

فعالية برنامج إرشادي في الحد من الكوابيس الليلية وتحسين جودة النوم لدى أطفال غزة
المدمره منازلهم أثناء حرب (2014)

The Effectiveness of a Counseling Program for Reducing Nightmares and Improving Sleep Quality among Gaza Children with Destroyed Houses in 2014 War

عطاف أبو غالي، وجولتان حجازي *

Etaf Abu Ghali & Joltan Hijazi

كلية التربية، جامعة الأقصى، غزة، فلسطين

*الباحث المراسل، بريد الكتروني: joltanhijazi@gmail.com

تاريخ التسليم (2015/1/11)، تاريخ القبول: (2015/5/18)

ملخص

هدفت الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي في الحد من الكوابيس الليلية وتحسين جودة النوم لدى أطفال غزة ممن دمرت منازلهم أثناء الحرب على غزة عام (2014). وشملت عينة الدراسة (18) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (10-12) عاماً ممن يعانون من تكرار حدوث الكوابيس الليلية، وتدني جودة النوم. وتم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وبلغ عدد كل مجموعة (9) أطفال. وبينما خضعت المجموعة التجريبية إلى برنامج إرشادي، لم تتلق المجموعة الضابطة أي معالجة. وأسفرت نتائج الدراسة عن نجاح الفنيات المستخدمة القائمة على النظرية المعرفية السلوكية في خفض الكوابيس الليلية وتحسين جودة النوم لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة، كما توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية لدى أفراد المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، حيث انخفضت الكوابيس الليلية، وتحسنت جودة النوم لديهم، بينما لم تظهر أي فروق بين القياس البعدي والتبقي.

الكلمات المفتاحية: البرنامج الإرشادي، الكوابيس الليلية، جودة النوم، أطفال غزة، المنازل المدمرة.

Abstract

The study aimed at investigating the effectiveness of a counseling program for reducing nightmares and improving sleep quality among

Gaza children whose houses were being destroyed during (2014) war. The study sample was composed of (18) children whose ages ranged from (10-12) years, and who suffered from frequent nightmares and poor sleep quality. The participants were randomly divided into two groups: an experimental group and a control group, each of which consisted of (9) children. While a counseling program was administered to participants in the experimental group, the control group did not receive any treatment. Results reported the effectiveness of the techniques based on cognitive behavioral theory in reducing nightmares and improving sleep quality among the experimental group participants in comparison with those in the control one. Additionally, the study showed that while there were statistically significant differences between the pre-measurement and post-measurement of the experimental group in favor of the post measurement (i.e., reducing nightmares and improving sleep quality), there were no differences between the post-measurement and the follow-up-measurement.

Keywords: Counseling Program, Nightmares, Sleep Quality, Gaza Children, Destroyed Houses.

مقدمة

يعد النوم من الحاجات الأساسية الأولية التي أنعم الله بها على عباده، وضرورة ملحة لا يمكن الاستغناء عنها، ويتحتم إشباعه؛ ليتمكن الجسم من القيام بمجمل وظائفه العملية، وتجديد الطاقة الجسدية والذهنية للإنسان؛ مما يسهم في تحقيق توازنه وزيادة نشاطه وصفاء عقله.

ويشغل النوم ثلث حياة الإنسان، ويلعب دوراً هاماً في الوظائف الفسيولوجية، كالذاكرة، والتعلم، وعمليات التمثيل الغذائي (الأيض)، والمناعة، وتنظيم القلب والأوعية الدموية (Diekelmann & Born, 2010) وتتعدد العوامل التي تقود إلى حدوث مشاكل في النوم ما بين عوامل نيورنية-عصبية، وعوامل أيضية-كيميائية، وعوامل نفسية-اجتماعية (Ghanem, 2002).

وقد تم تصنيف اضطرابات النوم في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي إلى فئتين أساسيتين: اضطرابات النوم الأولية (صعوبات النوم (Dyssomnias)، وتشمل الأرق (Insomnia وفرط النوم (Hypersomnia، وخدار النوم (Narcolepsy، واضطرابات إيقاع النوم واليقظة (Sleep - Work Schedule Disorder، وتوقف التنفس أثناء النوم أو الاختناق (Sleep- Apneas Syndrome ومشكلات النوم الثانوية

(مصاحبات النوم Parasomnias)، وتشمل الاضطرابات التالية: اضطرابات المشي أثناء النوم (Sleep -Walk Disorder)، واضطرابات الفرع الليلي Sleep Terror Disorder، والكوابيس الليلية Nightmares (American Psychiatric Association, 1994).

وتعد اضطرابات النوم هي السمة البارزة والأساسية لاضطراب ما بعد الصدمة (El Azab, 2009; Harb, Cook, Gehrman, Gamble & Ross, 2009; Margolies, 2011; Giosan, Malta, Wykam, Jayasinghe, Evans & Avram, 2015). وتشكل الكوابيس المزمنة مشكلة كبيرة بالنسبة لكثير من الأفراد المتضررين من الصدمة (Davis, Byrd, Rhudy & Wright, 2007; Mellman & Hipolito, 2006; Phelps, Forbes & Creamer, 2008)، حيث يعاني من الكوابيس الليلية ما نسبته 70% من الأفراد المتضررين من اضطراب ما بعد الصدمة PTSD (Wittmann, Schredl & Kramer, 2007).

وتميز الدراسات بين الكوابيس الشائعة كأحد مظاهر اضطراب ما بعد الصدمة، وبين تلك التي كثيراً ما تحدث في شكل مجهول السبب (Germain & Nielsen, 2003)، رغم أن معدل انتشارها بين عموم السكان غير معروف، إلا أن الدراسات تشير أن حوالي (85%) من الأفراد شهدوا كابوساً على الأقل في غضون عام مضى، وأن ما نسبته (4-10%) من الأفراد يتعرضون إلى كابوس أسبوعياً (Levin & Nielsen, 2007). وتتقارب الدراسات في تحديد نسبة انتشار الكوابيس بين عموم السكان حيث تشير إلى أن النسبة تتراوح ما بين (3-8%) (Thunker, Norpoth, von Aspern, Özcan & Pietrowsky, 2014)، وما بين (5-8%) (Krakow & Zadra, 2006)، وما بين (2-6%) (Levin & Nielsen, 2007). وتتميز الكوابيس الليلية Nightmares باستيقاظ متكرر من النوم مع استدعاء تفاصيل حلم مخيف، وتتضمن الكوابيس تهديداً لحياة الشخص، أو لشعوره بالأمان، أو لتقديره لذاته، نتيجة خبرة معاشة الحلم المخيف، واضطراب النوم الناشئ عنه، وتحدث الكوابيس في أي وقت أثناء الليل في فترة النوم، ولكنها تكثر قرب نهاية النوم، ويستطيع الشخص إعطاء تفاصيل الحلم وتذكرها، ويجد صعوبة في العودة للنوم خشية تكرار الحلم (Khadr & Abed, 2013).

والكوابيس الليلية اضطراب منتشر لها نتائج سلبية وترتبط بالضغط اليومية (Lancee & Schrijmaekers, 2013)، وتساهم في الضيق النفسي، وتتجاوز أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (Davis, Byrd, Rhudy & Wright, 2007). وترتبط الكوابيس الليلية بالافتقار إلى الصحة النفسية والجسدية (Berquier & Ashton, 1992)، حيث إن لها تأثيراً سلبياً على الصحة والأداء وجودة الحياة، ويمكن أن تؤدي إلى مشاكل كالإكتئاب، والقلق، والإجهاد الحاد، وتدني جودة النوم (Germain, Shear, Hall & Buysee, 2007; Spoomaker, Schredl & van den Bout, 2006; Levin & Fireman, 2002).

وتعد الكوابيس المزمنة في الطفولة منبئاً لأعراض نفسية لاحقاً في مرحلة الرشد (Schredl, Fricke-Oerkermann, Mitschke, Wiater & Lehmkuhl, 2009). كما ترتبط بأعراض الأرق (DeViva, Zayfert & Mellman, 2004; Kobayashi, Sledjeski, Spoonster, Fallon & Delahanty, 2008)، وبالشكاوى الجسدية والقلق، وتدني التوجه نحو الإنجاز والانفتاح (Kothe & Pietrowsky, 2011)، وبالعصابية (Li, Zhang, Li, & Wing, 2010; Schredl, Landgraf, & Zeiler, 2003). كما ترتبط الكوابيس المزجة بمستوى منخفض من حسن الحال النفسي (Blagrove, Farmer & Williams, 2004)، وتعكس قصوراً في التنظيم الانفعالي (Fireman, Levin, & Pope, 2014).

علاوة على ذلك يطور الأفراد الذين يعانون من الكوابيس الليلية العديد من عادات النوم الضارة، منها: الحفاظ على أضواء غرفة النوم حتى وقت متأخر، ومشاهدة التلفزيون في غرفة النوم لتجنب الكوابيس (DeViva, Zayfert & Mellman, 2004).

وتتأثر الكوابيس في مرحلة الطفولة بالتجارب النفسية (Fisher, Lereya, Thompson & Lewis, Zammit & Wolke, 2014)، حيث إن نقص الشعور بالأمن عند الطفل؛ يجعله أكثر انزعاجاً من الأطفال الآخرين، ويجسم درجة الخوف المرتبطة بالمثيرات البسيطة؛ لتكون لديه سبباً للربح والهلع؛ مما يجعله عرضه لاستمرار الكوابيس (Kafafy, 2002).

وترتبط الكوابيس المتكررة بالمشاكل العاطفية والسلوكية لدى الأطفال، منها: فرط النشاط، ونوبات الغضب المتكررة، واضطراب المزاج، وضعف الأداء الأكاديمي (Li, Yu, Lam, Zhang, Li & Wing, 2011). والأطفال الذين يعانون من الكوابيس لديهم مستويات أعلى بكثير في القلق مقارنة بالأطفال الذين لا يعانون من الكوابيس، كما توجد علاقة بين الضيق من الكوابيس وسمة القلق (Mindell & Barrett, 2002)، وتؤثر الكوابيس على جودة النوم، وهناك علاقة عكسية بين الكوابيس الليلية وجودة النوم (Schredl, 2003; Schredl, 2009).

وتشمل جودة النوم المظاهر الكمية للنوم مثل: فترة النوم، والاستمرار في النوم، والمظاهر الكيفية، مثل: العمق والاستغراق في النوم، ونوعية النوم، وكمون النوم، ومدة النوم، وكفاءة النوم المعتادة، وتجنب استخدام الأدوية المنومة، وتجنب الاختلال الوظيفي خلال النهار (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1988, as cited in Pittsburgh). عن جودة النوم بكفاءة النوم، والاستمرارية والتتابع، واستعادة النشاط (Bazydlo, Lumley & Timothy, 2001).

من جانب آخر ترتبط كمية النوم وجودته للأطفال بخصائص إيجابية في الشخصية كالتفاؤل، وتقدير الذات (Lemola, et al. 2011)، وبالوظائف المعرفية (Kang, Zeng & Wang, 2011)، وبعمليات التعلم والذاكرة والأداء المدرسي (Ahrberg, Dresler, Niedermaier, Steiger, Genzel, 2012; Curcio, Ferrara, De Gennaro, 2006; Dewald, Meijer, Oort, Kerkhof, Bogels, 2010).

كما ترتبط كمية النوم وجودته للأطفال بجودة الحياة (Ertan, et al. 2009)، وتتأثر جودة النوم بعوامل بيئية منها درجة حرارة الغرفة والإضاءة والضجة والرائحة (Chen et al, 2014).

وإذا كان للنوم كل هذه الأهمية في حياة الإنسان عبر مراحل عمره المختلفة، فإن الحرمان منه واختلال كميته وجودته يعكس صفو الحياة. والأطفال ليسوا بمنأى عن الآثار السلبية الناجمة عن اختلال النوم، حيث يجعلهم عرضه إلى مشكلات جمة تضر بالصحة النفسية والجسدية لهم؛ حيث يؤثر سلباً على الاتزان والمزاج وعمليات الانتباه، والتركيز، ويضر بالذاكرة، والعمليات المعرفية، والقدرة على اتخاذ القرارات.

وانطلاقاً من خطورة الكوابيس الليلية على الأطفال، وضرورة تحسين كمية النوم، وجودته لديهم، تتجلى أهمية تقديم البرامج الإرشادية والعلاجية الملائمة المستندة على تقنيات العلاج المعرفي السلوكي، والذي يسمح بمكافحة الكوابيس الليلية والحد منها، وتحسين جودة النوم على نحو فعال؛ وذلك لضمان تقديم أفضل الرعاية النفسية والجسمية المناسبة للأطفال.

وقد أجريت العديد من الدراسات الهادفة إلى تطوير البرامج الإرشادية للحد من الكوابيس الليلية، حيث قام كل من فيرنانديز وآخرون (Fernandez, et al. 2013) بدراسة حالتين من الأطفال الذين يعانون من الكوابيس الناتجة عن الصدمة لمعرفة مدى استفادتهم من العلاج المعرفي السلوكي. وتم تعديل العلاج بتدعيمه بفنيات العلاج بالتعرض، والاسترخاء، وإعادة بالكتابة Exposure, Relaxation and Rescripting Therapy (ERRT). وأظهرت نتائج القياس البعدي وتقارير الوالدين انخفاض حدة الكوابيس واضطراب النوم والمشكلات السلوكية، وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، والقلق، والاكتئاب وتحسناً في نوعية النوم وكميته.

وتناولت دراسة كيسمين وسوانسو (Casemen & Swanson, 2012) فعالية العلاج بالتسميع التخيلي أو باسترجاع المواقف المتخيلة (Imagery Rehearsal Therapy (IRT) في خفض الكوابيس الليلية، واضطرابات النوم، وأعراض كرب ما بعد الصدمة، وتم تحليل نتائج (13) دراسة. وأشارت النتائج إلى أن العلاج بالتسميع التخيلي كان له تأثير كبير على انخفاض الكوابيس، وتحسين جودة النوم، وأن التحسن استمر خلال فترة المتابعة ما بين (6-12) أشهر.

وهدفت دراسة ريودي وآخرون (Rhudy, et al. 2010) إلى التحقق من فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعدل (CBTS) في تخفيف مشاكل النوم، وتأثير هذا العلاج على الكوابيس المرتبطة بالخوف. وتم تقييم الاستجابات الفسيولوجية كزيادة معدل ضربات القلب والشخصية كالانزعاج والخوف، والغضب، والحزن، والإثارة. وشملت الدراسة (40) من الأفراد تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية. وأظهرت النتائج انخفاض ردود الفعل الفسيولوجية والشخصية المصاحبة للكوابيس بعد المعالجة، واستمرار فاعلية البرنامج بعد ستة شهور من المتابعة.

وبحثت دراسة لانسي وسبوميكر وفاندنبوت (Lancee, Spoormaker & van den Bout, 2010) فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الكوابيس الليلية، حيث هدفت الدراسة إلى مقارنة العلاج بالتسميع التخيلي (IRT)، والتعريض والتسجيل (حفظ اليوميات) في الحد من وتيرة الكوابيس مقارنة بالمجموعة الضابطة. وشملت الدراسة (399) من المشاركين عشوائياً من خلال العلاج بالمساعدة الذاتية لمدة (6) أسابيع. وأظهرت نتائج الدراسة فعالية العلاج بالتسميع التخيلي في خفض وتيرة الكوابيس، وفعالية فنية التعريض في خفض الإجهاد المرتبط بالكوابيس، وتحسن جودة النوم مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة.

وتناولت دراسة كل من ستونج وميرسير ودي كونينك (St-Onge, Mercier & DeKoninck, 2009) إمكانية تطبيق العلاج بالتسميع التخيلي (IRT) لدى الأطفال الذين يعانون من الكوابيس المتكررة. وشملت عينة الدراسة (11) من الفتيان والفتيات الذين تتراوح أعمارهم بين (9-11) عاماً ممن يعانون من الكوابيس المعتدلة إلى الشديدة، قسمت عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. وبينت نتائج تحليل التباين المشترك انخفاض تكرار الكوابيس لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة مع الضابطة، واستمرار فعالية البرنامج في الانخفاض خلال فترة المتابعة.

وهدفت دراسة سيمارد ونيلسين (Simard & Nielsen, 2009) إلى التحقق من فعالية العلاج بالتسميع التخيلي. وتكونت عينة الدراسة من (17) طفلاً منهم (10) إناث و(7) ذكور تتراوح أعمارهم ما بين (6-11) عاماً. وأشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض معدل الكوابيس والقلق وأن هناك تحسناً استمر خلال فترة المتابعة.

وهدفت دراسة ديفيس ورايت (Davis & Wright, 2007) إلى التحقق من فعالية العلاج المعرفي السلوكي (CBT) في الحد من الكوابيس المزمنة واضطرابات النوم. وتكونت عينة الدراسة من (27) من البالغين تم تقسيمها إلى مجموعتين علاجية وضابطة. وأظهرت نتائج الدراسة أن (84%) من المشاركين ذكروا غياب الكوابيس بعد العلاج، كما ظهر انخفاض كبير في أعراض الاكتئاب وإجهاد ما بعد الصدمة، والخوف من النوم، والعديد من مشاكل في النوم، في حين تحسنت نوعية النوم وكميته. كما أظهرت النتائج فعالية العلاج المعرفي السلوكي خلال فترة المتابعة.

وقام كل ديفيس ورايت (Davis & Wright, 2005) بدراسة هدفت إلى التحقق من فعالية العلاج بالتسميع التخيلي، والتعريض، والاسترخاء، للحد من الكوابيس، وزيادة في نوعية النوم وكميته. وتكونت عينة الدراسة من (4) أفراد، منهم ذكر و(3) من الإناث. وأظهرت النتائج فعالية العلاج وانخفاض وتيرة الكوابيس وشدتها، كما ظهر انخفاض في اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب، وزيادة في نوعية النوم وكميته لدى ثلاثة من أفراد العينة.

وهدفت دراسة كراكوف وآخرون (Krakow, et al. 2001) إلى التحقق من جدوى وفعالية العلاج بالتسميع التخيلي (IRT). وتكونت عينة الدراسة من (19) من المراهقات المتعرضات للتجارب الجنسية تتراوح أعمارهن ما بين (13-18) عاماً. وقد قسمت عشوائياً إلى

مجموعتين تجريبية بلغ عددها (9) وضابطة بلغ عددها (10). وأشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاج بالتسميع التخيلي (IRT) كان فعالاً في الحد من الكوابيس المزمنة.

ومن خلال استقراء الدراسات السابقة اتضح أنها تناولت فعالية وجدوى البرامج الإرشادية في خفض الكوابيس الليلية بالاستناد إلى الإرشاد المعرفي السلوكي، وقد تم استقصاء العديد من التقنيات المتعلقة بمكافحة الكوابيس الليلية، منها التسميع التخيلي والتحدث إلى العقل، وإعادة البناء المعرفي، والاسترخاء والتعريض والخروج في مكان آمن. كذلك تناولت بعض الدراسات العلاقة بين الكوابيس الليلية وجودة النوم، حيث أظهرت تحسن جودة النوم بعد انخفاض حدة الكوابيس الليلية. والجدير ذكره أن الدراسات أجريت في بيئات أجنبية، ولوحظ وجود ندرة في إعداد وبناء برامج إرشادية لمكافحة الكوابيس الليلية، وتحسين جودة النوم لدى الفئات العمرية المختلفة، ولاسيما لدى الأطفال في البيئة العربية والفلسطينية بصفة خاصة؛ الأمر الذي شجع على إجراء هذه الدراسة لسد النقص في هذا المجال، واستكمالاً لتحقيق الأهداف المنشودة لتحسين الصحة النفسية للأطفال. كما استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في صياغة مشكلتها وأسئلتها وفرضياتها، واختيار عيناتها وأدواتها، وتحليل نتائجها وتفسيرها.

مشكلة الدراسة

عانى أطفال غزة أثناء الحرب التي شنها الاحتلال الإسرائيلي الغاشم في السابع من يوليو لعام (2014)، من أحداث وخبرات صادمة هددت الإحساس بالأمان والاستقرار لديهم، فمشاهد القصف والقتل والتدمير وفقدان المأوى والشعور بالضياع شكل مصدر قلق على حياتهم وحيوة أسرهم. إن التجارب القاسية التي عاشها الفلسطينيون إبان الحرب تآثر بها الكبار والصغار إلا أن تآثر الصغار قد يفوق تآثر الكبار، ويرجع ذلك إلى افتقارهم إلى أساليب ومهارات مواجهة الضغوط بحكم طبيعة مرحلة الطفولة. أي أن الأطفال أكثر استهدافاً لاضطراب التوازن، ونقص التوافق مع الذات والمجتمع؛ الأمر الذي يجعلهم أكثر استعداداً للتأثر بتلك الأحداث؛ مما يؤدي إلى ظهور العديد من الاضطرابات والمشكلات النفسية والسلوكية، ومنها اضطرابات النوم كالكوابيس الليلية، حيث أشارت دراسة حجازي (2005) إلى معاناة الأطفال الفلسطينيين خلال انتفاضة الأقصى من أعراض الخوف والإجفال والتجنب والتبلد والعدوانية، واضطرابات النوم والكوابيس الليلية.

وتشير إحصاءات الجمعية الأمريكية للطب النفسي إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب الكوابيس، بشكل يكفى لإثارة انزعاج لوالديهم، تتراوح نسبتهم ما بين (10-50%) في الفئة العمرية ما بين (3-5) سنوات، بينما قد يصل إلى (50%) من الأفراد البالغين الذين يعانون مما لا يقل عن كابوس في بعض الأحيان (American Psychiatric Association, 1994). كما أن معدلات انتشار الكوابيس لدى الذكور بلغت (17.6%) في الأعمار (11-13) سنة (Abdel-Khalek, 2010).

وتبرز حاجة الأطفال للمساعدة النفسية المتخصصة من خلال التدخلات وبرامج الإرشاد والدعم النفسي لتمكينهم من التماسك النفسي والمواجهة البناءة، فالحفاظ على الطفولة يعني

الحفاظ على طموحات المجتمع وآماله؛ لذا جاءت الدراسة الحالية لفحص فعالية برنامج إرشادي يستند على العلاج المعرفي السلوكي في الحد من الكوابيس الليلية، وتحسين جودة النوم.

فرضيات الدراسة

تختبر الدراسة الحالية الفرضيات الآتية:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على مقياسي الكوابيس الليلية وجودة النوم في القياس البعدي.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياسي الكوابيس الليلية وجودة النوم في القياسين القبلي والبعدي.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياسي الكوابيس الليلية وجودة النوم في القياسين البعدي والتتبعي (فترة المتابعة شهران).

أهداف الدراسة

سعت الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي في الحد من الكوابيس الليلية وتحسين جودة النوم لدى الأطفال الفلسطينيين الذين دمرت منازلهم خلال الحرب على غزة 2014، وتحديد طبيعة الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياسي الكوابيس الليلية وجودة النوم في القياس البعدي، وبين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياسي الكوابيس الليلية وجودة النوم في القياسات القبلي والبعدي والتتبعي.

أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة الحالية في:

1. أهمية الموضوع الذي تتناوله، حيث تمثل الكوابيس الليلية المزعجة أحد اضطرابات النوم (مصاحبات النوم) والتي بعد استمرارها لفترات طويلة نسبياً، وإهمال مكافحتها مدعاة للقلق؛ لأنها تنذر بظهور مشكلات نفسية لاحقاً تستنزف إمكانيات وطاقات الأطفال.
2. تتناول هذه الدراسة شريحة هامة من شرائح المجتمع الفلسطيني؛ ألا وهي شريحة الأطفال التي تمثل (47.6%) من أفراد المجتمع، وتعتبر العماد الرئيسي للأجيال القادمة ولمستقبل فلسطين. لذا فمن الضروري بكمكان الوقوف على الضرر النفسي الذي لحق بهم جراء الخبرات الصادمة التي عايشوها والآثار النفسية المترتبة عليها، وذلك من أجل إعادة تأهيل البنية النفسية والاجتماعية لتحقيق التوافق النفسي لديهم.

3. تكمن أهمية الدراسة في إعداد أدوات الدراسة التي يمكن توظيفها في الدراسات النفسية من قبل الباحثين والأخصائيين النفسيين.
4. تتمثل الأهمية التطبيقية للدراسة في أنها ستوفر برنامجاً إرشادياً يركز على الحد من الكوابيس الليلية، وإكساب طرق جديدة لتحسين جودة النوم؛ مما سيوفر بيانات ومعلومات في مجال إعداد البرامج الإرشادية والعلاجية للأطفال الذين يعانون من اضطرابات النوم في مراحل الطفولة المختلفة.
5. يمكن أن تساعد نتائج هذه الدراسة على وضع الخطط والبرامج التربوية ولاسيما من قبل المعنيين في وزارة التربية والتعليم ومؤسسات الدعم النفسي والأخصائيين النفسيين؛ من أجل تقديم أفضل الخدمات النفسية والتربوية لرعاية الأطفال، مما سينعكس إيجاباً على الصحة النفسية لديهم.

مصطلحات الدراسة

اشتملت الدراسة على عدد من المصطلحات منها:

الكوابيس الليلية Nightmares: هي أحلام مخيفة ومرعبة للغاية تحدث خلال النوم الذي يتميز بحركات عين سريعة (REM)، والذي يصاحبها مشاعر سلبية كالقلق والخوف والحزن والغضب. وتحدث غالباً في آخر النوم وغالباً ما تدفع النائم إلى استيقاظه من النوم (American Psychiatric Association, 1994).

ويمكن تعريفها إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس المعد لهذا الغرض.

جودة النوم Sleep Quality: تعبر عن المظاهر الكمية للنوم مثل فترة النوم والاستمرار في النوم، والمظاهر الكيفية للنوم مثل العمق والاستغراق في النوم ونوعية ذاتية من النوم، وكمون النوم، ومدة النوم، وكفاءة النوم المعتادة، وتجنب استخدام الأدوية المنومة، وتجنب الاختلال الوظيفي خلال النهار (Buisse, et al. 1988 as cited in Pittsburgh).

وتعرف إجرائياً: بأنها حصول الفرد على الوقت الكافي من النوم ليلاً بعمق واستغراق دون حدوث تقطع في النوم؛ مما ينعكس على حيوية الفرد ونشاطه وأدائه الوظيفي في النهار، وتقاس من خلال الدرجة التي يحصل عليها الطفل على مقياس جودة النوم المستخدم في الدراسة.

البرنامج الإرشادي Counseling Program: برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية، يهدف إلى تقديم خدمات إرشادية للأطفال الناجين من الحرب ممن دمرت منازلهم من خلال جلسات الإرشاد الجماعي والفردية؛ بهدف مساعدتهم على الحد من الكوابيس الليلية، وتحسين جودة النوم، ويعتمد على فنيات متنوعة منها، العلاج بالتسميع التخيلي، والتحدث إلى العقل، والاسترخاء، وإعادة البناء المعرفي، والتعريض، والتعزيز، والتفريغ الانفعالي، والمكان الآمن.

الأطفال المدمرة منازلهم Children with Destroyed Houses: هم الأطفال الذين تم تدمير منازلهم أثناء الحرب على غزة في عام (2014) من قبل السلطات الإسرائيلية؛ واضطروا للعيش في بيوت الإيواء في ظروف قاسية للغاية.

محددات الدراسة

تتحدد الدراسة الحالية بالتصميم التجريبي على أساس أن المتغير المستقل يتمثل في البرنامج الإرشادي، والتي تسعى الدراسة لمعرفة فاعليته في الحد من الكوابيس وتحسين جودة النوم كمتغيرين تابعين، كما تتحدد الدراسة بالأدوات المستخدمة، وهي مقياس الكوابيس الليلية ومقياس جودة النوم، والبرنامج الإرشادي من إعداد الباحثين، وبالعينة المستخدمة والتي تتكون من (18) طفلاً ممن تراوحت أعمارهم ما بين (10-12) عاماً قُسموا عشوائياً بين المجموعتين التجريبية، والضابطة، وبالحدود المكانية حيث تم تطبيق المقاييس المستخدمة في الدراسة في مؤسسة حي السلام الخيرية بمحافظة رفح، ثم بالحدود الزمانية حيث تم تطبيق البرنامج في الفترة الزمنية من (9/27) وحتى (10/28) لعام (2014).

الطريقة والإجراءات

يتضمن هذا الجزء وصفاً لطريقة الدراسة وإجراءاتها، من حيث المنهج، والمجتمع والعينة والأدوات والمعالجة الإحصائية.

منهج الدراسة

لاختبار فرضيات الدراسة، تم استخدام التصميم التجريبي حيث تم تشكيل مجموعتين: تجريبية وضابطة، وتم توزيع أفراد عينة الدراسة عشوائياً حيث تعرضت المجموعة التجريبية لبرنامج إرشادي معرفي سلوكي، بينما لم تتعرض المجموعة الضابطة لأي برنامج. وتم مقارنة النتائج على المقاييس القبلية والبعدية لدى المجموعتين. وبذلك يكون التصميم التجريبي على النحو التالي:

المجموعة التجريبية: تعيين عشوائي - قياس قبلي - برنامج تدخل - قياس بعدي - قياس تتبعي بعد شهرين.

المجموعة الضابطة: تعيين عشوائي - قياس قبلي - عدم التعرض لأي معالجة - قياس بعدي. وذلك لدراسة فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي مستنداً على تقنيات خاصة بمكافحة الكوابيس الليلية لدى أطفال غزة المدمرة منازلهم.

وتتحدد متغيرات الدراسة كما يلي:

- **متغير مستقل:** تقديم برنامج إرشادي اشتمل على تقنيات المختلفة للمجموعة التجريبية.
- **المتغيرات التابعة:** اشتملت الدراسة على متغيرين تابعين هما: الكوابيس الليلية وجودة النوم.

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع الأطفال الذكور الذين دمرت منازلهم في محافظة رفح خلال الحرب على غزة عام (2014)، والمترددين على مؤسسة حي السلام الخيرية بعد الحرب لتلقي الخدمات النفسية والذين تتراوح أعمارهم ما بين (10-12) عاماً، والبالغ عددهم (27) طفلاً.

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة النهائية من (18) طفلاً دُمرت منازلهم في محافظة رفح، ممن تتراوح أعمارهم بين (10-12)، وتم اختيار مؤسسة حي السلام الخيرية بشكل قصدي؛ لأنها من المؤسسات التي تقدم خدمات الدعم النفسي للأطفال المتضررين من الحرب؛ ولترحيب القائمين على المؤسسة تنفيذ البرنامج. وتم توزيع الأطفال الذكور عينة الدراسة عشوائياً باستخدام الأرقام العشوائية إلى مجموعتين، إحداهما تجريبية والثانية: ضابطة قوام كل منهما (9) أطفال، وممن خبروا كابوساً على الأقل أسبوعياً لمدة شهرين، وممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس الكوابيس، ودرجات متدنية على مقياس جودة النوم المستخدم في الدراسة. وتم التحقق من تجانس المجموعتين من حيث القياس القبلي لمقياس الكوابيس الليلية، ومقياس جودة النوم، واستمارة المستوى الاقتصادي، والاجتماعي (إعداد: أبو مصطفى، 2010)، والجدول التالي يبين ذلك.

جدول (1): نتائج اختبار مان ويتني للمجموعتين التجريبية والضابطة في متغيرات الضبط التجريبي.

المتغيرات	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة u	قيمة z	مستوى الدلالة
الكوابيس الليلية	التجريبية	9	7.67	69	24	1.56	0.12
	الضابطة	9	11.33	102			
جودة النوم	التجريبية	9	7.72	69.5	24.5	1.425	0.154
	الضابطة	9	11.28	101.5			
المستوى الاقتصادي الاجتماعي	التجريبية	9	9.22	83	38	0.226	0.821
	الضابطة	9	9.78	88			

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائية، بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعتين: التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي لمقاييس الكوابيس الليلية، وجودة النوم واستمارة المستوى الاقتصادي، والاجتماعي للأسرة الفلسطينية، هذا يدل على تجانس المجموعتين في هذه المتغيرات.

أدوات الدراسة

من أجل تحقيق أهداف الدراسة؛ قامت الباحثتان باستخدام الأدوات التالية:

1. مقياس الكوابيس Nightmares Scale

اشتقت بنود الأداة من الكتابات السيكولوجية التي تناولت الكوابيس الليلية Nightmares (American Psychiatric Association, 1994)، وبعد الاطلاع على عدد من المقاييس ذات العلاقة، واشتملت الأداة على (15) فقرة، ويطلب من المبحوثين (الأطفال) أن يجيبوا عن كل فقرة تبعاً لتقديرهم الشخصي على أساس ما يشعرون به من تكرار وشدة الكوابيس في الشهرين الأخيرين. ويجب الطفل عن كل فقرة من خلال ثلاثة بدائل هي: دائماً (3)، أحياناً (2)، ونادراً (1) درجة. وتتراوح الدرجة ما بين (15 – 45) درجة، بحيث كلما ارتفعت الدرجة كان ذلك مؤشراً على أن الطفل يعاني من الكوابيس الليلية.

صدق المقياس: تم التحقق من صدق المقياس بطريقتين:

أولاً: صدق المحتوى

تم عرض المقياس على ثمانية من المختصين في علم النفس، وذلك للحكم على مدى صلاحية كل فقرة لقياس ما وضعت لقياسه، إضافة إلى تحديد مدى ملاءمة الصياغة اللغوية لل فقرات ووضوحها وإجراء التعديلات اللازمة. وتم اعتماد جميع الفقرات التي اتفق عليها المحكمون بنسبة (85%) فأعلى، في حين جرى تعديل الصياغة اللغوية لبعضها.

ثانياً: صدق البناء

للتأكد من صدق بناء المقياس استخرجت معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس على (30) طفلاً ممن يعانون من تكرار حدوث الكوابيس الليلية وتدني جودة النوم من خارج عينة الدراسة، ويبين الجدول (2) أن قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً، مما يشير إلى صدق بناء هذه الفقرات.

جدول (2): معاملات الارتباط لكل فقرة مع الدرجة الكلية لمقياس الكوابيس الليلية

م	قيمة معامل الارتباط	مستوى الدلالة	م	قيمة معامل الارتباط	مستوى الدلالة	م	قيمة معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.88	0.01	6	0.91	0.01	11	0.86	0.01
2	0.86	0.01	7	0.69	0.01	12	0.84	0.01
3	0.81	0.01	8	0.85	0.01	13	0.8	0.01
4	0.90	0.01	9	0.80	0.01	14	0.84	0.01
5	0.87	0.01	10	0.74	0.01	15	0.85	0.01

ثبات المقياس

تم استخراج دلالات ثبات المقياس بحساب معامل الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ- ألفا، حيث تم توزيع المقياس على (30) طفلاً ممن يعانون من الكوابيس الليلية من خارج عينة الدراسة، وبلغت معامل الثبات (0.94)، وهو معامل ثبات مرتفع، وفيه بأغراض الدراسة.

2. مقياس جودة النوم Sleep Quality Scale

اشتقت بنود المقياس من التراث السيكولوجي، وبخاصة الكتابات والأطر النظرية التي تناولت جودة النوم، ومنها (Bazydlo; Lumley & Timothy, 2001)، ومقياس بتسبيرج لنوعية النوم (Buysse, et al. 1988 as cited in Pittsburgh)، ومقياس النوم 50 (Spoomaker, Verbeek, Van den Bout & Klip, 2005)، ومقياس إيورث The Epworth sleepiness scale. (Johns, 1991). وفي ضوء ذلك تم تحديد الأبعاد التي يتكون منها المقياس واشتقاق الفقرات؛ حيث اشتمل المقياس بصورته الأولية التي تم اعتمادها بشكل نهائي بعد حساب الثبات والصدق على (18) فقرة، موزعة على ثلاثة أبعاد، هي: كفاءة النوم (10)، واستعادة النشاط (3)، والاستمرار في النوم (5). ويتم تصحيح الاستجابات وفق تدرج مكون من ثلاث استجابات بالطريقة التالية: (3) دائماً (2) أحياناً، (1) نادراً، والعكس للعبارة السالبة (4، 5، 7، 8، 9، 14، 15، 16، 17، 18). وتتراوح الدرجة الكلية بين (18-54) درجة، بحيث كلما انخفضت الدرجة كان ذلك مؤشراً على الطفل يعاني من تدني جودة النوم.

صدق المقياس

تم التحقق من صدق المقياس بطريقتين:

أولاً: صدق المحتوى

تم عرض المقياس على ثمانية من المختصين في علم النفس، وذلك للحكم على مدى صلاحية كل فقرة لقياس ما وضعت لقياسه، إضافة إلى تحديد مدى ملاءمة الصياغة اللغوية للفقرات ووضوحها وإجراء التعديلات اللازمة. وتم اعتماد جميع الفقرات التي اتفق عليها المحكمون بنسبة (85%) فأعلى، مع إجراء بعض التعديلات اللغوية عليها.

ثانياً: صدق البناء

للتأكد من صدق بناء المقياس استخرجت معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وذلك على عينة قوامها (30) طفلاً ممن يعانون من تكرار حدوث الكوابيس الليلية وتدني جودة النوم من خارج عينة الدراسة، والجدول التالي يبين ذلك.

جدول (3): معاملات الارتباط لكل فقرة مع الدرجة الكلية للبعد على مقياس جودة النوم.

مستوى الدلالة	قيمة معامل الارتباط	م	البعد الثاني	مستوى الدلالة	قيمة معامل الارتباط	م	البعد الأول	مستوى الدلالة	قيمة معامل الارتباط	م	البعد الأول
0.001	0.85	14	0.004	0.52	8	0.001	0.64	2			
0.001	0.80	15	0.001	0.695	9	0.002	0.55	3			
0.001	0.61	16	0.001	0.703	10	0.006	0.49	4			
0.001	0.88	17	0.001	0.91	11	0.001	0.61	5			
0.001	0.77	18	0.001	0.92	12	0.001	0.735	6			

يتضح من الجدول السابق أن جميع فقرات مقياس جودة النوم دالة إحصائياً، مما يدل على تميز المقياس بالاتساق الداخلي.

كذلك تم حساب معاملات الارتباط بين درجات كل بعد من أبعاد مقياس جودة النوم، مع الدرجة الكلية للمقياس، وتراوحت معاملات الارتباط بين درجة أبعاد كفاءة النوم (0.68)، واستعادة النشاط (0.88)، والاستمرار في النوم (0.85)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى 0.01؛ مما يشير إلى تمتع المقياس بالصدق الداخلي.

ثبات المقياس

تم استخراج دلالات ثبات المقياس بحساب معامل الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ- ألفا، كما بلغ معامل الثبات الكل (0.81). وتعد هذه القيم دالة إحصائياً، مما يشير إلى ثبات مقياس جودة النوم.

3. البرنامج الإرشادي

تم إعداد البرنامج الإرشادي للحد من الكوابيس الليلية وتحسين جودة النوم لدى الأطفال بعد الاطلاع على الأدب النظري والدراسات السابقة، ومنها: (Davis, 2009)، ودليل التعليم لذوي الصدمة "مكافحة الكوابيس ومشكلات النوم" (Schultz, Raundalen, Marit Dalset, Norheim & Støen, 2011)

واعتمد البرنامج الإرشادي على جلسات الإرشاد الجماعي والفردي؛ حيث اقتضت الضرورة أن تكون هناك بعض الجلسات الفردية الخاصة بكل طفل لوحده للتركيز على التفاصيل أكثر. وقد تم تنفيذه على مدى (4) أسابيع بمعدل (12) جلسة جماعية، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، واستغرق الزمن المحدد لكل جلسة جماعية (90) دقيقة، كما تضمن البرنامج جلسيتين فرديتين لكل طفل، واستغرقت كل جلسة فردية من (50-60) دقيقة. وتم تطبيق البرنامج

في مؤسسة حي السلام الخيرية بمحافظة رفح، وتكون فريق العمل من الباحثين وأخصائي نفسي، وشارك الأطفال بشكل طوعي في البرنامج بعد موافقة أولياء أمور.

تحكيم البرنامج

للحكم على صحة إجراءات البرنامج، والتأكد من صلاحيته للتطبيق، تم عرضه على مجموعة من أساتذة علم النفس من ذوي الاختصاص، وفي ضوء ملاحظاتهم تم إجراء التعديلات المطلوبة، وتم إعداد الصورة النهائية للبرنامج.

الفيئات المستخدمة في البرنامج

اعتمدت الباحثتان في الدراسة الحالية على فيئات الإرشاد المعرفي السلوكي المعدل منها العلاج بالتسميع التخيلي، والتعريض والاسترخاء وإعادة البناء المعرفي، والمناقشة الجماعية، والتعزيز، والتنفيس الانفعالي، وتمارين التنفس، والمكان الآمن، وفيما يلي عرض للفيئات المستخدمة في البرنامج.

العلاج بالتسميع التخيلي (IRT) Imagery Rehearsal Therapy

أسلوب معرفي سلوكي (معدل) لعلاج الكابوس يتم خلاله تذكر الكابوس، والكتابة عنه، وتغيير نهايته أو أي جزء من الحلم إلى نهاية إيجابية من خلال إعادة كتابة الحلم ليحل محل المحتوى غير المرغوب فيه، وذلك لمنع الكابوس الأصلي (Krakow, et al. 2001). ويتم ممارسة هذه التقنية من (10-20) دقيقة يومياً عندما يكون الفرد مستيقظاً (Aurora et al 2010) , وتم استخدام التقنية في خطوات محددة ومنظمة أتاحت الفرصة للأطفال لتذكر الكابوس والكتابة عنه، واستبداله بنهايات سعيدة بحيث تمكنهم من التلاعب بالكابوس وتغييره بحيث يصبح أقل رعباً، بل وليخفي تماماً.

فنية التعريض Exposure Technique

تعنى دخول المسترشدين إلى الأوضاع والمواقف التي يخشونها ويخافون منها، والتي يتفادونها ويتجنبونها عادة، ويكون هذا التعرض متعمداً ومقصوداً، ومخططاً له (Aladdin , 2013). ويشتمل التعريض التخيلي المواجهة المتكررة للذكريات الصدمية كاستذكار تهدم المباني والموتى والجرحى، أما التعريض في الواقع فيشتمل المواجهة المتكررة لحالات الخوف أو المثيرات إلى حين انطفاء الخوف، وذلك غالباً على نحو تدريجي كمعاينة آثار الدمار، وزيارة المستشفيات، والترحم على الموتى (Shakib, 2009). وتم استخدام التعريض بالتخيل بهدف المعالجة الانفعالية لاضطراب الكرب ما بعد الصدمة، مع مراعاة تكرار التعريض ولمدة طويلة، وأن ينتبه الطفل للمثير الذي يخاف منه، وأن يتفاعل معه بأكبر قدر ممكن.

فنية المراقبة الذاتية Self-Monitoring technique

يُقصَد بها قيام المسترشد بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في نموذج أو مفكرة، كي يتمكن من التعرف على مشكلته، ومعدل تكرارها، وما يطرأ عليه من تغيرات أثناء تلقية العلاج. وتم تدريب الأطفال على استخدام المقياس المكون من (1-10) درجات للتعبير عن شعورهم الحقيقي عندما يشعرون بالقلق والخوف والتوتر أو الاسترخاء والهدوء في الجسم والعقل.

فنية إعادة البناء المعرفي Cognitive-restructuring technique

"يشير إلى إعادة الهيكلة المعرفية لتصحيح الأفكار والمعتقدات غير المنطقية وغير التكيفية، بتعليم المسترشدين وتدريبهم على تحديد الأفكار غير التكيفية واستبدالها بأفكار بديلة منطقية وعقلانية (Melanie, O'Neill, & Whittal, 2005). وتم مساعدة الأطفال على تحديد الأفكار السلبية وكتابتها ومراقبة الحالة الانفعالية لهم، وحثهم على التفكير في مدى مصداقيتها ومنطقيتها، ومن ثم تعديلها بأفكار إيجابية مع توضيح أهمية السيطرة على الأفكار السلبية غير المرغوبة بدلاً من أن تسيطر عليهم، ومواصلة التحدث إلى العقل وإخبار الدماغ (أنا أمن الآن).

المكان الآمن Safe place

أسلوب يستخدم التخيل لإنشاء مكان خاص بالفرد يساعد على خلق حالة من الإلهاء عن الأفكار المجهدة، بحيث تؤدي إلى أن يصبح العقل أكثر هدوءاً؛ مما يفقد الجسم أيضاً بعض التوتر فيشعر الفرد من خلاله بالأمان والاسترخاء والسعادة (Schultz, Raundalen, Marit, Dalset, Norheim & Støen, 2011). وتم تدريب الأطفال على تأسيس مكان آمن وحثهم على استخدام التقنية التي تساعدهم على خلق إلهاء من الأفكار المجهدة قبل النوم.

الاسترخاء Relaxation

يعرف علمياً بأنه: توقف كامل لكل الانقباضات، والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. وقد ابتكر "جيكبسون Jacobson" أسلوب الاسترخاء التصاعدي موضحاً فوائد علاجية ملموسة بين من يعانون من القلق. وقد استطاع "ولبي" أن يطور هذا الأسلوب من خلال نظريته في الكف المتبادل، موضحاً أن الاسترخاء يعتبر من العوامل الكامنة للقلق، فلا يمكن للشخص أن يكون مسترخياً وقلقاً في الوقت نفسه. وتعتبر الأساليب الحديثة في الاسترخاء من أشهر أساليب العلاج السلوكي ويحتاج إجراؤه إلى تدريب منظم (Ibrahim, 1988) وتم تدريب أطفال المجموعة التجريبية على تمارين الاسترخاء داخل الجلسات وحثهم على استخدامها قبل النوم.

التعزيز Reinforcement

يعتبر التعزيز أسلوباً في العلاج السلوكي يقدم في كل مرة، يؤدي فيها السلوك المرغوب؛ أي الإثابة تعتمد على السلوك المشروط بأدائه (Abdul Hamid & Kafafy, 1990). وتم استخدام التعزيز المادي، والمعنوي للأطفال خلال البرنامج، والثناء عليهم على المشاركة

والاهتمام والمواظبة وأداء الواجبات المنزلية بانتظام، وعلى احترامهم للآخرين عندما تقاسموا أسوأ الكوابيس.

الواجب المنزلي Assignment

هي تلك الأنشطة والخبرات التي كلفت بها الباحثتان الأطفال للقيام بها، وتم تحديد الواجب المنزلي في نهاية الجلسات، وتم تشجيع الأطفال على أداء الواجب المنزلي، حيث جذبت الأنشطة الأطفال بشكل كبير وشعروا بالراحة عند استخدامها.

المناقشة الجماعية Group Discussion

المناقشة هي الطريق إلى حل المشكلات بطريقة المشاركة الجماعية؛ بحيث تتفاعل خبرات كل فرد في الجماعة من أجل الوصول إلى حل المشكلة التي تواجههم (Deeb, 1987). واستخدمت الباحثتان هذه الفنية في معظم الجلسات كوسيلة للعصف الذهني الذي يتيح فرصة تبادل الأفكار والآراء والتعبير عن مشاعرهم والانفعالات؛ بحيث يساعد الأطفال على تفرغ مكبوتاتهم، وتعديل أفكارهم.

التنفيس الانفعالي Catharsis

وهو أسلوب علاجي يفيد في جعل المريض يفرغ ما في نفسه من انفعالات مؤذية مؤلمة حبيسة مكظومة، وهذا يجلب الراحة والهدوء والأطمأنينة النفسية (Dewedar, 1996)، واستخدمت هذه الفنية بوسائل وتمارين وأنشطة متعددة؛ لمساعدة الأطفال على التنفيس عن مشاعرهم بما يساهم في تشخيص المشكلة، ورسم خطة العلاج المناسبة.

جلسات البرنامج

تم انتقاء محتوى الجلسات بناء على الأهداف العامة، والخاصة التي تم تحديدها في البرنامج، وكذلك بناء على الفنيات والأسلوب الإرشادي المستخدم، وقد راعت الباحثتان مجموعة من المعايير في اختيار محتوى الجلسات، وهي: خصائص الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة واستخدام الألفاظ المناسبة الواضحة للأطفال، ومراعاة طبيعة المشكلة وتقديم المفاهيم والمهارات والأنشطة بشكل متسلسل ومترابط وتنوع فنيات البرنامج لمعالجة المواقف المختلفة، وإشاعة روح التعاون والتفاعل بين أطفال المجموعة والإرشاد النفسي. وفيما يلي عرض لمحتوى الجلسات الجماعية والفردية:

الجلسة الأولى: هدفت إلى إقامة العلاقة الإرشادية من خلال تقديم الأنشطة والفعاليات المختلفة لبناء الثقة والاحترام والتقبل، والتعريف بالبرنامج، وأهدافه، ومحتوى جلساته وزمانه ومكانه، والقواعد الأساسية المتبعة في الجلسات، إضافة إلى التوقعات المرجوة من البرنامج.

الجلسة الثانية والثالثة: هدفت إلى تقديم مجموعة من الألعاب الحركية يليها عرض خبرات الأطفال حول الحرب ولاسيما الأحداث التي عايشوها وتجاربهم الشخصية ومشاهداتهم، مع إتاحة الفرصة لجميع الأطفال للتعبير عن خبراتهم الصادمة وتحويلها إلى كلمات لاسيما

خبراتهم المؤلمة والمباشرة المتمثلة في فقد منازلهم، وإجبارهم على اللجوء إلى مراكز الإيواء تحت ظروف قاسية جداً من القتل والتدمير ومشاهدة الجثث، مع التركيز على تفاصيل المشهد وتشجيعهم على البقاء مع الصورة، والتأكيد على أنهم الآن في مكان آمن. وتم ذلك من خلال التعريض التخيلي والحوار والمناقشة والتنفيس الانفعالي والرسم.

الجلسة الرابعة: هدفت إلى إعداد قائمة بالأحداث المؤلمة وما تسببه من آثار وردود الفعل، ومنها المشكلات المرتبطة بالنوم كالكوابيس الليلية، كذلك تحديد الأشياء التي تذكر الأطفال بالحدث الصادم (بواعث الذكريات المؤلمة) مثل سماع أصوات معينة، ثم الانتقال للحديث عن أهمية الحاجة إلى النوم لفوائده الجسمية والعقلية والانفعالية وغيرها، وأهمية تعلم تقنيات مكافحة الكوابيس ومنها التحدث إلى العقل، وتقنية الخروج في مكان آمن.

الجلسة الخامسة: هدفت إلى فهم العلاقة بين الجسم والعقل، حيث لا يمكن لجسد مسترخ أن يرتبط بعقل خائف، وعندما يبدأ الجسد تلقائياً سوف يصبح الدماغ أكثر هدوءاً، وذلك من خلال التدريب على تمارين الاسترخاء وتمارين التنفس. كما تضمنت الجلسة التدريب على تحديد المشاعر السيئة عند الاستيقاظ من الكوابيس من خلال رسم إنسان على ورقة بيضاء، وإرشاد الأطفال على أن يلونوا المشاعر المختلفة كالخوف والعصبية والحزن والسعادة بألوان مختلفة للمشاعر المختلفة، مع التركيز على أهمية الحد من الكوابيس الليلية من خلال التحدث عنها خلال النهار، وتم تدريب الأطفال على استخدام مقياس مكون من (1-10) درجات لتحديد كيف يشعر الأطفال، حيث تم استخدامه ثلاث مرات خلال الجلسة في البداية وبعد الحديث عن الأحداث المجهددة ومرة أخرى بعد أداء تمارين الاسترخاء، وذلك من خلال فنية المراقبة الذاتية.

الجلسة السادسة: هدفت إلى استكشاف الكوابيس من خلال إتاحة الفرصة للأطفال للتحدث عن أفكارهم ومشاعرهم تجاه الكوابيس، ومناقشتهم في مشكلات النوم لديهم، وكم مرة تراودهم الكوابيس؟ وردود أفعالهم ولأسيما عند الاستيقاظ من الكابوس، والمتمثلة في: زيادة ضربات القلب، والتعرق، والارتجاف، والشعور بالخوف...، حيث تمت كتابة الأعراض التي يعانون منها على ورق فليب شارتر ومنها: الصعوبة في النوم، والتهيج، ونوبات الغضب، وصعوبة التركيز والشعور بالألم الجسدي، والخوف بسهولة، وضيق التنفس، والتفاعلات الفسيولوجية عند التذكير بالحدث. وتم حث وتشجيع الأطفال على الكتابة عن أسوأ كابوس لمدة عشرين دقيقة أو رسمه، ثم الحديث مع بعضهم عن أسوأ أحلامهم، وتشجيع الأطفال وشكرهم على شجاعتهم، كما تم توجيههم إلى ضرورة اختيار شخص بالغ يتقنون به للتحدث إليه عن كوابيسهم، وضرورة تطبيق المقياس السابق في بداية وأثناء ونهاية الجلسة. وتم تقديم هذه الأنشطة من خلال الحوار والمناقشة، والتعريض، وتمارين التنفس والاسترخاء، والخروج في مكان آمن، والمراقبة الذاتية.

الجلسة السابعة والثامنة: هدفت إلى تعليم الأطفال أساليب السيطرة على الأفكار غير المرغوبة، لأنه كلما استمعنا للأفكار السلبية، كلما واجهنا مشاعر غير سارة، مع التأكيد على أهمية تقنية التحدث إلى العقل (من خلال القول أنك آمن وأنه مجرد حلم). وتم تدريب الأطفال

على تعديل الأفكار السلبية المرتبطة بالحلم بأفكار إيجابية بعد تفنيد هذه الأفكار ودحضها بالأدلة والبراهين، ثم استبدالها بالأفكار الإيجابية الصحيحة، إضافة إلى الإستراتيجيات الخاصة بصرف الأفكار منها: التفكير في شيء آخر، والمشاركة في الأنشطة، وقراءة الكتب وممارسة الهوايات، ولعب كرة القدم وغيرها. وتم ذلك من خلال الحوار والمناقشة، وإعادة البناء المعرفي، والتعريض، والتحدث إلى العقل.

الجلسة التاسعة والعاشر: هدفت إلى تدريب الأطفال على إعادة كتابة سيناريو الكابوس بنهاية إيجابية، مع التركيز على أهمية تغيير النهاية غير المرغوب فيها لمنع الكابوس الأصلي. كما تم مناقشة الأطفال حول التقنيات التي بدأوا يستخدمونها لتفريغ مشاعرهم وتهنئة أنفسهم، ومن هم الأشخاص الذين يثقون فيهم ويتحدثون معهم حول كوابيسهم، كما تم حث الأطفال على التحدث مع العقل بالقول (أنا آمن الآن وأنه لا يوجد سبب للخوف، مع تكرار ذلك قيل الذهاب للنوم. أنا هادئ وبأمان). وتم ذلك من خلال فنية التسميع التخيلي والتحدث إلى العقل، والحوار والمناقشة، والتعريض، والخروج في مكان آمن.

الجلسة الحادية عشرة: هدفت إلى تعريف الأطفال بجودة النوم من حيث كميته ونوعيته، وما يتصف به من الاستغراق في النوم دون أحلام مزعجة، أو مشكلات، وانعكاسات النوم الجيد على الحالة الجسمية والنفسية والعقلية والانفعالية على الفرد. وتم مناقشة الأطفال بالعادات الصحيحة التي ينبغي التدريب عليها وممارستها من أجل النوم الجيد، ومنها: توافر الهدوء والإضاءة الخافتة في غرفة النوم، وارتداء ملابس النوم المريحة، وتجنب مشاهدة التلفاز عند الخلود إلى النوم، واستخدام عدد من الوسائل، منها: قراءة القرآن والأذكار قبل النوم، والاسترخاء، وسماع الموسيقى الهادئة، وقراءة قصة، وتجنب التفكير، والخروج في مكان آمن، مع التأكيد على ممارسة هذه المهارات يومياً قبل النوم، وتم ذلك من خلال الحوار والمناقشة.

الجلسة الثانية عشرة: هدفت إلى إنهاء البرنامج؛ وتطبيق مقاييس الدراسة للقياس البعدي، كما تم مناقشة الأطفال في مدى نجاح البرنامج في تحقيق أهدافه، وقد أعرب الأطفال عن سعادتهم بالبرنامج.

الجلسات الفردية

هدفت إلى مناقشة الأطفال في الأحداث الجيدة والسينة على حد سواء من خلال شريط الحياة

حيث تمثل النقط على اليمين ما قبل الولادة والخط المتصل الحياة التي يعيشها الطفل في الحاضر، وما فيها من الخبرات الإيجابية والسلبية، بينما النقط على اليسار تمثل المستقبل. مع التركيز على الأحداث الأسوأ، وأي من الأحداث تأتي في الكوابيس أو تتخيلها مرة أخرى خلال النهار. وتم تشجيع الأطفال على الحديث والخوض في التفاصيل الدقيقة للكوابيس المزعجة لديهم، وردود الفعل لديهم عند الاستيقاظ من الكابوس، مع استكشاف الكابوس، والمرور بالنقاط الساخنة، والتركيز على وعي الطفل لمشاعره وردود فعله، وكيف يستشعرها الجسم. وتوجيهه

لإمكانية تغيير الأحلام ومحتواها، ومراقبة ردود أفعالهم بعد تغيير محتوى الحلم، مع التركيز على تمارين التنفس والاسترخاء والخروج في مكان آمن والتحدث إلى العقل.

ومن الجوانب التي تمت مراعاتها عند تطبيق الجلسات الفردية أهمية الاتصال الفعال مع الأطفال بصبر ودون عجلة، واحتواء ردود أفعالهم، وإخبارهم أن يأخذوا وقتهم، مع تفهم كامل لمشاعرهم وهم مرعوبون عند التحدث عن الكوابيس، مع مراعاة عدم ترك الأطفال وهو منفعلون حتى يهدأوا، وتشجيعهم على الحديث من خلال أسئلة المتابعة مع تقديم الملاحظات الداعمة لهم.

الأساليب الإحصائية

اعتمدت الدراسة في تحليل بياناتها على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، ومعامل ارتباط بيرسون، ومعامل كرونباخ ألفا، وذلك للتحقق من صدق وثبات الأدوات. كما اعتمدت الدراسة في تحليل النتائج على الاختبارات اللامعلمية *nonparametric tests* التي تتناسب مع العينات الصغيرة، ولا تتوزع توزيعاً طبيعياً، حيث تم استخدام اختبار ولوكسون (Wilcoxon test) اللابارامترى لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب المجموعة المرتبطة، واختبار مان ويتني (Mannwhnity test) اللابارامترى لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة.

عرض النتائج ومناقشتها

تم عرض نتائج الدراسة على النحو التالي:

نتائج الفرض الأول وتفسيرها

ينص الفرض الأول على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على مقياسي الكوابيس الليلية وجودة النوم في القياس البعدي". وللتأكد من صحة الفرض، تم استخدام اختبار مان ويتني (Mannwhnity test) اللابارامترى لحساب متوسطات ومجموع الرتب وقيمة (Z) كما توضح نتائج الجدول التالي.

جدول (4): دلالة الفروق وقيمة (Z) بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياسي الكوابيس الليلية وجودة النوم في القياس البعدي ($N=18$).

المتغيرات	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة u	قيمة z	مستوى الدلالة
الكوابيس الليلية	التجريبية	9	6	54	9	2.92	0.004
	الضابطة	9	13	117			
جودة النوم	التجريبية	9	12.6	113.5	12.5	2.51	0.01
	الضابطة	9	6.39	57.5			

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة على مقياس الكوابيس الليلية لصالح المجموعة التجريبية، حيث انخفضت وتيرة الكوابيس الليلية وشدتها، فكانت قيمة (Z) (2.92) وهي دالة إحصائياً عند مستوى 0.004. كما يتضح وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس جودة النوم لصالح المجموعة التجريبية، حيث ارتفعت جودة النوم، وكانت قيمة (Z) (2.51)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى 0.01.

ويمكن أن تعزى هذه النتيجة إلى الأثر الإيجابي للبرنامج المعرفي السلوكي المستخدم في الجلسات الجماعية والفردية، لما تضمنه من فنيات وأنشطة وخبرات ومهارات، ومنها: التسميع التخيلي، والتعريض، والاسترخاء، وإعادة البناء المعرفي، والتحدث إلى العقل، وتمارين التنفس، والخروج في مكان آمن، والتحدث عن الكوابيس في النهار، والواجبات المنزلية. فالبرنامج الذي تم التدريب عليه وثيق الصلة بمواقف خاصة بالكوابيس الليلية المزعجة، واستند في بنائه على أسس علمية وأطر نظرية. فالأدب التربوي يشير إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يعالج الكوابيس بشكل كاف (Wittmann, Schredl, & Kramer, 2007; Spoormaker, Schredl, & van den Bout, 2006) كما ساهم البرنامج في تعديل البنية المعرفية، وتغيير الانفعالات لخفض الآثار السلبية المرتبطة بالكوابيس، وهذا لم يتح لأفراد المجموعة الضابطة، حيث تم تدريب الأطفال على رسم وكتابة الكوابيس المزعجة، واستبدالها بنهايات سعيدة، والتحدث إلى العقل، وإخبار الدماغ بأنهم في أمان، علاوة على التركيز على الواجبات المنزلية المحددة بدقة، والتي كانت تمثل جزءاً هاماً في العمل العلاجي كالأسترخاء، والخروج في مكان آمن.

كما طرأ تحسن على جودة النوم نتيجة انخفاض الكوابيس الليلية، لوجود علاقة عكسية بين الكوابيس الليلية وجودة النوم (Schredl, 2003; 2009)، فالمهارات التي تم تدريب أطفال المجموعة التجريبية عليها في كيفية التعامل مع الكوابيس، كالأسترخاء، والخروج في مكان آمن، والتحدث إلى العقل، علاوة على تعزيز الممارسات والعادات الشخصية للنوم، ساهمت في تحسين جودة النوم. وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات اعتمدت على فنيات العلاج المعرفي السلوكي، وأكدت على فعالية العلاج بالتسميع التخيلي (IRT)، والتعريض، والأسترخاء منها: دراسة كل من كيسمن وجيرمين (Casement & Germain, 2014)، كيسمن وسوانسين (Casemen & Swanson, 2012)، ستونج وآخرون (St-Onge et al., 2009)، لانسيبي وآخرون (Lancee, et al. 2010)، وسيمارد ونيولزن (Simard & Nielsen, 2009) وديفيس ورايت (Davis & Wright, 2007)، وديفيس ورايت (Davis & Wright, 2005).

نتائج الفرض الثاني وتفسيرها

ينص الفرض الثاني على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياسي الكوابيس الليلية و جودة النوم في القياسين القبلي والبعدي".

وللتأكد من صحة الفرض، تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon test) اللابارمترى لحساب متوسطات ومجموع الرتب وقيمة (z)، ونتائج الجدول التالي توضح ذلك.

جدول (5): دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية وقيمة (Z) على مقياسي الكوابيس الليلية وجودة النوم في القياسين القبلي والبعدي (ن=9).

المتغيرات	البيان	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
الكوابيس الليلية	الرتب السالبة	1	3	3	2.312	0.021
	الرتب الموجبة	8	5.25	42		
	التساوي	0				
	المجموع	9				
جودة النوم	الرتب السالبة	7	4.86	34	2.24	0.025
	الرتب الموجبة	1	2	2		
	التساوي	1				
	المجموع	9				

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس الكوابيس الليلية في القياسين القبلي والبعدي، وكانت قيمة (z) بين القياسين (2.312)، وهي دالة عند مستوى (0.021). كما يتضح وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياس جودة النوم في القياسين القبلي والبعدي، حيث كانت قيمة (z) بين القياسين (2.24)، وهي دالة عند مستوى (0.025).

ويمكن تفسير ذلك في ضوء ما دار في الجلسات من عرض للتفاصيل الحسية للمشهد كما لو كان ذلك يحدث الآن، مع الانتباه للذاكرة العاطفية، والتفكير، والمشاعر والأحاسيس الجسدية، كذلك الجو الإرشادي القائم على الاتصال العاطفي والمشاركة الانفعالية، وتفهم حالة الرعب لدى الأطفال، وتخصيص الوقت الكافي للتحدث والتعمق في النقاط الساخنة، واستكشاف أسوأ التجارب والكوابيس، والاهتمام بالأسئلة وطرحها لتحفيز الأطفال لمتابعة الحديث، والتحدث عن شجاعتهم عندما تحدثوا عن كوابيسهم، والحرص على تهدئة الأطفال قبل إنهاء الجلسة، حيث شعر الأطفال بالأجواء الإيجابية وبالراحة علاوة على ذلك، ما تعلمه الأطفال من مهارات، كتمرينات التنفس والاسترخاء، والتخلي عن الأحاسيس السلبية، وتعلم تغيير محتوى الحلم، وفهم

العلاقة بين الجسم والعقل، والتحدث إلى العقل، والتعبير عن أفكارهم ومشاعرهم تجاه الكوابيس عن طريق الرسم والكلام، وتعلم وممارسة أساليب للمساعدة في السيطرة على الأفكار غير المرغوب فيها. وتتسق هذه النتائج مع نتائج دراسة كل من سيوميكيير وآخرون (Spoor maker et al, 2006)، ولانسبي وآخرون (Lancee, et al. 2010).

نتائج الفرض الثالث وتفسيرها

ينص الفرض الثالث على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي درجات أطفال المجموعة التجريبية على مقياسي الكوابيس الليلية وجودة النوم في القياسين البعدي والتتبعي (فترة المتابعة شهران)". وللتحقق من صحة الفرض، استخدمت الباحثان اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon test) اللابارمترى، والجدول التالي يوضح ذلك

جدول (6): دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية وقيمة (Z) على مقياسي الكوابيس الليلية وجودة النوم في القياسين البعدي والتتبعي (ن=9).

المتغيرات	البيان	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
الكوابيس الليلية	الرتب السالبة	4	3.38	13.5	1.63	0.102
	الرتب الموجبة	1	1.5	1.5		
	التساوي	4				
	المجموع	9				
جودة النوم	الرتب السالبة	7	5.07	35.5	1.561	0.119
	الرتب الموجبة	2	4.75	9.5		
	التساوي	0				
	المجموع	9				

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في مقياسي الكوابيس الليلية وجودة النوم، حيث كانت قيمة (z) (1.63) على مقياس الكوابيس الليلية، و(1.561) على مقياس جودة النوم، وهذا يشير إلى استقرار أثر البرنامج.

ويرجع ذلك إلى البرنامج الإرشادي المستخدم، المستند على فنيات النظرية المعرفية السلوكية، الذي يعطي حرية لتطبيق مدى واسع من الفنيات والأساليب العلاجية التي تتسم بالشمولية والمرونة والتنوع وتميزها بالدينامية والوظيفية، والموجهة بشكل محدد، وبعناية كاملة، حيث أثرت في شخصية الأطفال إيجابياً. كذلك الدمج بين الجلسات الجماعية، والجلسات الفردية التي ركزت على التفاصيل وزادت من فعالية البرنامج واستمرارية أثره. فالمهارات التي اكتسبها الأطفال كالاسترخاء، والخروج في مكان آمن، وتمارين التنفس، والتحدث إلى العقل،

جذبت الأطفال ومكنتهم من ممارستها قبل النوم. وهذا ما تؤكد عليه نتائج دراسة صان وكانج ووانج وزيق (Sun, Kang, Wang & Zeng, 2013) التي أظهرت أن الاسترخاء يحسن جودة النوم.

كما ترجع استمرارية فاعلية البرنامج في خفض الكوابيس، وتحسين جودة النوم إلى الرغبة الصادقة، والإقبال من أفراد المجموعة الإرشادية، والافتناع الكامل بالمشاركة في جلسات البرنامج نظراً لشعورهم بالحاجة لهذه البرامج والتدريبات لاسيما وأنهم لم يخضعوا مسبقاً لبرامج مثيلة، ولعل اختيار الفنيات المناسبة لشخصية الأطفال، وخلفياتهم، وأعمارهم، ونوعية مشكلاتهم، ساهم في تمكينهم لاستخدام أفضل الطرق، والأنشطة اللازمة، لتنمية قدراتهم في التحكم والسيطرة على المواقف عن طريق استثارة الطاقات، والقدرات الكامنة للتخلص من الكوابيس الليلية، وتحسين جودة النوم.

وجاءت هذه النتائج متسقة مع نتائج دراسة كل من كيسمن وسوانسين (Casemen & Swanson, 2012)، و (St-Onge, et al. 2009)، وسيمارد ونيولزن (Simard & Nielsen, 2009)، وديفيس ورايت (Davis & Wright, 2007)، والتي أكدت جميعها على فاعلية البرامج والفنيات الإرشادية التي استخدمتها، واستمرارية تأثيرها في خفض الكوابيس وتحسين جودة النوم.

التوصيات

- في ضوء نتائج الدراسة الحالية توصى الباحثان بما يلي:
- الاهتمام بتطبيق البرامج الإرشادية القائمة على التدخل المعرفي السلوكي في الحد من الكوابيس الليلية، وتحسين جودة النوم في مختلف المراحل نظراً لفعاليتها.
 - تدريب المرشدين التربويين على البرنامج الإرشادي (المعرفي السلوكي) من خلال تنظيم دورات وورش عمل لتطوير أدائهم وقدراتهم لاستخدام فنياته المتعددة لخفض الكوابيس الليلية وتحسين جودة النوم.

References (Arabic & English)

- Abdel-Khalek, A. M. (2010). Prevalence rates of reported nightmares in across-sectional sample of Kuwaiti children, adolescents, undergraduates, and employees. *Sleep & Hypnosis*, 12(1-2), 13-22.
- Abdul Hamid, J., & Kafafy, A. (1990). *A dictionary of psychology and psychiatry (English - Arabic)*, C 1. Cairo: Al-Nahda Al-Arabia publishing house.

- Abu Mustafa, N. (2010). *An inventory for estimating the social and economic level of the Palestinian family*. GAZA: Al-Aqsa University.
- Ahrberg, K., Dresler, M., Niedermaier, S., Steiger, A., & Genzel, L. (2012). The interaction between sleep quality and academic performance. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 1618-1622.
- Aladdin, J. (2013). *Cognitive and human theories of psychological counseling*. Amman, Jordan: Al-Ahlia house for publishing and Distribution.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (Vol. 4). Washington: DC: American Psychiatric Association.
- Aurora, R. N., Zak, R. S., Auerbach, S., Casey, K. R., Chowduri, S., ... Morgenthaler, T.I. (2010). Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *J Clin Sleep*, 6(4), 389-401.
- Bazydlo, R., Lumley, M., & Timothy, R. (2001). Alexithymia and Polysomnographic Measures of Sleep in Healthy Adults. *Psychosomatic Medicine*, 63(1), 56-61.
- Berquier, A., & Ashton, R. (1992). Characteristics of the frequent nightmare sufferer. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 246-250.
- Blagrove, M., Farmer, L., & Williams, E. (2004). The relationship of nightmare frequency and nightmare distress to well-being. *J. Sleep. Res*, 13(2), 129-136.
- Buysse, D., Reynolds, C., Monk, T., Berman, S., & Kupfer, D. (1988). In The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.
- Casement, M., & Germain, A. (2014). Is group imagery rehearsal for post trauma nightmares as good at reducing PTSD symptoms as group treatment for PTSD? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(3), 259-260.

- Casemen, M. D., & Swanson, L. M. (2012). A meta-analysis of imagery rehearsal for post-trauma nightmares: effects on nightmare frequency, sleep quality, and posttraumatic stress. *Clin Psychol Rev*, 32(6), 566-574.
- Chen, Z., Li, Y., Liu, R., Gao, D., Chen, Q., Guo, J. (2014). Effects of interface pressure distribution on human Sleep Quality. *PLoS ONE*, 9(6), p. e99969.
- Curcio, G., Ferrara, M., & De Gennaro, L. (2006). Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep Med Rev*, 10, 323-337.
- Davis, J. L. (2009). *Treating post-trauma nightmares :a cognitive behavioral approach*. U.S.A: Springer Publishing Company.
- Davis, J. L., Byrd, P., Rhudy, J. L., & Wright, D. C. (2007). Characteristics of chronic nightmares in a trauma-exposed treatment-seeking sample. *Dreaming*, 17(4), 187-198.
- Davis, J., & Wright, D. (2005). Case series utilizing exposure, relaxation, and rescripting therapy: Impact on nightmares, sleep quality, and psychological distress. *Behavioral Sleep Medicine*, 3(3), 151-157.
- Davis, J., & Wright, D. C. (2007). Randomized clinical trial for treatment of chronic nightmares in trauma-exposed adults. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 123-133.
- Deeb, F. (1987). *Contemporary trends in the teaching of science*. Kuwait: Dar Al-Qalam.
- DeViva, J. C., Zayfert, C., & Mellman, T. A. (2004). Factors associated with insomnia among civilians seeking treatment for PTSD: An exploratory study. *Behavioral Sleep Medicine*, 2, 162-176.
- Dewald, J., Meijer, A. M., Oort, F. J., Kerkhof, G. A., & Bögels, S. M. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and

- sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 179–189.
- Dewedar, A.-F. (1996). Trauma in cases of wars and disasters - a study in the diagnosis of post traumatic disorders. *the World Conference on the effects of the Iraqi aggression on Kuwait 2 to 6 April 1996 psychological and social effects* (pp. 159 - 178). Kuwait: psychological and social effect.
 - Diekelmann, S., & Born, J. (2010). The memory function of sleep. *Nature reviews Neuroscience*, 11, 114–126.
 - El Azab, M. H. (2009). *Post-traumatic stress disorder in children and adolescents*. Egypt: Unpublished Master degree thesis, Benha University.
 - Ertan, P., Yilmaz, O., Caglayan, M., Sogut, A., Aslan, S., & Yuksel, H. (2009). Relationship of sleep quality and quality of life in children with mono symptomatic enuresis. *Child :Care, Health & Development*, 35(4), 469-474.
 - Fernandez, S., DeMarni Cromer, L., Borntrager, C., Swopes, R., Hanson, R., & Davis, J. (2013). A Case Series: Cognitive-Behavioral Treatment (Exposure, Relaxation, and Rescripting Therapy) of Trauma Related Nightmares Experience by Children. *Clinical Case Studies*, 12(1), 39-59.
 - Fireman, G. D., Levin, R., & Pope, A. W. (2014). Narrative qualities of bad dreams and nightmares. *Dreaming*, 24(2), 112-124.
 - Fisher, H., Lereya, S., Thompson, A., Lewis, G., Zammit, S., & Wolke, D. (2014). Childhood parasomnias and psychotic experiences at age 12 years in a United Kingdom birth cohort. *Sleep*, 37(3), pp. 475-482.
 - Ghanem, M, H.(2002) .Sleep problems and their relationship to anxiety and depression, *Journal of Arab Studies in Psychology Egypt*.1 (4), 65-119 .

- Germain, A., & Nielsen, T. A. (2003). Sleep pathophysiology in posttraumatic stress disorder and idiopathic nightmare sufferers. *Biological Psychiatry*, 54, 1092–1098.
- Germain, A., Shear, M. K., Hall, M., & Buysse, D. J. (2007). Effects of a brief behavioral treatment for PTSD-related sleep disturbances: A pilot study. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 45, 627-632.
- Giosan, c., Malta, L. S., Wykam, K., Jayasinghe, N., Evans, S., Avram, E. (2015). Sleep disturbance, disability, and posttraumatic stress disorder in utility workers. *Journal of Clinical Psychology*, 71(1), 72-84.
- Hijazi, J. (2005). *Trauma among Palestinian children who lived Aqsa Intifada*, unpublished PhD thesis, University of Tunis, Tunisia.
- Harb, G., Cook, J. M., Gehrman, P. R., Gamble, G. M., & Ross, R. J. (2009). Post-Traumatic Stress Disorder Nightmares and Sleep Disturbance in Iraq War Veterans: A Feasible and Promising Treatment Combination. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 18(5), 516–531.
- Ibrahim, A. (1988). *Clinical psychology - diagnosis and treatment approaches*. Riyadh : Dar Al-Marikh for publication..
- Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 14, 540-545.
- Kafafy, A. (2002). Sleep problems. Egypt : *Khutwa*, 15, 4-8
- Kang, J., Zeng, H., & Wang, P. (2011). Correlation between sleep quality and cognitive functions of the elderly in community. *Chinese General Practice*, 14, 439–441.
- Khadr, A., & Abd El Ghani, K. (2013). Preparation of patterns of sleep disorders measure in adults and the elderly in Egyptian society. *Psychology - Egypt* 26 (96), 6 - 48.

- Kobayashi, E. M., Sledjeski, E., Spoonster, W. F., Fallon, D. L., & Delahanty. (2008). Effects of early nightmares on the development of sleep disturbances in motor vehicle accident victims. *Journal of Traumatic Stress, 21*(6), 548-555.
- Kothe, M., & Pietrowsky, R. (2011). Behavioral effects of nightmares and their correlations to personality patterns. *Dreaming, 11*, 43–52.
- Krakow, B., & Zadra, A. (2006). Clinical Management of Chronic Nightmares: Imagery Rehearsal Therapy. *Behavioral Sleep Medicine, 4*(1), 45-70.
- Krakow, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M., Schrader, R., Prince, H. (2001). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder: a randomized. *JAMA, 286*(5), 537-45.
- Krakow, B., Sandoval, D., Schrader, R., Keuhne, B., McBride, L., Tandberg. (2001). Treatment of chronic nightmares in adjudicated adolescent girls in a residential facility. *J Adolesc Health, 29*(2), 94-100.
- Lancee, J., Spoormaker, V. L., Peterse, G., & van den Bout, J. (2008). Measuring Nightmare Frequency: Retrospective Questionnaires Versus Prospective Logs. *The Open Sleep Journal, 1*, 26-28.
- Lancee, J., & Schrijmaekers. (2013). The association between nightmares and daily distress. *Sleep and Biological Rhythms, 11*(1), 14-19.
- Lancee, J., Spoormaker, V., & van den Bout, J. (2010). Cognitive-behavioral self-help treatment for nightmares: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 79*(6), 371-377.
- Lemola, S., Raikkonen, K., Scheier, M. F., Matthews, K. A., Pesonen, A. K., Heinonen, K., Kajantie, E. (2011). Sleep quantity, quality and optimism in children. *Journal of Sleep Research, 20*, 12-20.

- Levin, R., & Nielsen, T. A. (2007). Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: A review and neurocognitive model. *Psychological Bulletin*, 133, 482–528.
- Levin, R., & Fireman, G. (2002). Nightmare prevalence, nightmare distress, and self-reported psychological disturbance. *Sleep*, 25, 205–212.
- Li, S., Yu, M., Lam, S., Zhang, J., Li, A., Wing, Y. (2011). Frequent nightmares in children: familial aggregation and associations with parent-reported behavioral and mood problems. *Sleep*, 34(4), 487-493.
- Li, S., Zhang, B., Li, A., & Wing, Y. (2010). Prevalence and correlates of frequent nightmares: a community-based 2-phase study. *Sleep*, 33(6), 774-778.
- Margolies, S. O. (2011). *Efficacy of cognitive behavioral treatment for Insomnia among Afghanistan and Iraq (OEF/ OIF) Veterans with PTSD*. USA: Unpublished Doctoral Dissertation, Virginia Commonwealth University.
- Melanie, O'Neill, & Whittal. (2005). Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy. In A. Freeman, S. Felgoise, C. Nezu, A. Nezu, & A. Mark (Ed.), (pp. 80-83) USA: Springer Science Business Media.
- Mellman, T. A., & Hipolito, M. M. (2006). Sleep disturbances in the aftermath of trauma and posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr*, 11(8), 611-615.
- Mindell, J., & Barrett, K. (2002). Nightmares and anxiety in elementary-aged children: is there a relationship? *Child: Care, Health & Development*, 28(4), 317-322.
- Phelps, A. J., Forbes, D., & Creamer, M. (2008). Understanding posttraumatic nightmares :an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology Review*, 28, 338-355.
- Rhudy, J. L., Davis, J. L., Williams, A. E., McCabe, K. M., Bartley, E. J., Byrd, P. M., et al. (2010). Cognitive-behavioral treatment

- reduces physiological-emotional reactions to nightmare imagery in trauma-exposed persons suffering from chronic nightmares. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 1-18.
- Schredl, M. (2003). Effects of state and trait factors on nightmare frequency. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 241-247.
 - Schredl, M. (2009). Nightmare frequency in patients with primary insomnia. *International Journal of Dream Research*, 2(2), 85-88.
 - Schredl, M., Fricke-Oerkermann, L., Mitschke, A., Wiater, A., & Lehmkuhl, G. (2009). Longitudinal study of nightmares in children: stability and effect of emotional symptoms. *Child Psychiatry Hum*, 40(3), 439-449.
 - Schredl, M., Landgraf, C., & Zeiler, O. (2003). Nightmare frequency, nightmare distress and neuroticism. *North American Journal of Psychology*, 5, 345-350.
 - Schultz, J., Raundalen, M., Marit Dalset, M., Norheim, H., & Støen, J. (2011). *Trauma Education Fighting Nightmares and Sleeping Problems to Promote Learning, 2th*. Norway, Oslo: Department of Education, University of Troms, Norway (Second edition).
 - Shakib, M. (2009). Cognitive-behavioral therapy for post traumatic disorders. *Magazine of Arabic psychological sciences network*, 24, 136-140.
 - Simard, V., & Nielsen, T. (2009). Adaptation of imagery rehearsal therapy for nightmares in children: A brief report. *Psychotherapy (Chic)*, 46(4), 492-497.
 - Spoomaker, V., Schredl, M., & van den Bout, J. (2006). Nightmares :from anxiety symptom to sleep disorder. *Sleep Med. Rev*, 10, 53-59.
 - Spoomaker, VI., Verbeek, I. van den Bout, J., Klip, E. C. (2005). Initial validation of the SLEEP-50questionnaire. *BehavSleep*, 3(4):227-246.

- St-Onge, M., Mercier, P., DeKoninck, J. (2009). Imagery Rehearsal Therapy for Frequent Nightmares in Children. *Behavioral Sleep Medicine*, 7 (2) ,81-98
- Sun, J., Kang, J., Wang, P., & Zeng, H. (2013). Self-relaxation training can improve sleep quality and cognitive functions in the older: a one-year randomized controlled trial. *J clin Nurs*, 22(9-10), 1270-1280.
- Thunker, J., Norpoth, M., von Aspern, M., Özcan, T., & Pietrowsky, R. (2014). Nightmares: Knowledge and attitudes in health care providers and nightmare sufferers. *Journal of Public Health and Epidemiology*, 6(7), 223-228.
- Wittmann, L., Schredl, M., & Kramer, M. (2007). The role of dreaming in posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 25-39.

ملحق (1)
مقياس الكوابيس الليلية

أبناءنا الأعزاء

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تتعلق بكيفية ونوعية أحلامك أثناء نومك، ويوجد أمام كل عبارة ثلاثة خيارات هي (دائماً، وأحياناً، ونادراً). نرجو فهم العبارة جيداً والإجابة على كل عبارة من واقع خبرتك الشخصية أثناء نومك مع عدم ترك أي عبارة دون الإجابة عليها. مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة أخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن حقيقة ما تشعر به، نؤكد أن البيانات التي سوف تدلي بها تحاط بسرية تامة ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

بيانات أولية

الاسم.....الجنس.....
تاريخ الميلاد.....مكان السكن.....
عدد مرات الكابوس في الأسبوع..... عدد مرات الكابوس في الشهر.....

شاكرين لكن حسن تعاونكم،،

م	العبارة	دائماً	أحياناً	نادراً
1-	تحدث الكوابيس (الأحلام المخيفة أو المفزعة) بشكل متكرر.			
2-	تأتي الكوابيس في ساعات الصباح الأولى .			
3-	تستيقظ من الكابوس بشكل فجائي من النوم .			
4	تشعر أن الأحلام المخيفة كأنها حقيقة.			
5-	تجد صعوبة في العودة إلى النوم مجدداً.			
6-	تتذكر الكوابيس في صور مفزعة ومخيفة.			
7-	تستيقظ من النوم مرعوباً.			
8-	تتخيل الكوابيس مرة أخرى في النهار.			
9-	تشعر بالضيق والحزن نتيجة الكوابيس.			
10-	تشعر أن قلبك يقفز من الخوف والرعب.			
11-	تشعر بالارتجاف والتعرق.			
12-	تشعر بزيادة ضربات القلب.			
13-	تعاني من صعوبة التركيز.			
14-	تشعر بالاختناق أثناء النوم نتيجة الكوابيس المزعجة.			
15-	تنهض من النوم شاكياً من الحلم المرعب.			

ملحق (2) مقياس جودة النوم

أبناءنا الأعزاء

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تتعلق بكمية وبكيفية نومك (جودة النوم)، ويوجد أمام كل عبارة ثلاثة خيارات هي (دائماً، وأحياناً، ونادراً). نرجو فهم العبارة جيداً والإجابة على كل عبارة من واقع خبرتك الشخصية في الشهر الماضي عن نومك مع عدم ترك أي عبارة دون الإجابة عليها. مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة أخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن حقيقة ما تشعر به، نؤكد أن البيانات التي سوف تدلي بها تحاط بسرية تامة ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

شاكرين لكن حسن تعاونكم،

م	العبارة	دائماً	أحياناً	نادراً
	كفاءة النوم			
-1	أنام ما بين 8-9 ساعات يومياً خلال الليل.			
-2	أنام خلال 30 دقيقة بعد دخولي الى الفراش.			
-3	أنام نوماً عميقاً.			
-4	استخدم الدواء لمساعدتي على النوم.			
-5	أستيقظ مبكراً في الصباح مع صعوبة العودة الى النوم.			
-6	أنتقل بسهولة من حالة النوم الى اليقظة.			
-7	تسيطر الأفكار السيئة على عقلي وقت النوم			
-8	أستيقظ ولدي رغبة شديدة في مواصلة النوم مرة أخرى.			
-9	أدخل إلى النوم بصورة مفاجئة أثناء النهار.			
-10	أنام ما يكفيني لمنحي الطاقة لمواكبة الأنشطة اليومية.			
	استعادة النشاط			
-11	أستيقظ من النوم دون أي شعور بالتعب أو الإرهاق.			
-12	أشعر بالراحة الجسمية والنشاط عندما أستيقظ في الصباح.			
-13	أستيقظ من النوم بتركيز عال دون أي تشويش ذهني			
	استمرارية النوم			
-14	أجد صعوبة في النوم بسبب مشاكل في التنفس			
-15	أجد صعوبة في النوم بسبب الأحلام السيئة			
-16	أستيقظ عدة مرات في الليل للذهاب إلى الحمام			
-17	أجد صعوبة في النوم بسبب التشخير			
-18	أشكو من الاستمرار المفرط في النوم			