

فاعلية العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي لطلبة الدراسات العليا

أ.م. د/ أحمد سمير صديق أبو بكر أ.م. د/ مصطفى خليل محمود عطا الله

أستاذ الصحة النفسية المساعد أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية - جامعة المنيا كلية التربية - جامعة المنيا

المخلص:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي لطلبة الدراسات العليا، حيث تم اختيار عينتين تجريبيتين، العينة التجريبية (١) طُبِقَ عليها برنامج العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعينة التجريبية (٢) طُبِقَ عليها برنامج العلاج المرتكز على التعاطف، وتتكون كل منهما من (١٠) طالبًا وطالبة من طلبة الدراسات العليا بواقع (٥ طلاب، ٥ طالبات)، وتم التحقق من التكافؤ بين المجموعتين في التنافر المعرفي والعمر الزمني، وتم استخدام مقياس التنافر المعرفي (إعداد: الباحثين)، والبرنامج العلاجي القائم على أسلوب حل المشكلات، والبرنامج العلاجي المرتكز على التعاطف (إعداد: الباحثين)، ودلت النتائج على فاعلية البرنامجين العلاجين في خفض التنافر المعرفي وأبعاده بعد تطبيق البرنامجين، وكان حجم تأثير البرنامجين كبيرًا، حيث أشارت النتائج عن عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (١) ورتب درجات المجموعة التجريبية (٢) في القياس البعدي على مقياس التنافر المعرفي بأبعاده بعد تطبيق البرنامجين، كما استمر تأثير فاعلية البرنامجين العلاجين في خفض التنافر المعرفي بعد فترة المتابعة، حيث أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (١) ورتب درجات المجموعة التجريبية (٢) في القياس التتبعي على مقياس التنافر المعرفي بأبعاده بعد الانتهاء من تطبيق البرنامجين بفترة شهر ونصف، وفي ضوء هذه النتائج تمت صياغة مجموعة من التوصيات التربوية والبحوث المقترحة.

الكلمات المفتاحية: العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات، العلاج المرتكز على التعاطف، التنافر المعرفي.

فاعلية العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي لطلبة الدراسات العليا

أ.م. د/ أحمد سمير صديق أبو بكر أ.م. د/ مصطفى خليل محمود عطا الله

أستاذ الصحة النفسية المساعد أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية - جامعة المنيا كلية التربية - جامعة المنيا

مقدمة:

تُعد مرحلة الدراسات العليا من أهم المراحل الانتقالية التي يمر بها الطلبة، ويبدؤون بالاندماج في بيئات مختلفة عن بيئتهم الأسرية، وبالتالي يفتحون على معارف جديدة، ومعتقدات قد تتعارض مع آرائهم الموجودة مسبقاً؛ مما يجعلهم أكثر عرضة للوقوع في حالة التنافر كحالة ذهنية تتطوي على عدم الاتساق والتماسك بين معتقدات الفرد، وبين أفكاره وسلوكياته، والتي تؤدي إلى الانزعاج العقلي، وعدم القدرة على الاندماج مع الزملاء والأساتذة، وبالتالي قد تعيق أدائهم الأكاديمي.

ولتوضيح ذلك نُشير إلى أن حالة التنافر المعرفي من شأنها أن تؤثر على الاستيعاب وتلقي المعرفة، حتى إنها قد تؤدي لإيقاف الدافعية الكامنة لدى الطلاب في التعلم، والتي تعد القوة الموجهة له للاندماج في العملية التعليمية والعلاقة مع الآخرين، وبالتالي قد تعيق توافقهم الاجتماعي، وتوجههم نحو أهدافهم في المستقبل (Harmon-Jones & Mills, 2019)^(*)، ويتمثل التنافر المعرفي في وجود علاقات غير منسجمة بين المعارف، وهو في ذاته يعتبر دافع عامل لإحداث التنافر، ويعنى مصطلح المعرفي أي معرفة أو رأي، أو معتقد حول البيئة وحول الذات، أو حول سلوك الشخص (Bran & Vaidis, 2020)، ويمكن النظر إلى التنافر المعرفي على أنه حالة سابقة تقود إلى نشاط موجه نحو تخفيض التنافر، واستخدام مصطلح "المعرفي" قد استخدم ليشتمل الأشياء التي لا تشير إليها الكلمة عادة مثل الآراء، وينطبق ذلك تماماً على المعتقدات والقيم أو الاتجاهات (De Vries, McGrath & Vaidis, 2023).

(*) تم الالتزام بنظام قواعد التوثيق العلمي للإصدار السابع (7th) APA Style.

كما تبرز أهمية دراسة التنافر المعرفي، من خلال ما قدمته نتائج بعض البحوث والدراسات المتعددة لدور التنافر المعرفي في السلوك الاجتماعي، حيث كشفت دراسة العتيبي (٢٠١٥) عن وجود علاقة عكسية بين التنافر وتقدير الذات لدى طالبات الجامعة، كما بينت دراسة علوان (٢٠١٩) عن مستوى مرتفع للتنافر المعرفي عند طلبة الجامعة، وعلاقته العكسية مع التفكير الإيجابي، كما كشفت دراسة اللحاني، والعتيبي (٢٠١٥) عن وجود قدرة تنبؤية للتنافر المعرفي على كل من الصراع النفسي، والقلق لدى طالبات الجامعة.

وفي ظل تلك المؤشرات يمكن توضيح الآثار السلبية للتنافر المعرفي على صحة الطالب النفسية، وعلاقته مع الآخرين، وعلى أدائه الأكاديمي؛ مما يتطلب إيلاء هذه الظاهرة اهتماماً أكبر، والسعي لتعميق فهمنا لها، وبالتالي زيادة مقدرتنا على تقديم العون للطالب لتوجيه الدافعية المتولدة منه نحو أداءات ذكية، باعتباره عملية معرفية محفزة؛ مما يدفع بالطالب نحو النمو المعرفي المتسق والمتناغم، وبالتالي التوازن النفسي (Harmon-Jones, 2015). كما يستند التنافر المعرفي إلى ثلاث مسلمات، هي: إن الفرد لديه معتقد يفضله أكثر عن الآخر، وإن الفرد لديه سيطرة كافية على معتقداته، وإن المعتقد الذي تم تبنيه لمرة واحدة يبقى صالحاً ومستمرًا على مر الزمان (Tuanrat & Alaminos, 2023).

وبناءً على تلك المعطيات، ظهرت العديد من المداخل العلاجية التي اهتمت بعلاج وخفض التنافر المعرفي، ومن أهم هذه المداخل العلاجية المعاصرة التي تنتمي إلى الموجة الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي: العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات، والعلاج المرتكز على التعاطف.

فأكد كل من (Nezu, Nezu & Hays (2019) على أن أسلوب حل المشكلات هو أحد أساليب العلاج المعرفي السلوكي، حيث يتم من خلاله مساعدة الأفراد على فهم طبيعة المشكلات الحياتية على نحو تغيير الموقف المشكل نفسه أو تغيير طريقة ردود أفعالهم نحو هذه المواقف أو الاثنين معاً، وقد ثبتت فعالية هذا الأسلوب في علاج عديد من المشكلات والاضطرابات النفسية. كما أن حل المشكلة له تأثير مباشر وغير مباشر على الانفعالات والعواطف في مواقف الضغوطات النفسية. أما التأثير المباشر فهو أن الأفراد

يكونون أكثر قابلية للشعور بالارتياح عندما يحاولون حل المشكلة التي تضايقهم، بينما يكون التأثير غير المباشر عند حل المشكلة بصورة فعالة بأن يتحول الموقف المسبب للمشكلة للأفضل، والذي يكون له في المقابل نتائج عاطفية إيجابية (Nezu, Nezu, Damico & Gerber, 2023). كما يشير أسلوب حل المشكلات إلى الأنشطة المعرفية والسلوكية التي يحاول الشخص من خلالها فهم المشكلات في الحياة وإيجاد "حلول" فعالة أو طرق للتعامل معها، من خلال تطبيق مهارات وتقنيات حل المشكلات المصممة؛ لزيادة احتمالية العثور على الحل الأفضل أو الأكثر تكيّفًا لمشكلة معينة (D'Zurilla & Nezu, 2010).

من ناحية أخرى، يمثل العلاج المرتكز على التعاطف اتجاه صحي في التعامل مع الذات في أوقات الأزمات وخبرات الفشل؛ فالتعاطف مع الذات يمثل بعدًا أساسيًا من أبعاد البناء النفسي للفرد، فيتصف الأفراد مرتفعو التعاطف مع الذات بأنهم أكثر مرونة، وانفتاحًا على خبراتهم، وأكثر عقلانية في التعامل مع الخبرات السلبية التي يتعرضون لها، وذلك مقارنة مع الأفراد منخفضي التعاطف مع الذات الذين ينتقدون أنفسهم بشدة، ويعيشون حالة من العزلة، والتوحد المفرط مع مشكلاتهم، وتسيطر عليهم الانفعالات السلبية التي تؤثر بالسلب في رفاهيتهم وسعادتهم النفسية (Suh & Jeong, Yarnell & Neff, 2013). وهذا يعني أن التعاطف الذاتي يتضمن تعامل الفرد مع ذاته من خلال عملية توازن بين الانفعالات والضغط التي تعاني منها الذات في موقف معين، دون مبالغة في تضخيم الأحداث والانفعالات أو الاستسلام لها، كما أنه يساعد الفرد على تبني ميكانيزمات نفسية تحميه في حالات عدم التكيف مع الواقع، سواء نتيجة الظروف الخارجية، أو بسبب نقص القدرات والإمكانات الشخصية (Zarotti, Poz, & Fisher, 2023).

وعلى الرغم من أن عديد من الدراسات والبحوث تُظهر أدلة على وجود علاقات سلبية عكسية بين التنافر المعرفي وأسلوب حل المشكلات والتعاطف مع الذات (Nezu, & Munroe, Al-Refae, Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007؛ Nezu, 2021؛ Chan, & Ferrari, 2022)، فإن الباحثين لم يجدوا دراسة تناولت تأثير العلاج القائم على حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي؛ مما يتطلب سد هذه الفجوة، لذلك يتضح الهدف من إجراء تحقيق أولي في التأثيرات المرتبطة بالعلاج القائم على حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي باستخدام

منهجية الدراسة التجريبية، كما هدفت هذه الدراسة إلى اختبار ما إذا كان هناك فرق بين العلاج القائم على حل المشكلات والعلاج المرتكز حول التعاطف في مرحلة العلاج ومرحلة المتابعة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامجين لخفض التنافر المعرفي.

مشكلة الدراسة:

نبتت مشكلة الدراسة من كون التنافر المعرفي يمثل حالة عاطفية تنشأ عندما تتكون لدى الشخص عناصر معرفية تقتضي أن يكون أحدهما أو بعضها عكس الآخر. وكحالة من التوتر، بحيث تؤدي إلى عدم التوافق الإدراكي المعرفي، بسبب عدم الاتساق بين معتقدات الفرد واتجاهاته وبين سلوكياته، وكذلك الشعور بالذنب الناتج عن تضاد معتقد الفرد مع سلوكه، والشعور بعدم الراحة النفسية الناتج عن التنافر المعرفي، يتجه الفرد إلى محاولة إزالة التنافر المعرفي أو على الأقل خفض مستوى التنافر لديه. وللوقوف على حجم المشكلة، وإبراز أهمية تناولها بالبحث والدراسة، تمت مقابلة (٢٠) طالبًا من طلبة الدراسات العليا، طبق عليهم استبانة مسببات التنافر المعرفي إعداد الباحثين، وتمحورت استجابات الطلاب حول: "الافتقار للقدرة على التخطيط للمستقبل الدراسي خلال فترة الدراسات العليا أمًا بتكميل المشوار أو الانتهاء منه بعد هذه السنة، والصعوبة في تقبل الآراء المختلفة عن رأيهم، والمعاناة من عدم تقبل النقد، وتشنت التفكير داخل القاعة الدراسية، وصعوبة في التعامل مع الأصدقاء عندما اختلفوا معهم في بعض من الأمور".

ومن المسوغات التي دفعت بالباحثين لإجراء الدراسة الحالية، ما أشارت إليه نتائج الدراسات والبحوث الأجنبية ذات الصلة والأطر النظرية عن شعور الفرد بحالة من القلق والتوتر وعدم الراحة عندما تتعارض أفكاره ومعتقداته مع أفكار الآخرين أو عندما يتناقض سلوكه مع أفكاره ومعتقداته، كما يؤدي هذا التنافر إلى اضطراب نفسي يُسبب توترًا للفرد، ويُدفعه إلى محاولة التقليل أو الحد منه من أجل الوصول إلى حالة من الاستقرار والتوازن النفسي (Hinojosa, Gardner, Walker, Cogliser & Gullifor, 2017)؛ Harmon-Jones, & Harmon-Jones, Amodio, & Harmon-Jones, 2009 (Cancino-Montecinos, Bjorklund, Lindholm, 2020 ؛ 2019

لذا فإن هناك ضرورة إلى تنشيط التدخل التجريبي حول مدى فاعلية بعض التدخلات العلاجية في تخفيف التنافر المعرفي لدى طلبة الدراسات العليا من خلال

مساعدتهم على تخفيض درجة الأهمية للمعتقدات المتنافرة، وكذلك تغيير المعتقدات المتنافرة لتكون منسجمة ومتناغمة مع السلوك، أو تغيير السلوك نفسه وأي من هذه الاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد لإزالة التنافر تعتمد إلى حد كبير على عدد المعتقدات المتنافرة، والأهمية التي يضعها الفرد على كل معتقد، وهذا ما تتادي به بعض الدراسات والبحوث من ضرورة إجراء دراسات تنحو المنحى العلاجي في تخفيف التنافر المعرفي لدى طلبة الجامعة (شوكت، ٢٠١٦؛ العتيبي، ٢٠١٥؛ العظمت، ٢٠١٨؛ اللحياني، ٢٠١٥؛ محمد، ٢٠٢٠؛ Bran, & Vaidis, ؛ Chabrak, & Craig, 2013 ؛ De Vries et al., 2023). (2020).

ويعد العلاج القائم على أسلوب حل المشكلة والعلاج المرتكز على التعاطف من المداخل المهمة والفعالة في علاج المشكلات المعرفية، وذلك من خلال توليد الحلول البديلة، واتخاذ القرار، وتنفيذ الحل والتحقق منه، وكذلك إقامة حالة من التوازن بين هذه الأنظمة الدماغية الثلاثة المسؤولة عن تمكين الشخص من ضبط وتنظيم انفعالاته، ومشاعره تجاه ذاته، وتجاه الآخرين، واستثمارها في علاقاته بين الشخصية المتبادلة في التفاعلات الحياتية المختلفة (Choi, Marti, ؛Cuppge, Baird, Gibson., Booth, & Hevey,2017) (& Conwell, 2016). فتشير البحوث والدراسات إلى أن كل من أسلوب حل المشكلات والتعاطف مع الذات يؤثران بشكل مباشر وفعال على ردود الفعل الانفعالية والمعرفية (Shang, ؛Suh & Jeong, 2021؛ Visser, et al, 2016 ؛ Zarottiet al., 2023) Rashidi, Choobforoushzadeh, & ؛Cao, You, Feng, Li, & Jia, 2021). (Krause et al., 2021 ؛ Munroe et al., 2022؛Dastanaie, 2023).

كما أكد (Yarnell & Neff, 2007) أن التعاطف يمكن أن يقلل من تجربة التنافر المعرفي الناتجة عن السلوك المضاد للمواقف، فالأفراد المتعاطفون مع أنفسهم هم أكثر عرضه للانخراط في أفعال خارجية تتوافق مع مواقفهم الداخلية، وبالتالي فهم أكثر قدرة على حل الصراعات بمزيد من اللطف والرحمة، كما أكدت دراسة (Sastre, 2014) على أن الأفراد الذين لديهم مستويات مرتفعة من التعاطف مع الذات سيواجهون تنافرًا معرفيًا أقل من أولئك الذين يعانون من انخفاض في مستويات التعاطف مع الذات، نتيجة لقدرتهم على أن يكونوا أكثر تعاطفًا مع أنفسهم.

بناءً على ما سبق عرضه في المقدمة من أطر نظرية ودراسات سابقة، وفي ضوء عدم وجود دراسات عربية - في حدود علم الباحثين - اهتمت ببحث فاعلية العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي لطلبة الدراسات العليا، وهذا ما دفع الباحثين إلى دراسة فاعلية أسلوب حل المشكلات والعلاج المتمركز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي، حيث يتم استخدام المنهج التجريبي في تخفيف التنافر المعرفي من خلال العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف، وفي ضوء العرض والتحليل السابق يمكن تحديد مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية:

- أ- ما فاعلية العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات في خفض التنافر المعرفي لدى طلبة الدراسات العليا ؟
- ب- ما فاعلية العلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي لدى طلبة الدراسات العليا ؟
- ج- ما الاختلافات بين العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي لدى طلبة الدراسات العليا بعد تطبيق البرنامجين؟
- د- هل تستمر فاعلية العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات في خفض التنافر المعرفي لدى طلبة الدراسات العليا بعد فترة المتابعة؟
- هـ- هل تستمر فاعلية العلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي لدى طلبة الدراسات العليا بعد فترة المتابعة؟
- و- ما الاختلافات بين العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي بعد فترة المتابعة لكل منهما؟

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تعرف:

- أ- فاعلية العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات في خفض التنافر المعرفي لدى طلبة الدراسات العليا.
- ب- فاعلية العلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي لدى طلبة الدراسات العليا .

- ج- الاختلافات بين العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي لدى طلبة الدراسات العليا بعد تطبيق البرنامجين.
- د- استمرارية فاعلية العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات في خفض التنافر المعرفي لدى طلبة الدراسات العليا بعد فترة المتابعة.
- هـ- استمرارية فاعلية العلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي لدى طلبة الدراسات العليا بعد فترة المتابعة.
- و- الاختلافات بين العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي بعد فترة المتابعة لكل منهما.

أهمية الدراسة: تمثلت أهمية الدراسة في:

أ- الأهمية النظرية:

- 1- تهتم هذه الدراسة بطلبة الدراسات العليا وهي شريحة مهمة من شرائح المجتمع، حيث تشير بعض الدراسات والبحوث أن الطلبة في هذه المرحلة يكونوا أكثر عرضه لحالات من التوتر والتناقض الداخلي تتضمن اعتناق الفرد منهم لمعتقد أو قيمة أو اتجاه ما يتناقض مع سلوكه أو سلوكيات الآخرين في الواقع العملي؛ مما يؤدي إلى بعض التأثيرات السلبية للنكبات والشدائد والقدرة على تحطيمها أو تجاوزها بشكل إيجابي، ومواصلة الحياة بفاعلية واقتدار.
- 2- تهتم هذه الدراسة بموضوع التنافر المعرفي، والذي يترتب عليه صراع فكري بين جملة أفكار متناقضة، تؤدي إلى حالة من التوتر أو الإجهاد العقلي أو عدم الراحة التي يعاني منها الفرد الذي يحمل اثنين أو أكثر من المعتقدات أو الأفكار أو القيم المتناقضة في نفس الوقت؛ مما يسهم بالشعور بالعجز عن تقديم أعلى أداء في المهام المكلف بها، وتقديم المستوى الذي يطلبه الآخرون.
- 3- تُلقي هذه الدراسة الضوء على مداخل علاجية جديدة، وهي: العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف، والذي تكاد تكون الدراسات العربية فيهما قليلة، مما يزود المعالجين والباحثين بمداخل علاجية جديدة في التعامل مع الاضطرابات النفسية التي قد يعاني منها بعض الأفراد.

٤- توفر هذه الدراسة أداة مهمة في هذا المجال، وهي: مقياس التنافر المعرفي، والذي تم استخدامه مع العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف، وتم التحقق من صدقه وثباته، ويمكن الاستفادة منه في مجال العلاج والتشخيص.

٥- عدم وجود دراسات تناولت المقارنة بين علاجين في خفض التنافر المعرفي، وهما العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف.

ب- الأهمية التطبيقية:

١- تلقي هذه الدراسة الضوء على مدى التغيير الذي يمكن أن يطرأ على التنافر المعرفي لطلاب الدراسات العليا نتيجة تعرضهم وتفاعلهم مع كل من: البرنامج العلاجي القائم على أسلوب حل المشكلات، والبرنامج العلاجي المرتكز على التعاطف كل على حدة، وبالتالي يؤدي ذلك إلى توفير مجموعة من البدائل الفعالة للتعامل مع المواقف الإشكالية اليومية، وتزيد من احتمالية اختيار الاستجابة الأفضل، ووصولاً إلى استجابة فعالة بين مجموعة من البدائل الناتجة عن التنافر المعرفي، كما يمكن للباحثين والمختصين الاستفادة منهما في تصميم البرامج الإرشادية والعلاجية لطلاب الدراسات العليا الذين يعانون من خفض في أسلوب حل المشكلات والتعاطف مع الذات.

٢- يمكن أن تفيد نتائج هذه الدراسة كل من المعالجين والمرشدين النفسيين عن طريق إمدادهم بالبيانات والمعلومات عن أفضل أنواع العلاجات النفسية للموجة الثالثة التي من شأنها المحافظة على الصحة النفسية والجسمية والمعرفية وكذلك الأداء النفسي؛ بالرغم من التعرض للأحداث السلبية والضاغطة، بغرض الاستفادة منها في وضع البرامج الإرشادية الخاصة بالجوانب المعرفية لدى طلاب الدراسات العليا.

مصطلحات الدراسة:

أ- التنافر المعرفي Cognitive Dissonance:

يشير مصطلح التنافر المعرفي إلى حالة نفسية غير مريحة من التوتر الداخلي، تتضمن انشغال الفرد ذهنياً بموضوعين، أو معتقدتين، أو فكرتين يحتلان نفس الأهمية لديه، ومتناقضتان في طبيعتهما، ويصاحب الفرد عادة شعور بعدم الراحة، وهذا الشعور هو ما يجعل الشخص يبحث عن استعادة التوازن بين المعتقد والسلوك بتغيير أحدهما (Simon &)

(Read, 2018)، وقد يستخدم الأفراد استراتيجيات الحد من التنافر التي يمكن أن تعمل في الوقت الحالي، ولكنها ليست فعالة دائماً على المدى الطويل، مثل تجنب معلومات محددة أو تغيير معتقداتهم. ومع ذلك، عندما يتعرف الأفراد على التنافر المعرفي، يمكنهم معالجته بطرق منتجة تسمح لهم بالعيش بشكل أكثر انسجاماً مع قيمهم، ويقاس التنافر المعرفي في هذه الدراسة إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها طلاب الدراسات العليا على مقياس التنافر المعرفي المستخدم في هذه الدراسة من إعداد الباحثين.

ب- العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات *Problem-Solving Therapy (PST)*:

أحد أساليب العلاج المعرفي السلوكي، وضعه وأسسها كلاً من: D'Zurilla and Nezu (2010, p.11) وهو عملية جهد معرفي وسلوكي موجه وهادف، يحاول الفرد إيجاد حلول فعالة لمشكلات معينة يواجهها في حياته اليومية، ويركز على التدريب على مواقف، ومهارات حل المشكلات التكيفية، تعتمد نظرية علاج حل المشكلات على نموذج علائقي / حل المشكلات للتوتر والرفاهية، حيث يفترض أن يلعب مفهوم "حل المشكلات الاجتماعية" (أي حل المشكلات في الحياة الواقعية) دوراً مهماً كاستراتيجية عامة، ومتعددة الاستخدامات للتكيف. وفقاً لهذا النموذج، تزداد قدرة الشخص على التعامل بفعالية مع مجموعة واسعة من المشكلات المجهدة في الحياة، وضمن هذا النهج، يشمل التأقلم الفعال (١) تغيير المواقف العصبية للأفضل (التأقلم الذي يركز على المشكلة) و (٢) التكيف مع الظروف المعاكسة التي لا يمكن تغييرها أو التحكم فيها (التأقلم الذي يركز على العاطفة).

يعرف برنامج العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات إجرائياً في هذه الدراسة بأنه: برنامج مصمم ومخطط في ضوء نموذج كلاً من (D'Zurilla & Nezu, 2010)، وتم تطبيقه على طلاب الدراسات العليا الذين يعانون من ارتفاع في التنافر المعرفي، ويتكون البرنامج من (١٨) جلسة زمن كل جلسة يتراوح من (٦٠) دقيقة إلى (٧٥) دقيقة، وهي جلسات علاجية جماعية تم تطبيقها خلال تسعة أسابيع، وهدفت هذه الجلسات إلى تنمية قدرات أفراد المجموعة التجريبية (١) على التوجه نحو المشكلة، وتنمية المهارات اللازمة لحل المشكلة وهي صياغة وتحديد المشكلة، وتوليد الحلول البديلة، واتخاذ القرار، وتنفيذ الحل والتحقق منه.

ج- العلاج المرتكز على التعاطف (CFT) : Compassion Focused Therapy

صيغة علاجية ضمن علاجات الموجة الثالثة من موجات تطور العلاج المعرفي السلوكي، والذي وضع أساسه (Gilbert 2009)، حيث يركز على المدخل التطوري البيولوجي النفسي الاجتماعي في مقارنة الاعتلالات النفسية تفسيراً وعلاجاً، في سياق نظم "أنظمة التنظيم الانفعالي الثلاثة" في الدماغ البشري، إذ رأى أن علاج الاضطرابات النفسية يتوقف على إقامة حالة من التوازن بين هذه الأنظمة الدماغية الثلاثة وهي: نظام التهديد، ونظام الحافز والتوجيه، ونظام التهذئة، وعلى ذلك فإن عملية التغيير العلاجي في إطار العلاج المرتكز على التعاطف تستهدف إعادة التوازن لهذه الأنظمة الدماغية الثلاثة المسؤولة عن تمكين الشخص من ضبط وتنظيم انفعالاته ومشاعره تجاه ذاته وتجاه الآخرين واستثمارها في علاقاته بين الشخصية المتبادلة في النفاعلات الحياتية المختلفة.

يعرف برنامج العلاج المرتكز على التعاطف إجرائياً في هذه الدراسة بأنه: برنامج مصمم ومخطط في ضوء نموذج (Gilbert 2009) وتم تطبيقه على طلاب الدراسات العليا الذين يعانون من ارتفاع في التنافر المعرفي، ويتكون البرنامج من (١٨) جلسة زمن كل جلسة يتراوح من (٦٠) دقيقة إلى (٧٥) دقيقة، وهي جلسات علاجية جماعية تم تطبيقها خلال تسعة أسابيع، وهدفت هذه الجلسات إلى تنمية قدرات أفراد المجموعة التجريبية على استخدام تدريبات العقل الوجداني في مساعدة الأفراد على التطور والعمل مع تجارب الدفء الداخلي والشعور بالأمان والتهذئة، وذلك من خلال تدريبات التعاطف المختلفة.

حدود الدراسة:

تمثلت الحدود الموضوعية في المنهج المستخدم في هذه الدراسة وهو المنهج التجريبي، كما تمثلت في المفاهيم والمصطلحات المستخدمة في هذه الدراسة، والمحددة في التعريفات الإجرائية، وبالتالي فإن إمكانية تعميم النتائج تتحدد في ضوء هذه التعريفات، واقتصرت عينة الدراسة على عينة من طلبة الدراسات العليا بجامعة المنيا، وتمثلت الحدود المكانية في بعض الكليات (كلية التربية، كلية التربية النوعية) بجامعة المنيا، والتي تم تطبيق أدوات الدراسة فيها، وتمثلت الحدود الزمنية في الفترة الزمنية التي تم تطبيق الدراسة خلالها، فقد تم تطبيق أدوات الدراسة في الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي ٢٠٢٢/٢٠٢٣ م.

الإطار النظري ودراسات سابقة:

أ- التنافر المعرفي Cognitive Dissonance:

التنافر المعرفي هو مصطلح يصف الشعور بعدم الارتياح الذي يعاني منه الفرد نتيجة الاختلافات في الأفعال والمعتقدات، ويتعامل الإدراك مع العقل، وكيف يفكر المرء أو الأسباب، ويتعامل التنافر مع الصراع بين شيئين يحدثان في نفس الوقت، حيث يتم وصف التنافر المعرفي بأنه الإجهاد العقلي أو الانزعاج الذي يعاني منه الفرد الذي يحمل معتقدين، أو أفكار، أو قيم متناقضة، أو أكثر في نفس الوقت؛ يقوم بعمل يتعارض مع معتقد، أو أفكار، أو قيم واحدة، أو أكثر، أو تواجه معلومات جديدة تتعارض مع المعتقدات أو الأفكار أو القيم الموجودة (Harmon-Jones, 2019)، ويميل الفرد الذي يعاني من عدم الاتساق (التنافر) إلى أن يصبح مضطرباً نفسياً، ويكون متحمساً لمحاولة تقليل هذا التنافر، وكذلك تجنب المواقف والمعلومات التي من المحتمل أن تزيده بنشاط.

بعد اتخاذ القرار جزءاً منتشرًا في كل مكان من الحياة اليومية، وغالبًا ما يتخذ الناس خيارات صعبة بين البدائل الجذابة بنفس القدر. ومع ذلك، هناك عواقب غير متوقعة لاتخاذ مثل هذه القرارات. بعد الاختيار بين الخيارات المتطابقة في البداية، لم يعد الناس يجدون البدائل مرغوبة بالمثل (Harmon-Jones & Harmon-Jones, 2002). بدلاً من ذلك، يقوم الأشخاص بتعديل مواقفهم لدعم قرارهم، من خلال زيادة تفضيلهم للخيار المحدد، وتقليل تفضيلهم للخيار المرفوض أو كليهما. ويعتقد أن الدافع وراء هذا الترشيح هو الدافع للحد من التنافر المعرفي، وهي حالة نفسية مكروهة تنشأ عندما يكون هناك تناقض بين الأفعال والمواقف (Jarcho, Berkman, & Lieberman, 2011).

وبناءً على ذلك يتم تعريف التنافر المعرفي على أنه "حالة نفسية غير سارة ناتجة عن عدم الاتساق بين عنصرين أو أكثر في النظام المعرفي" (Harmon-Jones, 2019) وأول نظرية قام بها ليون فيستينجر في كتابه عام (١٩٥٧)، نظرية التنافر المعرفي، كما يخلق التنافر المعرفي دافعاً مكثفًا لتقليل الانزعاج، والتحرك نحو الاتساق، أو حالة الاتساق (Jarcho et al., 2011). وبالتالي تعتمد شدة التنافر المعرفي الذي يختبره شخص ما على حجم أفكاره المتنافرة (مدى أهميتها بالنسبة له)، ونسبة الأفكار المتنافرة إلى الأفكار الساكنة. اقترح فيستينجر ثلاث طرق يحاول الأفراد من خلالها معالجة التنافر: تغيير

معتقداتهم ، أو إضافة المزيد من المعتقدات المتوافقة، أو تقليل أهمية المعتقدات أو السلوكيات المتنافرة (Cancino-Montecinos et al., 2020).

نظرية التنافر المعرفي The theory of cognitive dissonance :

طور عالم النفس الاجتماعي ليون فيستنجر Leon Festinger نظرية التنافر المعرفي في عام (١٩٥٧). وعرف (1957) Festinger التنافر المعرفي بأنه "حالة سابقة تؤدي إلى نشاط موجه نحو تقليل التنافر". بنيت النظرية على فكرة أن الأفراد يسعون جاهدين نحو الاتساق. إذا كان هناك تناقضات، فإنهم يحاولون الترشيد من أجل تقليل الانزعاج النفسي، حيث تم استخدام مصطلح "التوافق" (Consonance) من حيث الاتساق و "التنافر" (Dissonance) من حيث التناقض.

إلى حد بعيد أكثر نظريات الاتساق تأثيرًا هي نظرية التنافر المعرفي Festinger (1957)، منذ نشأتها الأصلية، خضعت لعدة تنقيحات، واستمر تطويرها، وصقلها (Harmon Jones, Harmon-Jones, & Levy, 2015). مثل نظريات الاتساق الأخرى، تنص نظرية (1957) Festinger على أن الناس متحمسون بشكل عام للحفاظ على التماسك أو الاستقرار في معتقداتهم، وقيمهم، وسلوكياتهم من أجل تجنب حالة التوتر غير السارة نفسيًا. وتظهر حالة التوتر هذه عادة على أنها رد فعل عاطفي سلبي (الشعور بالذنب، والندم، والعار، وما إلى ذلك). وفقًا للنظرية ، يقال إن التنافر يحدث عندما يكون لدى الشخص فكرتين مرتبطتين والتي تتعارض مع بعضها البعض.

وخضعت نظرية التنافر المعرفي لعدد من المراجعات منذ إنشائها الأصلي في عام (١٩٥٧). حيث تركز مراجعة (1969) Aronson على أهمية الصراع المرتبط بالذات في نظرية التنافر. في نظرية فيستنجر الأصلية، كان أي إدراكين غير متناسقين كافيين لتوليد التنافر، وبالنسبة لأرونسون، كانت هناك حاجة لأن يتأثر مفهوم الذات لدى الشخص بعدم الاتساق في توليد التنافر. تم توضيح هذا التباين بواسطة (2007) Joel Cooper مع المثالين التاليين: أنت تقف في المطر، وأنت لا تبتل. تقرأ معلومات تعيد بأن التدخين مضر لك ، لكنك تستمر في التدخين. في المثال الأول، بناء على تجربتك السابقة في المطر، تتوقع أن تبتل. إذا كنت ستبقى جافًا، وفقًا لنظرية فيستنجر الأصلية ، فستواجه التنافر. في المثال الثاني، سلوك الشخص (التدخين) بعد قراءة التحذيرات الصحية حول مخاطر التدخين

يخلق تناقضًا مع مفهوم الذات الإيجابي للشخص (أنه شخص كفاء وعقلاني) (Cooper, 2007). يجادل أرونسون بأنه لكي يحدث التنافر، يجب تناقض مفهوم الذات لدى الشخص. وتتص مراجعة (Cooper 2019) على أنه ليس من الضروري فقط وجود تناقض بين الإدراك، ولكن يجب أيضًا وجود عواقب مكروهة لعدم الاتساق أيضًا. وفقًا Cooper يعاني الفرد من التنافر خاصة عندما يشعر بالمسؤولية الشخصية عن إحداث حدث مكروه أو غير مبرر. ومن خلال فحص تجارب التنافر الأصلية وجد أن هناك دائمًا عواقب مكروهة مرتبطة بعدم الاتساق (طلب من المشاركين الكذب). وفقًا لهذه المراجعة، من المرجح أن يكون الفرد متحمسًا لتقليل التنافر إذا أدت أفعاله إلى عواقب مكروهة.

أما النموذج القائم على العمل (Harmon-Jones, 2019; Harmon-Jones et al., 2009) يتناول الطبيعة التحفيزية للتنافر. يشير النموذج إلى أن الإدراك بمثابة ميول عمل. ميل العمل هو الرغبة في تنفيذ سلوك معين مرتبط بشعور معين. مثال على ميل الفعل هو رد فعل القتال أو الهروب لاستجابة الجسم للضغط (De Vries et al., 2023). يشير النموذج إلى أن التنافر يتم إنشاؤه من خلال تعارض ميول عمل الفرد. يتم تحفيز الفرد لتقليل التنافر ليس فقط بسبب رد الفعل العاطفي غير السار، ولكن بشكل أكثر تحديدًا من أجل التصرف بفعالية (Hinojosa et al., 2017). ساعدت هذه التحسينات على النظرية في توجيه بحث أكثر تحديدًا يوضح المراحل المختلفة لعملية التنافر.

آثار التنافر المعرفي:

يمكن أن يؤثر التنافر المعرفي على الصحة النفسية للأفراد وعلاقاتهم، ويمكن أن تخلق هذه العقلية حالات عاطفية سلبية، مثل: الشعور بالذنب والعار والندم. علاوة على ذلك، فإنها تزيد من احتمالية استخدام المرء لآليات الدفاع مثل الترشيد، والتي قد تكون غير فعالة على المدى الطويل. يمكن أن يصبح التنافر المعرفي مزعجًا لشعور شخص ما بالذات ونوعية الحياة. تتضمن بعض الآثار المحتملة للتنافر المعرفي ما يلي:

- **تدني احترام الذات (Lower self-esteem):** قد يطور شخص ما تدني احترام الذات من التصرف بطرق لا تتوافق مع معتقداته. هذا يثير المزيد من العار والرغبة في الاختباء من الآخرين. على سبيل المثال، قد يتجنب الشخص الذي يعمل في شركة

تنتهك قيمه الشخصية الصداقات والعلاقات الرومانسية، لأنه لا يريد التحدث عما يفعله من أجل العمل.

- **تحويل اللوم (Blame-shifting):** الفرد الذي لا يدرك كيف يؤثر التنافر المعرفي عليه قد ينقل اللوم من أجل إدارة المشاعر السلبية. إذا غش طفل أحد الوالدين في اختبار، فقد يلومون المدرسة أو المعلم على السماح بثقافة الغش التي أفسدت طفلهم. هذا ثم يزيل أي خطأ من الوالد، من أجل الحد من التنافر.

- **صعوبة التنظيم الانفعالي (Emotion Dysregulation):** كلما تعرض شخص ما للتنافر المعرفي، زادت شدة الحالات العاطفية السلبية واحتمال أن يصبح غير منظم عاطفياً. إذا التحق الفرد بكلية إدارة الأعمال لأن والديه يريدونه، بدلاً من متابعة اهتمامهم الحقيقي بالعمل الاجتماعي، وقد يكونون أكثر قلقاً وسرعة الانفعال مقارنة بشخص تتوافق دراساته مع اهتماماتهم.

- **نظرة محدودة للعالم (Limited world view):** من أجل تجنب المعلومات التي تتعارض مع معتقدات المرء، قد يصبح الفرد الذي يعاني من التنافر المعرفي أكثر انغلاقاً على العالم. قد يبحث فقط عن الأشخاص والأفكار التي تؤكد ما يعتقدون بالفعل أنه صحيح. لذلك، يصبح الشخص أكثر عرضة للتحيز التأكيدي. يمكن أن يظهر هذا كفرد يتجنب وجود أصدقاء من خلفيات متنوعة، لأنه يثير التنافر.

De Vries, Van Tongeren, Davis, Hook, Davis, & Aten, 2021)

Bran & Chabrak & Craig, 2013; Cooper, 2019; Byrne, & Kehoe, 2015
(Vaidis, 2020).

ب- العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات:

Problem-Solving Therapy (PST)

العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات هو نهج إيجابي للتدخلات الكليينكية يركز على التدريب على المواقف والمهارات البناءة لحل المشكلات، وتعزيز الأداء النفسي والسلوكي لمنع الانتكاسات، ومنع تطوير مشاكل سريرية جديدة، وكذلك لتحقيق أقصى قدر من نوعية الحياة. تم تقديم علاج حل المشكلات في الأصل من قبل D'Zurilla and Goldfield (1971) كجزء من الاتجاه المتزايد في مجال تعديل السلوك نحو تركيز أكبر

على الوساطة المعرفية في محاولة لتسهيل ضبط النفس وتعميم الحفاظ على التغييرات السلوكية. في السنوات اللاحقة، استمر D'Zurilla, Nezu في تحسين ومراجعة نظرية وممارسة العلاج بحل المشكلات وتقييم فعاليته لمجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية والسلوكية والصحية المختلفة (Nezu, Nezu & D'Zurilla, 2007; D'Zurilla, 2007).

ويقوم الأساس النظري لهذا الاتجاه العلاجي على فكرة أن حياة الفرد سلسلة من التحديات التي يجب أن يتدرب على مواجهتها وحلها، فيصبح حينها أكثر قدرة على مواجهة مشكلاته، وأكثر ثقة في حلها بنجاح، فالإنسان يواجه باستمرار الحاجة إلى حل المشكلة لأن مطالبه متنامية ومتزايدة، طالما بقي حياً (Nezu et al., 2023)، حيث ينطلق أسلوب حل المشكلات من الافتراض القائل إن الضغوط والسلوك اللاتكيفي، غالباً ما تتسبب فيها العوامل الشخصية، مثل: قدرة الضبط المدركة، حل المشكلة غير المناسب، الأداء غير الفعال في المواجهة، وقد تم تصميم مدخل حل المشكلات ليقوي توقعات الضبط الشخصي، وتحسين قدرة حل المشكلات، وزيادة فاعلية المواجهة (Nezu & Nezu, 2019).

يهدف هذا المدخل العلاجي بشكل أساسي إلى مساعدة الأفراد في تحديد وحل المشكلات الراهنة التي تقف خلف استجاباتهم اللاتكيفية، وتعليمهم بعض المهارات العامة التي تساهم في التعامل بفاعلية ودون الاعتماد على الآخرين مع المشكلات المستقبلية، كما يهدف هذا المدخل العلاجي إلى رفع مستوى توافق الفرد مع بيئته ومجتمعه، ويحقق له أكبر قدر من المرونة والرضا عن مستوى حياته اليومية، وتقليل الخسائر من خلال تقليل الضيق الانفعالي الناجم عن الحل السيئ للمشكلات النفسية والاجتماعية والأسرية والوظيفية (Nezu, 2023; Fales, Eccleston & Wilson, 2016).

المفاهيم الرئيسية المرتبطة بأسلوب حل المشكلات:

المفاهيم الثلاثة الرئيسية في نظرية أسلوب حل المشكلات هي (١) حل المشكلات الاجتماعية، (٢) المشكلة، و(٣) الحل (Palermo, Law, Bromberg, 2016; Fales, Eccleston, & Wilson, 2016; Nezu, Nezu, & Hays, 2019; Nezu, 2019). حيث يتم تعريف "حل المشكلات الاجتماعية" على أنه العملية السلوكية المعرفية الموجهة ذاتياً والتي من خلالها يحاول الفرد، أو الزوجان، أو المجموعة

تحديد، أو اكتشاف حلول فعالة لمشاكل محددة تواجهها في الحياة اليومية. وبالتالي، ينظر إلى حل المشكلات الاجتماعية على أنه نشاط واع وعقلاني ومجهد وهادف يهدف إلى تحسين الموقف الإشكالي، أو تقليل أو تعديل المشاعر السلبية الناتجة عن الموقف، أو كلتا النتيجتين. ومن ثم، فمن الأفضل أن ينظر إليها على أنها العملية الوصفية للفهم والتقييم والتكيف مع أحداث الحياة المجهد، بدلاً من مجرد استراتيجية أو نشاط فريد للتكيف. كما هو محدد هنا، يتعامل حل المشكلات الاجتماعية مع جميع أنواع مشاكل الحياة الواقعية، بما في ذلك المشكلات غير الشخصية (على سبيل المثال: عدم كفاية الموارد المالية، وتلف الممتلكات)، والمشاكل الشخصية / الشخصية (المعرفية والعاطفية والسلوكية والصحية)، وكذلك المشاكل الشخصية (على سبيل المثال: النزاعات الشخصية، النزاعات الزوجية).

يتم تعريف "المشكلة" (**problem**) (أو الموقف الإشكالي) على أنها اختلال التوازن أو التناقض بين المطالب التكيفية وتوافر استجابات التأقلم الفعالة. على وجه التحديد، المشكلة هي أي موقف أو مهمة في الحياة (حاضرة أو متوقعة) تتطلب استجابة فعالة لتحقيق هدف أو حل نزاع عندما لا تكون الاستجابة الفعالة واضحة أو متاحة على الفور للشخص. قد تنشأ متطلبات الموقف الإشكالي في البيئة أو داخل الشخص. "الحل" (**solution**) هو استجابة مواجهة خاصة بالموقف أو نمط من الاستجابات التي هي نتيجة عملية حل المشكلات عندما يتم تطبيقها على موقف إشكالي معين. "الحل الفعال" هو الحل الذي يحقق هدف حل المشكلات، وتغيير الوضع للأفضل، وتقليل المشاعر السلبية، وزيادة المشاعر الإيجابية، بينما يزيد أيضاً من النتائج الإيجابية الأخرى ويقلل من العواقب السلبية.

الأبعاد الرئيسية لحل المشكلات: Major Problem-Solving Dimensions:

افترض كل من D'Zurilla and Nezu (2010) أن القدرة على حل المشكلات تتكون من عمليتين رئيسيتين مستقلتين جزئياً: (١) توجيه المشكلة و(٢) مهارات حل المشكلات. "توجيه المشكلة" هو عملية ما وراء المعرفة تخدم في المقام الأول وظيفة تحفيزية في حل المشكلات الاجتماعية. يتضمن تشغيل مجموعة من المخططات المعرفية والعاطفية المستقرة نسبياً، والتي تعكس الوعي العام للشخص، وتقييماته للمشاكل في الحياة، بالإضافة إلى قدرته على حل المشكلات، ومن ناحية أخرى، فإن "مهارات حل المشكلات"

هي الأنشطة التي يحاول الشخص من خلالها فهم المشكلات في الحياة اليومية واكتشاف حلول " فعالة أو طرق للتعامل معها. في هذا النموذج، يتم تحديد أربع مهارات رئيسية لحل المشكلات: (١) تعريف المشكلة وصياغتها، (٢) توليد الحلول البديلة، (٣) اتخاذ القرار، و(٤) تنفيذ الحل والتحقق منه (Nezu & Nezu, 2014). يشتمل المكون الأخير على مهارات المراقبة الذاتية وتقييم الحلول أثناء وبعد تنفيذ الحل؛ لا يشمل مهارات تنفيذ الحل. استنادًا إلى تكامل النموذج الأصلي لحل المشكلات الاجتماعية وتحليلات العوامل اللاحقة لمخزون حل المشكلات الاجتماعية (D'Zurilla, Nezu & Maydeu-Olivares, 2002) طور نموذجًا منقحًا وخماسي الأبعاد لحل المشكلات الاجتماعية يتألف من بعدين مختلفين، وإن كانا مرتبطين، بتوجيه المشكلات وثلاثة أنماط مختلفة لحل المشكلات. بعد اتجاه المشكلة هما: التوجه الإيجابي للمشكلة والتوجه السلبي للمشكلة، في حين أن أنماط حل المشكلات الثلاثة هي: حل المشكلات العقلاني، وأسلوب الاندفاع/الإهمال، وأسلوب التجنب (Nezu et al., 2016; Kirkham., Choi & Seitz, 2016; al., 2023):

"التوجه الإيجابي للمشكلة" (Positive problem orientation) هو مجموعة معرفية بناءة لحل المشكلات تتضمن: (١) تقييم المشكلة؛ (٢) الاعتقاد بأن المشكلات قابلة للحل (توقعات النتائج الإيجابية، أو "التفاؤل")؛ (٣) الإيمان بالقدرة الشخصية للفرد على حل المشكلات بنجاح ("الكفاءة الذاتية لحل المشكلات")؛ (٤) الاعتقاد بأن حل المشكلات الناجح يستغرق وقتًا وجهدًا ومثابرة؛ و(٥) الالتزام بحل المشكلات بدلًا من تجنبها. أما "التوجه السلبي للمشكلة" (problem-solving self-efficacy) هو مجموعة معرفية عاطفية مختلة، تنطوي على ميل إلى (١) النظر إلى المشكلة على أنها تهديد كبير للرفاهية النفسية، أو الاجتماعية، أو السلوكية، أو الصحية؛ (٢) الشك في قدرة الفرد الشخصية على حل المشكلات بنجاح؛ و(٣) الانزعاج العاطفي عند مواجهة مشاكل في الحياة (أي انخفاض الإحباط وعدم اليقين التسامح).

"حل المشكلات العقلاني" (Rational problem solving) هو أسلوب بناء لحل المشكلات يتضمن التطبيق العقلاني والمتعمد والمنهجي لأربع مهارات رئيسية لحل المشكلات: (١) تعريف المشكلة وصياغتها، (٢) توليد الحلول البديلة، (٣) صنع القرار،

و(٤) تنفيذ الحل والتحقق منه. يجمع حل المشكلات العقلاني الحقائق والمعلومات حول المشكلة بعناية ومنهجية، ويحدد المطالب والعقبات، ويضع أهدافاً واقعية لحل المشكلات، ويولد مجموعة متنوعة من الحلول الممكنة، ويتوقع عواقب الحلول المختلفة، ويحكم ويقارن البدائل، ويختار الحل "الأفضل"، وينفذ هذا الحل، ويراقب ويقيم النتيجة بعناية. لا يشمل هذا البعد مهارات تنفيذ الحلول الضرورية أيضاً للأداء الفعال لحل المشكلات في مواقف إشكالية محددة.

"أسلوب الاندفاع / الإهمال" (Impulsivity/carelessness style) هو خلل وظيفي في حل المشكلات يتميز بمحاولات نشطة لتطبيق استراتيجيات وتقنيات حل المشكلات، لكن هذه المحاولات ضيقة ومندفعة ومهملة وعاجلة وغير مكتملة. عادة ما يفكر الشخص الذي لديه أسلوب حل المشكلات هذا في عدد قليل من بدائل الحلول، وغالباً ما يسير باندفاع مع الفكرة الأولى التي تتبادر إلى الذهن. "أسلوب التجنب" (Avoidance style) هو نمط آخر مختل لحل المشكلات يتميز بالمماطلة أو السلبية أو التراجع عن العمل والتبعية. يفضل حل المشكلات المتجنب تجنب المشكلات بدلاً من مواجهتها على الفور، ويؤجل حل المشكلات لأطول فترة ممكنة، وينتظر حل المشكلات بأنفسهم، ويحاول تحويل مسؤولية حل مشاكله إلى أشخاص آخرين.

ج- دور العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات في خفض التنافر المعرفي:

يعد العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات من أكثر الأنماط العلاجية النفسية شيوعاً في الوقت الراهن في تناول مختلف الاضطرابات حيث تطرق هذا الأسلوب العلاجي إلى عديد من الاضطرابات، ويعتبر تناوله للبعض منها من التطورات الحديثة التي شهدها هذا الاتجاه العلاجي، وقد أكدت نتائج دراسات عديدة أن العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات يعد من الأكثر فاعلية قياساً بالعلاجات الأخرى النفسية والطبية، وذلك في علاج عديد من المشكلات الاضطرابات النفسية من قبيل: الاكتئاب، والقلق، والغضب، وإيذاء الذات، والسلوك المرضي الشاذ، والميول والأفكار الانتحارية، والنرجسية، واضطرابات الأكل، والمخاوف، واضطرابات الشخصية الحدية (Visser, Heijenbrok-Kal, Van't Spijker., Lannoo, Busschbach & Ribbers, 2016؛ Shang et al., 2021؛ Kirkham et al., 2016)، ويمثل تطبيق العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات في

تخفيف التنافر المعرفي مجالاً جديداً من المجالات التطبيقية لهذا الأسلوب العلاجي على الاضطرابات المختلفة.

حيث يهدف هذا الأسلوب بشكل أساس إلى مساعدة الأفراد في تحديد وحل المشكلات الراهنة التي تقف خلف استجاباتهم اللاتكيفية، ويعلمهم في الوقت نفسه مهارات عامة تساهم على التعامل بفاعلية ودون الاعتماد على الآخرين مع المشكلات المستقبلية (Haejung et al.2015)، وذلك من خلال تدريب أفراد المجموعة التجريبية (١) على مهارة تحديد وصياغة المشكلة، ومهارة توليد الخيارات البديلة، ومهارة اتخاذ القرار، ومهارة تنفيذ الحل والتحقق منه. كما هدف هذا الأسلوب لخفض التنافر المعرفي المستخدم في هذه الدراسة إلى رفع مستوى توافق أفراد المجموعة التجريبية (١) مع بيئتهم ومجتمعهم، وكذلك تحقيق لهم أكبر قدر من المرونة في اختيار من البدائل المتاحة أمامهم، والرضا عن مستوى حياتهم اليومية، ومن خلال مساعدتهم على بناء أساس متين للتعامل بقدر أكبر من الفاعلية مع الحقوق والواجبات داخل بيئتهم، كما ساهم أسلوب حل المشكلات خلال جلسات البرنامج العلاجي في تقوية وظائف الأنا واستنهاض قوامها المعطلة للتحرك والفعل، حيث يمدّها بالأمان والثقة والمساندة النفسية، وهي من أعلى عمليات الضبط الذاتي للتغلب على الشعور بعدم الراحة الذي يحدث للفرد نتيجة تنافر بين أفكاره وسلوكه عندما يتعرف معرفة جديدة لا تتسجم مع معتقداته وآرائه الموجودة لديه سابقاً.

ولذلك يهدف العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات بمكوناته المعرفية والسلوكية إلى تخفيف التنافر المعرفي في هذه الدراسة إلى أقصى حد ممكن، ويتم ذلك من خلال استخدام فنيات عديدة من بينها تكنيك التعلم النفسي الذي يضم فنياتي المحاضر والمناقشة، وتبادل الحوار والمناقشة، والتغذية الراجعة، والواجب المنزلي، وفنية إعادة الصياغة، وفنية الحديث الذاتي الايجابي والتعامل الإيجابي مع المشكلة، وفنية التنفس العميق، وفنية ضبط المثير، وفنية التجنب المعرفي، وفنية التوكيدية؛ وذلك لتدريب أفراد المجموعة التجريبية (١) على السيطرة على مشاعرهم من خلال إدراك وفهم عواطفهم واستجاباتهم انفعالاته، والتحكم بمشاعرهم خلال تفاعلهم مع الآخرين، ومع أنفسهم، وتشكيل رد الفعل الملائم لاستجاباتهم على الضغوطات التنظيمية الداخلية والاجتماعية، وقدرتهم على التعامل مع الآخرين ضمن شبكة اجتماعية معقدة من الأفراد في البيئات الحالية أو القريبة

أو الممتدة، ووضع تصورات مستقبلية، واعتمادهم على أفكارهم وآراءهم وخبراتهم الذاتية في المواقف الحياتية المختلفة.

ومع تعدد الفنيات العلاجية التي يضمها العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات في تناوله لمثل هذه الاضطرابات، فقد تم استخدام فنيات المحاضرة والمناقشة اللذان يشكلان استراتيجية التعلم النفسي التي نستهل بها البرنامج العلاجي الذي استمر إلى نحو ثمانية عشرة جلسة علاجية ، وتعمل هذه الاستراتيجية على تقديم المعلومات المطلوبة عن التنافر المعرفي من حيث طبيعته وأسبابه وأعراضه وكيفية المواجهة والإرشاد، وتشغل مثل هذه الاستراتيجية الجلسات الأولى من البرنامج العلاجي بطبيعة الحال، كما تم استخدام فنية التنفس العميق لمساعدة كل فرد من أفراد المجموعة التجريبية (١) على التنفس بالطريقة الصحيحة ، وتعليمه كيف يبطن من معدل التنفس عندما يبدأ التخيل في المواقف التي يمر بها .

كما استخدمت فنية لعب الأدوار، حيث قام أحد أفراد المجموعة التجريبية (١) بتمثيل أدوار معينة أمام أفراد المجموعة، حيث كشف أفراد المجموعة التجريبية (١) من خلال التمثيل مشاعره فيسقطها على شخصيات الدور التمثيلي، وينفس عن انفعالاته، ويستبصر بذاته، ويعبر عن اتجاهاته ودوافعه، بالإضافة إلى فنية الحديث الذاتي الإيجابي، والتعامل الإيجابي مع المشكلة، فمن خلال زيادة الحديث الذاتي الإيجابي للنفس، في خفض التوجه السلبي نحو مشكلة التنافر المعرفي، ولقد كان أغلب أفراد المجموعة التجريبية(١) على قدر من الاستبصار والثقافة بالقدر الذي ساعدهم على تجاوز مشكلة الحديث السلبي، لكنهم لم يكونوا قادرين على إخراج هذه المكونات إلى ساحة الفعل، قبل البدء في تنفيذ البرنامج، وإلى جانب ذلك تم استخدام فنية تحليل النواتج عن طريق الاستعانة بالسؤال (ماذا يحدث لو...؟) كأن يوجه الباحث للعميل سؤالاً كالتالي: ماذا يحدث لو طلب منك تحديد مشاعرك في أحد المناسبات الاجتماعية ؟ ثم يقوم بتحليل ما يذكره العميل، ويوضح له مدى العلاقة بين الأفكار والمشاعر، ويطلب منه أن يقوم بتحويل تلك المسلمات التي يعتقد فيها وفي صحتها إلى فروض علمية يقوم بفحصها والتحقق من صحتها وصدقها .

ويتبقى لدينا في هذا الصدد نقطة أخيرة وهي تلك التي تتعلق بالمتابعة، حيث يجب أن تكون المتابعة بعد فترة لا تقل عن شهر ونصف من انتهاء البرنامج، حيث أثبتت

الدراسات التي تناولت هذا الأسلوب العلاجي مع مختلف الاضطرابات النفسية أنه يعد هو الأفضل قياساً بغيره من الأساليب العلاجية الأخرى؛ وذلك من حيث نتائجه على المدى الطويل، ومن ثم تعتبر تلك المدة الزمنية التي نقترح انقضاءها بين القياسين البعدي والتتبعي مدة متوسطة، وهو ما يتناسب مع هذا الاتجاه العلاجي (Cuijpers., de Wit.,) (Choi., Marti & Conwell, 2016؛ Kleiboer., Karyotaki & Ebert, 2018).

د- العلاج المرتكز على التعاطف (CFT) Compassion Focused Therapy:

يعرف التعاطف على أنه قدرة الفرد على مشاركة وفهم أفكار ومشاعر الآخرين ، وتكون هذه القدرة مهمة لتعزيز السلوكيات الإيجابية تجاه الآخرين ، وتعمل على تسهيل التفاعلات الاجتماعية والعلاقات المنسجمة والمويل المؤيدة للمجتمع (Gilbert,2014,P.7) ، كما يعرف التعاطف على أنه القدرة على الإدراك والتعقل وفهم المشاعر ، حيث يتبدى في قدرة الفرد على الإحساس بمشاعر الآخرين وانفعالاتهم وتقدير وجهة نظرهم ورؤيتهم للموضوعات والاهتمام بمساعدتهم ، كما أنه يُعد واحداً من الداعمات الانفعالية الأولى للأخلاق (Zorotti, Poz& Fisher,2023,P.358) .

ويظهر الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي ظهرت معها تدخلات علاجية مختلفة قائمة على التعاطف ، ومنها: تدريب العقل المتعاطف Compassionate Mind Training(CMT) من إعداد Gilbert & Procter(2006) ، والعلاج المرتكز على التعاطف (CFT) Compassion Focused Therapy من إعداد Gilbert(2009) والتدريب المعرفي القائم على التعاطف Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) من إعداد Pace et al. (2009) ، وبرنامج تدريب التعاطف اليقظ مع الذات(Mindful Self -Compassion(MSC) من إعداد Neff & Germer (2013).

ويعد العلاج المرتكز على التعاطف (CFT) ، وتدريب التعاطف اليقظ مع الذات (MSC)، هما الأشهر والأكثر انتشاراً من بين التدخلات المرتكزة على التعاطف، وهناك تشابه كبير بينهما، وخاصة فيما يتعلق بالتدريبات والمهارات التي يستخدمها كلاهما، والتي تشمل على ممارسات رسمية مثل التأمل الحنون ، وممارسات غير رسمية خلال مسيرة الحياة اليومية مثل حديث الذات المتعاطف ، وكلاهما أيضا يشتمل على تدريب اليقظة

العقلية الذي يتضمن التركيز على الخبرة في الوقت الحاضر مع عدم الحكم، والوعي بمعاينة الفرد نفسه، وهو ما يعد شرطاً أساسياً مسبقاً للتعاطف مع الذات. (Kiby, Tellegen & Steindl, 2017)

ويعرف (Gilbert, 2009) العلاج المرتكز على التعاطف بأنه تدخل علاجي يركز حول تطبيق مبادئ نظرية التعاطف في العلاج النفسي، وهو اتجاه إنساني للتعامل مع حالات نقد الذات وحالات الخزي المصاحب للمشكلات النفسية، وتم تطويره بناء على أن الأفراد الذين لديهم درجة مرتفعة من النقد الذاتي يجدون صعوبة في توليد مشاعر الرضا والأمان والدفء في علاقاتهم مع أنفسهم أو مع الآخرين. ويعرفه (Utley, 2014, P.3) على أنه نوع من أنواع العلاج الذي يهدف إلى مساعدة العملاء على تعلم المهارات الأساسية المطلوبة لتطوير الجوانب والسمات الرئيسية للتعاطف.

ويرتكز العلاج المرتكز على التعاطف على عدد من النظريات والأسس النفسية منها، العلاج المعرفي السلوكي، وعلم النفس التطوري، ونظرية التعلق، وعلم النفس الاجتماعي، وعلم الأعصاب المرتبط بالتنظيم الانفعالي، إضافة إلى تعاليم الفلسفة البوذية، ويستخدم في هذه العلاج عدد من الفنيات التي تنعكس من علاجات أخرى: كالتنفس والتهديئة والتحدى المعرفي من العلاج المعرفي السلوكي، والتصور من العلاج الذي يركز على الصدمات، وعمل الكرسي من العلاج الجشطالتي، والإطار السياقي في العلاجات النفس دينامية (Vosper, Irons, Mackenzie-White, Saunders, Lewis & Gibson, 2023, P.323)

ويهدف العلاج المرتكز على التعاطف إلى المساعدة في تعزيز الشفاء العقلي والنفسي عن طريق تشجيع متلقي العلاج على التعاطف مع ذواتهم ومع الآخرين؛ حيث يُعد التعاطف مع الذات ومع الآخرين استجابة انفعالية تمثل جزءاً أساسياً من الرفاهية النفسية، وقد أُعد هذا العلاج خصيصاً للأشخاص الذين يعانون من مشاعر الخزي والعار والنقد الذاتي، والذين يفتقرون إلى تجربة وجدانية لقيمة العلاج النفسي (Gilbert, 2012). ويرى (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005) أن جوهر العلاج القائم على التعاطف هو شعور الفرد بالاطمئنان على أفكاره وسلوكياته عن طريق الوصول إلى نظام عاطفي معين ليساهم في تحسين صورة الذات وخفض الضغوط النفسية (Rashidi et al., 2023, 135)

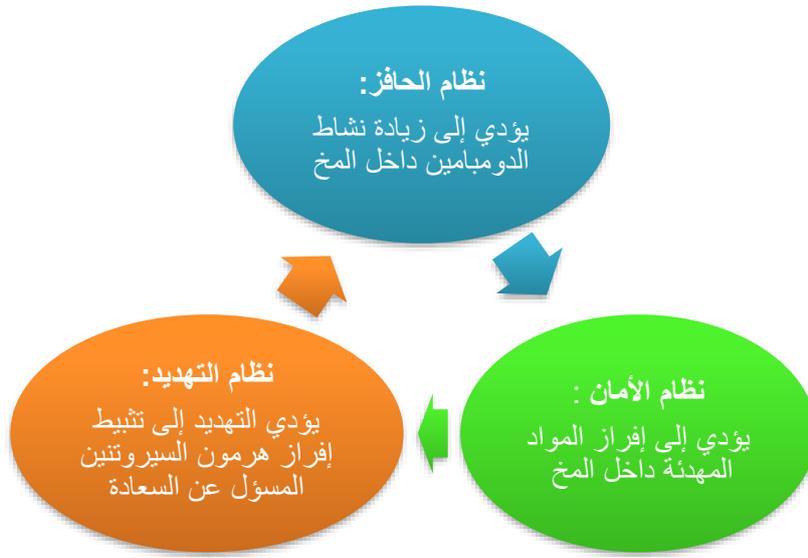
ومن الاهتمامات الرئيسية لهذا العلاج هو استخدام تدريب العقل على التعاطف لمساعدة الناس على التطور والعمل في ضوء تجارب من الدفاء الداخلي والأمان والراحة، عبر التعاطف والتعاطف مع الذات ، ، حيث يتم تدريب الأفراد على مهارات التعاطف ،مما يساعدهم على تعديل الأنماط المضطربة في الإدراك والعاطفة والمتعلقة بالقلق والغضب والعار ونقد الذات(Gilbert,2009) .

ومن منظور العلاج المرتكز على التعاطف ، ينظر إلى التعاطف على أنه يتدفق في ثلاث اتجاهات رئيسة ، وهي : التعاطف الذي يمكن أن نشعر به تجاه الآخر أو الآخرين ، والتعاطف الذي يمكن أن نشعر به من الآخرين تجاه أنفسنا ، والتعاطف الذي يمكننا توجيهه إلى أنفسنا " التعاطف مع الذات " والذي يُعد الأساس في ال CFT ، في حين يصف CMT وجود أنشطة محددة مصممة لتطوير السمات والمهارات الرحيمة والتعاطفية لدى الفرد (Gilbert,2014).

يقوم العلاج المرتكز على التعاطف على مجموعة من المبادئ الرئيسية، والتي تقوم إلى حد كبير على فكرة أن سلوك الرعاية تطور لتأدية وظائف تنظيمية وتطويرية أساسية، وينصب تركيز هذا العلاج على مساعدة العملاء على التعامل مع الصعوبات التي يواجهونها بأساليب رحيمة، وتزويدهم بأدوات فعالة تساعدهم على العمل في ظل الظروف والمشاعر الصعبة التي يختبرونها، يساعد العلاج القائم على التعاطف هؤلاء الأشخاص على تعلم الوسائل التي تحثهم على خوض معاركهم بقبول وشجاعة، وبالتالي مساعدة أنفسهم على الشعور بالثقة لإنجاز المهام العسوية والتعامل مع المواقف الصعبة، ويكون ذلك من خلال :

- تطوير علاقة علاجية إيجابية تسهل على الفرد التعامل مع التحديات وتنمي مهارات مواجهتها.
- تطوير التفهم العطوف لطبيعة المعاناة دون إلقاء اللوم.
- تطوير القدرة على اختبار وغرس السمات الرحيمة.
- تطوير الشعور بالتعاطف نحو الآخرين، والانفتاح على تعاطف الآخرين، وتطوير التعاطف مع الذات(Russell,2016)

ووفقًا للتحليل التطوري، فإن العلاج المرتكز على التعاطف يؤثر على الجهاز الفسيولوجي والجهاز المناعي للفرد، حيث توجد ثلاثة أنواع من أنظمة التنظيم العاطفي الوظيفية، وهي : الحافز والأمان والتهديد، ويبنى العلاج المرتكز على التعاطف على العلاقة والتفاعل بين هذه الأنظمة الثلاثة ، ويوضح شكل (1) كيفية حدوث التفاعل بين الأنظمة الثلاثة :



شكل (1)

تفاعل الأنظمة الثلاثة للتنظيم العاطفي
(Gilbert & Simos,2022)

فيؤلّد الفرد مزودًا بالأنظمة الثلاثة، ولكن المحيط يحدد ما إذا كان سيستخدم ويواصل استخدام الأنظمة غير القائمة على البقاء (الحافز وتقديم الرعاية)، فجميع الكائنات الحية طورت أنظمة للكشف عن التهديدات والتي تتطلب منها مجموعة من الدفاعات النفسية مثل الغضب والقلق والاكتئاب ، فيعمل على إفراز هرمون السيروتونين ، كما تتطور أنظمة أمن وحماية من التهديدات لتتماشى مع أنواع معينة منها ، لتعمل بطريقة آمنة مما يؤدي إلى الشعور بالسعادة نتيجة إفراز هرمون الدوبامين داخل المخ (Gilbert & Simos,2022).

ويستغرق تطبيق العلاج المرتكز على التعاطف ثمانية أسابيع بواقع ساعتين إلى ساعتين ونصف أسبوعيًا، ويمكن تطبيقه على العينات العادية أو بعض العينات الإكلينيكية،

ويتضمن البرنامج ممارسة فنيات مثل: التأمل الحنون، كتابة الخطاب الحاني، وحديث الذات المتعاطف ، وتدريبات ومناقشات وواجبات منزلية لمساعدة المشاركين في البرنامج على أن يكونوا أكثر تعاطفًا مع ذواتهم لمساعدتهم على الاندماج في الحياة بشكل أفضل (Neff, Knox, Long & Gregory, 2020).

هـ- دور العلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي :

ينطلق العلاج المرتكز على التعاطف حول إعادة البناء المعرفي الإيجابي الذي يشير إلى تغيير وجهة الفرد لوجهة نظره في الموقف الضاغط ليراه من زاوية أكثر إيجابية، وإعادة التفسير الإيجابي لمواقف الفشل، ورؤيتها في نطاق الخبرة الإنسانية العامة، وأن التعاطف مع الذات يرتبط سلبياً مع الانفعالات السلبية، كما أنه يعزز المواجهة التكيفية، أكثر من المواجهة غير التكيفية (Allen & Leary, 2010).

وعلى الرغم من أن اليقظة العقلية تمثل جانب مهم في العلاج المرتكز على التعاطف، إلا أن Muschalik, Crutzen, Elfeddali & Vries (2020) أشار إلى أن اليقظة العقلية لا ترتبط بالتنافر المعرفي ، ولكن التدريب على المهارات الفرعية لليقظة العقلية كقبول الأفكار بدون إصدار حكم عليها يعزز القدرة على التعامل مع التنافر المعرفي مستقبلاً ، التي تعمل بمثابة عوازل للسياقات التي من الممكن أن تؤدي إلى تنافر معرفي.

وثمة روابط بين العلاج المرتكز على التعاطف والجوانب المعرفية ، حيث تعود جذور العلاج المرتكز على التعاطف إلى التحليل التطوري والوظيفي لأنظمة التحفيز الاجتماعي الأساسية ، ويولي اهتمامًا كبيرًا لأدمغتنا ، حيث يركز على أهمية تطوير قدرة الأفراد على الوصول بوعي إلى الدوافع والعواطف التابعة وتحملها وتوجيهها لأنفسهم وللآخرين، فالعقل البشري يتطور بشكل خاص من أجل المعالجة الاجتماعية ، والتي تركز على فهم السياقات الاجتماعية المبكرة والحالية على حد سواء لفهم المشاكل التي قد يتعرض لها الفرد (Gilbert, 2014, P.6).

العلاج المرتكز على التعاطف فعال في التعامل مع الأشخاص ذوي المستويات المرتفعة من التوجه نحو نقد الذات وذوي الشعور الشديد بالخزي والخجل أو العار من الذات، فمفهوم التعاطف يتضمن في بنيته عناصر تكوينية وجدانية ومعرفية ودافعية متعددة تتضمن ضمن عناصر أخرى بطبيعة الحال: الدفاء، الحنية واللين والرفق، التوقف عن

إسقاط الأحكام القاسية على الذات وعلى الآخرين، التروي والحكمة وتحمل المسؤولية، ويوفر العلاج المرتكز على التعاطف بديلاً علاجياً يمكن بموجبه مساعدة الأفراد في إيجاد طرائق مفيدة في التفكير ومن ثم تحسن حالاتهم الانفعالية والمزاجية، فهو علاج يستهدف تمكين العملاء من اكتساب نطاق واسع من المهارات التي تدفعهم باتجاه تعلم مقومات القدرة على تهدئة الذات self-soothe وتنشيط نظام التهدة في أدمغتهم لكف عمل نظام التهديد. وتتأسس مثل هذه المهارات على: اليقظة العقلية، وتدريبات ضبط وتنظيم عملية التنفس، واستخدام فنيات التخيل البصري، وأساليب التفكير الرحيم، وكذلك السلوك القائم على الرقة واللطف والذوق، والعطف، والحنو، والتعاطف (Kolts, Bell, Bennet-Levy & Irons, 2018).

فروض الدراسة:

في ضوء ما سبق عرضه من الإطار النظري، وما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة يمكن صياغة الفروض كآتي:

- أ- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (١) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التنافر المعرفي بعد تطبيق برنامج العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات، في الاتجاه الأفضل.
- ب- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (٢) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التنافر المعرفي بعد تطبيق برنامج العلاج المرتكز على التعاطف، في الاتجاه الأفضل.
- ج- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (١) ورتب درجات المجموعة التجريبية (٢) في القياس البعدي على مقياس التنافر المعرفي بعد تطبيق البرنامج.
- د- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (١) في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس التنافر المعرفي بعد توقف برنامج العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات بشهر ونصف.

هـ- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (٢) في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس التنافر المعرفي بعد توقف برنامج العلاج المرتكز على التعاطف بشهر ونصف.

و- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (١) ورتب درجات المجموعة التجريبية (٢) في القياس التتبعي على مقياس التنافر المعرفي بعد فترة المتابعة لكل منهما.

إجراءات الدراسة:

أ- منهج الدراسة:

استخدم الباحثان في هذه الدراسة المنهج التجريبي ليلانم متغيرات الدراسة متمثلة المتغير التجريبي ويضم (البرنامج القائم على أسلوب حل المشكلات بفيناته المختلفة، والبرنامج المرتكز على التعاطف بفيناته المختلفة) ، والمتغير التابع وهو التنافر المعرفي، وتم استخدام مجموعتين تجريبيتين ، وهما :

١- المجموعة التجريبية (١): وهي مجموعة طُبِقَ عليها العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات لخفض التنافر المعرفي .

٢- المجموعة التجريبية (٢): وهي مجموعة طُبِقَ عليها العلاج المرتكز على التعاطف لخفض التنافر المعرفي.

ب- عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من عينة استطلاعية، وعينتين تجريبيتين، وفيما يلي وصفاً لخصائص كل عينة:

١- عينة الدراسة الاستطلاعية:

بعد إعداد أدوات الدراسة، تتطلب الأمر إلى إجراء دراسة استطلاعية هدفت إلى التحقق من الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة؛ ولتحقق من ذلك تم تطبيق أداة الدراسة على عينة استطلاعية قوامها (١٥٠) طالبًا وطالبة من طلاب الدراسات العليا بجامعة المنيا، وقد تراوحت أعمار العينة الاستطلاعية بين (٢٤-٣١) سنة، وبمتوسط عمري (٢٦,٣٤) سنة، وانحراف معياري قدره (٢,٤٤)، وقد تم اختيارهم بطريقة عشوائية من كليتي: التربية

والتربية النوعية بجامعة المنيا، في الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي ٢٠٢٢/٢٠٢٣م
٢- عينتا الدراسة التجريبية:

من أجل اختبار مدى فاعلية البرنامج العلاجي القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي، والتحقق من فروض الدراسة، قام الباحثان باختيار عینتين تجرّيبیتین ، العينة التجريبية (١) والعينة التجريبية (٢)، وتتكون كل منهما من (١٠) طالبًا وطالبة من طلاب الدراسات العليا بواقع (٥ طلاب، ٥ طالبات)، وتم اختيارهم من خلال الخطوات الآتية:

-تطبيق مقياس التنافر المعرفي على عينة بلغ قوامها (٢١٦) طالبًا وطالبة من طلاب الدراسات العليا بكلّيتي التربية والتربية النوعية بجامعة المنيا .
-تم فرز نتائج التطبيق واستبعاد المقاييس غير المكتملة ، فأصبح العدد (٢٠٣) طالبًا وطالبة من طلاب الدراسات العليا.

-تحديد الطلاب الحاصلين على درجة مرتفعة على مقياس التنافر المعرفي من خلال حساب درجة القطع (م + ٢,٥ ع) ، حيث (م = ٨٧,٥٦ ، ع = ١٤,٤٥) ، وبالتالي أصبحت درجة القطع تقريبًا (١٢٤) على مقياس التنافر المعرفي، وبناء على تلك الخطوة أصبح عدد العينة (٣٧) طالبًا وطالبة من طلاب الدراسات العليا.

-تم استبعاد (٦) طلاب لعدم رغبتهم في الاشتراك في أي من البرنامجين ، فأصبح العدد (٣١) طالبًا وطالبة من طلاب الدراسات العليا ، بواقع (١٠ طلاب ، ٢١ طالبة).

-تم اختيار (١٠) طالبات ممن حصلن على أعلى الدرجات على مقياس التنافر المعرفي، بالإضافة إلى الـ(١٠) طلاب ، ثم تقسيمهم إلى عینتين تجرّيبیتین ، العينة التجريبية (١) والعينة التجريبية (٢) ، تتكون كل منهما من (١٠) طالبًا وطالبة من طلاب الدراسات العليا بواقع (٥ طلاب ، ٥ طالبات) لكل مجموعة على حدة.

وتم التحقق من التكافؤ بين المجموعة التجريبية (١) والمجموعة التجريبية (٢) في: التنافر المعرفي، والعمر الزمني، ويوضح جدول (١) التكافؤ بين المجموعة التجريبية (١) والتجريبية(٢) في متغيرات الدراسة:

جدول (١)

قيم U، W، Z لدلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة: التجريبية (١) والتجريبية (٢) في المتغيرات الخاصة بالتجانس (ن=٢=١٠)

المتغيرات	نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	قيمة W	قيمة Z	الدلالة
التنافر المعرفي	تجريبية (١)	١٠	١٠,٨٥	١٠٨,٥	٤٦,٥	١٠١,٥	٠,٢٦٥	غير دالة
	تجريبية (٢)	١٠	١٠,١٥	١٠١,٥				
العمر الزمني	تجريبية (١)	١٠	٩,٥٥	٩٥,٥	٤٠,٥	٩٥,٥	٠,٧٣١	غير دالة
	تجريبية (٢)	١٠	١١,٤٥	١١٤,٥				

تشير النتائج في جدول (١) إلى عدم دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية (١) والتجريبية (٢) في المتغيرات الخاصة بالتجانس (التنافر المعرفي، والعمر الزمني)، وهو الأمر الذي يدل على أن هاتين المجموعتين متجانستين.

ج- أدوات الدراسة:

١- مقياس التنافر المعرفي (إعداد: الباحثين، ٢٠٢٣):

نظرًا لعدم توافر مقاييس للتنافر المعرفي لدى طلبة الدراسات العليا بالجامعة في البيئة المصرية - في حدود اطلاع الباحثين - لذلك تم إعداد مقياس التنافر المعرفي، والذي يهدف إلى قياس التنافر المعرفي لدى طلبة الدراسات العليا .

(أ) خطوات إعداد المقياس:

- قام الباحثان بمراجعة الأدبيات والدراسات السابقة والأطر النظرية المتعلقة بالتنافر المعرفي، والتي تمثل في: دراسة (Cassel, Chow & Reiger, 2001) وكان المقياس المستخدم يحتوي على (٢٠٠) عبارة موزعة على ثمانية أبعاد، كل بعد مكون من (٢٥) عبارة، وهذه الأبعاد، هي: أبعاد داخلية شخصية، وأبعاد خارجية غير شخصية، ومتضمنة خمس بدائل للتصحيح، كما تم الاطلاع على الدراسات التي تحتوي على استخدام مقاييس التنافر المعرفي؛ ولكن هذه الدراسات غير مستخدمة مع طلاب الدراسات العليا، ومنها: دراسة اللحياني والعنبي (٢٠١٥)، ودراسة العنبي (٢٠١٥)، ودراسة (Harmon-Jones, & Levy, 2015)، ودراسة شوكت (٢٠١٦)، ودراسة (Hinojosa et al., 2017)، ودراسة العظمت والعنوم (٢٠١٨)، ودراسة

- Cancino-Montecinos et al.(2020)، ومحمد (٢٠٢٠)، ودراسة سليم
(٢٠٢٢)، ودراسة (Tuanrat & Alaminos (2023).
- قام الباحثان بتوزيع استبيان مفتوح على عينة بلغ قوامها (٦٥) طالبًا وطالبة من طلبة الدراسات العليا بكلية التربية والتربية النوعية بالمنيا من التخصصات المختلفة، وتضمن الاستبيان المفتوح الأسئلة الآتية: أذكر لنا كيف تتصرف عند انشغالك بموضوعين، أو معتقدتين، أو فكرتين يحتلان نفس الأهمية لديك، ومتناقضتان في طبيعتهما؟ وكيف تحافظ على التناغم في العلاقات المختلفة في معتقداتك وأرائك واتجاهاتك؟ وقد أسفرت نتائج الاستبيان، والمراجعة النظرية السابقة عن الحصول على عدد من العبارات تم صياغتها في صورة واضحة ومبسطة.
- مما سبق تم تحديد أربع أبعاد رئيسية طبقاً لمقياس التنافر المعرفي لكل من (Cassel et al. (2001، وذلك في ضوء نظرية (Festinger (1977 للتنافر المعرفي، وهي:
- القسم الأول (داخلي - شخصي): صعوبة السيطرة على المشاعر، وسوء التكيف الشخصي.
 - القسم الثاني (خارجي - غير شخصي): نقص الخبرة الاجتماعية، والتعميم السلبي الزائد.
- قام الباحثان بإعداد الصورة الأولية لمقياس التنافر المعرفي في ضوء العبارات التي تم الحصول عليها، حيث تم حذف العبارات المكررة في المعنى والصياغة، وقد بلغ عدد العبارات (٦٠) عبارة، ثم تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين وعددهم (٥) محكمين من أساتذة علم النفس والصحة النفسية بكلية التربية جامعة المنيا؛ وذلك للاستفادة من آرائهم وخبراتهم في تحكيم المقياس من حيث وضوح العبارات وانتمائها للمقياس، وتم تعديل صياغة ما أتفق أغلب المحكمين على إعادة صياغته، وحذف بعض العبارات، وتم إجراء التعديلات التي أجمع عليها المحكمون، وبذلك أصبح المقياس مكون من (٤٠) عبارة، حيث تم حذف (٢٠) عبارة نتيجة آراء المحكمين، والملحق رقم (١) يوضح بيانات المحكمين.

- تم وضع خمس استجابات للمقياس، هي: دائماً (٥)، غالباً (٤)، أحياناً (٣)، نادراً (٢)، أبداً (١)، وذلك بالنسبة للعبارة الموجبة، أما العبارات السالبة تأخذ عكس هذه الدرجات.
- طبق المقياس على العينة الاستطلاعية وعددهم (١٥٠) طالباً وطالبة من طلبة الدراسات العليا بكلية التربية والتربية النوعية بالمنيا من التخصصات المختلفة، وذلك لحساب الخصائص السيكومترية للمقياس.
- حساب الاتساق الداخلي لعبارة المقياس، وذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس، ومعامل الارتباط بين درجة كل عبارة والأبعاد الفرعية المنتمية إليه للمقياس، ويتضمن جدول (٢) مؤشرات الاتساق الداخلي لعبارة المقياس:

جدول (٢)

مؤشرات الاتساق الداخلي لعبارة مقياس التنافر المعرفي متعدد الأبعاد (ن=١٥٠)

رقم البند	نص العبارة	الارتباط بالبعد	الارتباط بالمقياس ككل
القسم الأول (داخلي- شخصي)			
البُعد الأول (صعوبة السيطرة على المشاعر): تشير إلى ضعف قدرة الفرد على إدراك وفهم عواطفه واستجاباته انفعالاته، وصعوبة التحكم بها سواء المتعلقة بتفاعله مع الآخرين أو مع نفسه.			
١	أميل للغضب بدلاً من الاعتراف بغلطتي.	**٠,٦٨٩	**٠,٥٩٢
٢	أميل إلى أن أكون متسامحاً ومتفهماً*.	**٠,٥٥٤	**٠,٥٣٣
٣	أشعر بتحسن عندما أنهي عملاً معيناً*.	**٠,٦٤٠	**٠,٦٠٢
٤	أشعر بخيبة أمل من الحياة.	**٠,٥٦٠	**٠,٤٤٨
٥	أشعر بالغيرة من الآخرين.	**٠,٦٧٠	**٠,٥٤٨
٦	أشعر باضطراب جراء فقدان الثقة بالنفس.	**٠,٦٤٥	**٠,٥٥١
٧	أشعر بالإحباط بسبب الشعور بالنقص.	**٠,٥٣٦	**٠,٤١١
٨	أشعر أن حياتي ذات معنى*.	**٠,٦٠٤	**٠,٤٧٥
٩	أشعر بالدفء والسعادة مع نفسي*.	**٠,٦٧٩	**٠,٦١٥
١٠	أطالب بحقوقتي عندما أشعر بسوء المعاملة.	**٠,٧١٨	**٠,٦٣٧
البُعد الثاني (سوء التكيف الشخصي): يقيس صعوبة تشكيل رد الفعل الملائم استجابة على الضغوطات التنظيمية الداخلية والاجتماعية لحياة الفرد داخل نفسه.			
١١	أشعر أن لدي القدرة على التحكم بانفعالاتي*.	**٠,٥٩٦	**٠,٥٥٧

فاعلية العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي

**٠,٥٤٧	**٠,٥٧٩	أشعر بالاستياء عندما لا تسيّر الأمور على ما يرام.	١٢
**٠,٤٨١	**٠,٥٠٨	أشعر بالإحباط عندما يتخلى عني أصدقاؤني.	١٣
**٠,٥٢٠	**٠,٥٦٦	أجد صعوبة في تقبل النقد واللوم.	١٤
**٠,٥٩٨	**٠,٦٢٢	أميل إلى الحفاظ على مشاعري المكبوتة داخلي.*	١٥
**٠,٤٧٤	**٠,٦١١	أجد صعوبة في التعامل مع أصدقاؤني بعد مشاجرتهم.	١٦
**٠,٣٨٠	**٠,٥٥٢	أشعر بالراحة بغض النظر عن المكان الذي أعيش فيه.	١٧
**٠,٥٠٤	**٠,٦٣٩	تذكري لتجاربي السابقة يشعرني بالإحباط.	١٨
**٠,٣٩٦	**٠,٥١٣	أتمنى أن أعود طفلاً.	١٩
**٠,٤٧٧	**٠,٥٣١	أتمنى لو أنني لست خجولاً.	٢٠

القسم الثاني (خارجي- غير شخصي):

البُعد الثالث (ضعف الخبرة الاجتماعية): يشير إلى نقص خبرة الفرد في كيفية تعامله واتصاله ضمن شبكة اجتماعية معقدة من الأفراد في البيئات الحالية أو القريبة أو الممتدة.

**٠,٥٦٢	**٠,٦١٤	أشعر بالوحدة حتى عندما أكون مع الناس.	٢١
**٠,٤٩٨	**٠,٦٠٠	أشعر بالحرج بسبب قلة خبرتي الاجتماعية.	٢٢
**٠,٥١٨	**٠,٦٢٦	عندما أغضب من أحدهم فإنني أحقد عليه لفترة طويلة.	٢٣
**٠,٤٨٣	**٠,٦٠٣	أشعر بالصعوبة عندما أتحدث مع الغرباء.	٢٤
**٠,٥٠٤	**٠,٦١٢	أرغب أن أكون مركز اهتمام الآخرين.	٢٥
**٠,٤٦٣	**٠,٦٤٣	أستفيد من خبرات الآخرين.*	٢٦
**٠,٣٦٧	**٠,٤٥٣	أشعر أن لا أحد يفهمني.	٢٧
**٠,٤٧٤	**٠,٥٥٧	أرغب في أن يعترف الآخرون بي وأكون مميزاً.	٢٨
**٠,٤٨٨	**٠,٥٣٤	لدى استعداد لمواجهة الناس الذين لا أحبهم.*	٢٩
**٠,٣٤٥	**٠,٥٢٧	أعتقد أن أصدقاؤني لا يتقون بي.	٣٠

البُعد الرابع (التعميم السلبي الزائد): يقصد به أن يصل الفرد إلى استنتاج عام إنه فاشل من مجرد حدث واحد أو واقعة غير ذات أهمية كما يضحخ السلبيات ويعكسها على تقديمه لذاته، ويقلل من شأن الإيجابيات.

**٠,٤٤٤	**٠,٤٤٢	أعمل تحت ظروف توتر كبيرة.	٣١
**٠,٥١٦	**٠,٦١٧	أتمتع بالخروج عن القواعد والقيام بأشياء ليس على القيام بها.	٣٢
**٠,٤٥٧	**٠,٤٦٨	أقلق إذا زادت مسؤوليات عملي.	٣٣
**٠,٥٠١	**٠,٦٤٨	لدى مشكلة في الالتزام بتسليم عملي في المواعيد النهائية.	٣٤
**٠,٤٤٥	**٠,٥٣٧	لدي رهاب (فوبيا) من بعض الأشياء أو الأماكن.	٣٥
**٠,٤١١	**٠,٦٠٣	أتمنى أن أتلقى المساعدة لأنجز الأعمال الملقاة على	٣٦

عائقي.			
٣٧	أصرخ وأجادل عندما تكون الأسعار عالية.	**٠,٥٦٨	**٠,٣٨٠
٣٨	أتمنى لو بإمكانني التخلي عن نمط حياتي الحالي والبدء بنمط حياة جديد.	**٠,٥٤٠	**٠,٤٦٦
٣٩	أعتقد أنني بطبيعتي شكاك بدوافع الآخرين.	**٠,٦٠٦	**٠,٤٧٠
٤٠	أستمر بعملتي خلال استراحة الغذاء.	**٠,٥٨٤	**٠,٤٠١

(*) عبارات سلبية (** دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١))

يتضح من جدول (٢) أن معاملات ارتباط درجة كل عبارة مع البعد الذي تنتمي إليه تراوحت بين (٠,٤٤٢ - ٠,٧١٨)، وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١)، كما أن معاملات ارتباط درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية للمقياس تراوحت بين (٠,٣٤٥ - ٠,٦٣٧) وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)؛ مما يُشير إلى تمتع عبارات مقياس التنافر المعرفي متعدد الأبعاد بدرجة مرتفعة من الاتساق الداخلي مع البعد المنتمية إليه، وكذلك مع الدرجة الكلية للمقياس.

-الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، ويوضح ذلك جدول (٣):

جدول (٣)

معاملات الارتباط بين درجة كل بُعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية لمقياس التنافر المعرفي متعدد الأبعاد

م	الأبعاد	معاملات الارتباط
١	البُعد الأول (صعوبة السيطرة على المشاعر)	**٠,٨٥٩
٢	البُعد الثاني (سوء التكيف الشخصي)	**٠,٨٦٧
٣	البُعد الثالث (نقص الخبرة الاجتماعية)	**٠,٨٢٤
٤	البُعد الرابع (التعميم السلبي الزائد)	**٠,٧٩٨

(**) دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١).

يتضح من جدول (٣) أن معاملات ارتباط درجة كل بُعد من أبعاد مقياس التنافر المعرفي مع الدرجة الكلية للمقياس تراوحت بين (٠,٧٩٨ - ٠,٨٦٧)، كما أن جميعها دالة عند مستوى (٠,٠١)؛ مما يُشير إلى تمتع أبعاد المقياس بدرجة مرتفعة من الاتساق الداخلي

مع المقياس ككل.

(ب) إجراءات الصدق والثبات لمقياس التنافر المعرفي:

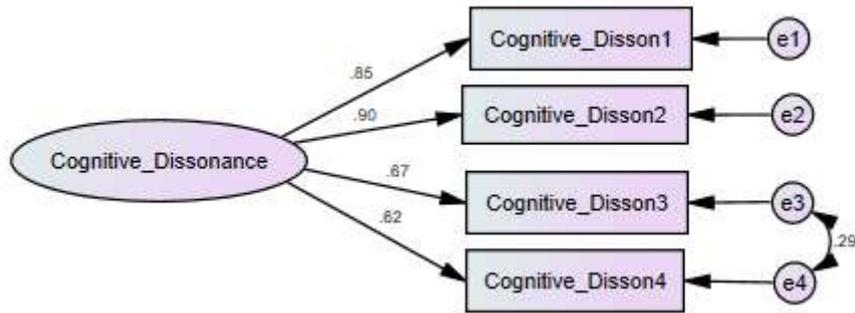
(١) صدق المقياس: تم التحقق من صدق المقياس من خلال ما يلي:

- صدق المحكمين:

تم عرض مقياس التنافر المعرفي (٦٠) عبارة على خمسة محكمين من المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية، وطُلب منهم إبداء الرأي حول ملائمة العبارات، وتحديد انتماء كل عبارة للبعد الذي تدرج تحته، وكذلك صياغة العبارات، وقد تم الإبقاء على العبارات التي حصلت على نسبة اتفاق أكثر من (٨٠%) وتعديل صياغة بعض العبارات؛ وبذلك أصبح المقياس مكونًا من (٤٠) عبارة، حيث تم حذف (٢٠) عبارة لآراء المحكمين.

- صدق التكوين الفرضي باستخدام التحليل العاملي التوكيدي لمقياس التنافر المعرفي:

تم التحقق من صدق البناء الكامن لأبعاد مقياس التنافر المعرفي على عينة الدراسة (١٥٠) طالبًا وطالبة من طلاب الدراسات العليا ، باستخدام التحليل العاملي التوكيدي Confirmatory Factor Analysis ، وتم إجرائه بواسطة AMOS V.26 بطريقة أقصى احتمال Maximum Likelihood ، وكانت النتائج كما هو موضح بشكل (٢) :



شكل (٢)

نتائج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس التنافر المعرفي

وفيما يلي قيم مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المقترح لمقياس التنافر المعرفي:

جدول (٤)

مؤشرات حسن المطابقة للنموذج المقترح لمقياس التنافر المعرفي

المؤشر	قيمة المؤشر	المدى المثالي للمؤشر	القيمة التي تشير إلى أفضل مطابقة
كا ^٢ X ²	٠,٠٠٥	أن تكون كا ^٢ غير دالة	
درجات الحرية df	١	(مستوى دلالة كا ^٢ هو ٠,٩٤٢ وبالتالي	
مستوى دلالة كا ^٢	٠,٩٤٢	غير دالة)	
نسبة كا ^٢ /df X ²	٠,٠٠٥	١ - ٥	صفر - ١
جذر متوسط مربعات خطأ الاقتراب RMSEA	٠,٠٠	القيم التي تقل عن ٠,٠٥ تدل على مطابقة جيدة	
محك المعلومات لأيكيك AIC	١٨,٠٠٥	أن تكون قيمة AIC للنموذج الحالي أقل من أو تساوي نظيرتها للنموذج المشبع	
	٢٠		
الصدق الزائف المتوقع ECVI	٠,١٢١	أن تكون قيمة ECVI للنموذج الحالي أقل من أو تساوي نظيرتها للنموذج المشبع	
	٠,١٣٤		
مؤشر حسن المطابقة GFI	١	صفر - ١	١
مؤشر حسن المطابقة المصحح AGFI	١	صفر - ١	١
مؤشر المطابقة التزايدى IFI	١	صفر - ١	١
مؤشر المطابقة المقارن CFI	١	صفر - ١	١
مؤشر تاكر - لويس TLI	١	صفر - ١	١

يتضح من جدول (٤) أن النموذج المقترح لمقياس التنافر المعرفي يطابق تماماً بيانات العينة، وهو ما يؤكد تشبعات الأبعاد (صعوبة السيطرة على المشاعر ، سوء التكيف الشخصي، نقص الخبرة الاجتماعية ، التعميم السلبي الزائد) على مقياس التنافر المعرفي، حيث كانت قيمة كا^٢ غير دالة ، وقيمة X² /df مساوية (٠,٠٠٥) أي تقترب من الصفر، وكانت قيم GFI، AGFI، IFI، CFI، TLI جميعها قيم مرتفعة وتتساوى مع الحد الأقصى لهذه المؤشرات (واحد صحيح)، وكذلك قيمة RMSEA مساوية لـ ٠,٠٠ ، وهذه القيم تُشير إلى أفضل مطابقة ، وهو ما يؤكد الصدق البنائي لمقياس التنافر المعرفي؛ وقد

تم اختيار هذه المؤشرات لأنها أقل اعتماداً على حجم العينة (Hu & Bentler, 1999, P.3).

كما جاءت تشبعات الأبعاد على مقياس التنافر المعرفي كما هو موضح بجدول (٥) :

جدول (٥)

تشبعات الأبعاد على مقياس التنافر المعرفي ، والخطأ المعياري، والقيمة الحرجة لكل تشبع

الأبعاد	التشبعات المعيارية	التشبعات غير المعيارية	الخطأ المعياري	القيمة الحرجة
Cognitive_Dissonance →Cognitive_Disson1	٠,٨٤٨	١		
Cognitive_Dissonance →Cognitive_Disson2	٠,٩٨٩	٠,٩	٠,٠٨	**١١,٢
Cognitive_Dissonance →Cognitive_Disson3	٠,٦٧٣	٠,٧٣٣	٠,٠٨٤	**٨,٧٤
Cognitive_Dissonance →Cognitive_Disson4	٠,٦٢١	٠,٦٨١	٠,٠٨٦	**٠,٧٨٨

من جدول (٥) يُلاحظ أن قيم التشبعات المعيارية لأبعاد مقياس التنافر المعرفي تراوحت بين (٠,٦٢١-٠,٩٨٩) ، وهي قيم مرتفعة ودالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) مما يعني أن تشبعات الأبعاد على مقياس التنافر المعرفي دالة إحصائياً، ومن ثم فقد تطابقت مع نموذج التحليل العاملي التوكيدي، مما يؤكد صدق مقياس التنافر المعرفي.

(٢) ثبات المقياس:

تم حساب ثبات مقياس التنافر المعرفي بطريقة ألفا كرونباخ Cronbach Alpha ، كما تم حساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق باستخدام معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول والثاني لأفراد العينة الاستطلاعية، وذلك بعد مرور (٢١) يوماً من التطبيق الأول، وذلك كما هو مُبين في الجدول التالي:

جدول (٦)

معاملات ثبات ألفا كرونباخ وإعادة التطبيق لمقياس التنافر المعرفي

الأبعاد	عدد العبارات	ثبات ألفا كرونباخ	ثبات إعادة التطبيق
البُعد الأول (صعوبة السيطرة على المشاعر)	١٠	٠,٨٢٦	٠,٨٤١
البُعد الثاني (سوء التكيف الشخصي)	١٠	٠,٧٦٥	٠,٧٨٣
البُعد الثالث (نقص الخبرة الاجتماعية)	١٠	٠,٧٧٨	٠,٧٩٢
البُعد الرابع (التعميم السلبي الزائد)	١٠	٠,٧٥٦	٠,٧٧٦
المقياس ككل	٤٠	٠,٩١٧	٠,٩٢١

يتضح من جدول (٦) أن جميع معاملات الثبات مرتفعة؛ مما يؤكد تمتع مقياس التنافر المعرفي وأبعاده بدرجة مرتفعة من الثبات، ويدل على صلاحيته للتطبيق.

(ج) طريقة تصحيح وتقدير الدرجات والصورة النهائية للمقياس:

تم تصحيح عبارات المقياس وفقاً لنوع العبارة (إيجابية أو سلبية) وعلى تدرج "ليكرت" الخماسي، وهي: دائماً (٥)، كثيراً (٤)، أحياناً (٣)، نادراً (٢)، أبداً (١)، وذلك بالنسبة للعبارات الإيجابية، أما العبارات السلبية تأخذ عكس هذه الدرجات، وكلما ارتفعت الدرجة كان ذلك مؤشراً على انخفاض كفاءة الفرد، مما يعني ارتفاع مستوى التنافر المعرفي عنده، أما في حالة انخفاض الدرجة، فهذا مؤشر على ارتفاع كفاءة الفرد في الراحة النفسية المعرفية، وبعد التأكد من صدق وثبات المقياس، فإن توزيع العبارات على الأبعاد يصبح كالتالي:

جدول (٧)

توزيع العبارات على أبعاد مقياس التنافر المعرفي في صورته النهائية

تسمية البعد	أرقام العبارات	العدد
البُعد الأول (صعوبة السيطرة على المشاعر)	١٠-١	١٠
البُعد الثاني (سوء التكيف الشخصي)	٢٠-١١	١٠
البُعد الثالث (نقص الخبرة الاجتماعية)	٣٠-٢١	١٠
البُعد الرابع (التعميم السلبي الزائد)	٤٠-٣١	١٠
المجموع		٤٠

٢ - البرنامج العلاجي القائم على أسلوب حل المشكلات (إعداد: الباحثين، ٢٠٢٣):
(أ) أهداف البرنامج:

- يهدف البرنامج العلاجي القائم على أسلوب حل المشكلات إلى تحقيق عدد من الأهداف العلاجية والوقائية والإجرائية، ويمكن تلخيصها فيما يلي:
- (١) الهدف العام: يهدف البرنامج العلاجي القائم على أسلوب حل المشكلات نموذج D'Zurilla & Nezu المعدل إلى تحقيق جانبين رئيسيين عند العينة التجريبية (١):
خفض التنافر المعرفي، وتحسين القدرة على حل المشكلات.
- (٢) الهدف الوقائي: يتمثل في تدريب أفراد المجموعة التجريبية (١) على تقليل التنافر الذي يلي القرار عن طريق إزالة الجوانب السلبية للبدائل المختار أو الجوانب الإيجابية للبدائل المرفوض، ويمكن أيضًا تقليله بإضافة جوانب إيجابية إلى البديل المختار أو الجوانب السلبية إلى البديل المرفوض.
- (٣) الهدف العلاجي: يتمثل في خفض التنافر المعرفي لدى أفراد المجموعة التجريبية (١)، والحفاظ على المهارات المكتسبة وتعميمها في المواقف المختلفة، الارتقاء بالصحة النفسية لديهم، وتعريفهم كيفية الحفاظ على الاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد لإزالة التنافر تعتمد إلى حد كبير على عدد المعتقدات المتنافرة والأهمية التي يضعها الفرد على كل معتقد، وكذلك تغيير جوانب بدائل القرار لتقليل التنافر إلى النظر إلى البديل المختار على أنه مرغوب فيه أكثر والبدائل المرفوض أقل استحسانًا.
- (٤) الأهداف الإجرائية: تتمثل في بعض الأهداف الخاصة التي تم تحقيقها في جلسات البرنامج، ومن هذه الأهداف ما يلي:
- زيادة الوعي لدى المجموعة التجريبية (١) بالتنافر المعرفي وأبعاده، والتعريف بخطورته على الفرد، والتعامل معه، بوصفته مشكلة صعبة.
 - إكساب المجموعة التجريبية (١) مهارة التعامل مع حالات عدم الارتياح النفسي والتوتر والقلق لدى الفرد، وعدم التوافق الإدراكي المعرفي، بسبب عدم الاتساق بين معتقدات الفرد واتجاهاته وبين سلوكياته.
 - إكساب عينة المجموعة التجريبية (١) مهارة إزالة التنافر المعرفي بأحد الطرق التالية تخفيض درجة الأهمية للمعتقدات المتنافرة، رفع درجة المعتقدات المتنافرة

- إضافة معتقدات متناغمة تفوقها، تغيير المعتقدات المتنافرة لتكون منسجمة ومتناغمة مع السلوك، أو تغيير السلوك نفسه، والتي تطلب تطبيق فنيات التحكم المعرفي، مثل: فنية إعادة ترتيب البنية المعرفية وتكنيك الحديث الذاتي الإيجابي.
 - التدريب على مهارات المواجهة العاجلة للمواقف المستفزة مثل فنيات خفض التوتر كالاسترخاء البسيط والمتقدم.
 - التدريب على اكتساب بعض المهارات اللازمة للحفاظ على التوازن في المواقف المستفزة.
 - مساعدة عينة المجموعة التجريبية(١) على الوصول إلى درجة مقبولة من التحكم في التعبير الخارجي عن التنافر المعرفي.
 - تعريف عينة المجموعة التجريبية(١) بأسلوب حل المشكلات بشكل عام بوصفه أحد أساليب العلاج المعرفي السلوكي والتعريف بأهدافه.
 - إكساب المشاركين إدارة جيدة للذات من خلال اكتساب مهارات التوجه الإيجابي نحو المشكلة.
 - إكساب عينة المجموعة التجريبية(١) مهارات حل المشكلة، وتتضمن:
 - مهارة تحديد وصياغة المشكلة
 - مهارة توليد الخيارات البديلة.
 - مهارة اتخاذ القرار.
 - مهارة تنفيذ الحل والتحقق منه.
 - اكتساب مهارات الحل العاجل للمشكلات، والحفاظ على المهارات المكتسبة وتعميمها في المواقف الحقيقية.
 - الارتقاء بالصحة النفسية للمشاركين وتعريفهم بكيفية الحفاظ عليها.
 - تحسين عينة المجموعة التجريبية(١) من خلال إكسابهم القدرة على الوقاية من الوقوع في المشكلات مستقبلاً.
- (ب) الأساس النظري لبرنامج العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات:
- يعتمد البرنامج العلاجي على الأسس النظرية لمدخل أسلوب حل المشكلات، والاتجاه الإنساني في علم النفس، والتي تتمثل في:

- تم بناء البرنامج على أسس وقواعد ومبادئ العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات.
- تم تطبيق البرنامج من خلال جلسات العلاج الجماعي.
- تقديم بعض المهارات في البرنامج من خلال مجموعة متنوعة من الأنشطة النظرية والعملية، ومنها: مهارة تحديد وصياغة المشكلة، ومهارة توليد الخيارات البديلة، ومهارة اتخاذ القرار، ومهارة تنفيذ الحل والتحقق منه.
- تدريب أفراد المجموعة التجريبية (١) على
- تم الاعتماد على فنية الواجب المنزلي بحيث تنتهي كل جلسة ويتم مراجعتها في الجلسة القادمة.
- تدريب وتعلم أفراد المجموعة التجريبية (١) كيفية تفسير سلوكياتهم ومشاعرهم وأفكارهم التي ترتبط التنافر المعرفي، وتسبب لهم التوتر والقلق.
- ومن أهم المبادئ التي يعتمد عليها البرنامج: مهارة توليد الحلول البديل وذلك من خلال جانبين رئيسيين، هما: كسر العادات السيئة، وتوليد بدائل ذات صلة بالحل، حيث تهدف هذه المهارة إلى إيجاد أكبر قدر ممكن من بدائل الحلول (خيارات المواجهة) بطريقة تزيد احتمالية أن يكون الحل الأفضل من ضمنها.

(ج) مصادر إعداد البرنامج:

تم الاعتماد على أهم المصادر الأساسية في العلاج القائم على حل المشكلات

التالية:

الرجوع إلى الكتب والمؤلفات والأطر النظرية التي شكلت المصادر الأساسية لإعداد هذا البرنامج، ويعد كتاب (D'Zurilla & Nezu, 1999) العلاج وفق أسلوب حل المشكلات هو المصدر الرئيس لإعداد البرنامج، من حيث الإطار النظري الأساسي للعلاج، وفنياته وقواعده (Nightingale, Fanning, & Robison, 2023؛ Nezu, Nezu, & Moscato, Miley, LeBlond, King, Raj, Narad, Platt, & McMurrin, 2008؛ Thompson, Baum, Salloum, & Wade, 2019، Malouff et al., 2007؛ D'Zurilla, & Nezu, 2010).

- الاطلاع على البحوث والدراسات السابقة التي تناولت فاعلية كل من أسلوب حل المشكلات والعلاج القائم على ألوب حل المشكلات في علاج بعض الاضطرابات النفسية المختلفة (Nezu et al., 2008 ؛ Nightingale et al., 2023)؛ (D’Zurilla, & Nezu, 2007 ؛ Moscato et al., 2019).
- الرجوع إلى المبادئ الأساسية في العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات كما تناولها الباحثان في الإطار النظري لهذه الدراسة.
- البحوث والمؤلفات والأطر النظرية التي اهتمت بالتناظر المعرفي لدى المراهقين (أخرس، ٢٠١٥؛ عبد المجيد والموسوي، ٢٠١٣؛ محمد، ٢٠١٥؛ Yaribeygi, et al., 2017 ؛ Nezu, et al., 2023).

(د) الفنيات المستخدمة في البرنامج:

تم استخدام خلال جلسات البرنامج بعض الفنيات التي يمكن أن تفيد في تحقيق الهدف العام للبرنامج، وهي كما يلي: فنية المناقشة والحوار، وفنية العصف الذهني، وفنية الحديث الذاتي الإيجابي، وفنية إعادة ترتيب البنية المعرفية، وفنية التصور الخيالي الإيجابي، وفنية تقليص الفكرة، وفنية تركيز الانتباه، وفنية الواجب المنزلي، وفنية التعليمات الذاتية، وفنية تحديد الأفكار التلقائية، وفنية النمذجة، وفنية ضبط المثير، وفنية التجنب المعرفي، وفنية التوكيدية، وفنية التعليم والتتقيف النفسي.

(هـ) محتوى البرنامج وجلساته:

تكون البرنامج من أربع مراحل أساسية تضم كل مرحلة عددًا من الجلسات التي تعمل على تحقيق أهداف معينة تتجمع بعضها مع بعض لتحقيق الهدف النهائي للبرنامج، لذلك استغرق تطبيق البرنامج (٩) أسابيع، وتكون البرنامج من (١٨) جلسة، وتراوحت مدة كل منها من (٦٠ - ٧٥ دقيقة) ، بواقع جلستين أسبوعيًا، وبعد مرور شهر ونصف تم تطبيق جلسة المتابعة على أفراد المجموعة التجريبية (١)؛ وذلك لتطبيق القياس التتبعي لأداة الدراسة، ومراجعة مدى استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي، ويوضح جدول (٨) المخطط التفصيلي للبرنامج:

جدول (٨)

المخطط التفصيلي لجلسات البرنامج العلاجي القائم على أسلوب حل المشكلات لخفض التنافر المعرفي

مراحل التدريب	رقم الجلسة	موضوع الجلسة وأهدافها	الغنيات والأساليب المستخدمة
الأولى	١	تأسيس علاقة إنسانية بين الباحث وأفراد المجموعة التجريبية (١)، والاتفاق على الخطوات الأساسية للجلسات، وحصص المشكلات والأعراض والشكاوي، ومناقشة أهداف البرنامج ومبررات استخدام البرنامج، والإطار العام للبرنامج.	المحاضرة والمناقشة والواجب المنزلي
	٢	أدراك وتصنيف المشكلات، وتدريب أفراد المجموعة التجريبية على استخدام استمارة المراقبة الذاتية أثناء حل المشكلات	المحاضرة والمناقشة والواجب المنزلي
	٣	التوجه نحو المشكلة من خلال اكتساب أفراد المجموعة التجريبية (١) القدرة على تبني توجه إيجابي نحو المشكلة، واكتساب مهارة الحديث الذاتي الإيجابي.	المحاضرة والمناقشة، الحديث الذاتي الإيجابي، ولعب الدور العكسي، والواجب المنزلي
	٤	تعرف التنافر المعرفي ومكوناته، آثار السلبية التنافر المعرفي: تدني احترام الذات، وتحويل اللوم، وصعوبة التنظيم الانفعالي، ونظرة محدودة للعالم.	المحاضرة والمناقشة، والتدريب الخيلي، والواجب المنزلي
الثانية	٥-٨	حصص المشاعر السلبية والسيطرة عليها : تحديد الأفكار السلبية التي تطرأ على عقول أفراد المجموعة التجريبية (١)، و تحديد العلاقة بين الأفكار والمشاعر، وتحديد الأفكار السلبية وتتبعها وإحلال الأفكار الإيجابية الواقعية محلها، والتعامل مع الأفكار المعرفية السلبية وتصحيحها وتغييرها المتعلقة بالتنافر المعرفي. -التدريب على الاسترخاء لمواجهة عوائق عند تنفيذ الحل ، واكتسابهم القدرة على الاسترخاء العضلي في مواجهة المواقف التي توجد بها تنافر معرفي.	المناقشة والحوار ، وتحديد الأفكار التلقائية والتجنب المعرفي، الاسترخاء العضلي، والواجب المنزلي
الثالثة	٩-١١	التدريب على التكيف الشخصي: من خلال اكتساب أفراد المجموعة تحديد وصياغة المشكلة، وتدريبهم على مهارة الدقة اللفظية ومهارة التخيل الإيجابي للتكيف مع المواقف المختلفة، واكتسابهم مهارة الوصول إلى المشكلة الحقيقية واكتسابهم مهارة صياغة الأهداف والالتزام بها، وكذلك	المحاضرة والمناقشة والواجب المنزلي، ضرب الأمثلة، الدقة اللفظية والتجسيد، التغيرات السلوكية.

مراحل التدريب	رقم الجلسة	موضوع الجلسة وأهدافها	الفنيات والأساليب المستخدمة
		للوصول إلى المشكلة الحقيقية وتقويمها.	
	١٤-١٢	التدريب على اكتساب خبرة اجتماعية إيجابية: من خلال تدريب أفراد المجموعة التجريبية(١) على توليد الحلول الاجتماعية البديلة في كسر العادات السلوكية القديمة في التعامل والاتصال الاجتماعي، وتدريبهم على القواعد الأساسية لتوليد بدائل الحلول، وتحديد معهم أهم الوسائل لتحسين نوعية وكمية الأفكار ذات الطابع الاجتماعي.	المناقشة والحوار، ضرب الأمثلة، الدقة اللفظية ، وفنية الواجب المنزلي، وفنية التأمل المعرفي، وفنية النمذجة.
	١٧-١٥	التدريب على الاستمرارية: من خلال تدريب أفراد المجموعة التجريبية (١) على أن يصل كل فرد منهم إلى أنه غير فاشل من مجرد حدث واحد أو واقعة غير ذات الأهمية، كما يضحك السلبيات ويعكسها على تقديمه لذاته، ويقلل من شأن الإيجابيات، وتدريبهم على أساليب اتخاذ القرار، واكتسابهم مهارة تقدير العواقب وتقويم نتائج الخيارات للبعد عن التنافر المعرفي .	المناقشة والحوار، التدريب على التأمل، وفنية التصور الخيالي الإيجابي، وصرف الانتباه، التجسيد، والتكرار التخيلي، والواجب المنزلي.
الرابعة	١٨	التقويم البعدي، وتطبيق أدوات الدراسة، وإغلاق جلسات البرنامج والاتفاق على الجلسة المتابعة.	المحاضرة والحوار والمناقشة

(و) مكان تطبيق البرنامج: تم تنفيذ جلسات البرنامج في المكتب الخاص بالباحث بقسم

الصحة النفسية بكلية التربية جامعة المنيا.

(ز) تقويم البرنامج: تم تقويم البرنامج بالطرق الآتية:

(١) التقويم الأولي: تم عرض البرنامج على مجموعة من المتخصصين في الصحة

النفسية والإرشاد النفسي، وتم تعديل ما اقترحه المتخصصون، ومن هذه المقترحات:

- زيادة مساحة التدريب على مهارات حل المشكلة: مهارة تحديد وصياغة المشكلة، ومهارة توليد الخيارات البديلة، ومهارة اتخاذ القرار، ومهارة تنفيذ الحل والتحقق منه، واستخدام الأمثلة الملموسة الواضحة.
- أن يتضمن البرنامج مراحل تقييمية تشمل عملية تقييم في نهاية كل جلسة من جلسات البرنامج، وأخيرًا جلسة تقييمية في نهاية البرنامج.

- (٢) **التقويم البنائي:** يكون هذا التقويم مصاحباً لعملية تطبيق البرنامج والتغذية الراجعة في كل جلسة، وأيضاً التقويم الذي يعقب كل جلسة، والمتمثل في الواجب المنزلي.
- (٣) **التقويم البعدي والتتبعي:** تم تقويم البرنامج من خلال تطبيق أدوات القياس تطبيقاً قبلياً، ثم تم تطبيق البرنامج العلاجي القائم على أسلوب حل المشكلات على أفراد المجموعة التجريبية (١)، ثم تم تطبيق أدوات القياس تطبيقاً بعدياً، كما تم التحقق من فاعلية البرنامج بعد مرور شهر ونصف من توقف تطبيق البرنامج.
- ٣- برنامج العلاج المرتكز على التعاطف (إعداد: الباحثين، ٢٠٢٣):
- (أ) **أهداف البرنامج:**

يهدف برنامج العلاج المرتكز على التعاطف إلى تحقيق عدد من الأهداف الوقائية والعلاجية والإجرائية، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- (١) **الهدف الوقائي:** يتمثل في تدريب أفراد المجموعة التجريبية (٢) على مهارات التعاطف وممارستها بشكل مستمر، بحيث تصبح مكوناً أساسياً في شخصياتهم وخاصة عند مواجهتهم لأي حالة نفسية غير مريحة أو عند انشغالهم ذهنياً بموضوعين، أو معتقدتين، أو فكرتين متناقضتين في طبيعتهما، من أجل استعادة التوازن بين المعتقد والسلوك بتغيير أحدهما.
- (٢) **الهدف العلاجي:** يتمثل في خفض التنافر المعرفي لدى أفراد المجموعة التجريبية (٢) ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس التنافر المعرفي المُعد للاستخدام في الدراسة الحالية، والحفاظ على المهارات المكتسبة وتعميمها في المواقف المختلفة.
- (٣) **الأهداف الإجرائية:** تتمثل في بعض الأهداف الخاصة التي تم تحقيقها في جلسات البرنامج، ومن هذه الأهداف ما يلي:
- زيادة الوعي لدى أفراد المجموعة التجريبية (٢) بالتنافر المعرفي وبمكوناته والتعريف بخطورته على الفرد وصحته النفسية.
- زيادة الوعي لدى أفراد المجموعة التجريبية (٢) بالعلاج المرتكز على التعاطف وفنياته ومهاراته.
- تعرف أفراد المجموعة التجريبية (٢) على نموذج الحلقات الثلاث للانفعالات.

- تدريب أفراد المجموعة التجريبية (٢) على السيطرة على المشاعر وتنظيمها .
- تنمية وعي أفراد المجموعة التجريبية (٢) لتعلم طرق جديدة للتعامل مع الذات برفق بدلاً من نقدها وجلده .
- تدريب أفراد المجموعة التجريبية (٢) على التكيف الشخصي ، وتكوين رد فعل ملائم للاستجابة للضغوطات الداخلية أو الخارجية .
- تدريب أفراد المجموعة التجريبية (٢) على اكتساب خبرات اجتماعية إيجابية ، وكيفية التعامل والتفاعل ضمن شبكة علاقات اجتماعية متعددة .
- اكتساب أفراد المجموعة التجريبية (٢) القدرة على التعايش مع متطلبات الحياة اليومية ، وتغيير أنماط حياتهم القائمة على العادات السلبية .
- تعميم تعامل أفراد المجموعة التجريبية (٢) مع جميع الأحداث والانفعالات والخبرات الحياتية بمهارات التعاطف.

(ب) الأساس النظري لبرنامج العلاج المرتكز على التعاطف:

- يعتمد برنامج العلاج المرتكز على التعاطف على مجموعة من الأسس النظرية ، والتي تتمثل في:
- تم بناء البرنامج على أسس وقواعد ومبادئ العلاج المرتكز على التعاطف الذي قدمه Gilbert(2009).
 - ينتمي العلاج المرتكز على التعاطف إلى علاجات الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي ، والذي يعطي أهمية كبرى للانفعالات الإيجابية في العملية العلاجية بشكل أكثر من البرامج العلاجية التقليدية، وذلك من خلال تكوين اتجاهات تميل نحو التعاطف مع الذات ومع الآخرين، وهو اتجاه إنساني للعمل مع حالات النقد الذاتي المصاحب للاضطرابات والأمراض النفسية.
 - استند العلاج المرتكز على التعاطف إلى علم النفس التطوري والذي يشدد على أهمية فهم أدمغتنا وعلى كيفية تشكيلها خلال العمليات التطورية ؛ حيث تطورت من الدوافع الأساسية المتمثلة في تحقيق الحاجات الأساسية مثل الغذاء والتناسل والعناية بالأبناء إلى أن وصلت ومع التطور المعرفي الهائل إلى القدرة على التخطيط والتخيل والمراقبة الذاتية، الأمر الذي يسمح لنا بمعالجة المشكلات المعقدة

- اعتمد العلاج المرتكز على التعاطف على نموذجين للتنظيم الانفعالي أحدهما تطوري والآخر عصبي، إذ يشير إلى أن دوافعنا الاجتماعية تطورت عبر ملايين السنين، ويتم تنظيمها عبر ثلاثة أنظمة محددة ، وهذه الأنظمة الدماغية الثلاثة هي: نظام التهديد ، ونظام الحافز والتوجيه ، ونظام التهدة، ويفترض العلاج المرتكز على التعاطف أن الأمراض والاضطرابات النفسية تنشأ نتيجة التنظيم السيئ للانفعالات الناتجة عن بيئات التربية الصعبة والذكريات الصادمة التي تتم معالجتها بشكل سيئ والعيش في بيئات معادية، الأمر الذي يؤثر سلباً على التوازن النفسي لدى الفرد ؛ وعلى ذلك فإن عملية التغيير العلاجي في إطار العلاج المرتكز على التعاطف تستهدف إعادة التوازن لهذه الأنظمة الدماغية الثلاثة المسؤولة عن تمكين الشخص من ضبط وتنظيم انفعالاته ومشاعره تجاه ذاته وتجاه الآخرين واستثمارها في علاقاته بين الشخصية المتبادلة في التفاعلات الحياتية المختلفة (Gilbert,2014) .

(ج) مصادر إعداد البرنامج:

تم الاعتماد على أهم المصادر الأساسية في العلاج المرتكز على التعاطف

التالية:

- الرجوع إلى الكتب والمؤلفات والأطر النظرية الخاصة بالعلاج المرتكز على التعاطف من حيث الإطار النظري والأساسي للعلاج، وفنياته وقواعده (Gilbert,2009؛ Gilbert,2012؛ Uttley, 2014؛ Russell,2016؛ Vosper et al.,2023؛ Gilbert & Simso,2022)
- الاطلاع على البحوث والدراسات السابقة التي تناولت فاعلية العلاج المرتكز على التعاطف في علاج بعض الاضطرابات النفسية المختلفة (Gilbert & Procter,2006؛ Pace et al.,2009؛ Allen & Leary,2010؛ Neff & Germer,2013؛ Kirby et al.,2017؛ Gilbert,2014؛ Rashidi et al.,2023؛ Zarotti et al.,2023)

- البحوث والمؤلفات والأطر النظرية التي تناولت التنافر المعرفي لدى المراهقين) أخرس، ٢٠١٥؛ عبد المجيد والموسوي، ٢٠١٣؛ محمد، ٢٠١٥؛ Yaribeygi, et al., 2017) .

(د) الفنيات المستخدمة في البرنامج:

تم استخدام خلال جلسات برنامج العلاج المرتكز على التعاطف بعض الفنيات التي يمكن أن تفيد في تحقيق الهدف العام للبرنامج، وهي كما يلي: التأمل الحنون ، كتابة الخطاب الحاني، وحديث الذات المتعاطف ، الصورة التعاطفية ، حوار الكراسي الثلاثة ، مسح الجسم التعاطفي ، السلوك الحاني ، فنية اليقظة العقلية(بالجسد، والمشاعر)، المراقبة الذاتية ، الاسترخاء، النمذجة ، وفنية المناقشة والحوار، والواجب المنزلي

(هـ) محتوى البرنامج وجلساته:

طبّق البرنامج على أفراد المجموعة التجريبية (٢) البالغ عددهم (١٠) طالبًا وطالبة من طلبة الدراسات العليا ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس التنافر المعرفي ، حيث تكون البرنامج من أربع مراحل أساسية تضم كل مرحلة عددًا من الجلسات التي تعمل على تحقيق أهداف معينة تتجمع بعضها مع بعض لتحقيق الهدف النهائي للبرنامج، لذلك استغرق تطبيق البرنامج (٨) أسابيع، وتكون البرنامج من (١٨) جلسة، وتراوحت مدة كل منها من (٦٠ - ٧٥ دقيقة) ، بواقع جلستين أسبوعيًا، وبعد مرور شهر ونصف تم تطبيق جلسة المتابعة على أفراد المجموعة التجريبية (٢) ؛ وذلك لتطبيق القياس التتبعي لأداة الدراسة، ومراجعة مدى استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي، ويوضح جدول (٩) المخطط التفصيلي للبرنامج:

جدول (٩)

المخطط التفصيلي لجلسات برنامج العلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي

مراحل التدريب	رقم الجلسة	موضوع الجلسة وأهدافها	الفنيات والأساليب المستخدمة
الأولى	١	التفهم الأولي للحالات والمجموعة التجريبية (٢) ، والاتفاق على الخطوط العريضة للبرنامج الخطوات الأساسية للجلسات، وحصر المشكلات والأعراض والشكاوي، وتصور البروفيل المعرفي للحالات	المحاضرة والمناقشة والحوار، والواجب المنزلي
	٢	تعرف التنافر المعرفي ونظريته، ومكوناته والآثار المترتبة عليه .	المحاضرة والمناقشة والحوار، والواجب المنزلي
	٣	التوعية المعرفية بالعلاج المرتكز على التعاطف وطبيعته، وشرح المهام والأدوار والواجبات المنزلية، تصحيح مفاهيم خاطئة لدى أفراد المجموعة التجريبية (٢).	المحاضرة، والمناقشة والحوار، والواجب المنزلي
	٤	نموذج الحلقات الثلاث للانفعالات (التعرف على نموذج الحلقات الثلاث للانفعالات ، تطبيق النموذج على حالات التهديد التي يمر بها الفرد، التدريب على الاسترخاء الجسمي واستراتيجية مسح الجسم)	المحاضرة والمناقشة والحوار، الاسترخاء التأمل الحنون، والواجب المنزلي
الثانية	٨-٥	التدريب على السيطرة على المشاعر: من خلال تحديد الشعور بعدم الارتياح الذي يطرأ على أفراد المجموعة التجريبية(٢) والتي تعاني منه نتيجة الاختلافات في الأفعال والمعتقدات، وتدريبهم على كيف يتعامل الإدراك مع العقل، وكيف يفكر المرء ، وتحديد العلاقة بين الأفكار والمشاعر، والبدء في التحكم بالمشاعر المتعلقة بتفاعله مع الآخرين، ومع نفسه ، ويتم ذلك من خلال استخدام التعاطف مع الذات كاستراتيجية للتنظيم الانفعالي وإدارة الانفعالات السلبية.	المناقشة والحوار ، الصورة التفاضلية ، حوار الكراسي الثلاثة اليقظة العقلية، مسح الجسم التعاطفي ، النمذجة ، والواجب المنزلي
الثالثة	١١-٩	التدريب على التكيف الشخصي: من خلال تدريب أفراد المجموعة التجريبية(٢) على تشكيل رد الفعل الملائم استجابة على الضغوطات التنظيمية الداخلية والاجتماعية لحياة كل منهم داخل نفسه ، من خلال	المحاضرة والمناقشة كتابة الخطاب الحاني، وحديث الذات المتعاطف والواجب المنزلي،

مراحل التدريب	رقم الجلسة	موضوع الجلسة وأهدافها	الفنيات والأساليب المستخدمة
		تدريبات تطوير الذات التعاطفية ، والتدريب على تغيير طريقة التفكير .	
	١٤-١٢	التدريب على اكتساب خبرة اجتماعية إيجابية: من خلال تدريب أفراد المجموعة التجريبية(٢) على كيفية التعامل والاتصال ضمن شبكة اجتماعية معقدة من الأفراد في البيئات الحالية أو القريبة أو الممتدة، من خلال التعامل الحاني مع الذات والآخرين ، وحثمية المعاناة والإنسانية المشتركة.	حديث الذات المتعاطف، السلوك الحاني ، النمذجة ، الواجب المنزلي.
	١٧-١٥	التدريب على الاستمرارية: من خلال تدريب أفراد المجموعة التجريبية (٢) على أن تكون لديهم القدرة المستمرة للتعايش مع متطلبات الحياة اليومية وتطوير كفاءاتهم، من خلال التعرف على تأثير العادات الصعبة على الدماغ ، والتدريب على كيفية مواجهة العادات الصعبة وتغيير أنماط حياتنا، والتدريب على كيفية إنشاء أنماط متعاطفة في عقولنا.	المناقشة والحوار، المراقبة الذاتية، التأمل الحنون ، الصورة التعاطفية وحديث الذات المتعاطف ،والواجب المنزلي.
الرابعة	١٨	التقويم البعدي، وتطبيق أدوات الدراسة، وإغلاق جلسات البرنامج والاتفاق على الجلسة المتابعة.	المحاضرة والحوار والمناقشة

(و) مكان تطبيق البرنامج: تم تنفيذ جلسات البرنامج في المكتب الخاص بالباحث بقسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة المنيا.

(ز) التحقق من صدق برنامج العلاج المرتكز على التعاطف :

تم عرض برنامج العلاج المرتكز على التعاطف على مجموعة من المتخصصين في الصحة النفسية وعلم النفس^(٤)، وذلك للتأكد من مدى ملائمة محتوى الجلسات وعددها والفنيات المستخدمة فيها وملائمتها لمتغير التنافر المعرفي، وأنها تتناول كافة أبعاده، وتم تعديل ما اقترحه المتخصصون، مع التأكيد على أن يسير البرنامج في خطوات تتناول

(٤) ملحق (١): قائمة بأسماء السادة المحكمين لأدوات الدراسة.

تدريبات ومهارات تختص بأبعاد التنافر المعرفي ، مع ضرورة وجود فترات راحة في جلسات البرنامج لكسر حدة الملل.

(ح)تقويم البرنامج :

تم تطبيق أداة الدراسة(مقياس التنافر المعرفي) تطبيقاً قَبلياً ، ثم تم تطبيق برنامج العلاج المرتكز على التعاطف على أفراد المجموعة التجريبية (٢) ، كما تم التقويم البنائي من خلال تطبيق استمارة تقويم جلسات البرنامج والتي توزع في نهاية كل جلسة، ثم تم تطبيق أداة الدراسة تطبيقاً بعدياً للتحقق من فاعلية البرنامج ، كما تم التحقق من استمرارية فاعلية البرنامج بعد مرور شهر ونصف من توقف التطبيق من خلال جلسة المتابعة.

نتائج الدراسة:

أ- نتيجة الفرض الأول:

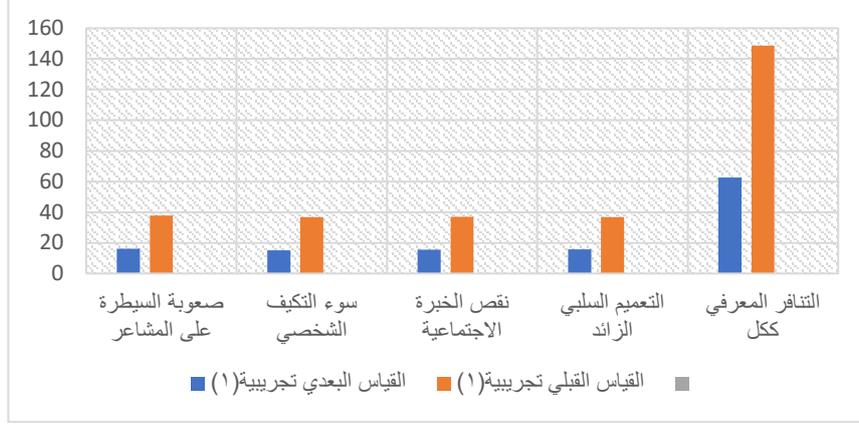
ينص هذا الفرض على أنه: " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (١) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التنافر المعرفي بعد تطبيق برنامج العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات، في الاتجاه الأفضل"، وللتحقق من صحة هذا الفرض ، تم تطبيق مقياس التنافر المعرفي على أفراد المجموعة التجريبية(١)، قبل تطبيق برنامج العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات (القياس القبلي)، ثم أُعيد تطبيق المقياس عليهم(القياس البعدي) بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج ، وتم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test لحساب دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي ، ويوضح جدول(١٠) هذه النتائج.

جدول (١٠)

قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية (١) في القياسين القبلي والبعدي لمقياس التنافر المعرفي (ن=١٠)

متغيرات الدراسة	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
صعوبة السيطرة على المشاعر	الرتب السالبة	١٠	٥,٥	٥٥	٢,٨١-	٠,٠٠٥
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٠	-	-		
سوء التكيف الشخصي	الرتب السالبة	١٠	٥,٥	٥٥	٢,٨١-	٠,٠٠٥
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٠	-	-		
نقص الخبرة الاجتماعية	الرتب السالبة	١٠	٥,٥	٥٥	٢,٨-	٠,٠٠٥
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٠	-	-		
التعميم السلبي الزائد	الرتب السالبة	١٠	٥,٥	٥٥	٢,٨٢-	٠,٠٠٥
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٠	-	-		
التنافر المعرفي ككل	الرتب السالبة	١٠	٥,٥	٥٥	٢,٨١-	٠,٠٠٥
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٠	-	-		

يتضح من جدول (١٠) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية (١) في القياس القبلي والبعدي لمقياس التنافر المعرفي بأبعاده في الاتجاه الأفضل لصالح القياس البعدي بعد تطبيق برنامج العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات ، الأمر الذي يدعم فاعلية برنامج العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات لدى أفراد المجموعة التجريبية (١) ، والشكل التالي يوضح الرسم البياني للفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية (١) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التنافر المعرفي بأبعاده.



شكل (٣)

الرسم البياني للفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية (١) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التنافر المعرفي بأبعاده

وهكذا يتضح من الرسم البياني شكل (٣) أن درجات أفراد المجموعة التجريبية (١) انخفضت على مقياس التنافر المعرفي بأبعاده في القياس البعدي مقارنة بدرجاتهم التي حصلوا عليها في القياس القبلي .

وللتأكد من الدلالة العملية للنتائج التي تم الحصول عليها من معالجة الفرض الأول إحصائياً، تم حساب حجم تأثير البرنامج العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات (المتغير المستقل) في خفض التنافر المعرفي (المتغير التابع) باستخدام معادلة قوة العلاقة بين المتغيرين المستقل والتابع باستخدام معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (الدردير، ٢٠٠٦، ص. ١٥٤؛ حسن، ٢٠١٠، ص. ٢٨٣) . يوضحها جدول (١١)، والذي يتم حسابه من المعادلة التالية:

$$r = \frac{4(T_1)}{n(n-1)} - 1$$

حيث r = قوة العلاقة (معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة) $(T_1, *)$ = مجموع رتب ذات الإشارة السالبة ، n = عدد أزواج الدرجات.

(*) ويتم تفسير (r) كما يلي: إذا كان $(r) > 0,4$ ، فيدل على علاقة ضعيفة وحجم تأثير ضعيف ؛ إذا كان $(r) \geq 0,7$ ، فيدل على علاقة متوسطة وحجم تأثير متوسط ؛ إذا كان $(r) \geq 0,9$ ، فيدل على

جدول (١١)

قيمة حجم التأثير لبرنامج العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات لخفض التنافر المعرفي

المتغير	n	قيمة T الموجبة	قيمة قوة العلاقة r_{prb}	نوعية التأثير
التنافر المعرفي ككل	١٠	٥٥	١,٤٤	كبير جداً

ومن خلال جدول (١١) جاءت قيمة قوة العلاقة (معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة) أكبر من (٠,٩)؛ فيدل ذلك على علاقة قوية جداً وحجم تأثير قوي جداً، ومن هنا يتأكد لنا تمتع برنامج العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات (المتغير المستقل) بدرجة عالية من التأثير في المتغير التابع (التنافر المعرفي).

تفسير نتائج الفرض الأول :

ترجع فاعلية البرنامج إلى أنه أثناء إعداد البرنامج وتنفيذه، كان هناك تركيز على الوصول بأفراد المجموعة إلى مرحلة الإتيان، وخاصة إتقان بعض المهارات اللازمة في أسلوب حل المشكلات، وتطبيق ما تدربوا عليه، وكذلك في استجاباتهم على الواجبات المنزلية، كما يمكن إرجاع هذه الفاعلية للبرنامج العلاجي القائم على حل المشكلات، بفنائه المتعددة، ومن ثم تشجيع العملاء على ممارسة المهارات في أنشطة الحياة اليومية من خلال الواجب المنزلي، فضلاً عن مراجعة الواجب المنزلي في بداية كل جلسة، حيث يوضح (D'Zurilla, & Nezu, 2010) أن التدريب على أسلوب حل المشكلات يكون مفيداً سواء استخدم البرنامج بمفرده كأسلوب علاجي أو مدمجاً مع أساليب أخرى، إن التعديل الحاصل عند أفراد المجموعة التجريبية (١) في تخفيف قدرتهم على التنافر المعرفي، ويمكن نسبته لفاعلية مكونات البرنامج، فقد تضمن البرنامج التدريب على التوجه الإيجابي نحو مشكلة التنافر المعرفي أثناء مواقف الحياة اليومية، كما تضمن التدريب على عدد من المهارات المعرفية السلوكية اللازمة للتعامل مع مشكلة التنافر المعرفي.

كما أن برنامج التدريب على حل المشكلات يقوم على الأساس المعرفي السلوكي ويعتمد عليه، كإطار لهذا المخل العلاجي، حيث إن عملية حل المشكلات، هي عملية جهد

علاقة قوية وحجم تأثير قوي : إذا كان $r \leq 0,9$ ، فيدل على علاقة قوية جداً وحجم تأثير قوي جداً (حسن، ٢٠١٠، ص. ٢٨٣).

معرفي سلوكي يحاول من خلاله الفرد البحث عن حلول لمشكلاته ليختار من بينها الاستجابة الأكثر فاعلية (Nezu & Nezu, 2021)، بالتالي فإن طبيعة التنافر المعرفي الذي يضم مكونات معرفية سلوكية وانفعالية واجتماعية، جعلت من البرنامج العلاجي يغطي هذه المكونات الثلاثة، ضمن نطاق متعدد الفنيات، لقد كان لهذه الفنيات المدمجة ضمن برنامج التدريب على حل المشكلات، إسهام كبير في ظهور فاعلية البرنامج للمجموعة التجريبية (Shang, et al., 2021)، فالمكون الانفعالي يتجسد في مشاعر صعوبة التنظيم الانفعالي الذي يظهر في الضيق والتوتر والإحباط التي تسيطر على الفرد وتدفعه إلى التنافر المعرفي.

كما أن التدريب على أسلوب حل المشكلات قد وفر عددًا من المهارات اللازمة للحل الجيد للمشكلات، فهو بالقدر الذي ساعد أفراد المجموعة التجريبية على الإدارة الجيدة لمشكلة التنافر المعرفي، فإنه أسهم من ناحية أخرى في تحسين قدراتهم على حل المشكلات، التي ظهرت في تحسن أداءهم على مقياس التنافر المعرفي.

حيث أشار (Nezu, & Nezu (2016, p. 451 إلى أن الحل الجيد للمشكلات يتطلب قدر من المهارات المعرفية اللازمة ومنها، مهارات التفكير السلبي، والتفكير الحدسي، والتفكير البديل، فقد ساعد التدريب على فنية الحوار السقراطي لدحض الأفكار اللامنطقية، وفنية الدقة اللفظية، في بناء هذه الجوانب التي بدورها حسنت من التوجه الإيجابي نحو المشكلة، ووضوح مفهوم تحديد المشكلة، وتجنب التشويش الانفعالي المصاحب لظهور المشكلة التنافر المعرفي.

أن من أبرز مميزات التدريب على أسلوب حل المشكلات، هو أن له تأثيرًا يمتد من مشكلات العميل الراهنة إلى مشكلاته المستقبلية. ويرى كل من (Nezu, Greenfield & Nezu (2016, p.162 أن العملية العلاجية عندما تكون ناجحة، فإنها تؤدي إلى تحسين إدراك العملاء لقدراتهم في حل المشكلات. ويعتقد الباحثان أن نجاح الأفراد في تحسين قدراتهم على التنشئة الاجتماعية والاستمرارية، قد بصرفهم بما يمتلكونه من قدرات في حل المشكلات، وربما أسهم في ارتفاع تقديرهم للذات. حيث أشارت دراسة (2015) Haejung, et al. إلى أن التدريب على أسلوب حل المشكلات، قد رفع تقدير الذات لدى المجموعة التجريبية التي كانت تعاني من انخفاض تقدير الذات والصعوبات في التفاعل

الاجتماعي، وبالتالي نجاح البرنامج. ويعزز هذا التفسير عند الباحثين، أن التدريب التوكيدي، كان جزء من المهارات التي شملها البرنامج العلاجي، وهو بشكل عام يزيد من ثقة الفرد بنفسه وبقدراته، كما تشير دراسة (Choi et al., 2016)، ودراسة (2018) . Cuijpers et al.,

كما يمكن تفسير وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية(1)، الدالة على فاعلية برنامج التدريب على حل المشكلات في خفض التنافر المعرفي، هو تدريب المشاركين أيضًا على مهارات الحديث الذاتي الإيجابي والتعليم النفسي، وهما من المكونات المعرفية للبرنامج، ربما ساهمتا في إحداث هذا التأثير لبرنامج التدريب على حل المشكلات في خفض التنافر المعرفي. فالأفراد الذين يمتلكون القدرة على تفعيلها في مواقف الحياة، وتكون لديهم الحماسة للمثابرة في مواجهة المشكلات، فتساعدهم على توجيه المشكلة توجيهاً إيجابياً للوصول إلى الحلول الفعالة.

أن توجيه المشكلة هو أحد مكونات برنامج التدريب على حل المشكلات، وهو المكون ذي التأثير الأبرز ضمن مكونات نموذج "دزوريل" "ونيزو" لحل المشكلات، ويعتقد الباحثان أن البرنامج العلاجي قد لا يحقق النتائج المرجوة لو لم ينجح المشاركون في تبني التوجه الإيجابي نحو مشكلة التنافر المعرفي. ويؤكد هذا ما أشارت إليه نتائج الدراسة التحليلية التي أجراها كل من (Krause, Courtney, Chan, Bonato, Aitken, 2021) Relihan, Prebeg, Darnay, Hawke, Watson, & Szatmari عن مدى فاعلية أسلوب حل المشكلات في خفض المشكلات النفسية، وخصوصاً تركيزه على توجيه المشكلة. ولقد أسهم التعامل الإيجابي مع مشكلة الغضب وتوجيهها توجيهاً إيجابياً، من خلال زيادة نسبة الحديث الذاتي الإيجابي للنفس، في خفض التوجه السلبي نحو مشكلة الغضب، التي يرى المشاركون أنها مشكلة صعبة، لا يعتقدون أن حلها ممكناً. ويشار هنا إلى أن التوجه السلبي نحو المشكلة ينتج عنه أشكال مختلفة من الاستجابات الانفعالية السلبية مثل التوتر والقلق والخوف والغضب والاستجابات السلوكية السلبية مثل التردد فقدان الحماس، التدخين الأرق، مما لا يساعد على التفكير في البدائل الفعالة لحل المشكلة (Kanellopoulos et al., 2020). كما كان أغلب أفراد العينة التجريبية على قدر من الاستبصار، بالقدر الذي ساعدهم على تجاوز مشكلة الحديث السلبي، حيث لم يكونوا قادرين

على إخراج هذه المكونات إلى ساحة الفعل قبل البدء في التدريب على البرنامج. ويبدو أن الرغبة في الحفاظ على الصحة النفسية والجسمية، قد تكون دافعاً كبيراً للمشاركين للإقبال على الاستفادة من البرنامج مما يفسر فاعلية البرنامج أيضاً.

ب- نتيجة الفرض الثاني:

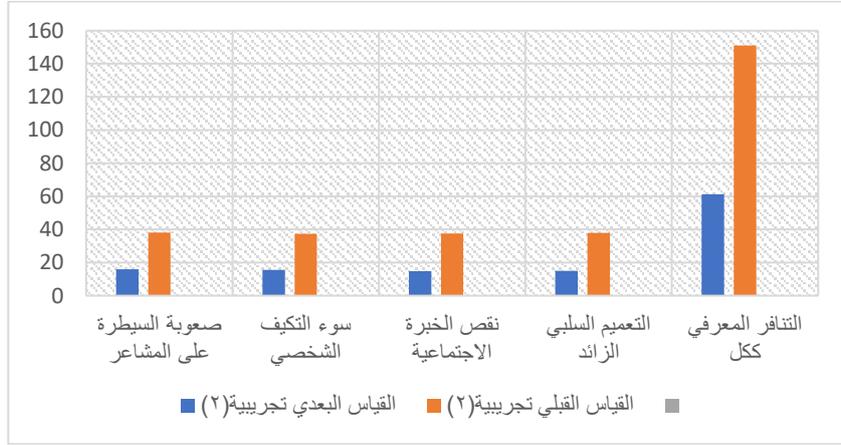
ينص هذا الفرض على أنه: " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (٢) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التنافر المعرفي بعد تطبيق برنامج العلاج المرتكز على التعاطف، في الاتجاه الأفضل"، وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم تطبيق مقياس التنافر المعرفي على أفراد المجموعة التجريبية (٢) ، قبل تطبيق برنامج العلاج المرتكز على التعاطف (القياس القبلي)، ثم أعيد تطبيق المقياس عليهم (القياس البعدي) بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، وتم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test لحساب دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي، ويوضح جدول (١٢) هذه النتائج.

جدول (١٢)

قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية (٢) في القياسين القبلي والبعدي لمقياس التنافر المعرفي (ن=١٠)

متغيرات الدراسة	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
صعوبة السيطرة على المشاعر	الرتب السالبة	١٠	٥,٥	٥٥	٢,٨١-	٠,٠٠٥
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٠	-	-		
سوء التكيف الشخصي	الرتب السالبة	١٠	٥,٥	٥٥	٢,٨١-	٠,٠٠٥
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٠	-	-		
نقص الخبرة الاجتماعية	الرتب السالبة	١٠	٥,٥	٥٥	٢,٨١-	٠,٠٠٥
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٠	-	-		
التعميم السلبي الزائد	الرتب السالبة	١٠	٥,٥	٥٥	٢,٨١-	٠,٠٠٥
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٠	-	-		
التنافر المعرفي ككل	الرتب السالبة	١٠	٥,٥	٥٥	٢,٨-	٠,٠٠٥
	الرتب الموجبة	٠	٠	٠		
	التساوي	٠	-	-		

يتضح من جدول (١٢) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية (٢) في القياس القبلي والبعدي لمقياس التنافر المعرفي بأبعاده في الاتجاه الأفضل لصالح القياس البعدي بعد تطبيق برنامج العلاج المرتكز على التعاطف ، الأمر الذي يدعم فاعلية برنامج العلاج المرتكز على التعاطف لدى أفراد المجموعة التجريبية (٢) ، والشكل التالي يوضح الرسم البياني للفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية (٢) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التنافر المعرفي بأبعاده.



شكل (٤)

الرسم البياني للفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية (٢) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التنافر المعرفي بأبعاده

وهكذا يتضح من الرسم البياني شكل (٤) أن درجات أفراد المجموعة التجريبية (٢) انخفضت على مقياس التنافر المعرفي بأبعاده في القياس البعدي مقارنة بدرجاتهم التي حصلوا عليها في القياس القبلي .

وللتأكد من الدلالة العملية للنتائج التي تم الحصول عليها من معالجة الفرض الثاني إحصائياً، تم حساب حجم تأثير برنامج العلاج المرتكز على التعاطف (المتغير المستقل) في خفض التنافر المعرفي (المتغير التابع) باستخدام معادلة قوة العلاقة بين المتغيرين المستقل والتابع باستخدام معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة

(الدردير، ٢٠٠٦، ص. ١٥٤؛ حسن، ٢٠١٠، ص. ٢٨٣). يوضحها جدول (١٣)، والذي يتم حسابه من المعادلة التالية:

$$r = \frac{4(T_1)}{n(n-1)} - 1$$

حيث r = قوة العلاقة (معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة) $(T_1,*)$ = مجموع رتب ذات الإشارة السالبة ، n = عدد الأزواج للدرجات.

جدول (١٣)

قيمة حجم التأثير لبرنامج العلاج المرتكز على التعاطف لخفض التنافر المعرفي

المتغير	N	قيمة T الموجبة	قيمة قوة العلاقة r_{prb}	نوعية التأثير
التنافر المعرفي ككل	١٠	٥٥	١,٤٤	كبير جدًا

ومن خلال جدول (١٣) جاءت قيمة قوة العلاقة (معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة) أكبر من (٠,٩)؛ فبدل ذلك على علاقة قوية جداً وحجم تأثير قوي جداً، ومن هنا يتأكد لنا تمتع برنامج العلاج المرتكز على التعاطف (المتغير المستقل) بدرجة عالية من التأثير في المتغير التابع (التنافر المعرفي)

تفسير نتائج الفرض الثاني :

تتسق تلك النتيجة مع ما أشار إليه Gilbert(2009) على أن العلاج المرتكز على التعاطف يساعد على التخفيف من الأعراض السلبية التي قد تعتري شخصية الفرد ، وتؤدي إلى زيادة النتائج الإيجابية في الشخصية ، مما يسهم في الحد من النقد الذاتي الذي يؤدي إلى توليد مشاعر الكراهية للذات والتي تؤدي إلى صعوبة في الشعور بالطمأنينة ، كما تتسق تلك النتيجة مع ما أشار إليه Allen and Leary(2010) على أن الأفراد الذين يتم تدريبهم على العلاج المرتكز على التعاطف يكونوا أقل عرضه للصدمات والخبرات الانفعالية السلبية ، وأقل نقدًا للذات ، كما أنهم لا يميلون إلى تجنب المهام أو المواقف الصعبة .

(*) ويتم تفسير (r) كما يلي: إذا كان (r) > ٠,٤ ، فيدل على علاقة ضعيفة وحجم تأثير ضعيف ؛ إذا كان (r) > ٠,٧ ، فيدل على علاقة متوسطة وحجم تأثير متوسط ؛ إذا كان (r) ≥ ٠,٧ ، فيدل على علاقة قوية وحجم تأثير قوي ؛ إذا كان (r) ≤ ٠,٩ ، فيدل على علاقة قوية جداً وحجم تأثير قوي جداً (حسن، ٢٠١٠، ص. ٢٨٣).

ويمكن تفسير انخفاض مستوى التنافر المعرفي بأبعاده لدى أفراد المجموعة التجريبية (٢) بعد تطبيق برنامج العلاج المرتكز على التعاطف مقارنة بمستوى التنافر المعرفي لديهم قبل تطبيق البرنامج إلى انضباطهم في جلسات البرنامج العلاجي ومشاركتهم بفعالية فيه ، مما ساعد في بث روح المثابرة والمبادرة والإيجابية ، والابتعاد بهم عن السلبية والخمول ، ففي أثناء جلسات البرنامج أظهر أفراد المجموعة التجريبية (٢) اهتمامهم وتركيزهم في متابعة جميع جلسات البرنامج العلاجي والمشاركة فيها ، كما كان للعلاقة القائمة على القبول والود والاحترام والتعاون دور بارز في نجاح البرنامج ، ويتفق ذلك مع ما أشار إليه (Decety and Lckes, 2009) على أن العلاج المرتكز على التعاطف يساعد العملاء في فهم مشاعر الآخرين ومشاركة حالاتهم الانفعالية والمعرفية والاجتماعية وتفهم وجهات نظرهم وطريقة تفكيرهم، مما يساعدهم علي خلق مناخ نفسي آمن مع الحالات المرضية وزيادة القدرة علي بناء علاقة قوية في العملية الإرشادية والعلاجية والتفاعل الإيجابي والتعاطف معهم وتنفيذ الخطة العلاجية.

كما يمكن تفسير تلك النتيجة من خلال أن العلاج المرتكز على التعاطف يركز على اللطف تجاه الذات في الأوقات الصعبة والمواقف الصادمة ، مع وجود وعي مدروس من الفرد للأفكار والمشاعر المؤلمة ، وذلك لمنع الانخراط فيها، وبالتالي فيعمل العلاج المرتكز على التعاطف كألية للتوافق الإيجابي مما يسهم في زيادة الإدراك الذاتي لدى الفرد ، ويساعده على توفير حالة نفسية مريحة تجعله يتعامل بفاعلية مع المواقف التي ينشغل فيها ذهنه بموضوعين، أو معتقدتين، أو فكرتين يحتلان نفس الأهمية لديه، ومتناقضتان في طبيعتهما، مما ساعد في خفض التنافر المعرفي.

وترجع فاعلية العلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي لدى أفراد المجموعة التجريبية (٢) من خلال اعتماد البرنامج على مجموعة من المبادئ التي وضعها (Gilbert, 2014) ، ومنها : أن العلاج المرتكز على التعاطف يتم فيه التعامل مع العملاء بطريقة حنونة تحترم الشخص وتدعم لديهم اللطف ؛ كما أن الدماغ البشري تتشكل وتتطور من أجل المعالجة الاجتماعية، ويتم تطوره من خلال العلاقات التي تحكم كل من السياقات الاجتماعية المبكرة والسياقات الحالية وذلك لفهم المشكلات التي يتعرض لها الفرد، حيث تظهر العلاقات القائمة على التعاطف عديد من الآثار الفسيولوجية الجيدة على الدماغ

وكذلك على المستوى النفسي؛ والعلاقات الذاتية - بين الفرد ونفسه خاصة عند شعوره بالخزي والنقد الذاتي ، فتُعد هي الأساس في تحفيز المشكلات النفسية والعقلية ؛ فتدريب الأشخاص على التعاطف له عديد من الفوائد الفسيولوجية (على مستوى الدماغ)، والنفسية (مواجهة المشكلات والاضطرابات النفسية).

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضًا في ضوء أن جلسات البرنامج تضمنت العديد من الأنشطة والمهارات التي ساعدت على تنمية اليقظة العقلية لدى أفراد المجموعة التجريبية (٢) مما ساعدهم على مراقبة ما لديهم من مشاعر وأفكار متناقضة ، وساعدهم في توجيه انتباههم نحو كل لحظة يمروا بها والوعي المستمر بالخبرات الداخلية والخارجية وكأنها تحدث في اللحظة الحالية ، وبالتالي فتكرارهم لممارسة هذه التدريبات في كل ما يمروا به من مواقف يكون له العديد من الفوائد ، ويكفي المقارنة بين فعالية أي عمل يقوم به الفرد تجاه موقف ما في حالة اليقظة العقلية وفي حالة الشرود ، وهذا ما أكده Smeets., Neff., (2014) إلى أن البرنامج المرتكز على التعاطف من خلال أنشطته التي تتضمن تدريبات اليقظة العقلية يساهم في تحسين قدرة الأفراد على مراقبة أفكارهم ومشاعرهم وانفعالاتهم دون قمعها، كما أشار (Tirch 2010) أن اليقظة العقلية تُعد أساسًا للتعاطف مع الذات، وذلك من منطلق أن التعاطف مع الذات ينمو في جو من الانفتاح، والوعي، وتقبل الخبرات، وهذا هو جوهر اليقظة العقلية.

كما تضمنت بعض الجلسات التدريب على فنية التأمل الحنون، وتتضمن هذه الفنية استخدام عبارات عقلية تركز على بناء الرغبة في أن يكون الفرد سعيدًا، ومحررًا من المعاناة، وأنه باتباع وممارسة هذه الفنية، يصبح الفرد قادرًا على تطوير الاتجاهات الإيجابية، ومشاعر الحب والتعاطف نحو ذاته أولاً، ثم توسيع الدائرة لتشمل التعاطف مع الآخرين ، وتضمنت الجلسات أيضًا التدريب على فنية كتابة الخطاب الحاني الموجه للذات، وكان من خلالها يتم الطلب من كل فرد من أفراد المجموعة التجريبية (٢) أن يقوم بكتاب رسالة يخاطب فيها ذاته، تدور حول قصة، أو موضوع يشعر فيه بالسوء أو يشعر فيها أن لديه تناقض في أفكاره ومعتقداته ، ويجب أن تكون هذه الرسالة من وجهة نظر صديق مُتخيل، أو وهمي، ويتعامل مع ذاته في هذه الرسالة، وكأنه صديق حميم، بحيث تتضمن مشاعر المودة، والتقبل، ويعيد قراءتها مرتين في الأسبوع، وبخاصة قبل الجلسة التالية .

كما ساهمت فنية حديث الذات المتعاطف التي استخدمت في بعض جلسات البرنامج في مساعدة أفراد المجموعة التجريبية (٢) على التفكير في طرق عديدة لجعلهم أكثر تعاطفًا مع ذواتهم؛ حيث كان يتم عرض مواقف تتضمن خبرة سيئة، ثم يطلب من كل منهم أن يتخيل نفسه قد تعرض لهذا الموقف، ويتم طرح أسئلة لكيفية التعامل مع هذا الموقف، بحيث تتضمن إجاباتها مهارات للتعاطف مع الذات؛ كما كان لفنية حوار الكرسي الثلاثة وهي فنية مستوحاة من العلاج الجشطالتي ومشابهة لفنية الكرسي الخالي دورًا بارزًا في تنمية الذات من خلال خفض حدة النقد الذاتي، فهدفت إلى مساعدة أفراد المجموعة التجريبية (٢) على تحدي المعتقدات النقدية الذاتية والمعتقدات المتضاربة بشكل يسمح لهم بأن يكونوا أكثر تعاطفًا مع ذواتهم ، وقد تم تدريبهم عليها، وأبدوا استمتاعهم بهذا النشاط، وقد أشار (Neff., Kirkpatrick., Rude (2007) أنه في فنية حوار الكرسي الثلاثة يجلس العملاء على كراسي مختلفة للمساعدة على الاتصال بجوانب متعارضة في ذواتهم، ويعبر كل جانب عما يشعر به في الوقت الحاضر :، فالكرسي الأول يمثل صوت نقدك الذاتي الداخلي ، والكرسي الثاني يمثل الصفة المنتقدة، أو التي يشعر معها الفرد بالخزي، بينما يمثل الكرسي الثالث صوت الحكمة .

كما ساعد التدريب على فنية الصورة التعاطفية على تطوير الصفات التعاطفية لدى أفراد المجموعة التجريبية (٢) (التقبل ، الحكمة ، عدم الحكم) ، مما ساعدهم على الشعور بالهدوء أثناء مواجهة المواقف العصبية ، كما سمح لهم بالوصول إلى أكثر وجهات النظر توافقية للتجارب المؤلمة بواسطة الدافع الوجداني ، وهذا ما أكدته Lee(2005) على أن فنية الصورة التعاطفية تساهم في إدخال الفرد في عملية العقل التعاطفي ، وترجع أهمية ذلك في حالة عدم وجود ذكريات تعاطفيه لدى العميل، حيث تُعد تلك الصورة مثالية في تطوير الإحساس بالوجود التعاطفي.

وبالتالي نستنتج من خلال ما سبق أن العلاج المرتكز على التعاطف كان له دورًا كبيرًا في السيطرة على المشاعر وإدارتها ، وعلى التكيف الشخصي من خلال خفض نقد الذات ، واكتساب الفرد للخبرة الاجتماعية الإيجابية ، مع التأكيد على الاستمرارية للتعایش مع منغصات ومتطلبات الحياة اليومية والنظر إلى المعاناة بأنها جزء من الخبرة الإنسانية ،

والتدريب على كيفية مواجهة العادات الصعبة وتغيير أنماط حياتنا ، فكل ذلك ساعد أفراد المجموعة التجريبية (٢) في خفض التنافر المعرفي لديهم.

ج- نتيجة الفرض الثالث:

ينص هذا الفرض على أنه: " لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (١) ورتب درجات المجموعة التجريبية (٢) في القياس البعدي على مقياس التنافر المعرفي بعد تطبيق البرنامجين "، وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم تطبيق مقياس التنافر المعرفي على أفراد المجموعة التجريبية (١) وأفراد المجموعة التجريبية (٢) بعد تطبيق البرنامجين ، وتم استخدام اختبار مان - وتني Mann-Whitney Test لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية (١) والمجموعة التجريبية (٢)، ويوضح جدول (١٤) هذه النتائج.

جدول (١٤)

نتائج اختبار مان - وتني لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية (١)

والمجموعة التجريبية (٢) في القياس البعدي لمقياس التنافر المعرفي

الأبعاد	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة
صعوبة السيطرة على المشاعر	تجريبية (١)	١٠	١٠,٨	١٠٨	٤٧	١٠٢	٠,٢٣-	غير دالة
	تجريبية (٢)	١٠	١٠,٢	١٠٢				
سوء التكيف الشخصي	تجريبية (١)	١٠	٩,٩	٩٩	٤٤	٩٩	٠,٤٦-	غير دالة
	تجريبية (٢)	١٠	١١,١	١١١				
نقص الخبرة الاجتماعية	تجريبية (١)	١٠	١١,٨٥	١١٨,٥	٣٦,٥	٩١,٥	١,٠٣-	غير دالة
	تجريبية (٢)	١٠	٩,١٥	٩١,٥				
التعميم السلبي الزائد	تجريبية (١)	١٠	١١,٨	١١٨	٣٧	٩٢	٠,٩٩-	غير دالة
	تجريبية (٢)	١٠	٩,٢	٩٢				
التنافر المعرفي ككل	تجريبية (١)	١٠	١١,٠٥	١١٠,٥	٤٤,٥	٩٩,٥	٠,٤٢-	غير دالة
	تجريبية (٢)	١٠	٩,٩٥	٩٩,٥				

يتضح من جدول (١٤) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب

درجات المجموعة التجريبية (١) ورتب درجات المجموعة التجريبية (٢) في القياس البعدي

على مقياس التنافر المعرفي بأبعاده بعد تطبيق برنامج العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات وبرنامج العلاج المرتكز على التعاطف على كل مجموعة على حدة على الترتيب تفسير نتائج الفرض الثالث :

يمكن تفسير تلك النتيجة من خلال أن البرنامجين العلاجين (العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف) كان لكل منهما أثر فاعل وواضح في خفض التنافر المعرفي لأفراد المجموعتين التجريبتين ، كما أشارت نتائج الفرض الأول والثاني ، بينما يمكن تفسير نتيجة الفرض الثالث بأنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (١) ورتب درجات المجموعة التجريبية (٢) في القياس البعدي على مقياس التنافر المعرفي بعد تطبيق البرنامجين إلى أن هدفهما واحد ، وهو خفض التنافر المعرفي لدى طلبة الدراسات العليا ، لذا فإن كلا البرنامجين أنصب اهتمامهما إلى تحقيق الهدف ذاته بالرغم من أن لكل برنامج إجراءات وفتيات مختلفة عن الآخر .

كما يمكن تفسير عدم وجود فروق بين البرنامجين في خفض التنافر المعرفي ، إلى أن العينتين كانتا متشابهتين في شدة الأعراض حيث تم التحقق من تجانسهما في العمر الزمني وفي شدة التنافر المعرفي قبل تطبيق البرنامجين، كما تم إتباع نفس مراحل العلاج في كلا البرنامجين وكان لكل برنامج نفس عدد الجلسات وهو (١٨) جلسة متقاربة أيضًا في الفترة الزمنية للتطبيق .

وترجع فاعلية البرنامج العلاجي القائم على أسلوب حل المشكلات إلى أنه ركز على توليد الحلول البديلة واتخاذ القرار وتنفيذ الحل والتحقق منه، وكما ترجع فاعلية البرنامج العلاجي المرتكز على التعاطف إلى أنه ركز على التعاطف باستخدام تعليمات التعاطف الذاتي الصريحة حول التنافر المعرفي. حيث أظهر المشاركون في كلتا المجموعتين العلاجيتين قدرات كبيرة في السيطرة على المشاعر والانفعالات، والتكيف الشخصي، والتنشئة الاجتماعية، والاستمرارية في مرحلة ما بعد تطبيق البرنامجين العلاجين، في حين كانت النتائج بعد تطبيق الجانب العلاجي الخاصة بتغيير الآثار السلبية الخاصة بالتنافر المعرفي في مجموعتي العلاج مصحوبة بأحجام تأثير كبيرة. ارتبطت التخفيفات الكبيرة في التعميم السلبي للأحداث بحجم التأثير الكبير في مجموعة العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات

وحجم التأثير أيضًا كبير في مجموعة العلاج المرتكز على التعاطف. الأهم من ذلك، أظهر كل من المشاركين في مجموعة العلاج المرتكز على التعاطف، وفي مجموعة العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات تحسينات كبيرة لخفض التنافر المعرفي في القياس البعدي، علاوة على ذلك، كشف تأثيرات العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف على نتائج المشاركين اعتمادًا على ميلهم قبل العلاج إلى التنافر المعرفي، حيث إن المشاركين في العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والذين كانوا مرتفعين في التنافر المعرفي، أظهروا زيادة كبيرة في درجات التكيف الشخصي كبعد من أبعاد التنافر المعرفي. ومن المثير للاهتمام، بالنسبة للمشاركين في العلاج الذي يركز على التعاطف، زادت أيضًا درجات التكيف الشخصي في مرحلة ما بعد القياس البعدي بشكل كبير في كلتا المجموعتين. ومع ذلك، يجب تفسير كل هذه النتائج المهمة بحذر نظرًا للتصميم غير العشوائي لهذه الدراسة وحجم العينة الصغير نسبيًا.

عند فحص آثار العلاج المرتكز على التعاطف والعلاج القائم على أسلوب حل المشكلات من مرحلة ما بعد العلاج تبين انخفاض ملحوظ في التنافر المعرفي، وكذلك أدت المشاركة في كلا العلاجين إلى انخفاض كبير في إجمالي درجات التعميم السلبي وصعوبة في التنظيم الانفعالي، وزيادة كبيرة في درجات التكيف الشخصي والتنشئة الاجتماعية. ومع ذلك، تم التركيز على اكتساب بعض المهارات اللازمة للحل الجيد للمشكلات في مجموعة العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات، في حين تم التركيز على تدريب أفراد مجموعة العلاج المرتكز على التعاطف على مهارات التعاطف مع الذات .

بشكل عام، تتوافق نتائج الدراسة الحالية مع عدد من الدراسات التي أظهرت أن العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف لديهما فاعلية في تعزيز السيطرة على المشاعر والتكيف الشخصي والتنشئة الاجتماعية والاستمرارية والتعاطف مع الذات وفي الحد من التعميم السلبي للنتائج وصعوبة التنظيم الانفعالي (Choi, Suh, & Jeong, 2021؛ Munroe, Al-Refae, Chan, & Ferrari, 2022؛ Marti, & Conwell, 2016). فهذه هي الدراسة الأولى التي قارنت بشكل مباشر آثار العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف، ووفقًا للنتائج التي توصلنا إليها، لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في آثارهما لخفض التنافر المعرفي

لطلاب الدراسات العليا. ومن المثير للاهتمام، أن كل من العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف أدى إلى تحسينات كبيرة في التكيف الشخصي، حيث ساعد أفراد مجموعة العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات إلى معالجة وتنظيم المعلومات عن المشكلات الشخصية لدى الفرد وتوليد الخيارات البديلة، وتنفيذ الحل والتحقق منه (Kirkham, Choi & Seitz, 2016)، بينما ساعد أفراد المجموعة العلاج المرتكز على التعاطف في تنمية التعاطف مع الذات (Neff & Germer, 2013).

تدعم النتائج التي توصلنا إليها جزئياً فكرة أن الناس يختلفون في استجابتهم للعلاجات بناءً على ميلهم إلى الأفكار التي تتضمن انشغالهم ذهنياً بموضوعين، أو معتقدتين، أو فكريتين يحتلان نفس الأهمية لديهم، ومتناقضتان في طبيعتهما، ويصاحبهم عادة شعور بعدم الراحة، وهذا الشعور هو ما يجعل الشخص يبحث عن استعادة التوازن بين المعتقد والسلوك بتغيير أحدهما، حيث أظهر المشاركون الذين كانوا مرتفعين في التنافر المعرفي في الاختبار المسبق في مجموعة العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات زيادة كبيرة في السيطرة على المشاعر والاستمرارية في مرحلة القياس البعدي، وأولئك الذين لديهم التنظيم الانفعالي منخفض لم يظهروا تحسينات. هذه النتيجة المثيرة للاهتمام تتماشى على نطاق أوسع مع الأدلة السابقة على أن العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات فعال بشكل خاص للأشخاص الذين يعانون من تهديد الاستقرار الشخصي والعجز الذاتي أو الشك في القدرة على حل المشكلة، والميل إلى التشاؤم من النتائج، وانخفاض القدرة على تحمل الإحباط (Nezu, & Nezu, 2021).

د- نتيجة الفرض الرابع:

ينص هذا الفرض على أنه: " لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (١) في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس التنافر المعرفي بعد توقف برنامج العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات بشهر ونصف"، وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم تطبيق مقياس التنافر المعرفي على أفراد المجموعة التجريبية (١)، بعد تطبيق برنامج العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات (القياس البعدي)، ثم أعيد تطبيق المقياس عليهم بعد فترة شهر ونصف (القياس التتبعي)، وتم

استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test لحساب دلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي ، ويوضح جدول (١٥) هذه النتائج.

جدول (١٥)

قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية (١) في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس التنافر المعرفي (ن=١٠)

متغيرات الدراسة	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
صعوبة السيطرة على المشاعر	الرتب السالبة	٢	٣,٥	٧	٠,٨١-	٠,٤١٤
	الرتب الموجبة	٤	٣,٥	١٤		
	التساوي	٤	-	-		
سوء التكيف الشخصي	الرتب السالبة	٢	٤,٧٥	٩,٥	٠,٧٩-	٠,٤٢٩
	الرتب الموجبة	٥	٣,٧	١٨,٥		
	التساوي	٣	-	-		
نقص الخبرة الاجتماعية	الرتب السالبة	٢	٣,٥	٧	١,٢٦-	٠,٢٠٦
	الرتب الموجبة	٥	٤,٢	٢١		
	التساوي	٣	-	-		
التعميم السلبي الزائد	الرتب السالبة	٢	٣,٥	٧	١,٢٦-	٠,٢٠٦
	الرتب الموجبة	٥	٤,٢	٢١		
	التساوي	٣	-	-		
التنافر المعرفي	الرتب السالبة	١	٦,٥	٦,٥	١,٥٨-	٠,١١
	الرتب الموجبة	٧	٤,٨١	٣٣,٦٧		
	التساوي	٢	-	-		

يتضح من جدول (١٥) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية (١) في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس التنافر المعرفي وأبعاده ، مما يشير إلى استمرارية تأثير فاعلية العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات في خفض التنافر المعرفي لدى أفراد المجموعة التجريبية (١) ، وهذا يعني أنه لم يحدث ارتداد لما أظهره أفراد المجموعة التجريبية (١) من تحسن في القياس البعدي بعد انتهاء تدريبهم على البرنامج العلاجي القائم على أسلوب حل المشكلات .

تفسير نتائج الفرض الرابع :

تشير هذه النتيجة إلى أن أفراد المجموعة التجريبية (1) قد استمر التحسن في خفض التنافر المعرفي، وتمكنهم من مهارات أسلوب حل المشكلات، ولم تحدث انتكاسة بعد نهاية البرنامج، ويمكن تفسير هذه النتيجة في إطار ما تشير إليه الأدبيات من أن العلاج المعرفي السلوكي وأسلوب حل المشكلات يندرج تحت مظلة تتسم فاعليتها بالثبات من خلال ما يحدثه من تعديل معرفي وسلوكي، وبالتالي تساعد على عدم حدوث الانتكاسة. وفي ضوء الدراسة الحالية يمكن تفسير استمرار فاعلية البرنامج بالتدريب الذي تلقاه أفراد المجموعة التجريبية (1) أثناء جلسات البرنامج، على التدريب على كيفية الاحتفاظ بالمهارات المكتسبة، واستخدامها في مواقف السلوك الحقيقية.

ويمكن أيضاً تفسير هذا الاستمرار لفاعلية البرنامج، إلى ميزة برامج التدريب على حل المشكلات نفسها، التي تركز على مشكلات العميل الراهنة والعمل على حلها مما يساعده على حل مشكلاته المستقبلية. فقد وجد (Nezu and Nezu, 2021, p.469) أن العملية العلاجية عندما تكون ناجحة، فإنها تؤدي إلى تحسين إدراك العملاء لقدراتهم في حل المشكلات، وقد اتفقت نتائج الدراسة مع نتائج دراسة (Harmon-Jones, & Mills, 2019) من جهة فاعلية البرنامج المستخدم في دراستها في خفض التنافر المعرفي عند عينة الدراسة من المراهقات الإناث. حيث أشارت النتائج إلى وجود أثر واضح للبرنامج في خفض التنافر المعرفي لدى المراهقات.

ولعل ما يفسر استمرار تأثير برنامج التدريب على أسلوب حل المشكلات إلى فترة المتابعة هو أن هذا الأسلوب يهدف بشكل أساسي إلى مساعدة الأفراد في تحديد وحل المشكلات الراهنة التي تقف خلف استجاباتهم اللاتكيفية، ويعلمهم في الوقت ذاته مهارات عامة تساهم على التعامل بفاعلية ودون الاعتماد على الآخرين مع المشكلات المستقبلية (Krause et al., 2021)، وربما هذا ساعدهم في تعميم التعلم على المواقف الحقيقية. كما أن أسلوب حل المشكلات يهدف من جهة أخرى، إلى رفع مستوى توافق الفرد مع بيئته ومجتمعه، ويحقق له أكبر قدر من المرونة والرضا عن مستوى حياته اليومية، من خلال مساعدته على بناء أساس متين للتعامل بقدر أكبر من الفاعلية مع الحقوق والواجبات داخل بيئته، وزيادة المكاسب وتقليل الخسائر من خلال تقليل الضيق الانفعالي الناجم عن الحل

السيئ للمشكلات النفسية، والاجتماعية، والأسرية، والوظيفية. كما يُسهم أسلوب حل المشكلات في تقوية وظائف الأنا واستنهاض قواها المعطلة للتحرك والفعل حيث يمدّها بالأمان والثقة والمساندة النفسية، وهي من أعلى عمليات الضبط الذاتي أو ما يطلق عليه البعض الاستقلالية (Nezu & Nezu, 2021).

هـ- نتيجة الفرض الخامس:

ينص هذا الفرض على أنه: " لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (٢) في القياسين البعدي والتبقي على مقياس التنافر المعرفي بعد توقف برنامج العلاج المتمركز على التعاطف بشهر ونصف" ، وللتحقق من صحة هذا الفرض ، تم تطبيق مقياس التنافر المعرفي على أفراد المجموعة التجريبية (٢) ، بعد تطبيق برنامج العلاج المرتكز على التعاطف (القياس البعدي)، ثم أُعيد تطبيق المقياس عليهم بعد فترة شهر ونصف (القياس التبعي) ، وتم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test لحساب دلالة الفروق بين القياسين البعدي والتبعي ، ويوضح جدول (١٦) هذه النتائج.

جدول (١٦)

قيمة (Z) لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية (٢) في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس التنافر المعرفي (ن=١٠)

متغيرات الدراسة	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
صعوبة السيطرة على المشاعر	الرتب السالبة	٣	٣,٥	١٠,٥	٠,٠٠	١
	الرتب الموجبة	٣	٣,٥	١٠,٥		
	التساوي	٤	-	-		
سوء التكيف الشخصي	الرتب السالبة	١	٣	٣	١,٣٤-	٠,١٨
	الرتب الموجبة	٤	٣	١٢		
	التساوي	٥	-	-		
نقص الخبرة الاجتماعية	الرتب السالبة	٢	٣,٥	٧	١,٢٦-	٠,٢٠٦
	الرتب الموجبة	٥	٤,٢	٢١		
	التساوي	٣	-	-		
التعميم السلبي الزائد	الرتب السالبة	٢	٣	٦	١-	٠,٣١٧
	الرتب الموجبة	٤	٣,٧٥	١٥		
	التساوي	٤	-	-		
التنافر المعرفي	الرتب السالبة	١	٨,٥	٨,٥	١,٦٨-	٠,٠٩٣
	الرتب الموجبة	٨	٤,٥٦	٣٦,٥		
	التساوي	١	-	-		

يتضح من جدول (١٦) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية (٢) في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس التنافر المعرفي وأبعاده ، مما يشير إلى استمرارية تأثير فاعلية العلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي لدى أفراد المجموعة التجريبية (٢) ، وهذا يعني أنه لم يحدث ارتداد لما أظهره أفراد المجموعة التجريبية (٢) من تحسن في القياس البعدي بعد انتهاء تدريبهم على برنامج العلاج المرتكز على التعاطف .

تفسير نتائج الفرض الخامس :

يمكن تفسير بقاء التحسن في خفض التنافر المعرفي لدى أفراد المجموعة التجريبية (٢) في ضوء ما تم تقديمه من أنشطة وتدريبات مختلفة خلال الجلسات ، وما تبع الجلسات من الواجبات المنزلية المرتبطة بأنشطة كل جلسة ، فالواجبات المنزلية تقوى وتدعم ما تم

تعلمه من مهارات التعاطف المختلفة وكيفية القيام بتنفيذها ، حيث كان يتم مراجعة الواجب المنزلي الخاص بكل جلسة سابقة مع بداية كل جلسة جديدة ، وهذا ما أكده Young (1992) على أن الواجب المنزلي هو مهام تُعطى للعميل ، لكي تتيح له التكامل بين الجلسات العلاجية ، وبعض هذه المهام تستخدم لغرض التقييم ، والبعض الآخر لزيادة وعي العميل ، أو لممارسة سلوكيات جديدة تم تعلمها أثناء الجلسات ، فاستخدام الواجب المنزلي يساعد على استمرار العلاج بين الجلسات ، ويتيح للعميل ممارسة وتطبيق ما تعلمه أثناء الجلسات وفي المواقف الحياتية المختلفة .

كما يمكن تفسير عدم حدوث انتكاسة بعد انتهاء تطبيق برنامج العلاج المرتكز على التعاطف ، في ضوء ما اكتسبه أفراد المجموعة التجريبية (٢) من مهارات التعاطف المختلفة ، والاستمرار في ممارستها في المواقف المختلفة ، فأصبحت جزء من البناء المعرفي والوجداني لديهم، حتى أصبحت أسلوب حياة بالنسبة لهم ، وتجنب نقد الذات والتعامل مع ذواتهم برفق حينما يتعرضون لأي موقف ضاغط و أي خبرة سلبية ، والنظر إلى أي معاناة في ضوء مبدأ الإنسانية المشتركة ، وتقبلها بدون إصدار الأحكام عليها .

كما ساعدت الفنيات المستخدمة في البرنامج في استمرار فاعليته ، كفنية التأمل الحنون ، فنية اليقظة العقلية(بالجسد، والمشاعر)، كتابة الخطاب الحاني، وحديث الذات المتعاطف ، الصورة التعاطفية ، حوار الكراسي الثلاثة ، مسح الجسم التعاطفي ، السلوك الحاني المراقبة الذاتية ، التي ساعدتهم على تسجيل الملاحظات على المواقف والأحداث التي يمرون بها والتأكيد على تغليب الجانب الإيجابي في ما يتعرضوا له من مواقف متناقضة ،مما ساهم في إكسابهم طرقًا جديدة للتفكير تمكنهم من تعميم مهارات التعاطف مع الذات ومع الآخرين عند التعامل مع أي خبرات سلبية يمرون بها مستقبلاً .

كما يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما أشار إليه كل من Cuppage et al., (2017) على أن العلاج المرتكز على التعاطف يساعد على تكوين نظام دافعية أو نظام تحفيز قائم على التعاطف يعمل بشكل مستمر ؛ كونه نظامًا ديناميًا في حالة سوائه وله علاقة مباشرة على تمكين الفرد من ضبط وتنظيم انفعالاته ومشاعره، ومساعدته على التخلص من تجريح وإهانة ونقد الذات، والتفكير الإيجابي أو إيجابية التفكير والإبحار في الحياة بوجهة ذهنية قائمة على الرقة والتراحم، وتقوية جهاز المناعة النفسية والتحصين ضد

عديد من الاضطرابات النفسية التي يلعب الشعور بالخزي ونقد الذات دورًا في تشكيلها؛ وبالتالي فاستمرارية عمل تلك الأنظمة لدى الفرد تلعب دورًا مهمًا في استمرارية خفض التنافر المعرفي .

ويُشير Gilbert(2014) أن التعاطف كمفهوم مستخدم داخل إطار العلاج النفسي، ومن هنا فهو مختلف عما يمكن أن نقصده أو نفهمه، مع أننا يمكن كثيرًا أن نمتلك هذه المهارة ونمارسها كخاصية شخصية دون أن نكون قد عرفنا المعنى العلمي للتعاطف، فالتعاطف هنا هو أن يسعى الإنسان نحو فهم خبراته ومشاعره وخبرات ومشاعر الآخر بدقة وحساسية، أي أن ننظر للأمر بعيوننا وبعيون الآخر. وبالتالي فتعلم هذه المهارة واكتسابها والتدريب عليها طوال فترة الجلسات للبرنامج المرتكز على التعاطف ساعد على الاستمرارية في خفض التنافر المعرفي .

كما يمكن تفسير استمرار فاعلية العلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي لدى أفراد المجموعة التجريبية (٢) ، في ضوء ما أشار إليه Decety and Jacksin(2004) بأن العلاج المرتكز على التعاطف يساعد بشكل دينامي في إنتاج تجربة التعاطف لدى البشر من خلال المشاركة الفعالة بين الذات والآخر ، والمستندة على إدراك الفعل الذي يقود إلى التصورات المشتركة ، كما يساعد على الوعي بالذات وبالآخر ، حتى عندما يكون هناك تضارب بين الذات والآخرين ، كما يساعد على المرونة العقلية لتبني المنظور الشخصي بشكل مستمر ؛ وبالتالي فتلك التجربة من التعاطف ساعدت في استمرار فاعلية العلاج المرتكز على التعاطف في خفض التنافر المعرفي.

و- نتيجة الفرض السادس:

ينص هذا الفرض على أنه: " لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (١) ورتب درجات المجموعة التجريبية (٢) في القياس التتبعي على مقياس التنافر المعرفي بعد فترة المتابعة لكل منهما"، وللتحقق من صحة هذا الفرض ، تم تطبيق مقياس التنافر المعرفي على أفراد المجموعة التجريبية(١) وأفراد المجموعة التجريبية(٢) بعد الانتهاء من تطبيق البرنامجين بفترة شهر ونصف، وتم استخدام اختبار مان - وتني Mann-Whitney Test لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب

درجات أفراد المجموعة التجريبية (١) والمجموعة التجريبية (٢)، ويوضح جدول (١٧) هذه النتائج.

جدول (١٧)

نتائج اختبار مان- وتني لدلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية (١) والمجموعة التجريبية (٢) في القياس التتبعي لمقياس التنافر المعرفي

الأبعاد	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة																																															
صعوبة السيطرة على المشاعر	تجريبية (١)	١٠	١١,٢	١١٢	٤٣	٩٨	٠,٥٣-	غير دالة																																															
	تجريبية (٢)	١٠	٩,٨	٩٨					سوء التكيف الشخصي	تجريبية (١)	١٠	١٠,٢	١٠٢	٤٧	١٠٢	٠,٢٣-	غير دالة	تجريبية (٢)	١٠	١٠,٨	١٠٨	نقص الخبرة الاجتماعية	تجريبية (١)	١٠	١٢,٣	١٢٣	٣٢	٨٧	١,٤-	غير دالة	تجريبية (٢)	١٠	٨,٧	٨٧	التعميم السلبي الزائد	تجريبية (١)	١٠	١٢,٠٥	١٢٠,٥	٣٤,٥	٨٩,٥	١,٢-	غير دالة	تجريبية (٢)	١٠	٨,٩٥	٨٩,٥	التنافر المعرفي ككل	تجريبية (١)	١٠	١١,٧٥	١١٧,٥	٣٧,٥	٩٢,٥	٠,٩٥-
سوء التكيف الشخصي	تجريبية (١)	١٠	١٠,٢	١٠٢	٤٧	١٠٢	٠,٢٣-	غير دالة																																															
	تجريبية (٢)	١٠	١٠,٨	١٠٨					نقص الخبرة الاجتماعية	تجريبية (١)	١٠	١٢,٣	١٢٣	٣٢	٨٧	١,٤-	غير دالة	تجريبية (٢)	١٠	٨,٧	٨٧	التعميم السلبي الزائد	تجريبية (١)	١٠	١٢,٠٥	١٢٠,٥	٣٤,٥	٨٩,٥	١,٢-	غير دالة	تجريبية (٢)	١٠	٨,٩٥	٨٩,٥	التنافر المعرفي ككل	تجريبية (١)	١٠	١١,٧٥	١١٧,٥	٣٧,٥	٩٢,٥	٠,٩٥-	غير دالة	تجريبية (٢)	١٠	٩,٢٥	٩٢,٥								
نقص الخبرة الاجتماعية	تجريبية (١)	١٠	١٢,٣	١٢٣	٣٢	٨٧	١,٤-	غير دالة																																															
	تجريبية (٢)	١٠	٨,٧	٨٧					التعميم السلبي الزائد	تجريبية (١)	١٠	١٢,٠٥	١٢٠,٥	٣٤,٥	٨٩,٥	١,٢-	غير دالة	تجريبية (٢)	١٠	٨,٩٥	٨٩,٥	التنافر المعرفي ككل	تجريبية (١)	١٠	١١,٧٥	١١٧,٥	٣٧,٥	٩٢,٥	٠,٩٥-	غير دالة	تجريبية (٢)	١٠	٩,٢٥	٩٢,٥																					
التعميم السلبي الزائد	تجريبية (١)	١٠	١٢,٠٥	١٢٠,٥	٣٤,٥	٨٩,٥	١,٢-	غير دالة																																															
	تجريبية (٢)	١٠	٨,٩٥	٨٩,٥					التنافر المعرفي ككل	تجريبية (١)	١٠	١١,٧٥	١١٧,٥	٣٧,٥	٩٢,٥	٠,٩٥-	غير دالة	تجريبية (٢)	١٠	٩,٢٥	٩٢,٥																																		
التنافر المعرفي ككل	تجريبية (١)	١٠	١١,٧٥	١١٧,٥	٣٧,٥	٩٢,٥	٠,٩٥-	غير دالة																																															
	تجريبية (٢)	١٠	٩,٢٥	٩٢,٥																																																			

يتضح من جدول (١٧) أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (١) ورتب درجات المجموعة التجريبية (٢) في القياس التتبعي على مقياس التنافر المعرفي بأبعاده بعد الانتهاء من تطبيق البرنامجين بفترة شهر ونصف . تفسير نتائج الفرض السادس :

يمكن تفسير استمرار فاعلية كل من البرنامج العلاجي القائم على أسلوب حل المشكلات والبرنامج العلاجي المتمركز حول التعاطف إلى تدريب كل من المجموعة التجريبية (١) والمجموعة التجريبية (٢) على كل من تمارين حل المشكلات (التي تتمثل في تعزيز قدرات العملاء على حل المشكلات، وتحديد مشكلتهم، وتحديد أهداف واقعية، وتوليد حلول بديلة، والتنبؤ بالعواقب ووضع خطة حل، ومحاولة الخروج بخطة الحل الخاصة بالفرد وتحديد ما إذا كان يعمل) ومهارات التعاطف التي تشمل (التعاطف الذي يمكن أن نشعر به تجاه الآخر أو الآخرين ، والتعاطف الذي يمكن أن نشعر به من الآخرين تجاه أنفسنا ، والتعاطف الذي يمكننا توجيهه إلى أنفسنا ويعرف بالتعاطف مع الذات) ، فكان يتم من خلال

التدريب أثناء الجلسات، وكذلك تشجيع العميل على ممارسة هذه التدريبات في الحياة اليومية، وهذا ما جعل أفراد المجموعتين يستمرون في ممارسة تلك التدريبات، والذي أثر بالتالي على قدرتهم على مواجهة التنافر المعرفي في المواقف الصعبة في الحياة. كما أن الاعتماد على فنية الواجب المنزلي كعنصر أساسي في جلسات التدريب في كل من البرنامجين العلاجين كان له دور كبير في إتقان أفراد المجموعتين التجريبتين لتدريبات كل من: حل المشكلات والتعاطف، حيث تُسهم الواجبات المنزلية في تعميم التغيرات الإيجابية التي أنجزها الأفراد، فهي تساعد في نقل التغيرات الجديدة إلى المواقف الحياتية، كما تعمل على تقوية وتدعيم الأفكار والمعتقدات الجديدة لديهم، حيث تمت مراجعة الواجب المنزلي في بداية كل جلسة علاجية، وكان من الملاحظ أن أفراد المجموعتين (١) و(٢) ربطوا بين ممارسة التدريبات السابقة، وخبرات الحياة اليومية للتغلب على التنافر المعرفي. وهذا ما يتفق مع الدراسات السابقة التي اعتمدت على فنية الواجب المنزلي في جلسات العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات (Shang, et al., 2015؛ Haejung, et al., 2021) والعلاج المرتكز على التعاطف (Yarnell et al., 2009؛ Pace et al., 2013؛ Rashidi et al., 2021؛ Shang, et al., 2021)

توصيات الدراسة: في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها، فإن الباحث يُوصي بما يلي:

- أ- تقديم خدمات الإرشاد النفسي في الجامعات من خلال مراكز التوجيه والإرشاد النفسي التي تساعد الطلاب على كيفية التعامل مع حدة الصراع الذي يدفعهم إلى القيام بتحليل العناصر المتعددة إما باستبعاد بعضها، أو إلى المناقشة الطويلة مع أنفسهم أو الآخرين من أجل أن يصلوا إلى القرار الصحيح، ومساعدتهم على كيفية حل المشكلات بأسلوب علمي ووضع أهداف والتخطيط لتحقيقها.
- ب- عقد دورات وورش عمل لتنمية مهارات التعاطف مع الذات لتخفيف التنافر المعرفي لدى طلاب الدراسات العليا، وكذلك تغيير واحد أو أكثر من العناصر الداخلة في العلاقات المتنافرة، وإضافة عناصر معرفية جديدة تكون متناغمة مع المعرفة الموجودة أصلاً، وكذلك العمل على تخفيض أهمية العناصر الداخلة في العلاقات المتنافرة لدى طلاب الدراسات العليا.

- ج- الإفادة من البرنامج العلاجي القائم على أسلوب حل المشكلات والبرنامج العلاجي المرتكز على التعاطف الذي تم تقديمهما في هذه الدراسة للتوسع في بناء وتصميم البرامج العلاجية في علاج العديد من الاضطرابات الشخصية: الحدية والتجنبية والاعتمادية لدى طلاب الدراسات العليا.
- د- إجراء مزيد من الدراسات باستخدام التدريب على أسلوب حل المشكلات للتعرف على مدى فائدته على عينات مختلفة، على أن يكون التركيز على تحسين التوجه الإيجابي نحو المشكلة.
- هـ- يعد التدريب على التعاطف مع الذات وفقاً للعلاج المرتكز على التعاطف نوعاً من العلاج المختصر فقد لا يستغرق وقتاً طويلاً كالذي تستغرقه المداخل العلاجية الأخرى، فضلاً عن سهوله ممارسة فنياته بالنسبة للطلاب وبساطتها، وهذا يجعل منه تطور حقيقي في مجال الإرشاد والعلاج النفسي.

البحوث المقترحة:

- في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها، والتوصيات السابق بيائها، يُقترح إجراء البحوث والدراسات التالية:
- أ- مقارنة بين العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات والعلاج المرتكز على التعاطف في خفض الاكتئاب لتحسين اليقظة العقلية لدى طلاب الجامعة ذوي اضطراب الشخصية الاعتمادية.
- ب- فاعلية التدريب على أسلوب حل المشكلات في تخفيف الضغوط النفسية لدى طلاب الجامعة ذوي المشكلات الانفعالية.
- ج- فاعلية العلاج المرتكز على التعاطف في خفض الإخفاقات المعرفية لدى طلبة الدراسات العليا.
- د- مراجعة منهجية وتحليل بعدي لنتائج بعض البحوث التي تناولت فاعلية العلاج القائم على أسلوب حل المشكلات في علاج الاكتئاب مع عينات كLINIكية وغير كLINIكية.
- هـ- النموذج البنائي بين أسلوب حل المشكلات الاجتماعية والتنافر المعرفي والضغوط النفسية والدافعية على عينة من طلبة الدراسات العليا.

المراجع

- أخرس، نائل محمد عبد الرحمن (٢٠١٥). أثر برنامج اليقظة الذهنية في خفض أعراض الوهن النفسي لدى عينة من طلاب جامعة الجوف. *المجلة الدولية للبحث في التربية وعلم النفس، جامعة البحرين - مركز النشر العلمي،* ٤(٢)، ٣٨٣-٤١٦.
- بالكين، ريتشارد وجانكي، جيرالد (٢٠١٦). *النظرية والتطبيق للتقييم في الإرشاد النفسي*. ترجمة: سهام درويش أبو عيطة، وهند عبد المجيد الحموري، دار الفكر.
- حسن، عزت عبد الحميد (٢٠١٠). حجم التأثير في بحوث الموهوبين . *المؤتمر العلمي الثامن بكلية التربية جامعة الزقازيق " استثمار الموهبة ودور مؤسسات التعليم : الواقع والطموحات"*، الفترة من ٢١ - ٢٢ أبريل، ٢٦١ - ٢٩٩ .
- الدردير ، عبد المنعم أحمد (٢٠٠٦) . *الإحصاء البارامترى واللابارامترى في اختبار فروض البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية* . عالم الكتب .
- سليم، سمير رمضان راغب(٢٠٢٢). القدرة التنبؤية للتنافر المعرفي والمرونة العقلية بمستوى مهارات التفكير الناقد لدى طلبة الصف العاشر الأساسي في منطقة الزرقاء التعليمية / وكالة الغوث. *رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة اليرموك*.
- شوكت، رنا رفعت(٢٠١٦). التنافر المعرفي لدى طلبة كلية التربية الأساسية الجامعة المستنصرية. *مجلة كلية التربية الأساسية،* ٢٢ (٩٣)، ٨٢٥-٨٤٨.
- الضبع ، فتحي عبد الرحمن (٢٠١٨). التعاطف مع الذات كمدخل لخفض الشعور بالخزي الأكاديمي لدى طلاب الجامعة. *المجلة العلمية، كلية التربية، جامعة أسيوط،* ٣٤(٣)، ٥٦٩-٦٣٩.
- العتيبي، سميرة بنت محارب (٢٠١٥). التنافر المعرفي وعلاقته بكل من مفهوم الذات والتحصيل الأكاديمي لدى طلاب جامعة أم القرى وطالباتها. *مجلة العلوم الاجتماعية،* ٤٣(٢)، ٥٣ - ١٠١.
- العظمت، عمر عطا الله(٢٠١٨). التنافر المعرفي وعلاقته بأساليب التفكير ومصادر الدعم الاجتماعي لدى طلبة جامعة اليرموك. *رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة اليرموك*.

الحياني، مريم حميد أحمد (٢٠١٥). التنافر المعرفي وعلاقته بتقدير الذات لدى طلاب وطالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة *مجلة العلوم الاجتماعية*، ٤٣ (٣)، ٥٠-٩٦.

الحياني، مريم حميد أحمد، والعنبي سميحة بنت محارب (٢٠١٥). بناء مقياس للتنافر المعرفي وتقدير خصائصه السيكومترية لطالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة. *مجلة الدراسات التربوية والنفسية*، ٩ (٣)، ١٦-٤٣٠.

محمد، أسامة أحمد عطا (٢٠٢٠). التنافر المعرفي وعلاقته بانفعالات التعلم والتحصيل الأكاديمي لدى طلاب الجامعة بالبحر الأحمر. *مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس*، ٤٤، ١٥-٩٢.

Allen, A., & Leary, M. (2010). Self-compassion, Stress and coping. *Social and personality Psychology Compass*, 4, 107-118. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1751-9004.2009.00246.x>

Aubert-Teillaud, B., Bran, A., & Vaidis, D. C. (2023). Expectation violation and cognitive dissonance theory: Proposal for an epistemic inconsistency management model. *European Journal of Social Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2981>

Barnhofer, T., & Chittka, T. (2010). Cognitive reactivity mediates the relationship between neuroticism and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48(4), 275-281. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.12.005>

Bran, A., & Vaidis, D. C. (2020). On the characteristics of the cognitive dissonance state: Exploration within the pleasure arousal dominance model. *Psychologica Belgica*, 60(1), 86-102. <https://doi.org/10.5334/pb.517>

Cancino-Montecinos, S., Bjorklund, F., & Lindholm, T. (2020). A General model of dissonance reduction: Unifying past accounts via an emotion regulation perspective. *Frontiers in Psychology* (11) Sec. Personality and Social Psychology. Retrieved from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.540081>

Cassel, R., Chow, P., & Reiger, R. (2001). The Cognitive dissonance test (DISS). Chula Vista, California; Project Innovation. Boele.

- Chabrak, N., & Craig, R. (2013). Student imaginings, cognitive dissonance and critical thinking. *Critical Perspectives on Accounting*, 24(2), 91–104. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2011.07.008>
- Choi, N. G., Marti, C. N., & Conwell, Y. (2016). Effect of problem-solving therapy on depressed low-income homebound older Adults' death/suicidal ideation and hopelessness. *Suicide Life Threat. Behav.* 46, 323–336. <https://doi.org/10.1111/sltb.12195>
- Cooper, J. (2019). Cognitive dissonance: Where we've been and where we're going. *Revue Internationale de Psychologie Social*, 32(1), Article 7. <https://doi.org/10.5334/irsp.277>
- Cuijpers, P., de Wit, L., Kleiboer, A., Karyotaki, E., & Ebert, D. D. (2018). Problem-solving therapy for adult depression: an updated meta-analysis. *Eur. Psychiatry* 48, 27–37. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.11.006>
- Cuppige J, Baird K, Gibson J, Booth R, & Hevey D. (2017). Compassion focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group and potential processes of change. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(2):240-254. <https://doi.org/10.1111/bjc.12162>
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1999). *Problem Solving Therapy: A Social Competence Approach to Clinical Intervention* (2nd ed.), Springer.
- De Vries, J., Byrne, M., & Kehoe, E. (2015). Cognitive dissonance induction in everyday life: An fMRI study. *Social Neuroscience*, 10(3), 268–281. <https://doi.org/10.1080/17470919.2014.990990>
- De Vries, J., McGrath, A., & Vaidis, D. (2023). Teaching cognitive dissonance theory: Practical advice for the classroom. *Scholarship of Teaching and Learning in Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/stl0000346>
- Decety, J., & Jackson, P. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Review*, 3, 71-100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Decety, J., & Lckes, W. (2009). *The social neuroscience of empathy*. Boston Review.

- <https://psycnet.apa.org/doi/10.7551/mitpress/9780262012973.001.0001>
- Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioural and Brain Sciences*, 28, 313–349. <https://doi.org/10.1017/s0140525x05000063>
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical Intervention*, (3rd ed.). Spring Publishing Company.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 197–225). Guilford Press.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares (2002). Social problem-solving inventory— Revised (SPSI-R): Technical manual. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Festinger, L., & Carlsmith, J. M. (1959). Cognitive consequences of forced compliance. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58(2), 203–210. <https://doi.org/10.1037/h0041593>
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208. https://leifvind.dk/lv_pdf/IntroducingCompassionFocusedTherapy.pdf
- Gilbert, P. (2012). Compassion focused therapy. In W. Dryden (Ed.), *Cognitive behaviour therapy* (pp. 140– 165). London, UK: SAGE . <http://dx.doi.org/10.4135/9781446288368.n7>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of clinical Psychology*, 53,6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/cpp.507>
- Gilbert, P., & Simos, G. (2022). *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications*. Routledge.
- Haejung, L., Young, Y. J., Yeonjung, L., Heeyoung, J., Sungmin, K., Younja, Y., et al. (2015). The effect of nurse-led problem-solving therapy on coping, self-efficacy and depressive

- symptoms for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Age Ageing*, 44, 397–403. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu201>
- Harmon-Jones, E. (2019). *Cognitive dissonance: Reexamining a pivotal theory in psychology* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000135-000>
- Harmon-Jones, E., & Mills, J. (2019). An introduction to cognitive dissonance theory and an overview of current perspectives on the theory. In E. Harmon-Jones (Ed.), *Cognitive dissonance: Reexamining a pivotal theory in psychology* (pp. 3–24). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000135-001>
- Harmon-Jones, E., Amodio, D. M., & Harmon-Jones, C. (2009). Action-based model of dissonance: A review, integration, and expansion of conceptions of cognitive conflict. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, (pp.119–166). Elsevier Academic Press.
- Harmon-Jones, E., Harmon-Jones, C., & Levy, N. (2015). An action-based model of cognitive-dissonance processes. *Current Directions in Psychological Science*, 24(3), 184–189. <https://doi.org/10.1177/0963721414566449>
- Hinojosa, A. S., Gardner, W. L., Walker, H. J., Cogliser, C., & Gullifor, D. (2017). A review of cognitive dissonance theory in management research: Opportunities for further development. *Journal of Management*, 43(1), 170–199. <https://doi.org/10.1177/0149206316668236>
- Hu, L., & Bentler, P. (1999). Cut off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Jarcho, J. M., Berkman, E. T., & Lieberman, M. D. (2011). The neural basis of rationalization: cognitive dissonance reduction during decision-making. *Social cognitive and affective neuroscience*, 6(4), 460–467. <https://doi.org/10.1093/scan/nsq054>

- Kanellopoulos, D., Rosenberg, P., Ravdin, L. D., Maldonado, D., Jamil, N., & Quinn, C.(2020). Depression, cognitive, and functional outcomes of problem adaptation therapy (PATH) in older adults with major depression and mild cognitive deficits. *International Psychogeriatrics*. 32, 485–493. <https://doi.org/10.1017/s1041610219001716>
- Khan, A., & Bilal, A.(2023). Efficacy of compassion focused therapy for managing skin shaming of Acne in young women. *The therapist*,4(1),46.52. <https://doi.org/10.54393/tt.v4i1.99>
- Kirby, J., Tellegen, C., & Steindl, S. (2017). A meta-analysis of compassion based interventions. *Behavior Therapy*,48(6),778-792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
- Kirkham, J. G., Choi, N., & Seitz, D. P. (2016). Meta-analysis of problem-solving therapy for the treatment of major depressive disorder in older adults. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 31, 526–535. <https://doi.org/10.1002/gps.4358>
- Kleiboer, A., Donker, T., Seekles, W., van Straten, A., Riper, H., & Cuijpers, P. (2015). A randomized controlled trial on the role of support in internet-based problem-solving therapy for depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 72, 63–71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.06.013>
- Kolts, R., Bell, T., Bennet-Levy., & Irons, C. (2018). *Experiencing compassion-focused therapy from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists*. Guilford Press
- Könner, F., Kuhnert, R., Kalinowski, S., Dräger, D., Kreutz, R., Wulff, I.,Budnick,A. (2016). Falls self-efficacy in German nursing home residents: assessment of validity and determination of a cutoff point. *Research in Gerontological Nursing*. 9, 134–144. <https://doi.org/10.3928/19404921-20150827-33>
- Krause, K. R., Courtney, D. B., Chan, B. W. C., Bonato, S., Aitken, M., Relihan, J., Prebeg, M., Darnay, K., Hawke, L. D., Watson, P., & Szatmari, P. (2021). Problem-solving training as an active ingredient of treatment for youth depression: A scoping review and exploratory meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 21, Article 397. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03260-9>
- Lee, D. A. (2005). The perfect nurturer: A model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy.

- In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (pp. 326–351). Routledge.
- Longobardi, E., Spataro, P., & Rossi-Arnaud, C. (2019). Direct and indirect associations of empathy, theory of mind and language with prosocial behavior: Gender differences in primary school children. *Journal of Genetic Psychology*, 180(6), 266-279. <https://doi.org/10.1080/00221325.2019.1653817>
- Moscato, E. L., Miley, A. E., LeBlond, E. I., King, J. A., Raj, S. P., Narad, M. E., Platt, A., Thompson, A. N., Baum, K. T., Salloum, R., & Wade, S. L. (2019). Feasibility and acceptability of an online problem-solving therapy intervention for adolescent and young adult brain tumor survivors. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 7(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/cpp0000265>
- Munroe, M., Al-Refae, M., Chan, H. W., & Ferrari, M. (2022). Using self-compassion to grow in the face of trauma: The role of positive reframing and problem-focused coping strategies. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(S1), S157–S164. <https://doi.org/10.1037/tra0001164>
- Muschalik, C., Crutzen, R., Elfeddali, I., & Vries, H. (2020). Mindfulness is not associated with dissonant attitudes but enhances the ability to cope with them. *BMC Psychology*, 8(32), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0377-x>
- Neff, K. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7, 264-274. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>
- Neff, K., & Germer, C. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 28-44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Neff, K., Kirkpatrick, K., & Rude, S. (2007). Self-compassion and its link to adaptive psychological function. *Journal of research in personality*, 41, 139-154. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
- Neff, K., Knox, M., Long, P., & Gregory, K. (2020). Caring for others without losing yourself: An adaptation of the Mindful Self-

- Compassion program for healthcare communities. *Journal of Clinical Psychology*, 76(2), 1-20.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23007>
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2014). Problem-solving strategies. In S. G. Hofmann, D. J. A. Dozois, W. Rief, & J. A. J. Smits (Eds.), *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy* (pp. 67–84). Wiley Blackwell.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2016). Problem solving. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim, & N. Pole (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: Psychopathology and health* (pp. 449–460). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14862-019>
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2019). *Emotion-centered problem-solving therapy: Treatment guidelines*. Springer Publishing Company.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2021). Emotion-centered problem-solving therapy. In A. Wenzel (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches* (pp. 465–491). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000218-016>
- Nezu, A. M., Greenfield, A. P., & Nezu, C. M. (2016). Contemporary problem-solving therapy: A transdiagnostic intervention. In C. M. Nezu & A. M. Nezu (Eds.), *The Oxford handbook of cognitive and behavioral therapies* (pp. 160–171). Oxford University Press.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Hays, A. M. (2019). Emotion-centered problem-solving therapy. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 171–190). The Guilford Press.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & McMurrin, M. (2008). Problem-solving therapy. In W. T. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (pp. 402–407). John Wiley & Sons, Inc.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Damico, J. L., & Gerber, H. R. (2023). Ineffective social problem solving. In D. J. A. Dozois & K. S. Dobson (Eds.), *Treatment of psychosocial risk factors in*

- depression* (pp. 333–358). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000332-015>
- Nightingale, S., Fanning, J., & Robison, J. (2023). Bi-directional relationships between physical activity and stress in college aged students: A brief report. *Journal of Behavioral Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10865-023-00421-x>
- Pace, T., Negi, L., Adame, D., Cole, S., Sivilli, T., Brown, T., & Raison, C. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial neuroendocrinology. *Psychoneuroendocrinology* 34(1), 87-98. <https://doi.org/10.1016/j.psycneuen.2008.08.011>
- Palermo, T.M., Law, E.F., Bromberg, M., Fales, J., Eccleston, C., & Wilson, A.C. (2016). Problem solving skills training for parents of children with chronic pain: A pilot randomized controlled trial. *Pain*, 157(6), 1213-1223. <https://doi.org/10.1097%2Fj.pain.0000000000000508>
- Rashidi, S., Choobforoushzadeh, A., & Dastanaie, S. (2023). The Effectiveness of Compassion-focused Therapy on the Components of Self-determination and Suicidal Ideation in Adolescent Girls with a History of Self-harm. *Journal of Modern Psychological Researches*, 17(68), 133-144, https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15336.html
- Russell, K. (2016). *CFT Made Simple: A Clinician's Guide to Practicing Compassion-Focused Therapy*. The New Harbinger Made Simple Series.
- Sastre, J. (2014). When thoughts clash: Self-Compassion and self-monitoring as moderators of cognitive dissonance. *Ph.D. Thesis*, University of North Florida
- Shang, P., Cao, X., You, S., Feng, X., Li, N., & Jia, Y. (2021). Problem-solving therapy for major depressive disorders in older adults: an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33, 1465–1475 <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01672-3>
- Simon, D., & Read, S. J. (2018). Neither cognitive nor consistency: A comment on “Cognitive consistency theory in social

- psychology: A paradigm reconsidered". *Psychological Inquiry*, 29(2), 97–108. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2018.1480683>
- Smeets, E., Neff, K., Alberts, H., & Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 794–807. <https://doi.org/10.1002/jclp.22076>
- Suh, H., & Jeong, J. (2021). Association of self-compassion with suicidal thoughts and behaviors and non-suicidal self-injury: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 633482. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.633482>
- Tirch, D. (2010). Mindfulness as a context for the cultivation of compassion. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 113–123. <http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.113>
- Tueanrat, Y. & Alaminos, E. (2023) Cognitive Dissonance Theory: A review. In S. Papagiannis's (Ed), Theory Hub Book. Available at <https://open.ncl.ac.uk/> / ISBN: 9781739604400
- Uttley, L. (2014). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 40(5)1–19. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291714002141>
- Van Tongeren, D. R., Davis, E. B., Hook, J. N., Davis, D. E., & Aten, J. D. (2021). Existentially threatening stimuli increase religious cognitive dissonance among the less intrinsically religious. *Psychology of Religion and Spirituality*, 13(3), 298–303. <https://doi.org/10.1037/rel0000296>
- Visser, M. M., Heijenbrok-Kal, M. H., Van't Spijker, A., Lannoo, E., Busschbach, J. J., & Ribbers, G. M. (2016). Problem-solving therapy during outpatient stroke rehabilitation improves coping and health-related quality of life: *randomized controlled trial*. *Stroke* 47, 135–142. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.115.010961>
- Vosper, J., Irons, C., Mackenzie-White, K., Saunders, F., Lewis, R., & Gibson, S. (2023) Introducing compassion focused psychosexual therapy. *Sexual and Relationship Therapy*, 38,3, 320–352. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1902495>

- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T.P. and Sahebkar, A. (2017). The Impact of Stress on Body Function: A Review. *Experimental and Clinical Journal*, 16, 1057-1072. <https://doi.org/10.17179%2Fexcli2017-480>
- Yarnell, L., & Neff, K. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12(2), 146-159. <http://dx.doi.org/10.1080/15298868.2011.649545>
- Young, M. (1992). *Counseling methods and techniques: An eclectic approach*. Maxwell Macmillan International.
- Zarotti, N., Poz, R., & Fisher, P. (2023). Compassion-Focused Therapy for an Older Adult with Motor Functional Neurological Disorder: A Case Study. *Clinical Gerontologist*, 46(3), 457-466. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2130124>

The Effectiveness of Problem-Solving Therapy and Compassion-Focused Therapy in Reducing Cognitive Dissonance among postgraduate Students

Dr.Ahmed Samir Sedik Abo-Bakr
Assistant professor of mental health, of faculty
Education, Minia University, Egypt
Prof_mid0_2020@yahoo.com

Dr.Mostafa Khalil Mahmoud Atallah
Assistant professor of mental health, faculty of
Education, Minia University, Egypt
Mostafa.Khalil26@yahoo.com

Abstract:

The study aimed at investigating the effectiveness of problem-solving therapy and compassion-focused therapy in reducing cognitive dissonance among postgraduate students. Two experimental groups: the experimental group (1), on which the problem-solving therapy program was applied, and the experimental group (2), on which the compassion-focused therapy program was applied, each consisting of 10 postgraduate students (5 male, 5 female), were selected. Equivalence between the groups was verified in terms of cognitive dissonance and chronological age. The Cognitive Dissonance Scale (prepared by the researchers) was used, along with the problem-solving therapy program and the compassion-focused therapy program (prepared by the researchers). The results indicated the effectiveness of both therapeutic programs in reducing cognitive dissonance and its dimensions after their application. The effect size of the two programs was significant. Moreover, the results indicated that there were no statistically significant differences between the mean values of the experimental group (1) and experimental group (2) in the post-measurement of cognitive dissonance scale with its dimensions after the application of the programs. The effect of the therapeutic programs in reducing cognitive dissonance persisted after the follow-up period. Additionally, there were no statistically significant differences between the mean values of the experimental group (1) and experimental group (2) in the follow-up measurement on the cognitive dissonance scale and its dimensions after completing the implementation of the two programs within a period of a month and a half. Based on these results, a number of educational recommendations and suggested research directions were formulated.

Keywords: Problem-Solving Therapy , Compassion-Focused Therapy , Cognitive Dissonance.