

فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي قائم على العلاج بالتقبل والالتزام لعلاج اضطراب الخوف من الموت لدى المسنين

يزيد بن محمد بن حسن الشهري

أستاذ الصحة النفسية المشارك

قسم علم النفس - كلية العلوم الاجتماعية والاعلام - جامعة جدة

المستخلص: هدفت الدراسة تقييم فعالية برنامج استشاري معرفي-سلوكي يستند إلى علاج القبول والالتزام (ACT) في علاج اضطراب الخوف من الموت لدى عينة من كبار السن في جدة. تألفت العينة من (20) مشاركاً من كبار السن، مُقسّمين إلى مجموعتين متجانستين: (10) مشاركين في المجموعة التجريبية، و(10) مشاركين في المجموعة الضابطة. استخدم البحث تصميمًا شبه تجريبي مناسبًا لطبيعة الدراسة لتطبيق البرنامج الاستشاري الذي تمّ تطويره خصيصًا لهذا البحث، ولقد أظهرت النتائج وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين درجات القياس القبلي والبعدي لأعضاء المجموعة التجريبية على مقياس الخوف من الموت؛ مما يشير إلى انخفاض مستوى الخوف من الموت بين المشاركين في المجموعة التجريبية نتيجة تعرضهم للبرنامج. علاوة على ذلك، وجدت الدراسة فرقًا ذا دلالة إحصائية عند مستوى (0.001) بين درجات القياس البعدي لأعضاء المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الخوف من الموت، لصالح المجموعة الضابطة التي لم تتعرض للتدخل. ويشير هذا إلى أنّ درجات الخوف من الموت لدى أعضاء المجموعة التجريبية الذين شاركوا في جلسات البرنامج كانت أقل بكثير من تلك التي في المجموعة الضابطة التي لم تشارك في البرنامج، بالإضافة إلى ذلك، أكدت الدراسة وجود فرق ذي دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين درجات القياس البعدي وقياسات المتابعة لأعضاء المجموعة التجريبية على مقياس الخوف من الموت، لصالح القياس البعدي. وهذا يدل على فعالية البرنامج المستمرة في تقليل الخوف من الموت بين أعضاء المجموعة التجريبية.

الكلمات المفتاحية: التقبل والالتزام، الخوف من الموت، المسنين.

The Effectiveness of a Cognitive-Behavioral Counseling Program Based on Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Death Fear Disorder in the elderly

Yazeed bin Mohammed Hassan Alshehry

Associate Professor of Mental Health

University of Jeddah – Department of Psychology – College of Social Sciences and Media – Kingdom of Saudi Arabia

Abstract: The study aimed to assess the effectiveness of a cognitive-behavioral counseling program based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for treating fear of death disorder among elderly individuals in Jeddah. The sample consisted of (20) elderly participants, divided into two homogeneous groups: (10) in the experimental group and (10) in the control group. The research utilized a quasi-experimental design, suitable for the study's nature, to implement the counseling program specifically developed for this purpose. The results revealed a statistically significant difference at the (0.01) level between the pre- and post-application scores of the experimental group on the fear of death scale, indicating a reduction in the fear of death among participants in the experimental group due to their exposure to the program. Furthermore, the study found a statistically significant difference at the (0.001) level between the post-application scores of the experimental and control groups on the fear of death scale, in favor of the control group, which did not receive the intervention. This outcome suggests that the fear of death scores in the experimental group, who participated in the program sessions, were significantly lower than those in the control group, which did not participate in the program. Additionally, the study confirmed a statistically significant difference at the (0.01) level between the post-application and follow-up scores of the experimental group on the fear of death scale, favoring the post-application measurement. This finding indicates the sustained effectiveness of the program in reducing fear of death among the experimental group members.

Keywords: acceptance and commitment - fear of death - the elderly.

المقدمة

تُعَدُّ معاملة المسن باحترام وإكرام وتقدير، والتوَدُّد إليه بالكلمة الطيبة، من أهم التعاملات التي يحتاجها كبير السن الذي يُلاحظ على جسده الضعف وافتقاده مؤانسة أحبائه. فبعض المسنين يتكيفون مع وضعهم الحالي ويستمتعون بما هو متاح في حين يعاني آخرون من العزلة والوهن؛ ما يجعلهم في حيرة وتساؤلات حول ما تبقى لهم في الحياة، وقد يؤدي ذلك إلى اضطرابات نفسية حادة مثل الخوف من الموت.

والخوف من الموت شعورٌ مقبولٌ في بعض الحالات، إذا ارتبط بالحذر والاهتمام غير المبالغ فيه بالصحة والتغذية والحياة بشكل عام، ويختلف الأفراد فيما بينهم في درجة الخوف من الموت، التي تبدأ من اللامبالاة والتهور، وفي المقابل نجدُ على الجانب الآخر الخوف المفرط من الموت الذي يُعطل كلَّ الجوانب الوظيفية والاجتماعية للإنسان. وتُحدِث طريقة تفكير الإنسان دورًا مهمًا في الاستجابة الانفعالية للفرد تجاه القضايا المختلفة، وبخاصة إذا ارتبطت بأفكار تتعلق بالموت، التي من شأنها زيادة الأزمة النفسية لدى الفرد وجعله أكثر عرضةً للهوان النفسي الذي قد يُضخم مشاعر الحزن لديه، والتي من الممكن أن تؤثر في استجابته مع المحيط الذي يعيش فيه.

ومما لا شك فيه أنَّ الأفكار المخيفة المرتبطة بالموت تؤثر في صلب حياة الفرد، وتجعله غير مستمتع بحياته؛ مما يشكّل خطرًا عليه قد يفرض عليه معاناته من عديدٍ من المشكلات النفسية والاجتماعية، فالجميع يخاف من الموت بدرجات متفاوتة ولكن عندما يتحول هذا الشعور إلى خوفٍ شديد وغير مُفسَّر، ويؤثر في مختلف جوانب الحياة، نكون أمام حالة غير طبيعية تستوجب المتابعة والعلاج. وأشار Ogg (2005) إلى أنَّ مرحلة كبار السن تتميز بزيادة المشكلات النفسية نتيجة أفكار حول نهاية العمر واقترب الموت، وتتأثر هذه الحالة بظروفٍ مثل: مكان الإقامة، والمساندة الاجتماعية، والجنس. ومن خصائص الشيخوخة التغيرات البيولوجية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، وتراكم الأمراض، وانخفاض الدخل؛ مما يؤدي إلى خمول جسمي وعقلي واضطرابات نفسية مثل القلق والتفكير بالموت (فهيم وحسين، 2009).

ولعلَّ ازدياد نسبة كبار السن في كثيرٍ من البلدان وخاصةً المتحضرة منها، يدعو إلى مزيدٍ من الاهتمام والرعاية بفئة كبار السن من جميع النواحي، وتشير أحدث إحصائية لمصلحة الإحصاءات العامة السعودية أنَّ عدد المسنين يقارب مليوناً وثلاثة آلاف مسن، أي ما نسبته (5%) من إجمالي عدد السكان (المنصة الوطنية الموحدة، 1445). وبالرغم من الانخفاض العام في الدراسات التي اهتمت بالمسنين فإنَّ الاهتمام البحثي بهذه الفئة أصبح ضروريًا، وذلك لعدة أسباب أهمها تزايد أعداد المسنين، وجهود التنمية البشرية، وتوسُّع علم النفس والإرشاد النفسي، إضافة إلى المسؤولية الاجتماعية تجاه فئة المسنين، كونها قضية نفسية وإنسانية (مرسي، 2008).

ومن خلال اطلاع الباحث على مشكلات المسنين لاحظ أنَّ هناك ضعفًا في فهم بعض المسنين للواقع الحالي وإدراكهم له، ومن ثم فقد يتبنى المسنُّ أهدافًا تصطدم بإمكاناته الضعيفة، وجسده الضعيف، فتتولد لديه مشاعرٌ سلبية، وتبدأ صحته النفسية بالتراجع.

إنَّ المسنَّ يعلم جيدًا أنه مُقبل على الموت، والموت حقيقة لا مفر منها، وهو خبرةٌ مجهولةٌ تجلب الخوف، والقلق، والتوتر الشديد، فإن كان المسن يجد من يدعمه ويسانده، ويهتم بشؤونهم يبقى هذا الخوف والقلق في مُعدله العادي، وإن لم يجد ذلك، فسيقع فريسة الاضطرابات النفسية التي تؤثر في صحته النفسية.

ولقد تناولت مدارس عديدة من مدارس علم النفس المعاصر ظاهرة الخوف بوصفها الظاهرة النفسية الأكثر شيوعاً لدى البشر، وقد اهتمت المدارس ذات التوجُّه الإنساني - خاصة المدرسة الوجودية بإبراز الطابع الأنطولوجي للظاهرة الذي يعني أنَّ القلق خاصية إنسانية فريدة لصيقة بالوجود الإنساني منذ الميلاد وحتى الموت، أو أنه - وفقاً لرولو ماي - يحتل المساحة بين الحياة والموت، ويتولى صياغة الحوار الدائر بينهما (May, 2015).

يعدُّ الخوف من الظواهر النفسية الأكثر انتشاراً وعموميةً لدى البشر، والدِّراسات التي تناولت الخوف النفسي تفوق في كمها وغزارتها ربما معظم الموضوعات ذات الأهمية في دراسات علم النفس المعاصر، وتحتل دراسات الخوف من الموت مكانةً خاصة ضمن دراسات الخوف، وهي مكانة لا ترتبط بكم الدراسات، وإنما بالأهمية الجوهرية للخوف من الموت إذا قورن بأنماط الخوف العديدة الأخرى.

وقد أكّدت دراسات عديدة حقيقة أن الخوف من الموت ليس حكراً على فئة معينة، وأنَّ معدَّلاته بين كبار السن وغيرهم، وبين الذكور والإناث لا تتفاوت بصورة دالة في معظم الأحوال، كما أنَّ الخوف من الموت ينتشر بين العينات الإكلينيكية والعيّنات غير الإكلينيكية، حيث لا يرتبط بالضرورة بأي فئة مرضية محدّدة كما في دراسة (Fure, 2008)، ونظراً لأن "الخوف من الموت" يرتبط بالمصدر الأعظم "الخوف لدى الإنسان" فقد كان توظيف الاستراتيجيات الفعّالة للتعامل مع قلق الموت أحد المساعي الرئيسية للنشاط النفسي لدى بني البشر منذ الأزل.

وإذا كان الخوف هو أحد أهم شروط الوجود الإنساني، فإنَّ الخوف من الموت هو المحرك الأول لهذا الشرط، أو أنه الأساس الأول الذي ينشأ ويتطور منه الخوف الإنساني في كل صوره فيما بعد، بل إنَّ هناك كثيرين من أنصار المدرسة الوجودية في علم النفس يرون أنَّ معظم الأنشطة الإنسانية - السوي منها والمرضي - تستهدف الدفاع ضد "الخوف من الموت" ومحاولة التغلّب على الكدر العميق الذي يصاحبه، فالسعي للاحتماء بالجماعة، والاهتمام بالعمل، والنشاط والرغبة في الإنجاز والشهرة، كلها صور من استراتيجيات الدفاع ضد "الخوف من الموت" أو هي محاولة للانتصار على الموت بصورة أو بأخرى (Yalom, 2017).

ويعدُّ الخوف قاتلاً صامتاً ينهش في داخل الفرد، فالخوف وأنواعه له مكانة في الإرشاد النفسي والعلاج النفسي؛ نظراً لأنَّ القلق بشكل عام يقف وراء عديد من الاضطرابات النفسية الأخرى، وخاصةً العصابية منها؛ لذلك فإنه لا بد من الاهتمام بدراسات الخوف كخوف المستقبل، والخوف من الموت، وغيرها من أنواع الخوف. ويرى عبد الخالق (1997) أنَّ التفكير في المستقبل هو أحد مصادر الخوف الأساسية، ويعدُّ الموت خبرةً مستقبلية لكل كائن حي، لكن لن يستفيد منها في حياته خاصة وأن الموت ينهي ارتباطه بالحياة؛ لذا فإن التفكير فيه أمرٌ صعب، وتنتج عنه اضطرابات نفسية تشمل أعراضاً اكتئابية وجموداً في التفكير.

وكذلك يعدُّ "الخوف من الموت" أحد أكثر أنواع الخوف تعقيداً؛ لأنه سبب في أنواع الخوف الأخرى من وجهة نظر فرويد وهو سمة نفسية تُدرّس في كل من: علم نفس الشخصية، وعلم النفس المرضي، واتضح مؤخراً أنَّ الأفراد المهينين بحكم تكوينهم النفسي للخوف العام يزداد لديهم الإحساس بالخوف من الموت، ومردة إلى الارتباط الموجب بين الخوف العام والخوف من الموت، ومن أهم المراحل العمرية التي قد يشعر فيها الفرد بالخوف من الموت وهي مرحلة ما قبل الموت نفسه مرحلة الشيخوخة (أبو صالح، 2013).

وقد أُكِّدت دراسة (Johnson 2018) أنَّ قلق الموت يعدُّ منبئًا بالاكتئاب والتدني لدى كبار السن. كما أُكِّدت دراسة (Larson 2019) وجود مستوى مرتفع من قلق الموت لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية، والأقل مستوى تعليمي. كما أُكِّدت دراسة قليوبي (2020) ارتباط الدعم الاجتماعي بقلق الموت لدى كبار السن. وتؤكد تلك الدراسات وجود المشكلات النفسية والاجتماعية التي يعانيها المسنون والمرتبطة بالخوف من الموت، وذلك دون ريب يدعو إلى الالتفات لتلك الفئة بتقديم المساندة النفسية والدعم الاجتماعي عبر جميع أشكاله للتخفيف من معاناة المسنين، عبر بناء برامج الإرشاد النفسي المتخصصة.

ويعد الإرشاد النفسي من أهم العوامل الأساسية التي تسهم في تحسين معنى الحياة لدى المسنين، والتغلب على ضغوطهم الحياتية، فهو في جميع عملياته، وإجراءاته، ومجالاته يستهدف الأفراد للوصول بهم إلى مستويات عالية من الصحة النفسية والتوافق النفسي والاجتماعي (Haifa et al, 2017). حيث يعدُّ هذا المنحى الإرشادي تعليمًا موجَّهًا وقائمًا على الحوار ويرى (Rector 2010) أنَّ الإرشاد المعرفي السلوكي يركز على التعامل مع الاضطرابات، والمشكلات النفسية من منظور ثلاثي الأبعاد. معرفيًا، وانفعاليًا، وسلوكيًا، وذلك من خلال التأثير في عمليات التفكير المشوهة لدى المسترشد، وتعليمه طرقًا أكثر ملائمة للتفكير المقبول والناجح.

في ضوء ذلك يعدُّ الإرشاد باستخدام القبول والالتزام (ACT) من أحدث الأساليب العلاجية المعرفية الحديثة، ويقوم على فكرة تعديل اتجاهات الفرد نحو أفكاره عن طريق تقبلها، ويؤكد (1999) ستيفن هايز مكتشفًا هذا الأسلوب بأن (ACT) هي اختصار تسمية العلاج بالقبول والالتزام (Acceptance and Commitment Therapy) الذي يعطي أهمية لتأثير الفرد في حياته، وتحقيق هدفه طبقًا للقيم التي يتبناها، وتحسن العلاقة مع خبرته الأليمة عوضًا عن تخفيف حدة تأثيرها فيه؛ لأنها تزيد معاناته النفسية وبخاصة في مرحلة الطفولة (Swain et al., 2015).

ولقد أشار Hayes (2006) إلى أنَّ هذا الأسلوب العلاجي يعتبر أنَّ مشكلات الفرد ناتجة عن عدم المرونة النفسية بسبب الاندماج المعرفي وتجنب الخبرات، وعدم القيام بالفعل، والافتقار للقيم، وبهذا يهدف علاج القبول والالتزام إلى تأسيس المرونة النفسية من خلال ست عمليات هي: القبول، والفصل المعرفي، والذات بوصفها سياقًا، والاتصال بال اللحظة الراهنة والقيم، والالتزام.

وقد أُستُخدم العلاج بالقبول والالتزام في هذا الغرض للإسهام في تقبل الوضع النفسي والاجتماعي والاقتصادي الراهن والتعايش مع مشكلات المرض والخوف من الموت للمسنين. ويفترض هذا النوع من العلاج أنَّ الاضطرابات النفسية تنشأ عن وجود القلق، والنظر إلى الأحداث المرتبطة بالقلق والخوف على أنها مصدر للتهديد، فيسعى الفرد إلى التخلص من هذا القلق والخوف من خلال التجنب والهروب الانفعالي، وهنا يأتي دور العلاج (ACT) في تقبل الأفكار والمشاعر السلبية عوضًا عن محاولة تغيير محتوى هذه الأفكار والمشاعر (عطية، 2011).

ولقد أثبت العلاج بالقبول والالتزام (ACT) فعاليته في تنمية التجهيز الانفعالي كما في دراسة حامد (2013)؛ وفي منع الانتحار كما في دراسة Bailey (2019)؛ وفي خفض التسويف الأكاديمي كدراسة أبو بكر (2017)؛ وفي تقليل الإجهاد وخفض الضغوط النفسية كما في دراسة Wynne (2019).

وبالرغم من ندرة الأبحاث التي استخدمت (ACT) مع عينة المسنين فقد ثبتت فعالية استخدام العلاج بالقبول والالتزام (ACT) مع عديد من المشكلات مثل: الإدمان، وتقلب المزاج، والاضطرابات الذهانية، واضطرابات ما بعد

الصدمة واضطرابات التواصل الاجتماعي، والضييق النفسي، والضرر، والرهابة، والوساوس القهرية، وضحايا الاعتداءات الجنسية والصراعات الزوجية كما في دراسة الفقي (2016). كما أظهرت بعض الدراسات إمكانية استخدام العلاج بالقبول والالتزام في خفض بعض المشكلات مثل: الاكتئاب، والقلق كما في دراسة عطية (2011)؛ ودراسة Landy (2015)؛ ودراسة Twohig (2017)؛ ودراسة الخشة (2018). وخفض التسويف الأكاديمي كما في دراسة صديق (2017). وخفض كرب ما بعد الصدمة كما في دراسة سيد (2018)، وخفض قلق التحدث أمام الجمهور كما في دراسة Yuen (2019)، كما أسهم العلاج (ACT) في تنمية بعض الجوانب الإيجابية في الشخصية كالتجهيز الانفعالي كما في دراسة حامد (2013)؛ والمرونة النفسية كدراسة الفقي (2016)؛ والشفقة بالذات كدراسة Yadavaia (2014)؛ والمرونة الوالدية كدراسة Flujas (2018).

وبعد اطلاع الباحث على الأدب النظري والدراسات السابقة التي تناولت البرامج العلاجية التي استخدمت لعلاج المشكلات لدى المسنين، لاحظ الباحث ندرة الدراسات التجريبية للتعامل مع اضطراب الخوف من الموت لدى المسنين، وقد تميزت الدراسة الحالية بكونها الدراسة الوحيدة على حد علم الباحث التي اهتمت بعينه المسنين فيما يتعلق ببناء برنامج تجريبي حديث في مجال علم النفس العلاجي قائم على العلاج بالتقبل والالتزام في علاج اضطراب الخوف من الموت.

مشكلة الدراسة:

من خلال ملاحظة الباحث لعدد من مشكلات المسنين وبالاطلاع على أدبيات الدراسة والدراسات السابقة التي تناولت البرامج العلاجية لعلاج بعض المشكلات النفسية التي يعانيها كبار السن، وثبوت النقص في وفرة تلك البرامج والدراسات التجريبية، واستناداً لما سبق، فقد تبلورت فكرة البحث الحالي في محاولة للتحقق من إمكانية استخدام العلاج بالقبول والالتزام في علاج اضطراب الخوف من الموت لدى عينة من كبار السن، وتتلخص مشكلة البحث في التساؤلات التالية:

1. هل توجد فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس الخوف من الموت بعد تطبيق البرنامج؟
 2. هل توجد فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الخوف من الموت في القياسين القبلي والبعدي؟
 3. هل توجد فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الخوف من الموت في القياسين البعدي والتبقي؟
- أهداف الدراسة:

1. تقييم فاعلية البرنامج الإرشادي: في تقليل مستويات الخوف من الموت لدى المسنين.
2. تعزيز مهارات التقبل والالتزام لدى المسنين بوصفها وسيلة لمواجهة خوفهم من الموت وتعزيز جودة حياتهم النفسية.
3. تعزيز استمرارية أثر البرنامج العلاجي على المسنين بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.

أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية.

1. تقديم حلول حديثة للإرشاد للنموذج العلاجي (ACT) مما يقدم حلولاً جديدة وأكثر فعالية في معالجة اضطرابات الخوف من الموت.
2. تعزيز البحث العلمي وإثراء الأدب العلمي بمجال الإرشاد النفسي والعلاج المعرفي السلوكي القائم على (ACT) للمسنين.

الأهمية التطبيقية.

1. تقديم نموذج تطبيقي للمرشدين النفسيين: يمكن استخدام نتائج الدراسة وتوصياتها بوصفها نموذجاً عملياً يمكن للمرشدين النفسيين الاستفادة منه في تصميم برامج علاجية فعالة لمواجهة اضطراب الخوف من الموت.
 2. رفع مستوى الوعي: تسهم الدراسة في رفع مستوى الوعي بأهمية الصحة النفسية للمسنين، وأهمية تقديم الدعم اللازم لهم؛ مما يمكن أن يؤثر إيجاباً على سياسات الرعاية الصحية والاجتماعية.
- حدود الدراسة:

- 1- الحدود الزمنية: أجري البحث في العام (2023).
 - 2- الحدود المكانية: طُبّق البحث على عينة من المسنين الذكور المراجعين لعددٍ من الجمعيات الخيرية بمنطقة جدة.
 - 3- الحدود البشرية: بلغت عينة البحث (20) ذكراً من المسنين تتراوح أعمارهم من (60) سنةً إلى (80) سنة.
- مصطلحات الدراسة:

تتحدّد مصطلحات الدراسة الحالية على النحو الآتي:

1- الفاعلية Effectiveness

إجراءً: هي الأثر المنشود والمرغوب الذي ينتج عن البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي بهدف علاج اضطراب الخوف من الموت لدى كبار السن.

2- البرنامج الإرشادي Counseling Program

هو البرنامج الذي يتمّ إعداده وتخطيطه عبر الأسس العلمية النفسية والتربوية بهدف تقديم خدمات تساعد على النمو والتطور وتقديم خدمات إرشادية تستخدم الأسلوب الفردي أو الجماعي بطريقة مباشرة وغير مباشرة" (زهران، 2003، 499).

ويعرّف الباحث البرنامج الإرشادي إجرائياً أنه: مجموعة من الإجراءات الإرشادية المترابطة والمنظمة التي تتمثل في الفنيات الإرشادية الفردية والجماعية التي يستخدمها المرشد بهدف علاج اضطراب الخوف من الموت لدى كبار السن.

3- الإرشاد المعرفي السلوكي Counseling Cognitive Behavioral

هو الأسلوب الذي يهدف إلى تعديل الاعتقادات غير العقلانية وغير الواقعية والخاذلة للذات وتعليم المسترشد أساليب تفكير أكثر عقلانية وأكثر إيجابية عن طريق الحوار الفلسفي والطرق الإقناعية. (Menzies, et al., 2017:37-43).

ويعرف الباحث الإرشاد المعرفي السلوكي في البحث الحالي بأنه نموذج تعليمي يُكسبُ المسنين المعرفة والمهارات الفنية تجاه ما يؤثر في حياتهم وطريقة تفكيرهم في الموت ليتمكنوا من مواجهتها والتغلب عليها.

4- البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Counseling Program

هو برنامج مُحطَّط يستند إلى: مبادئ، وتقنيات، وأساليب، تتعلق بالجوانب المعرفية، والانفعالية، والسلوكية عند الفرد، وتتضمن مجموعة من الخبرات والممارسات، والمهارات، والتكاليف، والواجبات بقصد علاج اضطراب الخوف من الموت لدى كبار السن عينة البحث.

5- العلاج بالقبول والالتزام Acceptation Commitment Therapy (ACT)

وهو أحد نماذج الموجة الثالثة للعلاج السلوكي الحديث، الذي يقوم على زيادة المرونة النفسية والقدرة على الاتصال بال اللحظة الحالية، وردود الفعل النفسية التي تنتجها، وتعتمد على الموقف، أو تغير السلوك من أجل أغراض ذات قيمة، وتُحقق المرونة النفسية من خلال ما يلي. القبول، والقيم، والتفريغ المعرفي، وعيش الحاضر، والذات في السَّياق والقيم الذاتية، والذات بوصفها عملية، ووقف الأفكار السلبية. (Fletcher, L., Hayes, 2005).

ويعرف إجرائيًا بأنه: البرنامج العلاجي المستخدم في البحث الحالي والقائم على مبادئ العلاج بالقبول والالتزام وفتياته بهدف خفض أعراض اضطراب الخوف من الموت لدى كبار السن.

6- الخوف من الموت fear of death

هو "التوتر والقلق من الموت والتفكير المستمر به، وسيطرة فكرة الموت لدى المسن، وتكرار فكرة الموت" (القيق. 2016، 7).

التعريف الإجرائي: يعرفه الباحث بأنه الدرجة التي يتحصل عليها كبير السن من خلال الأداء على مقياس الخوف من الموت لدى كبار السن في الدراسة الحالية.

7- المسن:

يعرفه الباحث بأنه: الشخص الذي تجاوز عمره (60) عامًا فأكثر، ويسكن في منطقة جدة.

فروض الدراسة:

1. يوجد فرق دال إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس الخوف من الموت لصالح القياس القبلي.

2. يوجد فرق دال إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس الخوف من الموت في اتجاه المجموعة الضابطة.
3. لا يوجد فرق دال إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس الخوف من الموت.

الطريقة والإجراءات

منهج الدراسة:

استخدم الباحث المنهج التجريبي التصميم شبه التجريبي ذا القياسات القبليّة والبعديّة بتصميم المجموعتين "التجريبية والضابطة"؛ بهدف دراسة فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي قائم على العلاج بالقبول والالتزام في خفض مستوى الخوف من الموت لدى كبار السن، بحيث يمثل البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي القائم على العلاج بالقبول والالتزام (المتغير المستقل)، في حين يمثل اضطراب الخوف من الموت (المتغير التابع).

مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع البحث من كبار السن في منطقة جدة من فئة الذكور.

عينه الدراسة:

تكونت عينه التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث: من (80) فردًا من كبار السن، وتراوحت أعمارهم الزمنية بين (60-80) سنة من المسنين الذكور. في حين تكونت العينة الأساسية للبحث في صورتها النهائية من (20) فردًا من كبار السن، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (60-80) سنة، تم توزيعهم عشوائيًا إلى مجموعتين هما: (10) أفراد يمثلون المجموعة التجريبية، و(10) أفراد يمثلون المجموعة الضابطة، وأجري التجانس والتكافؤ بين المجموعتين على متغير اضطراب الخوف من الموت كما يلي:

التكافؤ من حيث اضطراب الخوف من الموت:

استخدم الباحث اختبار مان-وتني لعينتين مستقلتين (Mann-Whitney) للتحقق من دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الخوف من الموت قبل تطبيق البرنامج، ويوضح جدول (1) نتائج تجانس المجموعتين على المقياس.

جدول 1

نتائج اختبار "مان-وتني" للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الخوف من الموت قبل تطبيق البرنامج.

المتغير	الإحصاءات المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الخوف من الموت	المجموعة التجريبية	10	10.00	100.00	-0.380	(0.704)
	المجموعة الضابطة	10	11.00	110.00		غير دالة

يُوضح من الجدول السابق أنّ قيمة (Z) بلغت (-0.380) لمقياس الخوف من الموت، وهي قيمة غير دالة إحصائيًا؛ مما يدل على عدم وجود فرق دال إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات الأفراد بالمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الخوف من الموت، وهذا يشير أيضًا إلى تجانس مجموعتي البحث في الخوف من الموت قبل تطبيق البرنامج.

أدوات الدراسة

1- مقياس الخوف من الموت لدى كبار السن إعداد الباحث

يهدف المقياس إلى تقييم درجة الخوف من الموت لدى كبار السن.

خطوات بناء المقياس

اطَّلَعَ الباحثُ على الأدبيات التربوية والنفسية السابقة ذات العلاقة بالخوف من الموت، كما اطَّلَعَ على مجموعة من المقاييس العربية المقتنة مثل مقياس أبي صالح (2013) ومقياس أبو علام (2010) وفي ضوء ذلك حدَّد تعريفًا اصطلاحيًا و ثم حدَّد تعريفًا إجرائيًا مناسبًا للخوف من الموت، ثم تعرَّف إلى كل الأبعاد التي تناولها الباحثون، واعتمد ثلاثة أبعاد اتفق عليها معظمهم، وصيغت مجموعة من العبارات لكل بُعد من الأبعاد وتمَّ عرضها على مجموعة من المختصين لكسب الصِّدْق الظَّاهري للمقياس.

وصف المقياس في صورته النهائية:

اشتمل مقياسُ الخوف من الموت في صورته النهائية على (40) فقرة، وقد تأكَّد الباحثُ من صدق المقياس، وثبات نتائجه من خلال عينة استطلاعية قوامها (80) فردًا من كبار السن من خارج عينة البحث الفعلية، وفقًا للإجراءات التالية:

التحقُّق من الخصائص السيكومترية لمقياس الخوف من الموت لدى كبار السن.

صدق المقياس

الصِّدْقُ الظَّاهري (المحكِّمين):

عُرِضَ المقياسُ على مجموعة من أساتذة الجامعات المختصين بمجالات علم النفس والإحصاء، حيث استرشد بآراء (9) محكِّمين، وأخذ بمعظم الآراء التي وردت حول العبارات وصياغتها، وبُناءً على ذلك تمَّ حذفُ بعض الفقرات، وإعادة صياغة فقرات أخرى، وإضافة فقرات جديدة.

صدق المقارنة الطرفية:

تمَّ تحديدُ أعلى وأدنى (27%) من الدرجات؛ لتمثُّل مجموعة أعلى (27%) الأفراد المرتفعين، وتمثُّل مجموعة أدنى (27%) من الدرجات الأفراد المنخفضين، وباستخدام اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) البارامتري للتحقُّق من دلالة الفروق بين عينتين مستقلتين، ويوضح جدول (2) النتائج حيث جاءت على النحو التالي:

جدول 2

نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس الخوف من الموت لدى كبار السن.

المقياس	المجموعة	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتني (U)	قيمة (Z)	تفسير الدلالة
مقياس الخوف من الموت ككل	أدنى الأداء	22	11.50	253.00	0.000	-5.682	دالة إحصائية عند 0.001
	أعلى الأداء	22	33.50	737.00			

يتضح من خلال جدول (2) أنَّ قيمة (Z) المحسوبة قد بلغت (-5.682)، وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى (0.001) الأمر الذي يشير إلى وجود فرقٍ دالٍ إحصائيًا عند مستوى (0.001) بين متوسطي رتب درجات الأفراد

منخفضي ومرتفعي الأداء على مقياس الخوف من الموت في اتجاه الأفراد مرتفعي الأداء؛ ما يدل على القدرة التمييزية العالية للمقياس وصدق المقارنة الطرفية.

صدق التكوين الفرضي:

تمّ حساب معاملات ارتباط بيرسون بين المفردات والدرجة الكلية للمقياس لعينة (80)، وقد خلصت النتائج إلى:

جدول 3

معاملات ارتباط بيرسون بين المفردات والدرجة الكلية لمقياس الخوف من الموت

المفردة	الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس	المفردة	الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس	المفردة	الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس
1	**0.519	15	**0.511	29	**0.536
2	**0.623	16	**0.648	30	**0.593
3	**0.482	17	**0.711	31	**0.628
4	**0.664	18	**0.541	32	**0.666
5	**0.494	19	**0.422	33	**0.661
6	**0.562	20	**0.587	34	**0.602
7	**0.593	21	**0.623	35	**0.661
8	**0.535	22	**0.641	36	**0.391
9	**0.650	23	**0.553	37	**0.290
10	**0.536	24	**0.595	38	**0.346
11	**0.406	25	**0.441	39	**0.488
12	**0.524	26	×0.228	40	**0.453
13	**0.622	27	**0.390		
14	**0.657	28	**0.602		

(*) دال عند مستوى (0.05) * داله عند مستوى (0.01).

يتضح من الجدول السابق أنّ قيم معاملات الارتباط بين المفردات والدرجة الكلية لمقياس الخوف من الموت تراوحت ما بين (0.228×0.711) وجميعها قيم دالة إحصائية عند مستويي دلالة (0.05) و(0.01)؛ مما يؤكد تجانس المقياس وتماسكه الداخلي.

ثبات المقياس:

تحقق الباحث من ثبات المقياس باستخدام طريقتين: التجزئة النصفية (باستخدام معادلي جوتمان، وتصحيح الطول سيرمان براون. ومعامل ألفا-كرو نباخ، على عينة قوامها (80) فردًا من كبار السن، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول 4

معاملات ثبات مقياس الخوف من الموت لدى كبار السن

المتغير	عدد المفردات	معامل التجزئة "سيرمان-براون"	معامل جوتمان	معامل ألفا-كرو نباخ
		قبل التصحيح	بعد التصحيح	
	40	0.897	0.946	0.936

ويتضح من خلال الجدول السابق أنّ معاملات ثبات ألفا-كرو نباخ والتجزئة النصفية باستخدام معادلي سيرمان-براون وجوتمان مقبولة؛ مما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات والاستقرار.

تصحيح مقياس الخوف من الموت:

اتَّبَعَ الباحثُ سُلَّم قِياسِ خَماسِي التَّرتِيب (ليكارت) تنطبق على تمامًا (5)، وتنطبق على أحيانًا (4)، وتنطبق على نادرًا (3) ولا تنطبق على (2) ولا تنطبق على أبدًا (1) هذا وقد تكوَّن المقياسُ من (40) عبارةً منها (ثلاث) عبارات عكسية.

2- البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي القائم على العلاج بالقبول والالتزام لعلاج اضطراب الخوف من الموت لدى المسنين.

خطوات إعداد البرنامج:

- 1- الاطلاع على عددٍ من الأطر النظرية ذات العلاقة بموضوع الإرشاد المعرفي السلوكي. والعلاج (ACT) والخوف من الموت.
- 2- التعرف إلى خصائص العينة.
- 3- تحديد الأهداف العامة والخاصة للبرنامج الإرشادي وصياغتها.
- 4- تحديد الجوانب والمهارات والخبرات التي سيُدرَّب أفراد المجموعة الإرشادية عليها لإكسابها لهم.
- 5- صياغة محتوى البرنامج الإرشادي في عددٍ من الجلسات تحتوي على أهم المعلومات والمهارات التي ينبغي تزويد أفراد المجموعة الإرشادية بها، والفنيات المستخدمة في هذه الجلسات، وكذلك الأساليب الإرشادية.
- 6- تحديد الإجراءات والأساليب التي سيتبعها الباحث مع أفراد المجموعة الإرشادية في أثناء البرنامج الإرشادي مثل الواجبات المنزلية والأنشطة المرافقة للبرنامج الإرشادي القائم على (ACT).
- 7- مقابلة أفراد العينة التجريبية والضابطة لتحديد آلية تطبيق البرنامج الإرشادي القائم على (ACT) والخدمات التي سوف يقدِّمها البرنامج لهم، وآلية الاتصال والتواصل مع الباحث، ومعرفة أهم احتياجاتهم التي تسهل وصولهم إلى مكان تنفيذ البرنامج الإرشادي.
- 8- تمَّ تحديد وقت كل جلسةٍ بعدد (45) دقيقةً بواقع (18) جلسة.

تعريف برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي القائم على العلاج بالقبول والالتزام (ACT)

وهو برنامج إرشادي معرفي سلوكي مستند على العلاج بالقبول والالتزام؛ لمساعدة أفراد المجموعة التجريبية من كبار السن ليكتسبوا بعض المهارات المناسبة، وقد استند في إعداد البرنامج الحالي للدراسات والأبحاث التي تناولت موضوع (ACT)، والاطلاع على البرامج الإرشادية والمهارات التي اهتمت بهذه الفئة حيث أُستُفيد من دراسات كلٍّ من محمد (2010)؛ والفقي (2016)؛ وأرنو (2018).

صدق البرنامج:

عُرِضَت الصُّورَةُ الأولى قبل التَّطبيق على لجنةٍ من المختصين في الإرشاد النَّفسي وعلم النَّفس، بلغ عددهم (9) محكِّمين، وطُلب منهم تحديد مدى ملائمة كل جلسة لعينة الدِّراسة والوقت المخصَّص لها، واعتمد إجماع المحكمين بنسبة (80%) وتمثَّلت ملاحظات المحكِّمين في تعديل بعض الصياغة اللغوية، وترتيب الجلسات، وإضافة بعض المهارات والفنيات وحذف بعضها الآخر.

الأهداف العامة للبرنامج:

الهدف العلاجي. ويتمثل في استخدام فنيات العلاج (ACT) لعلاج الخوف من الموت لدى المسنين.

الأهداف الإجرائية:

- 1- ممارسة الوعي الفعّال للأحداث الخاصة من خلال استدعائها عن طريق تاريخ الفرد.
- 2- الإزالة والتقليل من الخطر المعرفي من خلال تغيير الوظائف غير المرغوب فيها للأفكار.
- 3- الاتصال المستمر غير التحكّمي بالأحداث التّفسية وبالأحداث في البيئة كما تحدث.
- 4- التدريب على النظر إلى الذات بوصفها سياقاً، وقد نشأت عن هذه الفكرة بعض المفاهيم مثل: التعاطف والإحساس بالذات.
- 5- مساعدة المسنين على إدراك تأثير سعة الخيلة على حياتهم.
- 6- مساعدة المسنين على معرفة فوائد التفاؤل.
- 7- مساعدة المسنين على ضرورة تحديد الهدف الذي يساعدهم على الحفاظ على عدم الخوف من الموت.
- 8- مساعدة المسنين على الاتصال بال اللحظة الحالية، وبالأحداث البيئية.

مُخطّط البرنامج:

جدول 5

جلسات البرنامج ومحتوياته وفنياته

الجلسة	العنوان	المحتوى والفنيات
0	تعارف بناء العلاقة الإرشادية	المناقشة، الحوار، المحاضرة، الواجب المنزلي.
1.	مفهوم الخوف من الموت، والأعراض، والآثار السلبية	المناقشة والحوار، عرض شرائح بوروينت، نشرات ومطويات (مادة نظرية تتحدث عن الخوف من الموت)، مجموعات عمل صغيرة للنقاش والحوار، الواجب المنزلي.
2.	استخدام مهارة خفض الحساسية التدريجي	الحوار والنقاش، والنمذجة (تطبيق عملي لخفض الحساسية التدريجي)، فنية خفض الحساسية التدريجي، الواجب المنزلي.
3.	التدريب من خلال أسلوب السيكو دراما (التمثيل التّفسي المسرحي)	الحوار والنقاش، ولعب الأدوار (من خلال عرض مسرحي هادف يوضح فيه كيفية التصرف في أثناء المواقف المقلقة والمخيفة)، والواجب المنزلي.
4.	التدريب على أسلوب الاسترخاء العضلي	النمذجة، تطبيق عملي للاسترخاء على أحد المشاركين، الواجب المنزلي.
5.	التدريب على مهارة إدارة الوقت	النمذجة (نموذج عملي موضّح فيه كيفية إدارة الوقت)، الحوار والنقاش، لعب الأدوار (من خلال عرض مسرحي هادف يوضح فيه أهمية تنظيم الوقت. الواجب المنزلي.
6.	استخدام أسلوب توكيد الذات	الحوار والنقاش، والنمذجة (مثال توضيحي)، مجموعات عمل صغيرة
7.	القبول والوعي بالأحداث	القبول بوصفه بديلاً للتجنّب.
8.	تغيير الأفكار وتبديلها	الإزالة والتقليل من الخطر المعرفي، التشبّث المعرفي، الحوار والنقاش، تقليل الحساسية الموقفية.

الجلسة	العنوان	المحتوى والفنيات
9.	تنمية الاتصال مع اللحظة الراهنة	الاتصال باللحظة الحالية.
10.	الإحساس بالذات- الاتصال بالذات بوصفها سياقاً	الذات بوصفها سياقاً، والمناقشة والحوار، والتعزيز، والتغذية الراجعة، والواجب المنزلي.
11.	مفهوم القيم وتحديد القيم	تحديد القيم واختيارها، وتحديد الأهداف، والالتزام والإصرار، والحوار والنقاش، والتغذية الراجعة، والتعزيز، والواجب المنزلي، والتشكيل.
12.	كيف تتعامل مع الأفكار مع التخلي عن السيطرة؟	الحوار والمناقشة، وعيش للحظة الحالية، والواجب المنزلي.
13.	ممارسة التَّعَبُّل والتَّقبُّل، وكيف تتعرف إلى السلوكيات غير المفيدة	التَّقبُّل، والحوار والمناقشة، والتأمل، والواجب المنزلي.
14.	التعلُّق بالأفكار والانفصال عن أفكارك	التَّقبُّل، والحوار والمناقشة، وفك الاندماج المعرفي، وعيش اللحظة الحالية، والواجب المنزلي.
15.	الاختيار وغرس التراحم الذاتي وكيفية تجاوز الحزي والنقد الذاتي	الحوار والمناقشة، والتَّقبُّل، وعيش اللحظة الحالية، والتراحم، والواجب المنزلي.
16.	تحديد المخاوف الأساسية وعقد العزم على العيش بجرأة واتخاذ موقف شجاع.	التعرض، والحوار والمناقشة، والتَّقبُّل، والواجب المنزلي.
17.	كيف تتقبَّل الأشياء الصعبة وتدرِّبات على التعرض لاستهداف المخاوف	التعرض، والتَّقبُّل، والحوار والمناقشة، والواجب المنزلي.
18.	إنهاء البرنامج وتقويمه (جلسة ختامية)	الإلقاء، والحوار والنقاش.

- الأساليب الإحصائية المستخدمة

استخدم الباحث مجموعة من الأساليب الإحصائية في البحث الحالي تمثلت فيما يلي:

- 1- المتوسطات الحسابية.
- 2- معامل الارتباط الخطي البسيط لبيرسون.
- 3- معامل ألفا-كرو نباخ والتجزئة النصفية.
- 4- (معادلتا سبيرمان-براون، جوتمان).
- 5- اختبار ويلكوكسون اللابارامتري (Wilcoxon on Test).
- 6- اختبار مان-ويتني (Mann-Whitney).
- 7- حجم الأثر.

نتائج الدراسة ومناقشتها

نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

نصَّ الفرض الأول على أنه "يوجد فرق دالٌّ إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس الخوف من الموت لصالح القياس القبلي" وقد استخدمَ الباحث اختبار ويلكوكسون اللابارامتري

(Signed-Rank Test Wilcoxon)؛ لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين مرتبطتين، كما يتضح ذلك من خلال جدول 6.

جدول 6

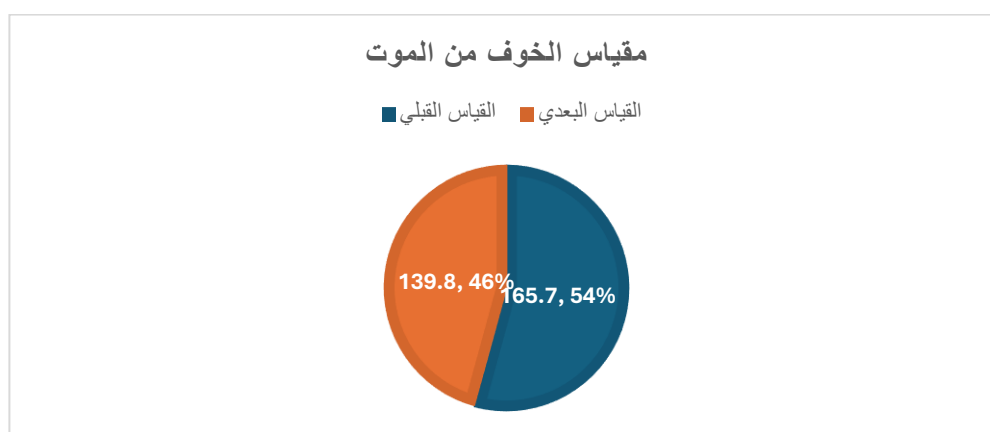
نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس الخوف من الموت (ن=10)

المتغير	القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	الدلالة	حجم الأثر
الخوف من الموت	قبلي	10	5.50	55.00	-2.803	(0.005)	(0.627)
	بعدي	0	0.00	0.00		دال عند 0.01	تأثير قوي
	الرتب المتساوية	0					

ويظهر من جدول (6) أنَّ قيمة (Z) بلغت (-2.803) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى (0.01) وهذا يشير إلى وجود فرق دال إحصائيًا عند مستوى (0.01) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده في مقياس الخوف من الموت لصالح القياس القبلي؛ مما يعني انخفاض مستوى الخوف من الموت لدى أفراد المجموعة التجريبية نتيجة لتعرضهم للبرنامج المستخدم في الدراسة الحالية، كما يدل ذلك على تحقق الفرض الأول، ويتضح من خلال الجدول أنَّ حجم التأثير الذي أحدثه البرنامج الإرشادي في خفض الخوف من الموت كبير، حيث بلغت قيمته (0.627) وهي قيمة ذات تأثير قوي وفقًا لحك كوهين (Cohen, 1988) لقيم حجم التأثير $r = 0.1$ (تأثير ضعيف) و $r = 0.30$ (تأثير متوسط)، و $r = 0.50$ (تأثير قوي) (Gallant, 2011) ويوضح الشكل البياني (1) الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في مقياس الخوف من الموت:

شكل 1

الفروق في أداء المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس الخوف من الموت.



كما حسب الباحث مُعدّل التغيّر بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في متغيّر الخوف من الموت، وهو ما توضحه نتائج جدول (7) فيما يلي:

جدول 7

معدل التغير الحادث بين متوسط درجات القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس الخوف من الموت

المتغير	القياس القبلي	القياس البعدي	الفرق بين المتوسطين	معدل التغير/ التحسن
	س 1	س 2		
مقياس الخوف من الموت ككل	165.7	139.8	25.9	%15.63

يتضح من جدول (7) أن هناك معدلات تغير حادثة بين متوسط درجات القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس الخوف من الموت لصالح القياس القبلي، حيث بلغ معدل التغير الحادث (%15.63) هو معدل تغير جيد يدل على وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدى نتيجة التعرض للبرنامج الإرشادي، ويعني هذا أن هناك انخفاضاً في درجات كبار السن على مقياس الخوف من الموت في القياس البعدى.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن برنامج العلاج (ACT) يتضمن مجموعة من العمليات الأساسية التي ساعدت على تحسن اضطراب الخوف من الموت، فعملية التقبل والرضا عن الوضع الحالي والاختلاف الذي يشعر به كبار السن ساعدهم على تحسن أفكارهم عن الخوف والقلق؛ حيث يشعر كبار السن من داخلهم بأنهم أشخاص أقوياء دون المعاناة في حل المشكلات، والتعامل مع المشاعر من خلال الأفكار التي تؤدي إلى هذه المشاعر باستخدام تقليل التوتر وإزالتها بفصل العلاقة بين الأفكار عن الذات، واستخدام الذات بوصفها سياقاً، والتحكم في الذات، فهو ملائم لكبار السن في تنمية الذات ويتفق هذا مع ما خلصت إليه دراسة (Swain 2015) بأن العلاج (ACT) يمكن أن يحسن من القدرة على الاتصال باللحظة الراهنة واستخدام اللغة بوصفها دعم نفسياً واجتماعياً.

هذا بالإضافة إلى ما تضمنه برنامج علاج (ACT) من فنيات وأنشطة تقدم عمليات عقلية تتمثل في التذكر ومحاولة فصل المشاعر في المواقف السابقة للفرد عن الأفكار المتولدة منه، فإن (ACT) يركز على العمليات العقلية والانفعالية بجانب مجموعة من الأساليب السلوكية لعلاج اضطراب الخوف من الموت تتضمن حالة من التفاؤل حتى يستطيع المسن السيطرة وتحدي الذات، وتحدي الموقف والتعامل معه، ومن أنواع العوامل التي تدعم وتعمل على خفض اضطراب الخوف من الموت ومنها ما هو مرتبط بأفراد العينة الإرشادية، وتقبلهم لخفض الاضطراب، بالرغم من الصعاب التي يواجهونها مثل: الإيجابية، والمهارات الاجتماعية، والضبط الداخلي والخارجي، والسيطرة والصلاية والتحكم، والمرح والتفاؤل، ووضوح الأهداف والغايات، وسعة الخيلة، ومنها ما هو مرتبط بالبيئة المحيطة بهم مثل: الأسرة، والعلاقات مع الأصدقاء، والثقة في الآخرين التي حاول (ACT) توفيرها من خلال التركيز على القيم، والتي تبنتها المجموعة مثل قيم التعاون، والثقة بالنفس وقيمة الصداقة، والتحدي. (Shape & Miller, 2008).

نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

ينص هذا الفرض على أنه "يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس الخوف من الموت في اتجاه المجموعة الضابطة"، وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) الاربامترى (Nonparametric) لتحديد دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى، وذلك على الدرجة الكلية لمقياس الخوف من الموت وجدول (8) يوضح ذلك.

جدول 8

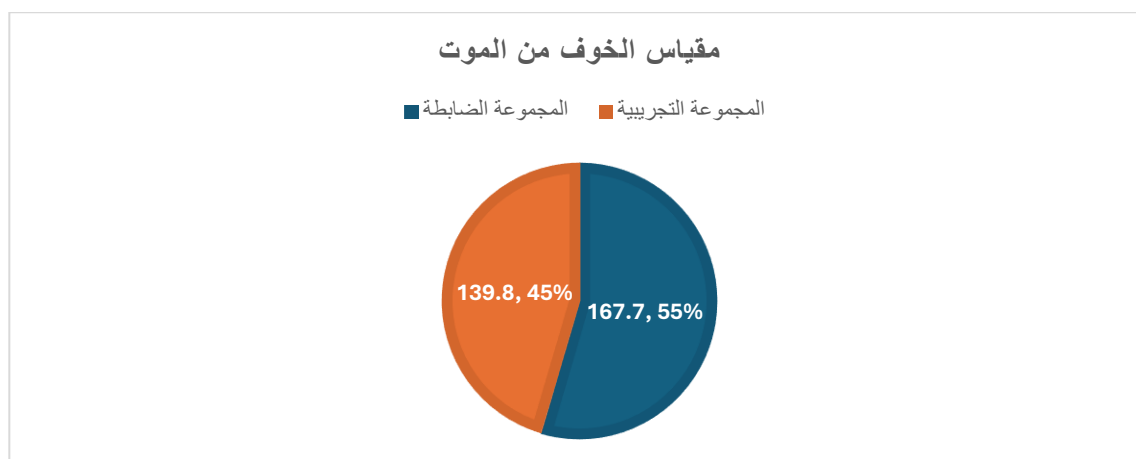
نتائج اختبار "مان-ويتني" للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس الخوف من الموت (ن = 1 ن = 2) (10=2)

المتغير	الإحصاءات المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتني U	قيمة Z	مستوى الدلالة	حجم الأثر
الخوف من الموت	المجموعة التجريبية	10	5.50	55.00	0.000	-3.785	(0.000)	(0.846)
	المجموعة الضابطة	10	15.50	155.00			دال عند 0.001	تأثير قوي

يُتضح من جدول (8) وجود فرق دالٍ إحصائيًا عند مستوى دلالة (0.001) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس الخوف من الموت، وذلك في اتجاه أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج؛ مما يعني انخفاض درجات أفراد المجموعة التجريبية الذين شاركوا في جلسات البرنامج مقارنةً بدرجات أفراد المجموعة الضابطة التي لم تتعرض لجلسات البرنامج؛ وهذا يشير إلى تحقق الفرض الثاني للدراسة، ويوضح الشكل البياني (2) الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي في اضطراب الخوف من الموت:

شكل 2

الفروق في أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الخوف من الموت بعد تطبيق البرنامج



ويرى الباحث أن تلك الفروق ترجع إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في تخفيف حدة التوتر والخوف والقلق من الموت لدى المسنين، ويتفق هذا مع ما أكدته دراسة كلٍّ من (2006) Hayes؛ ودراسة (1999) Former؛ ودراسة (2011) Ethereal التي تدعم فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي القائم على العلاج (ACT) في تقليل اضطراب الخوف من الموت لدى المسنين، وتوضح أهمية هذا النوع من التدخلات في تحسين الصحة النفسية للمسنين من خلال تقليل القلق المتعلق بالموت وزيادة جودة الحياة.

وتشير النتائج الحالية إلى فاعلية البرنامج الحالي في خفض قلق الموت لدى كبار السن، وتوفر هذه النتائج معلومات قيمة للممارسين في مجال الصحة النفسية الذين يعملون مع كبار السن، مع أهمية التأكيد على أن قلق الموت هو شعور طبيعي وصحي لدى كبار السن، إذ لا يهدف البرنامج إلى القضاء تمامًا على قلق الموت، بل إلى مساعدة المسنين على التعامل معه بطريقة أكثر فاعلية.

نتائج الفرض الثالث ومناقشتها:

ينصُّ الفرضُ الثالثُ على أنَّه "لا يوجد فرقٌ دالٌّ إحصائيًّا بين متوسّطي رُتب درجات أفراد المجموعة التَّجريبية في القياسين البعدي والتتبُّعي لمقياس الخوف من الموت"، ولاختبار صحة هذا الفرض؛ ولتحديد وجهة دلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبُّعي للمجموعة التَّجريبية في الخوف من الموت، واستخدم الباحثُ اختبار ويلكوكسون اللابارامترى (Signed-Rank Test Wilcoxon)؛ لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين مرتبطتين، كما يتضح ذلك من خلال جدول 9.

جدول 9

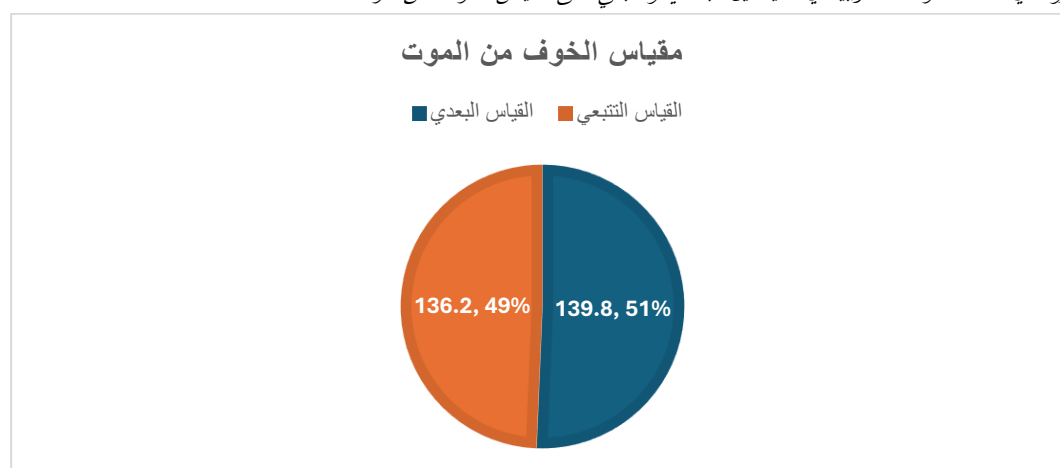
نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسّطي رتب درجات أفراد المجموعة التَّجريبية في القياسين البعدي والتتبُّعي لمقياس الخوف من الموت (ن=10).

المتغير	القياس	العدد	متوسّط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	الدلالة
الخوف من الموت	بعدي / الرتب السالبة	10	5.50	55.00	-2.842	0.004
	تتبُّعي / الرتب الموجبة	0	0.00	0.00		عند 0.01
	الرتب المتساوية	0				

ويُتَّضح من جدول (9) عدم تحقُّق الفرض الثالث، حيث بلغت قيمة (z) (2.842) وهي قيمة دالة إحصائيًّا عند مستوى (0.01)؛ مما يشير إلى وجود فرقٍ دالٍّ إحصائيًّا عند مستوى (0.01) بين متوسّطي رتب درجات أفراد المجموعة التَّجريبية في القياسين البعدي والتتبُّعي لمقياس الخوف من الموت في اتجاه القياس البعدي؛ وهذا يدلُّ على استمرار فعالية البرنامج المستخدم في الدِّراسة الحالية في خفض الخوف من الموت لدى أفراد المجموعة التَّجريبية، ويوضِّح الشَّكلُ البياني (3) الفروق بين القياسين البعدي والتتبُّعي للمجموعة التَّجريبية على مقياس الخوف من الموت.

شكل 3

الفروق في أداء المجموعة التَّجريبية في القياسين البعدي والتتبُّعي على مقياس الخوف من الموت



كما حسب الباحث معدل التغير بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبُّعي للمجموعة التَّجريبية في متغير الخوف من الموت، وهو ما توضحه نتائج جدول (10) فيمايلي:

جدول 10

معدل التغير الحادث بين متوسط درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس الخوف من الموت.

المتغير	القياس البعدي	القياس التتبعي	الفرق بين المتوسطين	معدل التغير/التحسن
	س 1	س 2		
مقياس الخوف من الموت ككل	139.8	136.2	3.60	2.58%

يتضح من جدول (10) أنَّ هناك مُعدَّلات تغيُّر حادثة بين متوسط درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس الخوف من الموت، حيث بلغ معدل التغيُّر الحادث (2.58%) وهو مُعدَّل تغيُّر منخفض وهذا يعني أنَّ هناك انخفاضاً بسيطاً في درجات كبار السن على مقياس الخوف من الموت في القياس التتبعي مقارنةً بالقياس البعدي.

يرى الباحث أنَّ النتائج التي خلصت إليها الدِّراسة تؤكد فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي القائم على العلاج بالتقبُّل والالتزام (ACT) في تقليل الخوف من الموت لدى المسنين، ليس فقط في القياس البعدي، ولكن أيضاً على المدى الطويل كما هو موضَّح في القياس التتبعي. تتسق هذه النتائج مع الدِّراسات السابقة التي أظهرت أنَّ (ACT) يمكن أن يؤدي إلى تغييراتٍ مُستدامة في السلوك والتفكير؛ مما يعزِّز من الصحة النَّفسية وجودة الحياة لدى المسنين. كما في دراسة (Hayes 2006) التي اتفقت مع الدِّراسة الحالية في أنَّ العلاج بالتقبُّل والالتزام يعزز من القدرة على التَّعامل مع الأفكار والمشاعر السلبية بطرق مُستدامة؛ مما يؤدي إلى تحسينات طويلة الأمد في الاضطرابات النَّفسية.

ولقد اتفقت دراسة (Forman 2007) مع الدِّراسة الحالية على أنَّ (ACT) يظهر فعاليةً مستمرة في معالجة القلق والاكتئاب مع مرور الوقت؛ مما يؤكِّد استمرارية التأثيرات الإيجابية بعد انتهاء العلاج. كما اتَّفقت دراسة (2016) Graham مع نتائج الدِّراسة الحالية بتقديم أدلة على أنَّ التَّدخُّلات القائمة على (ACT) يمكن أن تكون فعالةً على المدى الطويل في تقليل القلق والضغط النَّفسي، مشيرة إلى أنَّ الفوائد المكتسبة من العلاج يمكن أن تستمر لفتراتٍ طويلة بعد انتهاء الجلسات العلاجية. وأخيراً اتفقت دراسة (Karla 2011) مع نتائج الدِّراسة الحالية، التي أكدت أنَّ (ACT) يمكن أن يؤدي إلى تغييراتٍ مُستدامة في السلوكيات والتفكير؛ مما يعزِّز من فعالية التَّدخُّلات العلاجية على المدى الطويل.

وبناءً على ملاحظة الباحث ومناقشة المشاركين يتَّضح أنَّ العلاج قد ساعد المسنين على اكتساب مهارة المرونة النَّفسية وتقبُّل الحزن وتقبُّل وضعهم الاجتماعي الجديد، والتدريب على اليقظة الذهنية، والتركيز على اللحظة الراهنة ومسؤولياتها وتحديد القيم واستحضارها والعيش بها (قيم أنَّ الحياة ثمينة ينبغي عيشها والاستمتاع بها، وقيم السَّعادة والمشاركة في الحياة الأسرية والاجتماعية، وقيم الحرص على الأبناء) والعمل من أجل تحقيقها، الأمر الذي يساعد على انخفاض شعورهم بالتشاؤم والحزن، وخروجهم من عزلتهم الاجتماعية وازدياد اهتمامهم بالحياة الاجتماعية، واستعادتهم للطاقة، وانخفاض شعورهم بالخوف من الموت والوهن، وازدياد استمتاعهم بالحياة عموماً.

تعليق عام على النتائج:

إنَّ استمرار فعالية برنامج (ACT) في علاج اضطراب الخوف من الموت لدى المجموعة الإرشادية. يؤكد رأي (Hayes 2006) في أنَّ (ACT) يركِّز على تعديل علاقة الفرد بأفكاره عوضاً عن تجنُّبها، وتنمية مهارات تعليمية للفرد في مواجهة المواقف والشدائد والتغيُّرات الطارئة التي تحدث لأفراد العينة الإرشادية؛ مما ساعد على استمرارية فعالية البرنامج

بعد تطبيق البرنامج بفترة زمنية، ويمكن تفسير النتيجة في ضوء أدبيات (ACT) في أنه يجعل الفرد أكثر فعالية في حياته، واستخدام العمليات الرئيسة المتضمنة في البرنامج لتحقيق أهدافه، والتركيز على القبول والالتزام بما يفعل، والقيم، وهو ما اتفق مع دراسة كل من (Moran 2015)؛ ودراسة عطية (2011)؛ ودراسة Bailey (2019)، كما أنه يهدف إلى تحسين الاتصال مع الذات، والإحساس بالذات، وهو مكون أساسي لكبار السن الذين يجب عليهم أن ينتبهوا لأنفسهم، وبخاصة في المواقف الضاغطة والحزنة التي يشعرون فيها بالضييق والتوتر، والتي تشمل تغييراً في الانفعالات، فيحاول باستخدام ما تدرب عليه في البرنامج إعادة التوازن مجدداً، وليسيطر على جسمه، وهو ما ركز البرنامج العلاجي عليه في جلساته المتعلقة بالتعامل مع الذات بوصفها سياقاً وهو ما يتفق مع دراسة نبال حامد (2013)؛ ودراسة شويخ (2008).

كما تبين أن (ACT) له عديد من الآثار في التخفيف من أعراض الخوف والقلق، خاصة فيما يتعلق بالمحافظة على المكاسب العلاجية، وتجنب الانتكاس، وتحسين نوعية الحياة. وتشير نتيجة البحث الحالي إلى أن فعالية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي المستخدم تتمتع بثبات معقول على مدى أشهر التطبيق.

توصيات الدراسة:

1. تعزيز الوعي بأهمية الصحة النفسية للمسنين عبر تنظيم حملات توعوية وندوات تثقيفية لتعزيز الوعي بأهمية الصحة النفسية للمسنين.

2. تنظيم عديد من البرامج التدريبية عن التدخلات العلاجية باستخدام (ACT) للقائمين على رعاية المسنين.

مقترحات الدراسة:

1. دراسة تأثير (ACT) في معالجة اضطرابات نفسية أخرى شائعة لدى المسنين مثل الاكتئاب والقلق العام.
2. تقييم فعالية (ACT) في البيئات الافتراضية أو التطبيقات الرقمية، لتوفير العلاج النفسي للمسنين الذين قد يجدون صعوبة في الوصول إلى الجلسات التقليدية.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- أبو بكر، أحمد سمير صديق. (2017). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض التسويف الأكاديمي لذوي صعوبات التعلم الاجتماعية والانفعالية بالمرحلة الجامعية [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة المنيا.
- أبو صالحة، شيرين أحمد عزت. (2013). الاغتراب النفسي وعلاقته بقلق الموت لدى عينة من المعلمين المسنين [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة عين شمس.
- أرنو، بشرى. (2018). فاعلية برنامج قائم على العلاج بالتقبل والالتزام عبر الإنترنت في خفض أعراض التنمر الوظيفي لدى عينة من أعضاء هيئة التدريس. مجلة الأستاذ. جامعة بغداد، 3(227)، 483 – 515.
- الجهاز المركزي للإحصاء. (2016). نشرة خاصة بمناسبة اليوم العالمي للمسنين الرابط الإلكتروني. ([HTTP: //www.pcbs.gov.ps/default.aspx](http://www.pcbs.gov.ps/default.aspx)).

حامد، نihal لطفي، سامي محمد هاشم، عبد الناصر السيد عامر، حسنين عامر، واعتدال عباس. (2013). أثر برنامج قائم على العلاج بالقبول والالتزام في تنمية التجهيز الانفعالي لدى طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية بالإسماعيلية بجامعة قناة السويس، (25)، 167-204.

زهران، حامد عبد السلام. (2003). دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي. عالم الكتب.

سيد، محمد عبد العظيم. (2018). فاعلية برنامج للعلاج بالقبول والالتزام في خفض كرب ما بعد الصدمة لدى المراهقين المعاقين بصريا. دراسة سيكومترية إكلينيكية [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة أسيوط.

شويخ، هناء أحمد محمد. (2008). بعض منبهات سلوك الامتثال للنصح الطبي لدى مرضى النوع الثاني من مرض السكري. مجلة الدراسات النفسية التي تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، 18(3)، 467-523.

عبد الخالق، أحمد محمد. (1997). قلق الموت. عالم المعرفة، بالمجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. (111).

عطية، أشرف محمد. (2011). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالأوتيزم. مجلة دراسات عربية في علم النفس، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، 10(3)، 429-484.

الفقي، آمال إبراهيم. (2016). فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تنمية المرونة النفسية لدى أمهات أطفال الأوتيزم. مجلة الإرشاد النفسي بمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، (47)، 93-136.

فهيم، محمد سيد، نورهان حسين. (2009). الرعاية الاجتماعية للمسنين. المكتب الجامعي الحديث.

القيق، أريج خليل محمد. (2016). قلق الموت وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنين دراسة مقارنة بين المسنين القاطنين بدور المسنين وأقربائهم العاديين [رسالة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الإسلامية.

محمد، رأفت. (2010). برنامج مقترح من منظور العلاج بالتقبل والالتزام في خدمة الفرد لتحسين مشاعر التماسك لدى المرضى بأمراض مزمنة. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية بجامعة حلوان، 28(1)، 35-86.

مرسي، محمد بدر. (2008). المسنون في عالم متغير مقدمة في علم الشيخوخة. دار الوفاء لدنيا الطبع والنشر.

المنصة الوطنية الموحدة (1445) تقريراً لحقوق والخدمات المقدمة لكبار السن. بالملكة العربية السعودية.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- Abu Bakr, Ahmed Samir Siddiq. (2017). *The effectiveness of acceptance and commitment therapy in reducing academic procrastination for people with social and emotional learning difficulties at the undergraduate level*. Unpublished PhD thesis. Department of Mental Health. Faculty of Education. Minia University.
- Abu Salha, Sherine Ahmed Ezzat. (2013). *Psychological alienation and its relationship to death anxiety among a sample of elderly teachers*. unpublished master's thesis. Faculty of Education. Ain Shams University.
- Al-Qiq, Areej Khalil Mohamed. (2016). *Death anxiety and its relationship to mental health among a sample of the elderly: A comparative study between the elderly in nursing homes and their normal peers*. Master's Thesis, Faculty of Education, Islamic University.
- Arnault, Bushra. (2018). The effectiveness of an online acceptance and commitment therapy program in reducing symptoms of functional bullying among a sample of faculty members. *Journal of the Professor. University of Baghdad*, 3(227), 483-515.
- Attia, Ashraf Mohamed. (2011). The effectiveness of acceptance and commitment therapy in alleviating depression in mothers of children with autism. *Journal of Arab Studies in Psychology Egyptian Association of Psychologists*, 10(3), 429-484.
- Central Bureau of Statistics. (2016). *Special bulletin on the occasion of the International Day of Older Persons* Hyperlink. (<http://www.pcbs.gov.ps/default.aspx>).

- Zahran, Hamid Abdel Salam. (2003). *Studies in Mental Health and Psychological Counseling*. World of Books.
- Allan, Rajah. (2010). *Research methods of Educational & psychological sciences*. Cairo: university publishing home.
- Ardent, M. (2002). *Wisdom, Religiosity in life, and Attitudes towards death. Paper presented at international conference on searching for meaning in the New Millennium Vancouver*.
- Bailey, R.& Dagenham K. (2019). Suicide prevention training for Christian faith-based organizations using Acceptance and Commitment Therapy: a pilot-controlled trial of The HOLLY Program. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11, 6–14.
- Brown, R., (2015). Building children and young people's resilience. Lessons from Psychology, International. *Journal of Disaster Risk Reduction*, 14, 115–124.
- Ethereal, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Atari, N., Ayers, C. R., & Thor, S. R. (2011). *Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report*.
- Fletcher, L., & Hayes, S. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 23(4), 315–336.
- Flujas-Contreras, J.& GóMe, I. (2018). Improving flexible parenting with Acceptance and Commitment Therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science* 8, 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.02.006>.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moira, E., Yeoman, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression.
- Former, B. V., & Lamar, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review.
- Furor, Patricia & Walker, John. (2008). Death Anxiety: A Cognitive-behavioral Approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 167-185.
- Graham, C. D., Quick, J., RahéC., & Islanders, D. (2016). Asystematic review of the use of acceptance and commitment therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions.
- Haifa, et al. (2017). Program for positive psychological treatment for developing feeling of meaning in life among sample of visually blind adolescents. *psychological counseling Journal, Ain Shams University, Egypt*, 50 (1), 601- 633.
- Hayes, S. C, Burma J.B., Bond, F., Masada A, & Willis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S., Burma, J., Bond, F., Masada, A., and Willis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Psychology Faculty Publications*. https://scholarworks.gsu.edu/psych_facpub/101.
- Johnson, S. (2018). Elderly: Community outreach model for the integrated treatment of mental health problem in their rural elderly. *Journal of again int*, 23, 43-53.
- Karla, M., & Panagiotis, G. (2011). Coping and experiential avoidance: Unique or overlapping constructs.
- Land, L., Schneider, R., and Arch, J. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. *Current Opinion in Psychology* 2, 70-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.11.004>.
- Larson, A. (2019). Explaining the gender difference in death anxiety. *Journal of Personality and social Psychology*, 77, (5).
- Menzies, R. E., & Dar-Nimrod, I. (2017). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review*, 55, 37-48.
- Moran, D.J. (2015). Acceptance and Commitment Training in the workplace. *Current Opinion in Psychology*, (2), 26–31.
- Ogg, J. (2005). *Social Exclusion and Insecurity Among Older*.
- Rector, N. (2010). *Cognitive Behavioral Therapy an Information Guide*. Canada: Library and Archives Cataloging in Publication.

- Shape, J.& Miller, D. (2008). A challenge of Living? Understanding the Psych-social processes of the child during primary-secondary transition through Resilience and self-esteem theories. *Educational Psychological Review*,20,217-236.
- Swain, J, Hancock K., Dixon A., Bowman J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for children. *A systematic review of intervention studies. Journal of Contextual Behavioral Science*, (4),73–85.
- Whig, M.& Kevin'M. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression. *A Review. Psychiatry Clin N Am*, 40, 751-770.
- Wynne, B., McHugh, L., GAO, W., Keegan, D., Mulch, H.E. (2019). Acceptance- e and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients with Inflammatory Bowel Diseases *Gastroenterology*. 156(4),935-945.
- Yalow, Irvin D. (2017). *Existential Psychotherapy Basic Books*.
- Yamagata, J., Hayes, S., and Vicarage, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 3,248-257.
- Yuan, E., Getter, E., Stasis, M. Ash, P., Mansour, B., McNally, E. Sanchez, M., Hobart, E., Forte, S., Juliaca K., and Watkins, J. (2019). A Pilot of Acceptance and Commitment Therapy for Public Speaking Anxiety Delivered with Group Videoconferencing and Virtual Reality Exposure. *Journal of Contextual Behavioral Science*.