms among bullying victims of middle school students

Dr. Mayouf Batti Al-Mahmoudi *

mauof_22@hotmail.com

Dr. Saleh Safer Al-Khathami **

dr.saleh.alkhathami@gmail.com

Abstract:

This study aimed to identify the effectiveness of a counseling program based on empathy-centered therapy in reducing anxiety symptoms among bullying victims of middle school students in Makkah. The study sample consisted of a descriptive sample of 348 students, from which a total of 35 students were selected as victims of bullying; and 20 students, who had high level of anxiety symptoms and whose age was between 12-15 years, were selected for the experimental study. Three study tools were applied: bullying scale proposed by Dan Olweus (2006), and was translated and modified by the researchers; the scale of anxiety symptoms among victims; and the proposed program. The study results revealed statistically significant differences of 0.01 between the mean scores of the two experimental and control groups on the dimensions of anxiety symptoms scale and its overall score in favor of the experimental group. There were also statistically significant differences of 0.01 between the mean scores of experimental group in pre- and post-application in favor of the post application. There were no statistically significant differences between the mean ranks of the experimental group in the pre- and post-application of the scale.

Keywords: Empathy-Centered, Therapy, Anxiety symptoms, Bullying victims.

* Student Counselor, Mekka Education, Saudi Arabia

** Assistant Professor of Psychology , Department of Psychology, Faculty of Education, King Khalid University, Saudi Arabia

Cite this article as: Al-Mahmoudi, Mayouf Batti. Al-Khathami, Saleh Safer. (2023). Effectiveness of a counseling program based on Compassion-Focused Therapy in reducing anxiety symptoms among bullying victims of middle school students, *Journal of Arts for Psychological & Educational Studies*, 5 (4). 114-159.

© This material is published under the license of Attribution 4.0 International (CC BY 4.0), which allows the user to copy and redistribute the material in any medium or format. It also allows adapting, transforming or adding to the material for any purpose, even commercially, as long as such modifications are highlighted and the material is credited to its author.



مقدمة:

تظهر الكثير من الأعراض النفسية القلقة لدى الأطفال المتعرضين للتنمر كسوء التوافق الدراسي والتوتر والعزلة الاجتماعية وبعض الأعراض الاكتئابية. ويمتد تأثير التنمر إلى ما بعد مرحلة المراهقة فقد يكون له عواقب في المرحلة الجامعية مثل اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب. هذه الأعراض تخفض من قدرة المراهق على إشباع حاجاته، مما يعني أن تعرض الطفل والمراهق للتنمر سيعيقه عن إشباع حاجاته المتمثلة في الشعور بالأمن والصحة النفسية. وإذا كان المراهق مشحوناً بأفكار توقع الإيذاء من المتنمر، فسيصعب عليه التكيف في المدرسة وسيعيق تفكيره عن التركيز في تلقي الدروس واستيعابها، وربما يستمر معه القلق مسبباً مزيداً من الصعوبات في النوم ونشوء أعراض العزلة الاجتماعية والخوف من الذهاب إلى المدرسة.

ويؤكد مانريكا وآخرون (Manrica. et al,2020) أن التعرض للتنمر والتعرض للإيذاء في المرحلتين المتوسطة والثانوية مرتبط بشكل كبير بالاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة في المرحلة اللاحقة (الجامعية). حيث يعتبر التعاطف والتعاطف مع الذات من العوامل النفسية المرتبطة بمشاكل القلق (Meng et al., 2019) وفي المقابل أظهرت أبحاث جلبريت (2014) أن العلاج القائم على التعاطف يحسن أعراض القلق لدى المراهقين والبالغين. وأظهرت العلاجات التحليلية المبنية على التعاطف أن هذه العلاجات تعمل على تحسين التعاطف بشكل كبير وتقل بشكل كبير من أعراض القلق والاكتئاب والتوتر. ويعد العلاج الذي يركز على التعاطف فرصة علاجية مناسبة للأفراد ذوي القدرة المتضررة على تكوين تفاعلات هادفة مع أنفسهم ومع الآخرين.

وتشير الأبحاث والممارسة السريرية إلى أن أحد المجالات، التي قد نحتاج إلى النظر فيها لتحسين الأساليب التي تركز على القلق، مخصصة للأفراد الذين ينتقدون أنفسهم بشدة ويشعرون بالخجل. وقد وجد أن مثل هذه الظواهر النفسية ترتبط ارتباطاً وثيقاً ببعض Tangney & Dearing, 2002). وبالاعتماد على مناهج مختلفة من علم الأعصاب وعلم النفس، يعتبر العلاج المتمركز على التعاطف (Compassion Focused Therapy (CFT جزءاً من "الموجة الثالثة" من العلاجات المعرفية والسلوكية، والتي تركز على اليقظة الذهنية والقبول وما وراء الإدراك والعواطف والقيم والأهداف (Carvalho et al., 2017).



ووفقاً لإيفانز (Evens, 2003)، فإن التجارب المعاشة للعلاج القائم على التعاطف لديها تحيز أقل مما يؤدي لاحقاً إلى إنتاج قاعدة أدلة أكثر صحة لتدخل الرعاية الصحية مقارنة بتصميمات الدراسات البديلة. وهذا ما أكده كيربي وآخرون (Kirby et al. 2007) من خلال فحص فاعلية العلاج المتمركز على التعاطف على سبعة متغيرات هي: التعاطف، والتعاطف مع الذات، واليقظة الذهنية، والاكنتاب، والقلق، والضيق النفسي، والرهابية. وبالمقارنة مع مجموعات الملاحظة، فقد كشف تحليلهم عن اختلافات كبيرة بين المجموعات في درجات التغيير في هذه النتائج السبع. وهذه الاختلافات الهامة هي ما دعا الباحثان لإجراء هذه الدراسة التجريبية لكشف دور العلاج المتمركز على التعاطف في خفض أعراض القلق لدى ضحايا التنمر.

بالإضافة إلى تلك الأدلة فإن نظرية العلاج المرتكز على التعاطف في تفسيرها للقلق تعتبر الأكثر انسجاماً مع الواقع، حيث ترى من خلال فلسفتها للأنظمة التي تحكم العقل وتوجه الأفكار ومن ثم السلوك الناتج ومن خلال نظام التهديد مقابل الحماية أيضاً، أن القلق ناتج عن التضاد في الأفكار لمواجهة التنمر. حيث تتولد مشاعر القلق واضطراباته لدى الضحايا، فلا السلوكيات التي يتبعها للتعامل مع المتنمرين مريحة له ذاتياً، ولا الحيل التي يتبعها مثل الظهور أمام الوالدين والمربين من المعلمين وغيرهم بأنه في أفضل حال اجتماعياً مريحة كذلك.

مشكلة الدراسة:

للتنمر وقعه المعيق والمعطل لسير حياة الضحية بصورة طبيعية، ولذلك وجب التحرك وتقديم المساعدة من أجل تحقيق الأمان ومن ثم القدرة على إيجاد حلول من خلال تهيئة جو من التعاطف والدفء ومساعدة الضحية على تأمل أفكاره والتأكيد على أن المشكلة تكمن في اختيار الفكرة الخاطئة التي اختارها أثناء عمل نظام الحماية من التهديدات التي يتعرض لها أثناء التنمر وليست في ذاته. وهو ما يدفع الباحثين والمعالجين لتبني نظرية العلاج المرتكز على التعاطف الذي صمم لتطوير سمات ومهارات التعاطف ولا سيما تلك التي تؤثر على فعالية الضبط للأنظمة التي تدير عمليات التفكير في العقل.

لم يعد الطفل المراهق في المجتمع المدرسي محاطاً بالرعاية الكاملة. حيث إنه معرض لمواجهة المواقف السارة والمواقف غير المحببة وغير السارة؛ حيث تتنوع المشكلات النفسية حسب مراحل النمو (الشرييني، 2012)، وهنا من الممكن أن يمارس التنمر ضد الطفل، حيث تشير الإحصائيات



الدولية إلى أن معدل انتشار التنمر يتراوح بين 10 و15٪ (أبو الديار، 2012). حيث ذكر دليل عن التنمر والصحة النفسية صادر عن مكتب الطفل الوطني في المملكة المتحدة National Children's Burea (2015)، أن التنمر يؤثر على الصحة النفسية كالاكتئاب ومشاكل القلق وإيذاء النفس واضطرابات الأكل، كما يعتقد أن التنمر يسبب أعراض قلق تؤثر بدورها على ما يصل إلى (1 من كل 6) من المراهقين وتشمل مشاكل القلق هذه الرهاب الاجتماعي ونوبات الهلع والوسواس القهري.

وأكد لي (2018) Lee على أن التعرض للتنمر أربع مرات أو أكثر يؤدي إلى زملة من أعراض القلق لدى ضحايا التنمر. ويرى آيدوز وآخرون (2012) Idose et al. ارتباطاً بين تكرار التعرض للتنمر وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة. كما وجد كل من إسولان وشالوم وأوسويسكي وزوتي ومانفرو (2013) Isolan, Salum, Osowski,, Zottis, Manfro أن الطلاب المتورطين في سلوكيات التنمر كضحايا، أو ضحايا ومتنمرين في نفس الوقت، كانوا أكثر عرضة للحصول على درجات على مقياس القلق وأبعاده من المتنمرين ومن الطلاب غير المتورطين في التنمر. وكذلك في دراسة لكل من مانريكيه وآخرين (2020) Manirque et al. وُجد أن التنمر كان مرتبطاً بأعراض الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة. وعلى المستوى المحلي أظهرت دراسة أجراها كل من البجيران وآخرين (2016) Albuhairan et al. أن من أهم الآثار الناجمة عن التعرض للتنمر كراهية المدرسة والعنصرية والعدوانية والعزلة الاجتماعية.

إن ما شجع الباحثين على معالجة مشكلة القلق لدى ضحايا التنمر، هو أن الدراسات التي استخدمت برامج إرشادية قائمة على العلاج المتمركز على التعاطف على قلتها في معالجة اضطرابات أخرى، أظهرت نتائج إيجابية في معالجة المتغيرات التي استهدفتها مثل دراسة شاهين (2011) Shain في فعالية التدريب على التعاطف لخفض التنمر. ودراسة كل من بيومنت وآخرين (2016) Beaumont et al التي أثبتت فعالية العلاج المرتكز على التعاطف كعامل مساعد للعلاج المعرفي بالمقارنة مع العلاج المعرفي منفرداً، ولوحظ انخفاض كبير في أعراض القلق والاكتئاب وفرط الإثارة وزيادة كبيرة في التعاطف مع الذات في حالة استخدام العلاجين معاً.

وهناك مبرر آخر يدعونا إلى استخدام العلاج المتمركز على التعاطف هو أنه "عندما لا يبدو المرضى مفهومين من وجهة نظرهم الخاصة، وعندما يشعرون بالإهانة أو الرفض فإنهم أقل احتمالاً وأقل عرضة للكشف عن أنفسهم أو البقاء في العلاج" (سلاتري وبارك، 2011). على أن الشعور



بالخزي والعار يمنع تصريح ضحايا التنمر بقلقهم، إلا أن العلاج المتمركز على التعاطف يفترض أن نظامًا معرفيًا معينًا يصعب الوصول إليه وفهمه من قبل ذوي الخجل الشديد بسبب نقدهم الذاتي لذواتهم يهدد نظامهم المعرفي ويهيمن على توجههم الداخلي وعالمهم الخارجي، ومن ثم فإن أحد المفاتيح الهامة لذلك هو تدريب العقل على التعاطف مع تجارب الدفاء الداخلي (Gilbert,2009)، ومن ثم التصريح بقلقهم ومواجهة مصدره.

بالرغم من تحرك المختصين للتدخل في إيجاد برامج علاجية وإرشادية تستهدف التلاميذ سواء من المتنمرين أو ضحايا التنمر، إلا أنه من الملاحظ أن هناك ندرة في بناء برامج علاجية إرشادية قائمة على التعاطف، وهو ما استدعى الضرورة الملحة لتوفير برامج أكثر تركيزًا على ضحايا التنمر خاصة فيما يتعلق بخفض أعراض القلق لديهم وخلق جو آمن نفسيًا لهم داخل المدرسة، وبناء عليه أصبح من الضرورة تصميم برنامج علاجي إرشادي مبني على موقف إيجابي يحدث مشاعر إيجابية لا سيما في ظل توفر مهارة التعاطف لدى الباحثين بحكم الاختصاص في مجالي التوجيه الطلابي والعلاج النفسي لتخفيف أعراض القلق التي ظهرت من خلال الملاحظة الميدانية للباحثين.

وبناء على ما سبق ومع عدم وجود دراسات سابقة في -حدود علم الباحثين- تناولت خفض أعراض القلق لدى ضحايا التنمر المدرسي في مرحلة المراهقة باستخدام العلاج المرتكز على التعاطف كمقدمة لتسهيل الإفصاح عن الشعور بالقلق من التعرض للتنمر، فإنه يمكن تحديد مشكلة الدراسة في السؤال التالي:

ما مدى فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج المرتكز على التعاطف في خفض أعراض القلق لدى ضحايا التنمر من طلاب المرحلة المتوسطة؟

ويتفرع من هذا السؤال الرئيس الأسئلة التالية:

1. هل توجد فروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس أعراض القلق في القياس البعدي؟
2. هل توجد فروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس أعراض القلق في القياس القبلي والقياس البعدي؟
3. هل توجد فروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس أعراض القلق في القياس البعدي والقياس التبعي؟



أهداف الدراسة:

1. التعرف على فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج المرتكز على التعاطف لخفض أعراض القلق لدى ضحايا التنمر من طلاب المرحلة المتوسطة.
2. التعرف على الفرق بين متوسطي درجة أعراض القلق لدى المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي.
3. التعرف على الفرق بين متوسطي درجة أعراض القلق للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي.
4. التعرف على الفرق بين متوسطي درجة القلق للمجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التبعي.

أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية:

تتمثل الأهمية النظرية لهذه الدراسة في:

1. دراسة تفسير ظاهرة التنمر والنظريات المفسرة للقلق.
2. إلقاء الضوء على متغير حديث نسبياً من حيث الاستقلالية كعلاج وهو الإرشاد القائم على العلاج المرتكز على التعاطف.

الأهمية التطبيقية:

1. تتمثل الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة فيما وفرته من برنامج إرشادي قائم على العلاج المرتكز على التعاطف، قد يساعد المختصين في الميدان من المعالجين النفسيين والمرشدين الطلابيين في حال استخدامه لمعالجة حالات القلق الناتجة عن التعرض للتنمر المدرسي خصوصاً في المرحلة المتوسطة.
2. كما أن الدراسة وفرت مقياساً نفسياً يمكن استخدامه في الكشف عن اضطراب القلق لدى ضحايا التنمر. الأمر الذي سيساعد بدوره في التعرف على العملاء المحتاجين للمساعدة ومن ثم إيجاد العلاجات المناسبة لهم.



مصطلحات الدراسة:

التنمرBullying:

يعرف دان ألويز التنمر بأنه "أفعال سلبية متعمدة من جانب تلميذ أو أكثر لإلحاق الأذى بتلميذ آخر، تتم بصورة متكررة، طوال الوقت، ويمكن أن تكون هذه الأفعال السالبة بالكلمات مثلًا: بالتهديد أو التوبيخ أو الإغاظه والشتم، ويمكن أن تكون بالاحتكاك الجسدي كالضرب والدفع والركل، ويمكن كذلك أن تكون بدون استخدام الكلمات أو التعرض الجسدي مثل التكشير بالوجه أو الإشارات غير اللائقة، بقصد وتعمد عزله عن المجموعة أو رفض الاستجابة لرغبته، مع عدم وجود توازن في الطاقة أو القوة" (في القحطاني، 2013، ص. 234).

ويمكن تعريفه على أنه "ذلك السلوك المتكرر الذي يهدف إلى إيذاء شخص آخر جسديًا، أو لفظيًا، أو اجتماعيًا أو جنسيًا من قبل شخص واحد أو عدة أشخاص وذلك بالقول أو بالفعل للسيطرة على الضحية وإذلالها ونيل مكتسبات غير شرعية منها" (بهنساوي وحسن، 2015).

ضحايا التنمرVictims of Bullying:

تعرفهم إسماعيل (2010) "بأنهم مجموعة الأطفال الذين تقع عليهم الإساءة من زملائهم، سواء أكان ذلك بصورة فردية أو جماعية، يساء إليهم بصورة جسدية أو لفظية أو نفسية أو اجتماعية أو جنسية أو إلكترونية أو كتابية أو حتى يساء إليهم لأنهم يدينون بديانة معينة أو ينتسبون لسلالة مختلفة عنهم، وتكون الإساءة بصورة متكررة ومقصودة، وغالبا ما تكون الضحية أقل قوة من المتنمر".

تعرفهم إبراهيم (2018) نقلاً عن (Sciarra 2004) أنهم "أولئك الأطفال الذين يكافئون المستقوين مادياً أو عاطفياً عن طريق عدم الدفاع عن أنفسهم، أو إعطاء جزء من مصروفهم أو كله للمستقوين، كما أنهم يستجيبون لطلباتهم بسهولة ويتصرفون بقله وضعف المهارات الاجتماعية، ولا يستخدمون المرح ولا يدخلون في جماعات اجتماعية أو صافية" (ص202).

كما يعرفون إجرائياً بأنهم أولئك التلاميذ الذين يصنفون على أنهم ضحايا تنمر وفقاً لمقياس دان ألويز للتنمر (Olweus,2006).



القلق Anxiety:

يشتمل هذا المفهوم على الاستجابات السلوكية والوجدانية والمعرفية لإدراك الخطر؛ حيث تعد هذه الاستجابات أساسية لبقاء النوع وينظر إليه كظاهرة طبيعية لدى أي إنسان، إلا أنه يصبح مشكلة مرضية عندما يزداد عن الحد الطبيعي ويجعل الإنسان غير قادر على التكيف النفسي والاجتماعي ويؤدي إلى انخفاض مستوى الإنتاج لديه ويؤثر في نشاطاته اليومية وفاعليته النفسية والاجتماعية وتنخفض سعادته وشعوره بالأمان والاطمئنان" (فاضل، 2019، ص.297).

أعراض القلق Anxiety Symptoms:

"تعرف الأعراض بأنها مجموعة من الإشارات التي ينبئ المضطرب نفسيًا بوجودها لديه في حديثه عما يشكو منه وتشمل كل الإشارات الدالة على الاضطراب النفسي سواء أكانت مما يشعر به المضطرب نفسيًا بقوله عن حاله من خلال التقرير الذاتي، أم كانت مما يكشفه المعالج من خلال الفحص (عز، 2015)" ويعرف أبو زيتون (2021) أعراض القلق بأنها " تلك السمات الخاصة بالقلق مثل الانزعاج والتوتر والتغيرات الجسمية".

ويعرفها الباحثان بأنها " كل ما يعتري ضحية التنمر من تغيرات سلبية وغير اعتيادية في مشاعره وعواطفه وتفكيره واضطراب العمليات المعرفية لديه وانعكاسها على تصرفاته وظهورها عليه نفسيًا وفسولوجيًا".

ويعرف الباحثان أعراض القلق لدى ضحايا التنمر إجرائيًا بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس أعراض القلق لدى ضحايا التنمر من إعداد الباحثين.

التعاطف Compassion:

يعرف جيلبرت (Gilbert et al, 2017) التعاطف بأنه "عملية معرفية وانفعالية وسلوكية تتكون من العناصر الخمسة التالية التي تشير إلى كل من التعاطف مع الذات ومع الآخرين، والتعرف على المعاناة في التجربة الإنسانية والشعور بالتعاطف مع الشخص الذي يعاني، والتواصل مع الضيق (الصدى العاطفي)، والتسامح مع المشاعر المثارة كردة فعل للشخص الذي يعاني مثل الضيق والغضب والخوف؛ لذا نظل منفتحين على الشخص الذي يعاني، ومن ثم ندفعه للعمل على تخفيف المعاناة".



التعاطف الذاتي Self-Compassion:

تعرفه نيف (Neff, 2003, p. 226) بأنه "تقبُّل الفرد لذاته وما لديه من نقاط قوة وضعف، ومدى رضاه الشخصي عن قدراته وإمكانياته بشكل يجعله مستمتعًا بحياته راضيًا عن نفسه، ويتكون من الشفقة مع الذات والمشاعر الإنسانية المشتركة والتعقل" (في الجندي وطنطاوي، 2021). ويمكن أن يعرف التعاطف مع الذات "بأنه شكل من أشكال المساندة الذاتية للفرد تجاه معوقاته وأزماته وضغوطه، أو أنه الدعم الموجه من الذات للذات، أثناء الأزمات، والذي يتمثل في الحنو على الذات والرفق بها، والبعد عن النقد الذاتي والتعامل مع الأزمات بموضوعية، ورؤيتها في إطار خبرات إنسانية مشتركة، والوعي بالأفكار والمشاعر والانفعالات دون إصدار أحكام تلقائية سلبية" (الحربي، 2020، ص.10).

حدود الدراسة:

الحدود الزمانية:

تم تطبيق الدراسة خلال الفصل الثاني من العام الدراسي 2022.

الحدود البشرية والمكانية:

اقتصرت تطبيق الدراسة على ضحايا التنمر الذين لديهم أعراض قلق مرتفعة من طلبة المرحلة المتوسطة بمدينة مكة المكرمة.

الحدود الموضوعية:

طبقت الدراسة برنامجا إرشاديا قائما على العلاج المرتكز على التعاطف في ضوء نظريتي العلاج الإنساني لروجرز كمدخل لتسهيل الإفصاح عن القلق من التعرض للتنمر، والعلاج المرتكز على التعاطف لجيلبرت لتدريب المسترشدين على التعاطف وذلك لخفض أعراض القلق لدى ضحايا التنمر من طلاب المرحلة المتوسطة، باستخدام مقياس ضحايا التنمر ومقياس أعراض القلق وبرنامج الإرشاد القائم على العلاج المرتكز على التعاطف.



أدبيات الدراسة:

ماهية القلق:

يميز الباحثون بين القلق الطبيعي الذي ينتج عن أسباب خارجية واضحة والقلق المرضي داخلي المنشأ، فالقلق الطبيعي هو الذي يخبره الفرد أثناء مواجهة الأحداث الطبيعية كرد فعل للضغط النفسي، أما المرض داخلي المنشأ فهو خوف مزمن بدون وجود مبرر موضوعي، مع توفر أعراض نفسية وجسمية عديدة ودائمة إلى حد كبير، وينظر لكلا النوعين من القلق كاستجابات اعتيادية توجد بصورة متأصلة لدى كل شخص بهدف حماية الإنسان من الأخطار، ولكن يصبح القلق مشكلة مرضية عندما يزداد عن الحد الطبيعي ويجعل الإنسان غير قادر على التكيف النفسي والاجتماعي (فاضل، 2019).

القلق العصابي (المرضي):

ينشأ القلق العصابي بسبب صعوبة تحديد مصدر الخطر الذي يواجهه الفرد، إذ إن اللوم يقوم على أكثر من مثير واحد، وقد لا تكون هناك صلة بين مصدر الخطر ومصدر القلق الذاتي الذي يشعر به الفرد مما يتسبب في استمرار القلق وتكراره، وفي هذه الحالة تكون ردة الفعل متكررة مما ينشأ عنه اضطراب نفسي شديد، قد يصل فيها الفرد إلى حالة هستيرية (الأزرق، 2016).

فالقلق المرضي أو العصابي له آثار سلبية على حياة الإنسان بصفة عامة، فهو يعوق أداء الفرد، كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات هذا النوع من القلق لديهم شعور بعدم الراحة واضطرابات النوم والرعشة والتوتر الحاد والاضطراب الجنسي والاضطراب العضلي، والخوف الاجتماعي، والاضطرابات العقلية والنفسية كالاكتئاب، بالإضافة إلى الاضطرابات في وظائف الجسم المختلفة (عبدالعال، 2008).

العلاقة بين الاضطرابات النفسية والتعرض لإيذاء الأقران:

إن تعرض التلاميذ للتنمر يسبب العديد من الاضطرابات النفسية المصنفة في الأدلة التشخيصية للأمراض النفسية، ومن هذه الاضطرابات التي أثبتت الدراسات الارتباطية وجودها، مجموعة من اضطرابات القلق مثل، اضطراب القلق العام واضطراب الهلع، وكذلك بعض الاضطرابات النفسية الأخرى المجاورة مثل اضطراب كرب ما بعد الصدمة والاكتئاب والوحدة



النفسية، فمن الدراسات الارتباطية التي أظهرت وجود الاضطرابات على وجه الاستشهاد، دراسة كوبلان وآخرين (Copland et al, 2013) التي وجدت ارتباطا كبيرا بين اضطرابات القلق العام واضطراب الهلع من جهة والتعرض لإيذاء الأقران من جهة أخرى في مرحلة الطفولة، كما أن بعضها يستمر في مرحلة الشباب مثل اضطراب الهلع بالإضافة إلى ظهور اضطرابات أخرى في هذه المرحلة مثل الاكتئاب والانتحار. كما أن إيذاء الأقران مرتبط بشكل كبير بمجموعة من المشاكل الداخلية لدى الأطفال والمراهقين سيلزو وكامبل (Scielzo & Campble, 2015).

إن التنمر بكافة أشكاله يرتبط بالكثير من الاضطرابات السلوكية والنفسية الشائعة، بما في ذلك التعرض للتنمر الإلكتروني، ويبرهن على هذا القول دراسة الحبشي (2021) التي أظهرت وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين كل من التعرض للتنمر والاضطرابات السلوكية.

النظريات المفسرة للقلق:

يشير القلق عند سيغموند فرويد إلى وجود صراعات ونزاعات بين مكونات الشخصية المختلفة خلال محاولة تلك الأجزاء أو المكونات للسيطرة على مصادر الطاقة النفسية، ويكون القلق كرد فعل للصراع وللخطر ويكون مكانه في الأنا (ضمرة، 2008). في المقابل اتجهت هورني اتجاهًا مغايرًا لآراء فرويد في تفسيرها للقلق، إذ رأت أن القلق ينتج بسبب ثلاثة عناصر أساسية تحيط بالفرد منذ طفولته، تتمثل في الشعور بالعزلة أو الانفراد، وفي مجمل هذه الحالات يصاب الإنسان بالقلق، فالعجز الذي يحيط بالفرد أمام حاجاته الأساسية، وشروط الأسرة في تلبية تلك الحاجات وأشكال المعاملة التي يستمدّها من أسرته كالحرمان العاطفي وانعدام الحب والحنان والعزلة علاوة على فقدان التقدير ونكران الحقوق وعدم العدالة والسيطرة القاسية على الطفل تكون مصادر قوية لظهور حالات القلق (الأزرق، 2016).

ويرى سكينر أن السلوك إجمالاً ينتج عن مرور الفرد بخبرات مثيرة للقلق عززت بدرجة جعلت منها مثيلاً قوياً ومستمرًا، بينما يرى دولارد وميلر أن القلق نتاج لتوقع الألم الذي يرتبط بالمشيرات الخارجية من جهة وبالعمليات الداخلية من جهة أخرى، فالقلق حالة غير سارة تحدث نتيجة للصراع الذي ربما يأخذ أشكالاً عدة ومن شأنه أن يولد حالة من عدم الاتزان (عصمان والحسيني، 2014).



وتفترض نظرية العلاج المرتكز على التعاطف بناء على الأبحاث في الفسيولوجيا العصبية للعواطف أنه يمكننا التمييز بين ثلاثة أنماط من أنظمة ضبط العواطف: (أنظمة التهديد والحماية – أنظمة الرضا والسكينة والأمان- أنظمة الدافعية والدراسة عن الموارد والإثارة)، فنظام التهديد مقابل الحماية تتمثل وظيفته في ملاحظة التهديدات بسرعة من خلال تركيز الانتباه وتحيز الانتباه ثم إعطاء دفعات من الشعور مثل القلق أو الغضب، فتنتشر هذه المشاعر في أجسادنا، وتنهنا وتحثنا على اتخاذ إجراءات لفعل شيء ما حيال التهديد لحماية أنفسنا، تشتمل على مخرجات سلوكية مثل الهرب أو القتال أو الخضوع، وقد يكون الضبط السلس لنظام الحماية من التهديدات أمرا صعبا، لأن العديد من خيارات الاستجابة الخاصة به على سبيل المثال تتعارض مع بعضها البعض، فمن الصعب الانخراط في القتال و سلوك الهرب في نفس الوقت، فسلوك الخاضع قد يتضمن البقاء في مكانه والسلبية والتخلي عن كل من الهرب والقتال؛ ففي العلاج المرتكز على التعاطف يستكشف الأطباء هذا الأمر ويشرحونه للعملاء (Gilbert,2009).

حيث يتمتع البشر بدوافع عالية لخلق صور إيجابية وتأثير إيجابي في أذهان الآخرين وأن ينظر إليهم على أنهم عوامل اجتماعية جذابة، وينبثق العار باعتباره عاطفة ذاتية، من قدراتنا المتطورة لنكون مدركين لكيفية وجودنا في أعين الآخرين كرد فعل على التهديد الاجتماعي المتمثل في كوننا غير جاذبين اجتماعيا كارون وآخرون (Caron et al (2018).

ويفترض منهج جيلبرت البيولوجي النفسي الاجتماعي نوعين من العار: العار الخارجي والعار الداخلي، ويعني العار الخارجي النظر إلى العالم على أنه غير آمن، ويؤدي هذا إلى الانخراط في مناورات دفاعية، مما يؤدي إلى بذل جهود سلوكية لتحقيق صورة إيجابية في أذهان الآخرين، ومع ذلك يمكن أن يؤدي استيعاب هذه التجارب إلى التقليل من قيمة الذات، بما يتماشى مع تلك التجارب السلبية نفسها، فيعتبر الفرد نفسه معيبا، قليل القيمة ويشعر بالنقص والفشل اجتماعيا، ويمكن النظر إلى هذه التقييمات والمشاعر الذاتية السلبية، والمعروفة باسم النقد الذاتي، على أنها شكل من أشكال العلاقة الذاتية، وهي عملية داخلية تؤدي إلى نفس استراتيجيات الهزيمة الثانوية المستخدمة عادة للاستجابة لإشارات التهديد الخارجية، وهذه عند تنشيطها تؤدي إلى مشاعر سلبية ومرض نفسي كارون وآخرون (Caron et al (2018).



ماهية التنمر المدرسي:

وبما أن التعرض للتنمر هو المسبب الرئيسي لما يدرسه الباحثان من أعراض قلق لدى ضحايا التنمر، لذا وجب عليهما تسليط بعض الإضاءة عليه من حيث ماهيته، وأنواعه، ونسبة انتشاره بين طلبة المدارس ومن هم أطراف هذه المشكلة التربوية النفسية المتشابكة نوعا ما، ومن ثم التركيز على الجزء الأهم فيه بالنسبة إلى موضوع الباحثين والمتضرر الأكبر من هذه المشكلة وهم ضحايا التنمر وما هي صفاتهم ولماذا يتعرضون للتنمر وما الآثار المترتبة عليهم نتيجة التعرض لهذا التنمر.

يعد التنمر شكلا من أشكال الإساءة والإيذاء والسخرية والعنف اللفظي أو الجسدي (العواد، 2023، ص278)، وهو سلوك سلبي يطلق على الترهيب والاستقواء والتسلط وإيذاء الآخر (القبيلي، 2023، ص680)، وهو سلوك يحدث إما داخل المدرسة أو خارجها، وقد يحدث في أي مكان تقريبا في المدرسة أو حولها، ورغم أنه قد يحدث غالبا أثناء فترات الراحة المدرسية؛ في الممرات ودورات المياه والحافلات المدرسية وأثناء انتظار الحافلات، وفي الفصول التي تتطلب عملا جماعيا أو أنشطة ما بعد المدرسة، فإنه سلوك يتعلق بمتعلمين يهددون أو يؤذون أو يخوفون متعلما، بدافع كسب ولاء المتفرجين الذين يريدون تجنبهم أو يصبحون هم ضحايا تالين، ويتضمن سلوك نية الأذى في ضوء عدم توازن في القوة بين المعتدي والضحية وبشكل متكرر (محمود وصموئيل، 2021).

الأعراض النفسية والفسولوجية الناتجة عن التنمر على الضحايا:

ومن آثار التنمر على الضحايا التمارض حتى لا يذهبون إلى المدرسة، كما أنهم مشغولون عن متابعة الدروس داخل الفصل بالتفكير في كيفية تجنب التنمر، ويترك آثارا سلبية في شخصية الضحية لدرجة أن أصدقاء الضحية يحاولون ألا يقيموا علاقة معه على اعتبار أن هؤلاء الضحايا مستسلمون للتنمر برغبتهم مما يسبب آثارا سيئة على شخصية الضحية حيث تعاني من عواقب قصيرة المدى وطويلة المدى (إبراهيم، 2019).

إنه ليس من المستغرب أن يظهر ضحايا التنمر العديد من مشاكل التكيف، بما في ذلك المزاج المكتئب والقلق والمشاكل الجسدية مثل الصداع وآلام المعدة والصعوبات الأكاديمية، كما يمكن أن يجعل التنمر الأطفال لا يريدون اللعب في الخارج والذهاب إلى المدرسة، ويجعلهم يعتقدون أن المدرسة هي واحدة من الأماكن المخيفة للذهاب إليها، أيضا يؤثر التنمر على العلاقة بين من يتعرض



للتنمر ووالديه أو الأوصياء عليه، وقد تكون العلاقة بين الوالد والطفل متوترة بسبب عداء الطفل تجاه المدرسة (Juvonen&Graham,2014).

خصائص ضحايا التنمر:

تذكر بن زورال (2020) بعض الصفات لضحايا التنمر، بأنهم يتميزون بالطبيعة الفردية، أيضا يتصف الأطفال الذين يقعون ضحية للتنمر بطبيعة خجولة وضعيفة، كما أن بعض الأطفال الذين يقعون ضحية للتنمر تنقصهم بعض المهارات الاجتماعية ومهارات توكيد الذات التي تمكنهم من استثمار المواقف لصالحهم، أو أن يكون الضحية مختلفا عن غيره بصورة من الصور، كالجماعات العرقية مثلا، أو أن يكون عاجزا أو ضعيفا عن دفع الأذى عن نفسه، كما تذكر أسباب أخرى كالاهتمام الزائد أو المفرط من قبل الوالدين، وكذلك بعض الطلاب الذين لديهم عجز أو حاجات خاصة.

الإرشاد القائم على العلاج المرتكز على التعاطف:

التعاطف في العملية الإرشادية:

تم تصوير التعاطف على نطاق واسع على أنه سمة من السمات التي يجب أن يتمتع بها المعالج في الخمسينيات من قبل روجرز وأتباعه، ثم بدأ هذا الاتجاه في الخفوت مما أدى إلى ندرة البحوث فيه. ثم عاد مرة أخرى كموضوع اهتمام علمي في علم النفس السريري والتنموي والاجتماعي، مما ساعد على إضفاء الشرعية على التعاطف كعنصر مركزي في العلاج النفسي الأمر الذي أدى إلى انفجار أبحاث التعاطف في العشرين عاما الماضية اليوت وآخرون Elliott, et al (2018).

فتقريبا منذ بداية العلاج الذي يركز على العميل، كانت هناك جهود لتحليل وفهم عملية التعاطف، وتلخيص وتحديث وجهة النظر الكلاسيكية المتمركزة حول العميل لتوضيح ماهيته أو كيفية عمله بشكل أكثر وضوحا، ففي العلاج الذي يركز على العميل لا يكفي الشعور بألم العميل أو ضيقه العاطفي أو فرحه أيا كان الشكل الذي يتخذه هذا الشعور، حيث تعتمد فعالية العلاج على فهم المعالج لعمليات العميل وإدراك العميل لهذا الفهم، بعبارة أخرى على الرغم من أن التعاطف قد يكون تجربة عميقة أو جسدية أو عاطفية، إلا أنه يلزم على الأقل درجة من المعالجة المعرفية



لتحويلها إلى فهم قائم على العلاج المرتكز على التعاطف، فالتعاطف بدون فهم قد يكون ضارا(Wilkins,2016).

فعالية التعاطف:

يعمل التعاطف على زيادة ثقة العملاء بأنفسهم، فهو مكون نشط يعمل على تسهيل العمليات المعرفية للعميل وكذلك التنظيم الانفعالي للذات، فعندما يشمل التعاطف كل المستويات الثلاثة: التفاعل الشخصي، المعرفي، والعاطفي يصبح أقوى أداة بيد المعالج (كوري، 2013).

مكونات التعاطف:

حدد مورسر وآخرون (Mercer, Jani, Maxwell, Wong, Watt, 2012) أربعة مكونات للتعاطف، المكون العاطفي ويعني القدرة على التجربة الذاتية والمشاركة في الحالة النفسية أو المشاعر الجوهرية لدى الآخرين، المكون الأخلاقي ويعني قوة إثارية داخلية محفزة على ممارسة القائم على العلاج المرتكز على التعاطف، المكون المعرفي ويقصد به القوة الفكرية المساعدة على تحديد وفهم مشاعر شخص آخر وتصورات من موقف موضوعي، المكون السلوكي وهو الاستجابة الاتصالية لنقل الفهم من موقف موضوعي.

التعاطف كتدخل علاجي:

إن استخدام العلاج المرتكز على التعاطف يتضمن تمكين الأفراد من تطوير التعاطف مع الذات والتعاطف مع الآخرين وكذلك الانفتاح على تعاطف الآخرين معه، وخصوصا في مواجهة الشدائد والمواقف المهددة. إذ يشجع العلاج المرتكز على التعاطف العميل على التركيز على التعاطف وفهمه والشعور به مع نفسه أثناء حضور عمليات التفكير السلبي، وذلك بالتركيز القوي على رعاية التعاطف داخل الذات (leaviss,2014).

نظرية العلاج المرتكز على التعاطف لباول جيلبرت:

يشير العلاج المرتكز على التعاطف إلى النظرية التي تقوم على تطبيق نموذج العلاج المرتكز على التعاطف لباول جيلبرت. حيث يتبنى العلاج المرتكز على التعاطف فلسفة مفادها أن فهمنا للعمليات النفسية والفسولوجية العصبية يتطور بوتيرة سريعة لدرجة أننا نتحرك الآن إلى ما وراء مدارس العلاج النفسي نحو علم أكثر تكاملا حيويا ونفسيا واجتماعيا للعلاج النفسي



(Gilbert,2009). في حين يركز منهج العلاج المعرفي على المعاني التي نعطيها للمحفزات والتجارب المختلفة ويسعى إلى مساعدة الناس على التغلب على القلق من خلال ملاحظة القلق وتحفيز الأفكار وتغيير التفكير بشكل مباشر لتقليل الضيق (Gilbert (2006).

ويصنف جيلبرت (Gilbert et al, 2017) ثلاثة توجهات لتعاطف الأفراد، حيث يتمثل التوجه الأول في التعاطف من أجل الآخرين كتركيز أساسي للتعاطف، ويتضمن مساعدة الآخرين، والقدرة على ملاحظة إشارات الضيق والتوجيه إليها والاتصال القائم على العلاج المرتكز على التعاطف الذي لا يصدر أحكاماً على معاناة الآخرين. ويتمثل التوجه الثاني في قبول التعاطف من الآخرين وتقييم تجربتنا لتعاطف الأشخاص من حولنا. بينما التوجه الثالث في التعاطف الذاتي يتمثل في الرغبة في تحسين الذات كإحدى طرق التفكير في التعاطف مع الذات كبديل للنقد الذاتي السلبي العام.

ولكي تعمل أنظمة العقل في نظرية العلاج المتمركز على التعاطف عند جيلبرت كالدفاع ضد التهديدات والدراسة عن الموارد والتهدئة بشكل تفاعلي وتؤثر بشكل متبادل على بعضها البعض، يرى كارونا (2017) caron, et al. أن التجارب المبكرة السلبية للمبالغة في تحفيز نظام الدفاع ضد التهديدات، المصمم للاستجابة السريعة والتلقائية لإشارات التهديد، مع التقليل من شأن نظام التهدئة، يمكن أن تولد تأثيراً سلبياً دائماً وسلوكيات دفاعية. بينما نظام الدراسة عن الموارد ضروري للبقاء والازدهار؛ لأنه مسؤول عن المشاعر الإيجابية مثل النشاط والسرور والإثارة والرضا، التي توجهنا وتحفزنا على الدراسة عن موارد مثل الطعام. ويأتي نظام التهدئة ليضمن حالة من الهدوء وعدم السعي، والسعادة والرضا، ويتزامن نضج هذا النظام وتفعيله مع تطور نظام التعلق، حيث من المتوقع أن تعمل أشكال التعلق كعوامل مطمئنة ومهدئة ومن ثم فإن علاقات التعلق المبكرة ستحفز هذا النظام من خلال إشارات الدفء والحب، وتوفير الذكريات التي تكون متاحة ليتم تجنيدها في المستقبل.

ولهذا نجد أن نظرية العلاج الإنساني والعلاج المرتكز على التعاطف علاجان مكملان لبعضهما في علاج الاضطرابات النفسية، فحين اهتمت نظرية العلاج الإنساني بمبدأ التعاطف من قبل المعالج للعميل في العلاقة العلاجية، كمسهل للإفصاح عن المعاناة، وبناء الثقة والمناخ الآمن، فإن العلاج المرتكز على التعاطف بالإضافة إلى اهتمامه بتوفير المناخ الآمن والدافئ، والاهتمام بالعلاقة الذاتية



للمعمل مع نفسه وأهمية تعاطفه مع ذاته ومع الآخرين، وهذا التكامل مناسب إلى حد كبير لمعالجة أعراض القلق لدى ضحايا التنمر.

ثانياً: الدراسات السابقة:

يتناول هذا الجزء دراسات سابقة اختبرت برامج إرشادية من اتجاهات نظرية مختلفة للتحقق من فعاليتها في خفض القلق وأعراضه واضطراباته، ثم دراسات تناولت برامج إرشادية قامت على التعاطف لاختبار فعاليتها في علاج بعض الاضطرابات النفسية.

دراسات تناولت خفض القلق:

من الدراسات التي تناولت خفض القلق دراسة كل من جريجوري وبيكارا (2015) Gregory & Baykara وهدفت إلى التعرف على فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض اضطراب قلق الطفولة قبل العلاج وبعده، على عينة من الأطفال الذين تم تشخيصهم باضطراب قلق الطفولة طبقاً للدليل التشخيصي الخامس، وتم الحصول على العينة من عيادة الطب النفسي للأطفال التابع لجامعة إزمير، بواقع 24 طفلاً ووالديهم بعينة بلغ إجمالي المشاركين فيها 72 فرداً، وتم تقسيم الأطفال إلى مجموعتين تجريبية 12 طفلاً وضابطة 12 طفلاً لمن هم على قائمة الانتظار، وطبق على المجموعتين قائمة جرد القلق كحالة وسمة قبل وبعد التدخل. واحدة للأطفال وأخرى للوالدين، وتوصلت الدراسة إلى انخفاض ملحوظ في مستويات القلق، حيث كانت هناك فروق كبيرة ودالة بين المجموعتين.

وكذلك دراسة إبراهيم (2018) التي هدفت إلى التعرف على فعالية برنامج إرشادي قائم على الإثراء النفسي في تخفيف اضطراب القلق ونقص تقدير الذات لدى ضحايا التنمر من أطفال الروضة، وطبقت عليهم مقاييس كل من القلق وتقدير الذات على عينتين تجريبية مكونة من 30 طفلاً من الجنسين وضابطة مكونة من 30 طفلاً من الجنسين أيضاً، وتوصلت إلى وجود فروق في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

وأيضاً دراسة كل من ونج وآخرين (2018) Wong, et al. التي هدفت إلى التعرف على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض القلق وتعزيز النمو الشخصي لدى المراهقين المعرضين لخطر الإصابة باضطرابات القلق في البيئات المدرسية بهونج كونج، على عينة مكونة من 46 طالباً،



قسموا إلى مجموعتين تجريبية ٢٦ طالبا تلقوا العلاج المعرفي السلوكي، وضابطة ٢٠ طالبا تلقوا العلاج المعتاد، وأظهرت النتيجة تحسنا كبيرا في أعراض القلق بشكل عام، وأعراض اضطراب القلق العام.

ودراسة كل من العازمي والمرتجى (2019) التي هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي انتقائي في خفض مستوى القلق الاجتماعي وإدمان تطبيقات التواصل لدى عينة مكونة من ٣٠ طالبا من المراهقين بالمرحلة المتوسطة بدولة الكويت، وطبق عليهم مقياسان: أحدهما للقلق التفاعلي والآخر لإدمان مواقع التواصل، وتوصلت دراستهما إلى فعالية البرنامج في خفض مستوى القلق الاجتماعي لدى أفراد العينة.

كذلك أجرى كل من سترنيكلار وآخرون (2019) Stjernklar et al دراسة للتعرف على فعالية النسخة الدنماركية من العلاج المعرفي الانفعالي المستند على الإنترنت في خفض اضطرابات القلق لدى عينة من المراهقين ما بين 13-17 سنة، ويعانون من اضطرابات القلق وفقا للدليل التشخيصي الخامس، وتوصلت دراستهم إلى انخفاض كبير لدى أفراد العينة التجريبية مقارنة بالضابطة، وكذلك ثبات فعالية العلاج بعد مرور 3 - 12 شهرا من المتابعة.

بالإضافة إلى دراسة حافظ (2019) التي هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي عقلاي انفعالي في خفض أعراض القلق وتحسين جودة الحياة لعينة من طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية، تتراوح أعمارهم ما بين (18-23) عاما، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وطبق عليهم مقياس تايلور للقلق الصريح وقائمة كوزنل للأعراض السيكوسوماتية ومقياس جودة الحياة، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة بين رتب درجات المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي لتطبيق البرنامج على مقياس تايلور للقلق الصريح.

ودراسة كل من الهدي والصمادي (2020) التي هدفت لاختبار فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج العقلاي الانفعالي السلوكي في خفض القلق المعمم لدى المراهقين الذين تعرضوا للحبس المنزلي في القدس، على عينة تكونت من 30 مراهقا في سن (15-18) وطبق عليهم مقياس القلق المعمم قبل البرنامج وبعده، وأثبتت النتائج فعالية البرنامج واستمرارية أثره في القياس التبعي.



ومن الدراستات التي اهتمت بخفض القلق لدى المراهقين دراسة كل من جونستن وآخرين (2020) Johnston, et al. لاختبار ما إذا كانت اليقظة العقلية القائمة على الفصول الدراسية فعالة في الحد من القلق والتوتر، على عينة بلغت 285 طالبا تتراوح أعمارهم من 14-16 عاما، تم اختيارهم عشوائيا من 13 صفًا دراسيًا، وأظهرت نتائج ما قبل التدخل وبعده انخفاض درجة القلق انخفاضًا دالًا مقارنة بأولئك الذين تلقوا الرعاية المعتادة.

ودراسة زيكوباولو (2021) Zikopoulou, et al. التي هدفت إلى التعرف على فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض القلق لدى (41) طفلا تتراوح أعمارهم بين (9-12) عاما، ممن يعانون من أعراض قلق مرتفعة برفقة أحد الوالدين، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وأظهر الأطفال الذين تلقوا العلاج انخفاضًا ذا دلالة في الأعراض مقارنة بمن لم يتلقوه، بعد التدخل وكذلك في فترة التتبع.

دراستات اختبرت فاعلية برامج قائمة على التعاطف في معالجة بعض المتغيرات:

هدفت دراسة شاهين (2012) Sahin إلى التعرف على فعالية التدريب على التعاطف في خفض التنمر في ست مدارس ابتدائية على عينة تكونت من (38) طالبا، قسموا إلى مجموعتين تجريبيتين ومجموعتين ضابطتين من كل من المتنمرين والضحايا، وجدت الدراسة أن التنمر انخفض بشكل ملحوظ عند مقارنة المجموعة التجريبية مع المجموعة الضابطة، كما أن مهارات التعاطف ارتفعت في المجموعة التجريبية مقارنة مع المجموعة الضابطة.

كما أجرى كل من لوكر وكورين (2013) Lucre & Corren دراسة هدفت إلى التعرف على فعالية العلاج المتمركز على التعاطف في خفض النقد الذاتي والأفكار والمشاعر المهاجمة للذات، بالإضافة إلى الأعراض العامة للقلق والتوتر والاكئاب لمجموعة من مضطربي الشخصية في العيادات الخارجية، حيث بلغ مجموعة العينة 8 أفراد، واستمر البرنامج 16 أسبوعا، واستخدم في تقييم فعالية العلاج طريقة مختلطة تجمع بين الأساليب النوعية والكمية، وأثبت البرنامج فعالية كبيرة في انخفاض المتغيرات المستهدفة في القياس البعدي، وكذلك بعض التحسن في التبعي وإن كانت القيم ليست ذات دلالة في القياس التبعي.



بالإضافة إلى دراسة لكل من بيومنت وآخرين (2016) Beaumont et al هدفت إلى التحقق من فعالية العلاج المتمركز على التعاطف كعامل مساعد للعلاج المعرفي بالمقارنة مع العلاج المعرفي منفردًا، للحد من أعراض الصدمات والقلق والاكتئاب وزيادة التعاطف مع الذات على عينة مكونة من 17 فردًا من أفراد الدفاع المدني، تمت إحالتهم للعلاج بعد حادث صادم، وطبق عليهم ثلاث استبيانات قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، واحد للقلق والاكتئاب ومقياس لأثر الصدمات وآخر للتعاطف الذاتي، ولوحظ انخفاض كبير في أعراض القلق والاكتئاب وفرط الإنارة وزيادة كبيرة في التعاطف مع الذات في حالة استخدام العلاجين معًا.

وكذا دراسة لكل من تيواري وآخرين (2018) Tiwari, et al. للتعرف على فعالية العلاج المرتكز على التعاطف لخفض مستوى الاكتئاب في مستشفيات مختارة في أندور، على 12 مريضاً يعانون من الاكتئاب، تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية بواقع ستة أفراد في كل مجموعة وطبقت عليهم قائمة بيك للاكتئاب ومقياس التعاطف الذاتي، واستمر العلاج لمدة 15 يوماً، ثم الاختبار البعدي والمتابعة لمدة شهر، وأثبت العلاج فعاليته في القياسين.

ومن الدراسات التي اختبرت فعالية العلاج المرتكز على التعاطف، دراسة لكل من برات وآخرين (2020) Bratt, et al حيث اختبروا فعالية برنامج قائم على العلاج المرتكز على التعاطف في خفض الضغوط المتصورة وتنمية التعاطف مع الذات، وذلك على عينة إكلينيكية من المراهقين الذين يتلقون رعاية نفسية لمشاكل صحية نفسية معقدة وأولياء أمورهم، بمشاركة 43 مراهقاً تم تقسيمهم إلى 19 عينة تجريبية و 24 منهم لم يرغبوا في العلاج تم تعيينهم كعينة ضابطة، بالإضافة إلى 77 فرداً من أولياء أمورهم، وطبق عليهم مقياسان واحد للضغوط وآخر للتعاطف قبل وبعد العلاج. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات في رفع التعاطف مع الذات أو خفض الضغوط، وكانت أحجام التأثير للبرنامج صغيرة إذ بلغت (0.25) فقط.

وكذلك دراسة مصطفى (2020) التي هدفت إلى تنمية التعاطف مع الذات لدى عينة من ضحايا التنمر الإلكتروني وكذلك خفض حدة اضطراب ما بعد الصدمة لديهم من خلال برنامج إرشادي مرتكز على التعاطف، والتعرف على استمرارية فعالية البرنامج أثناء فترة المتابعة على عينة تجريبية تكونت من (7) طلاب من ضحايا التنمر الإلكتروني منخفضي التعاطف مع الذات والذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة وذلك بمدينة أمها، وقد طبق عليهم الباحثان مقياس ضحايا



التنمر الإلكتروني من إعدادهما ومقياس التعاطف مع الذات وقائمة اضطراب ما بعد الصدمة من تعريب الباحثين، وبرنامجا إرشاديا مرتكزا على التعاطف من إعداد الباحثين، وقد أشارت النتائج إلى فعالية البرنامج في تنمية التعاطف الذاتي وكذلك خفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة الدراسة.

ودراسة كل من دريسكول ومكالييس (2021) Driscol & Mcaleese التي هدفت إلى التعرف على فعالية العلاج المرتكز على التعاطف كتدخل مدرسي لقلق الاختبار بين المراهقين، على عينة تكونت من 47 مراهقا تراوحت أعمارهم بين 16-17 عاما، تم تقسيمهم إلى مجموعتين، مجموعة التدخل 22 طالبا ومجموعة الضبط 25 طالبا، وطبق عليهم ثلاثة مقاييس؛ مقياس لقلق الاختبار ومقياس للقلق العام ومقياس للتعاطف مع الذات، وأشارت النتائج إلى أن العلاج كان فعالا ومجديا، حيث لوحظ انخفاض كبير في قلق الاختبار والقلق العام.

كما أظهرت دراسة للضبع (2021) التي هدفت إلى التعرف على فعالية برنامج إرشادي إلكتروني قائم على التعاطف مع الذات في خفض القلق متعدد الأوجه للحجر المنزلي أثناء جائحة كورونا لدى طلاب الجامعة، على عينة تكونت من 13 طالبا بكلية التربية بجامعة الملك خالد بمتوسط أعمار 20 سنة، أظهرت فروقا في نتائج القياس البعدي بين المجموعتين الضابطة والتجريبية، مما يعني فعالية البرنامج الإرشادي القائم على التعاطف مع الذات في خفض القلق.

التعقيب على الدراسات السابقة:

لاحظ الباحثان من خلال استعراض الدراسات السابقة أنها تنوعت فيما هدفت إلى معالجته. فبعضها ركز على خفض أعراض القلق، وهي متفقة في هذا مع هدف الدراسة الحالي، مثل دراسة جريجوري وبيكارا (2015) Gregory & Baykara ودراسة إبراهيم (2018) ودراسة ونج وآخرين (2018) wong, et al. وسترينكلر وآخرين (2019) Stjernklar et al وجوستن وآخرين (2020) Johnston, et al. وزيكوباولو وآخرين (2021) Zikopoulou, et al.

كما أن الدراسات السابقة في المحور الثاني من هذه الدراسة هدفت إلى اختبار فاعلية العلاجات المرتكزة على التعاطف من اتجاهات مختلفة، أو بالمصاحبة مع علاج من مدرسة أخرى في علاج مشكلات مختلفة عن مشكلة الدراسة الحالية، مثل دراسة تيواري وآخرين Tiwari, et al.



(2018) التي استخدمته لخفض مستوى الاكتئاب ودراسة برات وآخرين (2020) Bratt, et al. التي استخدمته لخفض الضغوط المتصورة، بالإضافة إلى أن هناك دراسات استخدمت العلاج المرتكز على التعاطف لخفض القلق إلا أنها مختلفة من حيث مصدر القلق مثل دراسة ودريسكول ومكالييس (2021) Driscoll & McAleese، التي استخدمته لخفض قلق الاختبار.

وتعتبر دراسة مصطفى (2020) التي هدفت إلى تنمية التعاطف الذاتي وخفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى ضحايا التنمر الإلكتروني هي الأقرب لهذه الدراسة وإن كانت هناك فروق في التدخل العلاجي، حيث اقتصر في دراسة مصطفى (2020) على العلاج المرتكز على التعاطف لباول جيلبرت بينما الدراسة الحالية جمعت بين العلاج بالتعاطف من المنظور الإنساني وبين العلاج المرتكز على التعاطف، كما أن الدراسة الحالية اهتمت بخفض أعراض القلق المتعلق بالتعرض للتنمر في الواقع والوقت الراهن داخل المدرسة وخارجها، بينما اهتمت دراسة مصطفى بخفض اضطراب كرب ما بعد الصدمة، الذي يصيب الضحية في وقت لاحق من التعرض للتنمر الإلكتروني.

وقد اتفقت جميع الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية من حيث استخدام المنهج، وهو المنهج شبه التجريبي، وإن اختلفت التصميمات من دراسة إلى أخرى من حيث وجود مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة، أو الاكتفاء بمجموعة تجريبية بقياسين قبلي وبعدي.

وبناء على ما سبق فإن الباحثين توصلوا إلى استنتاج مفاده أن الدراسات التي تناولت معالجة أعراض القلق وأنواع مختلفة منه من خلال برامج إرشادية بناء على اتجاهات نظرية مختلفة، أثبتت فعاليتها في علاجه، مما يعني إمكانية معالجة هذه المشكلة التي يهدف إليها الباحثان، بالإضافة إلى أن الدراسات التجريبية التي قامت على العلاج القائم على العلاج المرتكز على التعاطف بأنواعه أثبتت جدواها في معالجة المشكلات التي تناولتها ومنها أنواع مختلفة من اضطرابات القلق، وهذا الأمر ساعد في صياغة فروض الدراسة كالتالي:

فروض الدراسة:

1- توجد فروق دالة إحصائية في متوسط درجة أعراض القلق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي.



2- توجد فروق دالة إحصائية في متوسط درجة أعراض القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي.

3- لا توجد فروق دالة إحصائية في متوسط درجة أعراض القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية بين القياس البعدي والقياس التتبعي.

منهج الدراسة:

قام الباحثان باستخدام المنهج شبه التجريبي ذي تصميم المجموعة الضابطة مع اختبار قبلي وبعدي، وتتبعي لاختبار مدى استمرارية الأثر، ويعتبر هذا التصميم ذا مجموعتين، ضابطة وتجريبية، كما أن الأفراد في هذا التصميم يوزعون عشوائياً على كل مجموعة قبل الاختبار القبلي (أبو علام، 2011)، ويرجع اختيار الباحثين لهذا المنهج إلى ارتباطه بمشكلة الدراسة ومناسبتها لاختبار فرضياتها، وذلك لأن العلاقة في الدراسة التي طبقت هي علاقة علة ومعلول، أو سبب ونتيجة؛ وتمثلت في اختبار مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المرتكز على التعاطف في خفض أعراض القلق لدى ضحايا التنمر.

مجتمع الدراسة:

جميع طلاب المرحلة المتوسطة بمدينة مكة المكرمة من البنين والذين تتراوح أعمارهم بين 12 - 15 عامًا.

عينة الدراسة:

قام الباحثان من أجل اختيار عينة الدراسة بالآتي:

أولاً: طبق الباحثان مقياساً لضحايا التنمر من أجل تحديد الطلاب الذين تعرضوا لدرجة عالية من التنمر، حيث وزع على أربع مدارس متوسطة بمكة المكرمة، وقد أجاب ما مجموعه 338 طالباً، حيث أظهرت النتائج تعرض 35 طالباً لدرجة عالية من التنمر.



جدول 1:

نسبة المستجيبين لمقياس ضحايا التنمر لكل مدرسة بالنسبة للعدد الكلي للمستجيبين

م	اسم المدرسة	عدد المستجيبين	نسبة الاستجابة
1	ذي البجادين المتوسطة	216	64%
2	جعفر بن أبي طالب المتوسطة	61	18%
3	عثمان بن طلحة المتوسطة	50	15%
4	الفتح المتوسطة	11	3%
	المجموع	338	100%

ثانيا: قام الباحثان بتطبيق مقياس أعراض القلق لدى ضحايا التنمر على الطلاب الذين تعرضوا لدرجة عالية من التنمر وعددهم ٣٥ طالبًا، وتوصلا إلى أن ٢٠ طالبًا حصلوا على درجة مرتفعة على مقياس أعراض القلق.

ثالثا: قام الباحثان بتقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة، وذلك باستخدام التعيين العشوائي؛ بحسب درجات الطلاب على مقياس أعراض القلق والصف الدراسي.

جدول 2:

يمثل العينة التجريبية بالنسبة للصف والعمر الزمني

الصف	العدد	المتوسط	متوسط العمر
الأول	12	60%	12
الثاني	6	30%	13.5
الثالث	2	10%	15

أدوات الدراسة:

استخدم الباحثان لتنفيذ الدراسة الأدوات التالية:

مقياس دان أولويس (قسم الضحية) Olweus' questionnaire on bullying for students

(2006):



حيث يتكون مقياس (قسم الضحية) ضمن مقياس ألويز للتنمر، من (10) عبارات لقياس درجة تعرض التلاميذ للفئة العمرية من 12-16 عاما للتنمر، وقد تم تصميم عباراته لتقيس عوامل التعرض للإيذاء اللفظي والجسدي والعائقي.

خطوات إعداد وترجمة المقياس:

تم إعداد وترجمة المقياس بعد عدد من الخطوات، حيث اختير مقياس العالم النرويجي دان ألويز، نظرا لمناسبته لموضوع الدراسة، ثم تمت ترجمة المقياس في صورته الأولى، وتعديل العبارات التي تحتاج إلى تعديل. تم عرض المقياس على متخصص في اللغة الإنجليزية للتأكد من سلامة الترجمة. وعرض المقياس بعدها في صورته الأولى على 5 محكمين من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في مجال القياس النفسي والتقويم والإحصاء وعلم النفس، وقد أقرروا مناسبته لقياس الظاهرة، وأبدوا ملاحظاتهم على صياغة بعض العبارات، لتتناسب مع بيئة المستهدفين من القياس. وعدلت العبارات وفقا لرأي المحكمين، للوصول إلى الصورة النهائية للمقياس. ثم طبق المقياس على 5 طلاب من نفس الفئة العمرية والبيئة الاجتماعية للتأكد من وضوح العبارات ومدى مناسبتها لمستوى فهم هذه الفئة، ولم يكن هناك ملاحظات توجب التعديل في العبارات. ثم تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس بالطرق التالية:

صدق المقياس:

من أجل التحقق من صدق مقياس ضحايا التنمر، قام الباحثان باستخدام عدة طرق للتحقق من ذلك وهي كالتالي:

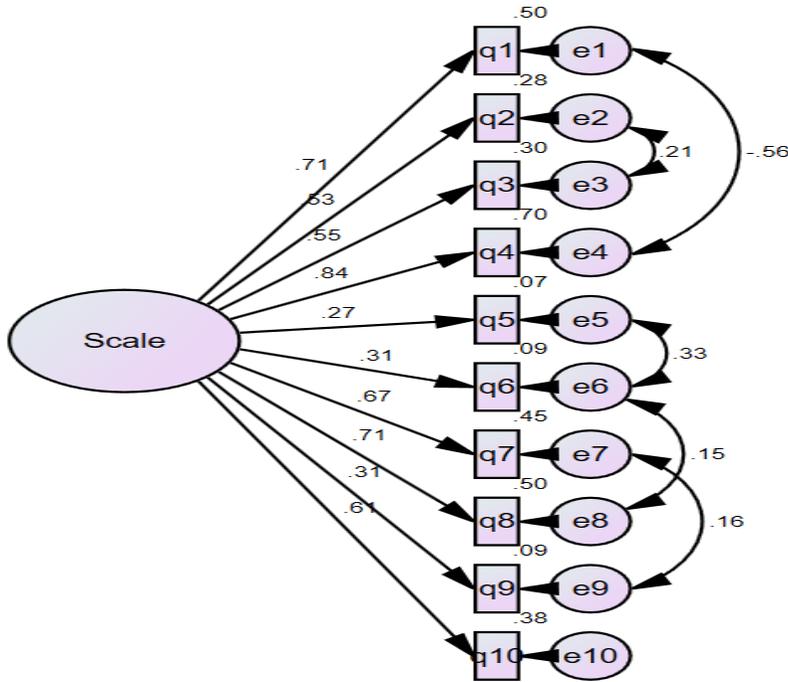
صدق المحكمين:

حيث عرض المقياس على خمسة من أعضاء هيئة التدريس ذوي الاختصاص في القياس النفسي والتقويم والإحصاء وعلم النفس.

صدق البناء (التحليل العاملي التوكيدي):

وذلك للتحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس ضحية التنمر ومدى مناسبة النموذج الذي تم بناؤه وكان عدد مفرداته (10) مفردات وطبق على عينة حجمها مناسب (312 استجابة)، وكان التوزيع طبيعيا لكي يسمح بعمل التحليل العاملي، ويتبين من خلال الشكل بالأسفل وجود

ارتباط للفقرات بالدرجة الكلية للمقياس وهذا يؤكد وجود عامل واحد لمقياس ضحايا التنمر، والشكل رقم (1) يوضح التحليل العاملي التوكيدي للنموذج.



شكل (1) التحليل العاملي التوكيدي لمقياس ضحايا التنمر

وكانت قيم مؤشرات تطابق النموذج مع البيانات والمتمثلة في قيم مربع كاي المعياري ومؤشر المطابقة المقارن ومؤشر رمسي كما في النموذج أعلاه والقيم مع الحكم في الجدول (3) أدناه:

جدول 3:

نتائج التحليل العاملي التوكيدي

المؤشر	القيمة	الحكم
مربع كاي المعياري	88.528	متحقق
المطابقة المقارن	0.94	متحقق
توكر- لويس	0.94	متحقق
رمسي	0.052	متحقق



حيث تعتبر قيمة مربع كاي المعياري مناسبة، وكذلك قيمة مؤشر المطابقة المقارن (0.94) وتوكر – لويس فتعتبر متحققة (0.94) أما مؤشر رمسي مؤشر الجذر التربيعي لمتوسط خطأ الاقتراب فيعتبر مناسب.

جدول 4:

درجة تشبع العبارات لمقياس ضحايا التنمر

التشبعات	العبارة
0.70	1
0.53	2
0.55	3
0.84	4
0.30	5
0.31	6
0.67	7
0.71	8
0.40	9
0.61	10

ويوضح الجدول (4) درجات التشبع بعد إجراء التحليل العاملي التوكيدي في النموذج. حيث يلاحظ من الجدول أن جميع فقرات المقياس لديها درجة تشبع جيدة، تراوحت ما بين (0.30) – (0.84)، وهذا مؤشر على جودة المطابقة للمقياس.

صدق المفهوم (الاتساق الداخلي للفقرات):

تم حساب صدق الاتساق الداخلي بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس، ويوضح الجدول التالي نتائجها.



جدول 5:

معاملات ارتباط بيرسون للعبارات بالدرجة الكلية للمقياس

العبارة	معامل الارتباط والدرجة الكلية للمقياس
1	** 0.730
2	** 0.636
3	** 0.643
4	** 0.766
5	** 0.375
6	** 0.371
7	** 0.735
8	** 0.709
9	** 0.398
10	** 0.692

** دال عند المستوى (0.01)

من خلال الجدول السابق يتضح أن معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية للمقياس جميعها دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0.01)، وجاءت جميع قيم معاملاتها جيدة إحصائيًا، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.371 – 0.766)، مما يدل على توفر درجة جيدة من صدق الاتساق الداخلي.

ثانياً الثبات:

قام الباحثان بقياس ثبات أداة الدراسة باستخدام معامل ثبات ألفا كرونباخ، والجدول التالي يوضح معامل الثبات لأداة الدراسة.

جدول 6:

معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس ضحايا التنمر

عدد الفقرات	ألفا كرونباخ
10	0.81

يتضح من الجدول السابق أن أداة الدراسة تتمتع بثبات مرتفع إحصائيًا، حيث بلغت قيمة ألفا كرونباخ (0.81).



مقياس أعراض القلق لدى ضحايا التنمر:

نظرا لعدم التمكن من العثور على أداة تتناسب مع مشكلة الدراسة التي يسعى الباحثان للتحقق منها وهي التعرف على مستوى أعراض القلق لدى ضحايا التنمر في التراث النفسي، قام الباحثان بالاطلاع على مجموعة من المقاييس المتنوعة في قياس القلق. كما اعتمدت الدراسة علامات وأعراض القلق الرئيسية في دليل المساعدة النفسية الأولية للجنة الوطنية لتعزيز الصحة النفسية (1436)، أبعادًا لمقياس أعراض القلق لدى ضحايا التنمر في المرحلة المتوسطة.

وصف المقياس:

وقد تكون المقياس في صورته النهائية من الأبعاد التالية:

البعد الأول: أعراض العواطف والمشاعر (وتم صياغة 10 عبارات لقياس هذا البعد).

البعد الثاني: أعراض التفكير والوظائف المعرفية (وتم صياغة 10 عبارات لقياس هذا البعد أيضا).

البعد الثالث: الأعراض السلوكية (وتم صياغة 11 عبارة لقياس هذا البعد).

البعد الرابع: الأعراض الجسدية (وتم قياس 12 عبارة لقياس هذا البعد). حيث تتراوح درجات المستجيب على المقياس بين (129) كدرجة عليا، و(صفر) كدرجة دنيا، حيث تشير الدرجة العالية إلى وجود مستوى عالٍ لأعراض القلق لدى ضحية التنمر، والعكس من ذلك الدرجة المتدنية.

التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس بالطرق التالية:

صدق الأداة:

للتحقق من صدق الأداة تم تطبيق الأداة على عينة استطلاعية مكونة من (164) فردا، ومن ثم تم حساب معامل ارتباط بيرسون للعلاقة بين الدرجة على الفقرة والدرجة الكلية للأداة وبين الدرجة على الفقرة والدرجة على البعد الذي تنتمي إليه. والجدول (7) يبين ذلك.



جدول 7:

نتائج معاملات الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية والبعد لمقياس أعراض القلق لدى ضحايا التنمر

معامل الارتباط والدرجة الكلية	معامل الارتباط والبعد	الفقرة	المحور	معامل الارتباط والدرجة الكلية	معامل الارتباط والبعد	الفقرة	المحور
** 0.369	** 0.396	21	الأعراض السلوكية	** 0.631	** 0.634	1	أعراض العواطف والمشاعر
** 0.648	** 0.660	22		** 0.564	** 0.472	2	
** 0.686	** 0.519	23		** 0.570	** 0.489	3	
** 0.699	** 0.563	24		** 0.705	** 0.668	4	
** 0.621	** 0.512	25		** 0.580	** 0.520	5	
** 0.616	** 0.465	26		** 0.594	** 0.575	6	
** 0.610	** 0.531	27		** 0.622	** 0.523	7	
** 0.563	** 0.479	28		** 0.620	** 0.630	8	
** 0.461	** 0.431	29		** 0.650	** 0.607	9	
** 0.638	** 0.657	30		** 0.762	** 0.668	10	
** 0.690	** 0.715	31		** 0.723	** 0.657	11	
** 0.811	** 0.778	32	** 0.679	** 0.546	12	أعراض التفكير والوظائف المعرفية	
** 0.676	** 0.584	33	** 0.785	** 0.767	13		
** 0.687	** 0.613	34	** 0.749	** 0.700	14		
** 0.763	** 0.700	35	** 0.775	** 0.744	15		
** 0.647	** 0.556	36	** 0.560	** 0.505	16		
** 0.658	** 0.568	37	** 0.647	** 0.598	17		
** 0.768	** 0.713	38	** 0.588	** 0.579	18		
** 0.797	** 0.742	39	** 0.737	** 0.669	19		
** 0.686	** 0.647	40	** 0.778	** 0.739	20		
** 0.660	** 0.668	41					
** 0.728	** 0.695	42					
** 0.563	** 0.546	43					



يتبين من خلال الجدول (7) وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين فقرات المحور الأول والدرجة الكلية للبعد حيث تراوحت قيم المعاملات ما بين (0.472 إلى 0.668)، وتراوحت القيم للفقرات والدرجة الكلية ما بين (0.564 إلى 0.762). كما تراوحت قيم معاملات ارتباط فقرات المحور الثاني والدرجة الكلية للبعد ما بين (0.505 إلى 0.767)، والفقرة والدرجة الكلية ما بين (0.560 إلى 0.785)، أما فقرات المحور الثالث فتراوحت القيم والدرجة الكلية للبعد ما بين (0.396 إلى 0.715) والدرجة الكلية تراوحت القيم ما بين (0.369 إلى 0.699)، وأخيراً في فقرات المحور الرابع تراوحت القيم والدرجة الكلية للبعد ما بين (0.546 إلى 0.742) وتراوحت قيم الدرجة الكلية ما بين (0.563 إلى 0.811). وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.01$.

يتبين من خلال الجدول (8) وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين محاور أداة الدراسة والدرجة الكلية حيث تراوحت قيم المعاملات بين الأبعاد ما بين (0.752 إلى 0.851) وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.01$ ، كما تراوحت قيم المعاملات للمحاور والدرجة الكلية ما بين (0.893 إلى 0.927). مما سبق يتبين أن الأداة المستخدمة في الدراسة تتمتع بدرجة عالية من الصدق.

جدول 8:

معاملات الارتباط البينية بين المحاور والدرجة الكلية لمقياس أعراض القلق لدى ضحايا التنمر

الدرجة الكلية	الأعراض الجسدية	الأعراض السلوكية	أعراض التفكير والوظائف المعرفية	المحور
**0.921	**0.808	**0.755	**0.851	أعراض العواطف والمشاعر
**0.926	**0.797	**0.752		أعراض التفكير والوظائف المعرفية
**0.893	**0.766			الأعراض السلوكية
**0.927				الأعراض الجسدية

ثبات الأداة: للتحقق من ثبات الأداة تم تطبيق الأداة على عينة استطلاعية بلغت (164) فرداً، ومن ثم تم حساب معامل ثبات كرونباخ ألفا، والجدول (9) يبين ذلك.

جدول 9:

معاملات ثبات مقياس أعراض القلق لدى ضحايا التنمر

المحور	عدد الفقرات	معامل ثبات كرونباخ ألفا
أعراض العواطف والمشاعر	10	0.83
أعراض التفكير والوظائف المعرفية	10	0.88
الأعراض السلوكية	11	0.82
الأعراض الجسدية	12	0.91
المقياس ككل	43	0.96

يتبين من خلال النتائج في الجدول (9) أن معاملات ثبات محاور أداة الدراسة بطريقة كرونباخ ألفا تراوحت ما بين (0.82 إلى 0.91) والدرجة الكلية بلغت (0.96)، مما سبق يتبين أن الأداة تتمتع بدرجة عالية من الثبات.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

قامت الدراسة بالتحقق من فروض البحث باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

١. للإجابة عن فرضية الدراسة الأولى تم استخدام اختبار مان وتني وهو اختبار لا معلمي بديل اختبار (ت) لعينتين مستقلتين.

٢. للإجابة عن فرضية الدراسة الثانية وفرضية الدراسة الثالثة تم استخدام اختبار ولكوكسون وهو اختبار لا معلمي بديل اختبار (ت) لعينتين مترابطتين.

٣. التحقق من الدلالة العملية ومقياس حجم تأثير البرنامج الإرشادي باستخدام معادلة كوهن (Cohen, 1988). $r = Z \div \sqrt{n}$

عرض نتائج الدراسة:

قام الباحثان بمعالجة فروض الدراسة باستخدام أساليب الإحصاء اللابارامتري، نظرًا لصغر حجم العينة، فقد استخدم الأسلوب الإحصائي (مان وتني) البديل لاختبار (ت) في الإحصاء البارامتري للمقارنة بين عينتين مستقلتين وذلك للتعرف على الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، كما استخدم اختبار (ويلكسون) للتعرف على الفروق



بين متوسط رتب درجات القياس القبلي والبعدي ثم البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية، وفيما يلي استعراض نتائج الدراسة وفقاً لكل فرض:

فرض الدراسة الأول: توجد فروق دالة إحصائية في أعراض القلق بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

للإجابة عن فرضية الدراسة الأولى تم استخدام اختبار مان وتني وهو اختبار لا معلمي بديل لاختبار (ت) لعينتين مستقلتين، تم استخدامه لصغر حجم العينة. والجدول (10) يبين ذلك.

جدول 10:

نتائج اختبار مان وتني لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية للاختبار البعدي

الدالة العملية	الدالة الإحصائية sig	اختبار Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	المجموعة	البعد
	*0.00	-3.79	155	15.5	10	الضابطة	أعراض العواطف والمشاعر
			55	5.5	10	التجريبية	
	*0.00	-3.80	155	15.5	10	الضابطة	أعراض التفكير والوظائف المعرفية
			55	5.5	10	التجريبية	
	*0.00	-3.79	155	15.5	10	الضابطة	الأعراض السلوكية
			55	5.5	10	التجريبية	
	*0.001	-3.30	148.85	14.85	10	الضابطة	الأعراض الجسدية
			61.50	6.15	10	التجريبية	
1.19	*0.000	-3.782	155	15.5	10	الضابطة	الدرجة الكلية
			55	5.5	10	التجريبية	

يتبين من خلال النتائج في جدول (10) وجود فروق دالة إحصائية بين الرتب تبعاً للمجموعة الضابطة والتجريبية على أبعاد مقياس أعراض القلق ودرجته الكلية، حيث تراوحت قيمة اختبار ز



بين (-3.30 إلى 3.80) للأبعاد و (-3.782) للدرجة الكلية للمقياس، وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة $0.01 \geq \alpha$ ، وكانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية. كما تبين من خلال الجدول أن الدلالة العملية كانت في المستوى المرتفع وفقًا لكوهن (Cohen, 1988) حجم الأثر ووفقًا للمعادلة الآتية:

$r = \frac{Z}{\sqrt{n}}$ ، مما يدل على تحقق الفرض الأول وتحقيق البرنامج لأهدافه لدى أفراد المجموعة التجريبية.

فرض الدراسة الثاني: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أعراض القلق للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. للإجابة عن فرضية الدراسة الثانية تم استخدام اختبار ولكوكسون وهو اختبار لا معلمي بديل لاختبار (ت) لعينتين مترابطتين، تم استخدامه لصغر حجم العينة. والجدول (11) يبين ذلك.

جدول 11:

نتائج اختبار ولكوكسون للدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات الاختبار (قبلي - بعدي)

حجم الأثر	الدلالة الإحصائية sig	اختبار Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الرتب	البعد
	*0.005	-2.8	55	5.5	10	السالبة	أعراض العواطف والمشاعر
			0	0	0	الموجبة	
	*0.007	-2.71	54	6	9	السالبة	أعراض التفكير والوظائف المعرفية
			1	1	1	الموجبة	
	*0.005	-2.8	55	5	10	السالبة	الأعراض السلوكية
			0	0	0	الموجبة	
	*0.009	-2.6	53	5.89	9	السالبة	الأعراض الجسدية
			2	2	1	الموجبة	
0.88	*0.05	-2.8	55	5.50	10	السالبة	الدرجة الكلية
			0	0	0	الموجبة	



تظهر نتائج جدول (11) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس أعراض القلق لدى ضحايا التنمر ودرجته الكلية في اتجاه القياس البعدي، حيث تراوحت قيمة (Z) لأبعاد المقياس بين (-2.6 إلى -2.8) و(-2.8) للدرجة الكلية، وهي جميعها قيم دالة إحصائية، حيث إن الفروق في جميع الأبعاد والدرجة الكلية في اتجاه القياس البعدي، كما تبين من خلال الجدول أن الدلالة العملية كانت في المستوى المرتفع وهذه النتائج تعني تحقق الفرض الثاني للبحث.

فرض الدراسة الثالث: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أعراض القلق للمجموعة التجريبية في القياس البعدي والتبقي.

جدول 12:

نتائج اختبار ولكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات الاختبار (بعدي - تبقي)

الدلالة الإحصائية sig	اختبار Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الرتب	البعد
*0.045	-2	47	5.22	9	السالبة	أعراض العواطف والمشاعر
		8	8	1	الموجبة	
0.959	-0.51	28	5.60	5	السالبة	أعراض التفكير والوظائف المعرفية
		27	5.40	5	الموجبة	
0.138	-1.485	10	3.33	3	السالبة	الأعراض السلوكية
		35	5.83	6	الموجبة	
0.672	-0.423	21	4.20	5	السالبة	الأعراض الجسدية
		15	5	3	الموجبة	
0.623	-0.492	21.50	4.30	5	السالبة	الدرجة الكلية
		14.50	4.83	3	الموجبة	



تظهر نتائج جدول (12) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبعي على أبعاد مقياس أعراض القلق لدى ضحايا التنمر، باستثناء البعد الأول (أعراض العواطف والمشاعر) حيث بلغت قيمة (Z) له (-2) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05) في اتجاه القياس التبعي، فيما لم تظهر بقية الأبعاد (التفكير والوظائف المعرفية - وبعد الأعراض السلوكية - وبعد الأعراض الجسدية) أي فروق ذات دلالة، حيث جاءت قيم (Z) كالتالي (-0.51، -1.485، -0.423)، وهي جميعها قيم غير دالة إحصائياً، حيث إن الفروق بين القياسين البعدي والتبعي غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، كما يتضح عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب الدرجات تبعا للاختبار (بعدي - تبعي) للدرجة الكلية للمقياس، حيث بلغت قيمة اختبار Z (-0.492) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha \geq 0.01$.

مناقشة النتائج وتفسيرها:

من خلال التحليل الإحصائي لنتائج الفرض الأول يتضح وجود فروق دالة إحصائياً بين الرتب تبعا للمجموعة الضابطة والتجريبية، على مقياس أعراض القلق لصالح المجموعة التجريبية، وتعني هذه النتيجة قبول الفرض البديل بوجود فروق بين المجموعة التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية على مقياس أعراض القلق لصالح المجموعة التجريبية، بعد إجراء المعالجة للمجموعة التجريبية وعدم إجراء أي معالجة للمجموعة الضابطة، ومن ثم رفض الفرض الصفري، وهذا يعني أن هناك انخفاضاً في مستوى أعراض القلق، حيث ظهر تحسن في عواطف المسترشدين وتغير في الأفكار والسلوك وكذلك خفت الأعراض الجسدية لدى أفراد المجموعة التجريبية، في حين لم يحدث تحسن لدى أفراد المجموعة الضابطة، وقد يرجع هذا نتيجة لمجموعة من الممارسات العلاجية التي تم إجراؤها خلال البرنامج الإرشادي القائم على العلاج المرتكز على التعاطف، حيث استطاعوا التخلي عن الأفكار السابقة والمخاوف التي كانوا يشعرون بها، وتحرروا من توجيه النقد الذاتي واستبداله بالتعاطف الذاتي، وكذلك التخلص من الشعور بالعار والوصمة الاجتماعية عند الإفصاح عن معاناتهم من التعرض للتنمر، والتي تكونت في عقولهم اجتماعياً عبر الأجيال. وهذا ما ذهب إليه جيلبرت (2009) من أنه من المعروف منذ زمن طويل أن مشاكل العار والنقد الذاتي غالباً ما تكون متجذرة في التاريخ من سوء المعاملة والتنمر وصعوبة التعبير الانفعالي الواضح في الأسرة



والإهمال والافتقار إلى المودة، فمثل هؤلاء يمكن أن يصبحوا مهاجمين ذاتيا، فهم يواجهون عوالمهم الداخلية والخارجية.

أيضا كان لفنية كتابة الخطاب الحاني، دور مهم في تخفيف اللوم والنقد الداخلي لدى أفراد المجموعة، إذا ما علمنا أنه غالبا لدى أفراد المجموعة اختلاف أو قصور يرونه سبب العجز والشعور بعدم القدرة على الاندماج مع الرفاق، ويتفق هذا السبب مع ما جاء به (Juvonen&Graham,2014) من أن العديد من الخصائص غير السلوكية تزيد من خطر التعرض للتنمر، على سبيل المثال فإن السمنة والبلوغ قبل الوقت المحدد تضع الشاب في خطر متزايد من سخرية الأقران وترهيبهم، بالإضافة إلى الأطفال ذوي الإعاقة، ويعني ذلك أن أي حالة أو خاصية تجعل الطفل يتميز عن أقرانه تزيد من احتمالية تعرضه للتنمر، ومن ثم فإنهم يلقون باللوم على أنفسهم نتيجة لذلك، بالرغم من أن الواقع يقول إنه من المفترض تقبل الآخرين أيا كانت صفاتهم من المنظور القائم على العلاج المرتكز على التعاطف ومن ثم إزاحة هذا اللوم الملقى على ذواتهم، وهو ما اكتسبوه من خلال كتابة الخطاب الحاني.

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة الضبع (2021) التي أثبتت فاعلية برنامج مرتكز على التعاطف في خفض القلق متعدد الأوجه للحجر المنزلي، وأظهرت النتيجة قدرة البرنامج على خفض القلق، كما اتفقت نتيجة هذا الفرض مع دراسة بيومنت (2016) التي استخدمت العلاج المرتكز على التعاطف بمصاحبة العلاج المعرفي لخفض مجموعة من اضطرابات القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة وأثبتت فعاليته في خفض الاضطرابات المستهدفة بالعلاج، كما أثبتت دراسة مصطفى (2020) فعاليته لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة، وتختلف نتائج الدراسة الحالية عن دراسة ستلانكير وآخرين (2019) التي لم تظهر تأثيرا كبيرا للبرنامج المرتكز على التعاطف.

وجاءت نتائج الفرض الثاني والذي يفيد بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية، داعمة لنتائج الفرض الأول مؤكدة على فعالية البرنامج القائم على العلاج المرتكز على التعاطف في خفض أعراض القلق الناتج عن التعرض للتنمر لدى الضحايا. ومبرهنة على جودة المعالجات التي تمت أثناء الجلسات، وكذلك فعالية المشاركين في البرنامج خصوصا أولئك الذين ساهموا في مساعدة أفراد المجموعة التجريبية في أداء بعض الواجبات وهم المعلمون الذين تم اختيارهم لتقديم التعاطف الخارجي لمن أسند إليهم من أفراد



المجموعة، وهذا يتفق مع ما جاء به كلا من سلاتري وبارك (2011) حول التعاطف مع الخاضعين للعلاج الذين غالبًا ما يخضعون له بسبب الخزي والحياء كالتعرض للضرب أو الاغتصاب.

ويأتي صبر الموجّه الطلابي وعدم استعجاله للنتيجة، انطلاقًا من رأي سلاتري وبارك (2011) في "مساعدة المعالجين للعملاء الذين يمرون بمرحلة ما قبل التأمل بأن يؤكدوا ويصدقوا ويقبلوا خبرة العملاء بشكل تدريجي لإدراك العواقب السلبية لسلوكهم حيث يمكن أن تكون قدرة المعالجين على الصبر والتقبل عندما يخفق العملاء بالتحرك سريعًا مساعدة جدًا" حيث يحث المعالج أو المرشد المستفيدين من البرنامج على إعادة التركيز في تعاطفهم مع ذواتهم وتذكيرهم بالنتائج الجيدة التي تعود عليهم بالأطمئنان.

وكان لتخفيف القلق نتيجة هذا التعاطف دور إيجابي في فعالية العلاج، وهو ما ينسجم أيضًا مع ما جاء به (Gilbert 2009) في نظرية العلاج المرتكز على التعاطف "من المهم فهم وظائف التفكير النقدي الذاتي والخوف التي يشعر بها الناس في حال التخلي عن الأفكار السابقة، ولذلك لا بد أن يقوم المعالج بتعليم أشكال معينة من الاجترار وكيفية استبدال إعادة التركيز القائم على العلاج المرتكز على التعاطف في تفكير الفرد".

ويتضح من خلال نتائج الفرض الثالث والذي ينص على أنه لا توجد فروق بين رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبقي، على مقياس أعراض القلق لدى ضحايا التنمر؛ عدم وجود فروق في الرتب بين القياسين، باستثناء البعد الأول والذي كانت فيه الفروق لصالح القياس التبقي، وثبات أثر البرنامج الإرشادي القائم على العلاج المرتكز على التعاطف بعد مرور شهر من تطبيقه، وهذا يعطي انطباعًا جيدًا عن فعالية البرنامج وجودة المعالجات في استمرارية أثرها على أفراد المجموعة التجريبية.

وقد يرجع سبب استمرار وثبات الفعالية إلى أن أفراد المجموعة ما زالوا يستفيدون من مهارات التعاطف التي استخدمت أثناء المعالجات خلال فترة تطبيق البرنامج، حيث من الممكن أنه قد تشكل لديهم ما يسمى بالعقل المتعاطف والذي يعتبر الهدف النهائي في العلاج المرتكز على التعاطف، حيث يقول (Gilbert 2009) بـ"أن العلاج المرتكز على التعاطف يشير إلى نموذج الذي يهدف إلى تشكيل ما يسمى بالعقل المتعاطف، حيث يشير تدريب العقل المتعاطف إلى أنشطة محددة صممت لتطوير سمات ومهارات التعاطف ولا سيما تلك التي تؤثر على فعالية الضبط فسيولوجيًا



وعصبيًا ونفسيًا"، ويبدو أن هذه الأنشطة أصبحت جزءًا متأصلًا ومستمرًا، في حل المشكلات بالنسبة لأفراد المجموعة لاستخدامها في التعامل مع الشعور بأي من أعراض القلق الناتج عن التعرض للتنمر.

أمر آخر يبدو أنه ساهم في استمرار فعالية العلاج، هو التشارك القائم على العلاج المرتكز على التعاطف لأفراد المجموعة في الأنشطة خلال فترة التتبع، حيث يذكر كلا من سيلزو وكامبل (2015) Scielzo & Campble "أن الأفراد يحتاجون إلى تشكيل علاقات ذات مغزى والحفاظ عليها. حيث إن إيذاء الأقران يهدد هذه الحاجة الأساسية وعلى هذا النحو يمكن أن يؤدي إلى القلق والاكتئاب".

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة كل من مصطفى (2020) التي أثبتت استمرار فعالية برنامج إرشادي مرتكز على التعاطف في خفض اضطراب ما بعد الصدمة، وكذلك دراسة الضبع (2021) التي أثبتت فعالية برنامج إلكتروني مرتكز على التعاطف مع الذات في خفض القلق متعدد الأوجه للحجر المنزلي في زمن كورونا في القياس التتبعي.

ومن خلال نتائج الفروض الثلاثة السابقة، يمكننا الإجابة عن تساؤل الدراسة بوجود فعالية للبرنامج الإرشادي القائم على العلاج المرتكز على التعاطف لخفض أعراض القلق لدى ضحايا التنمر، وقد أظهرت الفروض دلالة عملية عالية، حيث بلغ حجم تأثير البرنامج، من خلال نتيجة الفرض الأول 1.19، كما بلغ حجم التأثير من خلال نتيجة الفرض الثاني 0.88، وكلاهما يعبر عن حجم تأثير مرتفع للبرنامج في خفض أعراض القلق.

ملخص نتائج الدراسة والتوصيات والبحوث المقترحة:

أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسطي رتب درجات الأفراد في أعراض القلق بعد تطبيق البرنامج الإرشادي القائم على العلاج المرتكز على التعاطف بين المجموعتين التجريبية والضابطة وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية. وفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسطي رتب درجات الأفراد في أعراض القلق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في أعراض القلق وذلك في اتجاه القياس البعدي. بينما لا تجد الدراسة فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) بين القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في أعراض القلق.



قصور البحث:

وأخيراً ينبغي الإشارة إلى أنه رغم ما تهيأ للبرنامج من ظروف تطبيق مناسبة، سواء على المستوى البشري أو الإمكانيات المادية داخل المدرسة وحتى الظروف البيئية، فإنه لا يمكن تعميم نتائجه إلا في ظروف مماثلة بمعنى أن تطبيقه يظل مقتصرًا على البيئات المدرسية، ومن ثم قد لا يمكن تطبيقه في العيادات المعزولة عن الميدان المدرسي.

توصيات الدراسة:

توصي الدراسة بأهمية:

1. تطبيق برامج إرشادية تقوم على التعاطف لدعم الضحايا.
2. تشجيع الطلبة على الإبلاغ عن كل ما يتعرضون له من أي نوع من الإيذاء، وأن الإبلاغ ليس عيباً، بل هو الخطوة الأولى للتخلص من قلق الإيذاء.
3. إعداد برامج إرشادية لتدريب المرشدين على أفضل الممارسات القائمة على العلاج المرتكز على التعاطف في الجلسات العيادية.
4. التأكيد على تشكيل العقل المتعاطف لدى التلاميذ المتعرضين للتنمر، بدلاً من العقل المهدد الذي يجلد الذات ويلومها باستمرار من خلال تدريب المرشدين على تطبيق برنامج الإرشاد القائم على العلاج المرتكز على التعاطف الذي تم تطبيقه في هذه الدراسة لخفض أعراض القلق لدى ضحايا التنمر.
5. دمج بعض التجارب العالمية لمعالجة ظاهرة التنمر في برامج التنمر المدرسي المحلية بما يتوافق مع قيم المجتمع.

البحوث المقترحة:

تري الدراسة أنه من المفيد جداً إجراء مزيد من البحوث في فاعلية برنامج إرشادي مرتكز على التعاطف بمصاحبة العلاج المعرفي في خفض العديد من الاضطرابات النفسية لدى طلاب المرحلة المتوسطة.



المراجع

أولاً: المراجع العربية

- إبراهيم، نجلاء. (2018). فعالية برنامج قائم على الإثراء النفسي في تخفيف اضطراب القلق ونقص تقدير الذات لدى ضحايا التنمر من أطفال الروضة. *مجلة التربية بجامعة المنصورة*، 4(4)، 188-245.
- إبراهيم، السعيد (2019) *التنمر المدرسي، رؤية من داخل مدارس التعليم الثانوي*. مؤسسة الباحثين للاستشارات الدراسية والنشر الدولي.
- أبو الديار، مسعد (2012). *سيكولوجية التنمر بين النظرية والعلاج*. الكويت: مكتبة الكويت الوطنية.
- أبو زيتون، موسى (2021). *أعراض القلق وتحسين تنظيم الانفعالات لدى عينة من المراهقين الناطقين ذوي اضطراب طيف التوحد*. مجلة طبنة للدراسات العلمية والأكاديمية، 1(4)، 81-102.
- أبو علام (2011) *مناهج الدراسة في العلوم النفسية والتربوية*. مصر: دار النشر للجامعات.
- الأزرق، صالح (2016). *مستوى القلق من بعض الشائعات المنتشرة في أوساط الشباب الجامعي*. *مجلة العلوم الإنسانية والعلمية والاجتماعية*، 1، 145-169.
- إسماعيل، هالة (2010). *بعض المتغيرات النفسية لدى ضحايا التنمر المدرسي*. *مجلة كلية التربية بجامعة حلوان*، 16(2)، 137-170.
- بن زورال، رانية (2020). *فعالية بعض استراتيجيات تعديل السلوك في تنمية مهارة توكيد الذات والشعور بالأمن النفسي لدى التلاميذ ضحايا التنمر المدرسي*. جامعة باتنة: كلية العلوم الإنسانية. رسالة دكتوراة.
- بهنساوي، أحمد؛ حسن، رمضان (2015) *التنمر المدرسي وعلاقته بدافعية الإنجاز لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية*. *مجلة كلية التربية بجامعة سوهاج*، 17(8)، 1-40.
- الجندي، نبيل؛ طنطاوي، حنان (2021). *الخصائص السيكومترية لمقياس نيف للتعاطف الذاتي*. *مجلة جامعة القدس للأبحاث والدراسات النفسية*، 12(34)، 174-183.
- حافظ، داليا. (2019). *فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي لخفض أعراض القلق وتحسين جودة الحياة لدى طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية*. مركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، 58، 123-186.
- الحري، جابر (2020). *التعاطف مع الذات وعلاقته بالاحترق الأكاديمي لدى طلبة المرحلة الثانوية*. *مجلة شباب الباحثين*، 3(10)، 75-98.
- الحبشي، نجلاء (2021). *الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بالتعرض للتنمر الإلكتروني كضحية لطلاب المرحلة الثانوية بمدينة الباحة*. *مجلة الدراسة العلمي في التربية*، 6(22)، 418-443.
- الشريبي، زكريا (2012). *المشكلات النفسية عند الأطفال*. القاهرة. دار الفكر العربي
- سلاتري، ج. م.؛ بارك، س. ل (2011). *الإرشاد القائم على العلاج المرتكز على التعاطف*. ترجمة الشريفيين، أحمد؛ وجدوع، أميمة؛ ودودين، نبيلة؛ والمفلح، إيمان. عمان: دار الفكر.



- ضمرة، جلال (2008) *الاتجاهات النظرية في الإرشاد*. عمان: دار صفاء للنشر.
- الضبع، فتحي (2021). *فاعلية برنامج إرشادي إلكتروني قائم على التعاطف مع الذات في خفض مستوى القلق متعدد الأوجه للحجر المنزلي أثناء جائحة كورونا لدى طلاب الجامعة*. مجلة كلية التربية بجامعة سوهاج، 2(85) 598-633.
- العازمي، أحمد؛ والمرتجي، يوسف (2019). *فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى القلق الاجتماعي وأثره في خفض إدمان تطبيقات التواصل الاجتماعي لدى عينة من المراهقين*. مجلة كلية التربية بالمنصورة، 2(107)، 798-830.
- عبدالعال، السيد (2008). *القلق مفهومه وتفسيره*. مجلة كلية التربية بالمنصورة، 1(68).
- عز، إيمان (2015). *انتشار أعراض اضطرابات القلق لدى الأطفال وعلاقتها ببعض المتغيرات*. مجلة جامعة تشرين، 37(4)، 187-205.
- عصمان، أنور؛ الحسيني، حسين (2014). *القلق والنظريات المفسرة*. *المجلة العلمية لكلية التربية بجامعة المنصورة*، 1(2)، 356-368.
- العواد، ريم عبدالله صالح (2023). *التنمر: أسبابه، آثاره، وعلاجه في ضوء السنة النبوية، الآداب، 11(3)*، 279-313. <https://doi.org/10.35696/v.11i3.1591>
- فاضل، فهد (2019). *علم الأمراض النفسية*. جدة: دار جمال العلمية.
- القبيلي، ذكرى يحيى (2023). *تحليل نقدي لخطاب التنمر الإلكتروني، الآداب للدراسات اللغوية والأدبية، 5(1)*، 677-796. <https://doi.org/10.53286/arts.v5i1.1440>
- القحطاني، نورة (2013). *التنمر المدرسي وبرامج التدخل*. *المجلة العربية للعلوم الاجتماعية*، 2(3)، 233-250.
- محمود، الفرحتي؛ صموئيل، مصطفى (2021). *سلوك التنمر المدرسي: طبيعته وتفسيره والوقاية التربوية والنفسية*. مجلة الطفولة والتنمية، 41(41)، 13-82.
- مصطفى، محمد (2020). *فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج المرتكز على التعاطف في خفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى ضحايا التنمر*. *مجلة التربية بجامعة عين شمس*، 73، 876-868.
- الهدمي، دينا؛ الصمادي، أحمد (2020) *فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض القلق المعمم لدى المراهقين الذين تعرضوا للحبس المنزلي*. *مجلة جامعة القدس*، 11(30)، 159-176.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Albuhairan, F, Eissa, M. Alkufeidy, N. Almuneef, M. (2016). *Bullying in Early Adolescence: An Exploratory Study in Saudi Arabia*. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 3 (2), 64-70.



- Beaumont, E., Durkin, M., McAndrew, S, Martin, C. (2016). *Using Compassion Focused Therapy as an adjunct to Traum-Focused CBT for Fire Service personnel suffering with trauma-related symptoms. the Cognitive Behaviour Therapist, 9(32), 1-24.*
- Bratt, A, Rusner, M, Svensson, I. (2020) An exploration of group- based compassion- focused therapy for adolescents and their parents. *Scandinavian Journal of child and adolescents' psychiatry and psychology, 8, 38-47.*
- Caron, C, Rajo, D; Salvador, C, Castilho, P, Gilbert, P. (2018) Compassion Focused therapy with Children and adolescents. *Bjpsych Advances, 23(4),240-252.*
- Carvalho, S., Martins, C. P., Almeida, H. S., & Silva, F. (2017). The evolution of cognitive behavioural therapy—The third generation and its effectiveness. *European Psychiatry, 41(S1), s773-s774.*
- Copeland, W. P., Wolk, D., Angold, A., Costello, E. J. (2013) Adult Psychiatric Outcomes of Bullying and Being Bullied by Beers in Childhood and Adolescence. *Jama Psychiatry, 70(4), 419-426.*
- Driscoll, D., McAleese, M. (2021) The Feasibility and Effectiveness of Compassionate Mind Training as a Test Anxiety intervention for adolescents Investigation for adolescents A Preliminary. *Counseling and Psychotherapy Research,301-310.*
- Elliott, R.; Bohart, A.; Watson, J.; Murphy, D. (2018). Therapist Empathy and Clinical Outcome: An Update Meta-analysis. *Psychotherapy, 55, 399-410.*
- Evans, D. (2003). Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *Journal of clinical nursing, 12(1), 77-84.*
- 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 and Psychotherapy, 13, 353-379.*
- Gilbert, P. (2009). Introducing Compassion- Focused Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment, 15, 199-208.*
- Gilbert, P. (2014). The Origins and Nature of Compassion Focused Therapy. *British journal of clinical psychology, 53(1), 6-41.*
- Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., Ceresatto, L., Duarte, J., Gouveia, J., Basran, J. (2017) The development of Compassionate Engagement and action Scales for Self and Others. *Journal of Compassionate Health Care, 4 (4). 1.24.*



- Gregory, N., Baykara, B. (2015). Efficacy of Cognitive Behavioral Group Therapy (CBGT) among children with anxiety disorders. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*, 1, 26-37.
- Health Guidance for Teachers and Other Professionals*. London: National Children's Bureau. from: www.anti-bullyingalliance.org.uk
- Idese, T., Dyregrov, A. & Cosmovici. (2012) Bullying and PTSD Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(6), 901-910.
- Isolan, L., Salum, A., Osowski, A. T., Zottis, G. H., Manfro, G. G. (2013) Victims and Bully- Victims but not Bullies are Groups Associated with Anxiety Symptomatology among Brazilian Children and Adolescents. *European Child Adolescent Psychiatry*, 22, 641-648.
- Johnstone, M., Ribbers, A., Jenkins, D., Atchley, R., Gustafsson, H., Nigg, J., Wahbeh, H., Oken, B. (2020). Classroom-Based Mindfulness Training Reduces anxiety in Adolescents: Acceptability and Effectiveness of a Cluster-Randomized Pilot Study. *Journal of Restorative Medicine*, 10(1), 1-16.
- Juvonen, J., Graham, S. (2014). Bullying in School: The Power of Bullies and the plight of Victims. *Annual Review of Psychology*, 65, 159-185.
- Kirby, J.N., Tellegen, C.L., Steindl, S.R., (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: current state of knowledge and future directions. *Behav. Ther.* 48 (6), 778–792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>.
- Leaviss, J., Uttley, L. (2014). Psychotherapeutic Benefits of Compassion- Focused Therapy: An Early Systemic Review. *Psychological Medicine*, 1-19.
- Lee, J. H. (2018). Victimization by Bullying Physical Symptoms among South Korean School Children. *Journal of Nursing*, 34(2), 149-155.
- Lucre, K., Corren, N. (2013) An Exploration of Group Compassion – Focused Therapy for Personality Disorder. *Psychol Psychother*, 86 (4). 387-400.
- Luo, Y., Meng, R., Li, J., Liu, B., Cao, X., & Ge, W. (2019). Self-compassion may reduce anxiety and depression in nursing students: a pathway through perceived stress. *Public Health*, 174, 1-10.
- Manrique, M., Allwood, M., Pugaceh, C. P., Amoh, N., Cerbone, A. (2020). Mental Health Correlates of Past Bullying among College Students, *Journal of American College Health*, 68(3), 227-235.



- Mercer, S., Jani, B., Maxwell, M., Wong, S., Watt, G. (2012). Patient Enablement Requires Physician Empathy: A Cross-Sectional Study of General Practice Consultations in Areas of High and Low Socioeconomic Deprivation in Scotland. *BMC Family Practice*, 13 (6), 1-9.
- Neff, K. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of Healthy Attitude Toward oneself. *Psychology Press*, 2, 85-101.
- Scielzo, S., Campble, L. (2015). The Impact of Social and Relational Victimization on Depression, Anxiety, and Loneliness: A Meta-Analytic Review. *Journal of Bullying & Social Aggression*, 1(1).
- Stjerneklar, S., Hougaard, E., Mclellan, F., Thastum, M. (2019) A randomaized Controlled Trail Examining the Efficacy of an Internet-based cognitive Behavioral Therapy for Adolescents with Anxiety disorders. *Pone Journal*, 14(9), 1-26.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2003). Shame and guilt. Guilford press.
- Todur, K. (2011). Understanding Empathy. *Transactional Analysis Journal*, 41(1), 39-57.
- Tiwari, V., Antony, B., Acharya, M. (2018) Effect of Compassion Focused Therapy on Level of Depression and Self-Compassion. *Indian Journal of Mental Health*. 5(4) 443-452.
- Wilkins, p. (2016) Person-Centered Therapy. New York. Tylor & Fracis publication.
- Wong, D., Kwok, S., Man, K., Ip, P. (2018). Evaluating effectiveness of Cognitive- Behavior therapy for Hong Kong adolescents with anxiety problems. *Research on Social Work Practice*. 28(5), 585-594.
- Zikopoulou, O., Rapee, R., Simos, G. (2021). A Randomized Controlled Trial of a Cognitive Behavior Therapy Program for Children with Clinical Anxiety Symptoms. *psychiatry international*, 2, 211-22.

