Journal of University of Anbar for Humanities

مجلة جامعة الانبار للعلوم الانسانية

Available online at: http://juah.uoanbar.edu.iq

Volume 21- Issue 1- March 2024 | المجلد ٢١- العدد ١ – اذار ٢٠٢٤

The efficacy of a psychotherapy program based on Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in alleviating postpartum post traumatic disorder in women with prior childbirth experience

Prof. Dr. Bushra Ismael Arnot

Saudi Arabia- King Khalid University - College of Education

Corresponding author E-mail: beahmad@kku.edu.sa

ORCID 0000-0003-3418-5667

Submitted: 17/02/2024
Accepted: 29/02/2024
Published: 15/03/2024

©Authors, 2024, College of Education for Humanities University of Anbar. This is an open-access article under the CC BY 4.0 license (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

10.37653/juah.2024.146979.1272

Abstract:

This study aimed to evaluate the efficacy of a therapeutic program based on Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in alleviating symptoms of postpartum post-traumatic disorder and to assess its sustained effects after a one-month follow-up period. Employing a quasi-experimental design, the study included control and experimental groups, with pre-test, post-test, and follow-up measurements. The purposive sample comprised 20 women who had childbirth in 2023, aged between 25 and 43 years, with an average age of (32.80 ±5.86. These participants were randomly assigned to either the experimental or control group. Research instruments consisted of a demographic data collection form, a postpartum post-traumatic disorder scale, and the EMDR therapeutic program, all of which were designed by the researcher. The findings revealed statistically significant differences at a 0.05 level in the mean scores for postpartum post-traumatic disorder between the control and experimental groups in the post-test assessment. Likewise, significant differences at a 0.05 level were observed in the mean scores of the experimental group between the pre-test and post-test assessments of postpartum post-traumatic disorder. Furthermore, statistically significant differences at a 0.01 level were found across the three assessments (pre-test, post-test, follow-up) in the total score of postpartum post-traumatic disorder for

the experimental group, with a substantial effect size of 0.664, this indicates the therapeutic program's effectiveness in alleviating symptoms. Moreover, there were no statistically significant differences observed in the post-test and follow-up measurements of postpartum post-traumatic disorder within the experimental group, highlighting the therapeutic program's enduring impact during the follow-up period. Based on these findings, several recommendations have been proposed, emphasizing the significance of early detection and efficient treatment of postpartum post-traumatic disorder, and the integration of EMDR therapy into psychotherapy women-focused programs tailored for women, especially those with a history of pregnancy-related issues.

Keywords: postpartum post-traumatic disorder, EMDR therapy, trauma-focused therapy for women, bilateral stimulation

فاعلية برنامج علاجي قائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة في خفض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل لدى النساء اللواتي مررن بخبرة ولادة سابقة

أ.د. بشرى اسماعيل احمد ارنوط

المملكة العربية السعودية- جامعة الملك خالد - كلية التربية

الملخص:

سعى هذا البحث إلى التعرف على فاعلية برنامج علاجي قائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، والتحقق من بقاء أثره خلال فترة المتابعة بعد مرور شهر، وذلك باستخدام التصميم شبه التجريبي ذو المجموعتين الضابطة والتجريبية، والقياس القبلي والبعدي والتتبعي. تم اختيار عينة قصدية مكونة من (٢٠) امرأة ممن مررن بتجربة الولادة خلال العام ٢٠٢٣، تراوحت أعمارهن بين (٢٥– ٤٣) عام، بمتوسط عمري قدره (٣٢.٨٠) عام، وانحراف معياري قدره (٥.٨٦)، تم تقسيمهن عشوائيًا بالتساوي إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة. واشتملت أدوات البحث على استمارة جمع بيانات ديموجرافية، ومقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، والبرنامج العلاجي القائم على إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة جميعها من إعداد الباحثة. أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في

اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل. وبالمثل، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين القياسات الثلاث (قبلي – بعدي – تتبعي) في الدرجة الكلية لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل للمجموعة التجريبية؛ كما كان حجم الأثر للبرنامج العلاجي كبير بلغت قيمته ٠.٦٦٤ وهي أكبر من ٠.١٤، مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل. بينما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، مما يشير إلى استمرارية أثر البرنامج العلاجي خلال فترة المتابعة. في ضوء هذه النتائج وُضعت عدد من التوصيات منها: ضرورة الكشف المبكر عن اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بالولادة ومعالجته بفعالية، ودمج العلاج بأسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة ضمن برامج العلاج الموجه للنساء، وبخاصة ممن تعرضن لمشكلات في الحمل السابق.

الكلمات المفتاحية : اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة، العلاج النفسي الموجه للنساء، التحفيز الثنائي

المقدمة

مقدمة البحث:

إن عالم اليوم يفرض على النساء توقعات متضاربة تفوق قدرتهن على التحمل، مما قد يترتب عليه اصابتهن بالقلق والاكتئاب؛ والمقارنة المحبطة بين ذواتهن والآخرين؛ وانغماسهن في العالم الافتراضي (التصفح على الشاشات، التسوق عبر الإنترنت بلا وعي، إلخ)؛ وشعورهن المزمن بانتقاص الذات؛ والضغط النفسي؛ وفقدان الهدف؛ ومشكلات العلاقات الزواجية؛ ومشكلات الحمل والولادة، الأمر الذي أدى في السنوات الأخيرة إلى ظهور ما يُسمى بالعلاج الموجه نحو النساء (WFT Women–Focused Therapy). بالإضافة إلى ذلك، تجد المرأة نفسها في كثير من الأحيان تعاني من الضغوط الأسرية، والشعور بعدم الرضا عن الأعباء اليومية الملقاة على عاتقها، إذ غالبًا ما تشعر النساء أن حياتهن تتحول إلى قائمة من المسؤوليات، على حساب "العناية بالذات" والإبداع وتعزيز طاقة الحياة. ولهذا،

في كثير من الأحيان، تأتي النساء إلى العلاج النفسي بشعور أنهن يفتقدن شيئًا، ويشعرن بالذنب بسبب تربيتهن في ثقافة تؤكد لهن على أن الراحة ضعف، ويجب على النساء أن يكن سعيدات بما لديهن دون شكوى. وفي هذا الإطار، يمكن أن يكون العلاج الموجه نحو النساء رحلة مهمة وفرصة للاتصال بذاتهن الأساسية، ووضع الحدود، والتخلص من الشعور بالذنب ولوم الذات، والتخلص من الصدمات التي تفصلهن عن قيمتهن الفطرية كـ "أنثى". ويُركز العلاج الموجه نحو النساء عادة على: إدارة الضغوط الأسرية، والتوازن بين دور الوالدين، ومشكلات الحمل وما بعد الولادة أو العقم، ومشكلات تقدير الذات وصورة الجسم، ومشكلات العلاقات أو الصدمات العاطفية، والبحث عن المعنى، والاكتئاب، وكذلك تقلبات المزاج وغيرها من المشكلات الخاصة بالنساء (Beck, 2004; Kästner et al., 2016; Soet, Brack & Dilorio, 2003).

وتعد خبرة الحمل والولادة والأمومة مهمة لكل امرأة، ويمكن أن تكون هذه الخبرة عند بعض النساء بمثابة تجربة إيجابية مليئة بالمكافأة والإشباع، ولكن لدى البعض الآخر منهن يمكن أن تكون خبرة محملة بالإجهاد والضغوط والقلق، وتُمثل خبرة صادمة في بعض الأحيان. إذ قد تواجه المرأة مجموعة من الأحاسيس في فترة الحمل، ومع اقتراب الولادة، بما في ذلك الفرح والحب والإحباط والقلق. كما قد تشعر بمسؤولية وضغط لتكون أفضل أم يمكن أن تكون. كما يمكن أن تكون هذه المشاعر والمسؤوليات تحديًا خاصة للمرأة التي تعرضت للصدمات أو لديها قضايا صحية نفسية في الماضي، أو ممن كان لديهم خبرة ولادة سيئة أو وفاة الجنين، وترتب عليها المعاناة من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. ويتميز اضطراب ما بعد الصدمة بثلاث مجموعات رئيسة من الأعراض: ١. إعادة تجربة مزعجة بشكلٍ مُفاجئ (الغزو Intrusion). ٢. تجنب المحفزات المرتبطة بالصدمة أو تقليل الاستجابة العاطفية (التجنب/الخدر Avoidance/Numbing). ٣. التفاعل المفرط (الفزعHyperarousal) (Nesca & Dalby, 2011; Schwab, Marth & Bergant, 2012).

وقد أظهرت الدراسات السابقة (Ayers et al., 2016) أن النساء أكثر عرضة لتطوير مشكلات الصحة النفسية في أثناء فترة ما قبل الولادة. وفي هذا الصدد، فإنّ الصدمة التي تصاحب الولادة تُعد قلقًا يعانيه جميع النساء اللواتي يخضعن لعملية الولادة في جميع أنحاء العالم. ومنذ التغييرات التي طرأت في عام ١٩٩٤ على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية التي شملت إدراج الولادة كحدث محتمل للصدمة، ظهر اهتمام الباحثين

بدراسة الصدمة التي تصاحب الولادة لدى النساء الحوامل، وكان معظم هؤلاء الباحثين من الدول الإسكندنافية والمملكة المتحدة وأستراليا (Anderson, 2017, Schwab, Marth & Bergant, 2012).

إن تجربة الصدمة الحقيقية أو المُدركة خلال الولادة يمكن أن ترتبط بعواقب مختلفة قد تكون أقل أو أكثر استمرارًا. وأخطر تلك العواقب هو تطوّر اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل الذي يتضمن أعراض إعادة معايشة التجربة، والتجنب، التفكير السلبي والمزاج، والفزع (DSM5, 2013). ووفقًا للدراسات الحديثة، يختلف معدل انتشار اضطراب CB–PTSDما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل إلى حد بعيد. على سبيل المثال، أشارت دراسة (Grekin & O'Hara, ٢٠١٤) إلى معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل يبلغ ٣.١٧%. بينما ذكر Yildiz et al. (2017) أن ٤% من النساء يعانين من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، الذي قد يتطوّر أو لا يتطوّر إلى تشخيص بهذا الاضطراب.

ومن الجدير بالذكر، أن اضطراب ما بعد الولادة قد يكون نتيجة مباشرة لتجربة ولادة مؤلمة، وأيضًا قد يكون استمرارًا لاضطراب ما قبل الولادة، أو إعادة تنشيط لاضطراب قد تم علاجه سابقًا، أو نتيجة لحدث ليس له علاقة بالولادة. وثمة عوامل خطورة عديدة قد تؤدي إلى الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل. إذ تشير الدراسات الحديثة، مثل ((Ayers et al., 2016; de Graaff et al., 2018 إلى أن عوامل الخطر لتجربة الولادة المؤلمة تشمل الاضطراب النفسي السابق، والأمراض المرتبطة بالحمل، والشعور بنقص الدعم من قبل مقدمي الرعاية الولادية، وعدة أنواع من المشاعر السلبية المتعلقة بالولادة. كما تشير نتائج دراسة Haagen et al. (٢٠١٥) أيضًا إلى وجود علاقة ارتباطية قوية دالة إحصائيًا بين القلق وظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل. ولذلك، يُعد القلق عامل خطورة لتطوير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في فترة ما بعد الولادة.

وترتبط أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل بعواقب سلبية على صحة ورفاهية النساء والرُضع والأسر، قد تستمر هذه العواقب لعدة شهور وسنوات. إذ بالفعل، أشارت كثير من الدراسات (Delicate et al., 2018; Horsch & Stuijfzand, 2019MacKinnon et al., 2018 إلى أن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل قد تؤثر في علاقة الوالدين بالرضيع، والصورة الذاتية والأحاسيس، والعلاقات

الاجتماعية. وعلاوة على ذلك، قام Parfitt & Ayers (٢٠٠٩) بدراسة عن تأثير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل على جودة العلاقات الزوجية، إذ وجدت علاقة ارتباطية سلبية دالة احصائيًا بين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل والعلاقات الزوجية السيئة.

وثمة كم هائل من الدراسات أظهرت نتائجها أن التجارب الحياتية السلبية تُسهم في الإصابة بالأمراض النفسية والطبية. وقد أيدت نتائج أربع وعشرون دراسة الآثار الإيجابية لعلاج إزالة الحساسية بتحريك العين وإعادة المعالجة في التخلص من الصدمات الانفعالية والتجارب الحياتية السلبية الأخرى ذات الصلة بالممارسة السريرية. كما أشارت نتائج اثنتي عشرة دراسة أخرى انخفاض سريع في الأحاسيس السلبية و/أو وضوح الصور المزعجة بفضل عنصر تحريك العينين. وأشارت شابيرو أن العلاج بتحريك العينين EMDR يوفر للأطباء والمختصين نهجًا فعالًا لمعالجة الأعراض النفسية والفسيولوجية الناتجة عن تجارب الحياة السلبية. وتشير الأدبيات النظرية قدرة أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة بتخفيف المشكلات النفسية المرتبطة بالخبرات الحياتية والذكريات المؤلمة، إذ تم تحديد هذه الذكريات كأساس لمجموعة واسعة من الأعراض السريرية. وقد كشفت الدراسات عن آثار واسعة لهذا الأسلوب العلاجي في مجال الصحة النفسية، على سبيل المثال، العقوبة الجسدية القاسية، إساءة معاملة الأطفال الأكثر شدة المرتبطة بالاضطرابات المزاجية، واضطرابات القلق، والإدمان، واضطرابات الشخصية، والتنمر. والقلق، وضعف التركيز، وانفجارات الغضب، والاندفاعية، والأرق، والكوابيس، والفزع الليلي (Shapiro, 2014).

وقد طورت Shapiro (2007) أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة في الأصل في عام ١٩٨٧ لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة، ويُعد نموذج EMDR أو كما يسميه البعض نموذج معالجة المعلومات التكيفية أن أعراض ما بعد الصدمة والاضطرابات الأخرى (ما لم تكن مبنية جسديا أو كيميائيا) ناتجة عن تجارب مؤلمة في الماضي، تستمر في إحداث الضغط النفسي، لأن الذاكرة لم تتم معالجتها على نحو كافٍ. ويُفترض أن تحتوي هذه الذكريات غير المعالجة على المشاعر والأفكار والمعتقدات والإحساسات الجسدية التي حدثت في وقت وقوع الحدث الصادم. وعند تفعيل هذه الذكريات، يُعيد الشخص تجربة هذه العناصر المؤلمة المُخزنَة في الدماغ، ويُسبب أعراض اضطراب ما بعد الصدمة و/أو الاضطرابات الأخرى (أرنوط، ٢٠١٩).

إن العلاج بأسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة (EMDR) فعال لتخفيف أعراض ما بعد الصدمة. إذ أوضحت نتائج الدراسات السابقة Van Der Kolk et al., 1996; Curtois, 2000) أن الأفراد المعرضون لصدمات متعددة قد يعانون من مجموعة متنوعة من المشكلات النفسية، بما في ذلك أعراض ما بعد الصدمة، والقلق، والاكتئاب، والانفصال، وصعوبات العلاقات، وتشوه الإدراك، وتختلف شدة هذه الحالات المعقدة وفقًا للعمر والمرحلة النمائية التي وقعت فيها الحدث الصادم. وبوجه عام، كلما كان العمر أصغر عند وقوع الصدمة، زاد أثرها.

ويفترض هذا النموذج العلاجي أن أساس التوتر النفسي الحالي هي المشاعر والاحساس الجسدي المرتبط بالحدث والناجم عن الصدمة والاحتفاظ بها بشكل غير مناسب داخل نظام الذاكرة (Van Rood & de Roos, 2009). وينطوي EMDR على تذكر العميل لذكريات معينة للحدث الصادم، في الوقت نفسه الذي يقوم فيه الطبيب النفسي أو العميل بتطبيق تحفيز ثنائي الجانب؛ سواء كانت حركات العين الأفقية أو الضربات البديلة يمين–يسار إلى أجزاء من الجسم. إذ يقوم أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة على إعادة معالجة الذكريات الصادمة المستهدفة التي تكمن وراء الاستجابات غير الوظيفية. وتشير الذكريات الصادمة المستهدفة إلى تلك المعلومات غير المعالجة للحدث الصادم الحاسم الذي يلخص التجارب الحسية والإدراكية الجوهرية في وقت الحدث. ولضمان فعالية العلاج، يجب على المعالج النفسي باستخدام هذا الأسلوب تحديد أقرب حدث ويفسر من خلاله الاضطراب (Shapiro, 2002).

وفي ضوء ما سبق، فإن البحث الحالي يحاول التحقق من فاعلية برنامج علاجي يستند إلى أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل.

مشكلة البحث:

تُعد الولادة حدث مهم في حياة المرأة، مع القدرة على تعزيز ثقتها وتقديرها لنفسها على المدى الطويل. ومع ذلك، تواجه واحدة من كل عشر نساء تجربة الولادة بشكل سلبي أو كحدث مؤلم صادم. ونظرًا لأن الخبرة هي تقييم ذاتي، فإنه يمكن للمرأة نفسها فقط تحديد ما إذا كانت ولادتها تُمثل لها خبرة إيجابية أم سلبية، مما يعني أنه حتى عمليات الولادة التي تتم دون مضاعفات طبية، يمكن أن تُدرك كخبرة سلبية (Hosseini et al., 2020; Viirman

et al., 2023). إن تجربة الولادة السلبية يمكن أن تكون لها عواقب سلبية قصيرة أو طويلة الأمد على المرأة وأسرتها. وقد أوضحت نتائج العديد من البحوث والدراسات (Andersen et al, 2012; Beck & Watson, 2008; Bell & Andersson, 2016; Schytt & Waldenström, 2007) وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين خبرة الولادة السلبية وكل من مشكلات الرضاعة الطبيعية، واعتلال الصحة الجسمية، واضطراب ما بعد الصدمة، واكتئاب ما بعد الولادة. كما أوضحت دراسات أخرى (Dencker et al., 2019; Shorey, Yang & Ang, 2018) أن تجربة الولادة السلبية تُمثل السبب الرئيسي للخوف من الولادة اللاحقة، ويمكن أن تؤثر على قرارات الإنجاب المستقبلية، حيث قد تمتنع النساء المتأثرات عن الحمل اللاحق أو تؤجله.

وقد كشفت نتائج دراسة Modarres et al. (2012) التي أجريت على عينة مكونة من (٤٠٠) امرأة، أن ٢١٨ (٥٤.٥٪) امرأة منهن قد تعرضن لتجربة ولادة مؤلمة، وأن ٨٠ امرأة (٢٠٪) منهن يعانين من اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، وأن اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل يرتبط بمستوى تعليم الأم، وعمر الحمل عند الولادة، وعدد زيارات رعاية الحمل، ومضاعفات الحمل، وفترات الحمل، ومدة عملية الولادة، وطريقة الولادة. كما أشارت هذه الدراسة أن هناك أدلة تشير إلى ارتباط خبرة الولادة الصعبة بالمشكلات النفسية، وأن الرعاية النفسية للنساء الحوامل قد تُساعد في خفض المعاناة من اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل. وفي نفس الإطار، ذكر Baas et al. (٢٠١٧) أن ٣% تقريبًا من النساء يعانين من اضطراب ما بعد الصدمة بعد الولادة، وتظهر ٧.٥٪ من النساء الحوامل خوفًا مرضيًا من الولادة. ويمكن أن يؤدي الخوف من الولادة أو اضطراب ما بعد الصدمة المتعلق بالولادة أثناء الحمل (اللاحق) إلى طلب إجراء ولادة قيصرية اختيارية بالإضافة إلى نتائج توليدية وولادية سلبية. بالنسبة لاضطراب ما بعد الصدمة بشكل عام، وعدة أنواع فرعية من الرهاب المحدد. وحديثًا، ذكر Sommerlad et al. (٢٠٢١) أن اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل يحدث في ٣-٧٪ من جميع حالات الحمل، وحوالي ٣٥٪ من النساء بعد الولادة المبكرة يُظهرن متلازمة ردود فعل الضغوط الحادة، ويُعد الدعم الطبي، وتجربة الولادة الإيجابية هي عوامل وقائية.

وبالمثل، كشفت نتائج الدراسة النوعية التي أجراها Elmir et al. (٢٠١٠) عن وجود تصورات لدى النساء حول عملية الولادة كخبرة سلبية أو مؤلمة، بسبب عدم وجود معلومات

وعدم المشاركة في اتخاذ القرارات، والشعور بعدم القدرة على التحكم، وعدم تقديرهن من مقدمي الرعاية الصحية، مما أدى إلى شعورهن بالتعامل بشكل غير إنساني. وعلاوة على ذلك، تبين أن الخوف على حياة الأم أو الرضيع، جنبًا إلى جنب مع الألم الشديد ونقص المساندة، يؤثران على تجربة الولادة. كما كشفت نتائج الدراسة الكمية التي قام بها (Hollander et al., 2017) عن أن أوضاع الولادة الجراحية، مثل العملية القيصرية غير المخطط لها والولادة الاستئصالية، مرتبطة بشكل كبير بتجربة الولادة السلبية. ومن بين عوامل الخطورة المعروفة الأخرى هي سوء التقييم الذاتي للحالة الصحية قبل الحمل، والولادة الأولى، والرعاية النفسية أثناء الحمل، وتحفيز الولادة، والولادة المطولة، ونقل الرضيع إلى وحدة الرعاية الولادية.

أظهرت التحليلات الشاملة فعالية العلاج القائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة في علاج أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (Bisson & Andrew, 2009). وفي كتابهما، وصفت شابيرو وفورست (١٩٩٧) Shapiro and Forrest كيف يمكن أن يكون العلاج بأسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة فعالًا في علاج النساء اللواتي يعانين من اضطراب ما بعد الصدمة الناجم عن الاغتصاب. كما أظهرت الدراسات السريرية فعالية EMDR في علاج نساء ضحايا الاغتصاب (Rothbaum, 1997; Rothbaum, Astin, & Marsteller, 2005). وفي ذات السياق، أظهرت نتائج الدراسات السريرية حول العلاج بإزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة وإعادة المعالجة التي أجراها (٢٠١٤) Chen et al دلائل علمية قوية على فعاليته في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بين عينات متنوعة من أفراد المجتمع. كما أوصت منظمة الصحة العالمية (٢٠١٣) WHO باستخدام أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة لإدارة الحالات المتعلقة بالضغوط النفسية (Ehring et al., 2014).

وفي ذات السياق، توصلت العديد من الدراسات التي استقصت بوضوح فعالية EMDR مع الناجين من الاساءة الجنسية، إلى دعم استخدامه مع البالغين (Edmond, Rubin, & Wambach, 1999; Edmond, Sloan, & McCarty, 2004; Rothbaum, 1997) والأطفال (Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand, & Dolatabadim, 2004; Jarero, Roque-López, & Gomez, 2013). ووجد أن

EMDR يؤدي إلى تحقيق قرارات أكبر بشأن الصدمة للناجين من الاساءة الجنسية مقارنة بالعلاج الشامل (Edmond et al., 2004) ويحقق نتائج مماثلة للعلاج بالتعرض المطول (Rothbaum, Astin, & Marsteller, 2005). وأظهرت تحليلات متعددة للدراسات التي استقصت علاج اضطراب ما بعد الصدمة للناجين من الإساءة الجنسية في الطفولة (Ehring et al., 2014) أن العلاجات الفردية الموجهة نحو الصدمة، بما في ذلك EMDR، تحقق أفضل النتائج. أما فيما يتعلق باستخدام علاج EMDR في علاج اضطراب ما بعد الصدمة مع الأطفال فقد أشار (van der Kolk et al., 2007) أنه قد يكون أكثر تعقيدًا ويستغرق وقتًا أطول مقارنة بعلاج البالغين الذين يعانون من صدمات تبدأ في سن البلوغ.

وباستعراض البحوث والدراسات السابقة حول موضوع البحث الحالي نلاحظ الاهتمام العالمي المتزايد من الباحثين بدراسة اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، وكذلك التزايد المطرد لإجراء البحوث والدراسات حول فاعلية أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة في علاج العديد من الاضطرابات النفسية، وأوضحت فعاليته مع فئات متعددة من الاضطرابات النفسية ومختلف الأفراد. فقد أوضحت دراسة Jarero (2008) إلى فعاليته مع الناجين من الكوارث الطبيعية والصناعية. أما دراسة Allon (2015) أوضحت نتائجها فاعليته في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى النساء ممن تعرض للاعتداء الجنسي. بينما أوضحت دراسة Proudlock & Peris (2020) فاعليته مع المرضى النفسيين، إذ أدي هذا الأسلوب العلاجي إلى تحسين مستوى رفاهيتهم النفسية مما نتج عنه توفير الخدمات الوطنية الصحية. كما أوضحت الدراسات فاعليته مع النساء في خفض قلق الولادة وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، أو الخوف من الولادة (Baas et al., 2917; Kopmeiners et al., 2023; Kranenburg et al., 2022; Zolghadr et al., 2019). ولكن على الرغم من هذا الاهتمام العالمي باضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل وعلاجه، إلا أن الدراسات حول اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل وعلاجه في البيئة العربية مختلف تمامًا، إذ لم يحظى باهتمام بحثي. ولهذا، وفي ضوء ما سبق، جاء هذا البحث ليسد الفجوة البحثية في الأدبيات وتوجيه أنظار الباحثين نحو اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، وتقديم فهم أفضل لهذا الاضطراب وقياسه وعلاجه، والكشف عن فاعلية برنامج علاجي قائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة

المرتبط بولادة طفل لدى عينة من النساء اللواتي يعانين من هذا الاضطراب، مما قد يُسهم في الكشف المبكر والتدخل الفعال للنساء اللواتي يعانين منه.

أسئلة البحث: سعى هذا البحث للإجابة عن السؤال الرئيس الآتي:

ما فاعلية برنامج علاجي قائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل؟ ويتفرع عن هذا السؤال الرئيس عدة أسئلة فرعية، هي:

١. هل تختلف متوسطات درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل؟
٢. هل تختلف متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل؟
٣. هل تختلف درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل؟
٤. هل تختلف متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسات المتكررة (القبلي – البعدي – التتبعي) لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل؟

أهداف البحث: هدف البحث الحالي إلي:

١. إعداد برنامج علاجي قائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل.
٢. قياس فاعلية البرنامج العلاجي القائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل.
٣. التحقق من استمرار أثر البرنامج العلاجي القائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة خلال فترة المتابعة بعد شهر من انتهاء تطبيقه.

أهمية البحث:

١. ترجع أهمية هذا البحث لأهمية متغيراته وحداثة العلاج القائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة وإعادة المعالجة وبخاصة في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، إذ توجد ندرة في الدراسات حوله في البيئة العربية. ولهذا، يُعد هذا البحث من باكورة الدراسات حول اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، مما قد يفتح آفاق بحثية جديدة أمام الباحثين المهتمين بدراسته.

٢. تنبع أهمية هذا البحث في الفئة التي يدرسها وهن النساء اللواتي يعانين من اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل سابق، مما قد يُسهم في تشخيصهن المبكر وعلاجهن الفعال، ولا شك أن هذا يواكب الاهتمام العالمي بالعلاج الموجه نحو النساء، وكذلك مع اهتمام المملكة العربية السعودية في رؤيتها الوطنية ٢٠٣٠ بتمكين المرأة وجودة حياة المواطنين بما فيهم النساء.

٣. كذلك حداثة العلاج القائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة في البيئة العربية يعكس أهمية هذا البحث، خاصة أنه جاء مواكبًا لتوصيات الهيئات المختصة –ومنها منظمة الصحة العالمية– باستخدامه مع الأفراد من مختلف الفئات العمرية.

٤. سيُسهم هذا البحث في إثراء مكتبة القياس النفسي من خلال تقديم مقياس للبيئة العربية بعد التحقق من خصائصه السيكومترية لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل.

٥. قد تفيد ما سيتوصل إليه هذا البحث من نتائج مقدمي الرعاية الصحية والنفسية للنساء الحوامل بما فيهم العاملين في مستشفيات وأقسام الولادة بدمج العلاج القائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة للتخفيف من قلق الولادة لدى النساء عند اقتراب موعد ولادتهن.

مصطلحات البحث:

اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل: Postpartum post-traumatic disorder

عرف Anderson (2017, 104) صدمة الولادة" على أنها حدث يحدث أثناء الولادة والتي قد تكون تهديداً خطيراً لحياة وسلامة الأم و/أو الطفل.

وتُعرف الباحثة اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل إجرائيًا بإنه "زملة من الأعراض التي تتضمن استعادة موقف الصدمة المرتبط بالولادة من تخيل للصور والأفكار اللاتوافقية والأحلام المزعجة الاقتحامية غير الإرادية والتشاؤومية؛ ذات محتوى مرتبط بالولادة شديدة الوطأة على نفس المرأة وتفوق قدرتها على التحمل، تبدأ هذه الأعراض في الظهور بعد الولادة مباشرة وتستمر لمدة أكثر من شهر؛ مصحوبة بردود فعل فسيولوجية وتجنب ما يُذكرها بالصدمة المرتبطة بالولادة السابقة، وزيادة تيقظها ووعيها مع ردود فعل انفعالية حادة، مما يؤثر سلبًا على استمتاعها بحياتها وأداءها في المجالات المختلفة، ويُمثل الدرجة التي تحصل

عليها المرأة على المقياس الذي أعدته الباحثة".

البرنامج العلاجي القائم على أسلوب علاج إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة Psychotherapy Program Based on Eye Movement Desensitization and Reprocessing

عرفت Shapiro (2007, 23) العلاج بأسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة بإنه "نموذج علاجي يستند إلى نظرية معالجة المعلومات التكيفية. وهو علاجًا فرديًا يُقدم عادة مرة إلى مرتين في الأسبوع لمدة تتراوح بين ٦-١٢ جلسة- بعض الأشخاص يستفيدون من عدد أقل من الجلسات- ويمكن إجراء هذه الجلسات في أيام متتالية".

وتعرف الباحثة البرنامج العلاجي القائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة إجرائيًا بأنه "مجموعة من الإجراءات والفنيات والأنشطة المتنوعة المنظمة والمخططة علميًا، لمساعدة النساء اللواتي يعانين من اضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن ولادة طفل، في تخفيف المشاعر والتصورات والأفكار والمعتقدات والإحساسات الجسدية المرتبطة بتجربة ولادة طفل، من خلال تغيير طريقة تخزين الذكريات المرتبطة بها في الدماغ وإعادة معالجتها، باستخدام تحريك العينين أثناء تركيزهن على خبرة ولادة طفل الصادمة وتجربة التحفيز الثنائي في نفس الوقت، مما يؤدي إلى تقليل حيوية الذاكرة وشدة الانفعال المرتبط بها، بالإضافة لتدريبهن على التخلص من الأفكار اللاتوافقية المرتبطة بهذه الخبرة الصادمة وخفض قابليتهن للاستثارة وردود الفعل الانفعالية الحادة التي يعانين منها، مما ينتج عنه خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بالولادة".

الخلفية النظرية والدراسات السابقة:

يُعد العلاج بتحريك العين وإزالة الحساسية وإعادة المعالجة (EMDR) شكل من أشكال العلاج النفسي المستخدم للأفراد الذين تعرضوا لمشكلات نفسية مرتبطة بالضغوط. ويُوجَّه العلاج بواسطة EMDR بنموذج معالجة المعلومات التكيفي (AIP) adaptive information processing. تم تطوير هذا المفهوم في أوائل التسعينات، ويفترض هذا المفهوم أنَّ أسس اضطرابات الصحة النفسية تكمن في الذكريات غير المجهَّزة لتجارب الحياة السابقة، باستثناء الأعراض الناجمة عن النقص العضوي أو السموم أو الإصابة. يبدو أن مستوى الاثارة العالي الناتج عن الأحداث الحياتية المؤلمة يؤدي إلى تخزينها في الذاكرة مع

الانفعالات الأصلية والإحساسات الجسدية والمعتقدات. الانطباعات المفاجئة، والكوابيس، والأفكار الهجومية لاضطراب ما بعد الصدمة هي أمثلة بارزة على الأعراض الناتجة عن تنشيط هذه الذكريات. ومع ذلك، كما هو مشار إليه في نموذج المعلومات التكيفي، يمكن أيضًا تخزين مجموعة واسعة من التجارب الحياتية السلبية بطريقة ديناميكية، مما يوفر أساسًا لأعراض متنوعة تشمل استجابات سلبية انفعالية وإدراكية وجسدية (Stickgold, 2008).

وحديثًا، ظهر العلاج لإزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة وإعادة المعالجة الجمعي، إذ أنه عند وقوع الأحداث الكارثية الشديدة، مثل الزلازل، يصعب في بعض الأحيان معالجة الضحايا الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة باستخدام EMDR بشكل فردي بسبب العدد الكبير للضحايا والنقص المحتمل في المعالجين المدربين. في عام ١٩٩٧، تم تطوير العلاج الجمعي لخفض الحساسية التدريجي بتحريك العينين EMDR–IGTP بعد إعصار بولين في المكسيك (Jarero et al., 2006). إذ يقوم المشاركون في هذا العلاج الجمعي برسم الصدمة التي عاشوها وتسجيل عاطفتهم ومشاعرهم الحالية المرتبطة بالصدمة، وتقييمها على مقياس وحدة الاضطراب الشخصي (SUD) (حيث ٠ = لا يوجد اضطراب و١٠ = أسوأ اضطراب ممكن). وأثناء التركيز على رسمهم، يقوم المشاركون بتطبيق التحفيز الثنائي لأنفسهم من خلال تقنية تسمى "عناق الفراشة" butterfly hug (Artigas, et al., 2000)، حيث يضمون أذرعهم ويقومون بالنقر على ذراعهم المعاكس بطريقة متناوبة. ويتم تكرار هذه العملية مع سلسلة من رسومات المشاركين في الجلسات العلاجية، حيث تظهر كل رسمة لاحقة أقل اضطرابًا من السابقة. بهذه الطريقة، يقوم المشاركون بمعالجة الذاكرة الصدمية. لقد تم استخدام العلاج الجماعي باستخدام EMDR بنجاح في علاج الأطفال والبالغين (Jarero & Artigas, 2010; Jarero et al., 2008).

ويُعد علاج اضطراب ما بعد الصدمة باستخدام العلاج بتحريك العينين وإعادة المعالجة EMDR نهجًا منظمًا مكونًا من ثماني مراحل تشمل: المرحلة ١: أخذ التاريخ الطبي، المرحلة ٢: تحضير العميل أو مرحلة الإعداد؛ المرحلة ٣: تقييم الذاكرة المستهدفة؛ المراحل ٤–٧: معالجة الذاكرة للوصول إلى حلول تكييفية (خفض الحساسية وإعادة المعالجة)؛ المرحلة ٨: تقييم نتائج العلاج. ويتم عادة إكمال معالجة الذاكرة المحددة في جلسة واحدة إلى ثلاث جلسات. يختلف علاج EMDR عن العلاجات الأخرى المركزة على الصدمات في أنه لا يتضمن تعرضًا مطولًا للذاكرة المحرجة، أو وصفًا مفصلًا للصدمة، أو

تحدي للمعتقدات الوظيفية أو واجبات منزلية (Kullack & Laugharne, 2016; Shapiro, 2017).

في المرحلة الأولى "أخذ التاريخ الطبي"، بالإضافة إلى الحصول على تاريخ كامل وإجراء تقييم مناسب، يعمل الأخصائي والعميل معًا على تحديد الأهداف المستهدفة للعلاج. تشمل الأهداف الذكريات السابقة والمحفزات الحالية والأهداف المستقبلية. وفي المرحلة الثانية "الإعداد" يقدم الأخصائي تفسيرًا للعلاج، ويقدم العميل إلى الإجراءات، ممارسة حركة العينين، ويضمن الأخصائي أن لدى العميل موارد كافية لإدارة المشاعر، ويقود العميل من خلال ممارسة "المكان الآمن/الهادئ". ثم يتبعها المرحلة الثالثة وهي "التقييم"، إذ تُنشط الذاكرة المستهدفة في الجلسة، من خلال تحديد وتقييم كل من مكونات الذاكرة: الصورة، والإدراك، والعاطفة، والإحساس الجسدي. ولتقييم الذاكرة المستهدفة، يُستخدم مقياسان خلال الجلسات لتقييم التغيرات في العاطفة والإدراك: مقياس وحدات الاضطراب الشخصي ومقياس صحة الإدراك. ثم تتم معالجة الذاكرة للوصول إلى حلول تكيفية من خلال خفض الحساسية التدريجي بتحريك العينين وإعادة المعالجة، إذ يركز العميل على الذاكرة، مع مشاركته في حركات العين أو حركات جانبية أخرى. ثم يقوم العميل بالإبلاغ عن أي أفكار جديدة قد ظهرت. يقوم المعالج بتحديد تركيز كل مجموعة من حركات العين أو الحركات الجانبية باستخدام إجراءات قياسية. عادةً ما يصبح المواد المرتبطة تركيز المجموعة التالية من حركات العين أو الحركات الجانبية القصيرة. تستمر هذه العملية حتى يُصرح العميل بأن الذاكرة لم تعد محرجة أو تثير مخاوفه وقلقه. أما في المرحلة الخامسة التثبيت Installation، يركز العميل على الذاكرة، مع مشاركته في حركات العين أو حركات جانبية أخرى. ثم يقوم العميل بالإبلاغ عن أي أفكار جديدة قد ظهرت. يقوم المعالج بتحديد تركيز كل مجموعة من حركات العين أو الحركات الجانبية باستخدام إجراءات قياسية. عادةً ما يصبح المواد المرتبطة تركيز المجموعة التالية من حركات العين أو الحركات الجانبية القصيرة. يستمر هذا العملية حتى يبلغ العميل بأن الذاكرة لم تعد محرجة. وفي المرحلة السادسة يتم عمل مسح الجسم حيث يُطلب من العملاء مراقبة استجابتهم الجسدية أثناء التفكير في الحادث والتفكير الإيجابي، وتحديد أي مضايقة جسدية متبقية. وإذا أبلغ العميل عن أي اضطراب، يتم استخدام إجراءات موحدة تشمل حركات العين لمعالجتها. ثم يلي ذلك مرحلة الإغلاق وإنهاء الجلسة. إذا لم يتم معالجة الذاكرة المستهدفة بشكل كامل في الجلسة، يتم استخدام تعليمات وتقنيات محددة لتوفير

الحصر وضمان السلامة حتى الجلسة القادمة. ثم تبدأ الجلسة التالية بالمرحلة الثامنة، وهي إعادة التقييم، حيث يقوم العلاج بتقييم الحالة النفسية الحالية للعميل، سواء تم الحفاظ على تأثيرات العلاج، وما هي الذكريات التي قد ظهرت منذ الجلسة الأخيرة، ويعمل مع العميل على تحديد الأهداف للجلسة الحالية (Kullack & Laugharne, 2016; Pagani et al., 2011; Rost et al., 2009).

وذكر Söndergaard and Elofsson (٢٠٠٨) أن الدراسات التي تبحث في التأثيرات الفسيولوجية لتحفيز حركة العين في علاج EMDR أوضحت نتائجها أن حركات العين ترافقها تغييرات فسيولوجية محددة، مثل التغيرات في نمط التنفس (Elofsson, von Schèele, Theorell, & Söndergaard, 2008; Sack, Lempa, Steinmetz, Lamprecht, & Hofmann, 2008; Wilson, Silver, Covi, & Foster, 1996)، ومعدل ضربات القلب وتغيراته (Elofsson et al., 2008; Frustaci, Lanza, Fernandez, di Giannantonio, & Pozzi, 2010; Sack, Hofmann, Wizelman, & Lempa, 2008; Sack, Lempa, & Lamprecht, 2007; Wilson et al., 1996)، ودرجة حرارة الأصابع (Elofsson et al., 2008; Wilson et al., 1996)، وتوصيل الجلد (Barrowcliff, Gray, MacCulloch, Freeman, & MacCulloch, 2003; Elofsson et al., 2008; Wilson et al., 1996).

وفيما يتعلق بتأثير العلاج باستخدام أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة على الدماغ، فقد أجريت دراسات كثيرة باستخدام الرنين المغناطيسي، على سبيل المثال، أجرى Pagani et al. (٢٠١٢) دراسة باستخدام تخطيط الدماغ الكهربائي (EEG) لتحديد المناطق التي تُنشط إما عن طريق الاسترجاع الذاتي للحدث الصادم (النص) أو أثناء التحفيز الثنائي للعينين في جلسات EMDR، لرؤية التغييرات المرضية (المراقبة عبر الإنترنت). كان الهدف من هذه الدراسة هو التحقيق في التغييرات المحتملة في الاتصال الوظيفي نتيجةً لعلاج EMDR ومن خلال مقارنة المرضى والأشخاص الأصحاء. أظهرت النتائج نشاطًا أعلى في القشرة الدماغية الأمامية والجبهية والدماغ الصامت الأمامي أثناء حركة العينين وأيضًا في المناطق الليمبية الجبهية الصدغية والقشرة الصدغية الجدارية اليمنى. أظهرت القشرة الليمبية أقصى تنشيط على المرضى قبل معالجة الصدمة. في رأي Pagani et al. (٢٠١٢) كانت هذه التغييرات ترتبط بشكل كبير مع التغييرات التي طرأت

في الاختبارات العصبية النفسية الملاحظة في الدراسات الأخرى.

ومن الدراسات التي أجريت حول فاعلية أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة، دراسة Jarero et al. (2008) التي سعت للكشف عن تأثير العلاج بأسلوب إزالة الحساسية باستخدام تحريك العينين الجمعي (EMDR–IGTP) في علاج الناجين من الكوارث بعد الحوادث الطبيعية أو الصناعية. إذ تم تطبيق جلسات العلاج الجمعي خلال ثلاثة أيام متتالية على مجموعة مكونة من ٢٠ شخصًا بالغًا خلال أزمة جيوسياسية مستمرة في أمريكا الوسطى. أظهرت النتائج في هذه الدراسة انخفاض كبير في درجات المشاركين على مقياس وحدة الاضطراب الذاتي ومقياس تأثير الحدث (IES). كما استمر هذا التحسن خلال فترة المتابعة بعد ١٤ أسبوعًا على الرغم من استمرار تعرض المشاركين للأزمة. وتوصى هذه الدراسة بضرورة إجراء بحوث لتقييم فعالية تدخلات خفض الحساسية التدريجي بتحريك العينين.

كما هدفت دراسة Allon (2015) إلى التحقق من فاعلية استخدام أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة (EMDR) على عينة مكونة من (٣٧) امرأة ممن تعرضن للاعتداء الجنسي ويعانين من اضطراب ما بعد الصدمة في جمهورية الكونغو الديموقراطية. تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين، المجموعة الأولى (ن=٨) تلقت جلسات علاج فردي تستخدم العلاج بتحريك العين لتخفيف الحساسية وإعادة المعالجة (EMDR)، والمجموعة الثانية (ن=٢٩) تلقت جلسات جماعية باستخدام EMDR التكاملي (EMDR–IGTP)، وأظهرت نتائج الدراسة تحسناً كبيراً في الدرجات على مقياس وحدات الاضطراب الشخصي (SUD). أظهرت درجات وحدات الاضطراب الذاتي SUD للذين تلقوا العلاج الفردي انخفاضاً أكبر بشكل ملحوظ من درجات الأفراد الذين تلقوا جلسات العلاج الجماعي. بالإضافة إلى ذلك، أبلغ العديد من النساء عن القضاء على الإحساس بالألم في الجسم تلقائيًا بعد العلاج. وتوصي هذه الدراسة إلى أهمية إجراء المزيد من البحوث حول فاعلية استخدام العلاج بتحريك العينين لخفض الحساسية التدريجي.

كما سعت دراسة الطنطاوي (٢٠١٥) إلى الكشف عن فاعلية العلاج بضبط حركة العين وإعادة المعالجة في التخفيف من أعراض القلق الاجتماعي، وذلك باستخدام المنهج شبه التجريبي، على عينة مكونة من (٢٠) طالب من طلاب كلية التربية بجامعة بنها. طبق عليهم مقياس القلق الاجتماعي (إعداد الباحث)، واستمارة جمع البيانات، ومقياس وكسلر–

بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين (إعداد محمد عماد الدين ولويس مليكة، ١٩٩٦). كما طبق الباحث على المجموعة التجريبية برنامج العلاج بضبط حركة العين وإعادة المعالجة لتخفيف القلق الاجتماعي إعداد الباحث). وتوصلت النتائج إلى أن العلاج بضبط حركة العين وإعادة المعالجة فعال في التخفيف من أعراض القلق الاجتماعي.

أما دراسة Baas et al. (2017) حاولت تحديد ما إذا كانت العلاج بأسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة فعال وآمن للنساء الحوامل اللواتي يعانين من اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل والخوف من عملية الولادة، في أمستردام بهولندا. تم تطبيق مقياس توقعات الولادة (WDEQ) لتقييم خوف الولادة لدى جميع النساء الحوامل، أما النساء متعددات الولادات طُبق عليهن أيضًا قائمة اضطراب ما بعد الصدمة DSM-5 (PCL-5). تكونت عينة الدراسة من (٥٠) امرأة تعانين من اضطراب ما بعد الولادة و (١٢٠) امرأة تعانين من خوف الولادة، ولم يتم تضمين النساء اللواتي يخضعن حاليًا لعلاج نفسي أو اللواتي تقل أعمارهن عن ١٨ عامًا. أشارت نتائج الدراسة إلى سلامة وفعالية العلاج بواسطة EMDR أثناء الحمل للنساء اللواتي يعانين من PTSD أو خوف الولادة.

كما سعت دراسة Zolghadr et al. (٢٠١٩) إلى الكشف عن فاعلية علاج EMDR في خفض قلق الولادة بين النساء ذوات الولادات المتعددة في الحمل الطبيعي التالي، بعد ولادة طفل ميت سابقًا. تكونت عينة الدراسة من (٣٠) امرأة حامل بعد دخولهن للولادة في مستشفى في مدينة قزوين بإيران، ثم تم تعيينهن بشكل عشوائي إلى مجموعتين، مجموعة التدخل بأسلوب إزالة الحساسية بتحريك العين وإعادة المعالجة (ن= ١٥)، ومجموعة المعالجة العادية كمجموعة مقارنة (n = 15). تم استخدام مقياس قلق الولادة لجمع البيانات قبل العلاج (عند الدخول للدراسة) وبعد العلاج (خلال ٢٤ ساعة بعد الولادة). تم تنفيذ جلسات علاج EMDR لمجموعة التدخل بجلسة تستمر ٩٠ دقيقة عند دخول المشاركات في المستشفى للولادة. وقد أسفرت النتائج عن انخفاض دال إحصائيًا في متوسط درجات القلق الولادة لأفراد مجموعة التدخل EMDR مقارنة بمجموعة المعالجة العادية. كما وجدت فروقًا ذات دلالة إحصائية ($p < .01$) بين درجات القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي في مجموعة تدخل EMDR، إذ أدى علاج EMDR إلى خفض قلق الولادة لدى النساء الحوامل خلال الحمل الطبيعي، بعد ولادة ميتة سابقة.

وفي عام ٢٠٢٠ أجرى Proudlock & Peris حول فاعلية العلاج بأسلوب إزالة

الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة على عينة مكونة من (٧٢) مريض مقيم داخل المستشفيات النفسية، وقد أوضحت النتائج تحسن ملحوظ في جميع القياسات النفسية لهؤلاء المرضى بعد تطبيق هذا الأسلوب العلاجي لمدة (١٠) جلسات علاجية، بما فيها الحد من الأفكار الانتحارية، وكان غالبية المرضى بحاجة إلى أقل من ١٠ جلسات ولم يكونوا بحاجة لإحالة للعلاج النفسي الإضافي. إذ تم تحقيق توفير كبير في خدمات العلاج النفسي من خلال سحب الإحالات للعلاج الإضافي والخروج المبكر من وحدات العناية المركزة، والعلاج الانتقالي للأزمات الصحية النفسية. ومن الاستنتاجات لهذه الدراسة أن علاج EMDR أسلوب فعال لعلاج المرضى الذين يواجهون أزمات صحية نفسية، إذ يؤدي إلى تحسن كبير في رفاهيتهم النفسية، وتوفير كبير لخدمات الصحة الوطنية.

وفي البيئة العربية، سعدت دراسة رحال ولينده (٢٠٢١) إلى التحقق من فعالية تقنية الاستثارة الثنائية لحركة العينين EMDR في التخفيف من أعراض الصدمة النفسية لدى حالة واحدة لمراهق فاقد لوالديه. اشتملت أدوات الدراسة التي تم تطبيقها على الملاحظة الاكلينيكية المباشرة والمقابلة الإكلينيكية نصف الموجهة، واستبيان تقييم الصدمة النفسية. طبقت الدراسة تقنية الاستثارة الثنائية لحركة العينين. وأظهرت النتائج أن تقنية الاستثارة الثنائية لحركة العينين أسهمت بشكل فعال في التخفيف من حدة أعراض الصدمة عند المراهق الفاقد لوالديه وذلك على المستوى الانفعالي والسلوكي والمعرفي.

كما سعت دراسة Kranenburg et al. (2022) إلى التحقق من فاعلية برنامج علاجي باستخدام أسلوب خفض الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل. تكونت عينة الدراسة من (٢٦) من النساء اللواتي ولدن طفلاً على الأقل قبل ٤ أسابيع، وكانت لديهن تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة أو أعراض شديدة منه مع تشخيص نفسي آخر، تلقت جميعهن ٨ جلسات علاجية باستخدام أسلوب EMDR. تم استخدام مقياس قائمة تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة ومقياس أحداث الحياة، ومقياس إدراك الولادة، وأوضحت النتائج فاعلية البرنامج العلاجي لإزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة مع النساء اللواتي يعانين من اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل. وتشمل العوامل الرئيسة لنجاح العلاج باستخدام أسلوب EMDR التعاون الوثيق بين أقسام المستشفى ذات الصلة وتصوّر الحالة الشامل الذي يتناول جذور اضطراب ما بعد الصدمة.

وفي نفس الإطار، أجرت Kopmeiners et al. (٢٠٢٣) دراسة للكشف عن فاعلية استخدام أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة (EMDR) بعد الولادة لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، وارتباطها بالتغيب عن العمل وصعوبات العلاقات وتطوير الاضطرابات النفسية لدى النساء اللواتي تعرضن لتجربة ولادة مؤلمة ولكنهن لا يستوفين جميع معايير اضطراب ما بعد الصدمة، وذلك على عينة مكونة من ٢٠ امرأة، منهم مجموعة مكونة من (١١) امرأة، ومجموعة الرعاية العادية مكونة من (٩) امرأة من اللواتي أبلغن عن مرورهم بخبرة ولادة مؤلمة. تم جمع البيانات من خلال الاستبيانات والمقابلة شبه المقننة. أظهرت النتائج تحسنًا في المشكلات النفسية المرتبطة بالصدمة لجميع النساء. كما أوضحت النتائج أن أسلوب EMDR أكثر فعالية في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. علاوة على ذلك، أظهرت النتائج أن لعلاج EMDR تأثيرًا إيجابيًا طفيفًا على الغياب عن العمل بسبب العوامل المتعلقة بتجربة الولادة المؤلمة. وقد أشار Kopmeiners et al. (٢٠٢٣) يمكن أن تكون هذه الدراسة نقطة انطلاق للأبحاث المستقبلية التي تهدف إلى العلاج المبكر الذي يقلل من المشكلات النفسية المرتبطة بالصدمة لدى النساء بعد الولادة.

تعليق عام على البحوث والدراسات السابقة: باستعراض البحوث والدراسات السابقة حول فاعلية أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة، ما يأتي:

١. تنوع أهداف كل منها، إذ منها ما كان يهدف لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة مثل دراسة (Allon, 2015; Bass et al., 2017; Koopmeiners et al., 2022)، وتخفيف أعراض القلق الاجتماعي (الطنطاوي، ٢٠١٥).

٢. استخدام أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة لدى عينات مختلفة منها: الناجين من الكوارث (Jarero et al., 2008)، والنساء اللواتي تعرضن للاعتداء الجنسي (Allon, 2015)، والمرضى النفسيين (Proudlock & Peris, 2020)، والنساء الحوامل وما بعد الولادة (Baas et al., 2017; Kranenburg et al., 2022; Koopmeiners et al., 2022; Zolghadr et al., 2019)، وطلبة الجامعة (الطنطاوي، ٢٠١٥)، والمراهقين فاقدي الأب (رحال ولينده، ٢٠٢١).

٣. تتفق جميع هذه الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في استخدام المنهج شبه التجريبي للتحقق من فاعلية أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة.

٤. غياب الاهتمام البحثي في البيئة العربية حول اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل وقياسه، وأيضًا فاعلية أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة في خفض أعراض هذا الاضطراب.

وفي ضوء ما سبق، يتحدد الموقع المتميز للبحث الحالي بين البحوث والدراسات السابقة، إذ يتميز بدراسته للمتغير التابع (اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل)، وبإعداد أداة لقياسه والتحقق من خصائصها السيكومترية، وكذلك بالأسلوب العلاجي الذي بُني في ضوئه البرنامج لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بالولادة.

فروض البحث: في ضوء ما تم عرضه من أدبيات نظرية وما توصلت إليه البحوث والدراسات السابقة حول موضوع هذا البحث، أمكن للباحثة صياغة الفروض الآتية:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، لصالح أفراد المجموعة الضابطة.
٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، لصالح القياس القبلي.
٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل.
٤. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسات المتكررة (القبلي – البعدي – التتبعي) لاضطراب ما بعد الصدمة، لصالح القياس القبلي.

منهج البحث وإجراءاته:

منهج البحث: استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي، ذو المجموعتين الضابطة والتجريبية، والقياس القبلي والبعدي والتتبعي (قياس قبلي– تطبيق البرنامج – قياس بعدي– قياس تتبعي بعد مرور شهر من انتهاء التطبيق)، وذلك لتحقيق أهداف البحث؛ وهو التحقق من فاعلية برنامج علاجي قائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة وإعادة المعالجة مع عينة من النساء الذين يعانين من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بخبرة ولادتهن لطفل سابق. وقد تمثلت متغيرات هذا البحث في: المتغير المستقل هو

البرنامج العلاجي القائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة، والذي تم إعداده في هذا البحث، والمتغير التابع هو درجات أفراد المجموعين الضابطة والتجريبية في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل الذي أعدته الباحثة.

مجتمع البحث: تكون مجتمع البحث الحالي من جميع النساء الحوامل اللواتي مررن بتجربة ولادة طفل سابقة بالمملكة العربية السعودية.

عينة البحث: تم توزيع مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل على عينة عشوائية من مجتمع البحث –النساء الحوامل ممن كانت لهم تجربة ولادة سابقة– إذ بلغ عددهم (١٥٩) امرأة، تم اختيار (٢٠) منهن بطريقة قصدية ممن حصلن على أعلى الدرجات في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، وبشرط أنهن لم يتلقين أية علاجات نفسية سابقًا. تراوحت أعمارهن بين (٢٥– ٤٣) عام، بمتوسط عمري قدره (٣٢.٨٠) عام، وانحراف معياري قدره (٥.٨٦).

وتحققت الباحثة من التكافؤ بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في المتغير التابع وكذلك في المتغيرات الديموجرافية، من خلال حساب قيمة "ت" للفروق بين مجموعتين مستقلتين بالتحليل البايزي Bayes Factor Independent Sample Test بطريقة Rouder، والجدول الآتي يوضح النتائج:

جدول (١) نتائج التكافؤ بين المجموعة الضابطة والتجريبية في الدرجة الكلية لاضطراب ما بعد صدمة ميلاد طفل (القبلي) والمتغيرات الديموجرافية باستخدام التحليل البايزي Bayes Factor Independent Sample Test (Method = Rouder)

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	معامل بايز Bayes Factor	ت	مستوى الدلالة
اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل	الضابطة	٦٩.٧٠	٤.٠٦	٣.١٥١	٠.٢٥٨	٠.٧٩٩
	التجريبية	٦٩.٣٠	٢.٧٥			
العمر	الضابطة	٣٠.٣٠	٥.٢٣	٢.٩٨٤	٠.٤٥٢	٠.٦٥٧
	التجريبية	٣١.٣٠	٤.٦٤			
العمل (يعمل/ لا يعمل)	الضابطة	١.٥٠	٠.٥٣	٣.٠٠٤	٠.٤٢٩	٠.٦٧٣
	التجريبية	١.٤٠	٠.٥٢			

المتغيرات	المجموعة	المتوسط	الانحراف المعياري	معامل بايز Bayes Factor	ت	مستوى الدلالة
مستوى التعليم (جامعي/ فوق الجامعي)	الضابطة	١.٦٠	٠.٥٢	٢.٩٨٤	٠.٤٤٧	٠.٦٦٠
	التجريبية	١.٧٠	٠.٤٨			
مستوى الدخل (أقل من ١٠ آلاف ريال سعودي/ من ١٠ آلاف ريال سعودي وأعلى)	الضابطة	١.٥٠	٠.٥٣	٣.٠٠٤	٠.٤٢٩	٠.٦٧٣
	التجريبية	١.٤٠	٠.٥٢			

It is clear from the results shown in Table (1) that there are no statistically significant differences between the individuals of the control and experimental groups in the average total score of post-traumatic stress disorder associated with the birth of a child, as well as in the demographic variables (age, work, education level, income level), which indicates equivalence between the two groups in these variables.

يتضح من النتائج الموضحة في الجدول (1) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في متوسط الدرجة الكلية لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، وكذلك في المتغيرات الديموجرافية (العمر، العمل، مستوى التعليم، مستوى الدخل)، مما يشير إلى التكافؤ بين المجموعتين في هذه المتغيرات.

أدوات البحث:

أ. **استمارة البيانات الديموجرافية (إعداد الباحثة):** أعدت الباحثة استمارة جمع البيانات الديموجرافية من أفراد عينة البحث فيما يتعلق بالعمر، العمل، مستوى التعليم، مستوى الدخل. وذلك لتحقيق التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات بالضبط الاحصائي وكذلك الانتقائي.

ب. **مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل (إعداد الباحثة):** قامت الباحثة بمسح للمقاييس في البيئة العربية التي تقيس متغير البحث التابع، وهو اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، فتوصلت إلى أنه –في حدود علمها– لا يوجد أي مقياس لهذا المتغير، إذ لم يوجه الاهتمام البحثي لهذا المتغير في البيئة العربية حتى تاريخ إجراء هذا البحث، كما أن الباحثة حاولت الوصول لمقياس أُعد في البيئة الأجنبية للاستفادة منه ونقله وتعريبه، ولم تتوصل لأي مقياس رغم وجود دراسات أجنبية عديدة حول هذا

الاضطراب. وعليه، رأت الباحثة إعداد أداة لقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل. وقد استفادت الباحثة في بناء هذا المقياس من المقاييس المتوفرة لاضطراب ما بعد الصدمة بصفة عامة.

وقد مر بناء مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، بالخطوات الآتية:

١. مراجعة الأدبيات النظرية حول اضطراب ما بعد الصدمة، وبخاصة اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل.
٢. مراجعة المقاييس المُعدة في البيئة الأجنبية والعربية لقياس اضطراب ما بعد الصدمة مثل (مقياس Davidson, 1995، مقياس اضطراب التوتر ما بعد الصدمة الذي أعده الكبيسي والتميمي، ٢٠١٧).
٣. إعداد النسخة الأولية للمقياس، والتي تكونت من (٢٠) عبارة، ثم عرضها على عدد (١٠) محكمين من المختصين في القياس النفسي، وعلم النفس الاكلينيكي؛ وذلك بهدف تحكيم انتماء العبارات للمقياس، فضلاً عن سلامة ودقة صياغتها اللغوية.
٤. إجراء كافة التعديلات وفق آراء المحكمين، والتي اتفق عليها (٨٠%) منهم.
٥. عرض المقياس على مختص في اللغة العربية لتدقيقه.
٦. إعداد النسخة النهائية للمقياس، وإعداد رابط الكتروني وإرساله لعينة الدراسة الاستطلاعية المكونة من (١٦٧) امرأة ممن لهن تجربة ولادة سابقة.
٧. تحليل البيانات التي تم جمعها من العينة الاستطلاعية للتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس.

الخصائص السيكومترية للمقياس: تحققت الباحثة من الخصائص السيكومترية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل بعد تطبيقه على عينة مكونة من (١٦٧) امرأة ممن لهن تجربة ولادة سابقة، وفيما يلي عرض لهذه الخصائص:

الصدق العاملي للمقياس:

التحليل العاملي الاستكشافي: استخدمت الباحثة التحليل العاملي الاستكشافي باستخدام برنامج JASP بطريقة المكونات الأساسية Principal Components لبنود مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، وتدويرها بطريقة الفاريماكس Varimaxبشكل متعامد لاستخلاص البناء العاملي للمقياس، وذلك بعد التحقق من كفاية عينة التحليل Kaiser–Meyer–Olkin Measure وقد بلغت (٠.٩٥٤)، ويوضح الجدول

الآتي نتائج التحليل العاملي الاستكشافي للمقياس بعد التدوير:

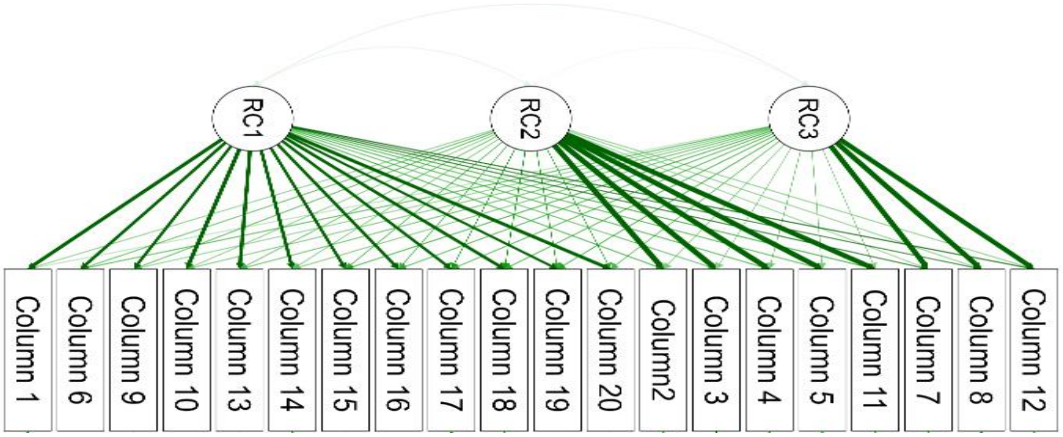
جدول (٢) تشبعات عبارات مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل

بنود المقياس	التشبعات		
	العامل الأول	العامل الثاني	العامل الثالث
١	٠.٧١٢		
٢		٠.٩٠٧	
٣		٠.٩١٠	
٤		٠.٩١٠	
٥		٠.٩٠٤	
٦	٠.٦٤٧		
٧			٠.٨٧٣
٨			٠.٨٨٣
٩	٠.٦٣		
١٠	٠.٧٢٧		
١١		٠.٨٩١	
١٢			٠.٨٦٠
١٣	٠.٦٨٣		
١٤	٠.٦٦١		
١٥	٠.٦٢٧		
١٦	٠.٦٤١		
١٧	٠.٦٣٠		
١٨	٠.٦٦٤		
١٩	٠.٥٨٤		
٢٠	٠.٧٠١		

It is clear from the previous table (2) that the exploratory factor analysis of the PTSD scale associated with the birth of a child resulted in the presence of three factors. The first factor was saturated with (12) statements whose saturation values ranged between (0.584 - 0.727), and its latent root reached (12.729) and the percentage of variance reached (58.645%).

ويتضح من الجدول السابق (2) أن التحليل العاملي الاستكشافي لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل أسفر عن وجود ثلاث عوامل. إذ تشبع على العامل الأول (١٢) عبارة تراوحت قيم تشبعها بين (٠.٥٨٤ – ٠.٧٢٧)، وبلغ جذره الكامن (١٢.٧٢٩)

وبلغت النسبة المئوية للتباين (٥٨.٦٤٥%)، ويمكن تسمية هذا العامل " استعادة معايشة الصدمة والتفكير اللاتوافقي". كما تشبع على العامل الثاني (٥) عبارات، تراوحت تشبعاتها بين (٠.٨٩١ – ٠.٩١٠)، بلغ الجذر الكامن لهذا العامل (٢.١٦٥)، بلغت قيمة النسبة المئوية للتباين (١٠.٨٢٧%)، ويمكن تسميته بعامل " التيقظ وردود الفعل الحادة". أما العامل الثالث تشبعت عليه عدد ثلاث عبارات، تراوحت تشبعاتها على هذا العامل (٠.٨٦٠ – ٠.٨٨٣)، بلغت قيمة جذره الكامن (١.١٨٦)، بنسبة مئوية للتباين بلغت (٥.٨٢٩%)، ومن الممكن تسميته بعامل "التجنب والانسحاب". ويوضح الشكل الآتي (شكل ١) النتيجة النهائية بعد التدوير باستخدام طريقة Varimax والاستخلاص لنتيجة تشبعات عبارات مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل على العوامل الثلاث باستخدام برنامج JASP.



شكل (١) نتيجة التحليل العاملي الاستكشافي بعد التدوير لعوامل وعبارات مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل

Figure (1) shows the structural structure of the factors that make up the Post-Traumatic Stress Disorder Scale associated with the birth of a child. The dark green lines indicate strong correlations and saturations between the scale statements and the factors that correspond to them. Also, the brackets at the top express the correlations of the factors with each other.

يتضح من الشكل (١) البنية الهيكلية للعوامل المكونة لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، إذ تشير الخطوط الخضراء الغامقة إلى الارتباطات القوية والتشبعات بين عبارات المقياس والعوامل التي تقابلها، وأيضًا الأقواس في الأعلى تعبر عن ارتباطات العوامل ببعضها البعض.

الصدق العاملي التوكيدي للمقياس: للتأكد من نتائج التحليل العاملي الاستكشافي، تم استخدام التحليل العاملي التوكيدي Confirmatory Factor Analysis (CFA) للتحقق

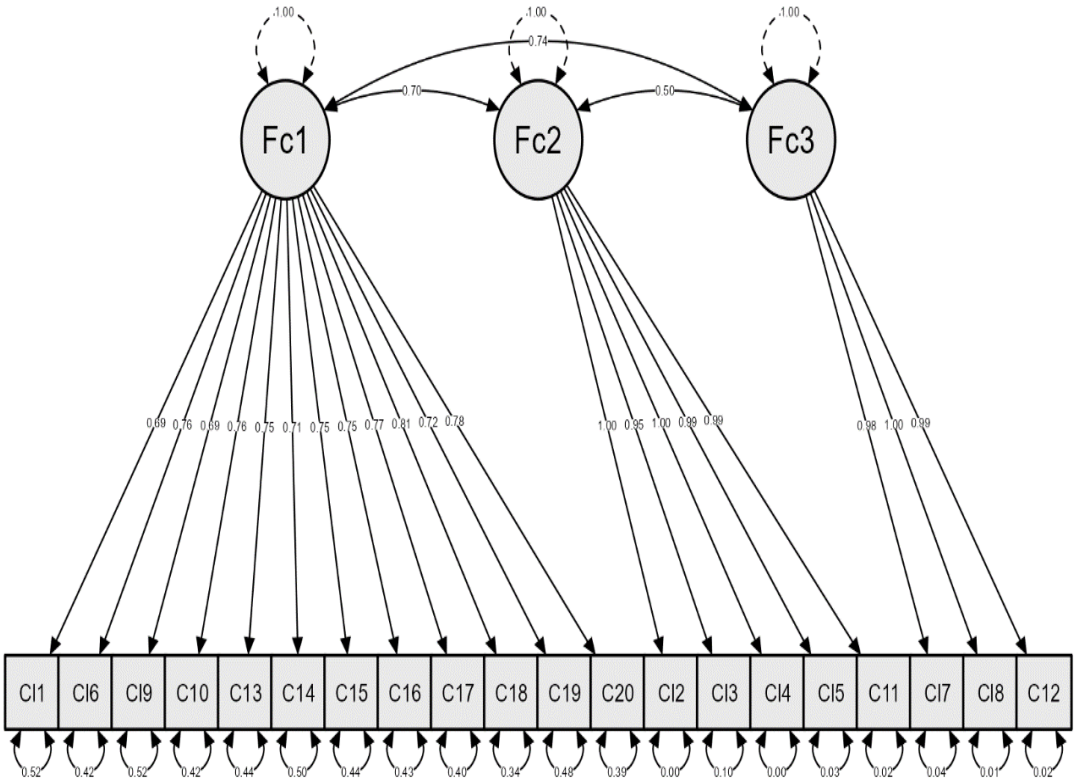
من النموذج القياسي الثلاثي لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل باستخدام برنامج JASP، وقد جاءت قيم مؤشرات حسن المطابقة في المدى المثالي، والجدول الآتي يوضح نتائج التحليل العاملي التوكيدي.

جدول (٣) مؤشرات جودة المطابقة للنموذج القياسي لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل

مؤشرات جودة المطابقة	قيم النموذج القياسي النهائي
مربع كاي المعياري إلى درجة الحرية CMIN/DF	٤.٤٠٧
دليل حسن المطابقة المقارن CFI	٠.٩٥٤
دليل توكر – لويس TLI	٠.٩٤٧
دليل بولين Bollen's Relative Fit Index (RFI)	٠.٩١٩
جذر متوسط البواقي RMSEA	٠.٠٧
دليل حسن المطابقة Goodness of fit index (GFI)	٠.٩٠٧

It is clear from the results of the confirmatory factor analysis shown in the table (3 and figure 2) that the indicators of goodness of fit for the standard model of post-traumatic stress disorder associated with the birth of a child were all achieved and came within the acceptable range, and the values of the path coefficients for all the statements that make up the latent factor in the three factors were all statistically significant at a significance level of (0.1).

يتضح من نتائج التحليل العاملي التوكيدي الموضحة في الجدول السابق (3) أن مؤشرات جودة المطابقة للنموذج القياسي لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل تحققت جميعها وجاءت في المدى المقبول، كما أن قيم معاملات المسار لجميع العبارات المكونة للعامل الكامن في العوامل الثلاث كانت جميعها دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠.١) (شكل ٢)، وبالتالي قبول النموذج القياسي ثلاثي العوامل لمتغير اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل الموضح في الشكل الآتي:



شكل (٢) النموذج القياسي ثلاثي العوامل لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل باستخدام برنامج JASP

يتضح من الشكل السابق (٢) أن جميع معاملات المسار بين العبارات والبعد الذي تنتمي إليه دالة إحصائية. فقد تراوحت قيم معاملات المسار لعبارات البعد الأول بين (٠.٦٩ – ٠.٨١)، وبالنسبة للبعد الثاني تراوحت بين (٠.٩٥ – ١.٠٠)، بينما تراوحت بين (٠.٩٨ – ١.٠٠) بالنسبة للبعد الثالث. وتشير هذه النتائج إلى تحقق النموذج النظري ومطابقته للبيانات التي تم جمعها من أفراد العينة الاستطلاعية، وهذا يعني تطابق نتائج التحليل العاملي التوكيدي مع نتائج التحليل العاملي الاستكشافي وتطابق النموذج القياسي ثلاثي العوامل المقترح مع البيانات الامبريقية التي تم جمعها من العينة الاستطلاعية للبحث.

الاتساق الداخلي للمقياس:

حُسبت معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه وكذلك درجة المقياس ككل، للتحقق من مؤشرات الاتساق الداخلي للمقياس. ويوضح الجدولين الآتيين نتائج ذلك:

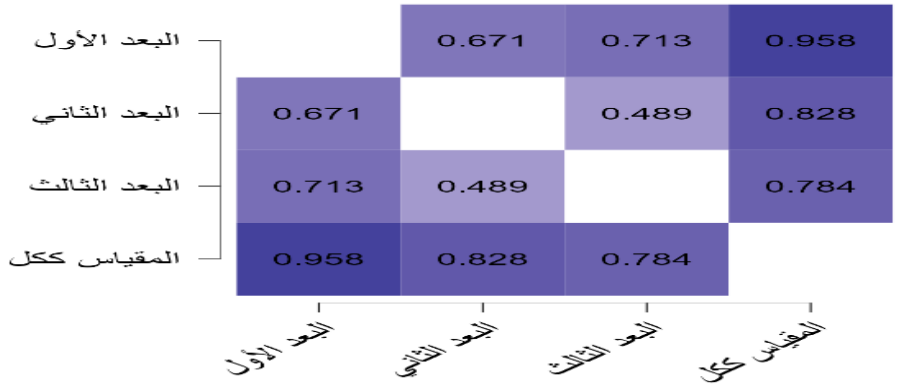
جدول (٤) معاملات ارتباط درجات عبارات مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل بدرجة البعد والمقياس ككل

الأبعاد	رقم العبارة	الارتباط مع البعد	الارتباط مع المقياس ككل	الأبعاد	رقم العبارة	الارتباط مع البعد	الارتباط مع المقياس ككل
استعادة معايشة الصدمة والتفكير اللاتوافقي	١	**٠.٧٣٨	**٠.٦٦٨		١٩	**٠.٧٤٦	**٠.٧٣٣
	٦	**٠.٧٨١	**٠.٧٥٣		٢٠	**٠.٧٩٩	**٠.٧٧٠
	٩	**٠.٧٢٥	**٠.٦٩٣	التيقظ وردود الفعل الحادة	٢	**٠.٩٩٦	**٠.٨٣١
	١٠	**٠.٧٩٦	**٠.٧٣٩		٣	**٠.٩٦٩	**٠.٧٨٦
	١٣	**٠.٧٧٦	**٠.٧٣٦		٤	**٠.٩٩٦	**٠.٨٢٩
	١٤	**٠.٧٤٧	**٠.٦٩٤		٥	**٠.٩٨٨	**٠.٨١٢
	١٥	**٠.٧٦٦	**٠.٧٤٤		١١	**٠.٩٩٤	**٠.٨٣٧
	١٦	**٠.٧٧٦	**٠.٧٤٧	التجنب والانسحاب	٧	**٠.٩٨٩	**٠.٧٦٨
	١٧	**٠.٧٨٣	**٠.٧٧٦		٨	**٠.٩٩٥	**٠.٧٧٩
	١٨	**٠.٨١٣	**٠.٨٠٥		١٢	**٠.٩٩٢	**٠.٧٨٥

It is clear from the results shown in the previous table (4) that all the correlation coefficients of the scores of the PTSD scale statements related to the birth of a child with the total score of the dimension to which they belong and with the total score of the scale were positive and statistically significant correlations at the (0.01) level.

جدول (٥) مصفوفة معاملات ارتباط أبعاد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل بالدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	استعادة معايشة الصدمة والتفكير اللاتوافقي	التيقظ وردود الفعل الحادة	التجنب والانسحاب	الدرجة الكلية للمقياس
استعادة معايشة الصدمة والتفكير اللاتوافقي	–	**٠.٦٧١	**٠.٧١٣	**٠.٩٥٨
التيقظ وردود الفعل الحادة	–	–	**٠.٤٨٩	**٠.٨٢٨
التجنب والانسحاب	–	–	–	**٠.٧٨٤



شكل (٣) مصفوفة ارتباط العوامل الثلاث بالمقياس

يتضح من النتائج الموضحة في الجدول السابق (٤) أن جميع معاملات ارتباط درجات عبارات مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه وبالدرجة الكلية للمقياس كانت ارتباطات موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١). إذ تراوحت قيم معاملات ارتباط العبارات بالبعد الأول الذي تنتمي إليه بين (٠.٧٣٨ إلى ٠.٨١٣)، كما تراوحت معاملات ارتباط العبارات المكونة للبعد الأول بالدرجة الكلية للمقياس بين (٠.٦٦٨ إلى ٠.٨٠٥). أما عبارات البعد الثاني تراوحت قيم معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية للبعد بين (٠.٩٦٩ إلى ٠.٩٩٦) كما تراوحت قيم معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية للمقياس ككل بين (٠.٧٨٦ إلى ٠.٨٣٧)، بينما تراوحت قيم معاملات ارتباط عبارات البعد الثالث بالدرجة الكلية للبعد بين (٠.٩٩٢ إلى ٠.٩٨٩) وتراوحت قيم معاملات ارتباطها مع الدرجة الكلية للمقياس ككل (٠.٧٦٨ إلى ٠.٧٨٥).

كما تشير النتائج المبينة في الجدول (٥) والشكل (٣) أن جميع معاملات ارتباط أبعاد مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل بالدرجة الكلية للمقياس جاءت موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠.٠١). إذ بلغت قيمة معامل ارتباط البعد الأول بالمقياس ككل (٠٩٥٨)، والبعد الثاني (٠.٨٢٨)، والبعد الثالث (٠.٧٨٤). وتشير هذه النتائج الموضحة في الجدولين (٤، ٥) والشكل (٣) إلى أن مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل يتمتع بمؤشرات الاتساق الداخلي.

ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية للمقياس:

تحققت الباحثة من ثبات المقياس بحساب ثبات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية للأبعاد الثلاثة المكونة للمقياس وكذلك المقياس ككل. وتشير النتائج إلى أن قيمة معامل ثبات

ألفا كرونباخ للمقياس ككل بلغت (٠.٩٦٣) وبلغت قيمة التجزئة النصفية "سبيرمان- براون" (٠.٩٦١). كما أوضحت النتائج أن قيم معاملات ثبات ألفا كرونباخ للأبعاد الثلاثة المكونة للمقياس بلغت (٠.٩٣٨، ٠.٩٩٤، ٠.٩٩٢) على التوالي، وأن قيم التجزئة النصفية "سبيرمان- براون" لهذه الأبعاد (٠.٩٣٢، ٠.٩٩٦، ٠.٩٩٢) على الترتيب (تم اعتماد معادلة سبيرمان-براون نظرًا لتقارب قيم ألفا للنصف الأول مع النصف الثاني). ويتضح من هذه النتائج أن مؤشرات معاملات ثبات المقياس والأبعاد المكونة له جميعها جاءت مرتفعة، مما يشير إلى تمتع مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل يتمتع بمؤشرات ثبات جيدة.

البرنامج العلاجي القائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة (EMDR) لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل:

أعدت الباحثة برنامج علاجي يستند إلى أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة لخفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، وقد تضمن تخطيط هذا البرنامج على إعداد أهدافه، وتحديد المدة الزمنية للبرنامج، والأسلوب والفنيات وكذلك عدد الجسات وزمن كل جلسة، وعرض مفصل لإجراءات ومحتوى جلسات البرنامج. ولبناء البرنامج العلاجي القائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة، قامت الباحثة بمراجعة الأدبيات النظرية والبحوث والدراسات السابقة التي أجريت حول اضطراب ما بعد الصدمة، بالإضافة إلى تلك التي سعت للتحقق من فعالية علاج إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة وخاصة فعاليته في علاج اضطراب ما بعد الصدمة لدى النساء مثل دراسة (Allon, 2015; Baas et al., 2017; Jarero et al., 2008; Kopmeiners et al., 2023; Kranenburg et al., 2022; Zolghadr et al., 2019;). إذ أنه من خلال هذه المراجعة للأدبيات النظرية تمكنت الباحثة من تحديد أهداف البرنامج العلاجي العامة والإجرائية التي تستهدف خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، كما تم الاستفادة في اختيار الفنيات والأنشطة التي تساعد عينة البحث اللواتي تعانين من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، واستمرت هذه الأعراض لأكثر من شهر بعد عملية ولادة طفل، ولم يتلقين أي علاج نفسي أو مساعدة مهنية متخصصة خلال الفترة السابقة على إجراء هذا البحث.

ويستند البرنامج العلاجي القائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة

المعالجة الذي أعدته الباحثة إلى مجموعة من الأسس لضمان تحقيق أهدافه من جهة والالتزام بأخلاقيات العلاج النفسي من جهة أخرى، سواء كانت أسس عامة أو نفسية واجتماعية وفسيولوجية. ومن بين هذه الأسس أن سلوك أفراد عينة البحث ممن تعانين من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة يتصف بإمكانية التعديل إذ أنه مرن وثابت نسبيًا، كذلك الحصول على الموافقة المستنيرة بأهداف البحث من أفراد العينة للمشاركة في جلسات البرنامج واستعدادهن الواضح لتخفيف معاناتهم النفسية من اضطراب ما بعد الصدمة الذي نتج عن تجربة ولادة طفل مررن بها. هذا فضلاً عن التزام الباحثة أثناء تنفيذ جلسات البرنامج بالمعايير الأخلاقية للممارسة المهنية وحق المشاركات في توقف الجلسة العلاجية بأي لحظة باستخدام فنية "إشارة التوقف"، ومشاركة أفراد العينة في تحديد أهداف البرنامج واختيار الفنيات والأنشطة التي حظيت على قبولهن لها، والتأكيد على أهمية الحوار أثناء الجلسة، وخاصة في الجلسة الأولى من أجل بناء الثقة والألفة بينهن وبين الباحثة ولجمع بيانات خط الأساس وأخذ تاريخ الحالة المرضي، وتقديم التغذية الراجعة لهن في الوقت المناسب. ولتحقيق الأهداف المرجوة من البرنامج وتحقيق المشاركات أقصى استفادة ممكنة من الجلسات العلاجية، فقد حرِصت الباحثة أن تكون جلسات البرنامج متكاملة معًا متدرجة حتى لا ينتج عنها ملل المشاركات، وأن تكون أنشطته وتدريباته سهلة عليهن، وشرح كل فنية بصورة مبسطة واضحة قبل البدء في التدريب عليها، حتى لا تأتي بنتيجة عكسية. هذا بالإضافة إلى تأكيد الباحثة للمشاركات أن أدمغتهن وطريقة معالجة المعلومات هو الذي سيساعدهن على إزالة الحساسية واختفاء أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط في ذاكرتهن بولادة طفلهن السابق، وأنهن من يسيطرن على سير أو توقف عملية العلاج في كل الجلسات.

ويهدف البرنامج العلاجي القائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة إلى تحقيق هدف عام؛ وهو خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، والتدريب على تغيير الطريقة التي يتم بها ومعالجة وحفظ الذكريات المرتبطة بولادة طفل في الدماغ، مما يخفف أو يزيل الأعراض المرضية التي تعاني منها المشاركات. كما يهدف إلى تحقيق الأهداف الإجرائية الآتية:

١. أن تتعرف المشاركات على مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة، وأسبابه، وأعراضه وتأثيره عليهن.
٢. أن تستنتج المشاركات العلاقة بين ما تعانيه من أعراض مرضية، وذكرياتهن عن أحداث

ولادتهن لطفلهن السابق التي لم تتم معالجتها والمختزنة بصورة خاطئة.

٣. أن تتدرب المشاركات على استدعاء مكونات الذاكرة الصادمة المستهدف "تصورات- مدركات- مشاعر- أحاسيس جسمية).

٤. أن تتدرب المشاركات على التمييز بين المدركات الصحيحة والخاطئة.

٥. أن تتدرب المشاركات على تدقيق الإدراك.

٦. أن تتدرب المشاركات على إعادة ربط الذاكرة الصادمة المستهدفة والسيطرة على مشاعرهن وأحاسيسهن الجسمية.

٧. أن تتدرب المشاركات على تصحيح تصوراتهن ومعتقداتهن ومشاعرهن وأحاسيسهن الجسمية السلبية المرتبطة بحدث ولادتهن لطفلهن السابق.

٨. أن تتدرب المشاركات على التحكم في تصوراتهن ومعتقداتهن ومشاعرهن وأحاسيسهن الجسمية السلبية.

٩. أن تتدرب المشاركات على بناء ذاكرة جديدة من التصورات والمعتقدات والمشاعر والأحاسيس الجسمية الإيجابية لحدث ولادة طفل.

١٠. أن تتدرب المشاركات على مسح الجسم وتحديد مكان الألم الجسمي.

١١. أن تتدرب المشاركات على خطة لمنع الانتكاسة من خلال المحافظة على تدقيق الإدراك ومسح الجسم والتحكم في التصورات والمعتقدات والمشاعر والأحاسيس الجسمية المرتبطة بحدث ولادة طفل.

طبقت الباحثة البرنامج العلاجي القائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة في مراحل ثمانية متكاملة، هي: المرحلة الأولى: مرحلة التمهيد وأخذ التاريخ المرضي للمشاركات، وتحديد أهداف البرنامج العلاجي وتعريف المشاركات بأسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة وفوائده لهم، ثم التوقيع على العقد بالموافقة على تطبيق البرنامج العلاجي، وهذا في الجلسة الأولى. والمرحلة الثانية: مرحلة تحضير العميل أو الإعداد، تم فيها التعارف وبناء علاقة تقوم على المودة والتقبل والتفاهم التشاركي والثقة بين الباحثة والمشاركات، ثم انتقلت الباحثة لإلقاء الضوء على مشكلة المشاركات وهي اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل من حيث أعراضه وأسبابه وتأثيره عليهن، وتُمثلها الجلسة الثانية. ثم يليها المرحلة الثالثة: تقييم الذاكرة المستهدفة "الصادمة"، وتم فيها مساعدة المشاركات بتحديد ذاكرة الحدث الصادم لولادة طفل (تصورات- معتقدات- مشاعر-

إحساسات جسمية) وتدريبهن على تقييمها من حيث صحتها ومنطقيتها أو لا، ثم تدريبهن على تصحيحها، وتُمثلها الجلستين الثالثة والرابعة. ثم المرحلة الرابعة: إزالة الحساسية التدريجي وإعادة معالجة الذاكرة المستهدفة، وفيها ساعدت الباحثة المشاركات بإعادة ذاكرة حدث ولادتهن للطفل السابق، وإزالة الحساسية المرتبطة بها بالتحفيز الثنائي المتكرر "تحريك العينين – النقر على الجانب الأيمن – الأيسر)، ثم تدريبهن على معالجة المعلومات المرتبطة بهذه الذاكرة للتخلص من الإدراك السلبي والأعراض المرضية لأقل مستوى (مع ملاحظة إذا لم يصل التقييم الذاتي للأعراض المرضية لأقل تكرر نفس الجلسة حتى يتحقق ذلك قبل الانتقال للمرحلة التالية)، وتُمثلها الجلسات الخامسة والسادسة والسابعة. ثم المرحلة الخامسة: التثبيت Installation والتي فيها ساعدت الباحثة المشاركات على تعزيز الإدراك الإيجابي والاستبصار السليم، وتثبت الذاكرة الجديدة بعد إعادة معالجة الذاكرة الصادمة المستهدفة، وتُمثلها الجلستين الثامنة والتاسعة (مع ملاحظة إذا لم يصل التقييم الذاتي على متصل الإدراك الصحيح لأعلى مستوى تكرر نفس الجلسة حتى يتحقق ذلك قبل الانتقال للمرحلة التالية). ثم المرحلة السادسة: مسح الجسم، إذ تم فيها تدريب المشاركات على فحص جسمهن من الرأس إلى أصابع القدم بالتدريج، واكتشاف ما إذا كن يشعرن بألم وأين مكانه وتدريبهن على معالجة الأحاسيس الجسمية للوصول للراحة التامة لجميع أجزاء الجسم، وتُمثلها الجلسة العاشرة. ثم المرحلة السابعة، الإغلاق والتأكد من عدم وجود أية أعراض مرضية بحيث يكون تقييمهن للأعراض المرضية يصبح (صفر) والتأكد من الوصول للإدراك الإيجابي السليم التام لأعلى مستوى بما يضمن إزالة الحساسية ومعالجة الذاكرة الصادمة المستهدفة المرتبطة بحدث ولادتهن لطفلهن (مع ملاحظة إذا لم تصل أحد المشاركات للراحة التامة والتخلص من جميع الأعراض المرضية (مع ملاحظة أن الباحثة تعيد تطبيق فنية التحفيز الثنائي لإعادة معالجة الذاكرة الصادمة المستهدفة تمامًا قبل الانتقال للمرحلة التالية)، وتُمثلها الجلسة الحادية عشر. ثم المرحلة الثامنة: إعادة التقييم، وفيها تأكدت الباحثة من عدم ظهور أية أعراض مرضية أو معتقدات ومشاعر أو آلام جسمية والوصول للاتزان التام والادراك السليم ونجاح التدخل العلاجي والفنيات المستخدمة في تحقيق أهداف البرنامج، وتُمثلها الجلسة الثانية عشر (مع ملاحظة إذا لم يصل التقييم الذاتي للأعراض المرضية لدرجة (صفر)، والإدراك الإيجابي الصحيح لأعلى درجة تكرر جلسات المراحل من ٣-٨ حتى يتحقق ذلك قبل الانتقال للمرحلة التالية).

تكون البرنامج العلاجي القائم على أسلوب إزالة الحساسية الذي أعدته الباحثة من أثنى عشر جلسة، استمر تنفيذ البرنامج لمدة شهر ونصف، بواقع جلستين في الأسبوع، وتراوحت مدة تطبيق الجلسة بين (٦٠ – ٩٠ دقيقة)، وقد بدأ تطبيق البرنامج من تاريخ ٢/ ٧/ ٢٠٢٢ إلى ١٨/ ٨/ ٢٠٢٣ م. والمستفيدات من هذا البرنامج هن النساء اللواتي مررن بتجربة ولادة طفل خلال العام الذي أُجرى فيه البحث ٢٠٢٣ م، وممن حصلن على درجات مرتفعة في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل (إعداد: الباحثة). وقد نُفذت جلسات البرنامج بطريقة فردية، باستخدام الفنيات الآتية: الحوار والنقاش، المحاضرة، قوة التحمل، خريطة الأحداث، الكلمة المُمهدة، التعرض غير المباشر، تحديد الذكريات الصادمة، اليقظة، ضبط النفس، تدقيق الادراك، تغيير الإدراك السلبي، المتصل المعرفي للحدث الصدمي، التمييز المعرفي، الأمل، متصل الإدراك الإيجابي، تمييز الأحاسيس الجسمية، التحفيز الثنائي المتكرر، تعديل التفكير السلبي، الاستبصار بإعادة المعالجة، إشارة التوقف، التعزيز، مراقبة الذات، المكان الآمن، التغذية الراجعة، التشكيل لمنع الانتكاسة، والواجب المنزلي. وقد استخدمت الباحثة مجموعة من الأدوات، هي: مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، استمارة العقد الإرشادي، استمارة توقعات وأهداف العميل، استمارة تقييم الجلسة، استمارة تقييم البرنامج، استمارة المراقبة الذاتية. والجدول الآتي يُلخص سير الجلسات:

جدول (٦) ملخص جلسات البرنامج العلاجي القائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة لخفض أعراض ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل

الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	المدة الزمنية
الأولى	التمهيدية	١– التعارف وإقامة علاقة أساسها المودة والتفاهم التشاركي والثقة والاحترام المتبادل والسرية. ٢– التعريف بالبرنامج العلاجي من حيث الأسلوب "إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة وإعادة المعالجة"، والأهداف والأهمية ومدة التطبيق، والمدة الزمنية للجلسة. ٣– التعرف على أهداف المشاركات وتوقعاتهم من البرنامج العلاجي، والمهارات التي بحاجة لتعلمها. ٤– تحديد استعداد المشاركات للعلاج بتحريك العينين وإعادة المعالجة وتوقعاتهم وأهدافهم، وتوقيع	▪ الحوار والمناقشة ▪ المحاضرة ▪ خريطة الأحداث ▪ قوة التحمل ▪ التغذية الراجعة	٦٠ دقيقة

		العقد الإرشادي بالموافقة المستنيرة على تطبيق البرنامج عليهن. ٥- تحديد الذاكرة الصادمة المستهدفة لدى المشاركات.		
الثانية	التحضير والتيقظ	١. تعريف المشاركات باضطراب ما بعد الصدمة وأسبابه وأعراضه وتأثيره عليهن. ٢. شرح العلاقة بين الذاكرة الصادمة المستهدفة وما يرتبط بها من معتقدات وتصورات ومشاعر وأحاسيس جسمية من وجهة نظر العلاج بأسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة. ٣. تدريب المشاركات على الاسترجاع الآمن مكونات الذاكرة الصادمة المستهدفة (تصورات- معتقدات- مشاعر- أحاسيس جسمية). ٤. تدريب المشاركات على ضبط النفس والتحكم في المشاعر والأحاسيس الجسمية. ٥. واجب منزلي بعنوان "سجل مراقبة الإدراك".	▪ المحاضرة ▪ الحوار والمناقشة ▪ اليقظة ▪ ضبط النفس ▪ المكان الآمن ▪ التصور ▪ الكلمة الممهدة ▪ التعريض غير المباشر ▪ مراقبة الذات ▪ الواجب المنزلي ▪ التغذية الراجعة	٩٠ دقيقة
الثالثة	تحديد الذاكرة الصادمة المستهدفة	١. مناقشة الواجب المنزلي من الجلسة السابقة. ٢. تدريب المشاركات على تحديد ذكرياتهن عن ولادة طفلهن السابق التي تثير مخاوفهن وقلقهن (تصورات- معتقدات- مشاعر- أحاسيس جسمية). ٣. واجب منزلي "سجل مراقبة الإدراك".	▪ الحوار والنقاش ▪ تحديد الذكريات الصادمة ▪ المتصل المعرفي للحدث الصادم ▪ التغذية الراجعة ▪ الواجب المنزلي ▪ إشارة التوقف	٩٠ دقيقة
الرابعة	الأمل في السيطرة على الذاكرة المستهدفة	١. مناقشة الواجب المنزلي من الجلسة السابقة. ٢. تدريب المشاركات على تصحيح المدركات السلبية والمعتقدات الخاطئة المرتبطة بولادة طفل. ٣. تدريب المشاركات على التقييم الذاتي لصحة مدركاتهن ومعتقداتهن عند تذكر حدث ولادة طفل. ٤. تدريب المشاركات على التقييم الذاتي لمشاعرهن وأحاسيسهن. ٥. تدريب المشاركات على التحكم في معتقداتهن ومشاعرهن وأحاسيسهن الجسمية. ٦. واجب منزلي "سجل مراقبة الإدراك"	▪ الحوار والمناقشة ▪ تغيير الإدراك ▪ الأمل ▪ متصل الإدراك الإيجابي ▪ مراقبة الذات ▪ التغذية الراجعة ▪ التعزيز ▪ إشارة التوقف ▪ الواجب المنزلي	٧٥ دقيقة
الخامسة والسادسة والسابعة	إزالة الحساسية وإعادة	١. مناقشة الواجب المنزلي من الجلسة السابقة. ٢. تدريب المشاركات على استدعاء الخبرات والذكريات المؤلمة المرتبطة بولادة طفل.	▪ الحوار والمناقشة ▪ التحفيز الثنائي المتكرر (تحريك	٩٠ دقيقة

	معالجة الذاكرة الصادمة المستهدفة	٣. تدريب المشاركات على بناء ذاكرة جديدة من خلال إعادة معالجة المعلومات المرتبطة بالذاكرة الصادمة المستهدفة ومحفزاتها (التصورات- المعتقدات- المشاعر- الأحاسيس الجسمية). ٤. الاستمرار في هذا الإجراء حتى يصل تقييم المشاركات الذاتي للأعراض المرضية لأقل مستوى، ولا يتم الانتقال للجلسة التالية حتى الوصول لذلك. ٥. واجب منزلي "سجل مراقبة الإدراك".	العينين مع النقر على الجانبين الأيمن والأيسر ▪ تعديل التفكير ▪ استبدال الإدراك ▪ الاستبصار بإعادة معالجة المعلومات ▪ إشارة التوقف ▪ التصور ▪ التغذية الراجعة ▪ الواجب المنزلي	
الثامنة والتاسعة	تعزيز الإدراك الإيجابي والتثبيت	١. مناقشة الواجب المنزلي من الجلسة السابقة. ٢. تدريب المشاركات على تدقيق الإدراك. ٣. تدريب المشاركات على استبدال المعتقدات والمدركات السلبية المرتبطة بولادة طفل بأخرى إيجابية. ٤. واجب منزلي "سجل مراقبة الإدراك".	▪ الحوار والنقاش ▪ تدقيق الادراك ▪ التحفيز الثنائي المتكرر (تحريك العينين مع النقر على الجانبين الأيمن والأيسر) ▪ إشارة التوقف ▪ التعزيز الإيجابي ▪ الواجب المنزلي	٩٠ دقيقة
العاشرة	مسح الجسم	١. مناقشة الواجب المنزلي من الجلسة السابقة. ٢. تدريب المشاركات بتدقيق إحساساتها الجسمية من أعلى منطقة بالجسم (الرأس) إلى أسفل منطقة (أصابع القدمين). ٣. تدريب المشاركات على تغيير الإحساس بالألم الجسمي إن وجد للوصول لحالة الراحة التامة. ٤. الاستمرار في نفس الإجراء واستخدام فنيتي التحفيز الثنائي والاسترخاء من خلال تصور المكان الآمن إذا وجدت أحاسيس أخرى لدى المشاركات بألم في أي منطقة بالجسم حتى تصل لمرحلة الراحة التامة. ٥. الواجب المنزلي "سجل مراقبة الادراك".	▪ الحوار والنقاش ▪ مسح الجسم ▪ تمييز الأحاسيس الجسمية ▪ التغذية الراجعة ▪ التعزيز ▪ إشارة التوقف ▪ الواجب المنزلي	٩٠ دقيقة

الحادية عشر	مرحلة الاغلاق	١. مناقشة الواجب المنزلي من الجلسة السابقة. ٢. مناقشة التغيرات في مكونات الذاكرة الصادمة المستهدفة والاطمئنان للوصول إلى أعلى مستوى من الإدراك السليم والراحة والهدوء التام وإزالة الأعراض المرضية والحساسية المرتبطة بالذاكرة الصادمة المستهدفة. ٣. الوقوف على المعالجة التامة من جميع المعلومات المرتبطة بالذاكرة الصادمة المستهدفة (تصورات- معتقدات- مشاعر- أحاسيس جسمية). ٤. التعزيز الإيجابي للتغيرات في الإدراك الإيجابي والاتفاق مع المشاركات على خطة منع الانتكاسة للإدراك السلبي واستمرارهن على التنفيذ الذاتي دون مساعدة الباحثة على تدريب المكان الآمن إذا ظهرت أي معتقدات أو مشاعر سلبية والتأكيد على أن باب الاستشارة مفتوح أمامهن.	▪ الحوار والنقاش ▪ التغذية الراجعة ▪ إشارة التوقف ▪ التشكيل من خلال خطة منع الانتكاسة	٩٠ دقيقة
الثانية عشر	إعادة التقييم والإنهاء	١. مناقشة الواجب سجل مراقبة الادراك الذي تم تعبئته من المشاركات طوال الجلسات السابقة للوقوف على التغيرات التي حدثت في إدراكهن لحدث ولادة طفل، وتحقيق أهداف البرنامج. ٢. التأكد من اختفاء جميع الأعراض المرضية تمامًا من خلال التقييم الذاتي للمشاركات. ٣. تقديم الشكر للمشاركات على التزامهن بمواعيد الجلسات وأداء الأنشطة والواجبات، مما أسهم في تحقيق أهداف البرنامج. ٤. التطبيق البعدي لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل. ٥. تحديد موعد جلسة القياس التتبعي.	▪ الحوار والنقاش ▪ التغذية الراجعة ▪ التعزيز الايجابي	٧٥ دقيقة

تحققت الباحثة من صدق البرنامج بعرضه على عدد من المحكمين (٥) من المختصين في الإرشاد والعلاج النفسي وبخاصة ممن لديهم خبرة في العلاج بأسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة، وتم الأخذ بآراء المحكمين وإجراء التعديلات التي اتفق عليها (٨٠%) منهم. كما تقويم البرنامج العلاجي من خلال تطبيق مقياس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل (إعداد الباحثة)، على أفراد المجموعة التجريبية -القياس القبلي- وكان ذلك بتاريخ ٢/٧/ ٢٠٢٣. كذلك من خلال التقويم المرحلي لتقييم الجلسات باستخدام استمارة "تقييم الجلسة"، وتقييم كل مرحلة من مراحل تنفيذ العلاج بأسلوب

إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة والتأكد من تحقيق أهداف كل منها. كذلك قامت الباحثة بالتقويم الختامي للبرنامج ككل في الجلسة الأخيرة باستخدام استمارة "تقويم البرنامج" بعد الانتهاء من تنفيذ كافة الجلسات مباشرة –القياس البعدي– بالإضافة لإعادة تطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل على أفراد المجموعة التجريبية وكان ذلك بتاريخ ١٨/ ٨/ ٢٠٢٣. ثم بعد الانتهاء من تطبيق جلسات البرنامج بشهر تم إعادة تطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل وكان ذلك في تاريخ ٢٠/ ٩/ ٢٠٢٣ للتأكد من بقاء أثر البرنامج والمحافظة على التغيرات الإيجابية في التصورات والمعتقدات والمشاعر والأحاسيس الجسمية.

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

من أجل اتخاذ القرار الاحصائي السليم، تم التحقق من اعتدالية التوزيع باستخدام اختبار شابيرو Shapiro–Wilk (إذ أن عدد أفراد عينة البحث في المجموعتين الضابطة والتجريبية أقل من ٥٠ فرد) للدرجة الكلية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل في كل من القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية، وفي التطبيق التتبعي للمجموعة التجريبية فقط، والجدول التالي يوضح النتائج:

جدول (٧) نتائج اختبار اعتدالية توزيع درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في الدرجة الكلية لاضطراب ما بعد صدمة ميلاد طفل

المجموعة	القياس	اختبار Shapiro–Wilk	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المجموعة الضابطة (ن=١٠)	القبلي	٠.٩٢٠	١٠	٠.٧٢١
	البعدي	٠.٩٧٨	١٠	٠.٩٥٦
المجموعة التجريبية (ن= ١٠)	القبلي	٠.٨٩٣	١٠	٠.١٨٣
	البعدي	٠.٨٨٨	١٠	٠.١٥٩
	التتبعي	٠.٩٤٤	١٠	٠.٦٨٠

It is clear from the results shown in Table (7) that the distribution of scores of the individuals of the control and experimental groups in the pre- and post-measurements, and in the follow-up measurement of the experimental group, is moderate. Therefore, a decision was made to use parametric statistical analysis methods to calculate the differences between the experimental and control groups in the pre- and post-measurements.

يتضح من النتائج الموضحة في الجدول (٧) اعتدالية توزيع درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياسين القبلي والبعدي، وفي القياس التتبعي للمجموعة التجريبية،

ولهذا أُتخذ قرار باستخدام أساليب التحليل الإحصائي البارامتري لحساب الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياسين القبلي والبعدي، وكذلك الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسات القبلي والبعدي والتتبعي. وقد أجري التحليل الاحصائي للبيانات باستخدام برنامج JASP0.18.3.0 وبرنامج **IBM SPSS Statistics 26** بالأساليب الآتية: **Bayes Factor Independent Sample Test (Method = Rouder)**، **Bayes Factor Related Sample Test (Method = Rouder)**، **One-Way Repeated Measure ANOVA**. كما استخدم التحليل العاملي الاستكشافي بطريقة **Principal Components**، والتحليل العاملي التوكيدي، ومعامل ثبات ألفا، وثبات التجزئة النصفية بمعادلة "سيبرمان- براون" للتحقق من مؤشرات صدق وثبات مقياس اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل.

نتائج البحث ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على:" توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل لصالح أفراد المجموعة الضابطة". تم التحقق من صحة الفرض الأول باستخدام اختبار "ت" للفروق بين مجموعتين مستقلتين بالتحليل البايزي Bayes Factor Independent Sample Test بطريقة Rouder والنتائج موضحة بالجدول التالي:

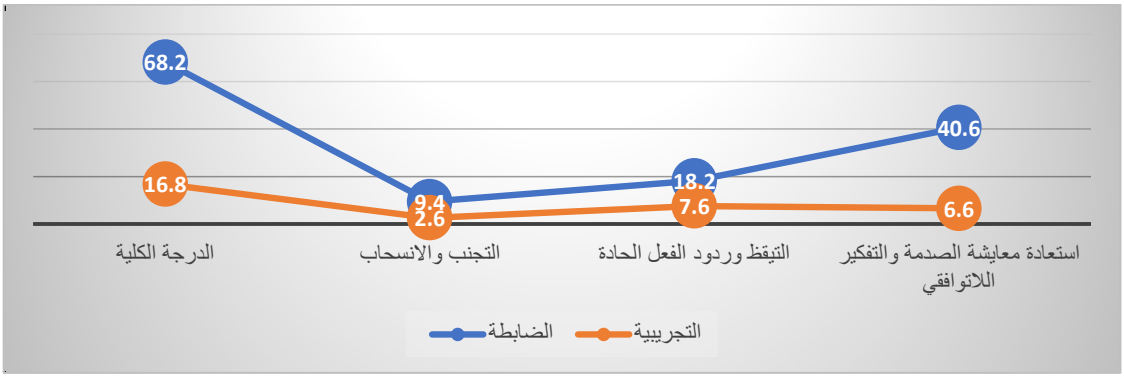
جدول (٨) نتائج اختبار "ت" للفروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية في اضطراب ما بعد صدمة ميلاد طفل (الأبعاد – الدرجة الكلية) باستخدام التحليل البايزي Bayes Factor Independent Sample Test (Method = Rouder)

المقياس	المجموعة	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	معامل بايز Factor Bayes	درجة الحرية	مستوى الدلالة
استعادة معايشة الصدمة والتفكير اللاتوافقي	الضابطة	١٠	٤٠.٦٠	٢.٧٩	٣٤.٢٣	٠.٠٠٠	١٨	٠.٠٠٠
	التجريبية	١٠	٦.٦٠	١.٤٣				
التيقظ وردود الفعل الحادة	الضابطة	١٠	١٨.٢٠	١.٣٢	١٤.٨٣	٠.٠٠٠	١٨	٠.٠٠٠
	التجريبية	١٠	٧.٦٠	١.٨٤				
التجنب	الضابطة	١٠	٩.٤٠	١.٢٦	١٥.٧٤	٠.٠٠٠	١٨	٠.٠٠٠

والانسحاب	التجريبية	١٠	٢.٦٠	٠.٥٢				
الدرجة الكلية	الضابطة	١٠	٦٨.٢٠	٣.٤٦	٣٧.٢٧	٠.٠٠٠	١٨	٠.٠٠٠
	التجريبية	١٠	١٦.٨٠	٢.٦٦				

It is clear from the results of the previous table (8) that there are statistically significant differences at the level (0.05) between the average scores of the individuals in the control and experimental groups in the post-test measurement of post-traumatic stress disorder associated with the birth of a child (dimensions - total score).

يتضح من نتائج الجدول السابق (٨) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل (الأبعاد – الدرجة الكلية)، إذ بلغت قيمة "ت" (٣٤.٢٣، ١٤.٨٣، ١٥.٧٤، ٣٧.٢٧) للأبعاد الثلاثة: استعادة معايشة الصدمة والتفكير اللاتوافقي، التيقظ وردود الفعل الحادة، والتجنب والانسحاب، والدرجة الكلية للمقياس على التوالي، وكانت هذه الفروق جميعها لصالح المجموعة الضابطة **(ذات المتوسطات الأعلى)**، مما يشير إلى فعالية البرنامج العلاجي القائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل لدى أفراد المجموعة التجريبية **(ذات المتوسطات الأقل)** (انظر شكل ٤).



شكل (٤) الفروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل

نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، لصالح القياس القبلي". تم التحقق من صحة الفرض الثاني باستخدام اختبار "ت" للفروق بين مجموعتين مرتبطتين بالتحليل البايزي Bayes Factor Related– Sample

Testبطريقة Rouder والنتائج موضحة بالجدول التالي:

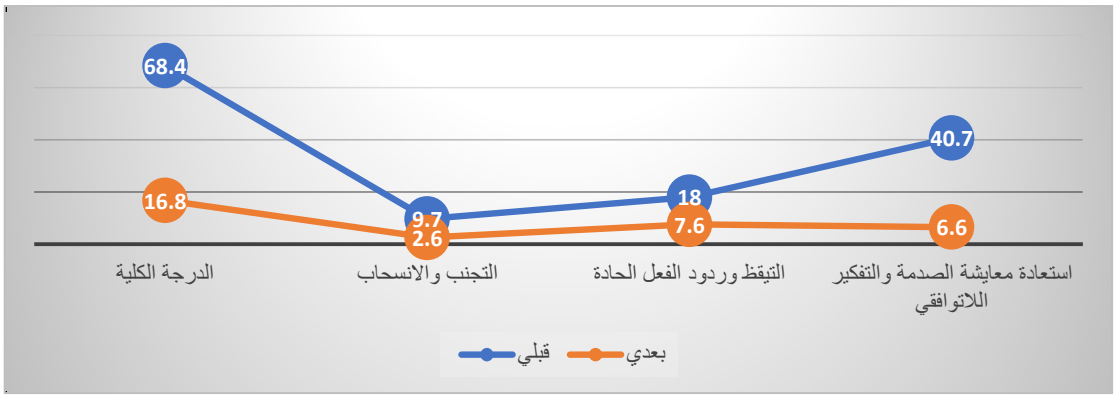
جدول (٩) نتائج اختبار "ت" للفروق بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في اضطراب ما بعد صدمة ميلاد طفل (الأبعاد – الدرجة الكلية) باستخدام التحليل البايزي Bayes Factor Related– Sample Test (Method = Rouder)

المقياس	القياس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	معامل بايز Factor Bayes	درجة الحرية	مستوى الدلالة
استعادة معايشة الصدمة والتفكير اللاتوافقي	قبلي	١٠	٤٠.٧٠	١.٨٣	٤٤.٤٨	٠.٠٠٠	٩	٠.٠٠٠
	بعدي	١٠	٦.٦٠	١.٤٣				
التيقظ وردود الفعل الحادة	قبلي	١٠	١٨.٠٠	١.١٥٥	١٣.٣٨	٠.٠٠٠	٩	٠.٠٠٠
	بعدي	١٠	٧.٦٠	١.٨٤				
التجنب والانسحاب	قبلي	١٠	٩.٧٠	١.٦٤	١٢.٩٨	٠.٠٠٠	٩	٠.٠٠٠
	بعدي	١٠	٢.٦٠	٠.٥٢				
الدرجة الكلية	قبلي	١٠	٦٨.٤٠	٣.٣٧	٣٥.٨٥	٠.٠٠٠	٩	٠.٠٠٠
	بعدي	١٠	١٦.٨٠	٢.٦٦				

It is clear from the results of the previous table (9) that there are statistically significant differences at the level (0.05) between the average scores of the experimental group members in the pre- and post-tests in post-traumatic stress disorder associated with the birth of a child, as the values of the "t" test reached (44.48, 13.38, 12.98, 35.85) for the three dimensions and the total score, respectively.

يتضح من نتائج الجدول السابق (٩) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، إذ بلغت قيم اختبار "ت" (٤٤.٤٨، ١٣.٣٨، ١٢.٩٨، ٣٥.٨٥) للأبعاد الثلاث وللدرجة الكلية على التوالي، وكانت النتائج لصالح القياس القبلي **(ذو المتوسطات الأعلى)** مقارنة بالقياس البعدي **(ذو المتوسطات الأقل)**، مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي القائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة في خفض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل وأعراضه بعد تطبيق

البرنامج (**القياس البعدي ذو المتوسطات الأقل**) (شكل ٥).



شكل (٥) الفروق بين درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل

نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل". تم التحقق من صحة الفرض الثالث باستخدام اختبار "ت" للفروق بين مجموعتين مرتبطتين بالتحليل البايزي Bayes Factor Related– Sample Test بطريقة Rouder والنتائج موضحة بالجدول التالي:

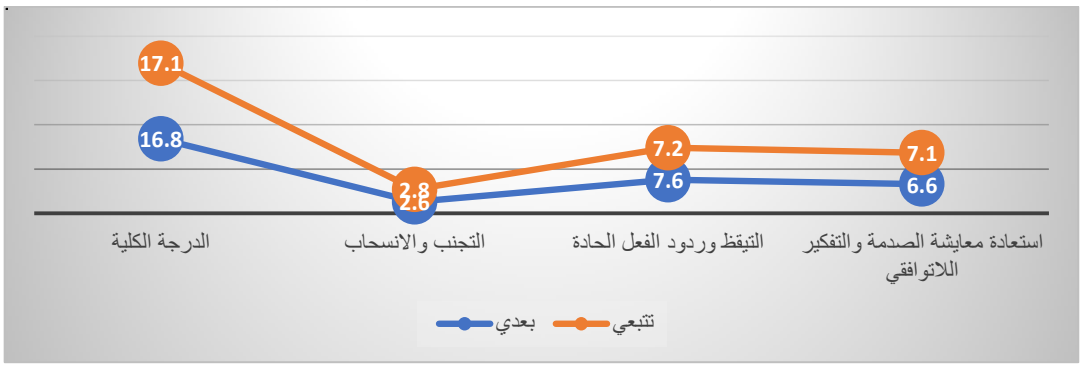
جدول (١٠) نتائج اختبار "ت" للفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في اضطراب ما بعد صدمة ميلاد طفل (الأبعاد – الدرجة الكلية) باستخدام التحليل البايزي Bayes Factor Related– Sample Test (Method = Rouder)

المقياس	القياس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	معامل بايز Factor Bayes	درجة الحرية	مستوى الدلالة
استعادة معايشة الصدمة والتفكير اللاتوافقي	بعدي	١٠	٦.٦٠	١.٤٣	١.٤٦	١.٧٢٦	٩	٠.١٧٧
	تتبعي	١٠	٧.١٠	١.٩٢				
التيقظ وردود الفعل الحادة	بعدي	١٠	٧.٦٠	١.٨٤	١.١٨	٢.٣٣١	٩	٠.٢٦٩
	تتبعي	١٠	٧.٢٠	١.٩٣				
التجنب	بعدي	١٠	٢.٦٠	٠.٥٢	١.٥٠	١.٦٥٨	٩	٠.١٦٨

المقياس	القياس	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	معامل بايز Factor Bayes	درجة الحرية	مستوى الدلالة
والانسحاب	تتبعي	١٠	٢.٨٠	٠.٦٣				
الدرجة الكلية	بعدي	١٠	١٦.٨٠	٢.٦٦	١.١٥	٢.٣٨٦	٩	٠.٢٧٩
	تتبعي	١٠	١٧.١٠	٢.٤٢				

It is clear from the results of the previous table (10) that there are no statistically significant differences at the level (0.05) between the average scores of the experimental group in the post- and follow-up measurements in post-traumatic stress disorder associated with the birth of a child.

يتضح من نتائج الجدول السابق (١٠) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، إذ بلغت قيم اختبار "ت" (١.٤٦، ١.١٨، ١.٥٠، ٢.٣٨٦) للأبعاد الثلاث وللدرجة الكلية على التوالي، مما يشير إلى استمرارية شفاء أفراد المجموعة التجريبية من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، وبقاء أثر البرنامج العلاجي القائم على إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة في خفض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل وأعراضه خلال فترة المتابعة بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق جميع جلسات البرنامج، نتيجة لاتباع أفراد المجموعة التجريبية الخطة التي تم الاتفاق عليها مع الباحثة لمنع حدوث انتكاسة للأعراض المرضية خلال فترة المتابعة، واستمرار تطبيقهن لما تعلموه أثناء الجلسات العلاجية من إعادة معالجة لكل ما هو مختزن من ذكريات غير معالجة سلبية حول حدث الولادة من صور ومعتقدات ومشاعر وإحساسات جسمية للوصول إلى الاتزان التام وغياب أعراض الاضطراب (شكل ٦).



شكل (٦) الفروق بين درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل

نتائج الفرض الرابع:

ينص الفرض الرابع على: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسات المتكررة (القبلي – البعدي – التتبعي) لاضطراب ما بعد الصدمة، لصالح القياس القبلي". وللتحقق من صحة هذا الفرض الرابع، تم استخدام تحليل التباين ذي القياسات المتكررة One-Away Repeated Measures ANOVA، والجدول الآتي يوضح النتائج:

جدول (١١) تحليل التباين ذي القياسات المتكررة لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل للمجموعة التجريبية

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	ف	الدلالة	حجم التأثير الجزئي
الدرجة الكلية لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل	بين المجموعات	١٧٦٤٧.٨٠٠	١٥٢٦.٥٣	١٧.٣٤	٠.٠١	٠.٦٦٤
	الخطأ	٨٩٣٥.٥٣٣	٨٨.٠٣٣			

It is clear from the results presented in the previous table (11) that there are statistically significant differences at a significance level of (0.01) between the three measurements (pre-post-follow-up) in the total score of post-traumatic stress disorder associated with the birth of a child for members of the experimental group.

يتضح من النتائج المعروضة في الجدول السابق (١١) وجود فروق دالة إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين القياسات الثلاث (قبلي – بعدي – تتبعي) في الدرجة الكلية لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل لأفراد المجموعة التجريبية؛ كما كان حجم التأثير للبرنامج العلاجي باستخدام إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة وإعادة المعالجة كبير ٠.٦٦٤ (> ٠.١٤ وفق محك كوهين) في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل. ومن أجل تحديد اتجاه الفروق تم استخدام اختبار Bonferroni للمقارنات البعدية، الموضح نتائجه في الجدول الآتي:

جدول (١٢) نتائج اختبار Bonferroni للمقارنات البعدية بين القياسات الثلاث (قبلي- بعدي- تتبعي) لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل

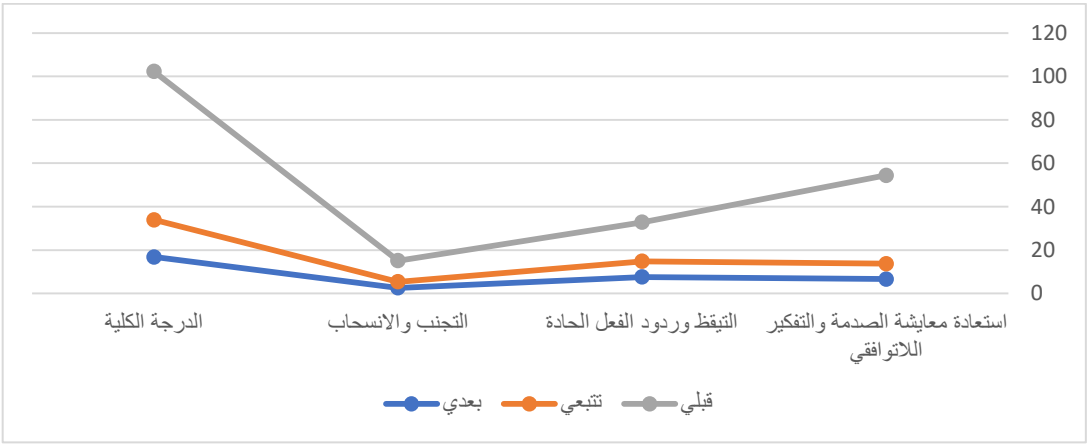
القياسات	المتوسطات	القياس القبلي	القياس البعدي	القياس التتبعي
القياس القبلي	٣٤.٢٠٠	-	*٢٥.٨٠٠	*٢٥.٦٥٠
القياس البعدي	٨.٤٠٠	-*٢٥.٨٠٠	-	-٠.١٥٠
القياس التتبعي	٨.٥٥	-*٢٥.٦٥٠	٠.١٥٠	-

*الفرق بين المتوسطات دال عند مستوى (٠.٠٥)

It is clear from the previous table (12) that there are statistically significant differences at a significance level of (0.05) between the pre- and post-measurements, as the value of the average differences between them reached (25.800) statistically significant at the ((.05) level, and it was in favor of the pre-measurement with the higher average score (34.200) compared to the lower average score in the post-measurement (8.400).

يتضح من جدول السابق (١٢) وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين القياسين القبلي والبعدي إذ بلغت قيمة متوسط الفروق بينهما (٢٥.٨٠٠) دال إحصائيًا عند مستوى ((٠٥.)، وكانت **لصالح القياس القبلي ذو متوسط الدرجات الأعلى** (٣٤.٢٠٠) مقارنة بمتوسط الدرجات **في القياس البعدي الأقل** (٨.٤٠٠). كما تشير النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠٥) بين القياسين القبلي والتتبعي لصالح القياس القبلي ذو متوسط الدرجات الأعلى (٣٤.٢٠٠) مقارنة بمتوسط الدرجات في القياس التتبعي الأقل (٨.٥٥) إذ بلغت قيمة متوسط الفروق (٢٥.٦٥٠) وكانت دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠٥). وتشير هذه النتائج إلى فاعلية البرنامج العلاج الذي طُبق على أفراد المجموعة التجريبية في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. هذا بالإضافة إلى أن هذه النتائج أسفرت عن عدم وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠٥) بين القياسين البعدي والتتبعي، إذ بلغ متوسط القياس البعدي (٨.٤٠٠) ومتوسط القياس التتبعي (٨.٥٥) وبغلت قيمة الفروق (٠.١٥٠)، مما يعني نجاح خطة منع الانتكاسة وبقاء أثر البرنامج العلاجي خلال فترة المتابعة (شهر) بعد انتهاء تطبيق البرنامج، ومحافظة أفراد المجموعة التجريبية على المهارات التي اكتسبوها خلال الجلسات العلاجية مع الباحثة، مما أسهم في التخلص من التصورات والمعتقدات اللامنطقية حول حدث ولادة طفل، فضلاً عن اكتسابهن لمهارة التحكم والسيطرة على ردود الفعل الانفعالية الحادة وغير المناسبة تجاه حدث ولادة طفل، وإزالة الاحساس بالألم الجسمي، مما أدى إلى الوصول لحالة الاستقرار والاتزان لدى أفراد المجموعة

التجريبية خلال فترة المتابعة (شكل ٧).



شكل (٧) الفروق بين درجات المجموعة التجريبية في القياسات المتكررة (القبلي- البعدي- التتبعي) لاضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل

تفسير نتائج البحث:

توصل البحث الحالي إلى وجود فروق دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسطات درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي في اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، كما وجدت فروق دالة احصائيًا عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل. كما توصلت النتائج إلى وجود فروق دالة احصائيًا بين القياسات الثلاث (قبلي- بعدي- تتبعي) لأفراد المجموعة التجريبية في اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجي بأسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بالولادة. وتتفق هذه النتائج مع الدراسات التي أوضحت نتائجها فاعلية العلاج القائم على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة، مثل دراسة (Allon, 2015; Baas et al., 2017; Jarero, 2008; Kopmeiners et al., 2023; Kranenburg et al., 2022; Proudlock & Peris, 2020; Zolghadr et al., 2019) في البيئة الأجنبية، وكذلك مثل دراسة (رحال وليندة، ٢٠٢١؛ الطنطاوي،٢٠١٥) في البيئة العربية، والتي أسفرت نتائجها عن فعالية هذا الأسلوب العلاجي مع عينات متنوعة من الأشخاص: طلبة جامعة، النساء الحوامل، المرضى النفسيين، الناجين من الكوارث، النساء من ضحايا العنف الجنسي وغيرهم.

كما تتفق هذه النتائج مع ما ذكره Stickgold (2008) أن المعالجة الكافية لتلك الذكريات المسترجعة ضمن أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة تؤدي إلى التحقيق التكيفي والوظيفي. إذ يفترض هذا النموذج العلاجي أن عملية إعادة معالجة التجارب والخبرات والذكريات الصادمة المستهدفة تحولها من الذاكرة الداخلية والمرتبطة بالحدث إلى أنظمة الذاكرة الخارجية والدلالية. وتتغير الانفعالات السلبية التي عاشها الشخص أصلاً والإحساسات الجسدية والمعتقدات مع دمج الذاكرة المستهدفة مع معلومات أكثر تكيفاً. كما يتم تعلم ما هو مفيد وتخزينه مع المرافقات الانفعالية والجسدية والإدراكية المناسبة. وبالتالي، تصبح التجربة الحياتية المزعجة مصدرًا للقوة والمرونة (Stickgold, 2008).

فقد ركزت الباحثة خلال جلسات العلاج بأسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة مع أفراد المجموعة التجريبية على تدريبهن على السيطرة على تصوراتهن ومعتقداتهن ومشاعرهن حتى وصلن بنهاية الجلسات للتخلص التام من الأعراض المرضية، والشعور بالراحة والاستقرار التام، وذلك من خلال استخدام فنيات متنوعة، منها: المكان الآمن، ضبط النفس، سجل المراقبة الذاتية بين الجلسات، تقدير الإدراك، تقدير الأحاسيس الجسمية، الكلمة المُمهدة، التعريض غير المباشر، التصور، اليقظة، خريطة الأحداث، تغيير الإدراك السلبي، تحديد الذكريات المرتبطة بالحدث الصادم، المتصل المعرفي للحدث الصادم، تحديد المعتقدات اللامنطقية، التمييز المعرفي، تمييز الأحاسيس الجسمية، تغيير الإدراك، الأمل، متصل الإدراك الإيجابي، التحفيز الثنائي من خلال تحريك العينين والنقر على الجانبين (أيمن – أيسر).

كذلك لم تنهي الباحثة الجلسة العلاجية حتى يتم تحقيق جميع أهدافها، والوصول إلى حالة الراحة التامة وأقل مستوى من الأعراض المرضية، وأعلى مستوى من الإدراك السليم. فضلاً عن أنه لم تنهي الباحثة البرنامج تمامًا إلا بعد وصول جميع المشاركات إلى حالة التخلص التام من جميع أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل والوصول للإدراك السليم التام لهذا الحدث والتخلص من جميع ما يرتبط بهذه الذاكرة الداخلية غير المعالجة المرتبطة بحدث ولادة طفل من تصورات ومعتقدات خاطئة ومشاعر سلبية ومعالجتها تمامًا وتحويلها إلى أنظمة ذاكرة خارجية دلالية توافقية. مما أسهم في تحقق أهداف البرنامج العلاجي العامة والإجرائية، وانعكس على حجم أثر البرنامج الكبير في المتغير التابع (أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل). كما تضمنت جلسات البرنامج العلاجي

تدريبات على تدقيق الإدراك ومعالجة الذكريات السلبية وبناء ذاكرة إيجابية جديدة.، وكذلك التدريب على مسح الجسم واكتشاف مكان الألم حتى الوصول لحالة الراحة التامة وإذا تبين استمرار أي مدركات سلبية أو إحساس بالألم الجسمي تعاد الجلسات ومراحل العلاج من مرحلة التقييم إلى مرحلة إعادة التقييم. كل هذا أسهم في تحقيق فاعلية البرنامج وتقوية قدرة أفراد المجموعة التجريبية على تكامل ذكريات حدث ولادة طفلهن السابق بصورة توافقية من خلال تقبلها، مما انعكس أثره في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل في القياس البعدي والتتبعي عن القياس القبلي، وللمجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة.

وهذا ما أشار إليه Arkowitz (2012) من أن العلاج بأسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة هو علاج غير تدخلي للمريض حيث لا يطلب منهم التحدث عن تجاربهم المؤلمة، بل بدلاً من ذلك يركز على تحفيز وفتح العملية الارتباطية حيث يطلب المعالجون من المرضى أن يستحضروا في عقولهم الذكريات المحفزة والتي تثير مخاوفهم وقلقهم، وأثناء ذلك يتتبعون حركة أصابع المعالج ذهابًا وإيابًا بعيونهم، وذلك بدلاً من عدم تجنبها أو الحديث عنها كما في الأساليب العلاجية التقليدية الأخرى.

إذ أنه وفقًا لما أشار إليه Van Der Kolk (٢٠١٤) أن الأشخاص الذين يتعرضون لأحداث صادمة يحاولون كبت ذكرياتهم عن طريق إيقاف مناطق الدماغ التي تنقل المشاعر الحسية والعواطف المصاحبة لها مما يثير مخاوفهم وقلقهم، وذلك في محاولة منهم لحماية أنفسهم من الماضي المؤلم، ويمنعهم هذا من الشعور بالحياة بشكل كامل في الحاضر، ويكون نتيجة لذلك تبقى الذاكرة الصدمية متعلقة في عقولهم خام غير معالجة. ولكي يتمكنوا من التعافي من الصدمة، من الأهمية بمكان أن يكونوا قادرين على الشعور بالحاضر، وأن يكونوا على وعي بما حدث داخلهم. لذلك، يساعدهم العلاج بأسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة كما ذكر Rousseau (2008) في استعادة نظام الإحساس الذاتي وتنشيطه من خلال دمج المواد الصدمية في حدث متماسك في الماضي، بدلاً من تجربة الإحساس والصور منفصلة عن أي سياق، إذ أن هذا الأسلوب العلاجي يسمح للدماغ بتنشيط صور ومشاعر وأفكار جديدة.

كما تتفق نتائج البحث الحالي مع ما توصلت إليه نتائج دراسة Van Der Kolk (2014) من أن المرضى أظهروا تحسنًا ملحوظًا في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بعد

عدد قليل من الجلسات، إذ وجدت النتائج أنه بعد ثلاث جلسات فقط من العلاج بأسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة، أظهر ثمانية مرضى من إجمالي أثنى عشر مريض أظهروا انخفاض كبيرًا في متوسط درجات أعراض ما بعد الصدمة. كما أوضحت نتائج هذه الدراسة أن عينة الدراسة الذين طُبقت عليهم جلسات EMDR تحسنت حالتهم وتم خفض أعراض ما بعد الصدمة بشكل كبير بالمقارنة بالعينة الأخرى الذين استخدموا العقاقير الطبية (مثل بروزاك). إذ استطلاع المرضى بعد عدة جلسات من EMDR، والاستمرار في التحسن إلى درجة كبيرة حيث تم شفاء العديد منهم من مشكلاتهم، وظلوا لشهور هكذا متعافين من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بعد انتهاء العلاج، على عكس من تعالجوا بالعقاقير الطبية.

إذ أنه على عكس العلاجات الأخرى التي تركز على تغيير المشاعر والأفكار والاستجابات مباشرة الناتجة عن التجارب الصادمة، فإن العلاج بتحريك العينين لخفض الحساسية وإعادة المعالجة يركز على الذاكرة مباشرة، أو بمعنى آخر تغيير الطريقة التي يتم بها تخزين الذكريات في الدماغ، مما يقلل ويزيل الأعراض المرضية. وفي أثناء العلاج بالحركة السريعة للعين لإعادة المعالجة، تشير الملاحظات السريرية إلى أن عملية التعلم المسرعة يتم تحفيزها من خلال إجراءات العلاج بالحركة السريعة لإعادة المعالجة الموحدة، التي تتضمن استخدام حركات العين وأشكال أخرى من التحفيز الإيقاعي (يمين- يسار) (ثنائي) (مثل الأصوات أو اللمسات). أثناء تركيز العملاء بشكل مؤقت على الذاكرة الصادمة وتجربة التحفيز الثنائي في نفس الوقت، يتم تقليل حيوية الذاكرة وشدة الانفعال المرتبطة بها (Pagani et al., 2011; Shapiro, 2017).

بالإضافة لما سبق، توصلت نتائج البحث الحالي إلى عدم وجود فروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، مما يشير إلى بقاء أثر العلاج خلال فترة المتابعة، واستمرار تعافي أفراد المجموعة التجريبية من أعراض الاضطراب والمحافظة على ممارسة ما تعلموه من مهارات أثناء الجلسات (التعميم) باستخدام العديد من الفنيات مثل ضبط النفس، المكان الآمن، فحص الجسم، تدقيق الادراك، تمييز الأحاسيس الجسمية وغيرها، وتطبيقه حتى بعد انتهاء البرنامج. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Van Der Kolk, 2014) من استمرار تعافي المرضى من اضطراب ما بعد الصدمة بعد توقف العلاج لشهور.

وترجع نتيجة هذا الفرض إلى المراقبة الذاتية المستمرة من أفراد المجموعة التجريبية من خلال سجل مراقبة الإدراك خلال الجلسات، وكذلك التيقظ من خلال التقييم الذاتي للإدراك السليم والتقييم الذاتي المستمر خلال الجلسات للأعراض المرضية. كذلك استمرار التعافي من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل نتيجة تطبيقهن للخطة التي تم الاتفاق عليها معهن لمنع الانتكاسة ومعاودة التصورات والمعتقدات والمشاعر المرتبطة بالحدث الصدمي (ولادة طفل)، مما جعلهن أقوياء في ضبط أنفسهن والتحكم في هذه الذكريات المرتبطة بحدث ولادة طفل، ومعالجة الذكريات أولاً بأول بدلاً من كبتها في الذاكرة الداخلية.

خلاصة البحث:

أشارت نتائج هذا البحث إلى فاعلية العلاج بأسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل من خلال تطبيق فنياته العلاجية المتنوعة، في مراحله الثمانية: التاريخ الشخصي، التحضير والتيقظ، التقييم، إزالة الحساسية التدريجي وإعادة معالجة الذكريات الصادمة المستهدفة، تعزيز الإدراك الإيجابي والتثبيت، مسح الجسم، الإغلاق، وإعادة التقييم. كما أوضحت النتائج بقاء أثر البرنامج العلاجي خلال فترة المتابعة واستمرار التعافي من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل نتيجة تعميم المهارات التي تم تعلمها أثناء فترة العلاج لما بعد انتهاءه، وكذلك أن البرنامج العلاجي لم تقرر الباحثة انهاءه إلا بعد وصول جميع المشاركات في البرنامج إلى الادراك السليم التام، وغياب جميع أعراض الاضطراب، مما جعل حجم تأثير البرنامج كبير في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل.

جوانب قصور البحث والتوجهات المستقبلية:

البحث الحالي بما توصل إليه من نتائج مهمة تشير إلى ضرورة دمج المختصين عن رعاية النساء وبخاصة الحوامل للعلاج بأسلوب إزالة الحساسية وتحريك العينين وإعادة المعالجة ضمن العلاج الموجه للنساء، إلا أنه كغيره من البحوث في مجال العلوم الإنسانية، فيه جوانب قصور لا تقلل من أهميته ولا قيمة نتائجه، بل مثل هذه الجوانب يساعد تحديدها في توجيه البحوث المستقبلية حول نفس موضوع البحث الحالي. ومن بين جوانب القصور في هذا البحث هو منهجيته الكمية، واقتصاره على النساء ممن يعانين من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بولادة طفل، والتحقق من فاعلية أسلوب علاجي واحد وهو إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة. وعليه، توصي الباحثة المهتمين بموضوع البحث

الحالي من الباحثين باستخدام المنهجيات البحثية الأخرى غير المنهج شبه التجريبي، مثل استخدام المنهجية المزجية لدراسة فاعلية هذا الأسلوب العلاجي، ومع فئات أخرى من المجتمع، وإجراء دراسات مقارنة بين فاعلية العلاج بأسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة بأساليب علاجية أخرى تستند إلى نظريات الموجه الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي، وفي مجتمعات أخرى.

التوصيات:

١. دمج القائمين على العلاج الموجه للنساء لأسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة بما يحقق لهن الاستقرار النفسي.

٢. تنفيذ جلسات العلاج بأسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة (على الأقل ٣ جلسات) مع العلاجات الأخرى الموجهة للنساء بعد الولادة، وبخاصة ممن واجهن الولادة المتعسرة أو اللواتي توفى أطفالهن أثناء أو عقب الولادة مباشرة، داخل مستشفيات وأقسام الولادة.

تدريب القائمين على رعاية النساء في مستشفيات وأقسام الولادة على أسلوب إزالة الحساسية بتحريك العينين وإعادة المعالجة وفنياته ومراحل تطبيقه.

المراجع:

أولاً: المراجع العربية

- رحال، سامية؛ وليندة، فتاح. (٢٠٢١). فعالية تقنية EMDR في التخفيف من حدة أعراض الصدمة النفسية عند المراهق الفاقد لوالديه. *مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية*، ٥ (٢)، ٦٢٨- ٦٥٩.
- الطنطاوي، حازم شوقي محمد. (٢٠١٥). *فعالية العلاج بضبط حركة العين وإعادة المعالجة EMDR في تخفيف اضطراب القلق الاجتماعي لدى طلاب الجامعة*. [رسالة دكتوراه منشورة] ، كلية التربية بجامعة بنها، جمهورية مصر العربية.
- الكبيسي، ناطق فحل؛ التميمي، علي ناصر. (٢٠١٧). تقنين مقياس اضطراب التوتر ما بعد الصدمة على جامعة بغداد. *مجلة البحوث التربوية والنفسية*، جامعة بغداد، ٥٣، ١٠٥- ١٣٣.

ثانيًا: المراجع الأجنبية:

- Allon, M. (2015). EMDR Group Therapy with Women Who Were Sexually Assaulted in the Congo. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9 (1), 28-34.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Arlington, VA, USA: American Psychiatric Publishing; 2013.

- Andersen, L., Melvaer, L., Videbech, P., Lamont, R. & Joergensen, J. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review: L.B. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91 (11), 1261-1272.
- Anderson, C.A. (2017). The trauma of birth. Health Care Women Int, 38, 999–1010.
- Arkowitz, H. (2012, August 01). *EMDR: Taking a Closer Look*. Retrieved from https://www.scientificamerican.com/article/emdr-taking-a-closer-look/
- Artigas, I., Jarero, I, Mauer, M., Lopez Cano, T. & Alcala, N. (2000, September). EMDR and traumatic stress after natural disasters: Integrative treatment protocol and the butterfly hug. *Poster presented at the EMDRIA Conference*, Toronto, Ontario, Canada.
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The etiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med*, 46, 1121–1134 .
- Baas, M. A., Stramrood, C. A., Dijksman, L. M., de Jongh, A., & van Pampus, M. G. (2017). The OptiMUM-study: EMDR therapy in pregnant women with posttraumatic stress disorder after previous childbirth and pregnant women with fear of childbirth: design of a multicentre randomized controlled trial. *European Journal of Psych traumatology*, 8(1), 1293315 .
- Beck, C. & Watson, S. (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: a tale of two pathways. *Nurs Res*, 57 (4), 228-236.
- Beck, C. (2004). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nurs Res*, 53, 216–224.
- Bell, A. & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: a systematic review. *Midwifery*, 39, 112- 123 .
- Bisson, J. & Andrew, M. (2009). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD003388.
- Courtois, C. (2000). Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, (1), 86–100
- Davidson, J. R. T., Book, S. W. & Colket, J. T. (1995). *Davidson Self-Rating PTSD Scale*. Available from Multi-Health Systems, Inc., 908 Niagara Falls Boulevard, North Tonawanda, NY 14120.
- de Graaff, L.F., Honig, A., van Pampus, M.G., & Stramrood, C.A. (2018). Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 97, 648–656.
- Delicate, A., Ayers, S., Easter, A., & McMullen, S. (2018). The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: a systematic review and meta-synthesis. *J Reprod Infant Psychol*, 36,: 102–115.
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Wigert, H., Hessman, E., Sjöblom, H., & Sparud-Lunding, C. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. *Women*

Birth, 32 (2), 99-111 .

- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography: Women's perceptions and experiences of a traumatic birth. *J Adv Nurs*, 66 (10), 2142-2153.
- Grekin, R., & O'Hara, M.W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 34, 389–401 .
- Haagen, J.F., Moerbeek, M., Olde, E., van der Hart, O., & Kleber, R.J. (2015). PTSD after childbirth: A predictive etiological model for symptom development. *J Affect Disord*, 185, 135–143.
- Hollander, M., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, D., de Miranda, M; C. & Stramrood, C. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences 2192 women's perceptions and views. *Arch Womens Ment Health*, 20 (4), 515-523
- Horsch, A. (2019). Stuijfzand S. Intergenerational transfer of perinatal trauma-related consequences. *J Reprod Infant Psychol*, 37, 221–223 .
- Hosseini, T., Tabaghdehi, M., Kolahdozan, S., Keramat, A., Shahhossein, Z., Moosazadeh, M. & Motaghi, Z. (2020). Prevalence and factors affecting the negative childbirth experiences: a systematic review. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 33 (22), 3849- 3856.
- Jarero, I & Artigas, I. (2010). The EMDR integrative group treatment protocol: Application with adults during ongoing geopolitical crisis. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(4), 148–155.
- Jarero, I., Artigas, L. & Hartung, J. (2006). EMDR integrative group treatment protocol: A post-disaster trauma intervention for children and adults. *Traumatology*, 12(2), 121–129.
- Jarero, I., Artigas, L. & Montero, M. (2008). The EMDR integrative group treatment protocol: Application with child victims of mass disaster. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 97–105.
- Jarero, I., Artigas, L., Uribe, S. & Miranda, A. (2014). EMDR therapy humanitarian trauma recovery interventions in Latin America and the Caribbean. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(4), 260–268.
- Kästner, R. (2016). *Psychosomatische Geburtshilfe*. In: Berberich H, Siedentopf F, editors. Psychosomatics Urologie und Gynäkologie. Munic, Basel: UTB Ernst Reinhardt; 2016. pp. 235–245.
- Kopmeiners, E., Hollander, M., van Voorst, N. & Stramrood, A. (2023) Effect of early postpartum EMDR on reducing psychological complaints in women with a traumatic childbirth experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 44,1, DOI: 10.1080/0167482X.2023.2229010
- Kranenburg, L., Bijma, H., Eggink, J., Knijff, E. & Lambregtse-van den Berg, M.P. (2022) Implementing an eye movement and desensitization reprocessing treatment program for women with posttraumatic stress disorder after childbirth. *Front. Psychol*. 12M797901. doi: 10.3389/fpsyg.2021.797901
- Kullack, C., & Laugharne, J. (2016). Standard EMDR protocol for alcohol and

substance dependence comorbid with posttraumatic stress disorder: Four cases with 12-month follow-up. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(1), 33-46.

- MacKinnon, A.L., Houazene, S., Robins, S., Feeley, N., & Zelkowitz, P. (2018). Maternal Attachment Style, Interpersonal Trauma History, and Childbirth-Related Post-traumatic Stress. *Front Psychol*, 9, 2379 .
- Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P., & Montazeri, A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC pregnancy and childbirth*, 12, 88. https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-88
- Nesca, M., & Dalby, J. T. (2011). Maternal neonaticide following traumatic childbirth: a case study. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 55,1166–1178.
- Pagani, M., Di Lorenzo, G., Monaco, L., Niolu, C., Siracusano, A., Verardo, A.R., & Ammaniti, M. (2011). Pretreatment, intratreatment, and posttreatment EEG imaging of EMDR: Methodology and preliminary results from a single case. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(2), 42-56.
- Parfitt, Y.M, & Ayers, S. (2009). The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent–baby bond. *J Reprod Infant Psychol*, 27, 127–142.
- Proudlock, S. & Peris, J. (2020). Using EMDR therapy with patients in an acute mental health crisis. BMC Psychiatry,20, 14. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2426-7
- Rost, C., Hofmann, A., & Wheeler, K. (2009). EMDR treatment of workplace trauma: A case series. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(2), 80-90.
- Rothbaum, B.O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disordered sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(3), 317–334.
- Rothbaum, B.O., Astin, M.C. & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 607–616.
- Rousseau, D. (2018) Module 4 Pathways to Recovery: Understanding Approaches to Trauma Treatment. Retrieved from Boston University
- Schwab, W., Marth, C. & Bergant, A. (2012). Post-traumatic Stress Disorder Post Partum, the Impact of Birth on the Prevalence of Post-traumatic stress disorder (PTSD) in Multiparous Women. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 72(1), 56–63 .
- Schytt, E. & Waldenström, U. (2007). Risk factors for poor self-rated health in women at 2 months and 1 year after childbirth. *J Womens Health (Larchmt)*, 16 (3), 390-405 .
- Shapiro, F. & Forrest, M.S. (1997). *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. New York, NY: Basic Books.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199–223.
- Shapiro, F. (2002). Paradigms, processing, and personality development. In: Shapiro F, editor. EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach: Experts of

Diverse Orientations Explore the Paradigm Prism. Washington, DC, USA: *American Psychological Association*, 3–26.

- Shapiro, F. (2014). The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine: Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experiences. *Perm J*; 18(1), 71–77.
- Shapiro, F. (2017). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols and procedures*. (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Shorey, S; Yang, Y & Ang, E. (2018). The impact of negative childbirth experience on future reproductive decisions: a quantitative systematic review. *J Adv Nurs*, 74 (6), 1236-1244.
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. *Part I Birth*, 18 (4), 203-210.
- Soet, J. E, Brack, G. A, & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30, 30–46 .
- Sommerlad, S., Schermelleh-Engel, K., La Rosa, V. L., Louwen, F., & Oddo-Sommerfeld, S. (2021). Trait anxiety and unplanned delivery mode enhance the risk for childbirth-related post-traumatic stress disorder symptoms in women with and without risk of preterm birth: A multi-sample path analysis. *PloS one*, 16(8), e0256681. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256681
- Stickgold, R. (2008). Sleep-dependent memory processing and EMDR action. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4):289–99.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking Penguin
- Van Der Kolk, B.A, Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A., & Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(7):83–93.
- Van Rood, Y.R. & de Roos, C. (2009). EMDR in the treatment of medically unexplained symptoms: A systematic review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 248–263.
- Viirman, F., Hess Engström, A., Sjömark, J., Hesselman, S., Sundström Poromaa, I., Ljungman, L., Svanberg, A. S., & Wikman, A. (2023). Negative childbirth experience in relation to mode of birth and events during labour: A mixed methods study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology*, 282, 146–154.
- Yildiz, P. D., Ayers, S., Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 208, 634–645 .
- Zolghadr, N., Khoshnazar, A., MoradiBaglooei, M., & Alimoradi, Z. (2019). The Effect of EMDR on Childbirth Anxiety of women with previous stillbirth. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(1), 10–19.