

إيمان المقبالية؛ عبد الله الزهراني: فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي يركز على الصدمات لخفض الحزن المطول لدى الأطفال...

فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي يركز على الصدمات لخفض الحزن المطول لدى الأطفال فاقد الأب

أ. إيمان بنت حمد المقبالية⁽¹⁾ أ.د. عبدالله بن أحمد الزهراني⁽²⁾

(قدم للنشر 1445/11/21- وقبل 1446/02/02 هـ)

المستخلص: هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي يركز على الصدمات لخفض الحزن المطول لدى الأطفال فاقد الأب في المرحلة العمرية (6-12) سنة، وعددهم (n=30)؛ الذين تم اختيارهم بطريقة قصدية، وتقسيمهم عشوائيًا في مجموعتين، واستُخدم مقياس الحزن المطول المُعد من الباحثة، وطُبق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي يركز على الصدمات في تسع جلسات، وأشارت النتائج النهائية إلى: أولاً، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للحزن المطول بعد ضبط أثر القياس القبلي؛ ما يدل على أن البرنامج العلاجي الذي تم تطبيقه على المجموعة التجريبية أسهم بشكل كبير في انخفاض مستوى الحزن المطول لدى أفراد العينة. ثانيًا، أشارت نتائج القياسين القبلي والبعدي والقياس التتبعي بعد مرور أسبوعين على مقياس الحزن المطول إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط القياس القبلي والقياسين البعدي والتتبعي لصالح القياس القبلي؛ أي أن القياسين البعدي والتتبعي انخفض فيهما الحزن المطول. وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي مع انخفاض مستوى الحزن المطول في القياس التتبعي؛ ما يدل على إسهام البرنامج العلاجي في خفضها بعد تنفيذها وبقاء أثره.

الكلمات المفتاحية: الحزن المطول؛ العلاج المعرفي السلوكي المُرَكَّز على الصدمات؛ الأيتام.

Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Program to Reduce Prolonged Grief in Children Without a Father

Eman H. AlMuqbali⁽¹⁾

Abdullah A. AlZahrani⁽²⁾

(Submitted 29-05-2024 and Accepted on 06-08-2024)

Abstract: The current study aimed to reveal the Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Program to Reduce Prolonged Grief in in children who lost a father in the age group (6-12) years, numbering (n=30), who were chosen intentionally and randomly divided into two groups, and a measure of prolonged grief prepared by the researcher was used, and the Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Program was applied in nine sessions, The final results indicated: Firstly, there were statistically significant differences between the experimental and control groups in the post-measurement of prolonged Grief after controlling for the effect of the pre-measurement, which indicates that the therapeutic program that was applied to the experimental group contributed significantly to the decrease in the level of prolonged Grief among the sample members. Secondly, the results of the pre-measurement, the post-measurement, and the follow-up measurement after two weeks of the Prolonged Grief Scale indicated that there were statistically significant differences between the average of the pre-measurement and the post-measurement and the follow-up measurements, and these differences were in favor of the pre-measurement, meaning that the post-measurement and the follow-up measurement reduced prolonged Grief. The results also indicated that there were no statistically significant differences between the post and follow-up measurements despite the low level of prolonged Grief in the follow-up measurement, which indicates the contribution of the therapeutic program in reducing it after its implementation and the persistence of its effect.

Keywords: Prolonged grief; trauma-focused cognitive behavioral therapy; Without a Father.

(1) PhD Student - Department of Psychology - King Saud University

(2) Department of Psychology - College of Education - King Saud University

E-mail: 443204150@student.ksu.edu.sa

(1) طالبة دكتوراه - قسم علم النفس - جامعة الملك سعود

(2) قسم علم النفس-كلية التربية -جامعة الملك سعود

E-mail: Aalzahrani1@ksu.edu.sa

المقدمة

(2020). وقد يظهر الحزن في شكل خمول أو انعدام التلذذ أو الانسحاب الاجتماعي (Kaplow et al., 2012). أو قد يواجه الأطفال الصغار مخاوف تتعلق بالحياة اليومية كالتفكير فيمن سيأخذه للمدرسة، أو يُمَشِّط شعره، أو يساعده في واجباته المدرسية، أو في شكل الغيرة أو الاستياء تجاه الأطفال الآخرين الذين لم يَفْقُدُوا آبَاءَهُمْ (Kaplow et al., 2013). أو مخاوف تتعلق بتكوين علاقات جديدة؛ حتى لا يشعرَ بالهم فقدان شخصٍ ما مرةً أخرى (Saltzman et al., 2017). وفقد يتلقى الأطفال معلومات أقل لمساعدتهم في فهم ظروف الوفاة؛ ومما يؤدي إلى جعل الأطفال عُرضَةً للاعتقادات بشأن المسؤولية المحتملة في التسبب في الوفاة أو عدم القدرة على منع حدوثها؛ ما قد يثير مشاعر الذنب ويديم الضيق (Cohen et al., 1977; Raveis et al., 1999). وقد يكون لدى الطفل تجنُّب لذكريات الفقد كالأماكن التي اعتادوا الذهاب إليها، أو الصور الفوتوغرافية، أو الأشخاص الذين يَرُؤُون قصصًا عن المُتَوَفَّى (Eth and Pynoos, 1985; Kaplow et al., 2012b). لذلك فالنهج السريري للتعامل مع الحزن لدى الأطفال هو نهجٌ نمائي؛ يتطلب أخذَ مراحلِ النُّمُو للطفل في الحُساب من أجلِ فهمِ رُؤود أفعال الطفل تجاه الحزن ووصفها بِدِقَّةٍ (Revet et al., 2020). وتعتبر عينة الدراسة الحالية ضمن مرحلة الطفولة المتوسطة وتمتد من السادسة وحتى الثانية عشرة، أو كما يسميها بياجيه بمرحلة العمليات المادية الملموسة، ويتميز النمو المعرفي في هذه المرحلة بالسرعة سواءً من حيث القدرة على التعلم والتذكر أو التفكير والتخيل، وكذلك نمو الذكاء وحب الاستطلاع ونمو المفاهيم وإدراك العلاقة بين الأسباب والنتائج، وتفكير الأطفال يعتمد على الإدراك الحسي، ويدور حول أشياء مفردة محسوسة شخصية لا أفكار عامة كلية، كما يحاول الطفل معرفة الأسباب والمسببات

الحزن شعور طبيعي يمر به معظم الأشخاص الذين يواجهون وفاة أحد أحبائهم وقد لا يُصابون خلاله بمشكلات نفسية أو ضائقة طويلة الأمد، ومع ذلك يتعرَّض بعض الأشخاص إلى مشكلات نفسية خطيرة يتعيَّن معها التَّدخُّل العلاجي، ويمكن النظر إلى الأطفال الذين يفقدون أحد الوالدين على أنهم معرضون للخطر بشكل مضاعف، فمن ناحية يعانون من خسارة كبيرة للوالد الذي وافته المنية، ومن ناحية أخرى يعانون من شبه خسارة للوالد الباقي على قيد الحياة الذي يكافح مع عملية الفقد الخاصة به، وبالتالي لديه طاقة أقل لتلبية المطالب المرتفعة لكونه والداً وحيداً (De López et al., 2020). كما وجد براون وزملاءه (Brown et al., 2008) أن الأطفال الذين يعانون من فقد أحد الوالدين كانوا أكثر عرضة للحزن الناجم عن الصدمة، وتعاطي المخدرات، واضطراب السلوك مقارنة بالأطفال الذين فقدوا أقاربهم الآخرين. بينما وجد ملحم وزملاءه (Melhem et al., 2013) أن الأطفال الذين يعانون من تفاعلات الحزن الطويلة يكونون أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب والضعف الوظيفي. ويظهر الحزن على الأطفال في شكل سلوكي، كالتباطؤ في النُّمُو أو التراجع المدفوع بالرغبة في البقاء على اتصال مع المُتَوَفَّى من خلال البقاء عالقين في مرحلة النُّمُو نفسها (Layne et al., 2017). كما تظهر نوبات الغضب وزيادة التهيج أو تأخر اللغة؛ ونظراً لفهم الأطفال الناشئ لطبيعة الموت وديمومته قد يستمرون في توقعاتهم لرؤية أحبائهم المُتَوَفَّين مرة أخرى؛ كالانتظار عند الباب أملاً في أن يعود المُتَوَفَّين إلى البيت (Kaplow et al., 2012). وقد يُعبِّر الأطفال الصغار عن شوقهم باللعب؛ كتمثيل تسلُّق سُلَّم إلى الجنة أو استخدام لعبة الهاتف للاتصال بأحبائهم المُتَوَفَّين (Kaplow et al., 2012; Kentor & Kaplow,

إيمان المقبالية؛ عبد الله الزهراني: فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي يركز على الصدمات لخفض الحزن المطول لدى الأطفال...

(Deblinger et al., 2006; Dorsey et al., 2020). ويُعدُّ العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الصدمات نهجًا علاجيًا قصير الأمد قائم على الأدلة، تم تطويره في الأصل من قِبَل جوديث أ. كوهين، واستير ديبلينجر، وأنتوني مانتارينو، Judith A. Cohen, and Esther Mannarino. وقد تم تطويره لتقليل اضطراب الحزن المطول والاعتلالات النفسية المرتبطة به (Cohen et al., 2006). وهو نهج علاجي قصير يستغرق عادةً من ثمان إلى ستة عشر جلسة لإكماله (Mannarino et al., 2014). واختارت الباحثة العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمات لتطبيقه في الدراسة الحالية لأنَّ اضطراب ما بعد الصدمة، والاضطراب الإكتيبي الشديد تُعدُّ اعتلالات مشتركة شائعة الحدوث مع أعراض اضطراب الحزن المطول (APA, 2020). ويُعدُّ العلاج السلوكي المعرفي المركز على الصدمات علاجًا واعدًا لتقليل اضطراب الحزن المطول والاعتلالات النفسية المرتبطة به (Boelen et al., 2007; Shear et al., 2005). وإنَّه يركز على صدمات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (17-6) سنة (Cohen et al., 2017). فمع أنَّه أُعيدَ أساسًا لعلاج صدمات الأطفال؛ إلا أنَّه طُوِّرَ بواسطة مكونات إضافية تركز على حزن الأطفال (Cohen et al., 2004). ويتكون العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمات من ثمان مكونات، المكون الأول التثقيف النفسي Psychoeducation فيثقف الأطفال ومُقدِّمي الرعاية بشأن الأحداث المؤلمة التي عانوا منها، ورُود الفعل الطبيعية للحزن، وفوائد العلاج الفعَّال، ويسهِّدُ التثقيف النفسي المعتقدات الخاطئة أو غير التَّكفيَّة للتعامل معها. كما يتضمَّنُ تقديم معلومات بشأن TF-CBT وعملية العلاج وأنشطته، وأهدافه، ومعايير العلاج؛ كالمدة، وطول الجلسة، وهيكلها (Cohen et al., 2017). وأما المكون الثاني فهو مهارات الوالديَّة Parenting skills، حيث يتم تعليم مُقدِّمي

والتشابه والاختلاف بين الناس والأشياء بالتدرج كلما زاد نضجه، وتعتبر قدرة الطفل محدودة على فهم ومتابعة الجمل الطويلة، ومدى انتباهه قصير ولا يستطيع أن يركز في نشاط عقلي واحد لفترة طويلة (أبو أسعد، ٢٠١٥). ويمكن أن تُفسَّرَ نظريَّةُ بياجيه التَّطوُّر المعرفي للأطفال بشأن فَهْمِهم للموت؛ فقد أطلق بياجيه على الفترة من (6-12) سنة فترة العمليات المادية الملموسة، فَيُعدُّ تفكيرُ الطفل "ملموسًا" بطبيعته لأنَّ العمليات التي يقوم بها تَسْتَنِدُ إلى أشياء مادية وليس إلى فرضيَّات تم التعبير عنها بشكل مُجرَّد بالكلمات (Piaget, 1935). فَيُدرِكُ الطفل في هذه المرحلة مصطلح "الموت"؛ إلا أنَّه لا يفهم في كثير من الأحيان أنَّ الموت أمرٌ لا مَفَرَّ منه، وقد يعتقد أنَّه يمكن التَّخلُّص من الموت إذا كان ذكيًّا أو محظوظًا بما فيه الكفاية، في هذه المرحلة يميل الأطفال إلى البقاء على اعتقادهم أنَّهم يَفْرُضُونَ نظامًا على العالم الموضوعي، ويبدأ الطفل بطرح أسئلة "ماذا" بدلاً من أسئلة "لماذا"، لذلك فيما يتعلق بمحاولة الطفل فَهْمِ الموت؛ قد يسأل الطفل "ما هو الموت؟" بدلاً من السؤال السابق لهذه المرحلة "لماذا يموت الناس؟"، كما يبدأ الطفل في فَهْمِ نهائية الموت، ويُدرِكُ أنَّه لا يمكن عكسه، ولا يمكن تفسيره من خلال التفسيرات السحرية؛ فيبدأ في فَهْمِ علاقات السبب والنتيجة، كالعلاقة بين المرض والموت (Symons-Bradbury, 2004).

وأثناء البحث عن أفضل البرامج العلاجية المُستندة إلى الأدلة لعلاج حزن الأطفال المطول؛ اتَّضح أنَّ العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الصدمات -Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) قد تم تقييمه جيِّدًا، ويظهر أنَّه فعَّال في الحدِّ من أعراض الإجهاد اللاحق للصدمة، وأعراض الاكتئاب والقلق والحزن لدى الأطفال بعد التَّعرُّض لأنواع مختلفة من الصدمات (Cohen et al., 2004).

ليركز على سَرْد الصدمة Trauma narrative من خلال السَرْد يُطَوَّرُ الأطفال قصة بشأن ما حدث، ويتم التعامل مع سَرْد القصة من منظور العلاج المعرفي السلوكي؛ فالسَرْدُ والمناقشة يُعَرِّضَانِ الطِّفْلَ لِلْحَدَثِ الصَّادِمِ في عملية آمنة منظَّمة (Haine & Knoetze, 2021). أما المكون السابع فهو التَّعَرُّضُ التدريجي في الوسطِ الحَيِّ In Vivo Mastery of Trauma Reminders حيث يُصَابُ بعض الأطفال الذين يتعرَّضون للحزن والصدِّمات بمخاوف مُحدَّدة من الأشخاص، أو الأماكن، أو المواقف، أو الأصوات، أو الروائح، أو غيرها من الإشارات، لذلك يَسْتُخْدِمُ هذا المكوِّنُ طرائقَ التَّعَرُّضِ في الواقعِ الحَيِّ لِلْحَدَثِ من استجابات خوف الأطفال المرتبطة بإشارات أو مُحفِّزات مُحدَّدة (Cohen et al., 2006). والمكون الثامن عبارة عن جلسات مشتركة بين مقدم الرعاية والطفل Conjoint Child- Caregiver Sessions، ويُرَكِّزُ هذا المكوِّنُ على مشاركة روايات الصدمات لدى الأطفال مع مُقدِّمي الرعاية؛ لتعزيز التَّواصلِ الإيجابي والصحي بين مُقدِّمي الرعاية والأطفال بشأن الأحداث المؤلِّمة ورُدود فعلِ الطفل، وتعزيز راحة الأطفال في التَّحدُّثِ مباشرة مع مُقدِّمي الرعاية بشأن تجاربهم المؤلِّمة وأيِّ قضايا أخرى قد يرغبون في معالجتها (Cohen et al., 2006). وأخيرا المكون التاسع الذي يسعى إلى تعزيز السلامة Enhancing Safety فيحاول المُعالِجين معالجة شعور الأطفال بالأمان للمستقبل، وبالتعاون مع مُقدِّمي الرعاية؛ يُعَلِّمُ المُعالِجون مهارات السلامة الشخصية من خلال تحديد نقاط الخطر المُحتملة على الأطفال في المستقبل، ومساعدة الأطفال في بناء المهارات اللازمة للحفاظ على سلامتهم (Cohen et al., 2006).

وقد قامت العديد من الدراسات بتجربة فعالية العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمات في خفض الحزن

الرعاية استراتيجيات الوالديَّة الفعَّالة لتقليل التَّقْنِيَّات غير الفعَّالة وغير الأمانة وزيادة استخدام الاستراتيجيات الفعَّالة والأمانة مع الطفل، لتحسين قدرتهم على إدارة مشكلات الطفل، وزيادة السلوك التكيفي؛ فيعتمد الأطفال بشكل كبير على البالغين للتعامل مع وفاة أحد أحبائهم، ما يجعلُ سياقَ تقديم الرعاية أحدَ أهمِّ العوامل في تسهيل الحزن التَّكْيُفِي (Alvis et al., 2022; Kaplow et al., 2012). ويحتوي المكون الثالث على مهارات الاسترخاء Relaxation skills التي تساعد الأطفال في تقليل المظاهر الفسيولوجية لِلتَّوتُّرِ والصدِّمة (Cohen et al., 2017)؛ كالتنفس العميق من البطن، والتنفس بالبالون، ونَفْخِ الفقاعات، بالإضافة إلى الانخراط في اليقظة الذهنية، واسترخاء العضلات التدريجي، وتمارين التَّخْيُّلِ، والأنشطة التي يستمتع بها الطفل؛ كقفز الكرة، والطبخ، والموسيقى، والرَّقصِ الثقافي (Haine & Knoetze, 2021). ويمكن أن تُعدَّلَ مهارات الاسترخاء ثقافياً لتشمل الصَّلَاةَ والتَّأمُّلَ والعبادات المختلفة بما يتناسب مع ثقافة الطفل ومقدِّم الرعاية. أما المكون الرابع فهو التشكيل العاطفي Affective modulation حيث يساعد الأطفال في تحديد العواطف وتسميتها ومعالجتها والتعبير عنها وتنظيمها بِدِقَّةٍ؛ خاصَّةً المشاعر السلبية، كما يشمل تَعَلُّمَ استراتيجيات لإدارة هذه المشاعر؛ كِتَقْنِيَّاتِ التهدئة الذاتية، وتَعَلُّمِ كيفية زيادة تجربة المشاعر الإيجابية، وتعزيزها (Cohen et al., 2017). ويهتم المكون الخامس بالتأقلم المعرفي Cognitive coping فيتم من خلاله تعليم الأطفال طرائقَ لتحديد أفكار المشاعر المؤلِّمة والسُّلُوكات غير الفعَّالة، وتعليمهم كيفية التعامل مع الأفكار غير الدقيقة وغير المفيدة واستبدالها بأفكار دقيقة ومفيدة تؤدي إلى مشاعر أكثر إيجابية وسلوك فعَّال (Cohen et al., 2017). ثم يأتي المكون السادس

إيمان المقبالية؛ عبد الله الزهراني: فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي يركز على الصدمات لخفض الحزن المطول لدى الأطفال...

العلاجي بعد تطوره ليتناسب ثقافياً وإنمائياً مع البيئة العربية، والفئة العمرية (6-12) سنة. مشكلة الدراسة وأسئلتها

ظهرت مشكلة الدراسة الحالية بعد التدخل مع عدد من الأطفال المراجعين لوحدة الخدمات النفسية في جامعة الملك سعود، والمسجلين في جمعية إنسان المغنيّة بالأيتام فاقد الأب؛ ولُوَجِّه ارتفاع في أعراض الحزن المطول لديهم، مما دفع الأمهات لطلب التدخل العلاجي، وبعد مراجعة الأدبيات السابقة اتضح بأن هنالك ما يقرب من (140) مليون طفل في أنحاء العالم شهّدوا وفاة أحد الوالدين أو كليهما، وهؤلاء الأطفال لديهم مُعدّلات أعلى للإصابة بالإجهاد اللاحق للصّدمة، والحزن المطول، ومشكلات السلوك أكثر من الأطفال الآخرين (Dorsey et al., 2020). ووجدت دراسة ملحم (Melhem et al., 2011) أنّ عشرة بالمائة من الأطفال فاقد الأب لديهم حزن طويل بعد ما يُقرب من ثلاث سنوات من الوفاة، وارتبط الحزن المطول بزيادة حدوث الاكتئاب بمقدار ثلاثة أضعاف، وتفاقم الضعف الوظيفي في المنزل أو المدرسة أو مع الأقران بمرور الوقت. وبالرغم من كثرة الدراسات الغربية التي تناولت الحزن المطول لدى الأطفال إلا أن الدراسات العربية المنشورة التي تناولت هذا المتغير محدودة (علاء الدين، ٢٠١٩؛ سعد وعلاء الدين، ٢٠١٦)، ويظهر اهتمامها بالفئات العمرية من (12) سنة وأعلى، ويغيب فيها الاهتمام بالفئة العمرية من (12) سنة وأقل، كما أن بعض تلك الدراسات استهدفت الأطفال من ضحايا الحروب، على عكس الدراسة الحالية التي ستركز على حزن فقد الأب في ظروف السلم. وكما هو الحال مع الحزن المطول، فإن هنالك ندرة الدراسات العربية التي اهتمت بالعلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الصدمات، حيث توصلت الباحثة إلى دراستين فقط، وهي دراسة (ضمرة وأبوعيطة، ٢٠١٤؛ ضمرة ونصار، ٢٠١٤) وكلا الدراستين تم تطبيقهما في ظروف الحرب

المطول لدى الأطفال، فقامت دراسة كوهين وآخرون (Cohen et al., 2006) التجريبية بتقييم العلاج المعرفي السلوكي لحزن الطفولة، على عينة (n=39) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (6-17) سنة، مصابين بحزن الطفولة، أفاد الآباء عن تحسن كبير في الحزن الصادم في مرحلة الطفولة، وأشارت النتائج إلى أن العلاج-CBT قد يكون مقبولاً وفعالاً لهذه الفئة من الأطفال. كما تم تصميم دراسة أودونيل وآخرون (O'Donnell et al., 2014) لاختبار (TF-CBT) على الأطفال الأيتام في تازانيا (n=64) طفلاً، تتراوح أعمارهم بين (6-13) سنة، يعانون من أعراض الحزن الناتج عن الصدمة، وأولياء أمورهم الذين شاركوا في هذه التجربة المفتوحة، وأظهرت النتائج تحسناً في النتائج بعد العلاج. كما كشفت دراسة هين وكنوتسي (Haine & Knoetze, 2021) مدى فعالية (TF-CBT) المُكيّف ثقافياً للتعامل مع طفل جنوب أفريقي فقد والدته وعمره ست سنوات، واستخدمت الدراسة تصميم دراسة الحالة؛ وأظهرت النتائج أنّ TF-CBT كان فعالاً في علاج حزن الفقد لدى هذا الطفل. بالإضافة إلى ذلك درست ميرزاين وآخرون (Mirzaian et al., 2023) مدى فعالية (TF-CBT) في الحدّ من أعراض الفقد لدى عيّنة من (n=30) طفلاً فقدوا أحد والديهم، وتتراوح أعمارهم بين (9-11) سنة في مدينة ساري، وأظهرت النتائج أنّ (TF-CBT) أدّى إلى تقليل أعراض الحزن لدى الأطفال. واستفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في اختيار البرنامج العلاجي TF-CBT، وفي إثراء الإطار النظري وتحديد مشكلة الدراسة، والإطلاع على المراجع الحديثة، واختيار الأدوات. وقد تشابهت الدراسة الحالية مع جميع الدراسات السابقة ماعدا (Haine & Knoetze, 2021) في استخدام المنهج شبه التجريبي، واختلفت عنها في لغة وثقافة الفئة المستهدفة، حيث تهدف الباحثة من خلال هذه الدراسة إلى الكشف عن فعالية البرنامج

علمياً للباحثين والمُتَمَيِّين إلى إجراء المزيد من الدراسات المستقبلية.

الأهمية التطبيقية:

تظهر الأهمية التطبيقية للدراسة الحالية من خلال توفير برنامج لخفض الحزن المطوّل لدى الأطفال، كما يمكن أن تُوضِّح هذه الدراسة مُقَدِّمي الرعاية الطرائق التي يستطيعون من خلالها تعزيز الحزن التَّكْيُفي لدى الأطفال، والحدّ من الحزن غير التَّكْيُفي.

حدود الدراسة

الحدود الموضوعية: اقتصرَت الدراسة الحالية على بحثٍ فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي يركّز على الصّدّات لخفض الحزن المطوّل لدى الأطفال فاقد الأب.

الحدود الزمانية: طُبِق البرنامج العلاجي ميدانيّاً في الفصل الدراسي الثاني للعام الجامعي (2023, 2024)
الحدود المكانية: اقتصرَت الدراسة الحالية على الأطفال فاقد الأب المُسَجَّلِينَ في جمعية "إنسان" في مدينة الرياض، وطُبِق البرنامج في وحدة الخِدْمَات النفسية بجامعة الملك سعود.

مصطلحات الدراسة:

اضطراب الحزن المطوّل Prolonged Grief Disorder (PGD)

تعرف الجمعية الأمريكية لعلم النفس اضطراب الحزن المطول بأنه: رُدُّ فعلٍ حُزَنٍ غير متكيّف طويل لا يمكن تشخيصه إلا بعد انقضاء 12 شهراً على الأقل (سته أشهر مع الأطفال والمراهقين) منذ وفاة شخص كان للفاقد علاقة وثيقة معه (APA, 2020).

التعريف الإجرائي: الدرجة التي يحصل عليها المفحوص بأسلوب تقدير مقدّم الرعاية على الأداة المُستخدَمة في قياس الحزن المطوّل في الدراسة الحالية.

على أطفال لاجئين، ولعيته تتراوح أعمارهم بين (10-13) سنة، وفي ضوء ما تم التوصل له من خلال البحث، والأدبيّات السابقة ترغب الباحثة في معرفة أثر العلاج بعد تطويره ليتناسب مع الثقافة العربية، ومع الفئة العمرية (6-12) سنة، ومع خصوصية فقد الأب بالتحديد، لذلك تحدّد مشكلة الدراسة الحالية في التَّسْأُول التَّالِي: ما مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي يركّز على الصّدّات في خفض الحزن المطوّل لدى الأطفال فاقد الأب؟

أُسئلة الدراسة

تسعى الدراسة الحالية إلى الإجابة عن التَّسْأُول الرئيس الذي يتفرّع منه الأسئلة التَّالِيَة:

- 1) هل تُوجَد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات مقياس الحزن المطوّل بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق البعدي؟
- 2) هل تُوجَد فروق ذات دلالة إحصائية بين المقياس القبلي والبعدي والتَّتبُّعي؛ في درجات مقياس الحزن المطوّل لدى المجموعة التجريبية؟

أهمية الدراسة

الأهمية النظرية:

تَكْمُنُ أهمية الدراسة الحالية على الصعيد النظري من كونها إضافةً علميةً إلى التراث السيكلوجي في الحزن المطوّل؛ بسبب ندرة الدراسات والتجارب العلمية العربية - حسب علم الباحثة - على الأطفال الذين يعانون من حزن الفقد، وصعوبة الوصول إليهم لإجراء الأبحاث السريرية؛ لذلك قد تكون بيانات الدراسة مفيدة للمقارنة بالدراسات المستقبلية في ظروف مماثلة، وقد تسهم في إفادة المسؤولين والقائمين على البرامج العلاجية في التخطيط لبرامج تعود فائدتها للأطفال بشكل عام، من خلال توفير معلومات بشأن فعالية التَّدخُّلات ذات الكفاءة الثقافية المناسبة للمجتمعات العربية، وأخيراً تعد هذه الدراسة منطلقاً

إيمان المقبالية؛ عبد الله الزهراني: فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي يركز على الصدمات لخفض الحزن المطول لدى الأطفال...

للإحصائية التي حصلت عليها الباحثة من جمعية إنسان.

عينة الدراسة

استخدمت الباحثة الطريقة القصدية Purposive Sampling في اختيار العينة لمناسبتها لطبيعة الدراسة ومنهجها، حيث تم اختيار العينة وفق مرحلتين:

المرحلة الأولى: كانت لتطبيق أداة الدراسة (مقياس الحزن المطول من اعداد الباحثة) على العينة الاستطلاعية للتحقق من الخصائص السيكومترية، وتم التعاون مع جمعية إنسان لإرسال رسالة عبر الواتساب لجميع الأسر المسجلة لديهم في الرياض، وعُرض عليهم المشاركة في الإجابة على أداة الدراسة عبر التسجيل في رابط، احتوى الرابط على بيانات عمر الطفل، وطريقة التواصل، واستجابات (143) أسره، قامت الباحثة بفرز الاستجابات المسجلة، واستبعاد الاستجابات التي يكون فيها عمر الطفل أقل من ست سنوات أو أكبر من (12) سنة، حتى وصل العدد الى (120) استجابة، تواصلت الباحثة معهم عن طريق الاتصال لتطبيق مقياس الحزن المطول على أطفالهم أي (120) طفلاً بواسطة تقدير مقدم الرعاية (وكان الأم)، ثم استخرجت خصائص المقياس السيكومترية.

المرحلة الثانية: كانت لاختيار العينة الأساسية (n=30)، من الأطفال فاقد الأب منذ أكثر من ستة أشهر، وبما أن البرنامج الحالي هو برنامج شبه تجريبي لم يوزع فيه الأفراد بطريقة عشوائية كما تم توضيح ذلك سابقاً، وإنما بطريقة قصدية؛ قامت الباحثة بعرض المشاركة في البرنامج العلاجي على الأسر التي شاركت في المرحلة الأولى في الإجابة على أداة الدراسة، ووافقت (18) أسرة علي المشاركة، اتضح بأن ثلاثة أطفال منهم لا يعانون من الحزن المطول وإنما مشاكل سلوكية أخرى وقدم لهم خدمات علاجية أخرى بدون الدخول في البرنامج العلاجي للدراسة الحالية، وأما البقية (n=15) منهم عشرة من الذكور، وخمسة من

العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الصدمات Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)

عرفت كوهين وآخرون (Cohen et al., 2006) العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الصدمات بأنه: هو نهج علاجي قصير الأمد قائم على الأدلة؛ لعلاج الأطفال الذين عانوا من أحداث مؤلمة كالحزن والصدمات، ويستغرق عادةً من (8-16) جلسة لإكمالها.

التعريف الإجرائي: أنشطة ومهارات تُقدّم بشكل فردي مبنية على أسس علمية وأساليب علاجية؛ بهدف خفض الحزن المطول لدى الأطفال فاقد الأب من الفئة العمرية (6-12) سنة.
فرضيات الدراسة:

بناءً على ما سبق من الإطار النظري والدراسات السابقة المتاحة؛ قامت الباحثة بصياغة فرضيات الدراسة الحالية على النحو التالي:

- 1) تُوجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات مقياس الحزن المطول بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق البعدي.
- 2) تُوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي والتتبعي؛ في درجات مقياس الحزن المطول لدى المجموعة التجريبية.

منهج الدراسة

بناءً على مشكلة الدراسة الحالية وتساؤلاتها استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي المعتمد إلى تصميم المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة؛ وذلك لملاءمته لأغراض الدراسة وظروفها التجريبية.

مجتمع الدراسة:

يتكوّن مجتمع الدراسة الحالية من الأطفال فاقد الأب في المرحلة العمرية (6-12) سنة، والمُسجّلين في جمعية "إنسان"، خلال الفصل الدراسي الثاني من السنة الدراسية (2023-2024)، والبالغ عددهم (3673) طفلاً منهم (1790) بنتاً، و (1883) ولداً وفقاً

مع الأم بعد وفاة الأب، ويعتبر مستواهم الاقتصادي منخفض حيث يتلقون الدعم المادي من جمعية إنسان، ومستواهم الدراسي بين التمهيدي والصف السادس. وللتحقق تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للحزن المطول تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة والجدول (1) يوضح النتائج التي تم التوصل إليها.

الإناث، فتم اختيارهم ليكونوا ضمن المجموعة التجريبية، بعد أن وافقوا هم وأولياء أمورهم على المشاركة في البرنامج وسمحت ظروفهم بذلك، وتم تطبيق البرنامج العلاجي عليهم وتقييمهم القبلي والبعدي والتبقي، وتألفت المجموعة الضابطة (n=15) منهم ثمانية من الذكور، وسبعة من الإناث من الأطفال الذين شاركت أسرهم في المرحلة الأولى في الإجابة على أداة الدراسة، ولكن لم تسمح ظروفهم للمشاركة في البرنامج، ولكن وافق أولياء أمورهم على مشاركة أطفالهم كعينة ضابطة في التقييم القبلي والبعدي، والجدير بالذكر أن جميع الأطفال يعيشون

جدول (1)

نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للحزن المطول والسلوك غير التكيفي

المقياس	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	قيمة الدلالة
الحزن المطول	التجريبية	15	1.36	0.38	0.35	28	0.730
	الضابطة	15	1.32	0.28			

الاستجابة على الفقرات وفقاً للمقياس الثلاثي، وتمنح الدرجات الآتية: (1=أبدأ، 2=أحياناً، و3=دائماً).
الخصائص السيكومترية لمقياس الحزن المطول
أولا صدق المقياس

1. صدق المحتوى Content Validity

ويشير صدق المحتوى إلى مدى تمثيل فقرات المقياس للمجال المراد قياسه، وفي العادة لا يعبر عنه في صيغة رقمية (أبو علام، 2009). ويتطلب ذلك معرفة وتحديد المجال المراد قياسه تحديداً دقيقاً، لذلك تم الاطلاع على الدراسات السابقة التي صممت مقاييس للحزن المطول، واستعانت الباحثة بمقياس بريجرسون للبالغين (Prigerson et al., 2021)، الذي وُضِعَ لقياس الحزن المطول بالاستناد إلى المعايير التشخيصية في DSM-5-TR؛ والمُكوَّن من بُنيةً أُحاديةً البُعد، مع درجات عالية من الاتساق حيث كانت قيمة ألفا

يتضح من خلال جدول (1) عدم وجود فروق دالة احصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للحزن المطول حيث كانت قيمة "ت" الاحتمالية أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) أدوات الدراسة:

الأداة الأولى مقياس الحزن المطول (إعداد الباحثة) قامت الباحثة بإعداد مقياس الحزن المطول وتكون المقياس في صورته النهائية من (22) فقرة، وتم تطبيقه على عينة مكونة من (120) طفلاً من الأطفال فاقد الأب والمسجلين لدى جمعية إنسان، والذين تتراوح أعمارهم بين (6-12) سنة، وتمتعت جميع فقرات مقياس الحزن المطول بمعامل ارتباط مرتفع ودال احصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، وكذلك معامل ثبات جيد ويبلغ (الفا لكرونباخ = 0.743)، وتكون

الأطفال الصغار إلى الاستبطان اللازم أو المفردات اللازمة للإجابة على الأسئلة الاستبطانية حول مشاعرهم وأفكارهم وردود أفعالهم (Lytje & Dyregrov, 2024; Clark, 2010). وقد تشكل الاستجابة للعناصر تحديًا بالنسبة للأطفال، وذلك بسبب مدى اهتمامهم المحدود، مما قد يزيد من خطر تحيز الاستجابة (Omrani et al., 2019). فتكون المقياس في صورته الأولية من 22 فقرة، لتمثل كل فقرتين من المقياس الحالي كيف يعبر الأطفال بشكل سلوكي عن محك واحد من المحكات التشخيصية في DSM-5-TR. وتقرر اختيار مقياس الاستجابة المكون من ثلاث نقاط، مع الفئات 1 = أبدًا ، 2 = أحيانًا، 3 = دائمًا، وكان الدافع وراء هذا القرار هو أن المقياس المكون من ثلاث نقاط أكثر سهولة في الفهم، ويتطابق المقياس المكون من ثلاث نقاط مع المقاييس الأخرى المستخدمة على نطاق واسع مثل (Spuij et al., 2012). ثم تم مراجعة المقياس من قبل خمسة أمهات لأطفال تتراوح أعمارهم بين 6 و12 سنة طُلب منهن التعليق على قابلية فهم الفقرات، مما أدى إلى تغييرات طفيفة أخرى في الصياغة.

2. صدق المحكمين

عُرض المقياس في صورته الأولية- والتي تكونت من (22) فقرة على مجموعة من المحكمين ذوي الخبرة والاختصاص في الإرشاد والعلاج النفسي، والمقياس والتقويم، وعددهم عشرة، وقدم المحكمون تغذية راجعة حول وضوح الفقرات وملاءمتها للفئة العمرية (6-12) سنة، علاوة على ذلك، قدموا اقتراحات لتبسيط التعليمات، ولتسهيل فهم الفقرات لدى مختلف المستويات التعليمية للأمهات، وفي ضوء الاقتراحات عُدل مقياس الدراسة وأُبقى على الفقرات التي نالت على نسبة اتفاق (80%) فأعلى من المحكمين، ونتيجة لذلك ظل المقياس مكوناً من (22) فقرة قبل إجراء التحليل العاملي الاستكشافي.

كرونباخ (93، 90، 83). في ثلاث دراسات على التوالي؛ جامعة ييل (n=270)، وجامعة أوتريخت (n= 163)، وجامعة أكسفورد (n=239)، بعد (12-24) شهرًا من الفقد، وتراوحت الارتباطات الإجمالية بين (0.49 - 0.79)، كما تم الاطلاع على المقاييس التي أعدت لقياس الحزن المطول لدى الأطفال؛ والتي استمدت عباراتها من مقياس بريجرسون والمعايير التشخيصية، وهي مقياس سيويج وآخرون (Spuij et al., 2012)، الذي قُنن على عينة (n=169) تتراوح أعمارهم بين (8- 18) عاماً، وكانت قيمة ألفا كرونباخ ($\alpha > 0.91$) وتراوحت الارتباطات الإجمالية بين (0.63 - 0.24). ومقياس مُلجم وآخرون (Melhem et al., 2013)، الذي قُنن على عينة (n=182)، تتراوح أعمارهم بين (7-18) عاماً، وكانت قيمة ألفا كرونباخ ($\alpha > 0.82$). كما قامت الباحثة بالاطلاع على الأدبيات النظرية التي اهتمت بحزن الفقد والحزن المطول لدى الأطفال مثل (Brown & Larson, 2009; Cohen et al 1977; Dyregrov, 1990; Eth and Pynoos, 1985; Kaplow et al, 2012; Kaplow et al., 2012b; Kaplow et al., 2013; Kaplow & Layne 2014; Kentor & Kaplow, 2020; Kroger, 2006; Layne et al., 2017; Raveis et al., 1999; Salloum, 2015; Saltzman et al., 2017) واتضح أن حزن الأطفال عادةً يَظْهَرُ في شكلٍ سُلُوكِيٍّ يُمْكِنُ ملاحظته؛ لذلك وضعت فقرات المقياس لتقيس الشكل السلوكي للحزن المطول لدى هذه الفئة العُمُرِيَّة، وبطريقة تُمَكِّنُ مقدِّم الرعاية من الإجابة عن تلك الأدوات بعد ملاحظته لسلوك الطفل، وفكرة أن يقوم مقدِّم الرعاية بالإجابة عن أدوات القياس وُجِدَتْ في المراجعة الأدبية التي قام بها سالادينو وآخرون (Saladino et al., 2023)؛ فقد اتَّضَحَ من بعض الدراسات السابقة مشاركة الآباء والأوصياء ومُرَشِدِي المدارس وأطباء الأطفال والأقارب والمعلمين بشكل مباشر أم غير مباشر؛ في تقييم الحزن المطول بسبب عُمُرِ العِيْنَة وتعميق الموضوع، كما أن تطبيق مثل هذه المقاييس على الأطفال يثير مخاوف تتمثل في افتقار

ثانياً الاتساق الداخلي

جدول (3)

معامل ثبات ألفا لكرونباخ لمقياس الحزن المطول لدى الأطفال

المقياس	الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
المقياس الكلي	23	.743

ويتضح من جدول (3) أن معامل الثبات الكلي لمقياس الحزن المطول بطريقة ألفا لكرونباخ قد بلغ (.743). وهذا المؤشر يدل على أن المقياس يتمتع بمستوى جيد من الثبات.

الأداة الثانية برنامج علاجي معرفي سلوكي يركز على الصدمات (من إعداد الباحثة)

يتكون البرنامج من تسع جلسات من ضمنها الجلسة الأولى الافتتاحية، والجلسة الختامية، بواقع جلسة واحدة في الأسبوع، ماعدا الأسبوع الأخير فتكون من جلستين الثامنة والأخيرة، وكان متوسط مدة الجلسات (60) دقيقة. وتم بناء البرنامج بالاستناد إلى الإطار النظري المعرفي السلوكي الذي يركز على الصدمات من خلال الأدبيات: TF-CBT (Cohen et al., 2006)، (Hendricks et al., 2014)، كما تم الاستناد على نظرية علاج الحزن متعدد الأبعاد، لتركز الفنيات على الأبعاد الثلاثة حسب النظرية، وكذلك استند البرنامج على علم نفس النمو لتناسب الفنيات مع الفئة المستهدفة، وتم استخدام فنيات العلاج باللعب لتغطية جميع مكونات البرنامج.

الأهداف العامة للبرنامج الإرشادي

هدف البرنامج إلى خفض الحزن المطول لدى الأطفال فاقد الأب من عمري (6-12) سنة، والجدول (4) يبين التخطيط العام لجلسات البرنامج، والأهداف العلاجية، والفنيات المستخدمة.

تم حساب الاتساق الداخلي بمعاملات الارتباط بين الفقرة ودرجة المقياس ككل، وذلك من خلال معامل ارتباط بيرسون، للتعرف على مدى دلالة هذه الارتباطات.

جدول (2)

معاملات الارتباط (بيرسون) بين فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس

رقم الفقرة	معامل الارتباط
1	.426**
2	.479**
3	.402**
4	.602**
5	.338**
6	.523**
7	.453**
8	.489**
9	.415**
10	.402**
11	.580**
12	.512**
13	.616**
14	.526**
15	.597**
16	.614**
17	.625**
18	.555**
19	.743**
20	.640**
21	.606**
22	.678**

**دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)

يتضح من جدول (2) أن جميع فقرات مقياس الحزن المطول للأطفال تتمتع بمعامل ارتباط مرتفع ودال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، مما يشير إلى معامل ارتباط مناسب للفقرات.

ثالثاً ثبات المقياس

للتحقق من ثبات مقياس الحزن المطول لدى الأطفال في صيغته النهائية، استخدم معامل ألفا لكرونباخ Cronbach's Alpha وجدول (3) يوضح هذه النتائج.

جدول رقم (4)

التخطيط العام لجلسات البرنامج

رقم الجلسة	العنوان	أهداف الجلسات العلاجية	الفنيات العلاجية	المدة الزمنية
1	بناء علاقة قبول وأمان مع الحالة والتقييم القبلي	التعارف وبناء علاقة إرشادية بين المرشد والطفل ومقدم الرعاية	اللعب غير الموجه، التعبير الفني	60 دقيقة
2	التعليم النفسي Psychoeducation	تنقيف الطفل ومقدم الرعاية حول الحزن المطول والأحداث المؤلمة ودعم الإدراك الدقيق حول ما حدث.	الشرح والمناقشة، اللعب غير الموجه.	60 دقيقة
3	الاسترخاء Relaxation	تمكين الطفل من استخدام مهارات محددة للحد من المظاهر الفسيولوجية للحزن، والخوف، والقلق، والإجهاد	التنفس البطني، الاسترخاء العضلي	60 دقيقة
4	التنظيم الانفعالي Affect Identification and Regulation	مساعدة الطفل ومقدم الرعاية على تعلم المهارات اللازمة لتحديد العواطف وتصنيفها ومعالجتها والتعبير عنها وتنظيمها بدقة	الرسم، الشرح والمناقشة	60 دقيقة
5	التأقلم المعرفي Cognitive Coping	تعليم الطفل ومقدم الرعاية طرقاً لتحديد أفكار المشاعر المؤلمة والسلوكيات غير الفعالة، وتعليمه كيفية تحدي الأفكار غير الدقيقة وغير المفيدة واستبدالها بأفكار دقيقة ومفيدة تؤدي إلى مشاعر أكثر إيجابية وسلوك فعال	الرسم، الشرح والمناقشة	60 دقيقة
6	سرد الصدمات ومعالجتها Trauma Narration and Processing	مساعدة الطفل على سرد الحزن، وكيفية التفكير والتحدث عن الأحداث المؤلمة دون الشعور بالحزن المفرط، من خلال تعريض الطفل مراراً وتكراراً لذكريات الفقد والمشاعر المرتبطة به ومعالجتها بشكل صحيح	سرد القصص، الرسم	60 دقيقة
7	جلسات مشتركة بين الطفل ومقدم الرعاية Conjoint Child- Caregiver Sessions	تعزيز التواصل الإيجابي والصحي بين مقدم الرعاية والطفل حول الأحداث المحزنة والمؤلمة	سرد القصص	60 دقيقة
8	تعزيز السلامة والتنمية المستقبلية Enhancing Safety and Future Development	تحديد المخاوف ونقاط الخطر المحتمل أن تؤثر على سلامة الطفل في المستقبل، ومساعدته على بناء المهارات اللازمة لوضع خطط السلامة	تعلم المهارات	60 دقيقة
9	إنهاء البرنامج والتقييم البعدي	التقييم البعدي، اطلاع مقدم الرعاية على النتائج، والإجابة على التساؤلات، التوديع وإنهاء البرنامج	الشرح، وتطبيق المقاييس	60 دقيقة

مهارات الوالدية
Parenting Skills
التعرض التدريجي للتراث
In vivo mastery of trauma reminders

إجراءات اعداد البرنامج

أعدت الباحثة برنامج علاجي معرفي سلوكي يركز على الصدمات لخفض الحزن المطول لدى الأطفال فاقد الأب، وقد مر البرنامج بعدة مراحل للتصميم والتطبيق

المرحلة التمهيديّة

عادت الباحثة للأدبيات السابقة والنظريات المتاحة لمعرفة أهم الاحتياجات والمشكلات الخاصة بالأطفال فاقد الأب في الفئة العمرية (6-12) سنة، حيث كوّنت الباحثة البرنامج العلاجي ليتناسب مع الثقافة العربية، واستهدفت الأشكال السلوكية في حزن

الأخير نُفذ فيه الجلسة الثامنة والأخيرة. وتم الانتهاء من البرنامج في ثمان أسابيع.

- ابتدأ البرنامج بالجلسة الافتتاحية التي هدفت إلى التعارف وبناء علاقة إرشادية بين المرشد والطفل ومقدم الرعاية.

- طبقت الباحثة خلال البرنامج العديد من الفنيات والتدخلات العلاجية التي مثلت المكونات التسع للبرنامج العلاجي. وكان سير الجلسات منتظماً، وحرص الجميع على الانتظام والحضور، حيث تواجد أغلبية الأطفال ومقدمي الرعاية قبل موعد الجلسات.

- انتهى البرنامج العلاجي بالجلسة الختامية، وعرض فيها ملخص للجلسات وطبقت أدوات الدراسة (التطبيق البعدي)، وتم اطلاع مقدم الرعاية على النتائج، والإجابة على التساؤلات، التوديع وإنهاء البرنامج.

مرحلة تقييم البرنامج

- قُيم البرنامج العلاجي بعد الانتهاء من جميع الجلسات عن طريق تطبيق أدوات الدراسة على المجموعة التجريبية (التقييم التبعي)

- تم استخراج نتائج تطبيق البرنامج، وتفرغها على برنامج الحزمة الإحصائية (spss)، ثم عرّضها وتفسيرها ومقارنتها بالدراسات السابقة، والخروج بالتوصيات والمقترحات.

الأساليب الإحصائية:

استُخدم برنامج SPSS لتحليل بيانات الدراسة من خلال استخدام الأساليب الإحصائية الآتية:

1- للإجابة عن السُّؤال الأول استُخدم تحليل التباين المشترك الأحادي (ANCOVA)

2- للإجابة عن السُّؤال الثالث استُخدم تحليل التباين للقياسات المكررة (One way Anova- Repeated Measures)

الأطفال من خلال تطبيق الفَيَّات الواردة في العلاج بواسطة اللعب لتتوافق مع الفئة العمرية المستهدفة.

- حددت الباحثة أهداف البرنامج، وقامت ببناء الجلسات، وتحديد عددها وكانت تسع جلسات من ضمنها الجلسة الأولى الافتتاحية، والجلسة الختامية، بواقع جلسة واحدة في الأسبوع، ماعدا الأسبوع الأخير فتكون من جلستين الثامنة والأخيرة، وكان متوسط مدة الجلسات (60) دقيقة.

- غُرُض البرنامج في صورته الأولى على عشرة من المحكمين في مجال علم النفس، والطفولة المبكرة، وذلك للحكم على البرنامج من ناحية مناسبة محتواه وصدقه في تحقيق الأهداف التي وضع من أجلها، وقد حددت الباحثة نسبة 80% فأكثر للإبقاء على الجلسات والفنيات ضمن البرنامج، ونتيجة لذلك تم الإبقاء على جميع الجلسات والفنيات بعد تعديلها من قبل ملاحظات ومقترحات المحكمين لتناسب مع الثقافة والعمر للفئة المستهدفة.

المرحلة التنفيذية: وهي مرحلة تطبيق جلسات البرنامج العلاجي:

- قبل البدء بتنفيذ جلسات البرنامج جُهزت غرفة العلاج باللعب في وحدة الخدمات النفسية.

- كما أخذت موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي على تطبيق البرنامج.

- حُددت الجلسات الفردية لكل طفل مع مقدم الرعاية حسب المواعيد المناسبة له، وأخذت موافقة الطفل ومقدم الرعاية على المشاركة في البرنامج.

- نُفذت جلسات البرنامج العلاجي وعددها تسع جلسات بشكل فردي، مع إشراك مقدم الرعاية في بعض الجلسات حسب حاجة كل طفل كالجلسة الأولى، والأخيرة وجلسات العلاج السردي، وكانت الجلسات بواقع جلسة كل أسبوع، ماعدا الأسبوع

نتائج الدراسة وتفسيرها ومناقشتها

كولموجروف-سميرنوف (Kolmogorov - Smirnov) للتحقق من اعتدالية التوزيع، والجدول (5) يوضح هذه النتائج.

قبل البدء في عرض النتائج قامت الباحثة بالتحقق من اعتدالية توزيع البيانات لمتغيرات الدراسة؛ وذلك من أجل تحديد الأساليب الإحصائية المناسبة سواء كانت بارامترية أو لا بارامترية، حيث تم استخدام اختبار

جدول (5)

نتائج اختبار كولموجروف-سميرنوف للتحقق من اعتدالية التوزيع لبيانات متغيري الحزن المطول

المتغير	القياس	قيمة إحصائي الاختبار	درجات الحرية	Sig.
	قبلي	0.168	15	.200
الحزن المطول	بعدي	0.138	15	.200
	تتبعي	0.157	15	.200

المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق البعدي؟

وللإجابة عن السؤال أستخدم تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لمعرفة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للحزن المطول بعد ضبط أثر القياس القبلي، ويوضح الجدول (6) المتوسطات الحسابية الفعلية والمعدلة والانحراف المعياري.

يتضح من الجدول (5) ان القيمة الاحتمالية لاختبار كولموجروف-سميرنوف لكلا المتغيرين أعلى من مستوى الدلالة ($\alpha=0,05$)، مما يدل ذلك على أن بيانات العينة تتبع التوزيع الطبيعي، وفي ضوء ذلك ستستخدم الباحثة الاختبارات الإحصائية البارامترية للإجابة عن أسئلة الدراسة.

نتائج السؤال الأول: هل تُوجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات مقياس الحزن المطول بين

جدول (6)

المتوسطات الحسابية الفعلية والمعدلة والانحراف المعياري بعد ضبط أثر القياس القبلي للحزن المطول

المجموعة	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي المعدل
تجريبية	15	00.5	0.21	.49
ضابطة	15	1.31	0.27	1.33

في القياس البعدي للحزن المطول بعد ضبط أثر القياس القبلي.

كما يوضح الجدول (7) ملخص نتائج تحليل التباين المشترك للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة

جدول (7)

نتائج تحليل التباين المشترك للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للحزن المطول بعد ضبط أثر القياس القبلي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	F	مستوى الدلالة	حجم الأثر إيتا (η^2)
القياس القبلي	1.33	1	1.33	101.13	0.000	-
المجموعة	5.27	1	5.27	400.44	0.000	0.94
الخطأ	0.36	27	0.01			-

العمرية المستهدفة، وحتى تتوافق مع الثقافة المحلية، ومع خصوصية فقد الأب، فقد ركزت فنيات البرنامج على عودة الطفل للاندماج الاجتماعي، والقيام بالأنشطة المعتادة، وعلى إعادة شعور الطفل بالأمن من خلال العلاقة العلاجية، وإشراك مقدم الرعاية في الجلسات، للمضي قدماً في مهام النمو الطبيعية بالرغم من بقاء شيء من الحزن، فالحزن هو أولاً وقبل كل شيء عملية داخلية يجب تجربتها والمروء بها كتجربة فردية وخاصة، ولكن قد يحتاج الطفل الى التدخل العلاجي حين تصبح تجربته أكثر تعقيداً، فسعى البرنامج الى خفض شدة الأعراض أو مدتها، وعدم قدرة الطفل على إعادة الاندماج بشكل مرض في الحياة الاجتماعية والعاطفية، حيث وفر البرنامج مكونات متتابعة تركز على الحزن كالتثقيف النفسي خلال الجلستين الأولى والثانية لمساعدة الأطفال على فهم تأثير الحزن الناجم عن الفقد، وتقديم الأساس المنطقي للعلاج، وفي الجلستين الثالثة والرابعة تم تدريب الأطفال على مهارات الاسترخاء، التعديل العاطفي للتعرف على المشاعر وكيفية التعامل معها لمساعدة الأطفال على التعامل مع ردود الفعل الجسدية تجاه المحفزات وتصنيف المشاعر المرتبطة بالحزن المؤلم، والتعرف على المشاعر المتناقضة تجاه المتوفى وحلها، وساعدت إعادة الهيكلة المعرفية في الجلسة الخامسة على التعرف بشكل منهجي على الأفكار المشوهة وتحديدها ومعالجة الأفكار غير الدقيقة

يتضح من الجدول (7) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للحزن المطول بعد ضبط أثر القياس القبلي، حيث كانت قيمة "ف" الاحتمالية أقل من مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)، وبالعودة للمتوسطات الحسابية المعدلة في جدول (6) يتضح أن مستوى الحزن المطول للمجموعة التجريبية أقل بدلالة إحصائية من أفراد المجموعة الضابطة. وقد بلغ حجم الأثر إيتا ($\eta^2=0.94$) ووفقاً لهذه القيمة فإن حجم الأثر يعد كبيراً حسب تصنيف كوهن (Cohen, 1988)، الذي أشار فيه أن حجم الأثر يعد كبيراً إذا زادت قيمة إيتا عن (0.14)، مما يدل ذلك على أن البرنامج العلاجي الذي تم تطبيقه على المجموعة التجريبية أسهم بشكل كبير في انخفاض مستوى الحزن المطول لدى أفراد العينة.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة (Brown et al., 2019; Boelen et al., 2021; Cohen et al., 2004; Cohen et al., 2006; Dorsey et al., 2020; Haine & Knoetze, 2021; Mirzaian et al., 2014; O'Donnell et al. 2023) التي أظهرت نتائجها بأن البرنامج العلاجي TF-CBT قد أسهم بشكل كبير في خفض أعراض الحزن المطول لدى الأطفال.

كما تعزو الباحثة النتيجة إلى فنيات البرنامج الذي قامت بتكييف مكوناته وفنائه حتى تتناسب مع الفئة

إيمان المقبالية؛ عبد الله الزهراني: فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي يركز على الصدمات لخفض الحزن المطول لدى الأطفال...

جدول (8)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للقياسات القبلي والبعدي والتتبعي للحزن المطول لدى أفراد المجموعة التجريبية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	القياس
0.10	1.36	القبلي
0.06	0.50	البعدي
0.05	0.47	التتبعي

كما يوضح الجدول (9) نتائج تحليل التباين ذي القياسات المتكررة لدلالة الفروق بين القياسات لدى أفراد المجموعة التجريبية اعتماداً على نتائج اختبار Greenhouse-Geisser نظراً لعدم تحقق شرط الكروية Sphericity.

وغير المفيدة حول الموت. وكان للمناقشة الفاعلة مع الطفل أثناء العلاج السردي في الجلسة السادسة والسابعة دور هام في إتاحة الفرصة للأطفال للتعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم في جو آمن ومتقبل ومتعاطف، وكذلك ساهم العلاج السردي في صناعة المعنى والحفاظ على الذكريات الإيجابية للمتوفى.

نتائج السؤال الثاني: هل تُوجَدُ فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي والتتبعي؛ في درجات مقياس الحزن المطول لدى المجموعة التجريبية؟

للإجابة عن السؤال، تم استخدام تحليل التباين ذي القياسات المتكررة (One way Anova-Repeated Measures) للتعرف على الفروق بين القياسات المتكررة القبلي والبعدي والتتبعي، والجدول (8) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وفقاً لكل قياس.

الجدول (9)

نتائج تحليل التباين الاحادي ذي القياسات المتكررة لقياسات الحزن المطول

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	القيمة الاحتمالية	حجم الأثر
بين المعالجات	7.70	1.13	6.81	195.96	0.000	0.93
الخطأ	0.55	15.84	0.03			

التباين في القياسات المتكررة يعزى إلى البرنامج العلاجي، ولمعرفة اتجاهات هذه الفروق تم اجراء المقارنات الثنائية باستخدام اختبار بون فيروني (Bonferroni) والجدول (10) يوضح ذلك.

يتضح من خلال الجدول (9) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha=0.05)$ بين القياسات المتكررة حيث يشير حجم الأثر إلى أن (93%) من

الجدول (10)

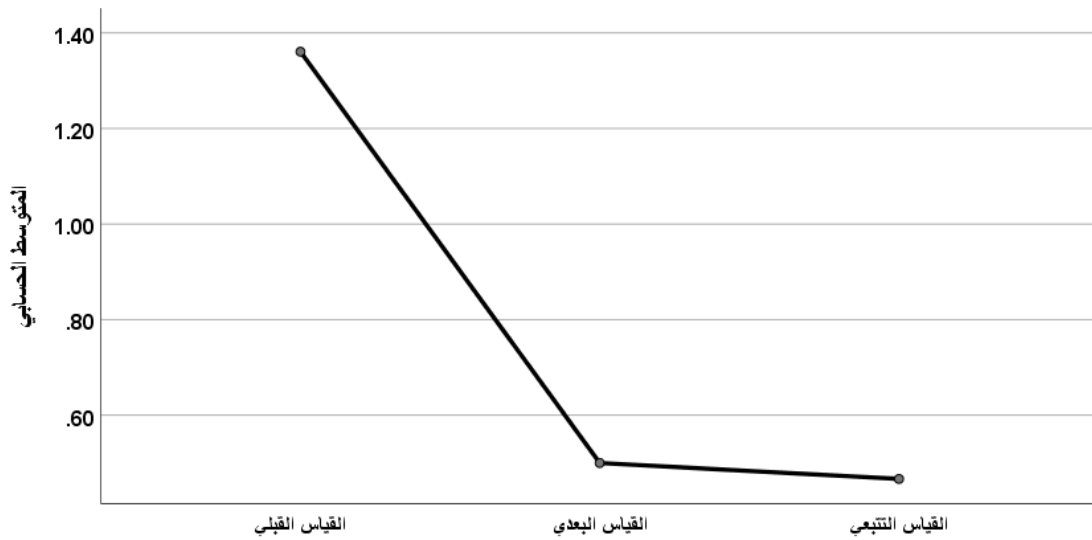
نتائج اختبار بون فيروني (Bonferroni) للمقارنات الثنائية بين متوسطات القياسات المتكررة

مستوى الدلالة Sig	الفرق بين ازواج المتوسطات	المقارنات الزوجية	
0.000	.861*	البعدي	القبلي
0.000	.894*	التبعي	
0.111	0.033	التبعي	البعدي

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha=0.05)$.

البعدي والتبعي على الرغم من انخفاض من مستوى الحزن المطول في القياس التبعي، وملاحظة مقدار التحسن الذي أحدثه البرنامج في خفض مستوى الحزن المطول يمكن تتبع ذلك من خلال الشكل (1).

يتضح من الجدول (10) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط القياس القبلي والقياسين البعدي والتبعي وكانت هذه الفروق لصالح القياس القبلي للحزن المطول، كما يتضح أيضا من الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين



شكل (1):

المتوسطات الحسابية لمستوى الحزن المطول لدى أفراد المجموعة التجريبية وفقا لكل قياس

وتتفق النتيجة الحالية مع الدراسات السابقة التي قيمت البرنامج تقييم تبعي وبقي أثر البرنامج موجوداً (مثل Boelen et al., 2021; Mirzaian et al., 2023; O'Donnell et al. 2014).

يلاحظ من خلال الشكل (1) انخفاض مستوى الحزن المطول بعد تنفيذ البرنامج العلاجي على اختلاف فترات القياس مما يدل ذلك على أن البرنامج العلاجي أسهم في خفض مستوى الحزن بعد تنفيذه.

3. رفع الوعي لدى الأسر والمؤسسات المعنية بالأطفال للانتباه والاهتمام بحاجات الأطفال بعد تعرضهم لصدمات الفقد.

البحوث المقترحة

في ضوء نتائج البرنامج؛ تقترح الباحثة الآتي:

1. إجراء المزيد من الدراسات التي تتناول متغير الحزن المطول، والعلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمات بسبب ندرة تناولهما في الدراسات العربية.
2. إجراء دراسات لقياس الخصائص السيكومترية لمقياس الحزن المطول لدى فئات كبرى؛ في مناطق جغرافية مختلفة.
3. إجراء دراسات مقارنة بين برنامج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة وبرامج أخرى لخفض الحزن المطول والسلوكيات غير التكيفية.
4. تطوير البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المركز على الصدمات للتعامل مع صدمات أخرى للأطفال؛ كالعنف، والحوادث، والأمراض، والاعتداء الجنسي، وغيرها.

المراجع

- Abu Allam, Raja Mahmoud. (2009). *Research methods in psychological and educational sciences*. (6th edition). Cairo: Universities Publishing House.
- Abu Asaad, Ahmed. (2015). *Guide the stages of growth*. Dar march publishing, distribution and printing.
- Al-Otaibi, Bandar. (2005). Vineland Adaptive Behavior Scale, Saudi Standards. *Arab Journal of Special Education*, (7), 131-165.
- Aladdin, Jihad Mahmoud. (2019). Effects of war-related paternal loss on prolonged grief and social withdrawal in female Syrian refugee children in Jordan. *Arab Journal of Educational and Psychological Sciences*, 3(6), 25-62.
- Alvis, L. Zhang, N. Sandler, IN., & Kaplow, JB. (2022). Developmental manifestations of grief in children and adolescents: Caregivers as key grief

وتعزو الباحثة النتائج إلى مكونات البرنامج التي لم تركز على علاج الأعراض الحالية فقط، ولكنها ركزت كذلك على الوقاية من الانتكاسات المستقبلية من خلال العلاقة العلاجية المتقبلة والأمنة التي ساعدت على نمو شخصية الطفل، ومن خلال مكون تعزيز السلامة والتنمية المستقبلية بشأن الحزن خلال الجلسة الثامنة، حيث تم التركيز على معالجة شعور الطفل بالأمان للمستقبل بالتعاون مع مقدم الرعاية، عن طريق تعليم مهارات السلامة الشخصية، كتعليم الطفل كيفية التواصل بفاعلية مع الآخرين حول التجارب المحزنة أو المربكة، ومساعدة الطفل على فهم من يمكنه الاعتماد عليه لمساعدته في المواقف المستقبلية، وتحديد الموارد التي يمكن للطفل الوصول إليها عندما يواجه مواقف مربكة، ومساعدة الطفل على بناء المهارات اللازمة للحفاظ على سلامته، كما تعزو الباحثة النتائج إلى المكون الأهم في البرنامج وهو مكون مهارات الوالديّة، حيث ساهمت مشاركة مقدم الرعاية في بعض الجلسات إلى إعادة بناء قنوات الاتصال الآمنة، وامتداد تأثير العلاج إلى المنزل، لأن الدعم من مقدمي الرعاية يؤثر بشكل كبير على تجربة الطفل للموت، وقدرته على التعامل مع الفجوة، فالأداء العالي والدفء من مقدم الرعاية الباقي على قيد الحياة، والتواصل الفعال بين مقدم الرعاية والطفل، والروتين الأسري الإيجابي والمستقر يخفف من التأثيرات الضارة لوفاة أحد الأب على تكيف الأطفال.

التوصيات

في ضوء نتائج البرنامج؛ توصي الباحثة بالآتي:

1. الاستفادة من أداة التقييم والبرنامج العلاجي في تشخيص وعلاج الأطفال المتعرضين لصدمات الفقد والحزن المطول.
2. بناء قدرات العاملين في مراكز تقديم الخدمات النفسية والجمعيات المعنية بالأيتام لتطبيق فنيات البرنامج العلاجي.

- Damra, Jalal; Abu Etha, Seham. (2014). The effect of trauma focused cognitive behavioral therapy and music therapy on decreasing the posttraumatic stress symptomatology among a sample of war children. *Journal of Educational Science Studies*, (41), 101-114.
- Damra, Jalal; Nassar, Yahya. (2014). The effect of the trauma-focused cognitive-behavioral therapy model in reducing depressive symptoms among a sample of war children. *Journal of Educational Science Studies*, (41), 445-461.
- De López, K. J., Søndergaard Knudsen, H., & Hansen, T. G. (2020). What is measured in bereavement treatment for children and adolescents? A systematic literature reviews. *Illness, Crisis & Loss*, 28(4), 363-387.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1474-1484.
- Dorsey, S., Lucid, L., Martin, P., King, K. M., O'Donnell, K., Murray, L. K., Wasonga, A. I., Itemba, D. K., Cohen, J. A., Manongi, R., & Whetten, K. (2020). Effectiveness of task-shifted trauma-focused cognitive behavioral therapy for children who experienced parental death and posttraumatic stress in Kenya and Tanzania. *JAMA Psychiatry*, 77(5), 464-473.
- Dyregrov, A. (1990). Parental reactions to the loss of an infant child: A review. *Scandinavian Journal of Psychology*, 31(4), 266-280.
- Eth, S., & Pynoos, R. S. (1985). *Post-traumatic stress disorder in children*.
- Haine, P., & Knoetze, J. J. (2021). Childhood traumatic grief counselling: A South African case study. *Journal of Psychology in Africa*, 31(5), 539-545.
- Hendricks, A., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2014). *Your very own TF-CBT workbook*.
- Kaplow, J. B., & Layne, C. M. (2014). Sudden loss and psychiatric disorders across the life course: Toward a developmental lifespan theory of bereavement-related risk and resilience. *American Journal of Psychiatry*, 171(8), 807-810.
- Kaplow, J. B., Layne, C. M., Pynoos, R. S., Cohen, J. A. & Lieberman, A. (2012). DSM-5 diagnostic criteria for bereavement-related disorders in facilitators. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1-11.
- American Psychiatric Association (APA). (2020). *Board approves new prolonged grief disorder for DSM*. Available at: [gk7tr7](#) (Accessed 20 September 2021).
- Boelen, P. A., Lenferink, L. I., & Spuij, M. (2021). CBT for prolonged grief in children and adolescents: A randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry*, 178(4), 294-304.
- Brown, B. B., & Larson, J. (2009). Peer relationships in adolescence. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent Psychology*. John Wiley & Sons.
- Brown, E. J., Amaya-Jackson, L., Cohen, J., Handel, S., Thiel De Bocanegra, H., Zatta, E., et al. (2008). Childhood traumatic grief: A multi-site empirical examination of the construct and its correlates. *Death Studies*, 32(10), 899-923.
- Brown, E. J., Goodman, R. F., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Chaplin, W. F. (2019). An exploratory trial of cognitive-behavioral vs client-centered therapies for child-mother dyads bereaved from terrorism. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 13(1), 113-125.
- Clark C D. (2010). *In a younger voice: Doing child-centered qualitative research*. Oxford: Oxford University Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. (2nd edn.) Guilford Publications.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2004). Treating childhood traumatic grief: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1225-1233.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Staron, V. R. (2006). A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1465-1473.
- Cohen, P., Dizenhuz, I. M., & Winget, C. (1977). Family adaptation to terminal illness and death of a parent. *Social Casework*, 58(4), 223-228.

- death. *Archives of general psychiatry*, 68(9), 911-919.
- Mirzaian, N., Mirzaian, B., & Abbasi, G. (2023). The effectiveness of trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) on bereavement symptoms in bereaved children. *Journal of Applied Family Therapy*, 4(3), 182-198.
- O'Donnell, K., Dorsey, S., Gong, W., Ostermann, J., Whetten, R., Cohen, J. A., Itemba, D., Manongi, R., & Whetten, K. (2014). Treating maladaptive grief and posttraumatic stress symptoms in orphaned children in Tanzania: Group-based trauma-focused cognitive-behavioral therapy. *Journal of Traumatic Stress*, 27(6), 664-671.
- Omrani, A., Wakefield-Scurr, J., Smith, J., & Brown, N. (2019). Survey development for adolescents aged 11-16 years: A developmental science based guide. *Adolescent Research Review*, 4(4), 329-340.
- Piaget, J. (1935). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant* (p. 216). Neuchatel-Paris: Delachaux et Niestlé.
- Prigerson, HG, Boelen, PA, Xu, J, Smith, KV., & Maciejewski, PK. (2021). Validation of the new DSM5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, 20(1), 96-106.
- Raveis, V. H., Siegel, K., & Karus, D. (1999). Children's psychological distress following the death of a parent. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(2), 165-180.
- Revet, A., Bui, E., Benvegna, G., Suc, A., Mesquida, L., & Raynaud, J. P. (2020). Bereavement and reactions of grief among children and adolescents: *Present data and perspectives. L'encephale*, 46(5), 356-363.
- Saad, Amina; Aladdin, Jihad. (2016). *The effect of group counseling in reducing symptoms of prolonged grief and social withdrawal among children of Syrian refugees in Jordan* [Unpublished master's thesis]. The Hashemite University.
- Saladino, V., Verrastro, V., Calaresi, D., & Barberis, N. (2023). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for prolonged grief symptoms in children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Stress Management*. Advance online publication.
- children and adolescents: Developmental considerations. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 75(3), 243-266.
- Kaplow, J. B., Layne, C. M., Pynoos, R. S., Cohen, J., & Lieberman, A. (2012). DSM-V diagnostic criteria for bereavement-related disorders in children and adolescents: Developmental considerations. *Psychiatry*, 75(3), 242-265.
- Kaplow, J. B., Layne, C. M., Saltzman, W. R., Cozza, S. J., & Pynoos, R. S. (2013). Using multidimensional grief theory to explore the effects of deployment, reintegration, and death on military youth and families. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(3), 322-340.
- Kentor, R. A., & Kaplow, J. B. (2020). Supporting children and adolescents following parental bereavement: Guidance for health-care professionals. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(12), 889-898.
- Kroger, J. (2006). *Identity development: Adolescence through adulthood*. Sage publications.
- Layne, C. M., Kaplow, J. B., Oosterhoff, B., Hill, R. M., & Pynoos, R. (2017). The interplay between posttraumatic stress and grief reactions in traumatically bereaved adolescents: When trauma, bereavement, and adolescence converge. *Adolescent Psychiatry*, 7(4), 266-285.
- Lytje, M., & Dyregrov, A. (2024). Beyond prolonged grief: Exploring the unique nature of complicated grief in bereaved children. *Bereavement*, 3.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Deblinger, E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy. Evidence-based approaches for the treatment of maltreated children: *Considering core components and treatment effectiveness*, 165-185.
- Melhem, N. M., Porta, G., Payne, M. W., & Brent, D. A. (2013). Identifying prolonged grief reactions in children: dimensional and diagnostic approaches. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 599-607.
- Melhem, N. M., Porta, G., Shamseddeen, W., Payne, M. W., & Brent, D. A. (2011). Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental

- Salloum, A. (2015). *Grief and trauma in children: An evidence-based treatment manual*. Routledge.
- Saltzman, W., Layne, C., Pynoos, R., Olafson, E., Kaplow, J., & Boat, B. (2017). *Trauma and grief component therapy for adolescents: A modular approach to treating traumatized and bereaved youth*. Cambridge University Press.
- Spuij, M., Prinzie, P., Zijderlaan, J., Stikkelbroek, Y., Dillen, L., de Roos, C., & Boelen, P. A. (2012). Psychometric properties of the Dutch inventories of prolonged grief for children and adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(6), 540-551.
- Symons-Bradbury, J. (2004). *Children's perceptions of death: a Piagetian perspective* (Master dissertation). University of the Witwatersrand Johannesburg.