استخدام العلاج بالتقبل والإلتزام من منظور خدمة الفرد فى الحد من مشكلات النفسية الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوى

د. بهجت محمد محمد رشوان

أستاذ خدمة الفرد المساعد

بالمعهد العالى للخدمة الاجتماعية

بسوهاج

- أولاً : مقدمة متضمنة مشكلة الدراسة :

تعد الأمراض المزمنة من التحديات الرئيسية التي تواجه النظم الصحية والمجتمعات على اختلاف درجات تقدمها ، والتى استقطبت اهتماماً عالمياً كبيراً فى السنوات الماضية نظراً لأنها تؤدى إلى مضاعفات ومخاطر صحية واجتماعية واقتصادية أصبحت تعيق خطط التنمية الوطنية وتؤثر سلباً على جودة الحياة فى المجتمع ، فضلا عن التكاليف المالية الباهظة التى تتحملها أنظمة الرعاية الصحية بسبب هذه الامراض ، ومن الأمراض المزمنة من لا تنتقل بين الأفراد وإنما هى أمراض مكتسبة من انماط حياتية غير صحية تدوم فترات طويلة . ومما لاشك فيه أن للأمراض المزمنة أبعاداً مختلفة لا يمكن فصل أحدهما عن الأخر ، حيث تلعب الأوضاع الاجتماعية واستقرارها دوراً مهماً فى نجاح العلاج أو عدمه ، كما أن الأمراض المزمنة فى حد ذاتها قد تفرز العديد من المشكلات الاجتماعية التى من غير الممكن تجاهلها ، خاصة وأن الأمراض المزمنة تعد عاملاً مهماً فى إبراز العديد من المشكلات الاجتماعية وظهورها على مستوى المريض وأسرته والمجتمع بأسره ([1]). وتتنوع ردود الفعل الانفعالية من حيث نوعيتها وشدتها والزمن الذى تستغرقه من مريض لأخر(٢)

ويُعد الفشل الكلوى أحد الأمراض المزمنة التى يصدق عليها كل ما سبق ، بالإضافة إلى أنه مرض ذات الطابع الخاص ، فالفشل الكلوي المزمن له أثار نفسية مستمرة للمرضى وعائلاتهم من أجل قبول صورتهم الجديدة وتعديلها وفقا للحالة الجديدة المتمثلة في غسيل الكلى لأحد أعضائها ، كما تتأثر جودة حياة المرضى الذين يحتاجون إلى غسيل الكلى إلى حد كبير ، لأنه يرتبط بالتغيرات في عاداتهم اليومية ونمط حياتهم لأنفسهم وعائلاتهم ، حيث تتأثر بشكل كبير صحتهم الجسدية وحالتهم الوظيفية وعلاقاتهم الشخصية ووضعهم الاجتماعي والاقتصادي ، حيث أن هذا المرض ينجم عنه اضطرابات متعددة فى جوانب حياة المريض سواء الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والجسمية ، وما يترتب عليه من تغييرات ملحوظة فى حياته ، بحيث يحتاج إلى غسيل كليته بشكل مستمر لكى يحافظ على حياته ، ومما لاشك فيه أن هذا يترتب عليه مشاكل اجتماعية واقتصادية متعددة تمثل عبء على المريض وأسرته وكذلك المجتمع الذى يعيش فيه ، مما يؤثر سلباً على أداء الفرد لأدواره ووظائفه الاجتماعية ، كما تؤدى إلى تمزيق شبكة العلاقات الاجتماعية للمريض سواء داخل الأسرة أو خارجها ، أى أن الفشل الكلوى من

[1] - أبو حمور، شروق عيسى أحمد : درويش ، خليل (٢٠١٨) : المشكلات الاجتماعية الناجمة عن الأمراض المزمنة (الفشل الكلوى والسرطان) دراسة مسحية على مرضى المراجعين لمستشفى البسير ومستشفى الأردن ، بحث منشور ، مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية ، جامعة الأردن ، المجلد ٤٥، العدد١، صص١٨٣:١٨٤.

2- Allanl . Drash &Dorthy J, :.Behavioral Issues In Patients , In Harold Rilkin :Diabetes Mellitus , theory – and practice , E lsevier . N.Y.19VIA AIRMAIL90

المنظور الاجتماعى يعنى خلل وظيفياً مزمناً فى أداء المرضى لوظائفهم الاجتماعية كذوات اجتماعية لها واجبات أسرية وعملية واجتماعية فى نسق التنظيم الاجتماعى الذى يعيشون فيه.([٣]) ويوضح ذلك سيد (٢٠١٠) عندما يشير إلى أن مرض الفشل الكلوى من الأمراض التى تلازم الإنسان لفترات طويلة من حياته مما يؤثر على حالته الانفعالية والمعرفية وعلى توافقه النفسى والاجتماعى ، وبالتالى ينعكس ذلك على صحته العامة فلا يستطيع القيام بدوره المعتاد كما ينبغى .([٤]) وهذا ما أكدته دراسة بيبيتسيكو (Babatsikou) (٢٠١٤) حينما توصلت إلى أن مرض الفشل الكلوي يرتبط بتأثيرات طويلة المدى على الحياة الاجتماعية للمرضى، وعلى قدرتهم على العمل ودورهم فى الأسرة ومع الأصدقاء وفى المجتمع وفى علاقاتهم الاجتماعية وصحتهم العامة.([٥]) وهذا يتفق مع ما أشار إليه محمد (٢٠١٠) من أن أبرز سلبيات المرض المزمن على الفرد التأثير على النشاط اليومى ، بحيث تصبح بعض الأعمال العادية صعبة أو حتى مستحيلة([٦]) كما يتفق مع ما أكد عليه جيرجينن وبيبتسكى (٢٠١٤) Gerogianni and Babatsikou حينما أشارا إلى أن الفشل الكلوى له تأثير خطير على نوعية حياة المرضى حيث ترتبط جودة الحياة بشكل كبير بالتغيرات في العادات اليومية ونمط الحياة للمرضى الذين يحتاجون إلى غسيل الكلى وأسرهم ، في الوقت نفسه ، تتأثر بشكل كبير الصحة البدنية للمريض وحالته الوظيفية والعلاقات الشخصية والازدهار الاجتماعي والاقتصادي ([٧]) وهذا يتفق مع دراسة كوتسو بيوليو (٢٠٠٢) Koutso Poulou التى استهدفت التعرف على أبعاد الشخصية لدى مرضى الفشل الكلوى الذين يتلقون غسيلاً كلوياً ، توصلت هذه الدراسة إلى أن غسيل الدم بشكل منتظم له أثر على إضطرابات الشخصية لدى المريض.([٨]) من ناحة أخرى تشير إحدى الدراسات إلى أن حالات الفشل الكلوى المزمن تكسب المرضى سمات عصبية أهمها الاعتمادية والقلق والاكتئاب وسهولة الاستثارة وسرعة الغضب وتؤثر هذه السمات تأثيراً

---

[٣] - كوثر عبد الرحيم محمد موسى(١٩٩٥) :- نموذج مقترح لعلاج المشكلات المترتبة على زراعة الكلى من منظور خدمة الفرد ، بحث منشور ، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية ،القاهرة ، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية ،العدد السادس، الجزء الثانى ، يناير. ص٥٣٧. نقلاًعن : - Linford Reest:-The development of psychosomatic medicine,Journal of psychosomatic Research,Vo1,27,No2, pergamon pred LTD, Brition ,1982.

[٤] - سيد ، جبر متولى (٢٠١٠): مبادئ الصحةالعامة ، دار أبو المجد ، القاهرة ، ص٤٣.

[5] Fotoula P. Babatsikou(2014); Social Aspects of Chronic Renal Failure in Patients Undergoing Haemodialysis، International Journal of Caring Sciences September-December 2014 Volume 7 Issue 3 ,p740

[٦] - محمد ، رأفت عبد الرحمن (٢٠١٠): برنامج مقترح من منظور العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد لتحسين مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة ، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ،كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان (٢٨) الجزء الأول ، إبريل ،ص٣٥

7 -Gerogianni, K.S, Babatsikou, P.F. (2014) Psychological aspects in chronic renal failure. Health Science Journal, 8 (2): 205-214.

7- Koutso Poulou .v,etal (2002): personality dimensions of haemodialysis patients related to initial renal .EDTNA/ERCA Journal,28(1);21-42

سلبياً على الاداء الاجتماعى للمريض.([٩]) كما يؤكد ويرث (٢٠٠١) Wuerth أن الاكتئاب ينتشر انتشاراً واسعاً بين مرضى الغسيل الكلوى ، حيث أن هذا المرض له تأثير على الحالة الانفعالية للمريض .([١٠]) وهذا ما أكدته دراسة حسين(٢٠٠٢) التى أشارت إلى وجود فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠١) بين المرضى بالفشل الكلوى والاسوياء (غير المرضى) على اختبار قلق الموت والتوافق النفسى الاجتماعى ومفهوم الذات والادراك المتبادل.(١١) وهذا يتفق مع دراسة برديس وكيرنس (٢٠٠٢) Kernis & Paradise التى أشارت إلى تدنى الحكم الذاتي واحترام الذات لدى المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوى ، فتوضح هذه الدراسة أن الحكم الذاتي يشير إلى التنظيم من قبل الذات ، وعندما يكون الشخص مستقلاً ذاتياً ، يتسم سلوكه بأنه منظم ومقبولاً ، كما أن الاستقلال الذاتى هو أحد الاحتياجات النفسية الأساسية للأداء الأمثل.(١٢) وهناك دراسات تشير إلى أنه عندما يتم إعاقة الوفاء بالحاجة إلى لاستقلال الذاتي نتيجة لعوامل مختلفة فإن المريض يشعر بسوء تقدير الذات كما تسوء حالته النفسية وتتضرر أيضاً تجربة الفرد فى تقدير الذات ، مما يؤدى إلى عدم الأمان أو تدنى احترام الذات.(١٣) ووفقاً لنظرية تقرير المصير ، يكون الاستقلال الذاتي هو أحد الاحتياجات النفسية البشرية الأساسية التي تساهم في الرفاهية اليومية والرفاهية النفسية .(١٤) ويؤكد كل من رين وبرون (٢٠٠٣) Ryan& brawn على أنه عندما يتم إعاقة تلبية الحاجة إلى الحكم الذاتى تتضرر أيضا تجربة الفرد في تقدير الذات ، مما يؤدى إلى عدم الأمان أو تدنى احترام الذات.([١٥]) وهذا يتفق مع ما أشار إليه سيفديكى وموسشيوبلى (٢٠٠٣) Moschopoulou & Savvidaki يبدو أن احترام الذات يتراوح ما بين متوسط إلى مرتفع ، وذلك لدى المرضى الذين لديهم اهتمامات ، بالنسبة لأولئك الذين لديهم وضع اقتصادى جيدة وكذلك المستمرين فى

---

[٩] - كوثر عبد الرحيم محمد موسى(١٩٨٢):- دور خدمة الفرد فى التأهيل الاجتماعى للمعوقين جسمياً ، دراسة تجريبية على عينة من حالات الفشل الكلوى ، رسالة دكتوراة ، غير منشورة ، جامعة حلوان ،القاهرة .

9-Wuerth.D et.al (2001):Identification and treatment of depression in a cohort of patients maintained on chronic peritoneal dialysis American Journal of kidney diseases,37,(5);1011-7

[١١] - خالد أحمد حسين(٢٠٠٢): قلق الموت دراسة نفسية فى الادراك المتبادل بين مرضى الفشل الكلوى والاسوياء وعلاقته بتوافقهم النفسى والاجتماعى ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الاداب ، جامعة المنيا.

11- Paradise AW, Kernis MH(2002);. Self-esteem and psychological well-being: implications of fragile self-esteem. J Soc Clin Psych; 21:345-361.

12- Ryan RM, Brown KW.(2003): Why we don't need self-esteem: On fundamental needs, contingent love, and mindfulness. Psychol Inq; 14(1):71-76.

- Paradise AW, Kernis MH.(2002): Self-esteem and psychological well-being: implications of fragile self-esteem. J Soc Clin Psych ; 21:345-361

13 - Reis HT, Sheldon KM, Gable SL, Roscoe J, Ryan RM.(2000): Daily well-being: The role of autonomy, competence and relatedness. Pers Soc Psychol Bull; 26 (4):419-435.

14- Ryan RM, Brown KW(2003):. Why we don't need self-esteem: On fundamental needs, contingent love, and mindfulness. PsycholInq; 14(1):71-76.

عملهم.([١٦]) وهذا كله يتفق مع الدراسة الإستطلاعية التى قام بها الباحث (#[١٧])علاوة على ذلك ، فإن القيود على السوائل والأطعمة هي أكثر الضغوط التي يتعرض لها هؤلاء المرضى ، وذلك لأن الاستهلاك اليومي للسوائل يجب ألا يتجاوز ٥٠٠ مل في اليوم بسبب خطر التسبب في الوذمة الرئوية ، ومن العوامل المؤلمة أيضًا الجهد المبذول لاتباع الإرشادات الغذائية ، لأن الإفراط في تناول البوتاسيوم والفوسفور هو المسؤول عن التسبب في قصور القلب والحكة المحتملة أو الحثل العظمي الكلوي على التوالي.

ويعد التزام المريض في عملية العلاج مهمًا جدًا لأنه يؤثر على تشخيص المرض المزمن مثل مرض الكلى في نهاية المرحلة (ESRD) وبالتالي جودة حياة هؤلاء المرضى ، والامتثال ينطوي على الالتزام بنظام العلاج (جدول غسيل الكلى ، مدة العلاج ، والنظام الغذائي الخاص ، والحد من السوائل ، والأدوية الصحيحة) ، والتغيرات في السلوك والعادات وأسلوب الحياة وأحيانا تعديل الجوانب الشخصية لعلاج غسيل الكلى.

إلا أن الواقع يشير إلى أن هناك نسبة من مرضى غسيل الكلى لا تلتزم بالتعليمات الطبية والأدوية والجرعة ومراقبة العلاج المخطط له واستكمال وقت العلاج المطلوب وتقييد السوائل والقيود الغذائية ، وقد أشار بعض المرضى أنه فى بعض الأحيان يكون الالتزام على مواعيد الغسيل ، وغالبًا ما يكون انخفاض الالتزام نتيجة لظاهرة الاكتئاب ويرتبط بزيادة معدل الوفيات والنتائج الطبية السيئة التى تمثل للمريض واقع مؤلم .

وإذا كانت الدراسات السابقة والدراسة الإستطلاعية والتراث النظرى أكدت على أن الأفراد الذين يعانون من الفشل الكلوي المزمن والخاضعين لغسيل الكلى بشكل منتظم يعانون من العديد من الضغوط ، ولأن هذه الضغوط تزيد من المشكلات النفسية والاجتماعية والاقتصادية ، هذا بالإضافة إلى التغيرات في العلاقات الاجتماعية والزواجية ، وعدم القدرة على الوفاء بالوجبات الاجتماعية على الوجه الأكمل ، وتقييد وقت الفراغ ، واضطراب العلاقات الاجتماعية ، والخوف

15- Moschopoulou E, Savvidaki E. (2003):Psychosocial image of patients in chronic dialysis program-Approach - Intervention. Dialysis Living ; 7: 14-18.

[١٧] (#)- الدراسة الاستطلاعية :- حيث قام الباحث بدراسة إستطلاعية فى مستشفى إطسا المركزى بمحافظة الفيوم وذلك بهدف التعرف عماإذا كانت هناك مظاهر للمشكلات النفسية الإجتماعية لمرضى الفشل الكلوي والناتجة عن هذا المرض ؛ وعما إذا كانت المشكلات التى قد يعانى منها هؤلاء المرضي ترجع بصورة أو بإخرى لعدم تقبل الوقع الجديد لهم كمرضى بما يتضمنه ذلك من استغراق المريض في ذكريات الماضى والهروب من الواقع الحالى وتجنب مشكلاته وكذلك عدم الالتزام ؛ وقد إستخدم الباحث إستمارة الدراسة الاستطلاعية المكونة من بعض العبارات التى شملها مقياس الدراسة الحالية ؛ وقد تم تطبيق الدراسة الاستطلاعية على عينة قوامها (١٠) أعضاء تم إختيارهم بطريقة عشوائية ؛ وقد تم تطبيق الإستمارة على هؤلاء الاعضاء مرة واحدة داخل وحدة الغسيل الكلوى ، هذا بالإضافة إلى إستخدام المقابلة المفتوحة وبعض الإسئلة العامة المتصلة بالموضوع ، والمقابلات المفتوحة مع المرضي ومرافقيهم ، وكان ذلك قبل جلسة الغسيل الكلوى ؛ وكانت الدراسة فى الفترة من ٢٠١٩/٣/٢٤إلى ٢٠١٩/٤/٢.

من مضاعفات المرض وتأثيره على جوانب آخرى ، وزيادة الاعتماد على آلة الكلى لاصطناعية ، عدم اليقين حول المستقبل والتعب البدني ، واهتزاز صورة الذات واحترام الذات ، وهنا يمكن القول بأن الخطوة الأولى لعلاج الأمراض المزمنة ومنها الفشل الكلوى هى تقبل الواقع والتعامل مع اللحظة الحالية ، وذلك للحد من تأثير المشاعر والأحاسيس السلبية على المريض ، وفى نفس الوقت تهيئة المريض لتقبل العمليات العلاجية بصورة أكثر فاعلية . حيث يؤكد باترشيا روبينسون وآخرون Patricia Robinson,et.al على أن أعضاء فريق العمل فى مجال الرعاية الصحية أصبحوا فى حاجة إلى نموذج علاجى جديد يساعدهم على الحد من الآثار السلبية للأمراض المزمنة ، وأن نموذج العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) يعد هو ذلك النموذج الجديد الذى يساعد على الوقاية والعلاج من الآثار السلبية المصاحبة للمرض المزمن ، حيث أن التدخل المهنى من خلال نموذج العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) يساعد على تحسين مشاعر الألم المزمن لدى فئات عمرية متعددة ويحد من آثار المرض المزمن ويضعها تحت السيطرة والتحكم ([١٨]). هذا في الوقت الذى أشار فيه البعض إلى فعاليته العلاج بالتقبل والإلتزام (ACT) في علاج المشكلات النفسية المرتبطة بالعديد من الأمراض المزمنة والأمراض المناعية (١٩). هذا النمط من العلاج الذى يقوم على فكرة عدم التصدى للمشاعر السلبية ، بل تقبلها والرجوع إلى حالة الوعى لملاحظة الأفكار والمشاعر دون تقمصها. وهنا ظهر أمام الباحث تسأل مؤداه إذا كان هذا النمط العلاجى الحديث حقق نجاحات في بعض الحالات(٢٠) فما هو الوضع إذا ما تم استخدامه من منظور الخدمة الاجتماعية بصفة عامة ومن منظور خدمة الفرد بصفة خاصة للتعامل مع مشكلات مرضى الفشل الكلوى ، من ثم فإن مشكلة الدراسة المتمثلة في **" استخدام العلاج بالتقبل والإلتزام من منظور خدمة الفرد فى الحد من مشكلات النفسية الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوى "**

[١٨] - - محمد ، رأفت عبد الرحمن (٢٠١٠):مرجع سابق ، ص٣٩ نقلاً عن

- Patricia Robinson,et.al(2004): Act With Chronic Pain Patients , in Steven C. Hayes&Kirk D, Strosahl, A practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy ,ew York ,Springer< pp315-317.

19-Gillanders et al (2017):An implementation trial of ACT- based bibliotherapy for irritable bowel syndrome, Journal of contextual Behavioral Science ,6(2).172-177..

20- Francisco Javier Carrascoso López & Sonsoles Valdivia Salas(2009): Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the Treatment of Panic Disorder: Some Considerations from the Research on Basic Processes ,International Journal of Psychology and Psychological Therapy , 9, 3, 299-315 .

- Elahe .R, et al(2018): Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Anxiety in Infertile Women during Treatment,Academic Center for Education, Culture and Research (ACECR), Arak, Iran. J Biochem Tech (2018) Special Issue (2): 78-86 ISSN: 0974-2328

- **ثانياً :أهداف الدراسة :**

- التعرف عما إذا كان هناك علاقة بين استخدام العلاج بالتقبل والإلتزام من منظور خدمة الفرد فى الحد من مشكلات النفسية الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوى ؟

ويشمل هذا الهدف الأساسى عدد من الأهداف الفرعية المحققة له ، وتتمثل فى :

التعرف عما إذا كان هناك علاقة بين استخدام تحقيق توقد الذهن والحد من المشكلات النفسية الاجتماعية لمريض الفشل الكلوى .

التعرف عما إذا كان هناك علاقة بين استخدام تحقيق المرونة النفسية والحد من المشكلات النفسية الاجتماعية لمريض الفشل الكلوى .

- **ثالثاً : فروض الدراسة :**

- **تقوم الدراسة على فرض رئيسى مؤداه " توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام العلاج بالتقبل والإلتزام من منظور خدمة الفرد فى الحد من المشكلات النفسية الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوى "**

ويتفرع من هذا الفرض الرئيسى عدد من الفروض الفرعية ، المتمثلة في :

- توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين تحقيق توقد الذهن والحد من المشكلات النفسية الاجتماعية لمريض الفشل الكلوى .
- توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين استخدام تحقيق المرونة النفسية والحد من المشكلات النفسية الاجتماعية لمريض الفشل الكلوى

- **رابعاً : مفاهيم الدراسة :**

تتضمن الدراسة الحالية مجموعة من المفاهيم الأساسية وهى :

١- مفهوم العلاج بالتقبل والالتزام Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

يعد العلاج بالقبول والالتزام أحد العلاجات التى تشتمل عليها الموجة الثالثة من العلاج السلوكى المعرفى ، وهو علاج إمبريقى (عملى خبراتى) يستعمل مبادئ الواقعية والإمبريقية فى مداخلاته التى تعتمد على البدء بقبول وإثراء العقل جانباً إلى جانب الإلتزام ، وذلك بهدف تدعيم

المرونة النفسية وتغيير السلوك فى ضوء أهداف ذات مغزى ومعنى محدد(٢١) ويرى كل من ولسن وديفرن ٢٠٠٨ Wilson and DuFrene أن العلاج بالقبول والالتزام (أو ACT) يعتبر شكلاً من أشكال تحليل السلوك التطبيقي ، تدعمه نظرية محددة للغة تعرف باسم نظرية الإطار العلائقي ، والتي تطورت هي نفسها من سلوكيات سكينر الجذرية (٢٢) وأن ما يميزها عن العلاجات السابقة للـ CBT في الموجة الثانية ، هو تأكيدها على أن الصراع مع التجارب الداخلية الصعبة أو تجنبها ، أو الحاجة المحسوسة لتفسيرها ، هي التي تسبب الكثير من الضيق النفسي (٢٣). فضلا عن عدم وضوح معنى الفرد أو قيمه في الحياة (٢٤). لذلك تهدف ACT إلى دعم العملاء لزيادة مرونتهم النفسية (٢٥). والتي تُعرّف بأنها "القدرة على الحضور بوعي وعقل لمجموعة متنوعة من الخبرات الداخلية والخارجية الموجودة في الوقت الحالي والتصرف بطرق تجعل خدمة أهداف المرء(٢٦) ويعرف هايس وأخرون(٢٠٠٦) Hayes et al العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) على أنه " مقاربة علاجية تستخدم عمليات التقبل ، وتقنيات اليقظة الواعية وعمليات الالتزام والتغير السلوكى من أجل الوصول إلى مرونة نفسية(٢٧). كما يرى كل من نيفيو وديونى (٢٠١٠)Neveu,C.,& Dionne,F. أن العلاج بالتقبل والالتزام يختلف عن باقى المقاربات العلاجية بمبادئه الفلسفية والنظرية ، فهو لا يهتم بعرض أعراض

21- Rector ,N.A.(2011)Acceptance and commitment therapy ;Empirical Considerations . Behavior Therapy,2, 1;5.

22-Wilson, K.G. & DuFrene, T. (2008); *Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications ,p1.

23- Yovel, I. and Bigman, N. (2012). Acceptance and Commitment to Chosen Values in Cognitive Behaviour Therapy. In Shaver, P. R. and Mikulincer, M. (eds) Meaning, Mortality and Choice: The social psychology of existential concerns, Washington, DC: APA.

24- Karekla, M. and Constantinou, M. (2010). Religious Coping and Cancer: Proposing an Acceptance and Commitment Therapy Approach. Cognitive and Behavioral Practice, 17: 371-381.

25- Sharp, W., et al (2004): Logotherapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT): An Initial Comparison of Values-Centred Approaches. The International Form for Logotherapy, 27(2): 98-105

26- Yovel, I. and Bigman, N. (2012). Acceptance and Commitment to Chosen Values in Cognitive Behaviour Therapy. In Shaver, P. R. and Mikulincer, M. (eds) Meaning, Mortality and Choice: The social psychology of existential concerns, Washington, DC: APA,p385.

27- Hayes,S.c.,et al (2006);Acceptance and Commitment Therapy ; Model , pracess and outcomes . Behaviour Research and Therapy ,44(1).1-25.

٢٨- سليمة، حمودة(٢٠١٨): العلاج بالتقبل والالتزام لعلاج المشكلات النفسية المصاحبة لمرض السيلياك ، بحث منشور ، المؤتمر الدولى الأول حول التطبيقات الحديثة لعلم نفس الصحة – من اجل ترقية صحة الفرد والمجتمع – كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة الجزائر ، ابريل . نقلاً عن: - Neveu,C.,& Dionne,F.(2010):La Therapies acceptation et d engagement . Revue quebecoise de psychologie,31(3),63-83

الاضطراب من حيث محتواه وشكله ، فهو يبحث عن الطريقة التى يفكر بها الفرد والظواهر الداخلية التى تؤثر على حياته(٢٨) . ويرى كريوشى وآخرون(٢٠١٣) Ciarrochi,et.al أن التقبل يتضمن أيضاً تقبل كل ما هو خارج الضبط النفسى للفرد ، ويشتمل الالتزام على الأفعال التى تُثرى حياته (٢٩)

- **التعريف الإجرائى للعلاج بالتقبل والالتزام :**

يعرف الباحث العلاج بالتقبل والالتزام على أنه نمط من العلاجات يساعد المريض على تقبل الموقف الإشكالى الحالى ، أى إنه نمط علاجى يساعد المريض على تقبل ما هو خارج عن إرادته الشخصية ويكن ملتزماً بالعمل الذي يثري حياته ، مرتكزاً على توقد الذهن ، وتحقيق المرونة النفسية للمريض ، ويرى الباحث أن هذا النموذج قد يكون تم تسميته بهذا الإسم لأنه يركز على مكونين إثنين أساسيين هما: التقبل من حيث تقبل الفرد لذاته وللآخرين ، وكذلك تقبل الفرد لخبراته الأليمة التى يمر بها ، أما الالتزام فيشير إلى امتثال الفرد للأفعال التى تتفق مع قيمه وأهدافه ، وهذين المكونين يتحققا من خلال :

- **توقد الذهن** (اليقظة): هي تقنية يمكن أن تساعد الناس على إدارة صحتهم العقلية أو ببساطة اكتساب المزيد من المتعة من الحياة ، إنه ينطوي على بذل جهد خاص لتوجيه الانتباه الكامل إلى ما يحدث في الوقت الحاضر – لما يحدث في جسم الفرد أو عقله أو محيطه– ويصف توقد الذهن طريقة لمقاربة أفكارنا ومشاعرنا حتى نتعرف عليها ونرد عليها بشكل مختلف ، وممارسة الذهن يجعلني أشعر بأنني على اتصال أكثر جسدي ويعطيني مساحة للتنفس بين الفكر وعمل، ولخص المركز الوطني للطب التكميلي والطب البديل (NCAM) تكنيك العلاج بتوقد الذهن على أن "ممارسات العقل والجسم تركز على التفاعلات بين الدماغ والعقل والجسم والسلوك بهدف استخدام العقل للتأثير على الأداء البدني وتعزيز الصحة ".(٣٠) ويرى بيشوب Bishop, S. R. (2004) توقد الذهن بأنه يتضمن المكون الأول التنظيم الذاتي للانتباه بحيث يتم الحفاظ عليه في تجربة فورية ، مما يسمح بزيادة التعرف على الأحداث العقلية في الوقت الحالي.

29-Ciarrochi, et.al.,(2013); The foundations of flourishing , In ;Kashdan ,T.B.(Ed); Mindfulness ,acceptance , and positive psychology .The seven foundations of well-being. Shattuck Avenue ; New Harbinger Publications ,Inc, p2.

30–National Institutes of Health (NIH), U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), & National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). (2011 July). What is complementary and alternative medicine? Retrieved March 31, 2012, from: http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/ D347_05–25–2012.

المكوّن الثاني يتضمن تبني اتجاه معين المرء نحو الخبرات في الوقت الحاضر ، وهو اتجاه يتميز بالفضول والانفتاح والقبول. ([٣١]) . ويعمل توقد الذهن على تسهيل "الوعي الكامل" الذي يعمل على تعزيز المزيد من "الاستجابات المرنة والتكيفية للأحداث ، ويساعد على تقليل ردود الفعل التلقائية أو المعتادة أو الاندفاعية" ([٣٢])

ويرى اسبريدلين (٢٠٠٣) Spradlin أن مهارات توقد الذهن تعنى : ([٣٣])

- أن يصبح الفرد أكثر وعياً .
- أن يصبح الفرد أكثر عزماً .
- أن يكون الفرد أكثر مشاركة فى حياته وخبراته .
- أن يصبح الفرد أكثر حضورا ومعايشة لكل لحظة تمر به.

ويمكن قياسها من خلال :

- أشعر بأننى أصبحت متردد فى قراراتى .
- أعرف أن هناك فرق بين الأفكار السلبية اللى بتيجى فى دماغى وبين شخصيتى الحقيقية .
- بفكر كتير فى أحدث الماضية غير السارة .

- **المرونة النفسية** : عُرفت المرونة النفسية بأنها القدرة على الوعى باللحظة الحالية والانفتاح على خبراتنا والقيام بفعل ملائم لقيمنا ، حيث يتمثل الهدف الأولى الأساسى للعلاج بالتقبل والالتزام فى زيادة وتعزيز المرونة لدى العميل ، فكلما زادت القدرة على الوعى الكامل بالأحداث والخبرات وتقبل هذه الخبرات كما هى كلما زادت جودة الحياة وذلك نتيجة القيام بسلوكيات أكثر فعالية تجاه المشكلات التى يواجهها وتجاه تحديات الحياة بشكل عام .([٣٤]) المرونة النفسية هي قدرة الشخص على التواصل مع الوقت

31- Bishop, S. R. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. Clinical Psychology: Science and Practice, 11(3), 230–241.p232

32- Hayes et al,2013) Obict,p230.

33- Spradlin,S.E.,(2003):Don't let your emotion , ran your life .How dialectical behavior therapy can put you in control .Shattuck Avenue ;New Harbinger Publications,Lnc.75.

34- Fletcher,L & Hayes,S.C.,(2005): Relational frame theory, Acceptance and commitment therapy , and a functional analytic definition of mindfulness . Journal of Relational – Emotive and Cognitive Behavior Therapy ,23(4):315-336.

الحالي تمامًا كشخص واعٍ ، وتغيير السلوك أو الاستمرار فيه عند القيام بذلك يخدم نهايات قيمة([٣٥]). ويمكن قياسها من خلال :

- عندما تظهر أمامى مشكلة أسعى لمواجهتا والتعامل معها .
- استطيع السيطرة على ما قد ينتابنى من مخاوف بخصوص المستقبل .
- استطيع السيطرة على ما قد ينتابنى من مخاوف بخصوص مرضى .

- المشكلات النفسية الاجتماعية :

يعرف الهاشمى (٢٠٠٣) المشكلات النفسية على أنها تلك المشكلات التى تسبب للفرد صراعات داخلية مع ذاته ، أو خارجية مع من حوله من أفراد جماعته المتداخلة في أسرته أو مكان عمله أو أصدقائه وأقاربه ، وتؤدى هذه الصرعات والأزمات عادة إلى ضعف التوافق الشخصى وبالتالى تحرمه من الهناء بالصحة النفسية ([٣٦])

في حين يُعرف بدوى (١٩٨٦) المشكلات الاجتماعية في معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية على أنها " هى المفارقات بين المستويات المرغوبة والظروف الواقعية ، فهى مشكلات بمعنى أنها تمثل اضطراباً وتعطيلاً لسير الأمور بطريقة مرغوبة ، وتتصل المشكلات الاجتماعية بالمسائل ذات الصفة الجمعية التى تشمل عدداً من أفراد المجتمع بحيث تحول دون قيامهم بأدوارهم الاجتماعية وفق الإطار العام المتفق عليه والذى يتمشى مع المستويات المألوفة للجماعة" (٣٧). يُعرف المنصور(٢٠٠٩) المشكلات الاجتماعية بأنها " صعوبات وانحرافات سلوكية ترتبط بعلاقات الشاب بأفراد وقيم وعادات وتقاليد وقواني وتوقعات مجتمعية في ضوء المعايير الشرعية والأخلاقية "(٣٨). ويراها الخولى (٢٠٠٥) على أنها سلوك انحرافى في اتجاه غير مرغوب فيه إلى درجة تفوق الحد التسامحى للمجتمع (٣٩). في حين ترى قناوى (٢٠١٢)

- Harries,R.(2009):ACT made simple :An easy to real primer on acceptance and commitment therapy : A quick – start guide to ACT basics and beyond . Shattuck Avenue : New Harbinger Publications ,Inc, P12. ,

35- Hayes,S.C., et al ,2012:Ob.est.

[٣٦] - الهاشمى ، عبد الحميد(٢٠٠٣) : التوجية والارشاد النفسى ، ط٣، جدة ، دار الشروق ، ص٨٦.

٣٧ – بدوى ، أحمد (١٩٨٦): معجم مصطلح العلوم الاجتماعية ، مكتبة لبنان ، ص٣٩٣

٣٨ – المنصوري، خالد بن أحمد عثمان(٢٠٠٩) : المشكلات النفس والاجتماعية الأكثر شيوعاً وبعض السمات الشخصية لدى عينة من طلبة كلية المعلمين بجامعة الطائف. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أم القرى، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.

٣٩ – الخولى ، الخولى سالم إبراهيم (٢٠٠٥): المشكلات الاجتماعية المعاصرة فى المجتمع الريفى ، كلية الزراعة ، جامعة الأزهر ، القاهرة .

أن المشكلة الاجتماعية هى تعبير عن انتشار أنماط سلوكية سلبية ، وهى تتعارض مع ما ينبغى أن يكون عليه في الواقع المجتمعى (٤٠).

- التعريف الاجرائى الذى يضعه الباحث للدراسة الحالية للمشكلات النفسية الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوى:

المشكلة النفسية الاجتماعية هى الاضطرابات التى ينجم عنها صراعات داخلية أو خارجية ، تؤدى إلى الفارق بين المستويات السلوكية المتوقعة والواقعية الفعلية ، والتى تظهر في اضطراب العلاقات الاجتماعية للمريض داخل الأسرة أو خارجها في محيط البيئة الخارجية للمريض ، أو ضعف أو عدم وجود لهذه العلاقات ، كما تظهر في عجز في القدرة على القيام بأداء أحد أو بعض أو كل الادوار الاجتماعية – تقاس المشكلة في حالة العجز بمقدار العجز – التى يقوم بها المريض في حياته اليومى ، وهى تنتج عن سوء الأفكار والانفعالات والأحاسيس الجسدية المرتبطة بالخبرة المرضية التى يمر بها المريض، وفقد المريض القدرة على إدارة المواقف الحياتية التى يمر بها وعدم إدراك المواقف الحالية ، وكذلك الافتقاد للمرونة النفسية ، وينتج عن كل ذلك وغيره الاضطرابات النفسية التى تساهم فى زيادة الفارق بين المستويات السلوكية المتوقعة والفعلية ، وكذلك الخلل في اداء الأدوار الاجتماعية ، ويمكن قياسها من خلال بعض العبارات منها :

- علاقات بالآخرين قلت بعد إصابتى بالمرض .
- أمارس حياتى بصورة طبيعية بدون أى تأثر بمشاعرى كمريض .

- مفهوم الفشل الكلوى :

يعرف العينية (٢٠٠٥) الفشل الكلوى على أنه توقف مفاجئ أو تدريجى لوظائف الكلية مما يؤدى إلى خلل في عملية تنقية الدم وإخراج السموم من الجسم .(٤١) في حين تعرفه البهكلى (٢٠١٠) على أنه " نقص في وظائف الكلى وقد تتراوح مدته ما بين عدة أشهر إلى أعوام ، وتنتهى بإصابة الكلى بالضمور والتلف .(٤٢)

---

٤٠ – قناوى ، شادية (٢٠١٢): المشكلات الاجتماعية بين النظرية والتطبيق ، ليدرز للنشر والتوزيع والتوزيع ، القاهرة .

٤١ – العينية، محمد (٢٠٠٥):أمراض الكلية والجهاز التناسلى ، دار القدس للعلوم ن دمشق ، سوريا .

٤٢ – البهكلى ، رؤيا (٢٠١٠): الفشل الكلوى وخيارات العلاج ، مستشفى الملك فيصل ومركز الأبحاث ، قسم خدمات التثقيف الصحى ، المملكة العربية السعودية .

التعريف الإجرائى الذى يستند عليه البحث الحالى للفشل الكلوى :

يرى الباحث أن الفشل الكلوى هو " قصور في أداء الكلية لوظائفها الطبيعية بسبب الإصابة ببعض الأمراض مثل الالتهابات التى تصيب الكلى وارتفاع ضغط الدم والبلهارسيا والدرن ، وغيرها مما يؤدى إلى تجمع السموم والفضلات فى الدم ، ويؤثر ذلك بصورة سلبية على صحة الإنسان ، ويمكن قياسه من خلال :

- قصور أداء الكلية لوظائفها .
- التردد على وحدة الغسيل الكلوى للقيام بعملية الغسيل .
- **وعلى ذلك يعرف مريض الفشل الكلوى بأنه :**
- ذلك الذى يعانى من قصور أداء الكلية لوظائفها .
- ويقوم بالتردد على وحدة الغسيل الكلوى للقيام بعملية الغسيل .

- **العلاج بالتقبل والالتزام :(ACT) ومرضى الفشل الكلوى :**

إذا نظرنا إلى هذا النموذج العلاجى نجد أن عملية التقبل وتوقد الذهن تقع فى جانب العلاج المعرفى وتستخدم هذه العملية من أجل العمل على تصحيح وتوضيح الأفكار والانفعالات والأحاسيس الجسدية المرتبطة بالخبرة التى يمر بها العميل ، وتركز على التنبه للأحداث النوعية التى تسبب المشكلات بدلاً من التركيز على نوعها ومدى تكرارها أو الحساسية الموقفية تجاهها ، فهذا النموذج يُعلم العميل مهارات معرفة وملاحظة المعتقدات والمشاعر الأليمة غير السارة وتقبلها كما هى بدلاً من محاولة تغييرها وتجنبها ([٤٣])، أما عملية الالتزام فتتسق بصورة كبيرة مع العلاج السلوكى أو التعديل السلوكى وتركز على مساعدة العميل على تغيير سلوكه وتصرفاته([٤٤]) وهذا النموذج قد وضعه ستيفن هايز مع آخرين ,.Steven Hayes,Et.al عام ١٩٩٩، وهو يجمع بين التقبل وتوقد الذهن وتوضيح القيم من أجل تحسين التدخلات السلوكية ، كما يركز العلاج بالتقبل والالتزام على تعديل علاقة الفرد بأفكاره وتقبلها بدلاً من تجنبها ، وقد أشار رائد هذا النموذج نطق كلمة (ACT) وهى اختصار تسمية العلاج ككلمة واحدة وليست ثلاثة حروف

42-Fifert, G.H.,& Forsyth , J.P.(2009);Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders . A practiontionry treatment guide to using mindfulness acceptance and value based behavior change strategies , Shattuck Avenue ; New Harbinger publications,Inc.
43-Twohig , M.P., & Hayes, S.C.(2008); Act verbatim for depression and anxiety . Annotated transcripts for learning acceptance and commitment therapy . Shattuck Avenue ;New Harbinger Publications ,Inc,p18.

منفصلة ، وذلك لأن العلاج قائم على الفعل أى القيام بفعل ما([٤٥]). وقد قسم زتيل Zettle (2005) وجهة نظره حول تاريخ نشأة وتطور العلاج بالتقبل والالتزام إلى ثلاث مراحل هى :

١- المرحلة الأولى : وهى مرحلة التشكيل الأولية وتؤرخ لعام ١٩٧٠عندما طُبقت المداخل لسلوكية

٢- المرحلة الثانية : وهى مرحلة التحول عام ١٩٨٠ وذلك عندما وضعت نظرية الإطار العلائقى حول اللغة .

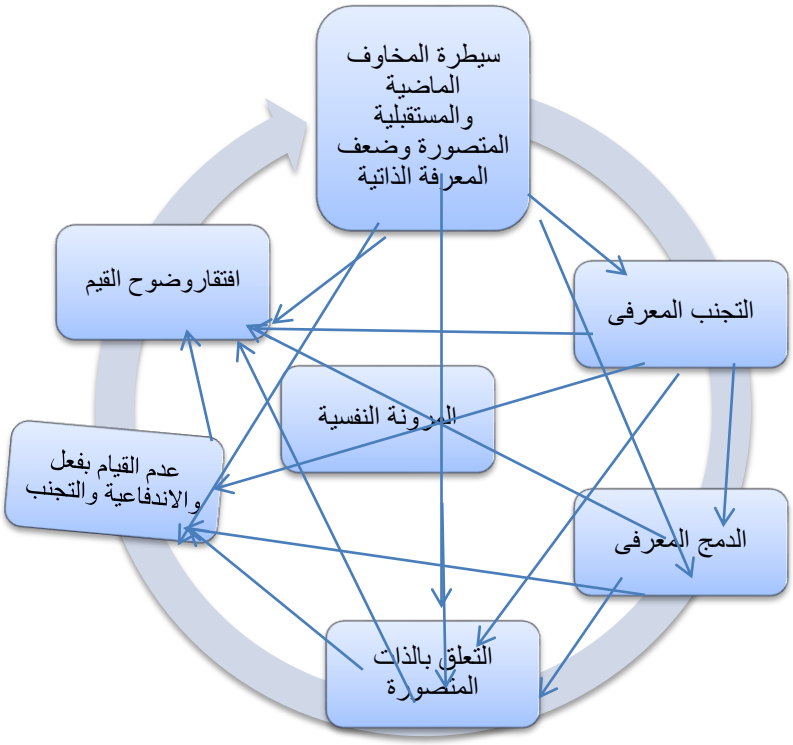
٣-المرحلة الثالثة : وبدأت فى نهاية العقد الماضى ووصف فيها العلاج بأنه مدخل وظيفى متكامل للعلاج المرتكز على نظرية الإطار العلائقى.([٤٦])

ويتصف الفرد بعدم المرونة أو الجمود النفسى نتيجة سيطرة أنماط محددة من السلوك تؤدى إلى التجنب والدمج المعرفى وفقدان الشعور باللحظة الحالية والتعلق بالذات ، والافتقار إلى القيم وكذلك الافتقار إلى الفعل الملتزم ، وهذا ما يعبر عن النموذج المرضى وفقاً للرسم التالى :

44-Harris, R.(2009);ACT made simple ; An easy to real primer on acceptance and commitment therapy : A quick –start guhde to act basics and beyond . Shattuck Avenue ; New Harbinger publications ,Inc,p49.

-Hayes, S.C, (2004) :Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies .Mindfulness acceptance and relationship . In ; Hayes mS,C.al ., (Eds) Mindfulness And acceptance . Exanding The Cognitive Behavioral tradition . New York ; The Guilford pressm,p22.

45- Kohlenberg,B.S.,& Callaghan,C.M(2010):FAPad acceptance and commitment therapy (act);Similarities,divergence and integration .In; Kanter,J.W.,et.al.,(Eds);the practice of functional analytic psychothereapy. New York. Springer,p.34



هذا الشكل يوضح النموذج المرضى وفقا للعلاج بالتقبل والالتزام (ملحوظة السهم تبادلى)

(ومن خلال هذا الرسم يفهم أن الاسهم المتبادلة بهذا الشكل تدمر المرونة النفسية)

أما النموذج الصحى فيشير إلى المرونة النفسية والتى تعد نتيجة للتقبل وتوقد الذهن والفصل المعرفى والفعل الملتزم ([٤٧]). ويحدث الاضطراب النفسى والمشكلات لدى الأفراد من منظور العلاج بالتقبل والالتزام نتيجة بعض المفاهيم التى يعبر عنها أحرف اختصار كلمة خوف Fear وتكون كالتالى : ([٤٨])

١- الدمج مع الأفكار . Fusion With thought

٢- تقييم الخبرة . Evaluation of Experience

٣- تجنب الخبرة . Avoidance of Experience

46- Blackledge , J.T., and Holmes , D.B.(2009); Core processes in acceptance and commitment therapy . In ; Blackledge, J. T., et.al (Eds); acceptance and commitment therapy . contemporary therapy research and practice , Australia; Australian Academic Press,p14.

47- Hayes,S.C.,et.al.,(2006):Expanding the scope of organizational behavior management; relational frame theory and the experimental analysis of complex human behavior . In ; Hayes,S.C.,et.al,(Eds) Acceptance and mindfulness at work ; Applying acceptance and commitment therapy and relational frame theory to organizational behavior management .Pennsylvania; the Haworth Press.

٤- إعطاء سبب للسلوك . Reason giving for Behavior

وعلى هذا نجد أن الكثير من المشكلات التى تدفع العميل نحو العلاج مرتبطة بعدم الاستعداد للمرور بخبرة نوعية من حيث الأفكار والمشاعر والذكريات والأحداث ، ورغم أنه من المألوف تجنب مثل هذه الخبرات غير السارة أو الحادة أو المؤلمة المقلقة ، ورغم عدم القدرة على تجنبها بصورة كلية طويلة الأمد فإن أحدى الطرق التى يساعد بها المعالج العميل فى ضوء هذا النموذج هو زيادة استعداده للمرور بالخبرة وزيادة المرونة النفسية من خلال التركيز على الضبط الداخلى له والذى يعد جزءاً من المشكلة التى يعانى منها، وبهذا يبذل العميل قصارى جهده لجعل حياته تسير بصورة أفضل ([٤٩]) ويعد الاستعداد للمرور بخبرة ما عملية يختار من خلالها العميل أن يمر بخبرة أحداث خاصة دون دفاع أو شعور بالألم ، وتساعد هذه العملية العميل بشكل كبير على أن يتقدم فى العلاج ، ويشير الاستعداد إلى المرور بخبرة المشاعر السلبة غير الإيجابية وعدم تجنبها وصولاً إلى تقبلها ، ويعد التشجيع على ذلك هو العملية الأساسية فى العلاج بالتقبل والالتزام([٥٠])

ويتمثل هدف تنمية الاستعداد للمرور بالخبرة لدى العميل فى تعزيز المرونة النفسية ، فعندما يصبح العميل قادراً على المرور بالخبرة الحالية التى تسبب له المعناة ويتقبلها ويغير علاقته بها ، فإنه يصبح أكثر حرية فى اتخاذ خطوات نحو الفعل ، بمعنى زيادة دافعية العميل نحو القيام بفعل ما بدلاً من محاولة ضبط معاناته([٥١])

- **النظرية التى يستند عليها العلاج بالتقبل والالتزام :**

يستند العلاج بالتقبل والالتزام على نظرية الإطار العلائقى Relational Frame Theray وينبثق عن هذه النظرية مجموعة من المفاهيم تتمثل فى :

- **المفاهيم المتضمنة فى هذه النظرية :**

أ- إدراك اللحظة أو العيش فى اللحظة : ويقصد بها التواصل النفسى والجسدى مع الحاضر وتوجيه الانتباه والوعى نحو اللحظة والخبرة الحالية بدلاً من التأثر بالأفكار التلقائية الآلية الخاطئة .

48-- Batten,S.v.(2011); Essentials of acceptance and commitment therapy . London ; Sage Publications,p18.

49- Hayes,et.al.,(2006):Ob.est.

50- Batten,S.v.(2011); Essentials of acceptance and commitment therapy . London ; Sage Publicationsm , p50.

ب-التقبل : يقصد بها عملية تبنى أحداث نوعية (أفكار ومشاعر وأحاسيس جسدية) لازالت تحدث بالفعل وتسبب الشعور بالألم للعميل .

جـ - الانتشار : وتعنى النظر إلى الأفكار بدلاً من النظر من خلالها ملاحظة الأفكار بدلاً من أن تكون واقعاً فى الأفكار، رؤية الأفكار على ما هى عليه وليس على ما يبدو أن تكون عليه ، والهدف من الانتشار هو خفض العمليات العقلية غير المفيدة على السلوك ، وتيسير الوعى بعملية اللغة من أجل تعزيز المرونة النفسية .

د- النفس بوصفها سياق : وهى تعنى أننا لسنا محتوى خبراتنا وأفكارنا ومشاعرنا وأحاسيسنا الجسدية ولا نمثلها .

ذ- القيم وهى عبارة عن مزيج من المفاهيم ونسق المعتقدات وهى أكثر ثباتاً لدى الفرد .

ر- العقل آلة للتفكير تعمل(٢٤) ساعة لمدة (٧) أيام بمعنى أن العقل لا يتوقف عن العمل فهو يشبه الحاسب الآلى ، ولكن برامجه تختلف عن الحاسوب فتتضمن الأفكار ، والانفعالات والصور الذهنية والخبرات الشخصية ، كما يهاجم الحاسوب الفيروسات فإن العقل أيضاً يُهاجمه ويقتحمه التفكير المشوش غير المنطقى والأفكار السالبة والمعتقدات اللاعقلانية التى تؤدى إلى إعاقة الذهن عن التفكير السليم وتلك الأفكار مرتكزة على الخبرات الماضية وفقاً لما يسمى بالإطار العلائقى .

ز- الأطر المرجعية السابقة : إن التعليم السابق يلعب دوراً كبيراً فى كيفية إدراك المواقف المؤلمة أو التى تسبب تهديداً للفرد ، فالعقل يطوع المعلومات السابقة بوصفها أسس لتقييم المواقف الحالية .

جـ- الكلمات وللغة يؤديان دوراً رئيسياً فى الرفاهية ، فغالبا ما تستند الأطر العلائقية السابقة على الكثير من الكلمات وحديث الذات الذى يضعف التفكير الحالى ، وتتمثل الطريقة المثلى فى هذه الحالة فى التقبل مثلما أكد هذا النموذج العلاجى ، حيث فرق بين ثلاث أنماط من الأفكار هى:([٥٢])

- ذات الفائدة : التى تدعم قيم العميل وتساعده على تحقيق اهدافه .
- الضعيفة : التى يمكن رفضها بسهولة ولا يتم التمسك بها .

51- Blonna,R.(2011) ;Maximize your coaching effrctiveness with acceptance and commitment therapy . Shattuck Avenue ; New Harbinger publication , Inc. ,pp25;29

- غير المنطقية : هى التى تعوق العميل عن تحقيق أهدافه مثل الأفكار السالبة والمقاومة للذات

- **أهداف العلاج بالتقبل والالتزام :**

يتمثل لب العلاج بالتقبل والالتزام فى تحقيق هدف أولى على قدر كبير من الأهمية وهو أن يصبح العميل أكثر مشاركة وفعالية فى حياته ، وذلك عبر عدة عمليات يتم تطويعها لكى تناسب تحقيق أهدافه وتزيد من دافعيته نحو العلاج بجانب وجود أهداف أخرى ثانوية([٥٣]). أى أن هذا النموذج العلاجى يهدف إلى تعزيز المرونة النفسية لدى العميل ، بمعنى تدريبه على التواصل الصريح الفعال مع الخبرات الحالية بكل وعى وبطريقة تتفق مع قيمه المختارة ، ويمكن تصور المرونة النفسية فى صورة متصل كمى Continuum بوصفها مهارة يكتسبها الفرد بدرجة معينة تتراوح بين وجودها وإنعدامها ([٥٤]) .

كما يهدف العلاج بالتقبل والالتزام إلى خفض الشعور بالألم أو المحنة أو الضغوط التى يعانى منها العميل نتيجة خبراته الأليمة والتى تتسبب فى أفكار لاعقلانية ، وذلك بدلاً من تغيير محتوى الأفكار ، حيث يسعى العلاج إلى تحسين وتعديل علاقة العميل بخبراته من خلال التقبل وتوقد الذهن مما يسهم فى تعزيز المرونة النفسية والتى تمثل القدرة على التقبل والسلوك بفعالية تبعاً للقيم والأهداف الشخصية ([٥٥]). فضلاً عن ذلك فإن العلاج بالتقبل والالتزام يشجع العمل على المرور بالخبرة العصبية وضبط انفعالاته السالبة التى قد تتداخل مع سير العملية العلاجية وتعوقها وبالتالى تعوق شفائه وتعافيه ([٥٦]).

52- Oliver, J.E., et.al.,(2013); Introduction to mindfulness and acceptance based therapies for psychosis. In ;Morris, E.M.,et .al.,(Eds) ;Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis . Oxford ; Wiley – Blackwell ,p5.

53- Sandoz , E. K., et., (2011); Acceptance and commitment therapy for eating disorders. A process focused guide treating anorexia and bulimia . Shattuck Avenue; New Harbinger publications ,Inc ,pp16:17.

54-McCractien ,L.M., & Martinez ,O,G .(2001): Process of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group – based treatment for chronic pain based on acceptance and commitment therapy . Behaviour Research and therapy ,49, 267- 274.

55- -Low,J.,et.al.,(2012); the role of acceptance in rehabilitation in life threatening illness. Journal of Pain and Symptom Management ,43(1);20-28.

وقد أشار فورمان وهيربرت Forman and Herbert(2009) إلى أن العلاج بالتقبل والالتزام يهدف إلى التعرف بشكل مباشر على المشكلات التى يعانى منها العميل ومحاولة ضبط الخبرات التى تسبب تلك المشكلات ،كما أنه يُعلم العميل مهارات تعزيز تقبل الخبرات العصبية. وتحقق أهداف توجه السلوك ، بالإضافة إلى ذلك فقد أكد هذا النموذج العلاجى على أهمية زيادة الوعى باللحظة الحياتية ، وتوضيح قيم الحياة الرئيسية لدى العميل وزيادة الامتثال والالتزام بالسلوك الذى يتفق مع هذه القيم([٥٧]) .

ومما سبق يمكن القول أن العلاج بالتقبل والالتزام يعمل على تحقيق ثلاثة أهداف رئيسية يمكن عرضها وفقاً لكلمة فعل(ACT) وهى تتضح كما يلى :([٥٨])

١- تقبل Accept : تقبل ذاتك وتقبل الآخرين وتقبل مشاعرك وخبرتك خاصة غير المرغوبة مثل القلق والألم والشعور بالذنب وعدم الكفاءة ، ويتمثل الهدف من ذلك فى جعل العميل يتقبل كل ما يمر ويشعر به دون أية محاولة للتغيير وذلك عن طريق تدريبات توقد الذهن

٢- اختر Choose : اختر توجهات ذات قيمة لحياتك من خلال التركيز على الأمور الفعلية وكل ماهو ذا قيمة .

٣- قم بفعل Take action : قم بسلوك أو فعل يؤدى إلى تحقيق توجهاتك وأهدافك ، ويتضمن ذلك القيام بخطوات نحو تقييم أهداف الحياة وتغيير ما يمكن تغييره . وفى هذه الحالة يشجع المعالج العميل على أن يتجه نحو القيم المختارة ويتعلم بذلك أنه يوجد فروق بين شخصه وبين أفكاره ومشاعره وكذلك بين ما يقوم به من أفعال وسلوكيات .

وعلى هذا نجد أن العلاج يعزز عدم الحكم على الخبرة الحالية ، وأهدف من ذلك هو أن يمر العميل بالخبرة بصورة مباشرة ويتقبلها لكى يصبح سلوكه أكثر مرونة ومن ثم تصبح أفعاله وسلوكياته أكثر اتساقاً مع قيمه ([٥٩])

56- Forman ,E ,M, et.al(2012):using session –by session messurement to compare mechanisms of action for acceptance and commitment therapy and cognitive therapy . Behavior therapy , 34,341-354.

57-Eifert ,G.H.,& Forsyth .J.p,(2009);Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders .A practiontionry treatment guide to using mindfulness acceptance and value – based behavior change strategies , Shattuck ,Avenue : New Harbinger Publications ,Inc,p7.

خامساً : الإجراءات المنهجية للدراسة : لما كانت الدراسة الحالية تسعى إلى دراسة أثر العلاقة بين متغيرين أحدهما مستقل وهو (استخدام العلاج بالتقبل والالتزام من منظور خدمة الفرد) والأخر تابع وهو(الحد من المشكلات الإجتماعية لمرضى الفشل الكلوى) لذلك فإن الدراسة الحالية هى تنتمى إلى الدراسات شبة التجريبية ، كما أن هذه الدراسة تستخدم المنهج التجريبى القائم على التصميم التجريبى على مجموعة وأحدة ، وقد إعتمد الباحث على التصميم التجريبي القائم على الدراسة القبلية البعدية لمجموعة الدراسة ، وقد طبق برنامج التدخل على عينة الدراسة

أدوات الدراسة :-

تتعدد وسائل وادوات جمع البيانات. ولكل دراسة الأداة الملائمة لها ، ويمكن إستخدام أكثر من أداة لتحقيق الدقة المطلوبة فى البحث العلمى . وبناء عليه فقد اعتمدت الدراسة الحالية على عدد من الأدوات التى تساهم فى تحقيق أهداف الدراسة وهى :-

١- **إستمارة البيانات الأولية لعينة الدراسة :** وهى تتضمن البيانات الأولية لعينة الدراسة مثل: السن ، المهنة ، عدد أفراد الاسرة .

٢ - **مقياس علاج التقبل والالتزام لمريض الفشل الكلوى** : وهذا المقياس يتكون من بعدين أساسيين ، وقد مرت عملية بناء المقياس بعدد من المراحل وهى :

أ- أطلع الباحث على العديد من الكتابات النظرية التى تناولت موضوع المشكلات الاجتماعية لمرضى الامراض المزمنة بالدراسة كما اطلع الباحث على العديد من الدراسات التى تناولت مرض الفشل الكلوى والامراض المزمنة ودور الخدمة الإجتماعية مع هذه الامراض ، وكذلك ما اتيح له من دراسات عن نموذج العلاج بالتقبل والالتزام.

ب- أطلع الباحث على العديد من المقاييس والدراسات التجريبية التى أجريت فى مجال الأمراض مزمنة ومرضى الفشل الكلوى ؛ وكان هذا بقصد الاستفادة منها فى تحديد الهدف من المقياس وتحديد الجوانب التى تقوم عليها عملية العلاج بالتقبل والالتزام ؛ وكذلك تحديد الأبعاد الرئيسية والعبارات التى يمكن أن يتضمنها المقياس .

جـ- القيام بعدد من المقابلات المتعددة مع المرضى بالفشل الكلوى ، وكذلك مقابلة السادة الإخصائيين الإجتماعيين والسادة الأطباء العاملين بمستشفى إطسا العام ، وذلك بهدف التوصل إلى توصيف دقيق لأبعاد المقياس وعباراته .

- **تحديد أبعاد المقياس :** يتكون المقياس من بعدين أساسيين هما :

58- Levin,M.,& Hayes,S.C,(2009): ACT,RFT,and contextual behavioral science In; Blackledge ,J.T., et .,(eds); Acceptance and commitment therapy . contemporary theory ,research and practice . Australia ; Australian Academic Press ,p12.

أ- بُعد توقد الذهن : وهذا البعد يتضمن ثمانية عشر عبارة (١٨) : ويمكن قياس هذا البعد من خلال مجموعة من العبارات منها :

- حياتى أصبحت ليس لها معنى .
- لم يعد لى مستقبل أفكر فيه .

ب- المرونة النفسية : وهذا البعد يتضمن ثمانية عشر عبارة (١٨) : ويمكن قياس هذا البعد من خلال مجموعة من العبارات منها :

- بتعب نفسياً لما ببص في المرايا .
- أحاول إخفاء طبيعة مرضى عن الأخرين .

وبذلك يتكون هذا المقياس فى صورته النهائية من ست وثلاثون (٣٦) عبارة تمثل بعدين وبذلك تكون الإستجابة القصوى للمقياس (١٠٨) درجة والإستجابة الدنيا (٣٦) درجة .

٥- مرحلة تحكيم المقياس وتعديله : حيث تم عرض المقياس بصورته المبدئية على عدد من السادة أعضاء هيئة التدريس بكلية الخدمة الإجتماعية جامعة الفيوم والمعهد العالى للخدمة الاجتماعية بسوهاج والقاهرة وكذلك بعض الأطباء والاخصائيين الإجتماعيين العاملين بمستشفى إطسا العام ومديرية الصحة بالفيوم ممن لهم خبرة فى مجال مرض الفشل الكلوى وقد بلغ عدد المحكمين (١٠) محكمين وذلك للتحكيم على المقياس من حيث ارتباط العبارات بالبعد الذى تقيسه وكذلك من حيث الصياغة .

٦- وفى ضوء ما أسفرت عنه نتائج التحكيم تم استبعاد العبارات التى لم يصل نسبة الاتفاق فيها ٨٠% وكان عددها (٦) ثمان عبارات .

٧- وبعد ذلك تم وضع العبارات فى تسلسل منتظم عن طريق خلطها عشوائياً بدون تحديد الأبعاد التى يتضمنها المقياس ، ثم قام الباحث بوضع تدرج ثلاثى بحيث تكون الإستجابة لكل عبارة إيجابية(بنعم) تعطى ثلاث (٣) درجات ؛ (احيانا) تعطى درجتان(٢) درجة ، (لا) تعطى درجة واحدة (١) درجة ؛ أما العبارات الإيجابية تكون بالعكس أى (نعم) تعطى درجة واحدة ؛(احيانا) تعطى درجتان ؛ (لا) تعطى ثلاث درجات وهذه العبارات هى (٩،١٤،١٧،٢٣) وهذا يعنى أن ارتفاع درجة المقياس تعنى أن المريض يعانى من مشكلات اجتماعية ناتجة عن المرض .

٨- **مرحلة ثبات وصدق المقياس : وهذه المرحلة تتضمن :**

أولاً :- أ- مرحلة صدق المقياس : فى هذه المرحلة استخدم الباحث مايسمى بالصدق الظاهرى أو صدق الوجه ؛ فقد عرض الباحث المقياس على (١٠) من المحكمين

من أساتذة الخدمة الإجتماعية والاطباء والاخصائيين الاجتماعيين العاملين فى مستشفى إطسا العام ومديرية الصحة بالفيوم .

ب- صدق الإتساق الداخلى: تم من خلال تطبيق المقياس على (١٠) من مرضى الفشل الكلوى ، ثم قام الباحث بحساب معامل الارتباط بين كل عبارة وبين مجموع درجات البعد وكذلك معامل الإرتباط بين كل عبارة ومجموع درجات المقياس ، ثم معامل الارتباط بين كل بعد والبعد الاخر، ثم معامل الارتباط بين كل بعد والمقياس ككل ، وقد تم استبعاد العبارات التى لم تحصل على نسبة٨٠%وبذلك وصلت عبارات المقياس إلى (٣٦) عبارة .

حـ - قام الباحث بتطبيق المقياس على(١٥) من مرضى الفشل الكلوى بصفة عامة من المترددين على مستشفى إطسا . أى يكون مريض بالفشل الكلوى بغض النظر عن اى شروط أخرى . و(١٥) من والأفراد طبيعيين غير مرضى فى نفسى السن ومتقاربين فى المستوى التعليمى والإجتماعى ثم تم حساب معامل الفروق بينهم وكانت النتيجة كالجدول التالى :-

جدول رقم (١)
يوضح الفروق في البعد الأول
(توقد الذهن) بين
الأفراد الأسوياء والمرضى

م	الأفراد المرضى	الأفراد الأسوياء	
١	٥٤.٠	١٨.٠	
٢	٥٣.٠	٢١.٠	
٣	٥٤.٠	١٨.٠	م١= ٥٣.٥٣٣
٤	٥٤.٠	١٨.٠	م٢= ١٨,٧٣
٥	٤٨.٠	٢٢.٠	ع١= ١,٥٥
٦	٥٤.٠	١٩.٠	ع٢= ١,٢٨
٧	٥٤.٠	١٨.٠	ت= ٦٦.٩٩
٨	٥٤.٠	١٨.٠	دالة عند ٠.٠١
٩	٥٤.٠	٢٠.٠	
١٠	٥٤.٠	١٨.٠	
١١	٥٤.٠	١٩.٠	
١٢	٥٤.٠	١٨.٠	
١٣	٥٤.٠	١٨.٠	
١٤	٥٤.٠	١٨.٠	
١٥	٥٤.٠	١٨.٠	

وهذا يعنى ان هناك فروق داله إحصائياً بين تطبيق المقياس على عينة الاسوياء والمرضى لصالح عينة الاسوياء لبعد استخدام توقد الذهن وهذا يدل على صدق المقياس في قياس البعد

الأول توقد الذهن في الحد من المشكلات النفسية والاجتماعية لمرضى الفشل الكلوى ، وهذا يعنى أن المقياس يقيس ما وضع لقياسه.

جدول (٢) يوضح الفروق في البعد الثانى
بين الأفراد الأسوياء والمرضى

م	الأفراد المرضى	الأفراد الأسوياء	
١	٥٤.٠	١٨.٠	
٢	٥٤.٠	٢١.٠	م١= ٥٣,٦
٣	٥٤.٠	١٦.٠	م٢= ١٨,٤
٤	٥٤.٠	١٨.٠	ع١= ٠,٩١
٥	٥٤.٠	٢٠.٠	ع٢= ١,١٨
٦	٥٤.٠	١٨.٠	ت= ٩١,٣
٧	٥٤.٠	١٨.٠	دالة عند ٠.٠١
٨	٥٤.٠	١٨.٠	
٩	٥٤.٠	١٨.٠	
١٠	٥٤.٠	١٩.٠	
١١	٥٢.٠	١٩.٠	
١٢	٥٤.٠	١٩.٠	
١٣	٥١.٠	١٧.٠	
١٤	٥٣.٠	١٩.٠	
١٥	٥٤.٠	١٨.٠	

وهذا يعنى ان هناك فروق داله إحصائياً بين تطبيق المقياس على عينة الاسوياء والمرضى لصالح عينة الاسوياء لبعد استخدام المرونة النفسية في الحد من المشكلات النفسية والاجتماعية ، وهذا يدل على صدق المقياس في قياس البعد الأول توقد الذهن في الحد من المشكلات النفسية والاجتماعية لمرضى الفشل الكلوى ، وهذا يعنى أن المقياس يقيس ما وضع لقياسه.

جدول (٣) يوضح الفروق في المقياس
بين الأفراد الأسوياء والمرضى

م	الأفراد المرضى	الأفراد الأسوياء	
١	١٠٨.٠	٣٦.٠	
٢	١٠٧.٠	٤٢.٠	
٣	١٠٨.٠	٣٤.٠	م١= ١,٠٧
٤	١٠٨.٠	٣٦.٠	م٢= ٣٧,١٣
٥	١٠٢.٠	٤٢.٠	ع١= ١,٦٨
٦	١٠٨.٠	٣٧.٠	ع٢= ٢,٢٣
٧	١٠٨.٠	٣٦.٠	ت= ٩٦,٩٥
٨	١٠٨.٠	٣٦.٠	دالة عند ٠.٠١
٩	١٠٨.٠	٣٨.٠	
١٠	١٠٨.٠	٣٧.٠	
١١	١٠٦.٠	٣٨.٠	
١٢	١٠٨.٠	٣٧.٠	
١٣	١٠٥.٠	٣٥.٠	
١٤	١٠٧.٠	٣٧.٠	
١٥	١٠٨.٠	٣٦.٠	

وهذا يعنى ان هناك فروق داله إحصائياً بين تطبيق المقياس على عينة الاسوياء والمرضى لصالح عينة الاسوياء لاستخدام العلاج بالتقبل والالتزام في الحد من المشكلات النفسية والاجتماعية لمرضى الفشل الكلوى ، وهذا يعنى ان هناك فروق داله إحصائياً بين تطبيق المقياس على عينة الاسوياء والمرضى لصالح عينة الاسوياء وهذا يدل على صدق المقياس وان المقياس يقيس ما وضع لقياسه.

ثانياً : مرحلة ثبات المقياس : حيث قام الباحث بإستخدام طريقة إعادة الإختبار Re -test Method على عدد عشرة (١٠) من مرضى الفشل الكلوى ، وتم إعادة التطبيق بفاصل زمنى قدره حوالى (١٥) يوم

جدول رقم (٤)
يوضح ثبات وصدق مقياس المساندة الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوى .
عند مستوى معنوية ٠.٠٥

م	البعد	معامل الثبات	معامل الصدق	الدلالة الاحصائية
١	توقد الذهن	٠.٨٧	٠.٨٥	دال
٢	المرونة النفسية	٠.٨٨	٠.٤٨	دال

- **سادساً: مجالات الدراسة :**
- **المجال الزمانى** : إستغرقت هذه الدراسة حوالى ستة أشهر ونصف تقريبا (من الأسبوع الاول من أكتوبر ٢٠١٨ إلى الاسبوع الاول من منتصف مايو ٢٠١٩) مابين جمع مادة نظرية وتدخل مهنى وقد إستغرقة مدة التدخل المهنى حوالى شهرين ونصف : هما مارس وحتى منتصف مايو من ٢٠١٩. والجدول التالى يوضح جلسات التدخل المهنى مع عينة الدراسة .

جدول (٥) يوضح الجلسات
التى تمت مع عينة الدراسة

الحالة	الجلسة الجماعية للمرضى	الندوة	جلسات فردية	جلسات مشتركة(بين أسرة المريض)
١	٢٠	٣	٢٢	١٢
٢	٢٠	٣	٢٥	٢٠
٣	٢٠	٣	٢١	١١
٤	٢٠	٣	٢٠	١٣
٥	٢٠	٣	٢١	١١
٦	٢٠	٣	٢٠	١٤
٧	٢٠	٣	٢١	١٠
٨	٢٠	٣	٢٦	١٨
٩	٢٠	٣	٢٧	١٩

١٠	٢٠	٣	٢٠	١٠

- **المجال المكانى :** طُبقت الدراسة على عينة لمرضى الفشل الكلوى المترددين على وحدة الغسيل الكلوى بمستشفى إطسا المركزى ، وذلك :-

١- لإقامة الباحث بمركز إطسا محافظة الفيوم .

٢- كثرة أعداد المرضى المصابين بالفشل الكلوي المزمن والذين تتوافر فيهم الشروط الخاصة بعينة الدراسة.

٣- ترحيب إدارة المستشفى وكذلك وحدة الغسيل الكلوي بالمستشفى بالباحث وموافقتهما على إجراء الدراسة .

٤- المرضى في وحدات الغسيل الكلوي يتبعون برنامجاً علاجياً طويل الأمد وهذا يناسب الدراسة التجريبية

- **المجال البشرى :-** تكونت عينة البحث من (١٠) مفرده من مرضى الفشل الكلوى من المرضى المترددين على وحدة الغسيل الكلوى بمستشفى إطسا المركزى ، وقد تم إختيارهم من مجموع(١٤٤) مريض بالفشل الكلوى المترددين على هذه المستشفى وذلك وفقاً للشروط التالية:-

- أن يكون هؤلاء المرضى من الذكور المتزوجين ولهم أسر مقيمة معهم فى المنزل .
- أن يكون هؤلاء المرضى مرضى بالفشل الكلوى فقط .
- أن يكون من المترددين على وحدة الغسيل الكلوى بالمستشفى .
- أن يكون قد مضى عام على بدء الغسيل الكلوي حتى يظهر تأثير الغسيل الكلوي على المريض .

وبعد تطبيق شروط العينة تم إستبعاد (٢٦) مريض بالفشل الكلوى والكبد و(٢٥) مرضى بالفشل الكلوى ومرض السكر و(٢٠) مريض غير متزوج و(٦) مرضى رفضوا الاشتراك فى البرنامج ، و(١٠) مرضى شملتهم الدراسة الاستطلاعية و(١٣) مرضى لم يمضى على مرضهم عام ، و(١٥) مريض تم تطبيق المقياس لقياس الصدق و(١٠) مرضى تم تطبيق القياس وإعادة القياس لقياس ثبات المقياس. وبذلك أصبح العدد الذى تم استبعاده (١٢٥) مريض ، وبذلك أصبح مجتمع البحث الذى ينطبق عليه الشروط (١٩) مريض ، تم اختيار (١٠) طلاب بطريقة عشوائية بسيطة عن طريق ترقيمهم وكتابة الارقام في قطع أوراق صغيرة والاختيار منها دون الاطلاع على الارقام .

- **خطوات التجربة :-**

١- تحديد المتغير المستقل وهو برنامج التدخل المهنى بإستخدام نموذج العلاج بالتقبل والالتزام من منظور خدمة الفرد .

٢- تحديد المتغير التابع وهو الحد من المشكلات النفسية الإجتماعية لمرضى الفشل الكلوى

٣- النزول إلى مستشفى إطسا المركزى لتعرف على الواقع الفعلى لمجتمع البحث ، والتعرف علـى طبيعـة أحـوال المرضـى . وطبيعـة تـأثرهم بـالمرض ، ونوعيـة المشـكلات أو الاضطرابات التى قد تكون ناتجة عن المرض ، وعما إذا كان هذا التأثر وهذه المشكلات والاضطرابات ناتجة عن عدم الاحساس بتقبل الوضع الحالى واللحظة الحالية وعدم المرونة النفسية لهؤلاء المرضى ، وانعكاسات ذلك على استجاباتهم للحياة اليومية التى يعيشونها .

٤- التأكد من ان هذه الاستجابات تكون استجابات ناتجة عن عدم الاحساس بالمرونة النفسية وتقبل الوضع الحالى والتعايش مع اللحظة وأن تكون لها صفة الاستمرارية وتكون هذه الاستجابات نتيجة للإصابة بالمرض ، وقد كان هذا التأكد من خلال المقابلات المبدئية التى قام بها الباحث مع المرضى وبعض الاقارب المرافقين للمرضى ، وكذلك من خلال سؤال المتعاملين مع المرضى فى وحدة الغسيل الكلوى مثل هيئة التمريض وكذلك الطبيب والاخصائيين الاجتماعيين .

٥- التعرف على مدى تقبل المرضى للتعامل مع الباحث والاستمرار فى التجربة ، وكذلك أكثر الجوانب تحتاج إلى التركيز في التعامل ، وكذلك التعرف على جوانب القوى وجوانب الضعف لدى المرضى وكذلك فى البيئة المحيطة بالعميل كى توضع فى الإعتبار عند التدخل المهنى . وكذلك اخذ موافقة المرضى وإدارة المستشفى لإجراء برنامج التدخل .

٦- تطبيق القياس القبلىPre –test فقد قام الباحث بتطبيق مقياس العلاج بالتقبل والالتزام لمرضى الفشل الكلوى عينة الدراسة ، وذلك بهدف مقارنة هذا القياس بالقياس البعدى لتعرف على ما قد حدث من تغييرات .

٧- تحديد المتغيرات والابعاد التى يمكن أن تساعد فى الحد من المشكلات النفسية الاجتماعية للمرضى الفشل الكلوى باستخدام العلاج بالتقبل والالتزام .

٨- تحديد الهدف العام والاهداف الجزئية وفقاً لمتطلبات العلاج .

٩- إعداد برنامج معين لتحقيق الحد من المشكلات النفسية الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوى ، وذلك بالاعتماد على تكنيكات واستراتيجيات وأدوات نموذج العلاج بالتقبل والالتزام والتراث النظرى عن سيكولوجية مرضى الامراض المزمنة بصفة عامة ومرضى الفشل الكلوى بصفة خاصة ، بالإضافة إلى التراث النظرى والمهارى والمهنى لطريقة

خدمة الفرد ، بالاضافة إلى استثمار مناطق القوة والجوانب الايجابية المرضى والبيئة المحيطة .

١٠- تحديد الخطوات والمهام وكذلك الادوات تحديداً مبدئياً وفقاً لمتطلبات المرحلة العلاجية ، وكذلك تحديد الادوار فى البرنامج العلاجى .

١١- البدء فى تنفيذ البرنامج .

١٢- التقويم المرحلى لخطوات البرنامج لمعرفة عما إذا كان البرنامج يسير فى الطريق المرسوم له ؟

١٣- قياس مدى التغيير الذى قد يكون ناتج عن برنامج التدخل من خلال مقارنة القياسات المختلفة سواء كان القبلى أو البعدى لعينة الدراسة .

- **برنامج التدخل المهنى بإستخدام العلاج بالتقبل والالتزام من منظور خدمة الفرد فى الحد من مشكلات النفسية والاجتماعية للمرضى الفشل الكلوى "**

- **قبل البدء فى البرنامج العلاجى هناك مجموعة من الأسئلة التى يجب العمل للإجابة عليها وهى :**
- **أولاً : ما الذى نعمل عليه فى كل جلسة علاجية ؟**

نطمح من خلال الجلسات العلاجية إلى مساعدة المرضى على تجاوز التصرف الآلى أو الاوتوماتيكى ، والاندماج و التجنب والسلوكيات غير الفعالة التى تسبب لهم المعاناة .

ونستبدل ما سبق بالوعى الكامل والقيم والتوافق والسلوكيات الفعالة أو التصرف بفعالية التى تجلب بدورها الحيوية – ويقصد بالحيوية الإحساس باللحظة وتعايش كل لحظة حتى ولو كانت مؤلمة.

- **ثانياً : ما الذى نعمل عليه فى كل جلسة علاجية ؟**
- عندما يكون السلوك مختلاً وظيفياً وغير واعى (أى إندفاعى أو أتوماتيكى) يمكننا استخدام الوعى الكامل : وهو مساعدة المريض على أن يصبح واعياً تماماً وأن يلتزم بما يفعله .
- عندما يندمج السلوك المختل وظيفياً بشدة مع معتقدات غير فعالة بإمكاننا العمل مباشرة على فك اندماجه بتلك المعتقدات وتوضيح القيم كمصدر لخلق الدافعية وتحفيزه .
- عندما تيأثر السلوك المختل وظيفياً بشدة بالتجنب التجريبى ، بإمكاننا تحفيز المريض على الموافقة ليعيش خبراتهم الخاصة .

- عندما يكون السلوك المختل ناتج عن عدم الفعالية ، أى بسبب عجز فى مهارات المرضى أو فشل فلا استخدام المهارات المناسبة ، يمكننا العمل هنا على بناء المهارات اللازمة وتطبيقها .

- **ثالثاً : ما هى التدخلات العلاجية التى نقوم بها :**
- أى تدخل علاجى من شأنه أن يساعد المرضى على الإنتقال من المعاناة إلى الحيوية ، لا يهم حجم الانتقال إذا ما اتجه المريض تجاه السلوك الوظيفى ، يمكن القول أن التدخلات العلاجية كانت فعالةً ، وحتماً لن يكون دائماً هذا التدخل فى اتجاه خطى منتظم فغالباً ما يشعر المرضى أنهم عالقين أو ينحرفون عن هذا الخط ودورنا كمعالجين هو نقلهم فى الاتجاه المعاكس .
- **بناء الجلسات العلاجية :**
- تمارين اليقظة الذهنية والوعى التام .
- حصيلة الجلسة السابقة (مراجعة)
- التدخلات الأساسية
- المهام والوجبات المنزلية .

يمر العلاج فى خدمة الفرد وفقاً لنموذج العلاج بالتقبل والالتزام بعدد من المراحل الأساسية فى كل مرحلة مجموعة من الخطوات المتداخلة والمترابطة وظيفياً ، نعرضها فيما يلى :

- **المرحلة الأولى :**
- **الخطوة الأولى :** وهى المرحلة التى قام الباحث خلالها بتهيئة المريض لتلقى العلاج واستثارته للمشاركة فى المقابلات العلاجية ، وهى تبدأ بعد معرفة الباحث لثلاث أمور متعلقة بالعميل (المريض) ، وذلك من خلال حوار يرتكز على الأسئلة التالية :

١- ماذا يريد العميل(المريض) ؟
٢- ماذا فعل العميل (المريض) لكى يتخلص من معاناته قبل التماسه العلاج ؟
٣- ماهى نتيجة ما فعله ؟

- **الخطوة الثانية :** هذه الأسئلة السابقة ساهمت فى بلورة الخطوة الثانية المتمثلة فى تحديد المشكلة وشدتها وكثافتها ، على أن يكون التحديد فى هذه المرحلة بمثابة تحديد لمستوى الحالة التى عليها المريض تحديداً دقيقاً . وهنا يركز الباحث على النقاط التالية :

- إن العميل(المريض) قد قام بكل شيء للتخلص من مشكلاته ولكنها لازالت قائمة .
- إن المشكلة التى يعانى منها العميل(المريض) لا تشبه بقية جوانب حياته ، فهذه المشكلات التى يعانى منها المريض الأن قد لا يكون قد يمر بها قبل ذلك ، ولا تشبه حياته السابقة .
- ربما يكون الحل جزءاً من المشكلة ، بمعنى أن المريض يشعر بعدم الرغبة فى الخروج من المنزل والميل إلى العزلة مع إن خروجه والمشاركة فى الحياة الاجتماعية من الممكن أن تحقق له المساندة الاجتماعية وعلى أقل تقدير تساعده على الانشغال عن الاستغراق فى التفكير حول حالته المرضية .
- يحتاج العميل(المريض) إلى الاستجابة للخبرة المباشرة ولا يحتاج لمنطق حل المشكلة ، وهنا يحتاج المريض إلى اكتساب خبرة التعامل مع المواقف التى يمر بها والتى تمثل له مشكلة لأنه لم يمر بها ، وبذلك يكون العنصر الهام هو اكتساب خبرة التعامل مع الموقف وليس حل الموقف ، وكأن هذه الجزئية تشبه المثل الصينى تعليم خبرة تعلم صيد السمكة وليس المهم هو حل مشكلة الجوع أو الطعام .
- لا يُلام العميل (المريض) على وجود المشكلة وإنما يدعم المعالج فكرة أن العميل (المريض) قادراً على التغيير ، فهنا لا يجوز إشعار المريض بأنه يعانى من مشكلة ومصدر لمشكلات الأخرين ، وإنما يقوم المعالج بدعم المريض للتغيير للتكيف مع المتغيرات الحياتية وأن يوضح له أن الحياة سلسة من التعاملات والأدوار، وكل إنسان معرض لعدد من اتغيرات منها الإصابة بالمرض ، وأن هذا هو أمر من الله وعليه أن يتقبل المرض وأن يتقبل الدور الجديد فى الحياة من خلال القيام بالأعمال التى تتناسب مع حالته الصحية مستفيداً مما لديه من خبرة وتجارب .

وتتمثل الأهداف العامة فى المرحلة الأولى من العلاج بالتقبل والالتزام فما يلى:

١- بناء الرابطة بين الأخصائى المعالج والعميل (المريض) .
٢- فحص التاريخ الشخصى السابق للعميل (المريض) .
٣- الحصول على موافقة العميل (المريض) أو المحيطين به على بدء العلاج .
٤- الموافقة على الأهداف العلاجية الابتدائية .
٥- الموافقة على عدد الجلسات .

وهنا سعى الباحث إلى إرساء مبدأ التقبل من قِبل الباحث تجاه معاناه العميل(المريض) والذى يستمر الباحث فى التأكيد عليه خلال العملية العلاجية كلها .

- **اليأس الخلاق** (Creative Hopelessnss) :

فى هذه المرحلة بدأ الباحث فى إستخدام وبلورة مفهوم اليأس الخلاق ، والذى يقصد به إعادة تمثيل المريض الموقف الذى فشل فيه فى تغيير خبرته التى مر بها ، فقد يلتمس المريض العلاج فى ظل شعوره باليأس والإحباط بسبب محاولات غير الناجحة لحل المشكلات التى يعانى منها ، فيتعرف الباحث فى هذا الوقت على تلك المحاولات من أجل تحديد الإستراتيجيات التى لم توظف بفعالية من قِبل المريض ويعيد توضيحها مرة أخرى بطريقة تساعده على حل مشكلته .

- **المرحلة الثانية :**

وهذه المرحلة تشتمل على بناء التحالف العلاجى والتوعية التعليمية وتنمية المريض والتعامل مع الفصل المعرفى تنمية مهارات التوقد الذهنى والتعامل مع الذات بوصفها سياق والتعامل مع القيم والتعامل مع الفعل الملتزم .

كما يسعى الباحث إلى استبصار المريض بسلبيات الأفكار والتصورات والافتراضات والمخططات القديمة ، فضلاً عن إقناعه بإيجابيات الأفكار الجديدة والتصورات الجديدة والافتراضات والمخططات الجديدة

وفى هذه المرحلة يساعد الباحث المريض على ضبط الأحداث المؤلمة التى يعانى منها مما يزيد من تعزيز العمليات التى تخفض وتقلل الشعور بالألم والمعاناة ، وتوضيح فكرة أن أفكار المريض منفصله عنه وليست واقعا مفروضاً عليه . كذلك ينصب اهتمام هذه المرحلة على التعرف على أهداف حياة ذات قيمة لدى المريض وتعليمه مهارات يستطيع من خلالها أن يصبح أكثر مرونة فى التعامل مع مشكلاته .

- **المرحلة الثالثة :**

وهى المرحلة الأخيرة من مراحل العلاج بالتقبل والالتزام وفيها ينصب تركيز الباحث على مساعدة المريض على القيام بأفعال تخدم أهدافه التى يود تحقيقها والتخلص من معاناته والالتزام بهذه الأفعال وممارستها فى إطار المقابلة العلاجية وخارجها فى بيئته الطبيعية ، وهنا يحرص الباحث على أن يوضح للمريض ويؤكد على ضرورة التزامه بتوجيهاته كمعالج حتى يتحقق له حل مشكلاته .

وهذه المرحلة تبدأ بما يمكن تسميته بالصيانة ، وهذه الخطوة داخل المرحلة الأخيرة تهدف إلى صيانة ما تم تعلمه واكتسابه ، وما تم التدريب عليه بغرض الحفاظ عليه ، وكذلك تدريب المريض على مبادئ الصيانة فيقوم بصيانة ما تعلمه حتى يكتب له البقاء والثبات .

- خطوة التقويم وهنا يقوم الباحث بالتعرف على ما حدث من تغيرات على المريض وحالته ، وإيجاد الفارق بين ما كان عليه فى الخطوة الأولى فى المرحلة الأولى والأن ، وإظهارها للمريض توضيح أهميتها وضروريتها فى إحداث حالة التوازن والمرونة النفسية التى أصبح يعيش فيها المريض .

- خطوة الإنهاء : وفى هذه الخطوة يقوم الباحث بمناقشة ما تم خلال الفترة السابقة ، ويعلن بعد التمهيد (على أن يكون التمهيد بدأ بصورة تدريجية) فى جو من الود والإيجابية والتدعيم والتهنئة يعلن عن إنتهاء برنامج التدخل العلاجى موضحاً للمريض مدى التطور الذى أوضحه الباحث للمريض خلال مرحلة التقويم موضحاً أن هذا التطور والتغيرات التى حدثت جعلته ليس فى حاجة إلى مساعدة أحد .

- خطوة المتابعة : وهى الخطوة الأخيره فى المرحلة الأخيرة ، وهذه الخطوة تستغرق أربعة جلسات علاجية حد أدنى فى ضوء هذا المنظور العلاجى ، بواقع جلسة واحدة أسبوعياً ، وذلك بهدف الاطمئنان على حالة المريض ومدى تطبيق ما تعلمه خلال برنامج العلاج وتطبيق للاستبصار ومهارات التأقلم مع المواقف العامة والجديدة والخاصة ، ومدى فعالية الأفكار الجديدة والتصورات الجديدة ومدى التصدى للمشكلات المستقبلية .

- **بناء العلاقة العلاجية فى إطار العلاج بالتقبل والالتزام:**

يقوم الباحث خلال مراحل العلاج فى ضوء هذا النموذج ببناء علاقة علاجية تهدف إلى دفع المريض نحو التقدم فى العلاج ، كما يعمل الباحث على أن يزيد ويعزز من بناء الثقة بينه وبين المريض ، خاصة وأن المريض فى هذه الحالات قد يشعر بأنه قد تم إيزائه بصفة عامة عند الاصابة بالمرض وأن المحيطين به أو بعضهم لا يقدرون حالته ، ويقوم الباحث بطمئنه المريض وحمايته ومواجهة التحديات التى يعانى منها ، وأن يظهر الاحترام والتقدير والتقبل للمريض ولقيمه ليس بالقول وإنما من خلال ما يقوم به من أفعال ، كأن يتعامل معه من خلال ترحيب وابتسامة وعدم إظهار مظاهر الضجر والتأفف منه أو من تصرفاته .

ويعتمد الباحث هنا على المجاز Metaphorical عند تعليم المريض ، وذلك من خلال القصص التى يرويها ويقصها على المريض مستثمراً أن بعض المرضى يستحسنون هذا النوع

من الحكايات ، وذلك لكى يستطيع ملاحظة التشابه فيما بين السلوك السائد والعارض لديه ، وهذا المجاز أو هذه الاستعارة تحد من استجابات المريض الهادمة للذات مما يدعم العلاقة العلاجية والتحالف العلاجى ، كما أنها ليست مجرد قصص منطقية أو سلوكاً لفظياً ، وإنما تعد أكثر من ذلك حيث إنها توضح للباحث بعض الأمور والجوانب المتعلقة بسلوك المريض والتى يصعب معرفتها بشكل مباشر منه ويتم ذلك بصورة لفظية شفهية بسيطة للغاية .

- **العمليات الرئيسية للعلاج بالتقبل والالتزام :**

يستخدم الباحث خلال مراحل العلاج السابقة ست عمليات مترابطة ومتداخلة مع بعضها البعض نعرضها على النحو التالى:

١- التقبل Acceptance

٢- الفصل المعرفى cognitive Defusion

٣- الذات بوصفها سياق Self as Context

٤- التواصل مع اللحظة الحالية Contanct With Present Moment

٥- القيم Values

٦- الفعل الملتزم . Committed Action

ويمكن تقسيم هذه العمليات الست إلى مجموعتين أساسيتين هما:

١- المجموعة الأولى : وترتكز على التقبل وتوقد الذهن وتتضمن العمليات التالية : التقبل ، والفصل المعرفى ، والتواصل مع اللحظة ، والذات بوصفها سياق .

- المجموعة الثانية : تؤكد على الالتزام بالفعل وتشمل على ما يلى : التواصل مع اللحظة ، والذات بوصفها سياق ، والقيم ، والفعل الملتزم ، وهاتان المجموعتان من العمليات هما أساس تسمية هذا النموذج العلاجى بهذا الاسم .

– وسوف يعرض الباحث تعريف لهذه العمليات فى الجدول التالى ، ثم يتناول شرحها مع التطبيق .

العملية	التقبل
١– التقبل	تعريف مختصر
	ويعنى التقبل " تقبل الموجود" أى تقبل الخبرات التى يمر بها الفرد وفقاً لقيمه
٢–الفصل المعرفى	الشخصية فى ضوء أحداث نوعية توصف بأنها منفردة بغيضة .
	ويقصد به فصل الذات عن الخبرة المؤلمة بكل ما تضمنه من أفكار ، ومشاعر
٣–الذات بوصفها سياق	، وانفعالات ، وأحاسيس جسدية .
	ويراد بذلك عدم الاندماج مع الخبرة المؤلمة ، وجعل الذات مجرد إطار عام
	للخبرة دون الانغماس فيها .
العملية	الالتزام
	تعريف مختصر
٤– التواصل مع اللحظة الحالية	ويقصد بها التواصل الكامل مع الخبرة التى يمر بها الفرد بوصفها تحدث هنا والأن ، والوعى بالذات ، والعمل وفقاً للقيم .
٥– القيم	وهى التى تساعد على تحديد التوجهات ذات القيمة التى سوف توجه السلوك والتواصل مع الخبرات المنفرة
٦–الفعل الملتزم	التصرف وفقاً لما يناسب التوجهات الشخصية ذات القيمة من أجل تحقيق الأهداف التى تتوافق مع هذه التوجهات

أولاً : التقبل: يقصد به تبنى أحداث نوعية (أفكار، مشاعر، أحاسيس جسدية) لازالت تحدث بالفعل وتسبب الشعور بالألم للمريض ، والتقبل يعد فعلاً ، بمعنى أنه ليس شعوراً أو طريقة للتفكير حول أحداث محددة . ويختلف التقبل عن التحمل أو الاستسلام والانتظار من حيث الشعور بأن شيئاً ما يحدث ولا يوجد فرص لاختيار الموقف ، والتقبل مهارة يسعى الباحث إلى تعلمها واكتسابها للمريض عبر الجلسات العلاجية ، وهى تساعد المريض على تقبل الأفكار والمشاعر والأحاسيس غير المرغوبة والمزعجة مثل القلق والألم والشعور بالذنب ، وذلك بدلاً من تجنبها بهدف إنهاء المعاناة الناجمة عن تلك المشاعر والأفكار دون محاولة تغييرها أو استبعادها وتجنبها . ويمثل التقبل هنا تلك العملية التى يتم من خلالها تشجيع المريض على تبنى معتقداته ومشاعره وتقليل حدتها دون محاولة مقاومتها أو تجنبها أو قمعها كما فى التجنب ، وبهذا يستطيع المريض المضى قدماً فى حياته وتقليل خبراته بصورة مرضية .

– مكونات التقبل :

- للتقبل أربعة مكونات أو مجالات وهى :

١- توقد الذهن : ويُعنى به توجيه الانتباه نحو كل لحظة يمر بها المريض والمزيد من الوعى الداخلى بالمشاعر وأفكار والاحاسيس الجسدية وكذلك الوعى الخارجى بالبيئة المادية المحيطة ، وتعد هذه المهارة من أهم المهارات التى يستفيد منها المريض فى مجالات شخصية كثيرة فى حياته .

٢- تقبل الأفكار والانفعالات : أى تقبل وتبنى المريض لأفكاره وانفعالاته وعدم ضحدها ، وهذا يفيد فى القيام بفعل يتلاءم مع القيم وذلك عقب توضيحها مما يمثل مجالاً مهما فى العلاج .

٣- تقبل ما يمكن ضبطه من السلوك وبيئة مادية : بينما لا يستطيع المريض ضبط أفكاره ومشاعره والصورة العقلية التى تقتحم ذهنه نجد أنه فى المقابل قادراً على ضبط أفعاله المرتبطة بهذه الأفكار والمشاعر والصور.

٤- تقبل ما لا يمكن ضبطه من أفكار وانفعالات وصور عقلية : وهنا يؤكد الباحث للمريض على أن المعاناة تمثل جزءاً من الحياة وبالتالى يجب على العميل التوافق والتأقلم مع ما يتعرض له من معاناة عن طريق تقبلها .

- تتضمن عملية التقبل أيضاً مفهومى تقبل الذات وتقبل الآخرين والذى نوضحهما كالتالى:

- تقبل الذات ونقصد بها تقبل الذات تقبلاً كاملاً كما هى بالفعل وليس كما يريد المريض أن تكون عليه ذاته ، وهذا التقبل غير مشروط .
- تقبل الآخرين ويشير إلى مدى قدرة المريض على تقبل الأشخاص الآخرين المحيطين به دون نقد أو حكم عليهم .

وفيما يلى يعرض الباحث لعدة تدريبات يمكن تطبيقها بغرض تعزيز عملية التقبل لدى المريض ، وهذه التدريبات تتسم بالسهولة فى تعلمها وممارستها سواء طبقت داخل المقابلة العلاجية أو بوصفها واجباً منزلياً ، حيث يمكن أن يكملها المريض بمفرده دون الحاجة إلى مساعدة الباحث بعد إرشاده كيفية إتمامها .

وأبرز ما تتضمنه تلك التدريبات ماهية الأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية التى يشعر بها المريض عند المرور بخبرة مؤلمة ، وكذلك سلوكه وانفعالاته التى تُربك توافقه وتعوقه عن ممارسة حياته بالشكل المعتاد ، وكيفية تعامله مع الخبرة بكل جوانبها مما ييسر على الأخصائى المعالج تحديد أكثر الجوانب ألماً فى حياة المريض .

وهذا الجدول يوضح تدريب مطالب التقبل

لما احتاجه لكى أصبح متقبلاً .

م	العبارة
١	**الذكريات والصور التى غالباً ما اتجنبها تتضمن التالى :**
٢	**إن تجنب هذ الذكريات والصور يجعلنى أفعل مايلى:**
٣	**الأحاسيس الجسدية التى غالباً ما اتجنبها تتضمن :**
٤	**إن تجنب تلك الأحاسيس الجسدية يجعلنى أفعل الأتى :**
٥	**الانفعالات التى غالباً ما اتجنبها تتضمن :**
٦	**إن تجنب هذه الانفعالات يجعلنى أفعل ما يلى :**
٧	**الأفكار التى غالباً ما اتجنبها تتضمن :**
٨	**إن تجنب هذه الأفكار يجعلنى أفعل ما يلى :**
٩	**السلوكيات التى غالباً ما اتجنبها تتضمن التالى :**
١٠	**إن تجنب هذه السلوكيات يجعلنى أفعل ما يلى :**

– ثم يتم سؤال المريض عندما ما هى الأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية التى يشعر بها عندما يمر بخبرة مؤلمة ، ويكون كالتالى :

– أشعر بالدوخة .

– أشعر بألم معين .

– أشعر بالثقل .

– أشعر بخنقة

– أشعر بالثقل

– أشعر بالراحة

– أشعر بالبرودة .

– أشعر بأن جسمى سخن .

ولتدريب المريض على عملية التقبل يمكن تدريبه على

عمل مفكرة الخبرات اليومية ، وهى كالتالى :

اليوم	ماهى الخبرة ؟	ماهى مشاعرك أثناء هذه الخبرة؟	ماهى أفكارك أثناء هذه الخبرة؟	ماهى أحاسيسك الجسدية أثناء هذه الخبرة ؟	ماذا فعلت لكى تتعامل مع شاعرك وأحاسيسك لجسدية؟
السبت					
الأحد					
الإثنين					
الثلاثاء					
الأربعاء					
الخميس					
الجمعة					

ثانياً : الفصل المعرفى : المقصود به القدرة على ملاحظة الأفكار والمشاعر بوصفها أحداث عقلية بدلاً من كونها حقيقة واقعية وكذلك بدلاً من التماثل الشديد معها . وتعنى أيضاً القدرة على الانفصال عن الأفكار والصور والذكريات بدلا من التفكير فيها ، وكذلك مراقبة التفكير بدلاً من التواصل والتفاعل مع تلك الأفكار والصور والذكريات الأليمة . وتتضمن هذه العملية التنبه للسياق الذى تحدث خلاله الأفكار من أجل إضعاف التأثير الآلى التلقائى التابع لهذه الأفكار، وتهدف عملية الفصل المعرفى على تغيير الوظائف غير المرغوبة للأفكار والأحداث النوعية مثل الانفعالات ، كما أنها تهدف إلى جعل المريض يتقبل أية محاولة لضبط هذه الأحداث والتى تمثل جزءاً من المشكلة أو الحل ، ففى حالة اضطراب التوافق للمريض يتعلم أن المحاولات الفاشلة لضبط اضطرابه تعد هى المشكلة فى حد ذاتها وليس الحل . وتساعد هذه العملية المريض على الاستجابة بطرق متنوعة أكثر مرونة تجاه المحتوى المعرفى لديه . ولا تهدف إلى خفض مستوى الضغوط المرتبطة بالأفكار والمشاعر والصور الذهنية العصبية التى يعانى منها المريض فحسب ، بل أيضا تهدف إلى إثارة السلوك الأكثر اتساقاً وملائمة مع قيم المريض وقدرته على التواصل مع هذا السلوك . ويحدث الفصل المعرفى عند ممارسة تدريبات توقد الذهن ، وذلك عندما نلاحظ أفكارنا بعيداً عن الأحداث الخارجية فتصبح أفكارنا أكثر شعورية وأقل آلية ، ويتدرج الفصل المعرفى من الدمج الشديد إلى الفصل الشديد ، ويوضحه المثال التالى:

– عندما يقول المريض "أنا مكيئب " هذا دمج شديد

- عندما يقول المريض "أشعر بالاكتئاب " دمج متوسط
- عندما يقول المريض "أنا أشعر بالاكتئاب " دمج متوسط
- عندما يقول المريض "أنا حالياً أعانى من أحاسيس يشيع فيها الاكتئاب " فصل شديد

كما يمكن استخدام أبرز تدريبات الفصل المعرفى مع المريض ، وهذا التدريب يعد من أهم وأبرز تدريبات الفصل المعرفى ، وفيه ينتقى الباحث كلمة ذات مرجعية سلبية قوية بالنسبة للمريض مثل " بحزن لما أشوف شكلى فى المرايا " ، ثم يطلب منه أن يردد ويكرر هذه الكلمة مرات ومرات عديدة وذلك لمدة دقيقة مثلاً إلى أن يتعامل معها المريض على أنها كلمة لا معنى لها ، ويهدف هذا التدريب إلى إزالة الإشراط السالب السابق للحداث ذات المرجعية اللفظية السالبة مما ييسر عملية التقبل .

وهنا يرى الباحث أن الفصل المعرفى يعد إبعاداً للذات عن أفكار السالبة والمشاعر المؤلمة والخبرات العصبية التى يمر بها المريض فتعوق توافقه مع ذاته ومع البيئة التى يعيش فيها ، ويحدث ذلك من خلال التدريبات التى تعزز من تجاهل الكلمات ذات المرجعية السالبة التى سبق وتعلمها وربطها بمجموعة من الأحاسيس والمشاعر السيئة والتعامل معها بوصفها مجرد عادية لا تثير أية مشاعر أو انفعالات سالبة .

ثالثاً : الذات بوصفها سياق : وفى هذه العملية يدرب الباحث المريض على أنه ليس هو محتوى خبراته وأفكاره ومشاعره وأحاسيسه ولا يمثلها ، ويقابلها الذات بوصفها محتوى Self As Content ، وعند الاندماج مع الذات كمحتوى فأننا نفقد التمييز بين أنفسنا وخبرتنا ، وتمثل الفكرة الرئيسية لهذه العملية فى ثلاثة أطر علائقية هى :

١- أنا – أنت .
٢- هنا – هناك .
٣- الآن – وبعد .

ونتيجة للأطر العلائقية السابقة مثل أنا فى مقابل أنت وغيرها تؤدى اللغة الإنسانية إلى الاحساس بالذات بوصفها سياق يمنح الفرد الجانب الروحى ، وهذه الفكرة تعد واحدة من الأفكار التى يتضمنها العلاج بالتقبل والالتزام ونظرية الإطار العلائقى والتى أكدت على أهمية وظائف اللغة مثل : التعاطف ، والاحساس بالذات والاحساس بالآخرين .

وهنا يطلب الباحث من المريض بأن يتوقف و ينصت لما يقوله لنفسه من خلال الإجابة على هذين السؤالين :

- هل أنا الأفكار التى تدور فى ذهنى ؟
- أم أننى أعى فقط الأفكار التى تدور فى ذهنى ؟

فمن خلال هذا التدريب تتمثل وظيفة المريض كعميل ليس فقط فى الإجابة عن هذه الأسئلة ، ولكن أيضاً المزيد من الوعى بإدراك الفرق بين الفرد وبين أفكاره ، ومن ثم يتم تنمية القدرة على التراجع عن هذه الأفكار وبالتالى ملاحظتها بصورة أقل تشابكاً واندماجاً .

وهنا يود الباحث عرض الفرق بين السياق والمحتوى : فالسياق يشير إلى الإطار العام الذى يحيط بالخبرة أو الصورة الخارجية الكلية للموقف ، أما المحتوى فيدل على مضمون وفحوى الخبرة ، وعلى هذا يهدف العلاج بالتقبل والالتزام إلى مساعدة المريض فى حالات اضطراب التوافق على أن يتعامل مع خبرته بوصفها سياقاً خارجياً لكل ما يمر به دون أن يجعل ذاته جزءاً من الأحداث ، وبالتالى يبعد نفسه عن المشاعر السالبة الناجمة عن تفحص محتوى الخبرة .

رابعاً: التواصل مع اللحظة الحالية : تشير هذه العملية إلى التواصل النفسى والجسدى مع الحاضر وتوجيه الانتباه نحو اللحظة والخبرة الحالية بدلاً من التأثر بالأفكار التلقائية الآلية وتتضمن عملية التواصل مع اللحظة الحالية توظيف المرونة النفسية ، وتوجيه الانتباه نحو الخبرات الحالية ، وإدراك الأحداث الخارجية فى البيئة المحيطة وكذلك الأحداث الخاصة مثل الانفعالات والمعارف وهذا لا يعنى تجنب الأحداث السابقة والخبرات الماضية ، بل يجب ممارسة هذه العملية فى ضوء الذكريات والأحداث السابقة الأخرى .

ويرتبط التواصل مع اللحظة الحالية بالوعى المستمر بالخبرات الداخلية والخارجية وكأنها تحدث فى اللحظة الحالية ، بمعنى التركيز على الخبرات التى يمر بها الفرد لحظة بلحظة ، ويعد ذلك أمراً يحمل فى طياته قدراً من السهولة والصعوبة على حد السواء ، فمن السهولة تحويل الانتباه إلى الخبرة ولكن من الصعب مواصلة الاحتفاظ بتركيز الانتباه بصورة مستمرة ، وعلى هذا يتعلم المريض من خلال هذا النموذج العلاجى ممارسة التقبل والفصل المعرفى وتوقد الذهن أن يظل متواصلاً مع ما يمر به طوال الوقت .

- ومن خلال هذه العملية يسعى الباحث إلى تعليم المريض كيفية أن يتعامل مع الحياة وخبراتها وكأنها تحدث الآن بدلاً من الانغماس فى الماضى أو الانشغال بالمستقبل .
- مساعدة المريض على التواصل مع اللحظة الحالية بدلاً من الشعور بالأسف واليأس .

فالعلاج بالتقبل والالتزام يركز على الاهتمام باللحظة الحالية دون الحاجة إلى التفكير فى الماضى من أجل تعزيز المرونة النفسية وتقبل الخبرة المؤلمة مما ينجم عنه تعلُم أشياء جديدة تحدث أثناء اللحظة وتمثل فرصة أخرى تمنحها البيئة للمريض لكى يعيد اكتشاف الأشياء ، وهذا

علـى العكـس مـن الارتبـاط بالأحـداث الماضـية والانشـغال بالأحـداث المسـتقبلية اللـذان يفقـدان المريض القدرة على التواصل مع اللحظة الحالية .

إن التواصل مـع اللحظـة الحاليـة يعد عمليـة مستمرة يؤكد عليهـا العـلاج بالتقبل والالتزام حتـى عند الحديث عن الخبرات الماضية ، حيث تتمثل أهمية هذا الجانب فى معرفة تأثير الماضـى ولكـن الأن ، فـالخبرات الماضـية لا تعـد غيـر مهمـة فـى هـذه الحالـة ن وذلـك لأنهـا تُدمج مـع الخبرات الحالية لتُشكل فكرة المريض عن نفسه وعن العالم الخارجى حتى وإن كان الماضـى لا يمكن تغييره مما يعزز تقبل المريض لأفكاره وبالتالى خفض التجنب الخبرى الذى يتداخل مع اللحظة الحالية .

- ولكى يساعد الباحث المريض لتواصل مع اللحظة الحالية فإنه ساعده على مايلى :

١- القدرة على إدراك الأصوات والروائح والأحاسيس فى كل لحظة .
٢- التمييز بين الملاحظة والتفكير من خلال تدريبات الفصل المعرفى .
٣- تذكر الذات بالتواصل مع اللحظة الحالية عند التفاعل مع الآخرين .
٤- المشاركة فى أنشطة يومية منتظمة والوعى بجميع جوانب هذه الأنشطة بطرق جديدة .

خامساً : القيم : هى عبارة عن مزيج من المفاهيم ونسق المعتقدات وأنماط السلوك التى يعتنقها الفرد ، وهى لا تشبه الأفكار والمعتقدات من حيث أن الأفكار أكثر مرونـة وقابلية للتغيير من خـلال اكتسـاب معلومـات وبـراهين جديدة ، أمـا القيم فهـى أكثر ثباتاً ومـن الصـعب تغييرها بعد رسوخها لدى المريض .

ويركز الباحث فى هذه العملية على :

١- كيف تمد القيم المريض الشعور بمعنى الحياة .
٢- تعليم المريض التفريق بين الاختيار والحكم .
٣- تحديد التوجهات ذات القيمة لدى المريض .
٤- تحديد توجيه القيم لأهداف الحياة النوعية لدى المريض .
٥- تحديد الأفعال التى ستحقق الأهداف .
٦- تفهم أن القيم تعد جزءاً من السلوك ولا تعد سياقاً خاصاً.
٧- تفهم ما يعوق حياة المريض .
٨- فصل القيم عن الضغوط التى يعانى منها المريض .

سادساً: الفعل الملتزم : يعد الالتزام الشق الثانى من العلاج بالتقبل والالتزام ، كما أنه يمثل جزءاً أساسياً ومحورياً فى سير العملية العلاجية ، وهو يعنى مساعدة المريض على أن يكون ملتزماً بفعل ما يتناسب ويتوافق مع أهدافه وقيمه التى اختارها لنفسه . وهنا يشجع الباحث المريض على تنمية أنماط كثيرة من التصرفات والسلوكيات الفعالة المرتبطة بالقيم التى انتقاها المريض ، وفى هذا يشبة العلاج بالتقبل والالتزام العلاج السلوكى التقليدى ويستخدم فنياته الشائعة مثل التعريض واكتساب المهارات وغيرها . وتتضمن هذه الخطوة القيام بأفعال تسعى نحو تقييم أهداف الحياة بمعنى الالتزام بالفعل وتغيير ما يمكن تغييره ، ويشجع الباحث المريض على القيام بالأفعال التى من شأنها أن تعزز عمليات التغيير ، وفى هذه المرحلة يتعلم المريض أنه يوجد فروقاً بينه بوصفه شخصاً وبين أفكاره ومشاعره حول نفسه وبين ما يقوم به فى حياته.

وبمجرد أن يتفق الباحث والمريض على ما يمثل أهمية بالنسبة للمريض ، فإنه يمكن تقسيم عملية الفعل الملتزم إلى أربع خطوات هى :

١- عزز قيمة أو اثنين من القيم التى تود تنميتها لدى المريض استناداً إلى تحليل الموقف .
٢- ساعد المريض على الالتزام بالأفعال المرتبطة بالقيم ليمارس ذلك أثناء المقابلات العلاجية وأن يكون واعياً بأنماط السلوك التى تم تكرارها .
٣- مساعدة المريض على التغلب على كل ما يعوق الالتزام بالفعل من خلال تنمية مهارات التقبل وتوقد الذهن والفصل المعرفى .

عُد إلى الخطوة الأولى وانتقى أنماط سلوكية أخرى من خبرات تم تجنبها تتسم بعدم المرونة النفسية ، وبعد أن ينجح المريض فى إتمام ذلك فإنه سيصبح قادراً على القيام بذلك بنفسه دون مساعدة المعالج .

- **نتائج الدراسة :**

جدول (٦) يوضح القياس القبلى

لبعدى توقد الذهن

م	القياس	م١	ع١	م٢	ع٢	ت	الدلالة
١	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٦	٠,٥٢	٩,٨	٠,٠٠١
	البعدى	١,٣	٠,٤٨				
٢	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٨	٠,٤٢	١٣,٥	٠,٠٠١
	البعدى	١	٠,٣٢				
٣	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٦	٠,٥٣	٩,٨	٠,٠٠١
	البعدى	١,٣	٠,٤٨				
٤	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٩	٠,٣٢	١٩	٠,٠٠١
	البعدى	١	صفر				
٥	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٧	٠,٤٨	١١,١٣	٠,٠٠١
	البعدى	١,٢	٠,٤٢				
٦	القبلى	٢,٨	٠,٤٢	١,٧	٠,٦٧	٧,٩٦	٠,٠٠١
	البعدى	١,١	٠,٣٢				
٧	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٦	٠,٥٢	١,٩٧	٠,٠٠١
	البعدى	١,٣	٠,٤٨				
٨	القبلى	٢,٨	٠,٤٢	١,٥	٠,٥٣	٩	٠,٠٠١
	البعدى	١,٣	٠,٤٨				
٩	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٧	٠,٦٧	٧,٩٦	٠,٠٠١
	البعدى	١,٢	٠,٤٢				
١٠	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٦	٠,٦٩٩	٧,٢٤	٠,٠٠١
	البعدى	١,٣	٠,٤٨				
١١	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٨	٠,٤٢	١٣,٥	٠,٠٠١
	البعدى	١,١	٠,٣٢				
١٢	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٦	٠,٥١٦	٩,٧٩	٠,٠٠١
	البعدى	١,٣	٠,٤٨				
١٣	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٧	٠,٤٨	١١,١٣	٠,٠٠١
	البعدى	١,٢	٠,٤٢				
١٤	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٧	٠,٦٧	٧,٩٦	٠,٠٠١
	البعدى	١,٢	٠,٤٢				
١٥	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٥	٠,١٧	٩	٠,٠٠١
	البعدى	١,٤	٠,٥٢				
١٦	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٦	٠,٢٢	٧,٢٤	٠,٠٠١
	البعدى	١,٣	٠,٤٨				
١٧	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٧	٠,١٥	١١,١٣	٠,٠٠١
	البعدى	١,٢	٠,٤٢				
١٨	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٥	٠,٢٢	٦,٧	٠,٠٠١
	البعدى	١,٤	٠,٥٢				

يتضح من هذا الجدول أن هناك فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات عبارات القياس القبلى والبعدى لبعد توقد الذهن (البعد الأول) لصالح القياس البعد فى كل عبارة ، حيث وُجد أن الدلالة لجميع العبارات كانت ٠,٠١ ، وذلك يرجع إلى ذلك إلى نجاح برنامج التدخل المهنى

بإستخدام نموذج العلاج بالتقبل والالتزام من منظور خدمة الفرد لتحقيق توقد الذهن لمرضى الفشل الكلوى. وبهذا يمكن القول بقبول الفرض الفرعى الأول القائل " **توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين تحقيق توقد الذهن والحد من المشكلات النفسية الاجتماعية لمريض الفشل الكلوى** "

جدول(٧) يوضح الفرق القياس القبلى

والبعدى لبعد المرونة النفسية

م	القياس	م١	ع١	م٢	ع٢	ت	الدلالة
١	القبلى	٢,٨	٠,٤٢	١,٦	٠,٥٢	٩,٨	٠,٠٠١
	البعدى	١,٤	٠,٥٢				
٢	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٨	٠,٤٢	١٣,٥	٠,٠٠١
	البعدى	١,٤	٠,٥٢				
٣	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٦	٠,٥٣	٩,٨	٠,٠٠١
	البعدى	١,٣	٠,٤٨				
٤	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٩	٠,٣٢	١٩	٠,٠٠١
	البعدى	١,٢	٠,٤٢				
٥	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٧	٠,٤٨	١١,١٣	٠,٠٠١
	البعدى	١,١	٠,٣٢				
٦	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٧	٠,٦٧	٧,٩٦	٠,٠٠١
	البعدى	١,٤	٠,٥٢				
٧	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٦	٠,٥٢	١,٩٧	٠,٠٠١
	البعدى	١,٢	٠,٤٢				
٨	القبلى	٢,٨	٠,٤٢	١,٥	٠,٥٣	٩	٠,٠٠١
	البعدى	١,٣	٠,٤٨				
٩	القبلى	٢,٨	٠,٤٢	١,٧	٠,٦٧	٧,٩٦	٠,٠٠١
	البعدى	١,٢	٠,٤٢				
١٠	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٦	٠,٦٩٩	٧,٢٤	٠,٠٠١
	البعدى	١,٤	٠,٥٢				
١١	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٨	٠,٤٢	١٣,٥	٠,٠٠١
	البعدى	١,٣	٠,٤٨				
١٢	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٦	٠,٥١٦	٩,٧٩	٠,٠٠١
	البعدى	١,٢	٠,٤٢				
١٣	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٧	٠,٤٨	١١,١٣	٠,٠٠١
	البعدى	١,٤	٠,٥٢				
١٤	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٧	٠,٦٧	٧,٩٦	٠,٠٠١
	البعدى	١,٤	٠,٥٢				
١٥	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٥	٠,١٧	٩	٠,٠٠١
	البعدى	١,٣	٠,٤٨				
١٦	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٦	٠,٢٢	٧,٢٤	٠,٠٠١
	البعدى	١,٣	٠,٤٨				
١٧	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٧	٠,١٥	١١,١٣	٠,٠٠١
	البعدى	١,٤	٠,٥٢				
١٨	القبلى	٢,٩	٠,٣٢	١,٥	٠,٥٣	٩	٠,٠٠١
	البعدى	١,٤	٠,٥٢				

يتضح من هذا الجدول أن هناك فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات عبارات القياس القبلى والبعدى لبعد المرونة النفسية (البعد الثانى) لصالح القياس البعد فى كل عبارة ، حيث وُجد أن الدلالة لجميع العبارات كانت ٠,٠١ ، وذلك يرجع إلى ذلك إلى نجاح برنامج التدخل المهنى بإستخدام نموذج العلاج بالتقبل والالتزام من منظور خدمة الفرد لتحقيق المرونة النفسية لمرضى الفشل الكلوى . وبهذا يمكن القول بقبول الفرض الفرعى الثانى القائل " **توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين تحقيق المرونة النفسية والحد من المشكلات النفسية الاجتماعية لمريض الفشل الكلوى** "

الجدول (٨) يوضح الفروق بين القياسين

القبلى والبعدى لمقياس التقبل والالتزام

م		القياس	م١	ع١	م٢	ع٢	ت	الدلالة
١	البعد الأول	القبلى	٥٣,٤	٠,٦٩٩	٣	٥,٨	١٦,١٣	٠,٠٠١
		البعدى	٢٣,٤	٥,٧٨				
٢	البعد الثانى	القبلى	١,٠٥	١,٨٩	٥,٩٨	١٠,٧٢	١٧,٦٣	٠,٠٠١
		البعدى	٤٥,٦	١٠,٧٥				

يتضح من هذا الجدول أن هناك فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات عبارات القياس القبلى والبعدى للمقياس ككل لصالح القياس البعد فى كل عبارة ، حيث وُجد أن الدلالة لجميع العبارات كانت ٠,٠١ ، وذلك يرجع إلى ذلك إلى نجاح برنامج التدخل المهنى بإستخدام نموذج العلاج بالتقبل والالتزام من منظور خدمة الفرد فى الحد من مشكلات النفسية والاجتماعية لمرضى الفشل الكلوى .

وبهذا يمكن القول بقبول الفرض الرئيسى للدراسة القائل " **توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين استخدام العلاج بالتقبل والإلتزام من منظور خدمة الفرد فى الحد من مشكلات النفسية الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوى** " .

- مناقشة النتائج

لقد توصلت الدراسة إلى :

١- أن العمر الزمنى (سن المريض) ليس له دلاله فارقة فى تقبل المريض لمرض الفشل الكلوى ، بمعنى أن المريض أياً كان عمره فهو متمسك بالحياة ويتقبل أى معلومة أو أى أمل يساعده

على تخفيف الألم والعلاج ، وقد عبر عن ذلك بعض المرضى الذين تراوح أعمارهم من (٣٥) حتى (٤٠) عام والبعض الآخر الذى كان يتراوح عمرهم ما بين (٥٥) إلى (٦٠) عام.

٢- أتضح أن حجم الأسرة له دلالة سلبية على المريض وعلى المرونة النفسية وتقبل الأمر الواقع والتعايش مع اللحظة فالحجم الكبير يجعل المريض دائم التفكير فى وضع الأسرة ، خاصة إذا كان المريض له أبناء صغار فى السن ، وهنا يود الباحث الإشارة إلى أن نموذج التقبل والالتزام فى هذه الجزئية كان له تأثير فعال عندما كان المحتوى روحى (دينى) لمساعدة المريض على تقبل القضاء والقدر ، وبالرغم من أن هناك أربع حات بواقع ٤٠% أظهرت عدم التأثر بصورة كلية أو بمستوى تأثير البرنامج فى المريض فيما يخص جوانب التأثير الآخرى .

٣- أن نجاح نموذج التقبل والالتزام مع المحيطين للمريض له تأثير فعال فى كان حافزاً لمساعدة المريض على التقبل والالتزام ، حيث أنهم يقومون بما يمكن أن نطلق عليه المساندة الاجتماعية للمريض .

٤- عدم تتوافر المعرفة والمعلومات لدى المريض عن مرضه وضعف فهمه لطبيعة هذا المرض يؤدى إلى ضعف توقد الذهن بالإضافة إلى ضعف المرونة النفسية لدى المريض مما ينتج عنه الافتقاد إلى القدرة على السيطرة على الذات وكذلك تشوه الصورة الذاتية لدى المريض.

٥- أن المريض عندما تتوافر لديه معرفة ومعلومات وفهم حول طبيعة مرضه يساعده على التقبل والالتزام ، كما تؤدى إلى الثقة الناتجة عن أنه أصبح أكثر قدرة على التعامل مع المرض ، ومن ثم فإن درجة الخوف من المرض تقل ، وهذا يختلف عما أشار إليه محمد الذى أشار إلى إلى أن توافر المعلومات تؤدى إلى زيادة درجة الخوف لدى المريض ([٦٠]).

٦- أن علاج وتحسن الحالة النفسية وعلاج الشعور باليأس والاحباط للمريض ساعدت على زيادة توقد الذهن لديه بفاعلية عالية ، مما ينتج عنها تحقيق التقبل والالتزام للمريض ، كما يساعد هذا فى زيادة قدرته على التحكم والسيطرة على الذات والمشاعر .

٧- يتضح أن فكرة المريض للمستقبل ضعيفة وأن معنى المستقبل أيضاً ضعيفة وأن العلاج بالتقبل والالتزام أثر على هذه الرؤية حيث أن الباحث استخدم المحتوى الدينى (الجوانب الروحية) ومن الجدير بالذكر أن هذا العلاج له تأثيراً فعالاً باستخدام الجوانب الروحية مع المريض سواء كان المريض مسلم أو مسيحى حيث أن عينة الدراسة كان بها أثنان مرضى

[٦٠] - محمد، رأفت عبد الرحمن : مرجع سابق ، ص٦٠.

مسيحيين ، هذا يتضح فى تغير استجابة المرضى والتى تؤكدها تعليقاتهم كما أشار البعض منهم " أن حياة الإنسان سواء سليم أو مريض لها معاد تنتهى فيه وعلى ذلك مينفعش نحط فى نفسى ونعكنن اليومين اللى فاضلين أحسن حاجة نعمل على رأى القائل " اعمل لدنياك كأنك تعيش أبدا ، واعمل لآخرتك كأنك تموت غدا " كما أن هذا النموذج بنفس المحتوى حقق نجاحا فى التخفيف من تأثير أن مرض الفشل الكلوى مرض مميت وإن كانت نسبة نجاحه فى هذا الجانب يمثل ٧٠% .

٨- أن نجاح نموذج التقبل والالتزام يقوم بصورة أساسية على توقد الذهن والانفصال عن الأفكار السلبية وتقبل اللحظة الحالية والتعايش معها ، وأن توقد الذهن يساهم بفاعلية فى تحقيق المرونة النفسية ، كما أن المرونة النفسية تزيد من تحقيق توقد الذهن وتزيد من فعاليتها ، وهكذا إتضح أن العملية دائرية والعكس صحيح .

٩- أن فعالية نموذج العلاج بالتقبل والالتزام تساعد على تحقيق قدر من السيطرة على المخاوف المرضية لمريض الفشل الكلوى بنسبة كبير وإن كان لا يقضى على هذه المخاوف ، ومبرر ذلك قد يرجع إلى أن مرض الفشل الكلوى مرض مزمن يتسم بالإستمرارية وأنه يستمر مع المريض ولا ينتهى إلا بزراعة كلى .

١٠- أن نموذج العلاج بالتقبل والالتزام حقق فعالية فى مساعدة المريض على ممارسة حياته بصورة تكاد تكون طبيعية فى حدود قداته الجسمية والصحية ، وأصبح متقبل لمرضه واعتبره قدر قدره الله سبحانه وتعالى ، كما ساهم فى مساعدة المريض على إكتساب الرغبة فى مواجه المشكلات وعدم تجنبها والتحكم وإدارة شئون حياته بشكل طبيعى ، وهذا يمكن المريض من تكييف حياته وظروفه وفقا لحالته المرضية والتعايش بصورة سوية .

- **المراجع :**

١- أبو حمور، شروق عيسى أحمد : درويش ، خليل (٢٠١٨) : المشكلات الاجتماعية الناجمة عن الأمراض المزمنة (الفشل الكلوى والسرطان) دراسة مسحية على مرضى المراجعين لمستشفى البسير ومستشفى الأردن ، بحث منشور ، مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية ، جامعة الأردن ، المجلد ٤٥، العدد١.

٢- البهكلى ، رؤيا (٢٠١٠): الفشل الكلوى وخيارات العلاج ، مستشفى الملك فيصل ومركز الأبحاث ، قسم خدمات التثقيف الصحى ، المملكة العربية السعودية .

٣- الخولى ، الخولى سالم إبراهيم (٢٠٠٥): المشكلات الاجتماعية المعاصرة فى المجتمع الريفى ، كلية الزراعة ، جامعة الأزهر ، القاهرة .

٤- المنصوري، خالد بن أحمد عثمان(٢٠٠٩) : المشكلات النفس والاجتماعية الأكثر شيوعاً وبعض السمات الشخصية لدى عينة من طلبة كلية المعلمين بجامعة الطائف. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أم القرى، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.

٥- العينية، محمد (٢٠٠٥):أمراض الكلية والجهاز التناسلى ، دار القدس للعلوم ، دمشق ، سوريا .

٦- بدوى ، أحمد (١٩٨٦): معجم مصطلح العلوم الاجتماعية ، مكتبة لبنان ، ص٣٩٣

٧- خالد أحمد حسين(٢٠٠٢): قلق الموت دراسة نفسية فى الادراك المتبادل بين مرضى الفشل الكلوى والاسوياء وعلاقته بتوافقهم النفسى والاجتماعى ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الاداب ، جامعة المنيا.

٨- محمد ، رأفت عبد الرحمن (٢٠١٠): برنامج مقترح من منظور العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد لتحسين مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة ، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ،كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان (٢٨) الجزء الأول ، إبريل ،ص٣٥

٩- سيد ، جبر متولى (٢٠١٠): مبادئ الصحةالعامة ، دار أبو المجد ، القاهرة ، ص٤٣.

١٠- قناوى ، شادية (٢٠١٢): المشكلات الاجتماعية بين النظرية والتطبيق ، ليدرز للنشر والتوزيع والتوزيع ، القاهرة .

١١- سليمة، حمودة(٢٠١٨): العلاج بالتقبل والالتزام لعلاج المشكلات النفسية المصاحبة لمرض السيلياك ، بحث منشور ، المؤتمر الدولى الأول حول التطبيقات الحديثة لعلم نفس الصحة – من اجل ترقية صحة الفرد والمجتمع – كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة الجزائر ، ابريل . نقلاً عن:

- Neveu,C.,& Dionne,F.(2010):La Therapies acceptation et d ngagement Revue quebecoise de psychologie,31(3),63-83.

١٢- كوثر عبد الرحيم محمد موسى(١٩٨٢):- دور خدمة الفرد فى التأهيل الاجتماعى للممعوقين جسمياً ، دراسة تجريبية على عينة من حالات الفشل الكلوى ، رسالة دكتوراة ، غير منشورة ، جامعة حلوان ،القاهرة .

١٣- كوثر عبد الرحيم محمد موسى(١٩٩٥) : نموذج مقترح لعلاج المشكلات المترتبة على زراعة الكلى من منظور خدمة الفرد ، بحث منشور ، مجلة القاهرة للخدمة الااجتماعية ،القاهرة ، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية ،العدد السادس، الجزء الثانى ، يناير. ص٥٣٧.

نقلاًعن :

- Linford Reest:-The development of psychosomatic medicine,Journal of psychosomatic Research,Vo1,27,No2, pergamon pred LTD, Brition ,1982

-المراجع الاجنبية :

1-Allanl . Drash &Dorthy J, :.Behavioral Issues In Patients , In Harold Rilkin :Diabetes Mellitus , theory and practice , E lsevier . N.Y.19VIA AIRMAIL90.

2- Batten,S.v.(2011); Essentials of acceptance and commitment therapy . London ; Sage 50

3- Batten,S.v.(2011); Essentials of acceptance and commitment therapy London ; Sage Publicationsm .

4-Batten,S.v.(2011); Essentials of acceptance and commitment therapy . London ; Sage Publicationsm .

5- Blackledge , J.T., and Holmes , D.B.(2009); Core processes in acceptance and commitment therapy . In ; Blackledge, J. T., et.al (Eds); acceptance and commitment therapy . contemporary therapy research and practice , Australia; Australian Academic Press .

6- Bishop, S. R. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. Clinical Psychology: Science and Practice, 11(3), 230–241.

7- Blonna,R.(2011) ;Maximize your coaching effrctiveness with acceptance and commitment therapy . Shattuck Avenue ; New Harbinger publication , Inc.

8- Ciarrochi, et.al.,(2013); The foundations of flourishing , In ;Kashdan ,T.B.(Ed); Mindfulness ,acceptance , and positive psychology .The seven foundations of well-being. Shattuck Avenue ; New Harbinger Publications ,Inc, .

9-Elahe .R, et al(2018): Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Anxiety in Infertile Women during Treatment,Academic

Center for Education, Culture and Research (ACECR), Arak, Iran. J Biochem Tech (2018) Special Issue (2): 78-86 ISSN: 0974-2328

10- Eifert ,G.H.,& Forsyth .J.p,(2009);Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders .A practiontionry treatment guide to using mindfulness acceptance and value – based behavior change strategies , Shattuck ,Avenue : New Harbinger Publications ,Inc.

11-Fifert, G.H.,& Forsyth , J.P.(2009);Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders . A practiontionry treatment guide to using mindfulness acceptance and value based behavior change strategies , Shattuck Avenue ; New Harbinger publications,Inc.

12- Fletcher,L & Hayes,S.C.,(2005): Relational frame theory, Acceptance and commitment therapy , and a functional analytic definition of mindfulness . Journal of Relational – Emotive and Cognitive Behavior Therapy ,23(4):315-336.

13- Fotoula P. Babatsikou(2014); Social Aspects of Chronic Renal Failure in Patients Undergoing Haemodialysis، International Journal of Caring Sciences September-December 2014 Volume 7 Issue 3 .

14- Forman ,E ,M, et.al(2012):using session –by session messurement to compare mechanisms of action for acceptance and commitment therapy and cognitive therapy . Behavior therapy , 34,341-354.

15- Gerogianni, K.S, Babatsikou, P.F. (2014) Psychological aspects in chronic renal failure. Health Science Journal, 8 (2): 205-214.

16- Gillanders et al (2017):An implementation trial of ACT- based bibliotherapy for irritable bowel syndrome, Journal of contextual Behavioral Science ,6(2).172-177..

17- Francisco Javier Carrascoso López & Sonsoles Valdivia Salas(2009): Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the Treatment of Panic Disorder: Some Considerations from the Research on Basic Processes ,International Journal of Psychology and Psychological Therapy , 9, 3, 299-315

18- Harries,R.(2009):ACT made simple :An easy to real primer on acceptance and commitment therapy : A quick – start guide to ACT basics and beyond . Shattuck Avenue : New Harbinger Publications ,Inc, 19- Hayes,S.c.,et al (2006);Acceptance and Commitment Therapy ; Model , pracess and outcomes . Behaviour Research and Therapy ,44(1).1-25.

20-Hayes, S.C, (2004) :Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies .Mindfulness acceptance and relationship . In ; Hayes mS,C.al ., (Eds) Mindfulness And acceptance . Exanding The Cognitive Behavioral tradition . New York ; The Guilford pressm .

21- Hayes,S.C.,et.al.,(2006):Expanding the scope of organizational behavior management; relational frame theory and the experimental

analysis of complex human behavior . In ; Hayes,S.C.,et.al,(Eds) Acceptance and mindfulness at work ; Applying acceptance and commitment therapy and relational frame theory to organizational behavior management .Pennsylvania; the Haworth Press.

22-Karekla, M. and Constantinou, M. (2010). Religious Coping and Cancer: Proposing an Acceptance and Commitment Therapy Approach. Cognitive and Behavioral Practice, 17: 371-381.

23-Kohlenberg,B.S.,& Callaghan,C.M(2010):FAPad acceptance and commitment therapy (act);Similarities,divergence and integration .In; Kanter,J.W.,et.al.,(Eds);the practice of functional analytic psychothereapy. New York. Springer

24- Koutso Poulou .v,etal (2002): personality dimensions of haemodialysis patients related to initial renal .EDTNA/ERCA Journal ,28(1);21-42

25- Levin,M.,& Hayes,S.C,(2009): ACT,RFT,and contextual behavioral science In; Blackledge ,J.T., et .,(eds); Acceptance and commitment therapy . contemporary theory ,research and practice . Australia ; Australian Academic Press ,p12.

26 -Low,J.,et.al.,(2012); the role of acceptance in rehabilitation in life threatening illness. Journal of Pain and Symptom Management ,43(1);20-28.

27- Moschopoulou E, Savvidaki E. (2003):Psychosocial image of patients in chronic dialysis program-Approach - Intervention. Dialysis Living ; 7: 14-18.

28- McCractien ,L.M., & Martinez ,O,G .(2001): Process of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group – based treatment for chronic pain based on acceptance and commitment therapy . Behaviour Research and therapy ,49, 267- 274.

29-National Institutes of Health (NIH), U.S. Department of Health and Human Services (DHHS), & National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). (2011 July). What is complementary and alternative medicine? Retrieved March 31, 2012, from: http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/ D347_05-25-2012.

30- Oliver, J.E., et.al.,(2013); Introduction to mindfulness and acceptance based therapies for psychosis. In ;Morris, E.M.,et .al.,(Eds) ;Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis . Oxford ; Wiley – Blackwell

31-Paradise AW, Kernis MH(2002);. Self-esteem and psychological well-being: implications of fragile self-esteem. J Soc Clin Psych; 21:345-361.

32- Ryan RM, Brown KW.(2003): Why we don't need self-esteem: On fundamental needs, contingent love, and mindfulness. Psychol Inq; 14(1):71-76.

33- Paradise AW, Kernis MH.(2002): Self-esteem and psychological well-being: implications of fragile self-esteem. J Soc Clin Psych ; 21:345-361.

34 - Reis HT, Sheldon KM, Gable SL, Roscoe J, Ryan RM.(2000): Daily well-being: The role of autonomy, competence and relatedness. Pers Soc Psychol Bull; 26 (4):419-435.

35- Rector ,N.A.(2011)Acceptance and commitment therapy ;Empirical Considerations . Behavior Therapy,2, 1;5.

36- Ryan RM, Brown KW(2003):. Why we don't need self-esteem: On fundamental needs, contingent love, and mindfulness. PsycholInq; 14(1):71-76

37- Sharp, W., et al (2004): Logotherapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT): An Initial Comparison of Values-Centred Approaches. The International Form for Logotherapy, 27(2): 98-105

38- Spradlin,S.E.,(2003):Don't let your emotion , ran your life .How dialectical behavior therapy can put you in control .Shattuck Avenue ;New Harbinger Publications,Lnc.75.

39- Sandoz , E. K., et., (2011); Acceptance and commitment therapy for eating disorders. A process focused guide treating anorexia and bulimia . Shattuck Avenue; New Harbinger publications ,Inc.

40- Twohig , M.P., & Hayes, S.C.(2008); Act verbatim for depression and anxiety . Annotated transcripts for learning acceptance and commitment therapy . Shattuck Avenue ;New Harbinger Publications ,Inc.

41-Wilson, K.G. & DuFrene, T. (2008); Mindfulness for two: An acceptance and commitment therapy approach to mindfulness in psychotherapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications .

42- Wuerth.D et.al (2001):Identification and treatment of depression in a cohort of patients maintained on chronic peritoneal dialysis American Journal of kidney diseases,37,(5);1011-7

43- Yovel, I. and Bigman, N. (2012). Acceptance and Commitment to Chosen Values in Cognitive Behaviour Therapy. In Shaver, P. R. and Mikulincer, M. (eds) Meaning, Mortality and Choice: The social psychology of existential concerns, Washington, DC: APA

44- Yovel, I. and Bigman, N. (2012). Acceptance and Commitment to Chosen Values in Cognitive Behaviour Therapy. In Shaver, P. R. and Mikulincer, M. (eds) Meaning, Mortality and Choice: The social psychology of existential concerns, Washington, DC: APA .